

Collana **CERGAS**

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

Rapporto OASI 2018

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 2018:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) 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 l'evoluzione dei profili professionali (*skill mix*) del personale SSN; la centralizzazione degli acquisti, con un approfondimento sulle politiche di acquisto nel comparto farmaceutico; l'introduzione di prezzi di riferimento per i dispositivi medici; i modelli per la segmentazione dei pazienti e il *Population Health Management*;
- a livello aziendale, si focalizza sui processi attuativi di certificabilità dei bilanci, sull'evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo alla luce delle accresciute dimensioni aziendali, sugli strumenti per la gestione del sapere professionale, sulla diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa.

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. Quest'anno, inoltre, il CERGAS celebra il suo 40° anniversario, di pari passo con il SSN.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5156-6



9 788823 851566

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2018



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

CERGAS - Bocconi



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
School of Management



Collana CERGAS

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



**CER GAS & SSN
40 ANNI INSIEME**

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CER GAS - Bocconi



**Università
Bocconi**

CER GAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management



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

Impaginazione: Corpo4 Team, Milano

Copyright © 2018 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

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

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

Prima edizione: novembre 2018

ISBN 978-88-238-5156-6

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



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

2 La struttura e le attività del SSN

*di Elisabetta Barzan, Ludovica Borsoi, Attilio Gugiatti
e Francesco Petracca¹*

2.1 Premessa

Il capitolo fornisce una visione d'insieme del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, della sua organizzazione e delle sue attività, con un'attenzione particolare ai cambiamenti che ne hanno caratterizzato l'evoluzione negli ultimi anni. Inoltre, il contributo presenta un confronto internazionale sulla struttura dell'offerta, sull'utilizzo di beni e servizi e sull'appropriatezza delle cure nei sistemi sanitari di 28 Paesi europei ed extra europei².

Il modello di analisi adottato è quello economico aziendale, come descritto nel capitolo 1 del Rapporto OASI 2012 (Anessi Pessina e Cantù, 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 (§2.2);
- ▶ scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale in termini quali-quantitativi (§2.3);
- ▶ dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate (§2.4);
- ▶ dati di confronto internazionale in termini di struttura dell'offerta, personale e attività dei sistemi sanitari (§2.5);

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§ 2.2.2 e 2.4 sono da attribuirsi a Elisabetta Barzan, il § 2.5 a Ludovica Borsoi, i §§ 2.1 e 2.6 ad Attilio Gugiatti, i §§ 2.2.1 e 2.3 a Francesco Petracca. Si ringrazia Mattia Vincenzo Olive per il prezioso supporto nella raccolta ed elaborazione dei dati.

² Si tratta dei principali Paesi europei (Grecia, Portogallo, Irlanda, Norvegia, Repubblica Slovacca, Lussemburgo, Italia, Regno Unito, Danimarca, Spagna, Francia, Ungheria, Polonia, Repubblica Ceca, Austria, Finlandia, Germania, Belgio, Olanda, Svezia, Svizzera), a cui sono stati aggiunti Stati Uniti, Canada, Giappone e i Paesi BRIC (Brasile, Russia, India e Cina).

- ▶ dati che rappresentano i bisogni sanitari e la domanda espressa dagli utenti (§2.6).

Le fonti del capitolo sono così riassumibili:

- ▶ dati pubblicati dal Ministero della Salute attraverso gli Indirizzari (relativi agli anni tra il 1997 e il 2016), l'annuario statistico del SSN – Attività economiche e gestionali di Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere, qui e in seguito «ASL» e «AO» (1997-2013), il Rapporto SDO (1998-2016). Queste fonti, pubblicate entro giugno 2018, sono le ultime messe a disposizione dal Ministero della Salute;
- ▶ dati e ricerche pubblicate dall'ISTAT nel 2018 (principalmente relativi agli anni 2013-2016);
- ▶ dati pubblicati dall'OECD nel 2018 (ultimo anno disponibile: 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, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna; del Centro fanno parte Toscana, Umbria, Marche, Lazio; il Sud e le Isole comprendono Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

2.2 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 regionale³, oltre a strutturare il proprio apparato amministrativo, devono:

³ 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.

1. individuare le aziende (dotate di autonomia giuridica ed economica) che compongono il «gruppo sanitario pubblico regionale»;
2. definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi, ecc.);
3. strutturare l'apparato amministrativo regionale e gli strumenti di governo del SSR;
4. delinearne 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 (§2.2.1 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 (§2.2.2).

Con riferimento agli apparati amministrativi regionali, si ricorda che le regioni hanno spesso istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR). In particolare, sono sei le regioni in cui è attualmente presente un'ASR come tecnostruttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale: Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Puglia, Sardegna⁴. A questo elenco va aggiunta la Lombardia, che nell'estate 2016 ha autorizzato la costituzione della nuova Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo (Acss). Tale agenzia, già formalmente prevista della legge regionale dell'agosto 2015, 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 Venezia Giulia, il Piemonte, l'Umbria, il Veneto, il Lazio, la Campania e la Liguria hanno invece soppresso la propria Agenzia⁵ e stabilito il trasferimento delle sue funzioni alle Direzioni Regionali competenti.

Rispetto alle competenze regionali nell'elaborazione delle politiche sanitarie e nella regolazione delle aziende, nell'Appendice II sono elencati, rispettivamente

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

⁵ Rispettivamente, con L.R. 12/2009, L.R. 18/2012, L.R. 18/2012, L.R. 46/2012, L.R. 4/2013, L.R. 20/2015 e L.R. 17/2016.

te, i documenti di programmazione strategica (Piani Sanitari Regionali, Piani di Rientro) e le principali normative regionali in materia di sanità.

Si rimanda invece:

- ▶ al capitolo 3 del presente Rapporto per una descrizione approfondita della spesa sanitaria nel nostro Paese e un'analisi comparata con i Paesi OECD e BRIC;
- ▶ al capitolo 4 del presente Rapporto per una descrizione del posizionamento degli erogatori privati accreditati del SSN;
- ▶ al capitolo 5 del presente Rapporto per un'indagine della filiera dei servizi del settore sanitario e socio-sanitario;
- ▶ al capitolo 6 del presente Rapporto per un'analisi dei consumi sanitari privati in Italia;
- ▶ al capitolo 7 del presente Rapporto per una disamina degli esiti di salute del SSN, caratterizzata da una comparazione con i sistemi sanitari dei Paesi OECD e BRIC e da un'analisi interna al nostro Paese.

2.2.1 Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»

Tutte le regioni, in qualità di capogruppo, stabiliscono la struttura del gruppo, individuando le aziende sanitarie pubbliche che lo compongono. In particolare, esse devono (i) definire l'articolazione del territorio regionale in ASL; (ii) decidere se e come costituire in aziende autonome (Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università) gli ospedali che hanno rilievo nazionale, regionale e vedono la presenza di discipline ad alta specializzazione; (iii) definire il ruolo di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere scientifico – IRCCS e Aziende Ospedaliere-Universitarie integrate con il SSN (ex policlinici pubblici) all'interno del sistema regionale; (iv) identificare eventuali altri soggetti 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 nel 2017 gli autori a interrogarsi su un 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, già 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 uniche responsabili dell’erogazione di servizi ospedalieri e territoriali a vocazione generalista da parte pubblica⁶. 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 dall’edizione 2017 del Rapporto, infatti, la nuova classificazione prevede la ricognizione di tutti gli enti sanitari pubblici, con l’aggiunta di tre nuovi raggruppamenti in aggiunta al conteggio di aziende territoriali e ospedaliere: IRCCS pubblici, Aziende ospedaliero-universitarie integrate con il SSN e, appunto, enti intermedi. 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 quelli 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 sul territorio regionale (es. ARCA in Lombardia, Intercenter in Emilia Romagna, So.Re.Sa in Campania) sono stati in questa sede esclusi perché non ope-

⁶ 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.

ranti esclusivamente in sanità, ma anche per altri soggetti istituzionali come i comuni.

La Tabella 2.1 presenta l'evoluzione del numero di ASL (e ASST) e di AO nelle diverse regioni dal 1992 al 30 giugno 2018 e il numero di Aziende Ospedaliere-Universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici), IRCCS Pubblici ed enti intermedi aggiornato al 2018, così da ricostruire l'insieme degli attori pubblici dei SSR.

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 fortemente ridotto, passando dalle 197 del 2001 alle 120 di oggi (-39%), 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)⁷, per poi rinvigorire a cavallo tra 2015 e 2017. 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 è nata l'ASL unica, ribattezzata Azienda per la Tutela della Salute (ATS), coincidente con l'ambito territoriale della Sardegna e con sede a Sassari⁸. In Veneto, invece, con la L.R. 19/2016 il numero di ULSS è stato ridotto da 21 a 9 ed è stata istituita l'Azienda Zero, che rientra nel computo degli enti intermedi e ha l'obiettivo di perseguire lo sviluppo del servizio sanitario regionale. A gennaio 2017 è stata infine costituita la nuova ASL Città di Torino, nata per effetto della fusione delle ASL To1 e To2. Nel corso dell'ultimo anno, a cavallo tra luglio 2017 e giugno 2018, non si registrano invece ulteriori modifiche negli assetti istituzionali e il conteggio delle aziende territoriali degli SSR è rimasto quindi immutato. Per il futuro prossimo, ulteriori modifiche marginali potrebbero configurarsi a partire dal 1 gennaio 2019. Nel corso dei primi mesi del 2018, ad esempio, si

⁷ 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).

⁸ In sostituzione delle 8 preesistenti ASL, sono state istituite le aree socio-sanitarie 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.

Tabella 2.1 Ricognizione degli enti pubblici dei Servizi Sanitari Regionali (2018)

Regione	ASL e ASST				AO (*)			AO integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)		IRCCS pubblici		Enti intermedi (**)
	Numero 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/2015	Numero al 30/06/2018	Popolazione media 2018	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/15	Numero al 30/06/18	Numero al 30/06/2018	Numero al 30/06/18
Piemonte	63	22	22	13	12	364.655	7	7	6	6	-	-
Valle d'Aosta	1	1	1	1	1	126.202	-	-	-	-	-	-
Lombardia	84	44	15	15	27	371.713	16	27	29	-	5	11
PA Bolzano	4	4	4	1	1	527.750	-	-	-	-	-	-
PA Trento	11	1	1	1	1	539.898	-	-	-	-	-	-
Veneto	36	22	21	21	9	545.004	2	2	2	2	1	1
Friuli VG	12	6	6	5	5	243.108	3	3	2	2	2	1
Liguria	20	5	5	5	5	311.396	3	3	-	-	2	1
Emilia Romagna	41	13	13	8	8	556.579	5	5	5	4	2	-
Toscana	40	12	12	12	3	1.245.656	4	4	4	4	-	1
Umbria	12	5	4	2	2	442.320	2	2	2	2	-	1
Marche	24	13	13	1	1	1.531.753	3	4	2	2	1	-
Lazio	51	12	12	12	10	589.669	3	3	4	4	2	-
Abruzzo	15	6	6	4	4	328.799	-	-	-	-	-	-
Molise	7	4	4	1	1	308.493	-	-	-	-	-	-
Campania	61	13	13	7	7	832.409	7	8	7	7	1	-
Puglia	55	12	12	6	6	674.707	4	6	1	1	2	-
Basilicata	7	5	5	2	2	283.559	1	1	1	1	1	-
Calabria	31	11	11	5	5	391.337	4	4	4	4	1	-
Sicilia	62	9	9	9	9	558.554	16	17	5	5	2	-
Sardegna	22	8	8	8	1	1.648.176	1	1	1	1	-	1
ITALIA	659	228	197	139	120	504.033	81	97	75	43	22	17

(*) Per AO si intende la somma della Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Non sono, invece, incluse le Aziende Ospedaliere - Universitarie integrate con il 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'A.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), Del Vecchio (2017)

è discussa l'opportunità di procedere alla fusione dell'Azienda Ospedaliera e dell'ASL di Alessandria. La delibera, inizialmente approvata dalla Giunta Regionale, ha incontrato l'opposizione da parte del Consiglio, ma l'eventuale modifica dell'assetto istituzionale è ancora al centro del dibattito politico.

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 Trento⁹, 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 provinciale¹⁰. 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 il numero delle AO è diminuito 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 dall'edizione 2017 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, anche nel conteggio delle AO non si registrano ulteriori cambiamenti. Anche in questo caso, però, nuove modifiche potrebbero determinarsi nel futuro prossimo: in Puglia, per esempio, è prossima l'istituzione del Polo Pediatrico pugliese tramite lo scorporo dell'ospedale pediatrico Giovanni XXIII dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziata Policlinico di Bari.

Fanno parte degli enti pubblici dei SSR anche 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.

Per quanto riguarda infine 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

⁹ Valle D'Aosta e Provincia Autonoma di Trento presentavano ASL uniche già nel 2001.

¹⁰ 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.

amministrativi in precedenza svolti dalle aziende. In questa cornice, dalla Figura 2.1 emerge che:

- ▶ 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 – Agenzia Regionale Emergenza Urgenza; Agenzia per la promozione del servizio sociosanitario lombardo e Agenzia di Controllo);
- ▶ 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 quattro 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.

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

Figura 2.1 **Gli assi di sviluppo degli enti intermedi (riadattamento da Del Vecchio e Romiti, 2017)**

Supporto amministrativo e operativo	Si	- Agenzia di controllo (Lombardia) - Agenzia di promozione del SSL (Lombardia) - AREU (Lombardia) - EGAS (Friuli Venezia Giulia) - Estar (Toscana) - CRAS (Umbria) - AREUS (Sardegna)	- A.Li.Sa (Liguria) - Azienda Zero (Veneto)
	No		- ATS (Lombardia)
		No	Si

Funzioni di governo

una popolazione media per ASL pari a 504.033 a gennaio 2018¹¹, in aumento di più del 15% rispetto al 2015 (437.379). La regione che presenta la popolazione media regionale più elevata è la Sardegna, il cui territorio corrisponde alla neonata ATS sarda (1.648.176 abitanti), seguita dalle Marche, anch'esse caratterizzate da un'azienda unica, l'ASUR marchigiana (1.531.753). A seguire le aziende toscane, che presentano bacini d'utenza molto maggiori dopo la recente riforma con una popolazione media pari a 1.245.656 nel 2018 (valore sostanzialmente quadruplicato dopo la riduzione da 12 a 3 sole Asl). Il minimo si registra, invece, nella regione più piccola per dimensionamento e numero di abitanti (Valle D'Aosta – 126.202 abitanti); l'unica altra regione con una popolazione aziendale media inferiore ai 250.000 abitanti è il Friuli Venezia Giulia (243.108).

La cronologia completa delle modifiche nel numero di strutture dal 2002 al 31/07/2018 è riportata nel Box 2.2, 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.

2.2.2 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 socio-sanitario, al fine di generare le condizioni interne ed esterne per la realizzazione di obiettivi assegnati dalla Regione (Zuccatelli *et al.*, 2009).

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

Rispetto alla prima dimensione, la Tabella 2.2 mostra la durata media¹³ del

¹¹ La base di calcolo è costituita dai dati forniti dal Bilancio Demografico ISTAT per il 31 gennaio 2018 (ultimo accesso 10 settembre 2018).

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

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

Tabella 2.2 **Durata media in carica dei DG in una data azienda per regione (1996-2018)**

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

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

Fonte: OASI, 2018

periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, a livello sia nazionale che regionale, tra il 1996 e il 2018. Il valore medio nazionale è pari a 3,6 anni, ossia 3 anni e 7 mesi circa. Probabilmente, si tratta di un orizzonte di gestione troppo limitato, considerando il livello di complessità delle aziende sanitarie pubbliche. Permangono, inoltre, forti differenziazioni interregionali, dagli 1,8 anni della Calabria agli 8,4 della PA di Bolzano. Sebbene il dato nazionale non presenti scostamenti rispetto al 2017, si registrano oscillazioni a livello regionale del tutto fisiologiche perché legate alle nomine effettuate nel periodo. Così, a seguito del recente ciclo di nomine, in Piemonte e Sicilia (regioni nelle quali si contano il maggior numero di avvicendamenti nel corso dell'ultimo anno, rispettivamente pari a 10 e 5) si registra una riduzione della durata media. L'ultimo anno è stato caratterizzato da un certo numero di cambiamenti (40), in leggero aumento rispetto ai 37 del 2017. 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 2018 registra, invece, una differenza di circa 5 mesi nella durata media delle cariche, pari a 3,9 anni nelle AO e 3,5 anni nelle ASL. Tale diversità nella durata degli incarichi non riguarda tutte le regioni. Infatti, in Basilicata, Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Veneto la stabilità dei DG di ASL e AO è sostanzialmente allineata, mentre nel solo Piemonte la durata degli incarichi dei direttori delle ASL tende a superare quella delle AO (3,3 contro 3,2).

La seconda dimensione di indagine ha come oggetto le persone che hanno svolto o stanno svolgendo il ruolo di DG. L'obiettivo è capire se, a livello nazionale, si stia formando una comunità professionale di DG¹⁴. 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 2.2 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.

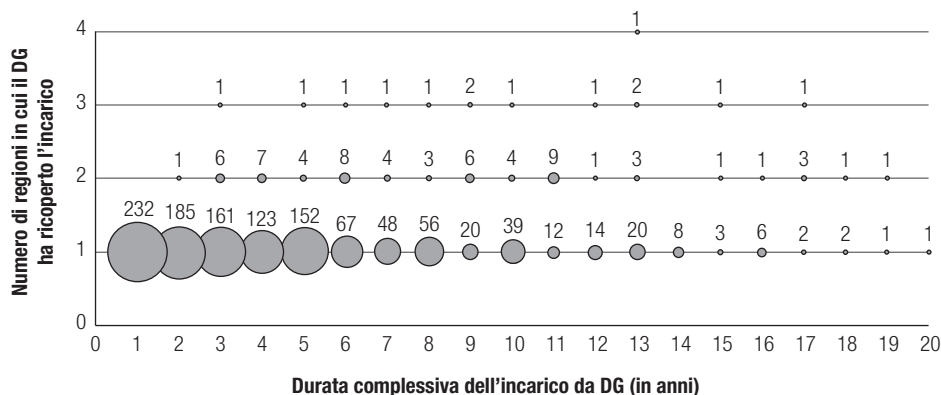
Nel periodo considerato, 1.235 persone hanno ricoperto il ruolo di direttore generale in una delle strutture pubbliche del SSN. Il grafico mostra come, delle 356 persone che hanno un'esperienza di sei o più anni come DG, solo il 16,0% l'abbia maturata in aziende di due o più regioni (dato comunque in 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 238, 186 e 168). L'incidenza della somma di tali classi si è ridotta nel tempo, anche se marginalmente, passando da poco più del 55% nel 2003 al 47,9% nel 2018.

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 77 DG con esperienza in più regioni.

Per informazioni sull'identikit professionale dei DG, a partire da un'analisi dei curriculum vitae, si rimanda al capitolo 8 del Rapporto OASI 2013, mentre

¹⁴ A questo proposito rileva il recente disegno di legge a prima firma Maria Domenica Castellone con le modifiche al decreto legislativo 4 agosto 2016, n.171 in materia di dirigenza sanitaria. L'articolo 2, comma 1 stabilisce infatti che “le regioni nominano i direttori generali esclusivamente tra gli iscritti all'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale, di cui all'articolo 1. A tale fine, la regione rende noto, con apposito avviso pubblico, pubblicato sul proprio sito internet istituzionale, l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale”. Inoltre, “la durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni” (Art 2, comma 2).

Figura 2.2 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (N=1.235)**



Fonte: OASI, 2018

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 proposti nel Rapporto OASI 2003 (Carbone, 2003): l'indice di instabilità del sistema regionale¹⁵ (propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale¹⁶ (propensione del sistema ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico, invece che far ruotare il management fra le proprie aziende). L'indice

¹⁵ 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 1996-2018 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 a livello regionale 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.

