

### Centrali Operative 1.1.8.

**Significato.** Il 118 è il numero unico nazionale per l'emergenza sanitaria. A questo numero corrispondono le Centrali Operative cui è demandato il compito di garantire il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento e di attivare la risposta ospedaliera, 24 ore su 24.

Le richieste di soccorso rivolte alla Centrale sono vagliate tramite una codifica stabilita dal DM 15/05/1992 «Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza» e gli interventi sanitari sul territorio sono modulati con l'invio di mezzi, equipaggi ed attrezzature diverse, sulla base della gravità della patologia.

Secondo l'«Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria, in applicazione del DPR 27/03/1992», deve essere garantito un sistema di collegamento tra la Centrale Operativa e le altre Centrali Operative regionali, le postazioni dei mezzi di soccorso ed i mezzi stessi, le postazioni di guardia medica, i punti di primo intervento e le componenti ospedaliere deputate all'emergenza del proprio territorio.

Inoltre devono essere in contatto con tutti gli altri settori di gestione dell'emergenza (Protezione Civile, Forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco, Prefettura, associazioni di volontariato...) in modo da poter gestire l'intervento dei cosiddetti soccorsi tecnici in breve tempo.

Un numero adeguato di Centrali Operative sul territorio garantisce un'efficiente gestione del soccorso nel più breve tempo possibile e con mezzi idonei al tipo di intervento.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di centrali operative 118}}{\text{Numero di province}}$$

**Validità e Limiti.** Il DPR 27/03/92 e le successive Linee guida del 1996 indicano che il bacino d'utenza controllato da una Centrale Operativa si deve identificare col territorio di ogni singola provincia ovvero, nelle aree metropolitane, possono all'occorrenza sussistere più Centrali Operative, sempre operanti in stretta collaborazione.

**Benchmark.** Il valore atteso del rapporto è pari a 1.

#### **Descrizione dei Risultati**

Il dato nazionale (0,96) non si discosta molto dal valore atteso, tuttavia esiste una certa variabilità tra le regioni italiane.

Oltre alla regione Basilicata, nel 2001 totalmente priva di Centrali, che dovrebbero comunque essere attivate entro il 2003, le regioni Puglia, Sicilia, Molise e Sardegna coprono soltanto circa la metà delle aree territoriali provinciali; risultano infatti scoperte Foggia, Lecce, Taranto, Trapani, Agrigento, Enna, Siracusa, Ragusa, Isernia, Nuoro ed Oristano.

Tutte le altre regioni, invece, assicurano la presenza di almeno una Centrale per provincia ed in alcuni casi più d'una: Monza in Lombardia, Cesena in Emilia-Romagna, Empoli e Viareggio in Toscana, Lavagna in Liguria, Foligno in Umbria, Vallo della Lucania e tre strutture a Napoli in Campania.

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2001.

Numero di centrali operative per provincia.

Basilicata	0
Puglia	0,4
Sicilia	0,4
Molise	0,5
Sardegna	0,5
<b>ITALIA</b>	<b>0,96</b>
Abruzzo	1,0
Calabria	1,0
Friuli V.G.	1,0
Lazio	1,0
Marche	1,0
P.A. Bolzano	1,0
P.A. Trento	1,0
Piemonte	1,0
Valle d'Aosta	1,0
Veneto	1,0
Lombardia	1,1
Emilia-R.	1,1
Toscana	1,2
Liguria	1,3
Umbria	1,5
Campania	1,6



### Il confronto Internazionale

Negli U.S.A. il numero nazionale di allarme è il 911 ed è unico per le emergenze di ogni tipo, al fine di coordinare efficacemente tutte le strutture operanti nel soccorso.

Il personale paramedico, adeguatamente formato nelle tecniche di rianimazione extraospedaliera, svolge un ruolo cardine sui mezzi di soccorso via terra.

Belgio, Irlanda, Nuova Zelanda, Nicaragua, Polonia, Turchia, Singapore, Australia, Canada hanno seguito il modello anglo-americano.

In contrapposizione, in Paesi come la Francia, la Germania, la Finlandia, l'Austria, l'Italia, la Norvegia, il Portogallo, la Russia, la Svezia e la Svizzera, è stato adottato il modello franco-tedesco, il quale si prefigge di «portare l'ospedale dal paziente», impiegando medici d'area critica e tecnologie direttamente sul territorio.

In Francia, nel 1965 con un decreto ministeriale (02/12/1965) si impose ai centri ospedalieri di dotarsi di un'unità mobile di soccorso (SMUR), successivamente, per gestire le chiamate ed il funzionamento degli SMUR furono creati i SAMU (Servizio di Aiuto Medico Urgente), le centrali operative che nasceranno in Italia 25 anni dopo. Inizialmente il soccorso era rivolto ai soli pazienti traumatizzati, col tempo si fece fronte a tutte le altre patologie ed anche ai trasporti interospedalieri secondari. Attualmente sul territorio francese operano 104 SAMU con 350 SMUR.

Nel sistema di soccorso tedesco, molto simile a quello francese ed italiano, importante ruolo svolge la Croce Rossa che collabora strettamente con le strutture governative per la gestione del sistema di soccorso.

In Germania è possibile l'utilizzo di 12 veri e propri «treni di salvataggio», attrezzati per affrontare le maxi-emergenze, sia in ambito ferroviario che non, sulla base delle caratteristiche geografiche del territorio e della rete ferroviaria che utilizza trafori.

Fattori economici hanno condizionato la scelta di uno o dell'altro modello: in Italia, la garanzia di un servizio sanitario nazionale a tutti i cittadini, rendendo necessario il supporto del volontariato, ha inevitabilmente rallentato l'evoluzione del primo soccorso, che ha subito importanti cambiamenti solamente negli ultimi 10 anni, con l'avvento del 118. Al contrario, negli U.S.A., dove si richiede ai cittadini il compenso per le prestazioni mediche o chirurgiche eseguite, si è sviluppato un sistema di soccorso ed emergenza maggiormente specializzato e settoriale. Anche in concomitanza con la nascita ed attività di associazioni mediche operanti nella formazione del personale a vari livelli: American Health Association (A.H.A.), American College of Emergency Physicians (A.C.E.P.), American College of Surgeons (A.C.S.).

### ***Raccomandazioni di Osservasalute***

Il DPR 27/03/92, emanato in applicazione della legge n. 412 del 30/12/91, individua le condizioni per assicurare livelli uniformi di assistenza nel settore delle emergenze, su tutto il territorio nazionale.

Questa iniziale disposizione centrale ha comunque permesso alle singole realtà regionali l'autonoma attuazione di normative locali, per cui la situazione attuale presenta una copertura quasi totale del Nord Italia, mentre al Centro-Sud la presenza dei servizi 118 è estremamente disomogenea.

Nella regione Marche, ad esempio, il numero 118 è funzionante su tutto il territorio nelle province di Macerata e Pesaro, soltanto parzialmente in quelle di Ancona ed Ascoli Piceno.

Nelle regioni Molise, Basilicata e Sardegna il sistema di implementazione delle strutture non è ancora stato avviato, così come nella regione Puglia.

Fra gli obiettivi per i prossimi tre anni del PSN 2003-2005 c'è la completa attivazione del sistema di emergenza su tutto il territorio, pertanto l'ulteriore estensione della rete di emergenza nazionale rappresenta una delle priorità del prossimo futuro.

Peraltro la Centrale Operativa, assumendo il ruolo di «regia» nel coordinamento di tutti gli interventi di soccorso, è anche il principale interlocutore della Provincia; pertanto la presenza di più Centrali nell'ambito dello stesso territorio provinciale potrebbe favorire disguidi di ordine tecnico-organizzativo.

Per questo il numero di Centrali non dovrebbe essere superiore a quello delle province, proprio per evitare sovrapposizioni gestionali sul territorio, con l'eccezione delle aree metropolitane dove possono all'occorrenza coesistere più Centrali, come nel caso di Monza e Milano.

### Dipartimenti di Emergenza (DEA)

**Significato.** Il DEA rappresenta un'aggregazione funzionale di unità operative dedicate alla gestione dell'emergenza/urgenza, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa, sino alla definitiva collocazione del paziente.

Il DEA di I livello dovrebbe generalmente garantire (come da Linee Guida emanate nell'aprile del 1996) le funzioni di pronto soccorso ed accettazione, di osservazione e breve degenza, di rianimazione e, contemporaneamente, dovrebbe assicurare interventi diagnostico terapeutici di medicina generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC. Sono, inoltre, assicurate le prestazioni di laboratorio (analisi chimico-cliniche e microbiologiche), di diagnostica per immagini e trasfusionali.

I DEA di II livello prevedono, oltre alle prestazioni fornite dal DEA di I livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica, unità per grandi ustionati ed unità spinali, secondo le indicazioni stabilite dalla programmazione regionale.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di dipartimenti di emergenza}}{\text{Popolazione regionale}} \times 100.000$$

**Validità e limiti.** Sebbene tale indicatore non sia in grado di differenziare DEA di I e II livello, un esame comparativo della loro presenza nelle varie regioni può essere utile nella valutazione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza erogata alla popolazione.

**Fonte dei dati e anni di riferimento.** Ministero della Salute. Anno 2001.

#### Descrizione dei Risultati

La presenza dei DEA (Dipartimenti di Emergenza Accettazione) rappresenta un macroindicatore di «organizzazione» del Sistema regionale di Emergenza Urgenza. L'analisi dei dati rivela una situazione estremamente variabile sul territorio, con un ampio range di valori (da 0,18 a 1,22), che per alcune regioni si discostano significativamente dalla media nazionale (0,53). Valori troppo bassi fanno temere che i DEA non siano stati attivati in tutte le province, viceversa valori troppo elevati possono indicare un dispendio di risorse rispetto alla casistica da trattare.

#### Confronti internazionali

Nel 1976, l'*American College of Surgeon* pubblicò le linee guida per ottimizzare l'organizzazione degli ospedali americani, in caso di episodi gravi di emergenza. Gli «*Emergency Departments*» (ED) vennero così strutturati:

-I Livello o *Trauma Center*: di solito a carattere regionale, è al massimo livello di assistenza.

-II Livello o *Community Trauma Center*: per patologie traumatiche ad elevata gravità, fornisce prestazioni neurochirurgiche, per le altre fa riferimento al Trauma Center.

-III Livello o rurale: dispone di medicina d'urgenza o chirurgia generale; gestisce il trasporto del paziente alle altre strutture di livello superiore.

La presenza di questi ultimi sul territorio riveste un ruolo di particolare importanza, poiché rappresentano la prima risposta all'emergenza per circa un terzo della popolazione; infatti più di 80 milioni di americani vive a più di 50 miglia di distanza da un Trauma Center.

Tuttavia, difficoltà finanziarie hanno determinato in molte zone la chiusura di queste strutture. Dal 1990 al 1999 il numero degli ED è diminuito dell'11,3%, mentre la richiesta di visite è aumentata del 15%.

Numero di dipartimenti di emergenza per 100.000 abitanti

Molise	1,22
Marche	1,15
Friuli V.G.	1,09
Toscana	0,81
Umbria	0,71
Abruzzo	0,70
Piemonte	0,65
Veneto	0,57
Emilia-Romagna	0,54
<b>ITALIA</b>	<b>0,53</b>
Basilicata	0,49
Sicilia	0,49
Lombardia	0,48
Lazio	0,47
Campania	0,44
Liguria	0,43
P.A. Bolzano	0,42
Calabria	0,39
P.A. Trento	0,20
Puglia	0,19
Sardegna	0,18



Secondo l'American College of Emergency Physicians (A.C.E.P.), si è passati da 4.270 Dipartimenti di Emergenza nel 1997 a 4.045 nel 2001; nel 1997 le visite sono state circa 97.000.000, nel 2001 quasi 110.000.000. L'aumento della richiesta di prestazioni e la contrazione delle strutture adibite all'emergenza hanno creato problemi di gestione e sovraccarico di lavoro per il personale sanitario.

(Advancing Health in America, Trend Watch, Vol 3/N°1, March 2001).

***Raccomandazioni di Osservasalute***

La riorganizzazione strutturale del Pronto Soccorso e dei DEA è fra gli obiettivi strategici del PSN 2003-2005, che prevede un potenziamento pianificato del sistema delle emergenze, proprio per far fronte sia ad un progressivo aumento della domanda di prestazioni (da 16.000.000 di accessi nel 1980, a quasi 50.000.000 nel 2000), sia ad una maggiore complessità della richiesta.

Il bacino d'utenza dei DEA di I livello dovrebbe essere di almeno 250.000 abitanti, dei DEA di II livello di almeno 500.000 abitanti.

Contestualmente in Italia esistono norme legislative che indicano i macrolivelli di assistenza e gli obiettivi da perseguire, ma spetta alle Regioni definirne le modalità organizzative, sulla base delle specifiche esigenze territoriali, pur garantendo caratteristiche di omogeneità nei livelli di assistenza.