¹⁶ 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 1996-2018 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.

di apertura non è ovviamente calcolato per le regioni che, per tutti gli anni considerati, risultano mono-azienda (Valle D'Aosta e PA di Trento¹⁷), 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 infra-aziendali. 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, dal 2017, la 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 2.3). 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; 0,73)¹⁸ rappresenta la media nazionale, sostanzialmente invariata rispetto al 2017. In questo modo si raffigura una matrice a quattro quadranti ed è possibile classificare le regioni come evidenziato nel Riquadro 2.1:

Riquadro 2.1 **Classificazione delle regioni in funzione del loro posizionamento all'interno della matrice instabilità-apertura (Carbone, 2003)**

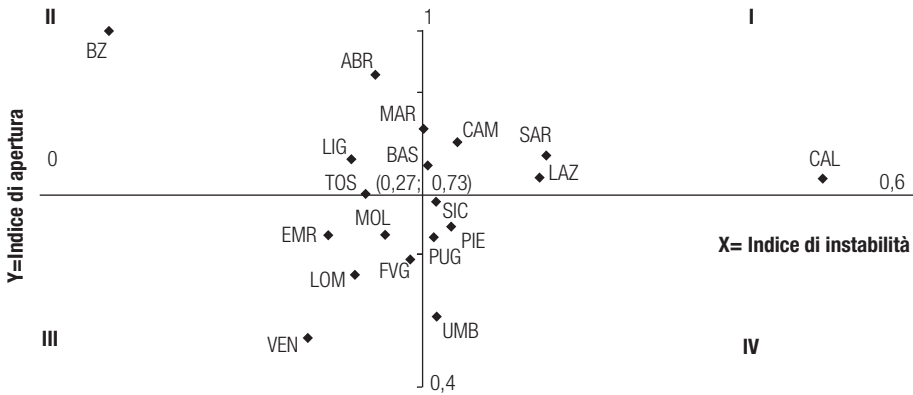
- Regioni «AD ALTA VARIABILITÀ» (quadrante I) con elevati gradi di instabilità e di apertura.
- Regioni «A STABILE APERTURA» (quadrante II), caratterizzate da sistemi regionali stabili, in cui i cambiamenti dei DG sono rari e avvengono, prevalentemente, nominando persone esterne al sistema regionale.
- 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

¹⁷ La Regione Valle D'Aosta registra un tasso di instabilità pari a 0,32, mentre la Provincia Autonoma di Trento pari a 0,18.

¹⁸ L'indice di instabilità nazionale viene calcolato con le stesse modalità di calcolo degli indici regionali, ossia come rapporto tra il numero totale dei cambiamenti avvenuti in Italia tra il 1996 e il 2018 (1.458) e il numero totale dei possibili cambiamenti (5.391). 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 2018 hanno svolto o svolgono il ruolo di DG (1.327) e il numero di aziende ponderato per il loro numero di anni di esistenza (258,77) diviso per il numero di mutamenti effettivi che si sono realizzati nell'arco del periodo considerato (1.458): il valore è pari a 0,73. 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 (1.327) non coincide con quanto riportato in Figura 2.1.

Figura 2.3 **Matrice di mobilità dei DG. Posizionamento in base a indice di instabilità (ascisse) e di apertura (ordinate) (1996-2018)**



Fonte: OASI, 2018

(da 0,52 a 0,56) ed essersi mantenuto costante nel corso del 2016 e del 2017, nel 2018 si registra un lieve calo (0,54). 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”¹⁹, l’Abruzzo fa registrare l’indice di apertura più alto: delle 27 nomine di DG registrate nel periodo 1996-2018, 25 sono state affidate a soggetti esterni, mentre solo in due occasioni si è fatto ricorso a persone che già avessero ricoperto il ruolo in regione. Tra le regioni «statiche», dal 2013 al 2016 Lombardia e Veneto hanno comunque registrato 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. Negli ultimi due anni il valore ha invece registrato una lieve diminuzione. 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), in ulteriore calo rispetto al valore del 2017 (0,57).

2.3 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 razionalizzazio-

¹⁹ 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).

ne dell'offerta. Tale tendenza ha interessato tanto l'ambito ospedaliero, quanto quello territoriale e dell'emergenza-urgenza.

Il paragrafo propone un'analisi dell'evoluzione della capacità di offerta di tali livelli di assistenza, spesso distinguendo e confrontando le dinamiche delle diverse tipologie di strutture di erogazione di servizi sanitari²⁰.

2.3.1 La capacità di offerta delle strutture ospedaliere

La Tabella 2.3 mostra il numero di strutture di ricovero autorizzate in Italia al 30/12/2016, suddivise per tipologia²¹.

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 (371 in totale), in crescita per via dell'accorgimento metodologico che ha determinato l'attribuzione delle 27 ASST lombarde a tale conteggio (si veda il §2.2.1) e principalmente concentrati nelle regioni del Centro e del Sud (69,5% del totale). Si contano 63 IRCCS, di cui 41 privati, concentrati soprattutto in Lombardia (26, di cui 21 privati). I Policlinici Universitari, pubblici (ora AO integrate con l'SSN) e privati, sono rispettivamente 9 e 2. Queste strutture sono presenti solo 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). Il DM 70/2015 ha dato ulteriore impulso alla razionalizzazione introducendo le cure intermedie quali strutture sanitarie a valenza territoriale e a garanzia della continuità delle cure tra ospedale e territorio. I pazienti target di tali moduli territoriali sono pazienti in dimissione dai reparti per acuti che hanno bisogno

²⁰ A partire dal 2009, il Ministero della Salute ha adottato un nuovo schema di raggruppamento delle strutture sanitarie, relativamente alla proprietà pubblica o privata degli erogatori. Tale schema è adottato dal Rapporto SDO e nel presente capitolo. In particolare: gli istituti pubblici includono Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere integrate con l'Università ed ex Policlinici universitari pubblici (AOU integrate con SSN), IRCCS pubblici e IRCCS fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta ASL; gli istituti privati sono Policlinici universitari privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi qualificati di USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate.

²¹ L'ultimo aggiornamento dell'Indirizzario da parte del Ministero della Salute è relativo alle strutture attive al 30 dicembre 2016: le analisi qui riportate presentano comunque alcuni accorgimenti metodologici rispetto agli stessi dati del Rapporto OASI 2017.

Tabella 2.3 **Numero di strutture di ricovero per tipologia e regione (2016)**

Regioni	Presidi a gestione diretta ASL (1)	Aziende Osped. AO integrate con l'Università	AO (Aziende Osped. + AO integrate con l'Univ.) (2)	AO integrate SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	IRCCS pubblici (3)	Totale strutture di ricovero pubbliche (4)	IRCCS privati (5)	Policlinici Universitari privati	Ospedali classificati (6)	Presidi privati qual. pres. ASL (7)	Enti di ricerca private accreditate	Casi di Cura private non accreditate (8)	Totale strutture di ricovero private accreditate	Casi di Cura private non accreditate	Totale strutture di ricovero private	
Piemonte	21	3	3	6	27	3	37	46	9	55						
Valle d'Aosta	1		1	1	1		1	1	1	1						
Lombardia	27		5	32	21	5	67	93	9	102						
PA Bolzano	7		7	7		6	6	6	4	10						
PA Trento	7		7	7		1	5	6	6	6						
Veneto	21	1	2	1	24	2	16	28	1	29						
Friuli VG	8		2	10		5	5	5	5	5						
Liguria	6		2	8	1	2	5	8	2	10						
Emilia Rom. (*)	15	1	4	5	2	22	1	44	46	3	49					
Toscana	31	4	4	4	35	2	23	28	4	32						
Umbria	8	2	2	10		5	5	5	5	5						
Marche	5	2	2	1	8		14	14	14	14						
Lazio	35	2	4	1	2	42	4	60	76	26	102					
Abruzzo	17		17			10	10	10	10	10						
Molise	3		3	3	1	3	1	3	5	5						
Campania	32	6	1	7	2	1	42	1	3	1	62	67	2	69		
Puglia	25	1	1	2	29	3	26	31	31	31						
Basilicata	11	1	1	1	13		1	1	1	1						
Calabria	16	4	4	1	21		28	28	28	28						
Sicilia	53	5	5	3	2	63	2	59	63	1	64					
Sardegna	22	1	1	2	25		8	8	8	8						
Italia 2016	371	28	16	44	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 2.3 (segue)

- (1) Si considerano come strutture i presidi a gestione diretta ASL individuati dall'indirizzo 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). A questi, in coerenza con quanto spiegato nel §2.2.1, sono state aggiunte le ASST lombarde.
- (2) Per Aziende Ospedaliere, qui e dove non diversamente specificato, si intendono le Aziende Ospedaliere propriamente dette e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Queste aziende vengono sempre classificate dall'indirizzo ministeriale come strutture, anche quando sono localizzate in più stabilimenti. Il lettore noterà una lieve differenza rispetto al dato 2018 riportato e commentato nel precedente paragrafo (43), a cui invitiamo a fare riferimento: il conteggio aggiornato al 2016 non tiene conto delle modifiche occorse nelle AUSL di Reggio Emilia nel 2017.
- (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, ASST. 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'indirizzo del Ministero della Salute segnala due IRCCS pubblici e uno privato. Si segnala che una parte dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia è stata riconosciuta come IRCCS (Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia), pur non essendo riportata nell'indirizzo. 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 – Indirizzo 2016, Cantù (2000), Ferré e Ricci (2011)

di consolidare le proprie condizioni fisiche o continuare il recupero funzionale, così come individui provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per proseguire le terapie ed evitare un ricovero ospedaliero. Lo stesso DM 70, infine, definisce gli «standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» (Allegati, art. 3), che fissano i riferimenti per il bacino di utenza delle singole discipline cliniche, oltre che le soglie minime di dotazione strutturale²². Per un'analisi approfondita sui potenziali di razionalizzazione della rete ospedaliera si veda il Capitolo 9 del Rapporto OASI 2016, mentre per un approfondimento sulle cure intermedie si consulti il Capitolo 15 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 dimezzamento dei presidi ASL nell'ultimo quindicennio. In generale, come analizzato nel § 2.2.1, 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 svolte²³, 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 è rimasto sostanzialmente invariato e si riscontrano differenze solo parziali, sebbene ci si attende una nuova flessione indotta dal sopraccitato DM 70, che ha introdotto una soglia di accreditabilità a livello dimensionale.

La Tabella 2.4 analizza le strutture di ricovero dal punto di vista dimensionale, mettendo in evidenza la presenza di tre macro-classi. Le AO (considerate unitamente alle AO integrate con l'Università) e le AOU integrate con l'SSN presentano la maggiore dotazione di posti letto (PL) utilizzati per la degenza ordinaria, con una media, rispettivamente, di 654 e 670 posti nel 2016. Presidi a gestione diretta, IRCCS e ospedali classificati si collocano a un livello dimen-

²² In particolare, la dotazione minima per l'accREDITAMENTO è fissata in 60 posti letto per acuti nelle strutture pluri-specialistiche.

²³ Cfr. D.Lgs. n. 288 del 16 ottobre 2003 e ss. mm.

sionale intermedio, con rispettivamente 250, 237 e 215 PL. Le case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 84 PL accreditati.

La Tabella 2.4 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, la cui crescita dimensionale (+35,6%) è conseguenza diretta delle dinamiche di accorpamento dei presidi e del passaggio delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) all'interno di questo conteggio, in coerenza con quanto analizzato nel §2.2. Il calo nei PL in regime ordinario, invece, si è verificato in particolare nelle AOU integrate con il SSN (-19,5% tra il 2000 e il 2016), nelle AO (-15,6%) e nelle case di cura accreditate (-6,0%). Tra 2014 e 2016 si segnala che il considerevole incremento delle dimensioni medie dei presidi a gestione diretta (+43 PL, + 20,8%) è controbilanciato da un lieve calo nel dimensionamento in regime ordinario delle AO e delle AO integrate con l'Università (-16 PL, - 2,4%). Le AOU integrate con il SSN, invece, mostrano un aumento delle dimensioni medie (+26 PL, +4,0%) dovuto all'incremento del numero di PL dell'AOU Sassari a seguito del passaggio dell'Ospedale Civile Santissima Annunziata dalla Asl alla AOU a partire dal 1 gennaio 2016. Le case di cure private accreditate, infine, dopo il primo anno di applicazione del DM 70/2015 evidenziano una riduzione di 10 unità rispetto al 2014, che è alla base del leggero aumento delle dimensioni medie (+1 PL).

I presidi a gestione diretta ASL nella maggior parte delle realtà regionali raggruppano più stabilimenti ospedalieri funzionalmente accorpati. La Figura 2.4 confronta il numero di stabilimenti delle ASL (e delle ASST lombarde²⁴)

Tabella 2.4 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati per la degenza ordinaria) per tipologia di struttura di ricovero (2000-2016)**

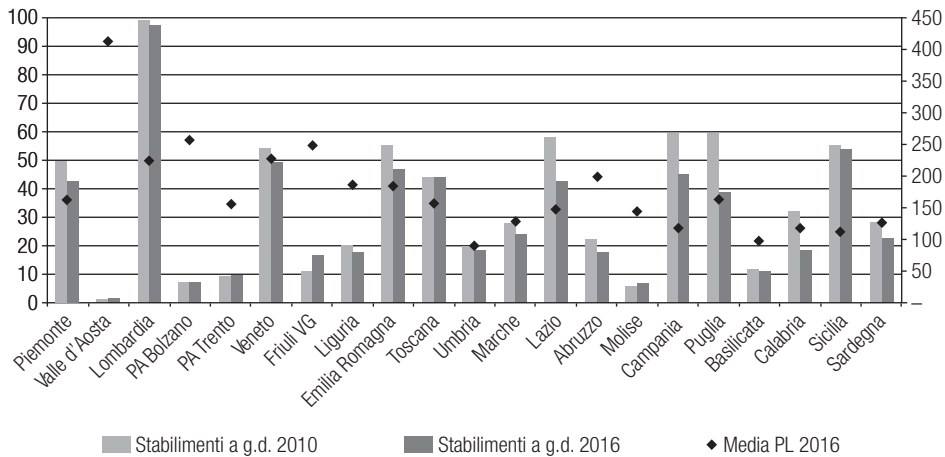
Tipologia struttura	2000	2005	2010	2014	2016	Variazione 2000-2016
Presidi a gestione diretta ASL	184	193	196	207	250	35,6%
AO e AO integrate con Università	774	660	707	670	654	-15,6%
AOU integrate con SSN	832	620	669	644	670	-19,5%
IRCCS pubblici e privati	247	224	231	231	237	-4,1%
Ospedali classificati	223	211	202	214	215	-3,7%
Case di cura accreditate (1)	89	85	82	83	84	-6,0%

(1) Numero medio dei posti letto accreditati

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Indirizzario 2016 e Posti letto per struttura ospedaliera

²⁴ Già 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 adesso riferimento al numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASST.

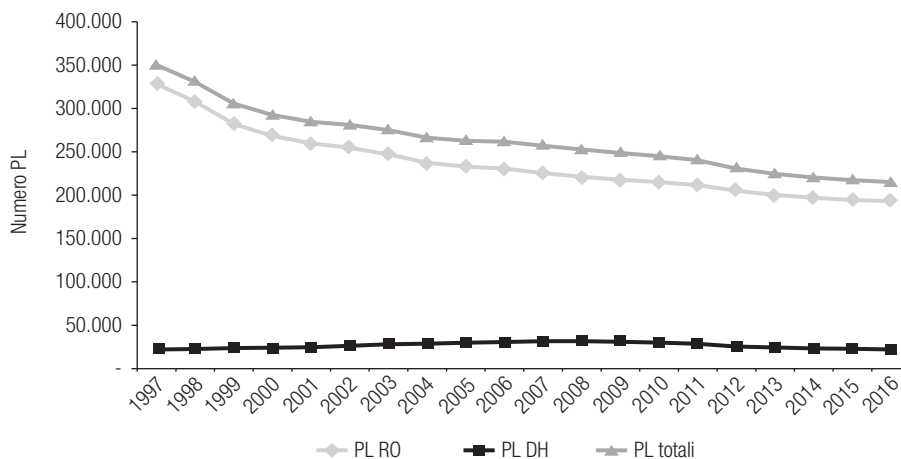
Figura 2.4 **Numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASL (asse sx; 2010; 2016) e dimensione media (asse dx; 2016)**



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

nel 2010 e nel 2016. In tale arco temporale, che coincide 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 107 unità a livello nazionale. Tuttavia, quasi il 65% degli stabilimenti che hanno cessato l'attività (65) si trovano in quattro regioni: Puglia (-21 stabilimenti), Lazio (-16), Campania (-14) e Calabria (-14). I dati dimensionali, aggiornati al 2016, evidenziano un numero medio di PL per gli stabilimenti del Sud e del Centro (rispettivamente 129 e 137 PL) significativamente inferiore rispetto a quello degli stabilimenti del Nord (207). Rispetto al numero medio di PL nel 2010, dato non riportato in Figura, la dimensione media degli stabilimenti si è ridotta al Nord (-7 PL), mentre è rimasta sostanzialmente stabile nelle altre due macroaree geografiche. Per quanto riguarda, infine, i singoli contesti regionali, tutti mostrano una riduzione dei PL totali presso presidi a gestione diretta, ad eccezione del Friuli Venezia Giulia che, a seguito della costituzione delle Aziende Sanitarie Universitarie Integrate (ASUI), ha spostato nel conteggio dei presidi a gestione diretta le relative Aziende Ospedaliere di Trieste e Udine.

Come evidenziato dalla Figura 2.5 che riporta la dotazione di PL del SSN, nel 2016 il SSN italiano disponeva di 215.064 PL, di cui 193.019 PL (89,7%) per degenza ordinaria e 22.045 (10,3%) 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 38,7%. Gran parte del calo è da attribuire ai PL per le degenze ordinarie (-41,2%), mentre i PL per ricoveri in regime diurno sono rimasti sostanzialmente stabili (-21 unità). Se la diminuzione dei PL ordinari è stata costante nel periodo considerato, fino al 2008 i posti

Figura 2.5 **Numero di posti letto previsti totali per regime di ricovero (1997-2016)**

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

letto in DH erano in aumento (arrivando a costituire il 12,5% della dotazione strutturale, pari a 31.623 PL); a partire da quell'anno, invece, il trend si è invertito, registrando una rapida riduzione della dotazione di posti letto in regime diurno (-30,3% tra 2008 e 2016). Nell'ultimo biennio analizzato (2014-2016) la tendenza evidenziata è proseguita: il SSN ha perso il 5,6% dei propri PL diurni (-1.319) e il 2,1% dei PL ordinari (-4.072).

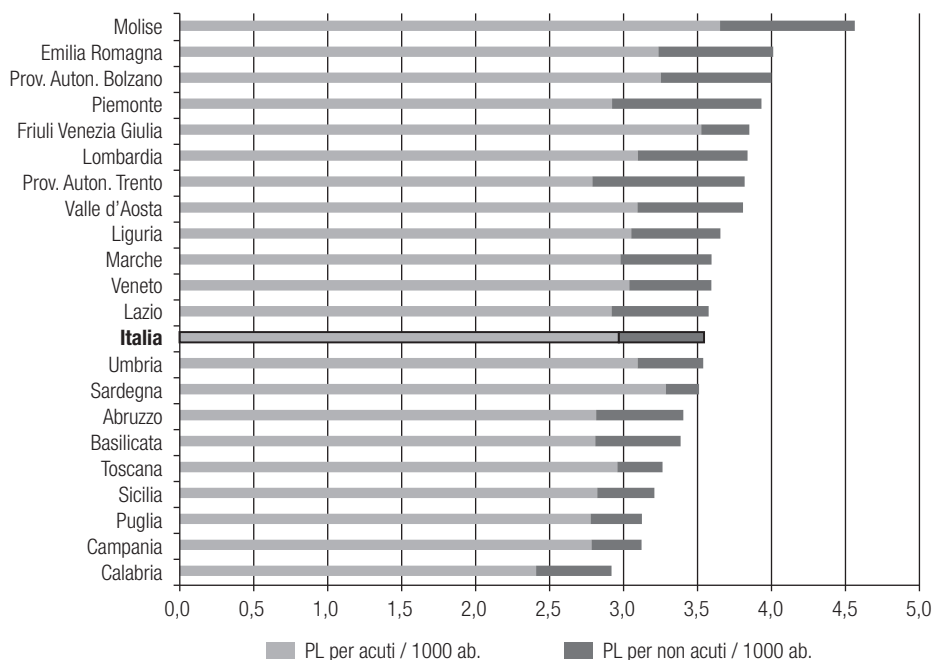
Le dinamiche di riduzione della dotazione strutturale derivano da un forte impulso del livello centrale. In particolare:

- ▶ il D.L. 95 del 06/07/2012 (art. 15, comma 13, lettera c) prevede una dotazione-obiettivo a 3,7 PL per 1.000 abitanti, di cui 0,7 per non acuti²⁵. Il Decreto Legge, convertito con modificazioni dalla L.135 del 07/08/2012, specifica che la riduzione è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50% ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di Unità Operative Complesse²⁶;
- ▶ Il Patto per la Salute 2014-2016 e il successivo regolamento nazionale sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi degli ospedali (DM 70/2015) hanno confermato i precedenti indirizzi sugli standard di dotazione strutturale.

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

²⁶ Il Decreto mantiene come variabile di controllo per l'adeguatezza dell'offerta un tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui almeno il 25% erogati in DH.

Figura 2.6 **Posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) / 1.000 abitanti (2016)**



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

Con aggiornamento al 2016, la dotazione media nazionale di PL – in regime di degenza sia ordinaria che diurna – risulta pari a 3 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti (Figura 2.6). Meno della metà delle regioni presenta una dotazione complessiva di PL superiore a 3,7 e a fine 2016 restavano al di sopra dei 4 PL complessivi PA Bolzano (4,0), Emilia Romagna (4,0) e Molise (4,6): si assiste quindi a un progressivo miglioramento rispetto al passato²⁷.