Secondo le Linee Guida N°1/1996 è compito delle Regioni l'individuazione delle sedi idonee di Pronto Soccorso ospedaliero e l'organizzazione dei Dipartimenti di emergenza urgenza ed accettazione negli ospedali idonei a svolgerne le funzioni; tenendo, tuttavia, conto che le esigenze del territorio, degli ospedali minori e degli ospedali sede di DEA sono molto differenti e che non tutte le strutture, per ovvi motivi di spesa, possono disporre dell'assetto polispecialistico tipico dell'ospedale sede di DEA di II livello. Pertanto, come indicato fra gli obiettivi per i prossimi tre anni del PSN 2003-2005, sarebbe opportuno, soprattutto in quelle realtà regionali in cui non si è riusciti a risolvere le carenze strutturali, identificare protocolli operativi per avviare le urgenze meno impegnative verso gli ospedali minori, al fine di evitare il sovraccarico degli ospedali sede di DEA di II livello.

È compito del medico addetto all'emergenza territoriale, sulla base del quadro clinico rilevato, operare la scelta dell'ospedale di destinazione e decidere di indirizzare il paziente nella struttura più adeguata, non necessariamente la più vicina, laddove non sia necessaria la presenza di alte specialità, per rispondere così anche a criteri di appropriatezza oltreché di efficacia del trattamento del caso.

### Quota dei posti letto per acuti nelle strutture accreditate sul totale

**Significato.** È un indice che rivela il mix tra privato accreditato e pubblico nella fornitura di una quota rilevante di servizi sanitari, e cioè quelli ospedalieri. Rappresenta dunque il grado di apertura del sistema sanitario alla fornitura privata.

E, inoltre, una misura del ricorso al criterio della *sussidiarietà*: maggiore è l'indice maggiore è quest'ultima. Può essere assunto anche come indicatore di *concorrenza* nei mercati interni (concorrenza tra fornitori pubblici e privati). Risente della struttura ospedaliera preesistente, ma presenta anche una discreta variabilità nel corso del tempo.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Posti letto per acuti negli ospedali accreditati}}{\text{Posti letto per acuti negli ospedali pubblici e accreditati}} \times 100$$

**Validità e limiti.** L'indicatore riflette la quota della domanda che può essere *potenzialmente* soddisfatta dai fornitori privati accreditati, mentre la quota dei ricoveri fornirebbe un'idea della soddisfazione effettiva della domanda. Esso, nondimeno, non fornisce informazioni sulla tipologia di ospedali accreditati (religiosi, ecc.) e quindi non può essere interpretato in termini di comportamenti differenziali degli operatori privati rispetto ai pubblici. Anche estrapolazioni sulla efficienza relativa privato—pubblico, non essendo comprovate da indagini ad hoc, debbono essere considerate di valore limitato. Risente della struttura ospedaliera preesistente, anche se la configurazione prospettica (DRG) dei pagamenti agli ospedali comporta che il tipo di struttura non abbia teoricamente effetto sui costi ospedalieri (a meno di differenti comportamenti quanto a ricoveri ripetuti, dimissioni, upgrading del casemix, ecc.). È un indice di apertura alla concorrenza in un mercato interno, anche se spesso la concorrenza tra pubblico e privato viene intesa, con vincoli di bilancio stringenti, come una diminuzione dell'impegno pubblico a favore di quello privato.

**Benchmark.** Il valore di riferimento è quello medio nazionale (13,9%).

#### Descrizione dei Risultati

In media, circa il 14% dell'offerta di posti letto nell'ambito della Sanità finanziata pubblicamente è dovuta ad ospedali accreditati.

La variabilità tra le regioni è comunque accentuata: si va da un massimo del 28% in Calabria, ad una totale assenza di posti letto accreditati in Val d'Aosta.

Non è possibile, comunque, individuare un gradiente Nord-Sud. In alcuni casi le condizioni di domanda e le istituzioni locali possono spiegare le differenze regionali (ad es. nel Lazio l'alta percentuale è dovuta alla presenza di istituti religiosi). Non esiste inoltre una correlazione significativa tra costi dei ricoveri e quota di ospedali accreditati.

D'altra parte è evidente un fenomeno dimensionale, con piccole regioni come la Val d'Aosta, le Province Autonome di Bolzano e Trento, la Liguria e la Basilicata che mostrano basse quote percentuali, segno che non vi sono sufficienti spazi operativi per ospedali accreditati per raggiungere dimensioni economicamente valide.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** Ministero della Salute. Anno 2001.

Quota dei posti letto per acuti nelle strutture accreditate sul totale. Anno 2001.

Valle d'Aosta	0,0
Liguria	0,8
Basilicata	2,4
P.A Bolzano	3,1
Abruzzo	3,8
P.A Trento	4,0
Veneto	4,7
Molise	6,3
Umbria	6,8
Friuli-V.G.	8,9
Toscana	10,0
Puglia	10,0
Piemonte	10,1
Marche	11,9
<b>ITALIA</b>	<b>13,9</b>
Lombardia	15,7
Sardegna	16,8
Sicilia	17,6
Lazio	18,3
Emilia-R.	19,0
Campania	25,4
Calabria	28,0



### **Confronti internazionali**

Non abbiamo evidenza con dati OCSE, ma, ad esempio, in Germania la quota di letti di istituzioni private non-profit sul totale era del 38% circa nel 1998, in aumento rispetto al 1990, per il Regno Unito la quota di letti privati sul totale ammontava a circa il 4% (European Observatory).



### Quota delle case di cura accreditate sul totale delle case di cura private

**Significato.** Vuole rappresentare il peso del privato *assistito*, cioè finanziato pubblicamente, rispetto a quello che si autofinanzia: esso comunque è soggetto a numerose cautele interpretative, perchè non tiene conto né della dimensione delle singole case di cura, nè dei differenti comportamenti tra i due tipi di cliniche quanto a ricoveri, durata di degenza, ecc. È anche una misura della presenza del *puro mercato* in un sistema sanitario regionale: minore l'indice maggiore il mercato puro.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di case di cura private accreditate}}{\text{Numero totale di case di cura private (accreditate e non accreditate)}} \times 100$$

**Validità e limiti.** L'indicatore vuole rappresentare quale parte dell'ospedalità privata assolve a compiti di sussidiarietà rispetto al settore pubblico e quale parte si muove invece in un'ottica di mercato. La sua dinamica, inoltre, può mostrare se vi sia una tendenza della popolazione verso un finanziamento dell'ospedalità pubblica o privato puro. I suoi limiti sono dovuti al fatto che il numero di case di cura non rappresenta, se le dimensioni sono differenti, la capacità di offerta *potenziale* del privato accreditato o non accreditato, nè tantomeno la capacità di offerta *effettiva* misurabile con i ricoveri. La quota è chiaramente influenzata da una maggiore o minore presenza di assicurazioni private e dal reddito medio regionale. Sono possibili anche fenomeni dimensionali, dovuti al fatto che la casa di cura privata pura richiede, per la sua sopravvivenza, un bacino di utenza molto ampio. Infine una sua diminuzione può mostrare, nell'ipotesi che l'elasticità della domanda per case di cura private pure sia maggiore di quella per case di cura accreditate, la progressiva difficoltà nel contenere i costi totali dell'ospedalità.

**Benchmark.** Il valore di riferimento è quello medio nazionale (83,9%).

#### Descrizione dei Risultati

In media, circa l'84% delle case di cura operano in regime di accreditamento. Le regioni meno popolose, con l'eccezione della Provincia Autonoma di Bolzano (55,6%) e della Liguria (18,2%), hanno tutte una quota del 100%, ad indicare che in queste realtà la sopravvivenza delle strutture private è garantita solo dal finanziamento pubblico. Escludendo le due realtà precedentemente citate, la variabilità tra le regioni spazia da un massimo del 100% P.A. Trento, Friuli VG, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria e Sardegna ad un minimo del 71,8% Lazio, con valori relativamente più elevati in Campania (92,7%) e Puglia (85,7%). Non è possibile, comunque, individuare un gradiente inverso Nord-Sud, e quindi una relazione stabile tra minor reddito e quota di ospedali accreditati, anche se il sospetto di un qualche effetto è comunque convogliato dai dati.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** Ministero della Salute. Anno 2001.

Quota delle case di cura accreditate sul totale delle case di cura private

Liguria	18,2
P.A Bolzano	55,6
Lazio	71,8
Lombardia	83,1
Sicilia	83,3
<b>ITALIA</b>	<b>83,9</b>
Veneto	84,2
Piemonte	84,4
Toscana	84,8
Puglia	85,7
Emilia-R.	89,1
Campania	92,7
P.A. Trento	100,0
Friuli-V.G.	100,0
Umbria	100,0
Marche	100,0
Abruzzo	100,0
Molise	100,0
Basilicata	100,0
Calabria	100,0
Sardegna	100,0



Non sono riportati i dati della Val d'Aosta

#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Valori alti dell'indice sono in relazione ad opportunità e a rischi. L'opportunità è data dalla maggiore manovrabilità, anche in termini di contenimento della spesa, dovuta all'alta percentuale di ospedali vincolati al settore pubblico da legami organizzativi e finanziari. Il rischio è la possibile minore spinta all'innovazione, alla produttività e alla soddisfazione dei pazienti di ospedali posti sotto l'ombrello protettivo della regione.

### Quota del personale amministrativo sul totale dei dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** È una misura dei costi amministrativi della struttura sanitaria pubblica, non strettamente finalizzati alla fornitura di cure alla popolazione. Sono in relazione con la dimensione e la complessità tecnologica delle strutture. Un suo basso valore dovrebbe indicare maggiore efficienza gestionale.

Esso non rappresenta comunque il peso effettivo sul totale degli addetti alla sanità, perché esclude tutti coloro che sono legati al servizio sanitario nazionale da un rapporto di lavoro non dipendente (ad esempio i medici di base con contratto libero-professionale).

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Numero di occupati SSN (ASL + AO) con qualifica amministrativa}}{\text{Denominatore} \quad \text{Personale complessivo dipendente dal SSN}} \times 100$$

**Validità e limiti.** L'indicatore misura il peso relativo dei dipendenti con funzioni di contabilità e amministrative e quindi non destinato alla cura dei pazienti, sul totale sia del ruolo sanitario che di quello tecnico o professionale con l'intento di rappresentare il grado di efficienza gestionale del SSN. Se esiste, inoltre, una relazione non lineare tra aumento della popolazione servita e personale di tale tipo, sono possibili sia economie che diseconomie gestionali di scala. Tale indicatore ha come limite la mancata inclusione a denominatore del personale legato da rapporto libero professionale o autonomo: tra due regioni con lo stesso numero di impiegati amministrativi può risultare inefficiente la regione che ha in corso rapporti libero professionali in misura maggiore dell'altra (elevato peso della medicina di base, specialistica in poliambulatori, ecc.). Inoltre, un valore alto dell'indicatore può misurare anche una diversa qualità amministrativa, quali minori liste di attesa, maggiori informazioni, ecc.

**Benchmark.** Il valore di riferimento è quello medio nazionale (10,8%).

#### **Descrizione dei Risultati**

In media, circa il 10,8% dei dipendenti delle ASL e AO italiane ricopre il ruolo amministrativo. Le regioni meno popolate, al Sud, sembrano avere una quota di impiegati amministrativi inferiore alla media, ma tale legame scompare al centro-nord, cosicché l'evidenza di diseconomie gestionali di scala non è forte; la variabilità tra le regioni è comunque ampia: si va da un massimo del 14,0% in Val d'Aosta e Calabria, ad un minimo del 7,9% in Friuli, con una differenza di 6,1 punti percentuali, pari ad oltre il 60% del valore medio italiano. Non esiste un gradiente Nord-Sud. Altre caratteristiche regionali, quali la struttura della popolazione o il mix pubblico-privato non sembrano avere una grande importanza, pur essendovi indizi di minore spesa amministrativa al crescere sia della popolazione anziana che dell'impegno pubblico diretto nella produzione. Richiede uno studio più approfondito, invece la relazione tra costi amministrativi e peso dell'ospedalità rispetto all'assistenza territoriale.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2001.

Friuli-V.G.	7,9%
Sardegna	8,6%
Molise	8,7%
Liguria	9,3%
Basilicata	9,3%
Marche	9,4%
Toscana	9,6%
Umbria	10,0%
Abruzzo	10,0%
Veneto	10,3%
Emilia-R.	10,6%
Campania	10,7%
<b>ITALIA</b>	<b>10,8%</b>
Lombardia	11,0%
Puglia	11,1%
Lazio	11,2%
Sicilia	11,2%
P.A Trento	11,3%
P.A Bolzano	13,4%
Piemonte	13,5%
Valle d'Aosta	14,0%
Calabria	14,0%



#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Valori alti dell'indice possono indicare contemporaneamente sia situazioni strutturali, come la difficoltà di gestione del territorio od una migliore qualità amministrativa, sia comportamentali. Una quota del 10% appare raggiungibile nel breve-medio periodo, anche grazie alle innovazioni gestionali ed informatiche, da parte delle regioni che presentano una quota superiore.