Persistono invece margini di miglioramento più ampi rispetto agli specifici target per acuti e non acuti: dieci regioni presentano dotazioni superiori ai 3 PL per 1.000 abitanti per acuti indicati dalla normativa, mentre sette superano il valore pari a 0,7 per i non acuti. Le dotazioni più elevate negli acuti si registrano in Molise (3,7 PL/1.000 ab.) e Friuli Venezia Giulia (3,5), per i non acuti in Piemonte e nella Provincia Autonoma di Trento (entrambi con 1,0 PL/1.000 ab.).

²⁷ Nel 2013, poco dopo l'entrata in vigore del Decreto Legge 95/2012, 12 regioni presentavano una dotazione complessiva di posti letto superiore a 3,7 ogni 1.000 abitanti.

2.3.2 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 (si veda anche il §2.4.2). 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 socio-sanitarie delegate dai Comuni, nonché del supporto alle famiglie e alle persone in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali).

Dal 2001 al 2013²⁸, 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 2013). 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 quali l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale (ambulatori e laboratori)²⁹;
- ▶ strutture semiresidenziali, come, per esempio, i centri diurni psichiatrici e per anziani;
- ▶ strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA), gli *Hospice* e le case protette;
- ▶ altre strutture territoriali, come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori familiari e i centri distrettuali.

La Tabella 2.5 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

²⁸ La rilevazione e la pubblicazione dei dati ministeriali relativi alle attività territoriali ha di norma un paio di anni di ritardo nei confronti dei corrispondenti dati ospedalieri. L'ultimo aggiornamento dell'Annuario Statistico del SSN è stato pubblicato nel 2016 ed è relativo al 2013.

²⁹ 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 2.5 **Presenza di strutture territoriali nelle regioni (2013)**

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

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

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

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 242,8% e del 275,5% 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.

2.3.3 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 3 del presente Rapporto).

La Tabella 2.6 evidenzia l'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN³⁰ tra 2001 e 2016, distinguendo per i diversi ruoli professionali. I dipendenti totali sono diminuiti da 688.378 unità nel 2001 a 648.663 nel 2016 (-5,8%) e il dato 2016 rappresenta il minimo registrato nell'intero periodo osservato. La numerosità del personale SSN è stata influenzata anche da interventi del livello centrale: la Finanziaria 2010, infatti, ha 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). Il periodo d'osservazione 2001-2016 mostra, come conseguenza, due diversi trend. Tra 2001 e 2010, infatti, l'organico è rimasto sostanzialmente invariato, seppure con andamenti differenti per medici e personale di ruolo sanitario da un lato (+4,2% e +2,6%,

Tabella 2.6 **Unità di personale SSN, per ruolo professionale (2001-2016)**

Anno	Medici	Ruolo sanitario	Altro personale	Totale
2001	112.539	337.409	238.430	688.378
2002	114.662	339.340	238.682	692.684
2003	113.953	338.533	234.693	687.179
2004	115.580	340.815	232.145	688.540
2005	115.829	342.989	229.583	688.401
2006	116.919	342.434	227.152	686.505
2007	116.766	341.455	223.976	682.197
2008	118.041	345.080	226.735	689.856
2009	118.773	346.840	228.103	693.716
2010	117.225	346.025	225.597	688.847
2011	115.449	344.234	222.858	682.541
2012	114.640	340.741	218.035	673.416
2013	113.803	339.890	216.548	670.241
2014	112.741	337.397	213.658	663.796
2015	110.909	333.508	209.054	653.471
2016	110.501	331.192	206.970	648.663
2001-10	4,2%	2,6%	-5,4%	0,1%
2010-16	-5,7%	-4,3%	-8,3%	-5,8%
2001-16	-1,8%	-1,8%	-13,2%	-5,8%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Conto Annuale – Ragioneria Generale dello Stato

³⁰ Sono inclusi i dipendenti delle ASL, delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università, ma anche quelli delle Agenzie e delle Aziende Pubbliche di servizi alla persona.

rispettivamente) e altro personale³¹ dall'altro (-5,4%). A partire dal 2010, invece, si evidenzia un marcato trend di contrazione, pari a 5,8 punti percentuali a livello complessivo e comune a tutti i ruoli: medici (-5,7%), ruolo sanitario (4,3%) e altro personale (-8,3%).

Complessivamente, il SSN fornisce un considerevole contributo all'occupazione nazionale: i dipendenti SSN rappresentano, infatti, l'1,0% della popolazione complessiva, l'1,6% della popolazione attiva (15-65) e il 2,7% degli occupati. Per quanto riguarda invece il numero di medici di medicina generale (MMG), personale in convenzione con il SSN responsabile delle cure primarie e quindi dell'accesso dei cittadini ai servizi sanitari, i dati 2016 registrano 44.279 MMG, in riduzione a livello nazionale del 2,0% rispetto al 2013, ultimo dato riportato nel Rapporto OASI 2017³².

2.4 Le attività del SSN

2.4.1 Le attività di ricovero

Dai dati generali sull'attività di ricovero SSN a livello nazionale³³ nel periodo 2001-2016 si possono trarre alcune considerazioni (Tabella 2.7):

- ▶ si evidenzia una riduzione nel numero delle dimissioni (-3.876.076) pari a -30% in 15 anni, con un andamento molto differente tra le prime sette rilevazioni (-6,5% nel periodo 2001-2008) e gli ultimi otto anni, in cui il numero di dimissioni è diminuito del 25,1%. Questa diminuzione si può ricondurre, almeno parzialmente, alla forte spinta per il trasferimento delle prestazioni dal *setting* ospedaliero a quello territoriale. Nel 2016 i ricoveri sono diminuiti del 2,6% rispetto al 2015 e del 4,9% rispetto al 2014;
- ▶ nel periodo 2001-2016 le giornate di ricovero sono diminuite del 26,1%³⁴; tra 2015 e 2016 si osserva una riduzione del 2,0%;
- ▶ 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%³⁵ a una del

³¹ Rientra in questa categoria il personale di ruolo amministrativo, tecnico e professionale.

³² Non sono al momento disponibili dati aggiornati a livello regionale posteriori al 2013: per un approfondimento a livello regionale si rimanda al capitolo 4 del Rapporto OASI 2017. Nello stesso contributo sono presenti i dati nazionali e regionali relativi ai Pediatri di Libera Scelta (PLS).

³³ Per omogeneità rispetto alla serie storica, sono qui inclusi i ricoveri erogati dai privati non accreditati censiti dal Rapporto SDO: nel 2016, essi sono 65.528, pari allo 0,75% del totale annuale.

³⁴ 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 (-21% nel periodo 2006-2016).

³⁵ Si segnala che il rapporto era cresciuto di circa quattro punti percentuali dal 1998 al 2001.

Tabella 2.7 **Dati generali sull'attività di ricovero SSN a livello nazionale (2001-2016)**

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
2016	9.061.064	61.236.601	12,4%	6,86
2001-2008	-6,5%	-9,0%	/	/
2008-2016	-25,1%	-18,8%	/	/
2001-2015	-30,0%	-26,1%	/	/

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

19,1%. Dal 2007 al 2016 si registra, invece, un'inversione di tendenza (-6,2 punti percentuali). Nel 2016 si è registrato il dato di incidenza degli accessi in day hospital più modesto dal 2001, pari al 12,4%³⁶;

- la degenza media per acuti in regime ordinario è tendenzialmente stabile nel periodo monitorato, anche se il valore rilevato nel 2016 è il più elevato degli ultimi 15 anni ed è pari a 6,86 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 25,83 e 27,56 giornate, con una marcata riduzione registrata negli ultimi 15 anni per la lungodegenza (-5 giornate rispetto al 2001).

La Tabella 2.8 presenta più nel dettaglio la composizione dei ricoveri per regione e regime di ricovero, escludendo dal computo le dimissioni dei neonati sani (364.378).

³⁶ 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 2.8 **Ricoveri SSN per regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2016)**

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	438.298	123.173	92,2%	35.298	2.037	6,1%	10.242	1,7%	609.048
Valle d'Aosta	14.492	6.060	93,7%	1.140	0	5,2%	232	1,1%	21.924
Lombardia	1.109.989	232.435	92,8%	95.891	2.683	6,8%	5.611	0,4%	1.446.609
PA Bolzano	62.967	16.696	93,0%	3.890	198	4,8%	1.873	2,2%	85.624
PA Trento	50.413	21.377	88,2%	5.797	535	7,8%	3.255	4,0%	81.377
Veneto	491.526	128.990	94,0%	27.714	3.706	4,8%	8.200	1,2%	660.136
Friuli VG	134.965	39.416	97,3%	2.802	119	1,6%	1.833	1,0%	179.135
Liguria	159.416	82.523	94,2%	10.245	936	4,4%	3.741	1,5%	256.861
Emilia Romagna	542.723	150.444	92,1%	22.766	4.030	3,6%	32.708	4,3%	752.671
Toscana	403.241	132.528	97,7%	10.044	775	2,0%	2.023	0,4%	548.611
Umbria	106.969	24.362	95,7%	3.929	523	3,2%	1.401	1,0%	137.184
Marche	158.907	47.902	94,9%	4.793	201	2,3%	6.115	2,8%	217.918
Lazio	592.807	262.307	95,1%	31.461	5.796	4,1%	6.473	0,7%	898.844
Abruzzo	139.515	44.231	94,9%	7.086	82	3,7%	2.612	1,3%	193.526
Molise	36.068	12.764	95,4%	1.582	248	3,6%	533	1,0%	51.195
Campania	566.938	313.037	97,1%	12.849	4.086	1,9%	9.275	1,0%	906.185
Puglia	447.415	63.352	96,8%	13.755	1.143	2,8%	1.812	0,3%	527.477
Basilicata	55.259	16.988	96,4%	2.371	225	3,5%	134	0,2%	74.977
Calabria	152.829	50.641	95,2%	7.232	970	3,8%	2.102	1,0%	213.774
Sicilia	448.745	111.466	96,2%	16.011	2.901	3,2%	3.023	0,5%	582.146
Sardegna	175.089	71.184	98,0%	2.457	761	1,3%	1.773	0,7%	251.264
ITALIA	6.288.571	1.951.876	94,8%	319.113	31.955	4,0%	104.971	1,2%	8.696.486

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

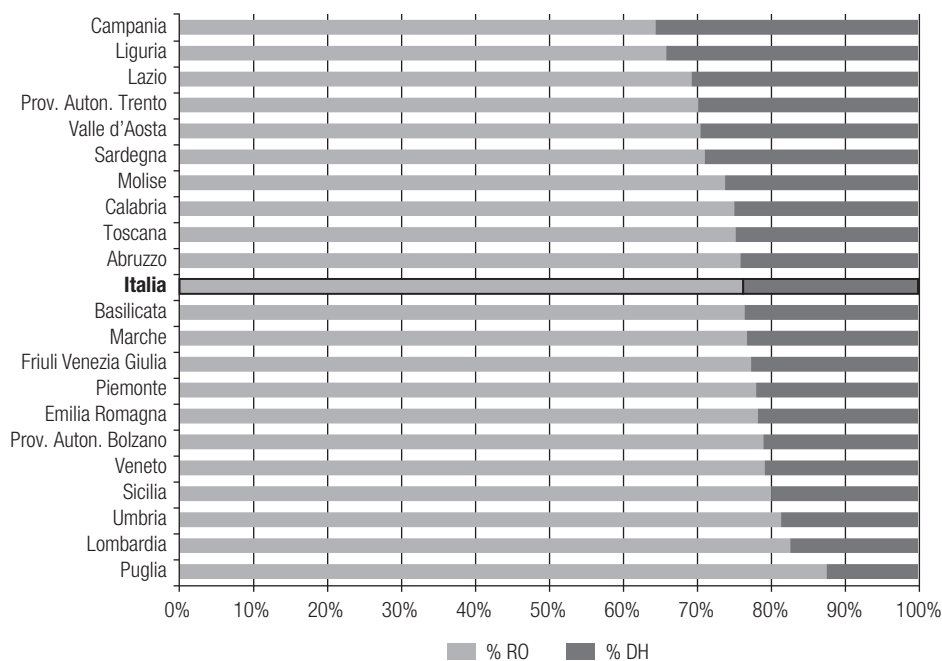
Gli 8,69 milioni di ricoveri ospedalieri SSN del 2016 si compongono, per il 94,8%, di ricoveri per acuti, dato sostanzialmente stabile rispetto al 2015 (94,8%) e al 2014 (95,0%).

In relazione al 2015, si mantiene piuttosto stabile anche la quota di ricoveri SSN per riabilitazione (4,0%). Questi ultimi sono prevalentemente erogati in regime ordinario da tutte le regioni (91% a livello nazionale), pur essendoci situazioni in cui la percentuale di DH è molto elevata: è questo il caso di Campania (24,1%), Sardegna (23,6%, anche se in calo di 4 punti percentuali rispetto al valore del 2015) e Lazio (15,6%).

I ricoveri SSN per lungodegenza nel 2016 sono diminuiti rispetto al 2015 (-5.738), continuando a rappresentare una quota molto esigua dei ricoveri totali (1,2%), con alcune eccezioni regionali (Emilia Romagna 4,3%; Provincia Autonoma di Trento 4,0%; Marche 2,8%).

Con riferimento ai soli ricoveri per acuti, la composizione dell'attività erogata in DH è pari, a livello nazionale, al 23,7%, in diminuzione di 0,7 punti percentuali rispetto al 2015 e di 1,6 punti percentuali rispetto al 2014 (Figura 2.7). Alcune regioni si discostano sensibilmente dal dato medio nazionale, evidenziando una percentuale inferiore (Puglia, 12,4%; Lombardia, 17,3%; Umbria, 18,6%); o, viceversa, superiore (Campania e Liguria, con quote rispettivamente pari al 35,6% e al 34,1%).

Figura 2.7 **Distribuzione dei dimessi per acuti tra RO e DH per regione (2016)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

La Tabella 2.9 mostra nel dettaglio le giornate di degenza per regione e regime di ricovero.

Le 60,1 milioni di giornate di ricovero erogate nel 2016 si compongono per l'80,7% di giornate per acuti, per il 14,5% di giornate di riabilitazione e per il restante 4,8% di giornate in lungodegenza. Rispetto al 2015, il numero di giornate si riduce complessivamente di 2 punti percentuali: si registra, infatti, una diminuzione delle giornate per acuti (-2,1%), lungodegenza (-2,0%) di riabilitazione (-1,1%). Piemonte, Lombardia, PA di Trento, PA di Bolzano, 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 e PA di Bolzano) o per entrambe (Piemonte e PA Trento).

La Figura 2.8 illustra la distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale³⁷. La maggioranza dei ricoveri ordinari per acuti viene erogata dagli istituti pubblici (76,2%), in lieve aumento rispetto all'anno precedente (74,5%) e in linea con il dato 2014 (76,7%). Tra questi, la quota maggiore è riconducibile ai presidi a gestione diretta ASL (52,6%), seguiti dalle AO (9,5%). La quota di ricoveri erogata da queste due tipologie di istituti si attesta quindi inoltre al 62%, in linea con il dato registrato nel 2015. Rispetto al 2015, tuttavia, si rileva una diminuzione del peso delle AO di circa 10 punti percentuali (20,1 nel 2016), accompagnata da un aumento del peso dei presidi a gestione di diretta di simile entità (+10,9 punti percentuali). Si segnala come questa diminuzione sia influenzata dalla classificazione da parte del Ministero della Salute delle ATS e ASST lombarde, istituite nel 2015 (L.R 23/2015) e rispettivamente inserite nel computo delle ASL e delle AO.

I ricoveri ordinari per riabilitazione, invece, sono erogati soprattutto dal privato accreditato (75,2%, in diminuzione rispetto al 77,2% del 2015). Infine, la lungodegenza è erogata pressoché in egual misura da strutture pubbliche (48,6%) e private (51,4%), con un lieve aumento dell'incidenza dei volumi di ricovero per privati rispetto al 2015, pari a 1,1 punti percentuali. Considerando, invece, l'erogazione di ricoveri in DH (non riportato in Figura), si nota una sostanziale stabilità della quota pubblica per quanto riguarda gli acuti (da 72,4% a 72,0% tra 2014 e 2016), a fronte di una importante riduzione del peso pubblico per la riabilitazione (da 48,0% a 41,0%). Per approfondimenti sulle attività degli erogatori privati accreditati si rimanda al capitolo 4 del presente Rapporto.

Un altro dato rilevante è la distribuzione dei dimessi per acuti in RO e DH

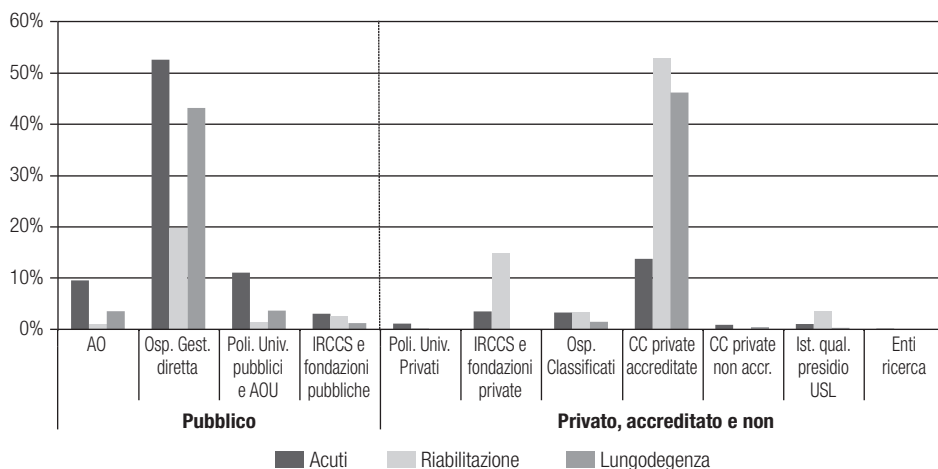
³⁷ In tutto il paragrafo è adottata la classificazione delle strutture introdotta dal Rapporto SDO 2012 (si veda il § 4.1): nel conteggio sono inserite anche le case di cura private non accreditate.

Tabella 2.9 Giornate di degenza per regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2016)

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	3.003.339	258.437	973.761	24.841	361.024	7,8%	4.621.402
Valle d'Aosta	98.587	16.729	21.205	0	5.525	3,9%	142.046
Lombardia	7.687.261	289.015	2.297.363	20.295	151.038	1,4%	10.444.972
PA Bolzano	432.158	30.887	84.038	1.435	39.253	6,7%	587.771
PA Trento	374.455	54.789	114.937	7.176	92.262	14,3%	643.619
Veneto	3.861.339	227.225	655.413	52.198	222.301	4,4%	5.018.476
Friuli VG	950.423	146.178	78.427	1.050	46.535	3,8%	1.222.613
Liguria	1.302.492	316.617	201.716	9.813	71.220	3,7%	1.901.858
Emilia Romagna	3.421.583	702.263	582.083	49.303	886.588	15,7%	5.641.820
Toscana	2.618.699	346.357	225.729	8.838	50.571	1,6%	3.250.194
Umbria	695.520	70.251	99.406	9.745	14.622	1,6%	889.544
Marche	1.136.751	164.872	142.769	1.079	137.242	8,7%	1.582.713
Lazio	4.209.907	717.055	941.220	131.961	246.729	3,9%	6.246.872
Abruzzo	963.794	112.935	161.247	1.094	44.542	3,5%	1.283.612
Molise	260.440	33.859	46.202	3.486	11.627	3,3%	355.614
Campania	3.450.899	1.012.614	426.042	72.265	309.875	5,9%	5.271.695
Puglia	2.950.290	136.353	366.021	8.212	34.672	1,0%	3.495.548
Basilicata	374.234	56.066	77.367	3.430	4.544	0,9%	515.641
Calabria	1.015.404	150.550	211.154	14.611	49.219	3,4%	1.440.938
Sicilia	3.171.934	300.016	483.834	40.761	72.547	1,8%	4.069.092
Sardegna	1.189.209	205.983	54.091	10.070	41.555	2,8%	1.500.908
ITALIA	43.168.718	5.349.051	8.244.025	471.663	2.893.491	4,8%	60.126.948

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 2.8 **Distribuzione dei dimessi in regime ordinario, per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2016)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

tra DRG di tipo medico e di tipo chirurgico³⁸ (Tabella 2.10). A livello nazionale, il totale dei DRG medici supera quello dei DRG chirurgici (rispettivamente 4.457.978 e 3.782.469: 54,1% contro 45,9%).

Osservando la distribuzione dei ricoveri per acuti dal 2014 al 2016 nella Tabella 2.10, si può notare una sostanziale stabilità della quota di ricoveri in regime ordinario con DRG medico sul totale delle dimissioni in RO, con un lieve calo dal 58,0% del 2014 al 57,0% del 2016 (-178.733 dimissioni in termini assoluti). Anche l'attività chirurgica in RO mostra, nello stesso periodo, un decremento in termini assoluti (-19.134), seppur più contenuto. Col tempo, si sono ridotte le regioni che registrano un'incidenza dei ricoveri chirurgici in regime ordinario per acuti sul totale minore del 36%, fissato come soglia minima dal Comitato ministeriale dei LEA: nel 2017 solo Calabria (35,6%), Sardegna (34,9%) e Liguria (34,2%) non hanno ricevuto una valutazione positiva, pur riportando un aumento dell'incidenza percentuale rispetto all'anno precedente. Nel DH, invece, prevale l'attività di *day surgery* (55,3%, in crescita di 1,9 punti percentuali negli ultimi 3 anni e di 9,8 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

³⁸ 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 2.10 **Dimissioni per regime di ricovero e tipo DRG. Ricoveri per acuti (2014- 2016)**

	2014		2015		2016	
	Dimissioni	%	Dimissioni	%	Dimissioni	%
Regime Ordinario						
DRG medico	3.763.967	58,0%	3.694.704	57,7%	3.585.234	57,0%
DRG chirurgico	2.722.471	42,0%	2.703.330	42,3%	2.703.337	43,0%
Totale RO	6.486.438	100,0%	6.398.034	100,0%	6.288.571	100,0%
Day Hospital						
DRG medico	1.021.827	46,6%	950.852	45,9%	872.744	44,7%
DRG chirurgico	1.172.414	53,4%	1.118.971	54,1%	1.079.132	55,3%
Totale DH	2.194.241	100,0%	2.069.823	100,0%	1.951.876	100,0%
Totale (RO+DH)	8.680.679		8.467.857		8.240.447	

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

residente viene ricoverata nelle strutture ospedaliere, pubbliche o private, sia dentro che fuori regione³⁹. 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.

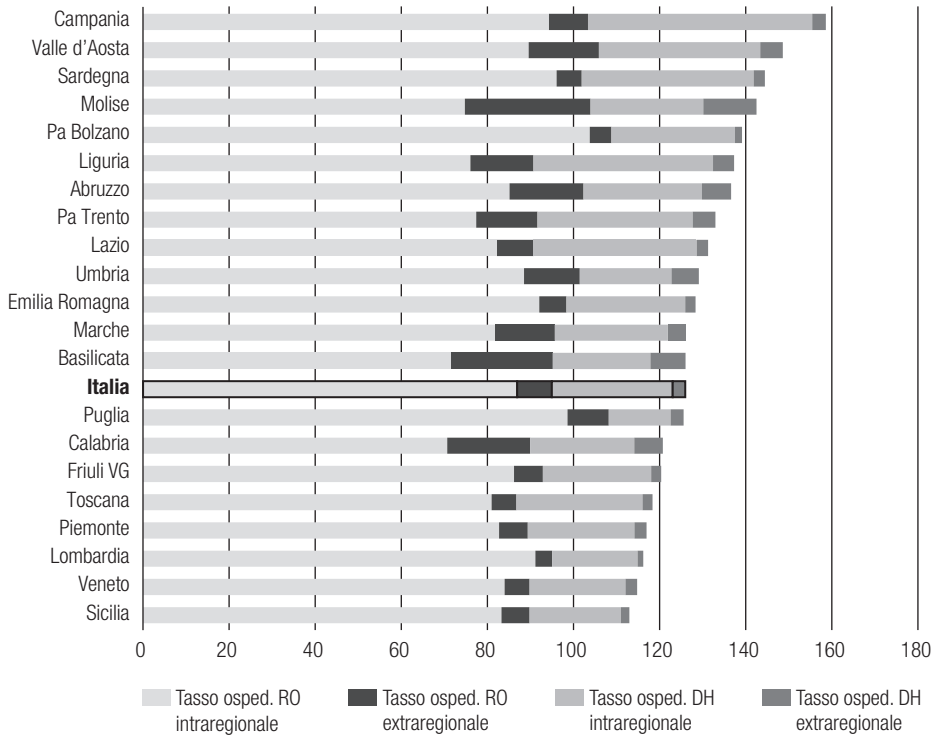
Dalla Figura 2.9 risulta un tasso standardizzato⁴⁰ per acuti in regime ordinario pari a 95,0 per 1.000 abitanti nel 2016, che rafforza ulteriormente un consolidato e significativo trend di riduzione dell'ospedalizzazione ormai in atto da alcuni anni (97,0 nel 2015; 99,3 nel 2014; 103,9 nel 2013; 108 nel 2012). Per l'attività di DH, il corrispondente valore scende a 31 per 1.000 abitanti (da 32,9 nel 2015; 35,0 nel 2014, 38,2 nel 2013 e 41,6 nel 2012) pari al 24,6% del TO complessivo. Quest'ultimo risulta, infatti, pari a 126 per 1.000 abitanti, in diminuzione rispetto a 2015 (129,9), 2014 (134,3) e 2013 (142,1).

Ancora una volta, però, è necessario prestare attenzione alla forte differenziazione regionale (Figura 2.9): Campania (158,7‰), Valle d'Aosta (148,7‰), Sardegna (144,5‰) e Molise (142,6‰) fanno registrare tassi significativamente superiori alla media nazionale; viceversa, Sicilia (113,0‰) Veneto (114,8‰) e Lombardia (116,3‰) registrano i valori più bassi. Si segnala inoltre come nel 2016 nessuna regione superi la soglia di 160 ricoveri per acuti per 1.000 abitanti stabilita dal D.M. 70/2015. Se si considerano i soli TO per acuti in regime ordinario, seppur con valori in riduzione rispetto al 2015, sono Valle d'Aosta,

³⁹ Nel testo e nelle figure a seguire, per ricoveri «fuori regione» o «extra-regione» si intendono le prestazioni ospedaliere in mobilità passiva.

⁴⁰ La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse regioni.

Figura 2.9 **Tasso di ospedalizzazione (TO) standardizzato per acuti, per regime di ricovero e regione (2016)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Puglia e PA di Bolzano a presentare i tassi più elevati (rispettivamente 105,9‰, 108,2‰ e 108,9‰); con riferimento ai tassi in regime diurno, invece, i valori più alti si registrano in Campania e Liguria (rispettivamente 55,3 e 46,6 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 (146,5‰) e, in misura minore, del Lazio (120,1‰). 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 (41,6‰), Basilicata (31,7‰), Calabria (25,9‰) e Abruzzo (24,0‰).

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

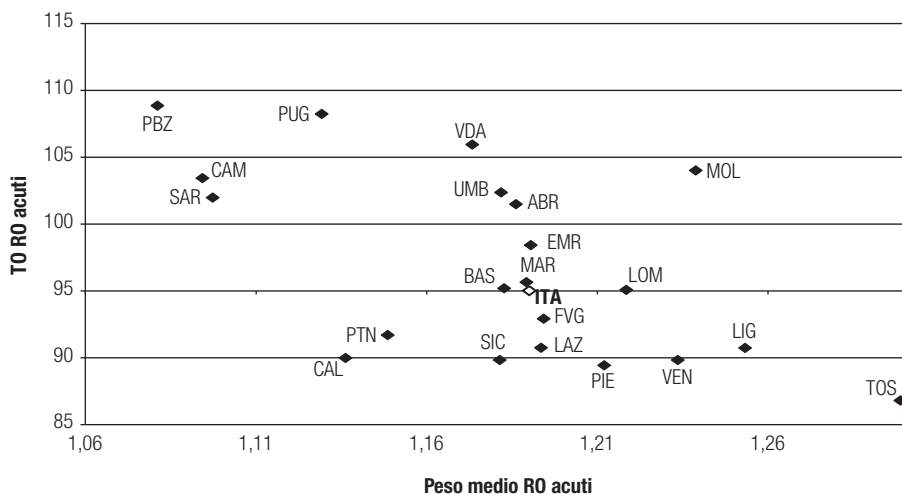
- ▶ indicatori di complessità, che analizzano le caratteristiche tecniche della produzione sanitaria, come il case-mix trattato, il peso medio, la percentuale dei casi complicati e il peso medio dei ricoveri degli anziani (65 anni e oltre);
- ▶ indicatori di efficacia e appropriatezza, che verificano 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 2.9, con una misura di complessità come il peso medio (PM), pari a 1,19 nel 2016.

La Figura 2.10 mostra che le regioni contraddistinte da un maggiore PM tendono a evidenziare un TO inferiore alla media nazionale (pari a 95,0‰): si vedano i valori della Toscana (1,30; 86,8), della Liguria (1,25; 90,7), del Veneto (1,23; 89,8) e del Piemonte (1,21; 89,4). All'opposto, le regioni con PM minore registrano TO più elevati della media nazionale, con l'eccezione della Calabria (1,14; 90,0): si vedano i dati della PA di Bolzano (1,08; 108,9), Sardegna (1,10; 102,0), della Campania (1,09; 103,4) e della Puglia (1,13; 108,2).

Gli indicatori di inappropriata⁴¹ organizzativa e clinica presentano forti differenziazioni tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali. La

Figura 2.10 **Peso medio (*) dei RO acuti e relativo Tasso di ospedalizzazione, per regione (2016)**



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

Tabella 2.11 opera un confronto tra gli anni 1998 e 2016. 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 (0-1 giorni) con DRG medico e (iii) la percentuale di ricoveri oltre-soglia con DRG medico in pazienti anziani⁴². Un indicatore che esprime l'inappropriata clinica è, invece, l'incidenza dei parti cesarei sui parti totali.

I dati in Tabella 2.11 evidenziano che:

- ▶ la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico, oggi pari a 28,6 su scala nazionale, è notevolmente diminuita tra il 1998 e il 2016, con le riduzioni più rilevanti registrate in Basilicata (-30,5 punti percentuali) e Sicilia (-23,2). 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 2016; su scala regionale, però, si evidenzia ancora una forte variabilità (differenza di 11,0 punti percentuali nel 2016 tra la regione con la percentuale più elevata - Campania, che rappresenta un outlier negativo con il 17,9% - e la regione con la percentuale più bassa - Sicilia). Anche per questo indicatore, sono Basilicata (-7,7 punti percentuali) e Sicilia (-7,6) 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 passando da 4,6 a 4,4 (-0,2 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 2016 valori superiori al dato nazionale;
- ▶ relativamente ai parti cesarei, si osserva nel tempo un peggioramento⁴³ diffu-

⁴² Rapporto percentuale tra il numero di ricoveri ordinari di tipo medico con durata della degenza superiore alla soglia DRG specifica dei pazienti con età superiore o uguale a 65 anni ed il numero totale di dimissioni dei pazienti appartenenti alla stessa fascia di età. L'indicatore esprime l'inappropriata permanenza in ospedale della popolazione anziana nelle discipline per acuti ed è indice di potenziale inadeguatezza dei servizi territoriali, sia in termini di disponibilità di posti letto, sia in termini di funzionalità della rete ospedale-territorio (RSA, servizi domiciliari, ecc.). 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 inappropriata, 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.

⁴³ 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 appropriata 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.

so su tutto il territorio (+5,5 punti percentuali). Nel 2016 il valore nazionale, pari a 34,9%, 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%; -3,3 punti percentuali). Tutte le regioni del Nord (a eccezione della Liguria) rispettano l'indicazione ministeriale (< 30%). Le restanti 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

Tabella 2.11 **Indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica delle prestazioni di ricovero per acuti per regione (1998-2016)**

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	2016	1998	2016	2006	2016	1998	2016
Piemonte	38,6	23,1	9,1	9,7	7,7	5,9	50,7	27,9
Valle d'Aosta	50,7	32,1	14,0	11,0	9,2	3,6	21,5	29,7
Lombardia	38,4	27,5	11,3	9,0	4,9	5,1	23,3	27,3
PA Bolzano	44,3	37,6	16,3	8,6	4,9	4,0	17,3	24,4
PA Trento	42,1	36,0	11,1	7,9	8,4	5,5	22,5	20,3
Veneto	41,9	27,5	8,3	7,6	7,1	6,4	24,5	25,2
Friuli VG	36,1	25,8	11,0	10,8	6,5	4,7	19,0	23,2
Liguria	40,5	30,4	12,9	8,0	5,2	4,9	28,5	32,3
Emilia Romagna	34,5	23,0	15,7	9,7	3,7	3,2	29,3	26,2
Toscana	41,5	22,6	10,5	8,3	3,9	2,5	22,5	26,8
Umbria	47,3	28,6	18,1	11,7	3,1	3,2	25,5	28,8
Marche	40,2	23,4	8,2	8,1	5,0	5,2	33,2	33,7
Lazio	43,4	29,6	13,8	9,1	5,9	5,5	35,5	36,8
Abruzzo	51,1	28,5	9,9	8,4	3,3	3,9	33,5	34,9
Molise	48,9	34,2	8,9	8,9	4,7	5,1	33,5	44,0
Campania	53,4	33,3	19,9	17,9	2,9	3,2	48,0	59,0
Puglia	52,9	34,6	12,7	11,2	3,6	3,5	35,1	43,6
Basilicata	64,4	33,9	16,0	8,3	3,4	3,5	41,8	38,7
Calabria	56,4	36,8	13,0	9,6	3,4	3,4	34,2	38,4
Sicilia	54,4	31,2	14,5	6,9	2,6	3,4	36,6	41,9
Sardegna	50,1	36,1	12,5	12,6	5,2	3,6	26,0	38,3
ITALIA	44,9	28,6	12,8	10,0	4,6	4,4	31,4	34,9

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

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

Fonte: Elaborazione OASI su dati SDO, Ministero della Salute

caratterizzati da un volume di erogazione superiore alle soglie di 500 e 1.000 parti/anno⁴⁴ (Tabella 2.12). I PN si distribuiscono, per l'82,1%, in strutture pubbliche, anche se Campania e Lazio contano tra il 45 e il 47% di punti nascita gestiti da strutture private (accreditate e non). Rispetto al 2009, il numero di PN si è ridotto di 180 unità, con una diminuzione superiore nel privato, accreditato e non (-37,1%), rispetto al pubblico (-24,9%). Nello stesso periodo, la percentuale complessiva di PN che superano il valore soglia di 500 parti all'anno è salita di 11,1 punti percentuali, passando dal 63,3% al 74,4%. Nonostante il miglioramento a livello nazionale di tale indicatore, permangono delle importanti differenze interregionali, testimoniate dai valori significativamente al di sotto della media nazionale registrati in alcune regioni caratterizzate da specificità legate al territorio (Sardegna, 40,0%) e/o di natura istituzionale (PA di Bolzano, 66,7%; PA di Trento, 33,3%), in Umbria (62,5%) e in Molise (33,3%). A completamento del quadro sinora presentato, l'ultima colonna della Tabella 2.12 riporta il tasso di punti nascita ogni 1.000 parti registrati dal Piano Nazionale Esiti (PNE) con riferimento all'anno 2016: 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 una ridotta capacità media 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 1,02 per 1.000 neonati. Tale miglioramento si registra nonostante la riduzione del numero di parti registrato nel Paese nei due anni osservati (-94.878 unità; -16,7%) ed è dovuto perlopiù alla graduale riduzione del numero di punti nascita (-180 unità; -27,1%), che favorisce la concentrazione della casistica.

Con specifico riferimento alle singole regioni, è possibile osservare una discreta variabilità interregionale, con valori che oscillano tra 1,91 punti nascita ogni 1.000 neonati registrato in Sardegna e lo 0,78 dell'Emilia Romagna.

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 = - 0,74): 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 neo-

⁴⁴ 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 2.12 **Distribuzione dei punti nascita per regione e tipo di istituto (2016)**

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	–	1	28	78,6	0,90
Valle d'Aosta	1	–	–	1	100,0	1,06
Lombardia	56	12	1	69	82,6	0,84
P.A. Bolzano	6	–	–	6	66,7	1,06
P.A. Trento	6	–	–	6	33,3	1,41
Veneto	34	3	–	37	78,4	0,99
Friuli VG	15	1	–	16	43,8	1,78
Liguria	9	2	–	11	100,0	1,14
Emilia Romagna	27	–	–	27	74,1	0,78
Toscana	26	–	1	27	74,1	0,97
Umbria	8	–	–	8	62,5	1,18
Marche	16	–	–	16	68,8	1,41
Lazio	23	14	6	43	72,1	0,91
Abruzzo	9	–	–	9	88,9	0,90
Molise	3	–	–	3	33,3	1,70
Campania	31	25	–	56	82,1	1,09
Puglia	25	7	–	32	84,4	1,03
Basilicata	5	–	–	5	80,0	1,19
Calabria	12	3	–	15	66,7	0,97
Sicilia	42	8	–	50	74,0	1,19
Sardegna	17	3	–	20	40,0	1,91
ITALIA 2015	398	78	9	485	74,4	1,02
ITALIA 2009	530	124	11	665	63,3	1,17
Delta% 09-15	–24,9%	–37,1%	–18,2%	–27,1%	/	/

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

nati 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 (72.1%, 74.1% e 74.1%), mostrano un indice di PN inferiore a quello italiano (0.91, 0.97 e 0,78).

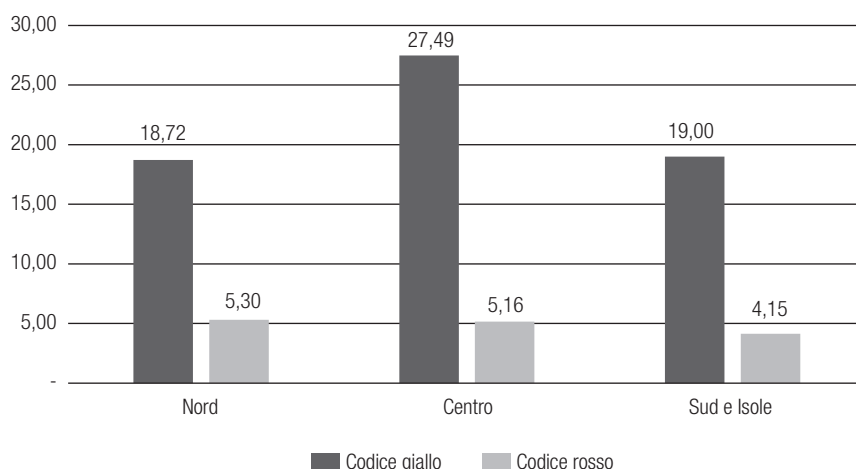
Infine, il presente paragrafo si occupa di analizzare le attività di primo contatto diretto con le strutture ospedaliere in tutte quelle situazioni legate a casi di emergenza o urgenza. A dati 2016, si contano oltre 20,5 milioni di accessi al PS a livello nazionale, in aumento rispetto al 2013 (+6,8%); di questi, praticamente la metà (49,3%) si registrano nelle regioni settentrionali, il 20,5% nelle regioni del Centro e il 30,2% nelle regioni del Sud. Anche in termini relativi, si

osserva un tasso di accesso ogni 1.000 abitanti superiore alla media nazionale (339,4 ogni 1.000 abitanti) nelle regioni del Nord e del Centro (rispettivamente 365,7 e 350,1 per 1.000 abitanti), mentre al Sud il tasso medio di ricorso al PS risulta più contenuto (298,2). Complessivamente, le due Province Autonome presentano i tassi maggiori (493,4 nella PA di Bolzano e 401,0 nella PA di Trento), mentre in Calabria (266,7) e Campania (267,0) si registrano i tassi più bassi.

La Figura 2.11 illustra infine la durata media⁴⁵ dell'attesa in Pronto Soccorso per i codici gialli e rossi per macroarea geografica. Mentre per i codici rossi la durata media dell'attesa è leggermente superiore al Nord (5,3 minuti a fronte di 5,2 minuti al Centro e 4,2 minuti al Sud), per i codici gialli le differenze si presentano più marcate. Il Centro sembra essere l'area con i tempi medi di attesa maggiori (27,5 minuti), superiori di circa 10 minuti rispetto alle regioni del Nord. Le regioni che registrano i tempi di attesa maggiori per i codici gialli risultano le Marche (42,9 minuti) e il Lazio (28,5 minuti). Provincia Autonoma di Trento, Basilicata e Friuli Venezia Giulia presentano invece i tempi medi più bassi, rispettivamente pari a 4,6, 5,1 e 7,1 minuti.

Al fine di congiungere l'assistenza medica di base con l'emergenza-urgenza, le ASL hanno storicamente garantito ai cittadini la possibilità di rivolgersi alla guardia medica (medico di continuità assistenziale). Si tratta di un servizio totalmente gratuito per situazioni che rivestono carattere di emergenza e che si verificano durante le ore notturne o nei giorni festivi e prefestivi. La guar-

Figura 2.11 **Media minuti di attesa per triage, per macroarea geografica (2016)**



Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2017, Agenas

⁴⁵ Il numero medio di minuti di attesa è stato calcolato ponderando il tempo mediano di attesa di ciascuna struttura (50° percentile) per il relativo numero di accessi sul totale degli accessi registrati nella regione di riferimento.

dia 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).