### Personale medico dipendente del SSN rispetto alla popolazione

**Significato.** È una misura approssimata dell'efficienza del SSN regionale: indica quanti medici dipendenti sono necessari in media per fornire i servizi sanitari ai propri cittadini. Risente della mancata inclusione di molti medici, comunque legati al SSN da rapporti contrattuali (es. medicina di base). Risente della composizione tra medicina territoriale e ospedaliera, ed anche della composizione per età della popolazione regionale. È inoltre una misura indiretta della sostituibilità tra personale medico ed altro personale sanitario (infermieri) ai fini dell'ottenimento di un dato ammontare di servizi.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di medici dipendenti del SSN}}{\text{Popolazione regionale}} \times 1.000$$

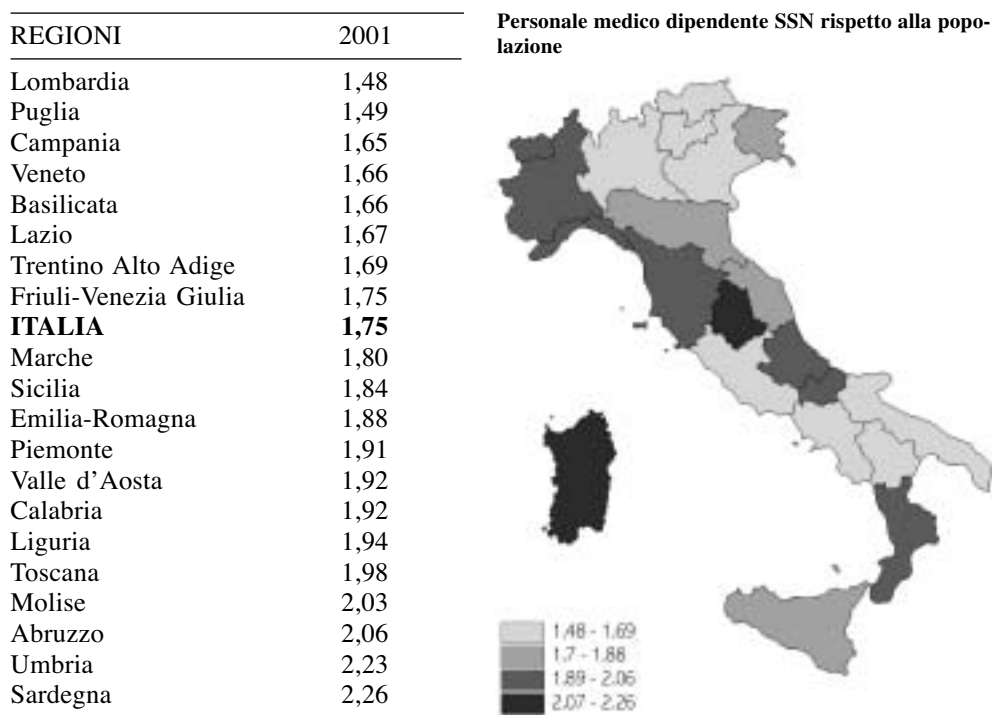
**Validità e limiti.** L'indicatore misura la relativa abbondanza o scarsità di medici dipendenti dal SSN all'interno della regione. Escludendo i medici di base, e tutti coloro legati da rapporto libero professionale oltre ai dipendenti delle case di cura accreditate fornisce solo una misura di prima approssimazione del potenziale assistenziale medico regionale. Inoltre, data la sostituibilità, per quanto imperfetta, tra medici ed altre figure professionali come infermieri, può celare situazioni di inefficienza economica qualora esso risulti troppo elevato, sebbene la lettura in termini di qualità aggiuntiva di un valore elevato del rapporto sia altrettanto lecita. Esso chiaramente dipende anche dalla quota di ospedalità rispetto all'assistenza territoriale e dalla quota di offerta delle case di cura accreditate rispetto ai presidi ospedalieri ASL e alle AO. Inoltre, risente dei differenti *bisogni sanitari* regionali, rappresentabili con la quota di popolazione anziana

**Benchmark.** Il valore di riferimento è quello medio nazionale, pari all'1,74 per 1.000. Il valore europeo calcolato su tutta l'occupazione medica dei paesi dell'Unione Europea, pari a 3,1 medici per 1.000 abitanti (1998) è di scarsa utilità in questo contesto specifico.

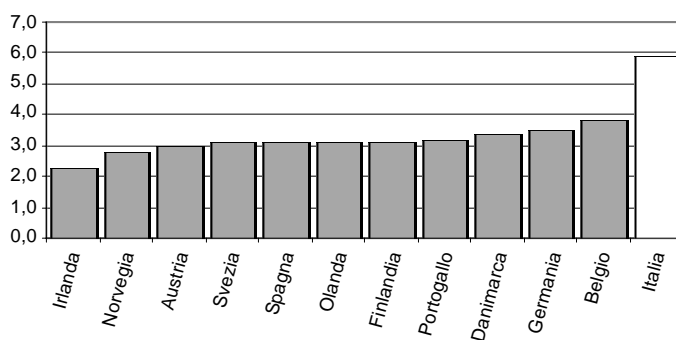
#### Descrizione dei Risultati

In media, in Italia vi sono 1,74 medici dipendenti dal SSN per 1.000 abitanti. Non sembra esservi un gradiente Nord-Sud, né differenze dovute alla scala regionale. La variabilità tra le regioni è comunque presente: si va da un massimo di 2,25 medici per 1.000 in Sardegna, ad un minimo dell'1,47 per 1.000 in Lombardia, con una differenza di quasi lo 0,8 per 1.000, inferiore al 50% del valore medio nazionale; ciò lascia pensare all'esistenza di modelli organizzativi differenziati tra ASL; inoltre, la non perfetta correlazione tra serie dei medici per 1.000 abitanti e personale totale per 1.000 abitanti, sembra evidenziare una compensazione o sostituibilità tra varie forme di personale: le regioni che hanno tanti medici non sempre avranno anche tanto altro personale, e viceversa. Mediamente importanti sono infine sia la correlazione con i bisogni regionali, espressi dall'anzianità della popolazione, sia la relazione con la quota dei servizi forniti direttamente dall'operatore pubblico: in entrambi i casi maggiori bisogni e maggiore produzione diretta implicano un maggior numero di medici dipendenti.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero della Salute ed ISTAT. Anno 2001.



### Confronti internazionali



I dati OCSE, riferiti al numero totale dei medici, mostrano che l'Italia ha un valore (totale) per 1.000 abitanti molto superiore a quello degli altri paesi.

Fonte: OECD Health Data 2001

### Raccomandazioni di Osservasalute

Valori alti dell'indice indicano contemporaneamente situazioni strutturali, come la sovrautilizzazione dei medici, e fattori organizzativi o di modello, come la scelta di fornire servizi direttamente o meno. Una generica indicazione può essere quella di operare per una generica riduzione (ad eccezione della sola Lombardia) del numero di medici rispetto alla popolazione, per allinearci agli standard europei, anche se non è evidente che vi sia un eccesso generalizzato di medici dipendenti dal SSN.

### Tasso posti letto pubblici in geriatria

**Significato.** Rappresenta, su base regionale, la disponibilità di posti letto relativi alla specialità geriatria in rapporto alla popolazione di riferimento. Come nel caso degli altri indicatori di risorse a disposizione della popolazione anziana va inserito e interpretato in un contesto di rete di servizi.

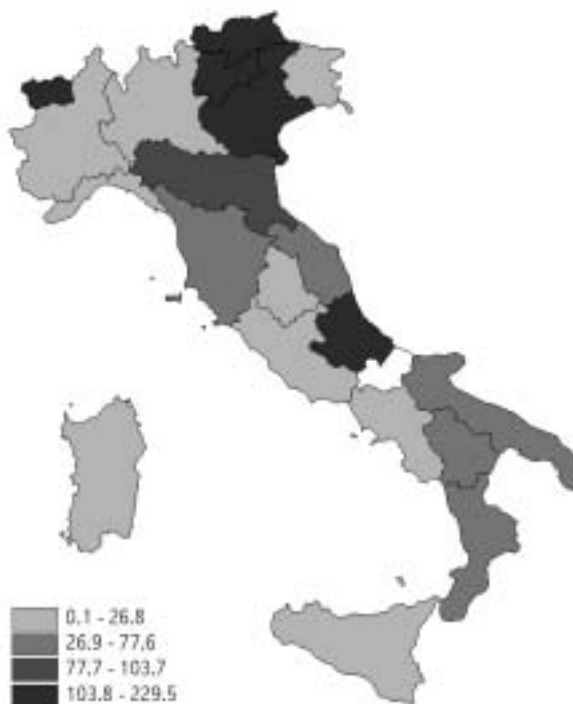
$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Posti letto Reparti di geriatria}}{\text{Popolazione con età maggiore di 65 anni}} \times 100.000$$

**Validità e limiti.** L'indicatore deriva da elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute-Rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere. Il valore è puramente indicativo in quanto i reparti geriatrici non rappresentano il solo ambito all'interno del quale possano essere garantite prestazioni specialistiche di ricovero per la popolazione anziana, anche alla luce delle diverse scelte organizzative operate nelle regioni.

**Benchmark.** Si ritiene che il termine di riferimento più corretto sia rappresentato dal dato medio nazionale (46,9 per 100.000), rispetto al quale possono essere lette le *performances* delle diverse Regioni.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** ISTAT – Health for all Italia. Anno 2000.

REGIONI	Anno 2000
Molise	0,0
Umbria	8,6
Friuli-Venezia Giulia	15,5
Liguria	16,4
Lombardia	16,8
Sardegna	24,3
Sicilia	24,8
Campania	25,0
Lazio	25,1
Piemonte	25,3
Toscana	26,9
<b>ITALIA</b>	<b>46,9</b>
Marche	50,1
Puglia	57,1
Basilicata	65,3
Calabria	66,2
Emilia-Romagna	77,7
Abruzzo	103,8
Veneto	163,7
Trentino-Alto Adige	167,8
Valle d'Aosta	229,5

**Tasso posti letto pubblici in geriatria****Descrizione e Commento dei Risultati**

Il valore medio nazionale è pari a 46,9 posti letto di geriatria per 100.000 abitanti di età superiore a 65 anni. I valori sono compresi tra 0 della regione Molise e 229,5 della Regione Valle d'Aosta. Per una corretta valutazione dell'intervallo va precisato che solo quattro regioni (Abruzzo, Veneto, Trentino A.A. e Valle d'Aosta) superano la soglia dei 100 posti letto per 100.000. Come per gli altri indicatori della stessa tipologia, il dato va letto ed interpretato tenendo conto della complessiva disponibilità di servizi sanitari e socio assistenziali per gli anziani e del loro effettivo utilizzo.



### Tasso strutture sanitarie di assistenza agli anziani

**Significato.** L'indicatore esprime la disponibilità di strutture sanitarie assistenziali a disposizione della popolazione anziana che rappresentano uno dei nodi della rete dei servizi socio sanitari. Il corretto dimensionamento di tali strutture, in accordo con il loro effettivo utilizzo, rappresenta uno degli obiettivi strategici del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{N}^\circ \text{ strutture sanitarie assistenza anziani}}{\text{Popolazione Regionale Totale}} \times 100.000$$

**Validità e limiti.** Rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere. Il dato è riferito alla popolazione nel suo complesso e risente della diversa composizione per fasce di età.

**Benchmark.** Si ritiene che il termine di riferimento più corretto sia rappresentato dal dato medio nazionale, rispetto al quale possono essere lette le *performances* delle diverse Regioni. Ciò anche in considerazione del diverso livello di articolazione delle reti nei singoli contesti regionali.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** ISTAT – Health for all Italia. Anni 1999-2000.

#### Tasso strutture sanitarie di assistenza agli anziani

REGIONI	Anno 1999	Anno 2000
Valle d'Aosta	0	0
Puglia	0	0
Basilicata	0	0
Sicilia	0,1	0,1
Sardegna	0,1	0,1
Campania	0,2	0,2
Molise	0,3	0,3
Abruzzo	0,4	0,5
Calabria	0,7	0,6
Lazio	0,7	0,8
Marche	1,4	2,7
Liguria	2,8	3,1
<b>ITALIA</b>	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>
Umbria	2,8	3,5
Piemonte	4,6	4,5
Friuli-V.G.	4,8	5,2
Veneto	1,9	5,8
Lombardia	5,9	6,0
Trentino-A.A.	6,2	6,3
Emilia-Romagna	9,9	8,3
Toscana	7,8	8,3

**Tasso di strutture sanitarie Anno 1999****Tasso di strutture sanitarie Anno 2000****Descrizione dei Risultati**

Il valore medio nazionale dell'anno 2000 è pari a 3,4 per 100.000 abitanti con una distribuzione che va da 0 (Valle d'Aosta, Puglia, Basilicata) a 8,3 della Toscana ed Emilia-Romagna. Il confronto tra i due anni considerati evidenzia una tendenza all'aumento della offerta in qualche caso (Veneto) nettamente superiore al dato medio nazionale. I valori osservati devono comunque essere valutati tenendo conto della complessiva disponibilità di servizi socio assistenziali e sanitari per gli anziani, del loro effettivo utilizzo, delle scelte che caratterizzano le diverse politiche sanitarie regionali nonché, soprattutto, del modello di residenza sanitaria che si intende promuovere.