2.4.2 Le attività territoriali

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

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 2.13) 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 di 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. 2.3.1 e 2.4.1), può in parte sorprendere la riduzione osservata nei volumi di attività delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che, in una logica di

⁴⁶ Al momento della redazione del volume, gli ultimi dati disponibili e presentati in questo paragrafo sono relativi all'anno 2013.

Tabella 2.13 **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	11.462.667	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
Vale d'Aosta	2.448.925	2.510.090	5.818	2.530	159.916	155.323	351.275	302.495	84.686	88.367	2	12.350	201.332	165.984	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	1.363.388	1.182.181	1.069.104	1.130.283	25.680	23.226	695.759	594.845	497.610	667.948
PA Trento	10.161.656	10.745.905	11.842	13.065	609.123	609.552	980.125	902.455	660.422	700.984	32.780	40.023	473.520	464.293	226.687	228.635
Veneto	92.180.988	82.686.176	186.803	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	2.908.445	4.239.650	3.151.819	1.370.713	1.314.177	214.283	235.064	2.539.175	1.646.453	3.140.861	2.918.168
Emilia Romagna	86.404.078	72.483.621	92.328	92.232	5.344.251	4.255.648	5.236.535	6.585.666	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	653.952	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	14.319.062	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	1.291.685
Molise	6.508.188	7.482.653	11.814	25.779	329.944	424.615	806.123	791.564	264.406	383.494	104.460	155.308	365.888	259.927	333.204	73.371
Campania	91.155.078	86.029.199	270.584	239.061	5.100.407	5.580.837	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	2.803.665
Puglia	58.884.799	61.641.888	128.910	90.604	3.368.019	3.455.949	9.476.404	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	516.950	3.081.034	2.634.703	283.012	313.262	/	114.234	2.471.507	1.956.271	498.727	374.901
Calabria	34.849.704	36.260.414	52.724	39.500	1.761.676	1.626.139	4.039.846	3.540.537	1.379.795	1.219.133	57.683	83.922	2.368.132	1.969.885	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	1.354.489	1.430.930	4.555.634	4.164.530	1.318.490	1.335.925	32.972	126.068	2.636.129	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

generale razionalizzazione, può essere altresì interpretata come espressione di maggiore appropriatezza in termini di contenimento di casistica inappropriata.

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 socio-sanitario. L'obiettivo dell'ADI è quello di consentire al paziente di rimanere il più a lungo possibile all'interno del suo ambiente domestico, con un risparmio anche sul lato delle risorse ospedaliere.

Nel 2013, mediamente, sono stati trattati in ADI 1.206 pazienti ogni 100.000 abitanti (Tabella 2.14), ma la differenziazione a livello regionale (a causa di una

Tabella 2.14 **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)	di cui pazienti terminali (%)	
Piemonte	34.514	778	79,2	12,4	14
Valle d'Aosta	219	170	40,2	42,5	30
Lombardia	92.113	924	85,4	8,6	20
PA Bolzano	747	145	53,8	38,2	36
PA Trento	5.205	971	70,7	19,9	15
Veneto	69.866	1.418	83,1	9,2	10
Friuli VG	26.738	2.175	77,0	4,0	7
Liguria	18.644	1.171	79,0	17,9	28
Emilia Romagna	125.725	2.828	83,5	8,2	13
Toscana	105.461	2.812	90,1	2,1	8
Umbria	10.959	1.222	82,4	11,0	26
Marche	13.208	850	78,1	14,0	28
Lazio	64.652	1.101	85,9	9,0	19
Abruzzo	18.292	1.371	84,9	12,1	31
Molise	3.022	960	90,1	9,9	54
Campania	37.213	634	80,5	12,3	35
Puglia	23.096	565	79,0	17,6	38
Basilicata	9.083	1.570	83,4	15,9	41
Calabria	13.698	692	81,2	17,0	23
Sicilia	48.449	951	81,2	12,4	30
Sardegna	11.876	714	76,8	18,3	23
ITALIA 2013	732.780	1.206	83,5	9,4	18
ITALIA 2008	494.204	829	81,0	9,5	22
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

scarsa omogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati, oltre che di una diversa configurazione dei sistemi socio-sanitari regionali) è molto forte in termini di:

- ▶ numero di casi trattati, che si colloca su un intervallo che va dai 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 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 residenziali⁴⁷ 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 2.15).

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: 12,9; 6,6; 5,5; 26,4 ricoveri ogni 100.000 abitanti), anche se le differenze interregionali sono marcate (Tabella 2.16). La PA di Bolzano mostra i valori più alti sia per diabete, con 27,6 ricoveri per 100.000 abitanti rispetto al 12,9 di media nazionale (seppure in sensibile riduzione rispetto al 2011, -14,7 punti percentuali), sia per patologie alcool correlate (84,4 e

⁴⁷ Per una definizione di strutture residenziali e semi-residenziali si veda il § 2.3.

Tabella 2.15 **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 residenziali		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Strutture semiresidenziali							
	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	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	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	4220	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	968	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	652	240	359			211	326				3.482	149	149		112	243	243			
Molise	65	262	177	287	550							52	222	222								
Campania	2.885	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 2.16 **Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali: tassi di ospedalizzazione per acuti in strutture pubbliche e private, per 100.000 abitanti (2016)**

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	5,8	3,9	3,0	20,0	763,0
Valle d'Aosta	0,9	5,1	6,8	80,6	1.186,5
Lombardia	16,1	10,7	5,5	25,4	1.158,4
PA Bolzano	27,6	4,9	14,0	84,3	1.326,6
PA Trento	14,7	4,8	9,6	30,1	1.109,2
Veneto	16,3	7,5	10,2	30,1	1.203,9
Friuli VG	11,0	4,6	4,5	39,9	1.189,2
Liguria	11,4	8,0	4,0	41,4	872,7
Emilia Romagna	23,0	5,2	15,8	32,7	1.139,5
Toscana	5,2	2,8	4,8	21,2	866,2
Umbria	20,7	10,3	13,5	25,8	1.226,4
Marche	8,9	6,2	2,7	27,6	1.073,4
Lazio	11,3	3,5	2,1	19,5	1.089,4
Abruzzo	11,1	3,3	4,9	29,7	1.393,8
Molise	9,0	2,0	0,0	38,8	1.279,6
Campania	11,8	10,2	2,8	23,7	1.269,9
Puglia	9,2	6,0	4,4	25,6	1.099,5
Basilicata	6,1	1,3	0,7	30,9	1.071,5
Calabria	8,7	7,5	3,4	26,5	928,5
Sicilia	11,9	4,7	1,7	14,7	1.118,1
Sardegna	21,5	5,8	6,8	48,3	869,6
ITALIA 2016	12,9	6,5	5,5	26,3	1.084,6
ITALIA 2015	13,7	6,4	7,6	26,9	1.100,6
ITALIA 2009	26,0	11,8	9,5	41,8	1.244,9
Delta% 09-16	-50,3%	-44,3%	-41,6%	-36,9%	-12,9%

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

una media nazionale pari a 26,4). Per quanto riguarda l'influenza dell'anziano, nel 2016 si segnala una diminuzione del tasso di ospedalizzazione (5,5 a fronte di un valore di 7,6 nel 2015). Dopo l'importante aumento osservato nel 2015, quando il tasso di ospedalizzazione a livello nazionale ha raggiunto un valore più che doppio rispetto a quello registrato nel 2014, passando da 3,6 a 7,6 ogni 100.000 abitanti, il trend sembra essersi invertito. Le regioni dove si è registrata la diminuzione maggiore tra il 2015 e il 2016 sono la PA di Bolzano (da 39,7 a 14,0) e la Valle d'Aosta (da 17,3 a 6,9). Valori elevati continuano inoltre a essere registrati in Emilia Romagna (15,8), Umbria (13,6) e Veneto (10,3).

Lombardia (10,8), Umbria (10,3) e Campania (10,2) registrano il dato più alto per l'asma. Al contrario, l'insufficienza cardiaca cronica negli anziani è an-

cora molto spesso curata in ambito ospedaliero: in media 1.084,7 ricoveri ogni 100.000 abitanti, con valori massimi in Abruzzo (1.393,9). Da notare, comunque, una diminuzione generalizzata delle ospedalizzazioni tra il 2009 e il 2016, dal minimo relativo dell'insufficienza cardiaca (-12,9%) al massimo del diabete (-50,3%).

2.4.3 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 7 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.

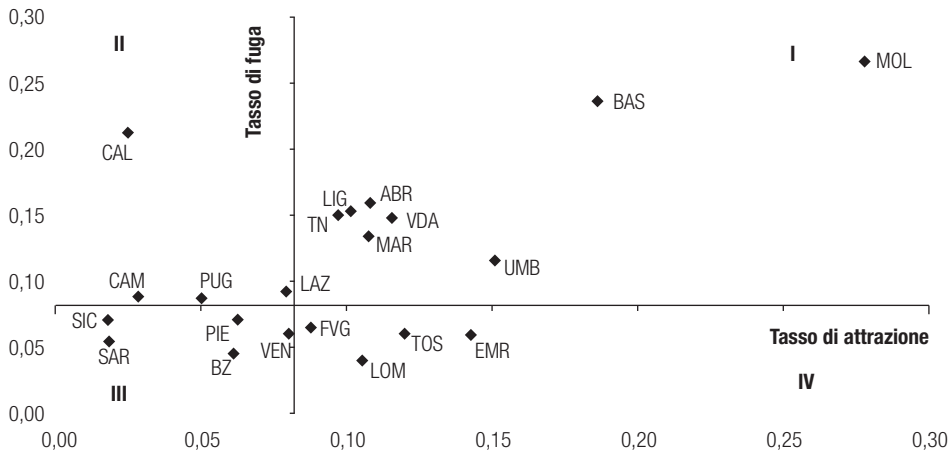
La migrazione sanitaria, ossia la fruizione di una prestazione sanitaria in una struttura localizzata in un'altra regione o in un altro Paese rispetto a quella di residenza, può essere motivata da ragioni oggettive (centri di alta specialità, malattie rare), da esigenze geografiche o familiari, da un'inadeguata 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 2.12 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2016 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;

Figura 2.12 **Posizionamento delle regioni in base agli indici di attrazione (*) e di fuga (**) (2016)**



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

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

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

► tasso di attrazione: ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni sul totale dei ricoveri effettuati dalle strutture della regione.

In questo modo, è possibile evidenziare quattro quadranti (separati dalla media nazionale) e classificare le regioni come indicato nel Riquadro 2.2.

Nel periodo 2008-2016, l'entità complessiva della mobilità fuori regione è lievemente aumentata, passando dal 7,38% dei ricoveri ordinari per acuti al

Riquadro 2.2 Classificazione delle regioni in funzione del posizionamento all'interno della matrice attrazione-fuga (Cantù, 2002)

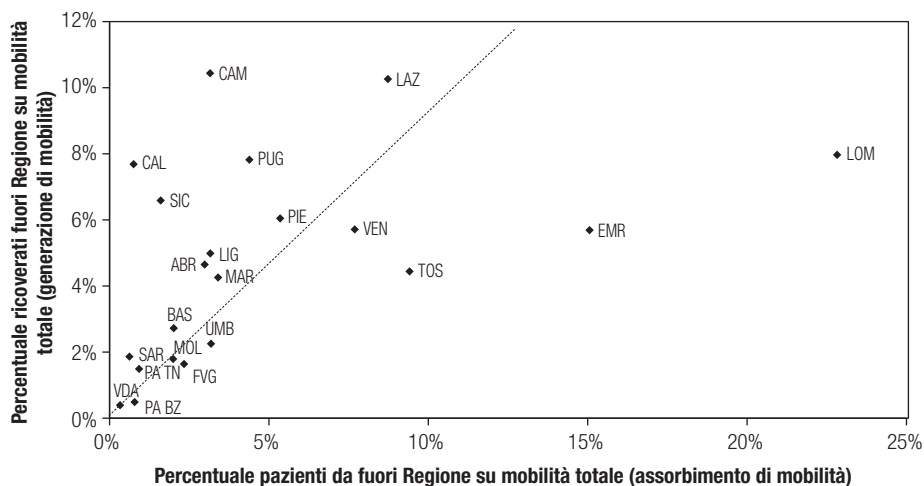
- Regioni «SPECIALIZZATE» (quadrante I) con forte mobilità in uscita e in entrata (dove si collocano prevalentemente le Regioni di piccole dimensioni, in cui la mobilità è generata dalla prossimità geografica dei territori confinanti o dalla mancanza di determinate specialità nelle strutture regionali. 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).

8,22% nel 2016. Tra il 2015 e il 2016, a livello regionale, non si registrano variazioni significative nei tassi di attrazione e fuga, con l'eccezione del Molise dove si registra una variazione di 2,51 punti percentuali nell'incremento dell'indice di fuga (da 24,1% a 26,6%, ovvero il valore massimo nazionale).

Nella Figura 2.13 i dati di mobilità sono stati elaborati calcolando altre due variabili:

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

Figura 2.13 **Assorbimento (*) e generazione (**)** della mobilità nelle regioni (2016)



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

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

A differenza della Figura 2.12, gli indicatori utilizzati nella Figura 2.13 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 22,7% della mobilità complessiva fuori regione, seguita da Emilia Romagna (15,0%), Toscana (9,3%) 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 (10,3%), Lombardia (8,0%), Puglia (7,9%) e Calabria (7,7%).

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, particolare 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 2.17 insieme ai relativi tempi d'attesa (disponibili per le prestazioni in RO

Tabella 2.17 **Tempi medi di attesa per procedure in RO e DH (2010-2016)**

Regime Ordinario	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ gg 2010-16	Δ % 2010-16
Tumore alla mammella	22,7	22,6	23,2	25,0	24,7	26,0	26,7	4,0	17,4%
Tumore alla prostata	40,2	43,3	42,6	42,5	45,1	47,5	51,4	11,2	28,0%
Tumore al colon retto	20,5	21,3	21,4	21,5	21,5	22,8	22,8	2,3	11,1%
Tumore all'utero	21,5	23,2	23,6	23,2	23,4	24,3	25,5	4,0	18,7%
Bypass coronarico	23,2	27,2	25,8	22,9	22,7	22,1	23,2	0,0	0,1%
Angioplastica coronarica (PTCA)	20,6	27,9	24,8	19,4	19,8	21,3	23,2	2,6	12,7%
Endoarteriectomia carotidea	42,0	40,1	39,6	38,8	40,3	40,7	44,2	2,2	5,2%
Protesi d'anca	83,3	77,9	79,7	77,2	77,8	79,3	80,2	-3,1	-3,7%
Tumore al polmone	19,6	18,4	20,2	20,9	23,1	24,3	23,6	4,0	20,4%
Tonsillectomia	76,4	81,6	84,8	90,5	91,6	92,1	89,9	13,5	17,6%
Regime Diurno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ gg 2012-16	Δ % 2012-16
Chemioterapia	-	-	22,2	18,1	11,7	11,3	10,0	-12,2	-55,0%
Coronarografia	-	-	29,3	31,5	28,5	28,7	27,8	-1,5	-5,1%
Biopsia percutanea del fegato	-	-	18,6	17,3	15,7	15,1	13,3	-5,3	-28,5%
Emorroidectomia	-	-	51,6	55,6	53,0	50,5	53,4	1,8	3,5%
Interventi per ernia inguinale	-	-	59,7	61,0	62,9	64,0	68,8	9,1	15,2%

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

per il periodo 2010-2016, per quelle in DH per il 2012-2016). 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 11,2 (prostata). Il trend è parzialmente compensato da una riduzione dei tempi di avvio dei cicli chemioterapici in DH registrata nel periodo 2012-2016, praticamente dimezzatosi e pari a -12,2 giorni. Interventi meno critici come la tonsillectomia evidenziano gli incrementi più marcati (+13,5 giornate nel 2010-2016). Le prestazioni relative all'area cardiovascolare (coronografia) e ortopedica (protesi d'anca) mostrano invece delle riduzioni.

2.5 **Struttura dell'offerta, personale e attività dei sistemi sanitari: un confronto internazionale**

Il presente paragrafo analizza in chiave comparativa il livello di dotazione strutturale, di figure professionali (input) e di utilizzo dei servizi (output) al fine di descrivere e confrontare i sistemi sanitari in un quadro internazionale. Di seguito si presentano alcuni dati sulle dotazioni di posti letto nelle strutture sanitarie ospedaliere nei 28 Paesi europei ed extra europei considerati. Innanzitutto, è interessante osservare il trend dei posti letto ospedalieri ordinari (PL)⁴⁸ per Paese (Tabella 2.18 e Figura 2.14).

Tra il 2005 e il 2016, il numero di PL per 1.000 abitanti è diminuito in tutti i Paesi considerati (fatta eccezione per la Polonia), passando da una dotazione media di 5,5 PL ogni 1.000 abitanti a 5,3 (in Italia da 4,0 nel 2005 a 3,2 nel 2015, ultimo dato disponibile). Questa riduzione è stata influenzata, oltre che da specifiche politiche sanitarie (come ad es. in Italia), dall'introduzione di tecnologie mediche che hanno permesso di trattare alcune patologie in *setting* ambulatoriale e in regime di *Day Hospital* e *Day Surgery*, riducendo la dotazione necessaria di PL ospedalieri per la degenza ordinaria. La riduzione è stata anche accompagnata da una diminuzione nella degenza media per acuti e, in alcuni Paesi, da una diminuzione delle ospedalizzazioni (cfr. Tabella 2.19 e Tabella 2.20 infra). Nel 2016, Giappone, Russia, Germania e Austria registrano il più alto numero di PL, pari rispettivamente a 13,1, 8,2, 8,1 e 7,4 PL ogni 1.000 abitanti. La notevole offerta di PL in Germania è associata a un

⁴⁸ Sono inclusi i PL per acuti in regime ordinario (*curative care beds*), riabilitativi, psichiatrici e di lungodegenza. Sono esclusi i PL in *day-hospital*.

Tabella 2.18 **Numero posti letto in regime ordinario ogni 1.000 abitanti (2005-2016)**

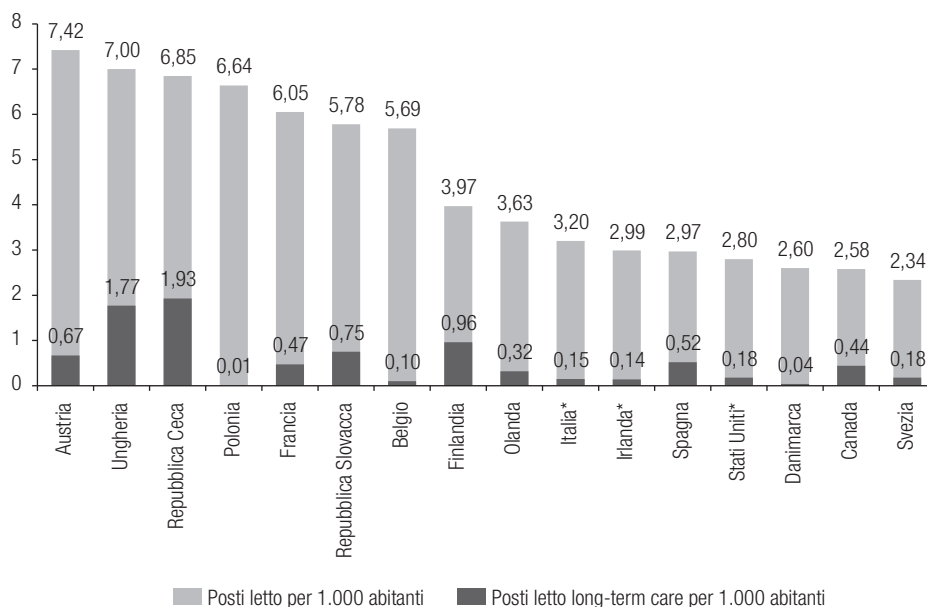
Paesi	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
UE (15)												
Austria	7,7	7,7	7,8	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,6	7,6	7,5	7,4
Belgio	6,4	6,4	6,3	6,3	6,2	6,1	6,0	6,0	5,9	5,9	5,8	5,7
Danimarca	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,1	n.d.	3,1	2,7	2,5	2,6
Finlandia	7,1	7,0	6,7	6,6	6,3	5,9	5,5	5,3	4,9	4,5	4,4	4,0
Francia	7,2	7,1	7,1	6,9	6,7	6,4	6,4	6,3	6,3	6,2	6,1	6,1
Germania	8,5	8,3	8,2	8,2	8,2	8,3	8,4	8,3	8,3	8,2	8,1	8,1
Grecia	4,8	4,9	4,9	4,8	4,9	4,5	4,5	4,5	4,2	4,2	4,3	4,2
Irlanda	5,5	5,3	5,1	4,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,6	2,6	3,0	n.d.
Italia	4,0	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	n.d.
Lussemburgo	5,8	5,7	5,7	5,6	5,5	5,4	5,3	5,2	5,2	5,1	4,9	4,8
Olanda	4,5	4,8	4,7	4,7	4,7	n.d.	n.d.	4,3	4,2	n.d.	n.d.	3,6
Portogallo	3,6	3,5	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,3	3,4	3,4
Spagna	3,3	3,3	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Svezia	2,9	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,3
Regno Unito	3,7	3,5	3,4	3,3	3,3	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6
UE (nuovi Paesi)												
Repubblica Ceca	7,6	7,5	7,3	7,2	7,1	7,0	6,8	6,7	6,5	6,5	6,5	6,9
Repubblica Slovacca	6,8	6,7	6,8	6,6	6,5	6,5	6,1	5,9	5,8	5,8	5,8	5,8
Polonia	6,5	6,5	6,4	6,6	6,7	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6
Ungheria	7,9	8,0	7,2	7,1	7,1	7,2	7,2	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Altri Paesi europei												
Norvegia	5,2	5,0	4,9	4,6	4,5	4,3	4,2	4,0	3,9	3,8	3,8	3,7
Svizzera	5,5	5,4	5,4	5,2	5,1	5,0	4,9	4,8	4,7	4,6	4,6	4,6
Altri Paesi non europei												
Stati Uniti	3,2	3,2	3,1	3,1	3,1	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8	n.d.
Canada	3,1	3,0	3,0	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6
Giappone	14,1	14,0	13,9	13,7	13,6	13,5	13,4	13,4	13,3	13,2	13,2	13,1
Brasile	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Russia	11,0	10,9	10,7	9,9	9,7	9,4	9,4	9,3	9,1	8,8	8,4	8,2
India	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	n.d.	n.d.
Cina	1,9	1,9	2,0	2,1	2,3	2,5	2,7	3,0	3,3	3,6	3,8	n.d.