### Percentuale di ospedali per classe di ampiezza (numero di posti letto)

**Significato.** Vi è ampia discussione a livello internazionale sulla dimensione ideale di un ospedale sia dal punto di vista della funzionalità che di quello della «gestibilità» organizzativa ed economica. Non vi sono risposte univoche a tale quesito poiché la dimensione può essere misurata con varie modalità: strutturali, economiche e produttive. Inoltre la dimensione ideale non è un parametro a sé stante ma risente anche delle necessità del bacino di utenza in cui un ospedale è inserito (urbano, extraurbano, orografia del luogo, altri servizi sanitari presenti, ecc.).

Ciò nonostante vi sono alcuni pareri diffusi e condivisi: il parametro più diffuso per misurare la dimensione di un ospedale è senz'altro il numero di posti letto; ospedali eccessivamente piccoli o eccessivamente grandi sono economicamente e gestionalmente svantaggiosi.

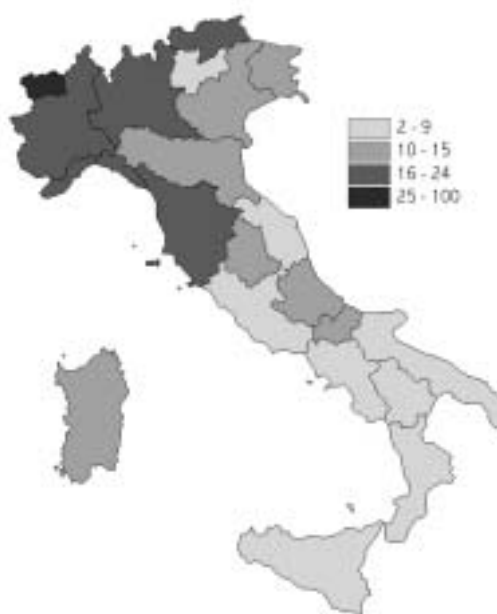
Un elemento specifico di riflessione è il destino dei piccoli presidi ospedalieri che sono a rischio di ridotta efficienza economica e spesso privi di alcuni servizi di elevata rilevanza clinica soprattutto in caso di collocazione fortemente decentrata.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero ospedali con meno di 120 posti letto}}{\text{Numero totale ospedali}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Un possibile fattore di confondimento è l'accorpamento di piccoli presidi che fa apparire come un unico ospedale di dimensioni maggiori la somma di 2 o più piccole strutture che nella realtà sono operativamente scollegate (es. presidi a rilevante distanza l'uno dall'altro). La dimensione degli ospedali va attentamente valutata in relazione alla struttura orografica del territorio.

**Benchmark.** La normativa (Legge finanziaria 1995 n° 724 del 23/12/1994) prevede la chiusura degli ospedali con meno di 120 posti letto o la loro riconversione in Residenze Sanitarie Assistenziali. Non è possibile stabilire valori di riferimento per gli ospedali di dimensioni maggiori. Un tasso di strutture >400 p.l. vicino al 20% potrebbe essere considerato favorevole se valutato assieme alle altre variabili sopra citate.

Percentuale di ospedali con più di 400 posti letto



Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT. Anno 2000.

**Descrizione dei Risultati**

La media italiana passa per una virtuale linea che divide la penisola a metà con le regioni del nord che presentano i valori più alti e quelle del sud quelli più bassi con rare eccezioni. Sembra di poter dedurre che le prime hanno attuato, con maggiore convinzione, una politica di concentrazione delle attività ospedaliere in strutture più grandi e più efficienti. In un altro indicatore, descritto più avanti in questa sezione, si potrà constatare che le stesse regioni sono anche premiate da un indice di attrazione sanitaria più elevato il che sembrerebbe confermare l'ipotesi che i migliori risultati in termini di efficienza e qualità si ottengono anche grazie ad un sapiente dimensionamento delle strutture e ad un'accorta strutturazione della rete ospedaliera locale. Naturalmente vi sono numerosissimi altri fattori che vi contribuiscono ma le riflessioni suggerite da questo indicatore sono molto importanti. Conviene però ribadire che andrebbe ulteriormente approfondito anche l'accorpamento «fittizio» di strutture piccole poiché esso rappresenta un'operazione esclusivamente di facciata o comunque con scarse ricadute in termini di qualità ed efficienza del sistema.

Composizione percentuale delle strutture ospedaliere in funzione dei posti letto. Rango per percentuale di ospedali con meno di 120 posti letto.

	< 120 posti letto	121-200 posti letto	201-400 posti letto	>400 posti letto	Numero Totale Ospedali
Valle d'Aosta				100%	1
Lombardia	34%	24%	17%	24%	127
Friuli-V.G.	38%	25%	25%	13%	24
Basilicata	42%	25%	25%	8%	12
Piemonte	43%	18%	17%	22%	83
Veneto	43%	23%	21%	13%	95
Umbria	44%	25%	19%	13%	16
Liguria	45%	21%	10%	24%	29
Puglia	46%	33%	11%	9%	99
Sardegna	52%	20%	15%	13%	46
Emilia-Romagna	53%	22%	9%	15%	86
Toscana	54%	16%	11%	19%	70
<b>ITALIA</b>	<b>54%</b>	<b>20%</b>	<b>15%</b>	<b>12%</b>	<b>1319</b>
Molise	56%	22%	11%	11%	9
Lazio	59%	18%	17%	6%	170
Abruzzo	60%	14%	14%	11%	35
Campania	60%	20%	14%	6%	140
Sicilia	63%	17%	14%	6%	120
Marche	65%	15%	17%	2%	52
P.A.Bolzano-Bozen	67%	0%	17%	17%	12
P. A. Trento	72%	17%	6%	6%	18
Calabria	79%	11%	7%	4%	75

**Raccomandazioni di Osservasalute**

La rete ospedaliera regionale dovrebbe essere pianificata concentrando il più possibile i posti letto in strutture almeno superiori a 200 posti letto. Uniche eccezioni dovrebbero essere quelle legate a situazioni orografiche molto particolari (zone fortemente decentrate) o per ospedali ad indirizzo clinico specifico (ortopedia, ginecologia, oncologia, ecc.) inseriti in reti ospedaliere urbane con distanze ridotte da centri generali di riferimento.

### Tasso di utilizzo dei posti letto per dimensioni della struttura

**Significato.** È un indicatore di efficienza operativa di un ospedale. Si ritiene comunemente che a valori più elevati corrispondano migliori economie di scala della struttura a cui è riferito (unità operativa, ospedale).

Si ritiene anche che non sia ragionevole tendere all'occupazione massima poiché le naturali oscillazioni delle patologie acute curate nei presidi oggetto della rilevazione rendono auspicabile un tasso elevato, ma con margini di flessibilità.

Il tasso di utilizzo è ritenuto buono se compreso tra 75% ed 80%. Potrebbe essere indice di sovraccarico se vicino al 100%. Quest'ultimo valore è ottenibile solo in determinate unità operative con forte regolarità e programmabilità dell'attività clinica.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di giornate di degenza nell'anno}}{\text{Numero posti letto} \times 365} \times 100$$

**Validità e limiti.** Valori bassi sono sicuramente indice di scarso utilizzo e quindi di scarsa efficienza. Valori elevati potrebbero indicare anche un sovraccarico dell'unità operativa, che comunque deve essere verificato alla luce di altri elementi relativi a struttura e personale. In tutti i casi tale indicatore deve essere interpretato congiuntamente alla durata media della degenza DRG specifica.

Tasso di utilizzo dei posti letto in funzione delle dimensioni della struttura

	< 120 p.l.	121-200 p.l.	201-400 p.l.	401-600 p.l.	>600 p.l.
Piemonte	81	82	81	79	77
Valle d'Aosta	-	-	-	89	-
Lombardia	67	70	75	77	76
P. A. Bolzano-Bozen	77	-	78	72	71
P. A. Trento	85	75	79	-	75
Veneto	81	83	76	80	82
Friuli-Venezia Giulia	63	71	58	-	73
Liguria	80	84	84	83	82
Emilia-Romagna	72	69	78	82	86
Toscana	68	68	72	80	82
Umbria	60	70	77	87	85
Marche	71	69	78	-	81
Lazio	76	83	92	84	83
Abruzzo	88	82	86	89	90
Molise	93	84	81	87	-
Campania	72	85	78	83	84
Puglia	68	72	75	82	84
Basilicata	55	66	62	-	74
Calabria	69	66	67	93	84
Sicilia	68	62	73	91	59
Sardegna	64	73	66	78	29*
<b>ITALIA</b>	<b>72</b>	<b>75</b>	<b>78</b>	<b>81</b>	<b>78*</b>

\* Il dato ufficiale della Sardegna, verificato da Osservasalute a livello regionale, sembra essere 67,5% con conseguente modifica anche del valore nazionale

**Benchmark.** Valori ideali: > 75 % e non troppo «vicini» al 100%. La tre leggi finanziarie degli anni 1993, 1994 e 1996 indicano un valore > 75 %.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** ISTAT. Anno 2000.

### **Descrizione dei Risultati**

I dati presentati in tabella permettono di verificare, in maniera molto generale, quali regioni hanno un soddisfacente tasso di utilizzo delle strutture ospedaliere. Va detto però che tale valutazione deve essere integrata con verifiche sulla tipologia della produzione espressa in DRG. Solo verificando anche l'appropriatezza dei ricoveri e la loro ragionevole durata media è possibile, infatti, fare valutazioni sostenibili sul corretto utilizzo degli ospedali. Valori molto inferiori alla soglia del 75% sono indice di un problema reale. In secondo luogo si può notare che i valori insoddisfacenti sono localizzati prevalentemente nelle strutture di piccole dimensioni. Questo elemento si aggiunge ad altre considerazioni di tipo economico e clinico nel dimostrare che le strutture di piccole dimensioni rappresentano un reale punto debole della rete ospedaliera.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Vanno posti in atto provvedimenti mirati a rendere efficiente e razionale la rete ospedaliera. Tra essi citiamo: riduzione o conversione di posti letto per acuti, accorpamento (reale) di strutture, specializzazione di alcuni centri, verifiche di appropriatezza (es. indice di case mix, indice di performance, PRUO) finalizzati a migliorare la qualità e l'economicità delle prestazioni in regime di ricovero.

**Tasso di utilizzo dei posti letto in strutture >600 p.l.**



### Numero di posti letto ordinari per acuti e per lungodegenti e riabilitazione

**Significato.** L'aumento dell'età media della popolazione pone problemi nuovi di tipo demografico e sanitario. Cresce la necessità di posti letto per le patologie che comportano una lungodegenza. Il numero di posti letto per acuti invece è in fase di contrazione perché, pur in presenza di un aumento dei ricoveri per acuti, si è contemporaneamente ridotta notevolmente la durata media della degenza.

Il tentativo di frenare la crescita esponenziale dei costi ha infatti prodotto due fenomeni: da un lato la riduzione della permanenza del paziente nelle strutture sanitarie al tempo minimo necessario per eseguire le fasi diagnostiche e terapeutiche più complesse e dall'altro la ricerca di forme di diagnosi e terapia più efficaci ma anche più semplici, più mirate, meno invasive e più rapide.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero totale di posti letto (ordinari, riab.+ lungod. esclusi i posti letto di day hospital)}}{\text{Numero di abitanti}} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** Il valore è un buon indice della pianificazione sanitaria della regione o provincia autonoma. Va tenuto però in debito conto l'impatto della migrazione sanitaria che per alcune regioni è rilevante in senso positivo (attrazione) e per altre in senso negativo (fuga). La necessità di posti letto per lungodegenti è influenzata da vari fattori sociali e sanitari come tipologia della popolazione (urbana o rurale), piramide delle età, struttura della famiglia, tipologia dell'attività lavorativa prevalente (industriale, agricola, terziario), disponibilità di forme di assistenza alternativa (ospedalizzazione domiciliare, assistenza indiretta, ecc.).

**Benchmark.** La normativa (Legge finanziaria 1996 n° 549 del 28/12/1995 modificata dalla Legge 16-11-2001 n. 405) prevede 4,5 posti letto per 1.000 abitanti di cui 1‰ per post-acuzie.

#### **Descrizione dei Risultati**

Vi è un sostanziale accordo generale sul fatto che nel recente passato la dotazione di posti letto per acuti era superiore alle necessità e che vi era una diffusa carenza di posti letto per riabilitazione e lungodegenza. Nei decenni scorsi, in tale ambito, vi era un'ampia disomogeneità tra le regioni che è stata corretta negli ultimi 8 - 10 anni. Si può notare infatti che i valori relativi ai posti letto per acuti sono abbastanza omogeneamente distribuiti attorno a quelli ideali proposti dalla finanziaria per il 1996 con scostamenti compresi tra i valori limite 3,16‰; 4,88‰.

Vi è ancora molto da fare nel campo dei posti letto per riabilitazione e lungodegenza nel quale i valori sono molto più variabili, da 0,10‰ a 1,18‰. Per poter interpretare il significato di questi scostamenti, comunque, vanno valutate congiuntamente le variabili citate nel paragrafo «**Validità e limiti**».

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** Ministero della Salute. Anno 2001.

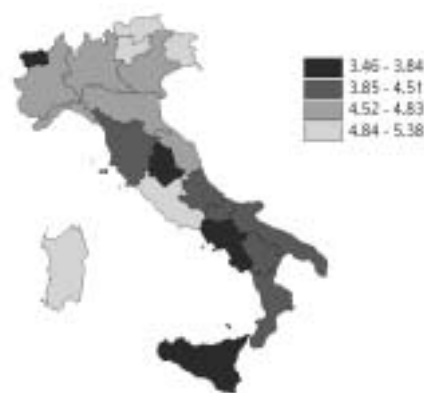
Numero di posti letto ordinari per acuti e per lungodegenti e riabilitazione ogni 1.000 abitanti. La tabella è ordinata per valori crescenti della colonna relativa ai posti letto totali.

	Posti letto per acuti per 1.000 abitanti	Posti letto per lungodegenti e riabilitazione per 1.000 abitanti	TOTALE
Campania	3,16	0,30	<b>3,46</b>
Sicilia	3,53	0,14	<b>3,67</b>
Valle d'Aosta	3,71	0,00	<b>3,71</b>
Umbria	3,72	0,12	<b>3,84</b>
Basilicata	3,95	0,12	<b>4,07</b>
Abruzzo	3,97	0,21	<b>4,18</b>
Puglia	4,07	0,15	<b>4,22</b>
Toscana	4,18	0,23	<b>4,41</b>
Calabria	3,99	0,42	<b>4,41</b>
<b>ITALIA</b>	<b>4,02</b>	<b>0,47</b>	<b>4,49</b>
Molise	4,22	0,29	<b>4,51</b>
Piemonte	3,86	0,81	<b>4,68</b>
Veneto	4,09	0,59	<b>4,68</b>
Emilia-Romagna	4,01	0,68	<b>4,69</b>
Marche	4,38	0,32	<b>4,70</b>
Lombardia	4,30	0,52	<b>4,82</b>
Liguria	4,66	0,17	<b>4,83</b>
P.A. Trento	3,85	1,06	<b>4,92</b>
Friuli-Venezia Giulia	4,70	0,26	<b>4,96</b>
Sardegna	4,88	0,10	<b>4,98</b>
P. A. Bolzano-Bozen	4,59	0,42	<b>5,00</b>
Lazio	4,20	1,18	<b>5,38</b>

#### Raccomandazioni di Osservasalute

Per quanto riguarda i posti letto per acuti, raggiunto un numero considerato appropriato, va fatta un'attenta analisi sul loro utilizzo. Non è escluso, infatti, che essi possano essere ulteriormente ridotti grazie ai progressi nella gestione clinica del paziente, che permettono di ottenere risultati uguali o superiori con ricoveri più brevi o con forme di cura alternative al ricovero quali il day hospital, l'assistenza ambulatoriale o domiciliare integrata, l'ospedalizzazione domiciliare. Anche queste ultime, però vanno pianificate con tempestività per non dover rincorrere a posteriori un'evoluzione che poteva essere prevista con largo anticipo.

#### Numero di posti letto per acuti lungodegenza e riabilitazione





### **Personale medico e infermieristico e rapporto infermieri / medico negli istituti di ricovero per acuti e non-acuti pubblici e privati accreditati**

#### **Significato.**

Il numero di personale medico ed infermieristico dà un'indicazione sull'organizzazione del lavoro nelle strutture di ricovero. La sua lettura deve essere integrata con la valutazione del tasso di utilizzo e della tipologia del case-mix prodotto. Sono da valutare anche alcuni elementi di natura sindacale concordati nella contrattazione locale come il monte ore settimanale e la modalità organizzativa dei servizi di guardia.

Anche il rapporto tra numero di medici e di infermieri, la cui interpretazione non è semplice, è di interesse poiché valori diversi possono essere espressione di diversi approcci organizzativi.

In generale, comunque, sono da valutare positivamente quelle realtà con un basso numero di dipendenti per il grande impatto che tale voce ha sui costi.

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Personale totale (o specifiche categorie)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Numero di posti letto totali per regione}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Il dato più semplice da valutare è il numero totale di dipendenti per 100 posti letto. Come già detto nel paragrafo «Significato» la tabella va comunque valutata in maniera congiunta con altri indicatori.

Una prima difficoltà di interpretazione sorge a causa del fatto che vengono contate le persone («*teste*») e non l'equivalente in ore di un dipendente a tempo pieno. Ciò rende particolarmente variabile il significato di tale valore da regione a regione, in rapporto alla differente diffusione del part time ed anche alla differente situazione sindacale con particolare riferimento alle ore prestate ed alla libera professione intra- o extra moenia. Una seconda difficoltà deriva dalla differente quota di attività ambulatoriale esercitata dai medici ospedalieri. Vi sono regioni dove la rete pubblica degli ospedali garantisce anche la maggior parte dell'assistenza specialistica e regioni con forte presenza di una specialistica extra ospedaliera privata o anche pubblica. Sono intuitivi gli effetti di tali variabili. Non va dimenticata nemmeno la tipologia delle prestazioni offerte. «DRG pesanti» infatti necessitano di organici adeguati.

Il numero totale di medici è anche influenzato dalla presenza di Policlinici Universitari

**Benchmark.** Difficile identificare degli standard di riferimento anche a causa dell'elevata disomogeneità delle reti ospedaliere regionali. I valori sembrano però disporsi in maniera abbastanza compatta attorno a 236 dipendenti per 100 posti letto. Andrebbero invece approfondite con indagini mirate le differenze più spiccate nel rapporto medici / infermieri.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** ISTAT. Anno 2000.

Personale medico, infermieristico e totale per 100 posti letto e numero di infermieri per medico.

Regioni	di cui Medici e Odontoiatri	di cui Personale infermieristico	Totale	Rapporto infermieri / medico
Piemonte	42,5	102,3	251,1	2,4
Valle d'Aosta	45,9	110,7	299,8	2,4
Lombardia	40,7	103,3	259,6	2,5
P. A. Bolzano-Bozen	28,8	104,2	228,2	3,6
P. A. Trento	32,5	106,3	261,3	3,3
Veneto	36,2	110,5	231,4	3,0
Friuli-Venezia Giulia	38,9	116,4	262,7	3,0
Liguria	43,9	112,6	254,6	2,6
Emilia-Romagna	42,7	103,0	232,1	2,4
Toscana	44,8	113,8	239,7	2,5
Umbria	53,9	101,9	242,1	1,9
Marche	38,1	92,6	208,5	2,4
Lazio	43,2	89,2	226,4	2,1
Abruzzo	44,3	113,3	255,2	2,6
Molise	43,6	89,0	207,3	2,0
Campania	49,9	99,1	238,7	2,0
Puglia	40,4	93,0	216,9	2,3
Basilicata	31,9	79,3	182,8	2,5
Calabria	39,9	78,0	202,0	2,0
Sicilia	46,1	83,6	218,6	1,8
Sardegna	44,6	90,6	222,4	2,0
<b>ITALIA</b>	<b>42,3</b>	<b>99,2</b>	<b>236,1</b>	<b>2,3</b>

### Descrizione dei Risultati

I valori sembrano disporsi in maniera abbastanza compatta attorno a 236 dipendenti totali per 100 posti letto con un range da 182,8% della Basilicata a 299,8% della Val d'Aosta.

Andrebbero invece approfondite con indagini mirate le differenze più spiccate nel rapporto medici / infermieri (da 1,8 Sicilia a 3,6 P.A. di Bolzano). Si rammenta (vedi sopra) che in tal senso hanno un grande impatto la situazione relativa all'offerta di assistenza specialistica alternativa a quella ospedaliera e la situazione sindacale locale. Esaminate con attenzione queste variabili resta infine da approfondire l'aspetto più interessante legato a questo indicatore che è anche il suo vero scopo: l'organizzazione del lavoro in ospedale. La situazione locale del mercato del lavoro (leggi in particolare pletera medica e/o carenza di infermieri) può aver influito in maniera rilevante nel determinare sviluppi differenti della struttura delle piante organiche degli ospedali.

### Rapporto infermieri/medico



### Raccomandazioni di Osservasalute

È opportuno che le regioni trovino accordi più precisi per il monitoraggio dell'impiego delle risorse umane, quota rilevante della spesa ospedaliera, al fine di rendere più omogeneo e quindi più confrontabile questo interessante indicatore.

## Posti Letto Terapia Intensiva

**Significato.** I reparti di Terapia Intensiva (TI) sono nati in Italia nel decennio 1960-70 ed hanno avuto una rapida e capillare diffusione diventando rapidamente parte integrante ed indispensabile delle strutture ospedaliere. Sono reparti infatti che, per dotazione strumentale e per competenza sanitaria, consentono l'adozione di tecniche di monitoraggio e di terapia intensiva in grado di supportare o sostituire una o più funzioni vitali divenute insufficienti o mancanti. I pazienti ricoverati in TI sono i «pazienti critici», quei malati cioè che, affetti da una patologia di qualsiasi natura, versano in condizioni di gravità tale da essere in immediato pericolo di vita e necessitano pertanto di cure eccezionali dalle quali possono trarre vantaggio. Accanto a questa popolazione vengono ricoverati in TI anche pazienti che, pur non richiedendo supporti vitali, necessitano di un periodo di «monitoraggio intensivo» non attuabile negli altri reparti di degenza. Un numero adeguato di queste strutture sul territorio permette di affrontare efficacemente non solo i problemi legati all'emergenza ed urgenza, ma anche quelli derivati dalle attività chirurgiche e di prelievo e trapianto di organi.

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Posti Letto Terapia Intensiva degli Istituti di cura del SSN}}{\text{Denominatore} \quad \text{Posti Letto Totali degli Istituti di cura del SSN}} \times 100$$

**Benchmark.** La percentuale dei posti letto di Terapia Intensiva rispetto ai posti letto totali dovrebbe essere del 3% (Linee Guida n° 1/1996, Ministero della Salute).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** ISTAT. Anno 2000.

### Descrizione dei Risultati

Il rapporto «posti letto di TI/posti letto ospedalieri totali» costituisce un indicatore già da solo in grado di fornire numerose indicazioni, soprattutto sull'orientamento funzionale della struttura ospedaliera, sia sul piano locale che su quello regionale e nazionale. Un elevato rapporto tende infatti ad indicare l'impegno prevalente delle strutture ospedaliere verso patologie acute e/o di elevata complessità, un basso rapporto indicherebbe un maggior impegno nelle patologie ad andamento cronico e/o a bassa complessità. Ovviamente è immanente un altro parametro che può inficiare le precedenti asserzioni: la mancanza di disponibilità di risorse, che impedisce la realizzazione/ampliamento dei reparti di TI. I dati italiani indicano un rapporto nazionale pari a 1,41, che costituisce meno del 50% del valore ottimale indicato dalle Linee Guida n°1/1996, con un range molto elevato pari a 0,96 fra la Regione meno dotata (Basilicata) e quella più dotata (Emilia-Romagna) di letti di TI, in rapporto ai posti letto totali. La distribuzione dei valori di tale rapporto è piuttosto disomogenea, anche se è presente un certo gradiente fra Nord e Sud, con valori migliori al Nord.

La tendenza della Sanità Pubblica è stata rivolta negli ultimi anni al potenziamento delle TI ed alla creazione di nuovi posti letto di terapia Subintensiva, tendendo alla realizzazione delle indicazioni fornite dalle Linee Guida.

I dati riportati indicano che questo processo non ha consentito la soluzione del problema (presenza attuale di letti di TI < al 50%), verosimilmente per carenza di risorse.

La creazione di letti di Terapia Subintensiva (TSI), che dovrebbero essere pari di numero a quelli di TI, ha subito un rallentamento anche maggiore. È pur vero che in questo caso accanto alla carenza di risorse sono sorti alcuni pareri discordanti circa l'utilizzo

ottimale dei letti di TSI: alcuni si chiedono infatti se, per una loro reale efficacia, debbano essere attribuiti alle TI o assegnati alle specialità (ad es. TI pneumologica, chirurgica, medica, neurologica...). Altro problema fondamentale correlato ad un ottimale utilizzo dei letti di TI e TSI è la disponibilità di un sufficiente numero di letti di terapia rieducativa e per lungodegenti. Infatti la TI è servita e serve a curare pazienti prima non trattabili perché la gravità della loro malattia li portava ineluttabilmente a morte e ad affrontare interventi chirurgici sempre più complessi, ma ha anche creato nuove patologie e soprattutto un rilevante numero di persone non autosufficienti in grado di sopravvivere per periodi di tempo anche molto lunghi, dipendendo però totalmente da personale dedicato.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Le Linee Guida n°1/1996 demandano alle Regioni il compito di procedere alla riorganizzazione ed al potenziamento dei posti letto delle Unità Operative di rianimazione e terapia intensiva e delle altre terapie intensive specializzate, precisando che i posti letto di terapia intensiva, attualmente stimabili complessivamente attorno all' 1,5% del totale dei posti letto disponibili, dovrebbero raggiungere gradualmente il 3% dei posti letto totali, garantendo la presenza di posti letto di terapia subintensiva in numero almeno pari a quelli di terapia intensiva.