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2018

elevato numero di dimissioni ospedaliere (25.686 dimissioni ospedaliere nel 2016 per 100.000 abitanti) e a degenze ospedaliere di maggiore durata (8,9 giorni), in Austria all'elevato numero di dimissioni (25.310) e in Russia alle degenze ospedaliere di maggiore durata (11,1 giorni). Tra i Paesi OECD⁴⁹, i

⁴⁹ I Paesi OECD considerati nella presente analisi sono Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Spagna, Svezia, Re-

Figura 2.14 **Posti letto ogni 1.000 abitanti totali e long-term care (2016 o ultimo anno disponibile)**



Note: *2015. Non sono disponibili i dati sui PL *long-term care* per Portogallo, Regno Unito, Svizzera e i Paesi BRIC.

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2018

valori più bassi rispetto al numero di PL si registrano nell'ultimo anno disponibile in Svezia, Regno Unito, Canada, Danimarca e Stati Uniti, dove oscillano tra 2,3 e 2,8 ogni 1.000 abitanti. In molte circostanze, la crisi finanziaria, economica e fiscale ha spinto i governi a ridurre il numero di PL complessivi per contenere la spesa sanitaria pubblica e a rimodulare l'offerta potenziando le degenze brevi (*Day Hospital e Day Surgery*) (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012). Ne è un esempio l'Irlanda: il governo, per contenere i costi ospedalieri, ha promosso la riduzione dei PL per ricovero ordinario e contestualmente richiesto una diminuzione delle giornate di degenza (Thomas e Burke, 2012).

Il Paese che in assoluto registra il più basso livello di dotazione infrastrutturale è l'India (dato 2014), dove in media è disponibile meno di un posto letto per servizi ospedalieri ogni 1.000 abitanti (0,5 per 1.000). Tra gli altri Paesi BRIC, il Brasile si avvicina al livello minimo dei Paesi OECD, con una media di 2,3 PL ogni 1.000 abitanti (dato 2012) e la Cina raggiunge i 3,8 PL ogni 1.000

gno Unito, Norvegia, Svizzera, Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Polonia, Ungheria, Stati Uniti, Canada, Giappone.

abitanti (dato 2015). Su livelli decisamente superiori alla media OECD, come visto, si posiziona la Russia con 8,2 PL ogni 1.000 abitanti.

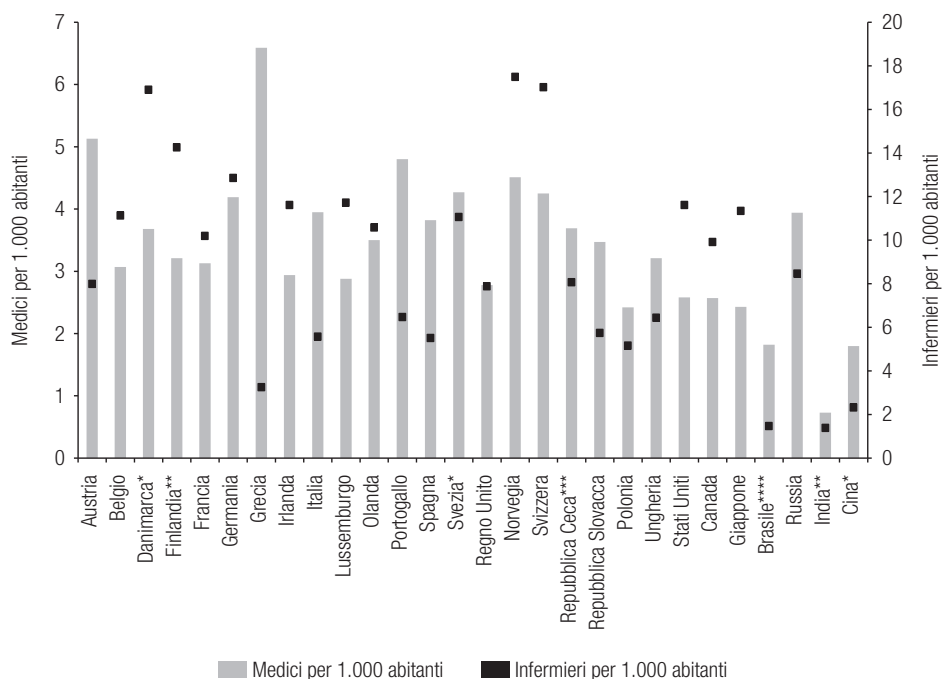
Osservando la ripartizione dei PL ospedalieri tra acuti e *long-term care* (Figura 2.14), si nota un'ampia disomogeneità, con livelli di PL per lungodegenza (esclusa la riabilitazione) che variano da 1,93 PL ogni 1.000 abitanti in Repubblica Ceca, 1,77 in Ungheria e 0,96 in Finlandia⁵⁰ a valori prossimi allo zero in Polonia e Danimarca. In Italia in media si registrano 0,15 PL (dato 2015) per cure di lungodegenza (esclusa la riabilitazione) ogni 1.000 abitanti, in lieve ma costante calo a partire dal 2010.

Spostando il focus sul personale dell'SSN, dall'analisi dei dati internazionali risulta evidente come la dotazione di personale sanitario sia fortemente differenziata nei diversi Paesi (Figura 2.15).

Nel 2016 il numero di medici per 1.000 abitanti risulta mediamente più basso nei Paesi BRIC (2,1 contro 3,6 per i Paesi OECD considerati). In India (dato 2014), infatti, si registra meno di 1 medico ogni 1.000 abitanti (0,7), mentre Brasile (dato 2010) e Cina (dato 2015) registrano poco meno di 2 medici ogni 1.000 abitanti (1,8 in entrambi i Paesi). La Russia, al contrario, si posiziona su livelli molto alti, con 3,9 medici ogni 1.000 abitanti. Come da tradizione, infatti, la Russia e i Paesi delle ex repubbliche sovietiche contano un alto numero di medici dovuto all'espansione delle facoltà di medicina e alla varietà di branche di specializzazione (Szalay *et al.*, 2003). Tra i Paesi OECD, i valori più bassi si registrano in Polonia (2,4), Giappone (2,4), Canada (2,6) e Stati Uniti (2,6), mentre i valori più elevati in Grecia (6,6), Austria (5,1) e Portogallo (4,8). L'Italia si colloca in una posizione intermedia ma leggermente superiore alla media dei Paesi OECD, con 4,0 medici ogni 1.000 abitanti. Concentrando l'attenzione alla sola Europa, inoltre, una bassa dotazione di medici si registra anche in Regno Unito, Lussemburgo, Irlanda, Belgio e Francia (tra 2,8 e 3,1). A partire dal 2005, il numero di medici che esercitano la pratica clinica ogni 1.000 abitanti è lievemente aumentato o è rimasto invariato in tutti i Paesi di cui si dispone di dati longitudinali. Mediamente, il loro numero è passato da 2,9 nel 2005 a 3,3 nel 2016, evidenziando una stabilità nel reclutamento e nel *turnover*, dopo un periodo di espansione tra il 2006 e il 2008 dovuto al reclutamento di medici stranieri e all'aumento di laureati in medicina nell'area Euro (OECD, 2013). A questa sostanziale stabilità può essere inoltre ricondotto il forte aumento dell'incidenza percentuale del numero di medici con almeno 55 anni di età sul totale dei medici, che evidenzia come lo *shortage* del personale possa essere considerato un problema diffuso a livello internazionale. La Figura 2.16 mostra infatti come tra 2005 e 2016 (o ultimo anno disponibile) tale fenomeno abbia

⁵⁰ Quasi il 30% dei PL ospedalieri in Finlandia sono destinati alle cure di lungodegenza poiché gli enti locali fanno riferimento alle strutture e dotazioni ospedaliere per garantire i servizi di lungodegenza (OECD, 2013).

Figura 2.15 **Numero medici e infermieri ogni 1.000 abitanti (2016 o ultimo anno disponibile)**



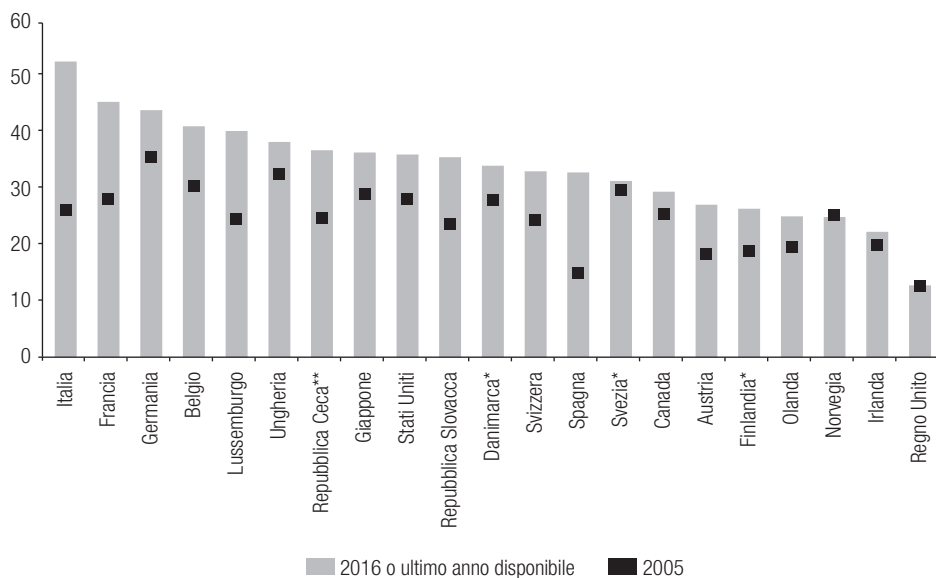
Note: * 2015, ** 2014, ***2013, ****2010. Per la Repubblica Ceca, il numero di medici è riferito al 2013, mentre il numero di infermieri al 2016.

Sono qui considerati medici e infermieri che esercitano la pratica clinica, fornendo rispettivamente cura e assistenza dirette al paziente. Tra i primi sono ricompresi i MMG e gli specialisti che praticano la professione nell'ambito dei servizi sanitari pubblici e privati, mentre sono esclusi i dentisti e gli stomatologi, i professionisti con profilo esclusivamente amministrativo o di ricerca o i medici praticanti in un Paese; tra i secondi, invece, sono escluse le ostetriche. A causa dell'assenza di dati comparabili, per alcuni Paesi vengono considerate tutte le figure "professionalmente attive" nel settore (includendo, tra gli altri, manager, educatori e ricercatori, con un incremento complessivo di circa il 5-10%) e/o le figure con la «licenza di praticare la professione» sia rispetto al numero di medici (Grecia, Portogallo e Repubblica Slovacca) che di infermieri (Francia, Irlanda, Portogallo, Repubblica Slovacca e Stati Uniti).

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2018

riguardato pressoché tutti i Paesi osservati, fatta eccezione per il Regno Unito e la Norvegia, dove la quota di medici over55 rimane invariata e pari rispettivamente a 12,9% e 25,2%. Più in generale, se si considera la media dei Paesi analizzati, si registra un incremento consistente nel periodo di tempo considerato e pari a 8,9 punti percentuali, con valori che passano dal 25,0% del 2005 al 33,9% del 2016 (o ultimo anno disponibile). Rispetto a questo indicatore, inoltre, l'Italia fa registrare un duplice risultato negativo: (i) a dati più recenti, è il Paese che mostra la maggiore incidenza percentuale di medici oltre i 55 anni di età (e unico Paese a superare la soglia del 50%, facendo registrare un valore

Figura 2.16 **Percentuale di medici con oltre 55 anni di età sul totale (2005 e 2016 o ultimo anno disponibile)**



Note: *2015, **2013. Non sono disponibili i dati per Grecia, Portogallo, Polonia e i Paesi BRIC.

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2018

pari a 53,1%) e (ii) rispetto al 2005 (26,5%) è il Paese che registra l'incremento più consistente, pari a 26,6 punti percentuali.

Anche il personale infermieristico svolge un ruolo primario nell'assicurare l'assistenza sanitaria (Figura 2.15). L'indicatore «*nurses density*» include il numero (per 1.000 abitanti) di infermieri certificati o registrati che praticano la professione nell'ambito dei servizi sanitari pubblici. Nell'ultimo anno a disposizione, la Norvegia conta la più alta densità di infermieri per popolazione residente, 17,5 ogni 1.000 abitanti; seguono Svizzera (17,0), Danimarca (16,9) e Finlandia (14,3). La Grecia, la Polonia e la Spagna registrano il numero più basso di infermieri (rispettivamente 3,3, 5,2 e 5,5 ogni 1.000 abitanti) tra i Paesi europei. L'Italia si colloca appena sopra, con un numero di infermieri pari a 5,6 per 1.000 abitanti. In media, a partire dal 2005 la densità degli infermieri è aumentata nei Paesi OECD, passando da 8,7 infermieri ogni 1.000 abitanti nel 2005 a 9,4 nel 2016; in controtendenza Grecia, Irlanda, Regno Unito, Repubblica Ceca e Repubblica Slovacca, che hanno visto una lieve inversione del trend. L'aumento è stato particolarmente marcato in Svizzera (da 12,7 a 17,0 infermieri praticanti ogni 1.000 abitanti) e Norvegia (da 13,6 a 17,5). Tra i Paesi BRIC, la Russia evidenzia dotazioni infermieristiche paragonabili ai Paesi OECD, pari a 8,5 infermieri ogni 1.000 abitanti nel 2016. Decisamente inferiore il numero di

infermieri in India (dato 2014), Brasile (dato 2010) e Cina (dato 2015) (1,4, 1,5 e 2,3 per 1.000 abitanti, rispettivamente). Osservando il rapporto tra infermieri e medici⁵¹, escludendo i Paesi BRIC, Grecia, Portogallo, Italia e Spagna presentano all'ultimo anno disponibile una minore disponibilità media di infermieri per medico (rispettivamente 0,5, 1,3, 1,4 e 1,4 infermieri per medico), mentre Svizzera, Lussemburgo, Finlandia, Stati Uniti, Danimarca e Giappone registrano valori superiori o uguali a 4 infermieri per medico. Con specifico riferimento al nostro Paese, è possibile evidenziare come lo *skill mix* sia tendenzialmente sbilanciato a favore della classe medica, specialmente se confrontato a quello dei principali Paesi europei (Germania, Francia e Regno Unito). D'altro canto, l'invecchiamento della classe medica mostrato in Figura 2.16 potrebbe offrire un'importante opportunità di ribilanciamento nei prossimi anni, rappresentando quindi un rilevante punto d'attenzione per i *policy maker* nazionali.

Per quanto concerne il livello di utilizzo dei servizi sanitari, con riferimento in particolare all'attività ospedaliera, l'Italia presenta un numero di dimissioni ospedaliere (*inpatient care*) per 100.000 abitanti inferiore alla maggior parte dei Paesi OECD analizzati⁵², ad esclusione di Olanda (dato 2010), Spagna, Portogallo e Canada (Tabella 2.19). Una possibile spiegazione per i diversi tassi di utilizzo dei servizi ospedalieri è che le cure erogate in regime di ricovero in alcuni Paesi siano invece erogate in *setting* ambulatoriale in altri contesti: livelli di ospedalizzazione bassi potrebbero quindi segnalare un sistema più incentrato sulle cure ambulatoriali. Gli Stati Uniti (12.549 dimissioni per 100.000 abitanti, dato 2010) mostrano un dato coerente con quest'ultima ipotesi (Peterson e Burton, 2007). In altri Paesi, quali il Canada e Portogallo, il basso livello di ospedalizzazione è invece associato alla diminuzione del numero di ospedali e dei posti letto avvenuta già a partire dagli anni '70 (WHO Hit Profile 2013, 2011). Di converso, Austria e Germania registrano i più elevati numeri di dimissioni ogni 100.000 abitanti, superiori alle 25.000 unità, come riflesso dell'ampia offerta di posti letto. Tra i Paesi BRIC di cui si dispone di dati, il Brasile (dato 2012) presenta il numero di dimissioni minore tra tutti i Paesi selezionati (5.522), anche in virtù di una crescente importanza delle strutture per *outpatient*, seguito dalla Cina (15.070, dato 2015). La Russia presenta un valore più elevato, registrando 22.410 dimissioni ogni 100.000 abitanti nel 2016. In tutti i Paesi, il numero di dimissioni ospedaliere mostra un trend piuttosto variabile con una tendenza a livello di singoli Paesi (2005-2016 o ultimo anno disponibile) alla riduzione nel numero di dimissioni, ad eccezione di Germania, Olanda, Russia, Grecia, Belgio e Francia.

⁵¹ Il rapporto infermieri/medici è stato calcolato come rapporto tra *nurses density* e *physician density*.

⁵² Media dei Paesi OECD analizzati (2016 o ultimo anno disponibile): 16.133 dimissioni per 100.000 abitanti.

Tabella 2.19 Dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti (2005-2016)

Paesi	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
UE (15)												
Austria	27.317	27.656	27.935	28.115	27.913	27.637	27.443	27.030	26.557	26.261	25.553	25.310
Belgio	16.324	16.239	16.175	16.697	16.671	16.662	16.597	16.655	16.540	16.582	16.442	16.613
Danimarca	15.967	16.024	15.996	15.680	16.031	16.075	15.661	15.346	15.173	15.156	14.775	14.492
Finlandia	19.681	19.175	18.610	18.406	18.044	17.776	17.612	17.361	16.947	16.877	16.624	16.983
Francia	18.234	18.562	18.405	18.606	18.562	18.596	18.566	18.581	18.486	18.365	18.192	n.d.
Germania	21.840	22.041	22.710	23.259	23.670	23.994	24.751	25.093	25.224	25.602	25.534	25.686
Grecia	18.990	19.272	19.743	20.050	20.636	19.960	19.803	19.646	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	14.135	14.176	14.198	13.664	13.418	13.191	13.138	13.397	14.038	14.079	13.989	13.620
Italia	15.488	15.369	14.862	14.526	14.238	13.820	13.238	12.878	12.377	12.004	11.856	11.671
Lussemburgo	17.909	17.016	17.038	17.120	16.837	16.122	16.441	15.929	15.348	15.076	14.621	14.197
Olanda	10.484	10.730	10.866	11.085	11.488	11.646	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	11.330	11.207	11.418	11.442	11.187	11.101	11.153	10.959	10.877	10.847	10.886	10.927
Spagna	11.677	11.616	11.585	11.495	11.367	11.251	11.111	11.005	11.036	11.327	11.416	11.498
Svezia	15.870	15.972	16.135	16.172	16.265	16.236	16.368	16.462	16.008	15.686	15.318	14.728
Regno Unito	13.590	13.391	13.335	13.583	13.589	13.566	13.418	13.366	13.254	13.263	13.195	13.102
UE (nuovi Paesi)												
Repubblica Ceca	22.109	21.572	21.549	21.118	20.900	20.592	20.196	20.374	20.377	20.627	20.347	19.995
Repubblica Slovacca	18.092	18.262	18.958	18.747	18.971	18.748	18.704	19.644	n.d.	19.930	20.053	19.733
Polonia	14.295	14.926	14.591	14.803	16.234	16.172	16.346	16.423	16.699	17.135	16.958	17.923
Ungheria	25.254	24.514	20.955	21.081	21.237	20.597	20.608	20.220	20.157	20.343	20.011	19.900
Altri Paesi europei												
Norvegia	18.445	18.674	18.188	18.177	19.818	19.684	19.644	19.537	19.339	19.420	16.432	16.402
Svizzera	15.276	15.567	15.951	16.167	16.860	17.008	17.055	16.939	17.010	17.043	17.147	17.367
Altri Paesi non europei												
Stati Uniti	13.072	13.019	12.743	13.083	13.091	12.549	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	8.731	8.575	8.448	8.365	8.283	8.277	8.350	8.352	8.438	8.417	8.435	8.431
Giappone	11.048	11.199	11.159	11.162	11.231	11.528	11.598	11.854	11.958	12.112	12.412	12.639
Brasile	6.161	6.039	5.967	6.107	5.720	5.775	5.674	5.522	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Russia	22.195	23.667	n.d.	22.421	22.475	22.274	21.926	21.508	21.287	23.447	22.484	22.410
Cina	4.112	4.450	5.171	5.498	6.278	7.004	7.865	9.255	13.896	14.650	15.070	n.d.