In Italia mancano circa 5000 posti letto. L'indicazione alla creazione di nuovi posti letto e la loro distribuzione sul territorio si è rivelata economicamente troppo onerosa, pertanto ad oggi non ancora realizzata.

Posti letto in terapia intensiva sul totale dei posti letto

Basilicata	0,73
Calabria	0,79
Trento	0,89
Puglia	0,92
Valle d'Aosta	1,11
TRENTINO A.A.	1,21
Sardegna	1,21
Friuli V. GIULIA	1,30
Umbria	1,30
Marche	1,33
Sicilia	1,39
Lazio	1,40
<b>ITALIA</b>	<b>1,41</b>
Lombardia	1,46
Molise	1,49
Veneto	1,50
Campania	1,52
Bolzano	1,54
Liguria	1,59
Piemonte	1,59
Abruzzo	1,62
Toscana	1,66
Emilia-R.	1,67



L'alternativa prevede, come parziale soluzione, la dotazione di posti letto in terapia subintensiva allo scopo di prevenire l'impropria occupazione di posti letto in terapia intensiva da parte di quei pazienti subcritici, ma che, per le loro condizioni instabili, non possono essere ricoverati in regime ordinario.

Attualmente è in fase di organizzazione un progetto, promosso dalla ASL di Piacenza, riguardo alla realizzazione di un' "Area di terapia semintensiva internistica". Nell'ambito dell'U.O. di Medicina d'Urgenza sarà creata un'area assistenziale autonoma, in grado di accogliere pazienti instabili direttamente dal Pronto Soccorso ed anche dalle varie Unità Operative non chirurgiche dell'Ospedale, per poi trasferirli nell'U.O. di competenza, una volta terminata la necessità di monitoraggio e del supporto non invasivo delle funzioni vitali.

La finalità è quella di gestire il paziente affetto da patologia acuta (ma non con necessità di supporto invasivo delle funzioni vitali) mettendo a sua disposizione attrezzature specifiche e competenze professionali adeguate, con il vantaggio di non dover affrontare i costi elevati della terapia intensiva e, soprattutto, di liberarne i posti letto per quei pazienti che invece presentano un quadro clinico marcatamente critico.

### Numero di distretti per 100.000 residenti

**Significato.** Questo indicatore è dato dal numero di distretti presenti sul territorio regionale per 100.000 residenti e fornisce una informazione strutturale sul potenziale di offerta di servizi sanitari e socio-sanitari di base a livello territoriale.

L'indicatore permette di valutare l'adeguatezza strutturale dell'offerta regionale di distretti, intesi come gli organismi funzionali delle ASL per il governo della domanda, per l'erogazione dei servizi sanitari di primo livello e per l'integrazione sanitaria e socio sanitaria.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di distretti}}{\text{Numero di residenti della regione}} \times 100.000$$

**Validità e limiti.** Il numero di distretti utilizzato per il calcolo dell'indicatore è un valore riferito a Maggio 2003, ed è attualmente in evoluzione, in seguito al processo di riorganizzazione delle ASL in corso nelle varie regioni.

**Benchmark.** Il benchmark utilizzabile per questo parametro, approssimando il numero di abitanti al numero di residenti, può essere derivato dalle indicazioni generali che ogni regione ha stabilito, nell'ottica dell'attuazione del D.lgs. 229/99, come presentato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR). La tabella A riassume le indicazioni generali ed il numero di distretti previsto per ogni gruppo di regioni.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Anno 2003.

<i>Tabella A</i>		
Criteri generali (1 distretto per N abitanti)		
Numero di abitanti	Regioni	Numero di distretti previsto
100.000 - 60.000 ab.	Lombardia, Lazio, Emilia-Romagna, Puglia.	1,66 - 1
60.000ab	Piemonte, Veneto, Liguria, Toscana, Calabria, Basilicata, Sicilia, Sardegna, Campania	1,66
60.000 - 30.000ab	Friuli-Venezia Giulia, Umbria	3,33 - 1,66
30.000 - 15.000ab	Bolzano, Marche, Molise	6,66 - 3,33
criteri specifici	Valle d'Aosta, Trento, Abruzzo	/

#### **Descrizione dei Risultati**

Nella stima del numero di distretti previsti per 100.000 residenti sono stati utilizzati i criteri generali stabiliti dalle regioni e la popolazione prevista dall'ISTAT per il 2003, attraverso il modello della ipotesi centrale. L'ipotesi centrale costituisce la previsione alla quale si attribuisce il maggior grado di affidabilità, in quanto per ogni componente si è considerato l'andamento futuro più probabile.

Le previsioni considerano le seguenti componenti demografiche: fecondità, mortalità, migrazioni interne e con l'estero.

## Numero di distretti nel territorio regionale

Regione	Numero di distretti per 100.000 residenti	Numero di distretti
Abruzzo	5,68	873
Molise	3,99	813
Trentino-Alto Adige	3,46	833
Valle d'Aosta	3,29	884
Marche	2,43	836
Campania	1,97	114
Basilicata	1,82	811
Puglia	1,76	872
Friuli-Venezia Giulia	1,68	820
Calabria	1,57	832
<b>ITALIA</b>	<b>1,49</b>	<b>869</b>
Piemonte	1,47	863
Toscana	1,46	852
Sardegna	1,46	824
Umbria	1,42	812
Veneto	1,31	860
Liguria	1,25	820
Sicilia	1,22	862
Emilia-Romagna	1,14	846
Lombardia	1,13	104
Lazio	0,96	851

È possibile evidenziare come tra le regioni che ritenevano necessario un distretto ogni 100.000 - 60.000 abitanti (numero di distretti previsto per 100.000 residenti compreso tra 1,66 e 1), il Lazio (0,96) e la Puglia (1,76) hanno un numero di distretti per 100.000 residenti, rispettivamente inferiore e superiore ai valori previsti.

Tra le regioni con un numero previsto di distretti pari a 1 ogni 60.000 abitanti (numero di distretti previsto per 100.000 uguale a 1,66), solo la Campania e la Basilicata hanno raggiunto la densità prevista di distretti, mentre le altre 7 regioni sono al di sotto dello standard previsto. I risultati per le due regioni con numero di distretti di 1 ogni 60.000 - 30.000 abitanti (numero di distretti previsto per 100.000 residenti compreso tra 3,33 e 1,66), mostrano che i valori del Friuli Venezia Giulia rientrano nel limite inferiore previsto ed i valori dell'Umbria sono al di sotto di quelli previsti. Analizzando i risultati delle regioni che prevedevano 1 distretto ogni 30.000 - 15.000 abitanti (numero di distretti previsto per 100.000 residenti compreso tra 6,66 e 3,33) risulta che il Molise rientra nei valori previsti, mentre le Marche sono al di sotto della soglia prevista. La definizione analitica della fonte informativa non ha consentito di valutare la situazione della Provincia Autonoma di Bolzano. Le regioni che fanno parte del gruppo definito da criteri specifici, non sono valutabili a causa dell'eterogeneità del raggruppamento. Il numero di distretti per abitanti, come stabilito dalle varie regioni, può essere analizzato in funzione di un indice di concentrazione della popolazione (Indice di Gini), allo scopo di valutare la concentrazione demografica regionale nei comuni. Questo indice può assumere valori da 0 (perfetta equidistribuzione della popolazione sui comuni della regione)

ad 1 (ipotetica presenza di un solo comune che raccoglie tutta la popolazione regionale). È possibile utilizzare l'indice di Gini per verificare se le regioni che si sono attribuite un numero di distretti per abitante simile, hanno una concentrazione demografica sovrapponibile. A parità di bacino di utenza, una adeguata accessibilità dei servizi territoriali in una regione con la popolazione dispersa sul territorio (Indice di Gini che tende a 0), richiede una maggiore articolazione del numero di distretti, rispetto ad una regione con popolazione concentrata sul territorio (Indice di Gini che tende ad 1). Le differenze dell'Indice di Gini tra le regioni appartenenti allo stesso gruppo sono state analizzate per mezzo di un Test del Chi Quadrato. Il gruppo di regioni con indicazione di 1 distretto ogni 100.000/60.000 abitanti presentava differenze statisticamente significative ( $p = 0,0002$ ), così come il gruppo di regioni con indicazione di 1 distretto ogni 60.000 abitanti, indicando un non omogeneo raggruppamento delle regioni in queste classi, in base al loro indice di concentrazione demografica.

Numero di distretti per 100.000 residenti



#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Il PSN 2003/05 prevede la promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari. Sarebbe opportuno, per le regioni nelle quali è stato rilevato un numero di distretti diverso da quello previsto, raggiungere, nel triennio 2003/05 un corretto dimensionamento degli ambiti distrettuali, attraverso il rispetto delle indicazioni rappresentate nella programmazione regionale. Contestualmente, potrebbe essere utile verificare l'adeguatezza del numero di strutture distrettuali presenti, in funzione di una serie di criteri demografici, come l'Indice di Gini proposto. Un altro aspetto importante di cui la programmazione regionale potrebbe tener conto, è la corrispondenza del dimensionamento del bacino di utenza dell'ambito territoriale (zona sociale) con quello dell'area distrettuale (zona sanitaria), per facilitare l'integrazione dei servizi socio-sanitari. Queste indicazioni sono da integrare con ulteriori considerazioni su criteri geografici ed urbanistici, differenti per ogni singola regione.



### Numero di Consulteri Materno-Infantili per 100.000 abitanti

**Significato.** Questo indicatore quantifica il numero di consultori materno-infantili ogni 100.000 abitanti, ed esprime la potenzialità di offerta strutturata di servizi materno infantili sul territorio per una popolazione di riferimento.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di consultori materno infantili}}{\text{Numero di abitanti della regione}} \times 100.000$$

**Validità e limiti.** L'indicatore permette di valutare se il numero di Consulteri Materno Infantili presenti nel territorio regionale è adeguato alla popolazione, in relazione al benchmark definito dal legislatore (1 x 20.000 abitanti). Il limite principale del benchmark legislativo è la sua mancanza di relazione con le donne in età fertile (età compresa tra i 15 ed i 49 anni), che rappresentano la principale popolazione fruitrice di questo servizio.

**Benchmark.** Il legislatore (Decreto Presidente Consiglio dei Ministri - DPCM 29.11.2001 Livelli Essenziali di Assistenza) ha individuato l'ambito delle garanzie offerte dal Servizio Sanitario Nazionale. All'interno della parte che esplicita il livello di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, tra le modalità organizzative e standard, riferiti all'assistenza alle donne ed ai minori, è riportato come standard il valore di 1 consultorio ogni 20.000 abitanti, come da legge 34/96.

#### Descrizione dei Risultati

Il numero di consultori materno-infantili (CMI) per 100.000 abitanti per ogni regione è stato confrontato con il valore previsto dalla normativa. È stato calcolato l'Intervallo di Confidenza al 95% (IC95%) del rapporto tra consultori presenti e consultori previsti dalla normativa. Le regioni con valori di I.C. 95% che non comprendono 1 hanno un numero di consultori per 100.000 residenti significativamente diverso dallo standard legislativo, sia in eccesso che in difetto.

La media nazionale risulta pari a 5,4 ( 95% CI 3,4 – 7,4 ) con una notevole variabilità tra le regioni. Nella tabella sono evidenziate con asterisco le regioni che presentano un numero di consultori significativamente diverso dallo standard previsto. La regione con il più alto numero di consultori è la Valle d'Aosta (numero di CMI x 100.000 abitanti = 20,8), con un numero di 25 consultori presenti nel territorio regionale in luogo dei 6 previsti dal tasso indicato dalla normativa. La regione con il numero di consultori più basso è il Molise (numero di CMI x 100.000 abitanti = 0,9) con un numero di consultori pari a 3, mentre il numero previsto dalle indicazioni della legge 34/96 è di 16.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Health for All Italia. Anno 2000.