Note: Non sono disponibili i dati per l'India. Sono esclusi dal calcolo i ricoveri erogati in regime diurno.

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2018

Con riferimento alla degenza media (Tabella 2.20), prosegue il trend di diminuzione, tracciabile già agli inizi degli anni '90 (Ferrè e Ricci, 2012). Diversi sono i fattori che spiegano questa tendenza: l'introduzione delle tariffe per DRG per la remunerazione dei ricoveri, l'utilizzo di procedure chirurgiche meno invasive, lo sviluppo di programmi per dimissioni precoci e il passaggio da ricoveri per acuti a cure intermedie: ad esempio, l'utilizzo dei *community care*

Tabella 2.20 **Durata media della degenza ospedaliera (2005-2016)**

Paesi	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
UE (15)												
Austria	8,0	7,9	7,9	7,9	7,8	7,9	7,8	7,9	8,1	8,2	8,5	8,2
Belgio	8,0	7,9	7,8	8,1	8,2	8,1	8,0	7,9	7,8	7,6	7,5	7,5
Danimarca	7,0	6,7	6,5	6,9	6,1	5,9	5,8	5,7	5,6	5,5	5,5	5,4
Finlandia	12,7	12,8	13,1	12,6	12,7	11,8	11,4	11,2	10,8	10,6	9,4	8,6
Francia	11,4	11,2	11,2	10,9	10,5	10,2	10,1	10,1	10,1	10,1	10,1	n.d.
Germania	10,2	10,1	10,1	9,8	9,7	9,5	9,3	9,2	9,1	9,0	9,0	8,9
Grecia	7,6	7,3	6,9	6,6	6,7	6,6	6,8	7,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	8,0	7,7	7,4	7,7	6,7	6,6	6,4	6,2	6,0	6,0	6,4	6,0
Italia	7,4	7,5	7,5	7,6	7,6	7,6	7,7	7,7	7,7	7,8	7,8	7,8
Lussemburgo	9,4	8,6	9,1	9,0	8,9	8,9	8,7	8,7	9,0	8,7	9,0	9,1
Portogallo	8,7	8,6	8,5	8,4	8,6	8,7	8,7	9,0	8,9	8,9	8,9	9,0
Spagna	8,5	8,3	8,2	8,1	8,0	7,9	7,7	7,6	7,6	7,4	7,3	7,3
Svezia	6,6	6,7	6,5	6,5	6,5	6,0	5,9	5,8	5,8	5,8	5,9	5,8
Regno Unito	8,9	8,6	8,1	8,0	7,8	7,7	7,3	7,2	7,2	7,1	7,1	7,1
UE (nuovi Paesi)												
Repubblica Ceca	10,6	10,5	10,0	9,8	9,8	9,8	9,8	9,5	9,4	9,4	9,3	9,3
Repubblica Slovacca	9,0	8,8	8,6	8,5	8,3	8,2	8,0	7,5	n.d.	7,3	7,2	7,4
Polonia	8,2	8,0	7,8	7,9	7,7	7,6	7,4	7,1	7,0	6,9	7,3	7,1
Ungheria	8,7	8,7	8,9	9,2	9,2	9,5	9,5	9,6	9,4	9,5	9,5	9,5
Altri Paesi europei												
Norvegia	8,0	7,7	7,6	7,3	7,0	6,8	6,5	6,2	6,1	6,0	6,7	6,9
Svizzera	11,7	11,3	10,9	10,7	10,5	9,5	9,3	8,8	8,7	8,5	8,4	8,3
Altri Paesi non europei												
Stati Uniti	6,5	6,4	6,3	6,3	6,3	6,2	6,1	6,1	6,1	6,1	6,1	n.d.
Russia	13,8	13,6	13,2	13,1	12,8	12,6	12,6	12,4	12,1	11,8	11,5	11,1
Cina	n.d.	n.d.	10,8	10,7	10,5	10,5	10,3	10,3	10,0	9,6	9,6	n.d.
Giappone	35,7	34,7	34,1	33,8	33,2	32,5	32,0	31,2	30,6	29,9	29,1	28,5

Note: Non sono disponibili i dati per Olanda, Canada, Brasile ed India. La degenza media è calcolata considerando i ricoveri per acuti, riabilitazione e lungodegenza in regime ordinario. Sono esclusi i ricoveri in day hospital.

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2018

services in Danimarca (OECD, 2013). In alcuni Paesi (Austria, Belgio, Italia Lussemburgo, Portogallo e Stati Uniti) il dato sembra essersi stabilizzato nel corso dell'ultimo decennio considerato. In Italia, infatti, dopo una progressiva riduzione del numero medio di giornate di degenza (da 11,7 nel 1990 a 7,4 nel 2005), il dato si stabilizza intorno alle 7,8 giornate negli anni più recenti, compreso il 2016. Tra i Paesi OECD, Francia (dato 2015), Ungheria, Repubblica Ceca, Lussemburgo e Portogallo presentano valori elevati, superiori o uguali a 9 giorni di degenza media. I valori più elevati sono registrati dal Giappone (28,5 giorni).

Un altro indicatore dell'utilizzo dei servizi ospedalieri riguarda le operazioni chirurgiche (Tabella 2.21). In primo luogo, sono state selezionate due procedu-

Tabella 2.21 Procedure chirurgiche: numero di procedure per 100.000 abitanti (2000; 2010; 2016 o ultimo anno disponibile)

Paesi	Sostituzione del ginocchio e dell'anca totale			Colecistectomia laparoscopica			Angioplastica coronarica			Bypass aorto-coronario		
	2000	2010	2016 o ultimo anno disponibile	Delta % 2010-2016	2000	2010	2016 o ultimo anno disponibile	Delta % 2010-2016	2000	2010	2016 o ultimo anno disponibile	Delta % 2010-2016
UE (15)												
Austria	328,1	481,1	484,5	0,7%	246,8	225,8	219,7	-2,7%	n.d.	240,6	281,9	17,2%
Belgio	n.d.	414,4	482,5	16,4%	n.d.	210,7	235,2	11,6%	n.d.	231,2	248,6	7,5%
Danimarca	212,4	405,9	411,2	1,3%	120,2	138,9	153,4	10,4%	108,2	185,8	197,4	6,2%
Finlandia	272,4	418,6	491,9	17,5%	168,4	143,0	162,1	13,4%	72,5	150,0	149,4	-0,4%
Francia	284,0	349,0	409,2	17,2%	178,7	189,1	197,5	4,4%	142,8	198,7	251,5	26,6%
Germania	n.d.	490,0	523,0	6,7%	n.d.	235,6	247,8	5,2%	n.d.	338,8	406,2	19,9%
Grecia	74,0	152,9	131,6	-13,9%	240,3	372,9	322,4	-13,5%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	159,7	158,8	176,5	11,1%	100,2	104,6	105,1	0,5%	50,9	108,7	125,4	15,4%
Italia	n.d.	258,6	297,3	15,0%	n.d.	204,5	191,0	-6,6%	n.d.	199,2	216,2	8,5%
Lussemburgo	304,2	338,7	404,7	19,5%	183,2	158,7	163,5	3,0%	131,0	257,7	210,2	-18,4%
Olanda	218,3	333,6	396,8	18,9%	111,8	152,0	164,6	8,3%	n.d.	241,1	234,0	-2,9%
Portogallo	93,2	140,3	152,8	8,9%	127,3	159,5	156,5	-1,9%	47,4	109,1	121,3	11,2%
Spagna	n.d.	199,5	232,6	16,6%	n.d.	159,8	173,8	8,8%	n.d.	113,5	125,8	10,8%
Svezia	n.d.	372,0	343,4	-7,7%	n.d.	139,1	142,4	2,4%	n.d.	185,4	205,1	10,6%
Regno Unito	189,2	305,3	342,2	12,1%	86,5	125,8	141,6	12,6%	44,5	119,8	129,2	7,8%
UE (nuovi Paesi)												
Repubblica Ceca	n.d.	275,4	316,1	14,8%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	208,6	216,5	3,8%
Repubblica Slovacca	n.d.	143,1	246,5	72,3%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Polonia	n.d.	80,5	178,9	122,2%	n.d.	165,6	213,8	29,1%	n.d.	87,8	274,2	212,3%
Ungheria	n.d.	129,2	225,1	74,2%	n.d.	234,5	241,8	3,1%	n.d.	168,3	225,8	34,2%
Altri Paesi europei												
Norvegia	n.d.	n.d.	370,4	n.d.	77,7	n.d.	119,1	n.d.	n.d.	n.d.	221,1	n.d.
Altri Paesi non europei												
Canada	n.d.	276,0	337,7	22,4%	249,0	209,7	204,9	-2,3%	n.d.	154,4	161,8	4,8%

Nota: Non sono disponibili dati relativi a Svizzera, Stati Uniti, Giappone e Paesi BRIC.

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2018

re⁵³ considerate rappresentative dell'attività di chirurgia ortopedica all'interno delle strutture ospedaliere (sostituzione del ginocchio e sostituzione d'anca totale). Inoltre, sono state confrontate le casistiche a livello di sistema Paese di tre prestazioni largamente diffuse e ormai considerabili a bassa complessità (colecistectomia, angioplastica coronarica e installazione di bypass aortocoronarico), individuate e monitorate dal DM 70/2015 in Italia.

Con la sola eccezione della Svezia e della Grecia, il numero di interventi di chirurgia ortopedica è cresciuto nel corso degli ultimi sei anni nei Paesi analizzati (in media 45 interventi in più per 100.000 abitanti nel 2016 – o ultimo anno disponibile – rispetto al 2010), con un aumento più contenuto in Austria e Danimarca, pari rispettivamente a +3,4 e +5,3 interventi. Nello stesso periodo, l'Italia ha registrato un aumento lievemente inferiore alla media internazionale (+38,7 interventi). Nel 2016, Germania, Finlandia, Austria e Belgio riportano il numero di interventi maggiori (oltre 450 procedure ogni 100.000 abitanti), a fronte di una media OECD di 331,2 procedure ogni 100.000 abitanti. La variabilità è parzialmente influenzata dalla struttura della popolazione (età e sesso) e dalla presenza di fattori di rischio, come obesità e scarsa attività fisica, che contribuiscono a un diverso ricorso ad interventi di chirurgia ortopedica; tuttavia, dopo una standardizzazione per età e sesso, la differenza di procedure tra Paesi e intra-Paese rimane elevata (OECD, 2013). Per quanto riguarda gli interventi di colecistectomia, nel 2016 l'Italia riporta un numero di procedure pari a 191,0 ogni 100.000 abitanti, superiore alla media internazionale (187,2), pur avendo registrato una riduzione del numero degli interventi dal 2010 (-6,6%). Germania, Ungheria, Belgio, Austria, Polonia e Canada hanno effettuato un numero di interventi superiori a 200 ogni 100.000 abitanti, e la Grecia ha registrato il numero di procedure più elevato tra i Paesi analizzati, pari a 322,4. In merito agli interventi di angioplastica coronarica, nel 2016 l'Italia mostra un valore leggermente superiore alla media internazionale (210,6), con 216,2 procedure ogni 100.000 abitanti, e un volume di interventi aumentato negli ultimi sei anni (+8,5%). Inoltre, si osserva che, per tale procedura, la Germania si attesta nel 2016 a valori notevolmente superiori a quelli degli altri Paesi considerati (406,2 ogni 100.000 abitanti) e la Polonia ha registrato una crescita del numero di interventi pari a 212,3% dal 2010. A differenza di quanto rilevato per gli interventi di colecistectomia e angioplastica coronarica, nel 2016 l'Italia si colloca al di sotto della media internazionale per numero di procedure di bypass aorto-coronarico (39,4 contro 43,8 operazioni ogni 100.000 abitanti). Infine, Danimarca, Germania, Belgio, Canada e Polonia registrano, nell'ultimo anno a disposizione, un numero di interventi superiore a 50 ogni 100.000 abitanti, nonostante abbiano comunque diminuito o mantenuto i volumi di procedure dal 2010 (ad eccezione della Polonia, +21,6%).

⁵³ Con il termine «*surgical procedure*» l'OECD considera tutte le terapie invasive condotte in regime di ricovero.

In seguito alle analisi condotte sul livello di input utilizzati e di output prodotti dai sistemi sanitari, è interessante analizzare il grado di appropriatezza delle prestazioni erogate a livello internazionale. In particolare, vengono prese in considerazione due tipologie di indicatori: il numero dei parti cesarei e il tasso di ospedalizzazione per alcune condizioni croniche considerate trattabili in regime ambulatoriale (asma, diabete e BPCO). Secondo quanto stabilito dal WHO nel 1985, la percentuale di parti cesarei in una determinata regione non dovrebbe essere superiore al 10-15% (Gibbons *et al.*, 2010), che rappresenta un valore soglia significativamente inferiore rispetto a quello fissato per l'Italia dal Ministero della Salute (pari al 30%). Alcuni studi hanno mostrato un aumento della proporzione di parti cesarei in assenza di effettivi rischi clinici, in particolare in strutture private (Declercq *et al.*, 2005; FHF, 2008; Belizán *et al.*, 1999).

Polonia, Ungheria e Italia sono i Paesi con la proporzione maggiore di parti cesarei su 1.000 nati vivi, pari rispettivamente a 385, 371 e 349 (Tabella 2.22). Già nel 2015, l'Italia perde il «tradizionale» valore più elevato del tasso di parti cesarei tra i Paesi analizzati. Tale risultato è in parte dovuto al graduale e

Tabella 2.22 **Proporzione di parti cesarei (numero ogni 1.000 nati vivi) (2000; 2005; 2010-2016)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
UE (15)									
Austria	167,6	238,1	282,5	283,2	288,4	287,8	293,0	286,9	291,8
Belgio	n.d.	190,3	197,2	201,3	202,3	207,1	207,6	n.d.	210,4
Danimarca	154,1	200,6	214,3	213,9	211,8	223,5	215,4	210,9	203,6
Finlandia	157,8	162,8	161,4	161,8	161,9	158,0	157,7	154,7	162,2
Francia	178,4	198,8	210,2	210,0	208,4	207,7	206,4	207,5	208,2
Germania	n.d.	263,0	305,0	308,9	308,9	306,6	308,2	302,1	299,0
Irlanda	207,5	250,9	260,4	269,0	277,4	284,8	291,2	301,1	314,1
Italia	n.d.	390,9	384,6	377,1	368,4	361,4	357,0	352,8	349,4
Lussemburgo	198,7	242,2	259,3	302,2	296,7	293,4	318,1	305,0	310,6
Olanda	118,7	135,7	155,9	n.d.	157,8	162,4	161,9	n.d.	n.d.
Spagna	n.d.	251,0	249,6	249,1	251,5	251,6	250,4	245,1	245,6
Svezia	n.d.	169,8	166,3	164,0	165,2	166,8	172,6	173,1	177,2
Regno Unito	195,9	225,8	237,8	241,3	242,7	250,9	252,1	261,3	263,5
UE (nuovi Paesi)									
Repubblica Ceca	128,9	171,3	224,9	232,7	243,9	248,7	254,4	253,6	n.d.
Repubblica Slovacca	146,4	200,1	261,0	266,2	303,6	307,2	307,3	302,1	297,5
Polonia	n.d.	n.d.	260,4	298,9	315,7	345,7	356,5	361,7	385,3
Ungheria	n.d.	278,7	324,8	332,0	340,1	349,1	356,7	372,1	370,7
Altri Paesi europei									
Norvegia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	164,6	165,5	161,4	161,9
Altri Paesi non europei									
Canada	209,2	261,7	260,9	263,9	263,6	263,4	259,6	n.d.	n.d.

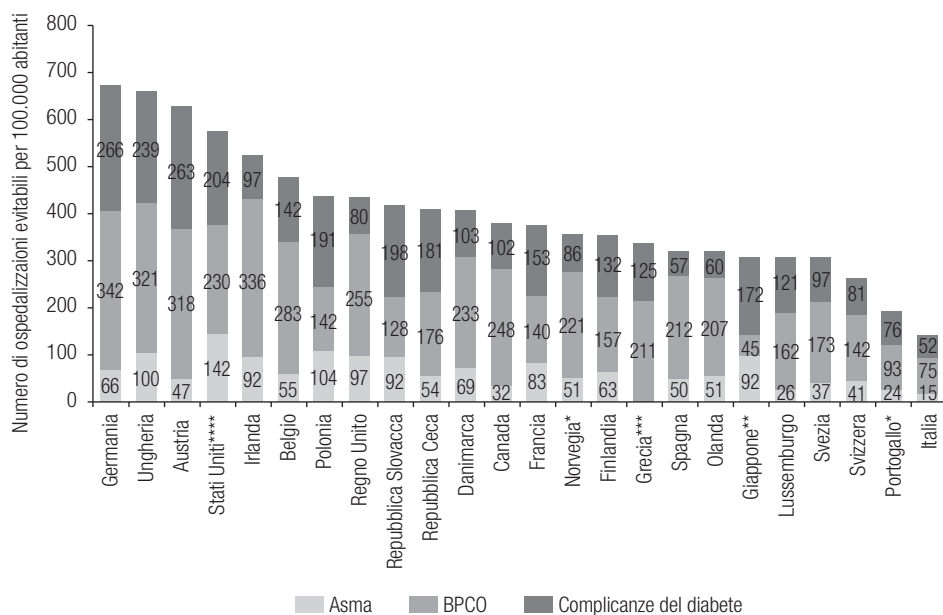
Nota: Non sono disponibili i dati di, Grecia, Portogallo, Svizzera, Stati Uniti e i Paesi BRIC.

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2018

costante trend in diminuzione registrato nel nostro Paese (a seguito di un importante sforzo promosso in sede di programmazione sanitaria nazionale) e in parte dovuto all'aumento del valore dell'indicatore in Ungheria e Polonia negli ultimi anni. Possibili spiegazioni per l'aumento di parti cesarei sono la riduzione dei rischi dell'operazione, la volontà dei medici di tutelarsi contro accuse di malpratica medica e la convenienza della programmazione dei parti. Di converso, il numero di parti cesarei è relativamente basso nei Paesi nordici (Finlandia, Norvegia, Svezia e Olanda, al di sotto dei 180 tagli cesarei ogni 1.000 nati vivi). Il trend del numero di parti cesarei (2010-2016 o ultimo anno disponibile) è generalmente in crescita in tutti i Paesi, ad esclusione di Italia, Danimarca, Germania, Spagna e Francia, dove, tra il 2010 e il 2016, il valore è diminuito (-9,2%, -5,0%, -2,0%, -1,6% e -1,0% rispettivamente).

Le ospedalizzazioni per condizioni croniche rappresentano un'ulteriore proxy dell'appropriatezza delle prestazioni erogate: questo tipo di patologie, infatti, può essere trattato efficacemente nell'ambito delle cure primarie. Un elevato tasso di ospedalizzazione per patologie quali asma, BPCO e diabete può derivare dalla bassa qualità delle cure primarie, oppure da un deficit strutturale nel numero di medici di famiglia (Menn et al., 2012; Rosano et al., 2013).

Figura 2.17 **Numero di ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete per 100.000 abitanti (2016 o ultimo anno disponibile)**



Note: *2015, **2014, ***2012, ****2010. Non sono disponibili i dati per asma per la Grecia. Non sono disponibili i dati per i Paesi BRIC.