Numero di Consulteri Materno-Infantili (CMI) presenti nella regione

Regione	Numero di CMI per 100.000 abitanti	CMI presenti	CMI previsti dalla normativa	I.C. 95% presenti / previsti
Valle d'Aosta *	20,8	25	6	2,81 - 6,15
Umbria *	8,1	68	42	1,28 - 2,06
Toscana *	7,8	275	177	1,26 - 1,79
Trentino-Alto Adige *	7,6	71	47	1,39 - 1,76
Veneto *	7,6	346	226	1,21 - 1,92
Liguria *	7,5	122	81	1,37 - 1,69
Piemonte*	6,2	264	214	1,10 - 1,40
Emilia-Romagna	5,2	207	200	0,91 - 1,19
Sardegna	4,4	72	82	0,70 - 1,11
Basilicata	4,0	24	30	0,54 - 1,19
Lombardia *	3,9	354	455	0,70 - 0,87
Lazio *	3,8	203	264	0,66 - 0,87
Puglia *	3,5	142	204	0,59 - 0,79
Sicilia *	3,4	172	254	0,59 - 0,82
Abruzzo *	3,2	41	64	0,47 - 0,87
Friuli-Venezia Giulia *	3,0	36	59	0,43 - 0,83
Campania *	2,7	157	289	0,38 - 0,71
Marche *	2,6	38	73	0,46 - 0,63
Calabria *	2,1	43	102	0,31 - 0,57
Molise *	0,9	3	16	0,06 - 0,56
<b>ITALIA</b>	<b>5,4</b>			

L'asterisco indica le regioni che hanno un numero di consultori significativamente differente dallo standard previsto

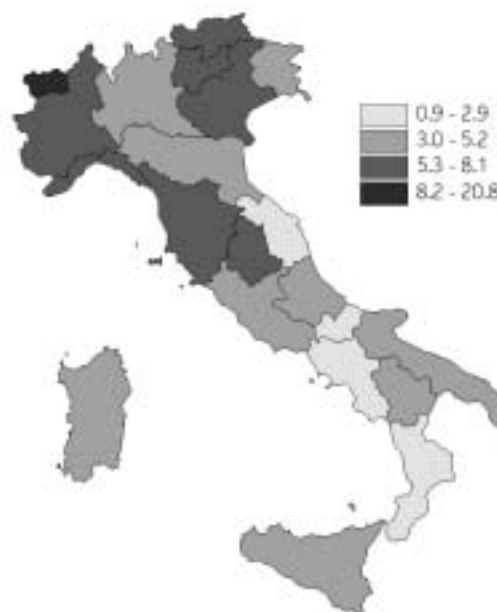
È stata studiata la relazione tra il numero di consultori materno-infantili ed il numero di donne in età fertile presenti nella regione. Dal momento che la distribuzione dei dati non risulta normale, è stato utilizzato il Test di Spearman per valutare la relazione. Dall'analisi dei dati delle regioni italiane risulta una correlazione lineare tra il numero di donne fertili ed il numero di consultori presenti nella regione (Coefficiente di Correlazione 0,85  $p < 0,000$ ). Questo risultato, che tende ad 1 (correlazione positiva tra il numero di consultori nelle regioni ed la numerosità delle donne in età fertile), indica che quanto maggiore è il numero di donne in età fertile nelle regioni, tanto più sono presenti consultori materno-infantili. L'ordine delle regioni non si modifica, anche rivedendo i risultati in base al numero di consultori materno-infantili per donne in età fertile. La Valle d'Aosta rimane la regione con il numero di consultori materno-infantili più alto.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

Nelle regioni italiane è presente un dimensionamento dei consultori materno-infantili correlabile al potenziale bacino di utenza (donne in età fertile). In alcune regioni il numero di consultori materno-infantile non raggiunge lo standard legislativo, anche rivedendo i valori in funzione dei principali utenti (donne in età fertile).

Le regioni con un numero di Consultori Materno-Infantili per 100.000 abitanti staticamente inferiore al benchmark potrebbero utilizzare il triennio 2003/2005, previsto dall'ultimo Piano Sanitario Nazionale, per sviluppare le linee del Progetto Obiettivo Materno-Infantile del PSN 1998-2000 (richiamato dal PSN 2003-2005) tra le quali il raggiungimento del dimensionamento adeguato dei consultori Materno-Infantili (1 per 20.000 abitanti).

Numero di Consultori materno-infantili per 100.000 abitanti



### Posti letto in residenze per anziani

**Significato.** La Residenza Assistenziale è il presidio residenziale destinato ad anziani prevalentemente autosufficienti. Gli ospiti beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali.

La Residenza Socio Sanitaria per anziani è il presidio residenziale destinato ad anziani prevalentemente non autosufficienti, dotato di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e perseguono l'obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli ospiti. La Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.), infine, è il presidio residenziale destinato ad anziani non autosufficienti o a persone disabili, che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative. L'assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

Le strutture residenziali costituiscono punti della rete dei servizi sanitari e socioassistenziali da attivare anche in rapporto alla valutazione multidimensionale operata a livello distrettuale. Il corretto dimensionamento di tali strutture, in accordo con il loro effettivo utilizzo, rappresenta uno degli obiettivi strategici del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.

---

Numeratore	Numero di posti letto per tipologia di presidio	
Denominatore	Popolazione media residente	x 10.000

---

**Validità e limiti.** L'indicatore è tratto dal data base Health for All-Italia rev. luglio 2004 sulla base dell'indagine Istat sui presidi residenziali socioassistenziali. Con l'anno 2000 viene assicurato lo scorporo dei dati relativi alle RSA dagli altri servizi residenziali. L'inclusione del dato relativo alle RSA, pur nella consapevolezza del suo utilizzo da parte di altri soggetti fragili, è giustificato sia dalla necessità di fornire un quadro il più possibile completo della disponibilità di tali strutture sia dalla considerazione che in alcuni contesti regionali esse rappresentano la sede privilegiata dell'assistenza residenziale per anziani non autosufficienti.

**Benchmark.** Proprio in considerazione di situazioni regionali diversificate risulta problematico individuare un riferimento. Di seguito vengono riportati, a titolo di riferimento operativo, per ciascuna tipologia considerata, il valore medio nazionale e la media dei valori rilevati nelle regioni collocate nel quintile superiore.

Residenza Assistenziale: valore medio nazionale 13,7 – media nel quintile superiore 34,5.  
Residenza Socio Sanitaria anziani: valore medio nazionale 10,9 – media nel quintile superiore 49,1.

Residenza Sanitaria Assistenziale: valore medio nazionale 12,8 – media nel quintile superiore 43,5.

#### **Descrizione dei Risultati**

Nel caso delle Residenze Assistenziali per anziani il range appare estremamente ampio essendo compreso tra 0,1 del Trentino Alto Adige e 68,2 del Piemonte. L'analisi per ripartizioni geografiche evidenzia come le regioni del Nord-Ovest e quelle Centrali risul-

tino maggiormente rappresentate, mentre il Sud e il Nord-Est appaiono sottodimensionati rispetto al dato medio nazionale.

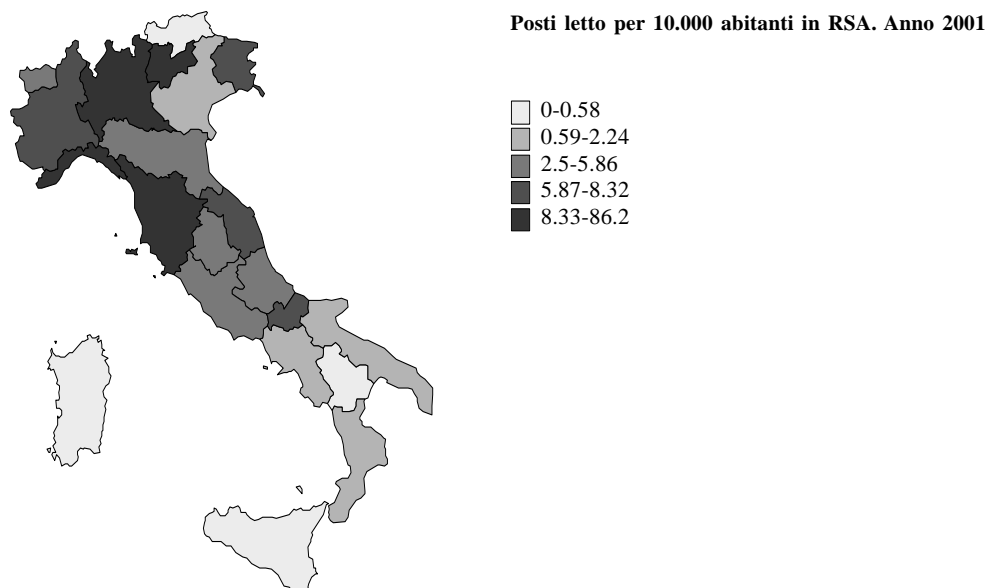
Anche per le Residenze Socio Sanitarie per anziani la distribuzione geografica dell'indice considerato risulta estremamente ampia passando da un valore pari a 0,9 (Campania) a 59,4 (Friuli-Venezia Giulia). Per questa tipologia, a differenza di quanto osservato precedentemente, la distribuzione privilegia il Nord nel suo complesso con maggiore concentrazione delle regioni del Nord-Est (23,2 vs 13,3).

Infine, la distribuzione geografica del dato relativo alle Residenze Sanitarie Assistenziali è compresa tra 0,0 della Basilicata e della P. A. di Bolzano e 49,4 della Lombardia. Questa regione, insieme con la Provincia Autonoma di Trento e la Toscana, presenta la più elevata disponibilità di tale tipologia. Tutte le altre regioni mostrano valori inferiori al valore medio nazionale con maggiore accentuazione nelle ripartizioni del Mezzogiorno e delle Isole.

Tabella 1 - Posti letto per regione in Residenze Assistenziali Anziani, Residenze Socio-Sanitarie Anziani e Residenze Sanitarie Assistenziali - Posti letto per 10.000 abitanti - Anno 2001

Regione	Residenza Assistenziale anziani	Residenza Socio-Sanitaria anziani	Residenza Sanitaria Assistenziale
Piemonte	68,2	19,3	7,0
Valle d'Aosta	20,8	57,6	4,5
Lombardia	1,2	5,5	49,4
Trentino-Alto Adige	0,1	3,1	43,7
Prov. Aut. Bolzano	0,0	0,0	0,0
Prov. Aut. Trento	0,2	6,1	86,2
Veneto	0,2	1,9	0,8
Friuli-Venezia Giulia	24,1	59,4	8,2
Liguria	23,6	38,1	8,4
Emilia-Romagna	22,1	41,4	5,2
Toscana	10,6	4,0	29,9
Umbria	9,5	21,2	2,4
Marche	18,0	22,5	6,1
Lazio	16,1	1,6	5,3
Abruzzo	9,1	11,3	5,8
Molise	13,0	16,7	6,6
Campania	6,8	0,9	0,7
Puglia	7,7	8,4	1,2
Basilicata	6,3	4,6	0,0
Calabria	4,2	4,7	1,6
Sicilia	11,1	4,8	0,5
Sardegna	10,6	6,0	0,5
Nord-Ovest	22,7	13,3	32,7
Nord-Est	11,0	23,2	7,0
Nord	17,8	17,4	22,1
Centro	14,1	6,6	13,0
Sud	7,0	5,1	1,5
Isole	11,0	5,1	0,5
Mezzogiorno	8,3	5,1	1,2
<b>Italia</b>	<b>13,7</b>	<b>10,9</b>	<b>12,8</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Database Istat-Health for All-Italia, Anno 2004.



### **Commento**

Un'analisi complessiva estesa a tutte le tipologie di struttura considerate evidenzia una distribuzione fortemente squilibrata di tali presidi. Pur privilegiando di volta in volta una o più delle modalità assistenziali considerate, in funzione delle differenti normative, le regioni del Nord e del Centro appaiono meglio dotate rispetto a quelle del Mezzogiorno che, con l'eccezione dell'Abruzzo e del Molise si posizionano costantemente al di sotto della media nazionale. Un'analisi più approfondita dei profili di utilizzo contribuirebbe a fare chiarezza relativamente al ruolo che ciascuna tipologia gioca e potenzialmente potrebbe giocare nell'ambito della costituenda rete dei servizi. Nell'ambito delle politiche di progettazione e sviluppo del sistema informativo sanitario (Mattoni del Servizio Sanitario Nazionale) due progetti testimoniano la rilevanza di tale problematica. Il primo progetto è finalizzato alla definizione di una classificazione di riferimento nazionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie in particolare di quelle territoriali. Il secondo progetto è invece finalizzato alla definizione di un sistema di classificazione e dei contenuti informativi per la rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali.

### Tasso di ospiti anziani nei presidi residenziali socio-assistenziali per sesso

**Significato.** Questo indicatore si configura come strumento finalizzato alla lettura del livello di utilizzo della rete dei servizi. Esso fornisce la misura del grado di istituzionalizzazione degli anziani ed è a sua volta correlabile con la possibilità di mantenimento e gestione al domicilio delle problematiche sanitarie e socioassistenziali dell'anziano.

Numeratore	Numero di ospiti (M o F) di età > 65 anni	x 10.000
Denominatore	Popolazione (M o F) di età > 65 anni	

**Validità e limiti.** Il dato è tratto dal Data base Health for All/DB rev. Luglio 2001 e deriva dall'Indagine Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali. Nella lettura dell'indicatore occorre tenere conto che la costruzione avviene a partire da dati non standardizzati.

**Benchmark.** È stato utilizzato come standard operativo il valore medio nazionale pari a 120,5 per 10.000 negli uomini e a 276,0 per 10.000 nelle donne.