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2018

Oltre metà delle ospedalizzazioni evitabili è legata ad una diagnosi di BPCO, seguita da complicanze da diabete e da asma (Figura 2.17). Con 674 ricoveri «impropri» ogni 100.000 abitanti, la Germania è il Paese con il più alto livello di ospedalizzazioni considerate inappropriate, seguito da Ungheria e Austria (rispettivamente 660 e 628 ricoveri). Italia, Portogallo e Svizzera sono invece i Paesi con il valore più basso (rispettivamente 142, 192 e 264 ricoveri per le tre patologie considerate ogni 100.000 abitanti). In particolare, si nota come il valore osservato nel nostro Paese sia il più contenuto e ben al di sotto della media dei Paesi osservati, la quale si attesta su un valore di 400 ricoveri inappropriate ogni 100.000 abitanti.

2.6 Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti

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. In questo paragrafo si riprendono alcune riflessioni fatte nelle precedenti edizioni del Rapporto OASI con alcune significative puntualizzazioni.

La Tabella 2.23 sintetizza alcune variabili demografiche nel periodo 2010-2017 e permette di evidenziare:

- ▶ la costante discesa del tasso di natalità (dal 9,5 per mille abitanti nel 2010 al 7,6 nel 2017);
- ▶ una ripresa verso l'alto del tasso di mortalità ai valori del 2015 quando si ebbero 647.571 decessi rispetto ai 598.364 del 2014 e ai 615.261 del 2016. Questo dato riflette il crescente peso delle classi più anziane sulla popolazione totale;
- ▶ la sostanziale stabilità del tasso di nuzialità e del numero medio di figli per donna, mentre l'età media della madre al parto si avvicina ai 32 anni.

Tabella 2.23 **Indicatori demografici (2010-2017)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tasso di natalità (per mille ab.)	9,5	9,2	9,0	8,5	8,3	8,0	7,8	7,6
Tasso di mortalità (per mille ab.)	9,9	10,0	10,3	10,0	9,8	10,7	10,0	10,7
Tasso di nuzialità (per mille ab.)	3,7	3,4	3,5	3,2	3,1	3,2	3,3	3,1
Numero medio di figli per donna	1,46	1,44	1,42	1,39	1,37	1,35	1,34	1,34
Età media madre al parto	31,3	31,4	31,4	31,5	31,6	31,6	31,7	31,8

Fonte: database I.STAT

Tabella 2.24 **Speranza di vita alla nascita (2010-2017)**

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maschi	Speranza di vita alla nascita	79,3	79,5	79,6	79,8	80,3	80,1	80,6	80,6
	Speranza di vita a 65 anni	18,2	18,3	18,3	18,6	18,9	18,7	19,1	19,0
Femmine	Speranza di vita alla nascita	84,3	84,4	84,4	84,6	85,0	84,7	85,1	84,9
	Speranza di vita a 65 anni	21,7	21,8	21,8	22,0	22,3	22,0	22,4	22,2

Fonte: database I.STAT

A livello nazionale, nel 2017 la crescita tendenziale della speranza di vita, sia alla nascita sia a 65 anni, si è stabilizzata, mentre permane la significativa differenza fra le aspettative di vita alla nascita tra maschi e femmine, anche se tende lievemente a diminuire: da 5 anni a favore delle femmine nel 2010 a 4,3 nel 2017 (Tabella 2.24).

La crescita dell'aspettativa di vita alla nascita è naturalmente legata ai progressi nelle condizioni di vita e nelle tecnologie sanitarie che hanno contribuito a ridurre la mortalità nella popolazione (dapprima quella infantile e negli ultimi decenni nelle classi anziane). Tuttavia, l'aspettativa di vita come indicatore non rappresenta una esausta fotografia dello stato di salute della popolazione. Infatti, se la probabilità di morte diminuisce più velocemente della probabilità di ammalarsi, soprattutto di una patologia cronica, lo stato complessivo di salute di una popolazione tenderà inevitabilmente a peggiorare⁵⁴.

Oltre alle differenze di carattere sociale ed economico⁵⁵, per l'aspettativa di vita e soprattutto per le aspettative di una vita senza limitazioni e in buona salute continuano ad essere rilevanti le differenze territoriali e i divari fra le varie regioni italiane. Riferendosi ai dati relativi all'anno 2016, la Tabella 2.25 riporta

Tabella 2.25 **Speranza di vita alla nascita (2016)**

	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	83,1	60,5	11,0
Centro	83,0	58,3	10,0
Mezzogiorno	82,1	56,6	8,0
Italia	82,8	58,8	9,8

Fonte: ISTAT, Tavole di mortalità e Aspetti della vita quotidiana

⁵⁴ Questa osservazione sta alla base della teoria dell'"espansione della morbidità" di Gruenberg e Kramer ripresa e discussa in The 'Double Expansion of Morbidity' Hypothesis: Evidence from Italy, di Atella V., Belotti F., Cricelli C., Dankova D., Kopinska J., Palma A., Piano Mortari A. (2017), CEIS wp 396.

⁵⁵ Si vedano a questo proposito le conclusioni dello studio del Consortium Lifepath pubblicate in Lancet, 2017;389:1229-37. Secondo gli autori, "Low socioeconomic status was associated with a 2•1-year reduction in life expectancy between ages 40 and 85 years, the corresponding years-of-life-lost were 0•5 years for high alcohol intake, 0•7 years for obesity, 3•9 years for diabetes, 1•6 years for hypertension, 2•4 years for physical inactivity, and 4•8 years for current smoking".

i valori medi regionali per la speranza di vita alla nascita tratti dalle tavole di mortalità della popolazione italiana e i risultati dell'indagine ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" per quanto concerne la speranza di vita in buona salute alla nascita e la speranza di vita senza limitazioni nella vita quotidiana a 65 anni.

A livello generale ISTAT nel suo rapporto BES del 2017 osserva che l'elevata longevità nel nostro paese non sia accompagnata da analoghi livelli di sopravvivenza in buone condizioni di salute, specie in confronto con altri paesi europei. Il dato italiano è di circa un anno inferiore alla media europea, simile a quello di Grecia e Slovenia e molto al di sotto dei paesi del Nord Europa. Tuttavia, viene segnalato un lieve e costante miglioramento della speranza di vita senza limitazioni a 65 anni per entrambi i sessi (9,9 anni per gli uomini e 9,6 anni per le donne). Altro elemento critico sottolineato è il permanere delle differenze territoriali. Come si evince dalla Tabella 2.25, l'aspettativa di vita nelle regioni meridionali è ancora mediamente di un anno inferiore rispetto alle regioni del Nord. Le differenze diventano più marcate e significative per quanto riguarda le altre due variabili riportate: gli abitanti delle regioni del Nord Italia si aspettano alla nascita di vivere in buona salute quasi 4 anni in più rispetto ai residenti nel Mezzogiorno e a 65 anni 3 anni in più senza limitazioni nelle attività quotidiane nei confronti dei residenti nel Mezzogiorno. 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 non mediche della salute, trattate nel Capitolo 7 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 dall'Istituto Superiore di Sanità 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 prevenzione⁵⁶.

⁵⁶ 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).

Passi è costruito dunque come sistema su tre livelli:

- un livello aziendale con le attività di rilevazione, registrazione dei dati, analisi e comunicazione alle comunità locali
- un livello di coordinamento regionale che prevede, tra l'altro, l'analisi e la comunicazione ai pianificatori regionali

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 7 del presente Rapporto, sottolineando che “la sedentarietà è associata all'avanzare dell'età (sebbene fra i 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 Abruzzo e Sardegna). Anzi, nel tempo, la quota di sedentari aumenta in particolare fra i residenti nelle regioni meridionali, continuando a dividere nettamente l'Italia in due”.⁵⁷

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 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 e che 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 dai dati sulla prevalenza delle patologie croniche. Se non appaiono significative le differenze territoriali sulla distribuzione di condizioni legate ad una o più patologie croniche, è importante sottolineare le differenze tra Nord e Mezzogiorno in merito alle percentuali di persone che presentano patologie croniche ma che dichiarano di essere in buona salute (Tabella 2.26).

In questa edizione del Rapporto si è ritenuto, infine, di inserire alcune valutazioni sulla presenza di popolazione straniera nel nostro paese e sulle inevitabili conseguenze sui bisogni e sulla domanda di salute complessiva. Al 31 dicembre

• un livello centrale con compiti di progettazione, ricerca, formazione e sviluppo.

⁵⁷ Cfr. <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita.asp>

Tabella 2.26 **Percentuali di persone per condizioni di salute e presenza di patologie croniche (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
Mezzogiorno	69,0	37,5	21,3	36,6
Italia	70,1	39,1	20,7	42,3

Fonte: database I.STAT

2017, la popolazione straniera regolarmente residente sul territorio nazionale è stata valutata dall'ISTAT in 5.144.440 unità con una crescita di 97.412 persone rispetto al 2016 (Tabella 2.27).

Alle variazioni del numero degli stranieri residenti in Italia contribuiscono alcune variabili:

- ▶ il saldo naturale costantemente positivo nel corso degli anni, seppur in calo dal 2012 (da +74.340 a +60.627 del 2017);
- ▶ il saldo migratorio degli stranieri dovuto ai nuovi arrivi e soprattutto alle dinamiche dei ricongiungimenti familiari (262.117 persone nel 2017);
- ▶ in senso negativo, le acquisizioni della cittadinanza italiana che sono state 146.605 nel 2017.

La popolazione straniera residente presenta caratteristiche demografiche significativamente differenti rispetto al totale della popolazione:

- ▶ una maggiore natalità che si accompagna a minori tassi di mortalità (nel 2017 ci sono stati 67.933 nati vivi stranieri rispetto a 7.306 morti);
- ▶ una minore presenza relativa di popolazione appartenente alle classi di età più avanzate e quindi una minore età media più generale della popolazione straniera (dopo i 70 anni il numero di stranieri per singolo anno di età scende sotto le 10.000 unità, dopo gli 85 anni sotto le 1.500 unità).

Le indagini disponibili evidenziano una maggiore difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione straniera rispetto al totale dei residenti, soprattutto per quanto riguarda gli stranieri di recente arrivo sul territorio nazionale⁵⁸. Le motivazioni a questo proposito sono di carattere economico e culturale e questo vale in particolare per i servizi di prevenzione e screening.

⁵⁸ Si veda ad esempio Lombardi, L. Salute e benessere della popolazione immigrata in Lombardia. Crisi economica e stili di vita, ISMU wp, Luglio 2015.

Tabella 2.27 Popolazione straniera residente e movimento anagrafico, per regione e ripartizione (Anno 2017)

Regioni	Popolazione al 01/01	Nati vivi	Morti	Saldo naturale	Cancellati per acquisizione della cittadinanza italiana	Saldo migratorio interno	Saldo migratorio estero	Saldo tra iscritti e cancellati	Saldo complessivo	Popolazione Totale al 31/12
Piemonte	418.874	5.998	613	5.385	11.247	795	19.786	10.494	4.632	423.506
Valle d'Aosta	8.257	106	19	87	447	11	501	220	-140	8.117
Lombardia	1.139.463	17.214	1.462	15.752	42.367	1.826	49.827	40.987	14.372	1.153.835
Trentino-Alto Adige	93.250	1.443	194	1.249	4.293	872	5.067	4.741	1.697	94.947
Bolzano-Bozen	46.794	745	131	614	2.377	720	2.609	2.987	1.224	48.018
Trento	46.456	698	63	635	1.916	152	2.458	1.754	473	46.929
Veneto	485.477	7.361	644	6.717	20.661	1.539	20.856	16.360	2.416	487.893
Friuli-Venezia Giulia	104.276	1.427	207	1.220	3.631	777	5.782	4.787	2.376	106.652
Liguria	138.324	1.916	226	1.690	3.944	681	7.623	5.650	3.396	141.720
Emilia-Romagna	529.337	8.030	790	7.240	18.853	1.118	24.688	18.250	6.637	535.974
Toscana	400.370	5.104	638	4.466	10.692	-30	21.112	14.319	8.093	408.463
Umbria	95.935	1.036	151	885	2.560	-369	3.566	1.450	-225	95.710
Marche	136.199	1.646	206	1.440	5.605	-252	6.992	4.011	-154	136.045
Lazio	662.927	7.059	991	6.068	9.218	785	26.309	19.697	16.547	679.474
Abruzzo	86.556	1.055	136	919	2.965	-534	4.966	2.544	498	87.054
Molise	12.982	140	25	115	311	-236	2.370	1.157	961	13.943
Campania	243.694	2.615	282	2.333	2.495	-1.271	19.664	14.992	14.830	258.524
Puglia	127.985	1.571	214	1.357	1.422	-559	10.328	6.431	6.366	134.351
Basilicata	20.783	257	24	233	258	-115	2.393	1.742	1.717	22.500
Calabria	102.824	1.134	122	1.012	1.718	-1.416	9.995	6.376	5.670	108.494
Sicilia	189.169	2.397	267	2.130	3.253	-1.734	13.105	4.968	3.845	193.014
Sardegna	50.346	424	95	329	665	-291	5.590	4.214	3.878	54.224
Nord-ovest	1.704.918	25.234	2.320	22.914	58.005	3.313	77.737	57.351	22.260	1.727.178
Nord-est	1.212.340	18.261	1.835	16.426	47.438	4.306	56.393	44.138	13.126	1.225.466
Centro	1.295.431	14.845	1.986	12.859	28.075	134	57.979	39.477	24.261	1.319.692
Sud	594.824	6.772	803	5.969	9.169	-4.131	49.716	33.242	30.042	624.866
Isole	239.515	2.821	362	2.459	3.918	-2.025	18.695	9.182	7.723	247.238
Italia	5.047.028	67.933	7.306	60.627	146.605	1.597	260.520	183.390	97.412	5.144.440

Fonte: database ISTAT

L'insieme di queste analisi conferma quindi il permanere di importanti differenze di carattere sociale, economico e territoriale come spiegazione dei differenziali nelle domande di servizi sanitari a livello regionale e della loro efficacia in termini di impatto sulla salute dei cittadini⁵⁹. 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 favorevoli⁶⁰ risultano scelte obbligate per tutti i servizi sanitari regionali⁶¹. In conclusione, appare sempre più valida l'osservazione che le *“Socioeconomic circumstances, in addition to the 25 × 25 factors, should be targeted by local and global health strategies and health risk surveillance to reduce mortality”*⁶².

⁵⁹ Per un confronto a livello internazionale su questi aspetti si rimanda a WHO (2014), Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report.

⁶⁰ Cfr. Stringhini S. *et al.* (2017). Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1•7 million men and women, *Lancet.*, cit.

⁶¹ Si veda ad esempio quanto afferma Silvio Garattini “Quando si parla di fattori di rischio per le malattie più comuni, vengono sempre citati il fumo da sigaretta, l'eccesso di alcol, l'obesità, l'alimentazione povera di vegetali, l'eccesso di zucchero, l'inquinamento ambientale e così via. Pochi ricordano che in realtà il maggior fattore di rischio per malattie e mortalità è rappresentato dalla povertà socio-economica, quella povertà cioè che non dipende solo dalle risorse disponibili, ma anche dalla scolarità e dalle interazioni sociali.” In <http://www.marionegri.it/>

⁶² Cfr. Stringhini *et al.*, cit., pag.1229.

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

Box 2.1 Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31/12/95 al 15/07/18

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).

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).

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 2.2 **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 (LR20/2013 e DGR 43-6861/13). Le funzioni di centrale di committenza regionale restano attribuite alla Società di Committenza Regione Piemonte S.p.A.

LOMBARDIA

- (i) Creazione della Centrale Regionale Acquisti per il monitoraggio delle dinamiche di domanda/offerta di beni/servizi, la gestione diretta centralizzata degli acquisti e l'affiancamento degli enti nell'accesso alla piattaforma SINTEL per la gestione autonoma delle gare telematiche (LR 33/2007). Il 01/10/2012 la Centrale Regionale Acquisti è trasformata in Azienda Regionale (ARCA Lombardia). Con LR 24/2014 l'ARCA è stata designata soggetto aggregatore regionale e le viene affidato il coordinamento delle procedure aggregate.
- (ii) Definizione di cinque Aree Vaste senza personalità giuridica, unioni formalizzate a livello provinciale e/o macro aree, dette «Consorzi», per procedere agli acquisti in forma aggregata (LR 11/2011).
- (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 socio-sanitarie.

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.

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).
- (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 sovraaziendale 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 Amatucci et al., 2017

Appendice II. Principali norme regionali in materia di Sanità (aggiornamento: settembre 2018)

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 e con DGR n. 42-1921 del 27.07.2015
- ▶ *Recepimento Piano Nazionale cronicità*: Linee di indirizzo regionali 2018-2019 per il recepimento del Piano Nazionale cronicità (02/2018)

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 per la salute del Trentino 2015-2025
- ▶ *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 socio- sanitaria 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 dei 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 socio sanitario. 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 socio sanitario 2010-2012
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 12/1994, LR 14/2006 e LR 17/2014
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 49/1996, modificata da LR 32/1997, LR 3/1998 e LR 13/1998; LR 30/2007, LR 24/2009 e LR 22/2010
- ▶ *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 21/2017, Piano Socio-Sanitario Regionale 2017-2019
- ▶ *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
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Piano Sociale e Sanitario 2017-2019, approvato dall'Assemblea legislativa regionale con delibera 120/2017 (su proposta di giunta 643 del 15 maggio 2017)
- ▶ *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 statuto aziendale) "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

- AGENAS (2014), *Piani sanitari regionali vigenti*, <http://www.agenas.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/programmazione-sanitaria-e-psr/psr-vigenti-2013>, ultimo accesso 04/08/2014.
- Airoldi G., Brunetti G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Belizán J.M., Althabe F., Barros F.C., Alexander S. (1999), «Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study», *British Medical Journal*, 319(7200): 1397-1402.
- 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*, Roma, Edizioni Orizzonte Medico.
- 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 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.
- 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 CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea.
- Declercq E., Menacker F., MacDorman M. (2005), «Rise in “No indicated risk” Primary Caesarean in the United States 1991-2001: Cross Sectional Analysis». *British Medical Journal*, 330: 71-72.
- 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.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2012), Eurohealth, Health Systems and the Financial Crisis, Vol. 18, No. 1.
- Fédération Hospitalière de France FHF (2008), «Études sur les césariennes», FHF, Paris.
- 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.
- Ferré F., Ricci A. (2012), «La struttura del SSN», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, 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.
- Gibbons L., Belizán J.M., Lauer J.A., Betrán A.P., Merialdi M., Althabe F. (2010), «The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier

- to Universal Coverage». World Health Report (2010), Background Paper, No. 30.
- Herwartz H., Theilen B. (2003), «The Determinants of Health Care Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples», *Health Economics*, 12, S.: 113-124.
- ISTAT (2014), *Tutela della salute e accesso alle cure*, disponibile on line, <http://www.istat.it/it/archivio/128176>.
- ISTAT (2015), *Bilancio demografico nazionale*, disponibile on line <http://www.istat.it/it/archivio/162251>.
- Marsilio M. (2012), «Forme di centralizzazione degli acquisti e delle funzioni amministrative», Relazione al workshop di presentazione del Rapporto OASI 2011, Udine, 15/06/2012.
- Menn P., Heinrich J., Huber R.M., Jörres R.A., John J., Karrasch S., Peters A., Schulz H., Holle R., KORA Study Group (2012), «Direct Medical Cost of CODP – An Excess Cost Approach Based on two Population-Based Studies» *Respiratory Medicine*, 106: 540-548.
- Ministero della Salute (2015), *Posti letto per struttura ospedaliera – anni 2010-2014*, disponibile on line <http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=18>.
- Ministero della Salute (2015), *Attività economiche e gestionali delle ASL e delle Aziende Ospedaliere - Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2012*, disponibile on line.
- http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8.jsp?lingua=italiano
- Ministero della Salute (2015), *Rapporto SDO 2012*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4230&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto
- Ministero della Salute (2015), *Elenco Aziende sanitarie Locali e Strutture di Ricovero*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_1_1.jsp?lingua=italiano&id=13
- OECD (2013), «Health at a glance: Europe 2013», OECD Publishing.
- OECD (2018), «OECD Health Data: Health care resources», *OECD Health Statistics* (database).
- Peterson C.L., Burton R. (2007), «USA healthcare spending: comparison with other OECD countries», *Report for Congress*. Congressional Research Service. Disponibile http://assets.opencrs.com/rpts/RL34175_20070917.pdf.
- Rosano A., Loha C.A., Falvo R., van der Zee J., Ricciardi W., Guasticchi G., de Belvis A.G. (2013), «The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review», *The European Journal of Public Health*, 23(3), 356-360.
- 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.

- Szalay T. et al. (2003), «Russian Federation: Hit Summary», *Health Systems in Transition*.
- Thomas S., Burke S. (2012), «Coping with Austerity in the Irish Health System», *Eurohealth*, 18(1): pp. 7-9.
- WHO (2013), «Canada: Hit Summary», *Health Systems in Transition*.
- WHO (2011), «Portugal: Hit Summary», *Health Systems in Transition*.
- Zuccatelli G., Carbone C., Lecci F. (2009), «*Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager*», Milano, Egea.