#### Descrizione dei Risultati

Per i soggetti di sesso maschile si osserva un valore medio pari a 120,5 con un range che va da 36,8 osservato in regione Campania a 293,3 del Trentino Alto Adige (310,3 in Provincia Autonoma di Trento). Situazione analoga, ma ancora più netta, si osserva per i dati relativi al sesso femminile. In questo caso il valore medio risulta più elevato essendo pari a 276,0 con un range che è compreso tra 57,0 della Campania e 580,8 del Trentino Alto Adige (604,2 in Provincia Autonoma di Trento). Rispetto alle ripartizioni geografiche è evidente un netto gradiente Nord-Sud. Nell'ambito delle regioni del Mezzogiorno le Isole presentano livelli di istituzionalizzazione maggiore.

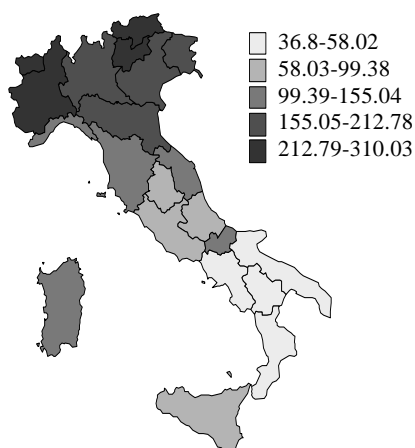
#### Commento

L'andamento osservato risente presumibilmente di numerosi fattori collegabili alla disponibilità delle strutture, all'entità delle risorse economiche utilizzabili dalle famiglie, alla numerosità e tenuta dei nuclei familiari e ai diversi riferimenti culturali e comportamentali. Un primo elemento è dato dalla differenza di genere riconducibile ad una maggiore longevità del sesso femminile. Altro elemento da considerare può essere rappresentato dalle possibili differenze di età nell'ambito della coppia che possono giocare un ruolo «protettivo» per il maschio rispetto al rischio di istituzionalizzazione. Con riferimento alle dinamiche geografiche, la minore presenza di anziani istituzionalizzati al Sud può essere messa in relazione alla osservata minore disponibilità di strutture, al possibile rifiuto di accoglienza, ma anche a un differente clima socioculturale. Ai fini di un'analisi accurata del fenomeno è rilevante la definizione del profilo di utilizzo attuale e potenziale e l'incrocio con la composizione dei nuclei familiari, *proxy* della condizione di solitudine.

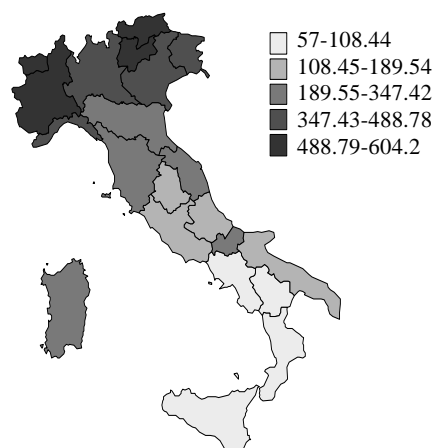
Tabella 1 - Numero di ospiti con età maggiore di 65 nei presidi residenziali per sesso e regione per 10.000 abitanti di età superiore a 65 anni

Regione	Maschi	Femmine
Piemonte	221,9	491,3
Valle d'Aosta	252,5	561,3
Lombardia	159,0	388,8
Trentino-Alto Adige	293,3	580,8
Prov. Aut. Bolzano	273,5	552,4
Prov. Aut. Trento	310,3	604,2
Veneto	181,8	458,1
Friuli-Venezia Giulia	199,1	485,0
Liguria	154,3	349,5
Emilia-Romagna	158,0	346,9
Toscana	107,0	246,4
Umbria	75,3	160,6
Marche	105,4	238,2
Lazio	63,9	139,9
Abruzzo	75,3	161,3
Molise	106,0	208,5
Campania	36,8	57,0
Puglia	57,5	116,3
Basilicata	48,0	67,6
Calabria	37,3	71,5
Sicilia	58,8	103,2
Sardegna	113,4	196,6
Nord-Ovest	178,6	415,3
Nord-Est	181,8	424,9
Nord	179,9	419,3
Centro	86,1	193,6
Sud	50,0	93,3
Isole	71,7	125,3
Mezzogiorno	57,2	103,8
<b>Italia</b>	<b>120,5</b>	<b>276,0</b>

Tasso di ospiti anziani maschi in residenze socio-assistenziali. Anno 2001



Tasso di ospiti anziani femmine in residenze socio-assistenziali. Anno 2001





### Copertura dell'assistenza territoriale per la patologia terminale (Numero di posti letto per i pazienti terminali per la popolazione)

**Significato.** A seguito dell'aumento dell'età media della popolazione ci si trova di fronte alla necessità sempre più consistente di destinare parte delle risorse sia economiche che umane all'assistenza di patologie che prevedano lunghi periodi di ospedalizzazione, fra cui appunto le patologie terminali oncologiche.

Considerato che le attuali pianificazioni ospedaliere prevedono di limitare al minimo il tempo del ricovero, si rende necessario proporre forme di degenza alternative per far fronte alle lungodegenze, come l'*hospice*.

Il numero di posti letto dell'*hospice* rappresenta un indicatore di qualità dell'assistenza specifica erogata a pazienti che necessitano di nursing assistenziale e non interventistico oltre che un indice utile alla pianificazione sanitaria (poiché il livello di assistenza è sicuramente inferiore a quello ospedaliero e dunque rappresenta un contenimento della spesa).

Numeratore	Posti letto per pazienti terminali	x 10.000
Denominatore	Popolazione media residente	

**Validità e limiti.** L'indicatore esprime con efficacia in termini di posti letto la copertura rispetto alla popolazione. Tuttavia l'analisi di questo dato potrebbe non far emergere altri criteri che potrebbero influenzare la necessità di aumentare o diminuire i posti letto adibiti ad *hospice* nella regione considerata (ad esempio età della popolazione giovane, presenza di un centro di riferimento territoriale per il trattamento di patologie terminali, forme alternative di assistenza ai malati terminali, assistenza domiciliare, ecc.). Si riportano di seguito sia i posti letto finanziati, sia quelli realmente rilevati al dicembre 2001.

**Benchmark.** Un primo traguardo sarebbe costituito dal raggiungimento del numero di posti letto previsti dalla Legge finanziaria.

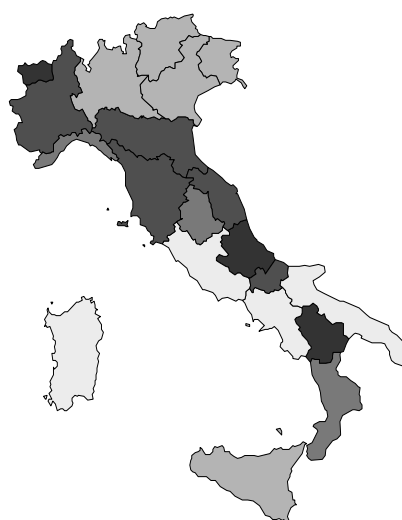
#### Descrizione dei Risultati

La tabella 1 presenta i dati relativi ai posti letto finanziati, stratificati per regione ed i totali nazionali. Mentre il tasso relativo all'anno 1998-1999 è calcolato ponendo al numeratore i posti letto previsti per gli anni in oggetto, il tasso nella colonna 2000-2002 è cumulativo: il numeratore è rappresentato dalla somma dei posti letto 1998-99 e di quelli 2000-2002. La crescita del tasso calcolato sulla media nazionale è del 10%. Nello specifico, ad una prima analisi risulta subito evidente come il confronto fra i due periodi denoti l'aumento del tasso medio di undici regioni (Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Calabria, Toscana, Molise, Emilia-Romagna, Marche, Abruzzo, Basilicata) le quali presentano un incremento maggiore del 10%, mentre per le altre regioni tale incremento è al di sotto della media nazionale. Gli incrementi maggiori del tasso si sono avuti in Sicilia, Calabria, Marche e Basilicata, in cui il tasso è aumentato di oltre il 40% con una punta massima di oltre il 67% nella regione Calabria. Al contrario nelle regioni Trentino-Alto Adige, Liguria e Piemonte il tasso è cresciuto molto al di sotto della media nazionale (mediamente si ha uno scarto del 3% rispetto alla media) con uno scarto massimo del 5% registrato dal Trentino-Alto Adige.

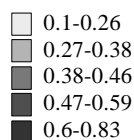
Tabella 1 - Posti letto hospice per 10.000 abitanti previsti dalla Legge finanziaria I e II tranche e Posti letto hospice rilevati al 31 dicembre 2002

Regione	Finanz. 1998-1999		Finanz. 2000-2002		Rilevazione al 31 dicembre 2001	
	N° posti letto	Tassi * 10.000	N° posti letto	Tassi * 10.000	N° posti letto	Tassi * 10.000
Piemonte	177	0,41	34	0,49	26	0,06
Valle d'Aosta	10	0,83	0	0,83	0	0,00
Lombardia	245	0,27	0	0,27	158	0,17
Trentino-Alto Adige	30	0,63	5	0,74	-	-
Veneto	90	0,20	46	0,30	55	0,12
Friuli-Venezia Giulia	30	0,25	15	0,38	12	0,01
Liguria	59	0,36	10	0,43	0	0,00
Emilia-Romagna	168	0,42	61	0,57	10	0,03
Toscana	117	0,33	49	0,47	2	0,00
Umbria	38	0,46	0	0,45	0	0,00
Marche	54	0,37	33	0,59	5	0,03
Lazio	93	0,26	44	0,26	10	0,02
Abruzzo	60	0,47	18	0,61	2	0,02
Molise	12	0,36	5	0,52	0	0,00
Campania	42	0,17	57	0,17	21	0,04
Puglia	40	0,10	-	0,10	0	0,00
Basilicata	30	0,49	15	0,74	0	0,00
Calabria	22	0,11	62	0,41	0	0,00
Sicilia	102	0,20	90	0,38	6	0,01
Sardegna	40	0,24	0	0,24	0	0,00
<b>Italia</b>	<b>1.459</b>	<b>0,25</b>	<b>453</b>	<b>0,35</b>	<b>307</b>	<b>0,05</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Comitato Cure Palliative. D.M. 21 dicembre 2001. Modello organizzativo per la realizzazione delle cure palliative.



Tasso di posti letto hospice per 10.000 abitanti. Finanziaria 2000-2002



Osservando invece i dati relativi ai posti letto rilevati al 31 dicembre 2001, si può notare come nessuna regione abbia raggiunto il numero di posti *hospice* previsti dalla finanziaria e come in alcune regioni, addirittura, non sia stato creato nemmeno un posto letto.

***Raccomandazioni di Osservasalute***

Risulta dunque sicuramente necessario poter contare su strutture preposte alla gestione di tali pazienti, gli hospice appunto, poiché l'ospedalizzazione in regime di ricovero ordinario sarebbe sicuramente dispendiosa oltretutto fortemente inappropriata. Le Leggi Finanziarie degli anni precedenti hanno tentato di affrontare il problema destinando dei fondi per lo specifico fine, anche se in modo non efficace. Basti considerare che il totale dei posti letto italiani destinati a tale scopo risulta inferiore ai 2.000 su tutto il territorio. Si deve dunque auspicare un ulteriore incremento dei fondi destinati alla creazione di posti per i pazienti terminali, cercando di equilibrare una situazione ancora disomogenea sul territorio, ma si deve soprattutto auspicare un adeguamento delle varie regioni a quanto previsto dalla Legge Finanziaria.

### Struttura delle Aziende Sanitarie Locali per superficie e popolazione

**Significato.** L'indicatore è composto da tre dimensioni strutturali delle Aziende Sanitarie Locali (ASL): il loro numero, la popolazione servita e la superficie territoriale raggiunta. Tali dimensioni dovrebbero bene evidenziare le differenze gestionali ed organizzative dell'assistenza territoriale a livello regionale: poche, grandi ASL e densamente popolate, per funzionare richiedono un forte decentramento di responsabilità a livello dipartimentale e distrettuale, ma tuttavia dovrebbero garantire maggiori economie di scala.

Le ASL più piccole o meno densamente popolate, sono di più facile gestione accentrata ma con minori economie di scopo e di scala.

Inoltre il confronto del numero di aziende sanitarie 1992/2002 fornisce un'indicazione sulle politiche sanitarie messe in atto da ogni regione dopo l'entrata in vigore del D.lg. 502/92.

---

Parametri misurati      Popolazione media per ASL e Superficie media per ASL

---

**Validità e limiti.** L'indicatore esprime, per quanto riguarda la popolazione e la superficie per ASL, valori medi regionali e quindi non tiene conto della variabilità tra ASL all'interno di una singola regione (variabilità attesa di una qualche importanza soprattutto nelle grandi regioni con conglomerati urbani).

La variabilità è evidente dai valori di popolazione minima e massima per ASL.

Inoltre la struttura risente di caratteristiche difficilmente riconducibili a strategie di politica sanitaria, come la struttura del territorio e le differenziazioni amministrative (province); è difficile da modificare ed è soggetta ad un'inerzia notevole.

**Benchmark.** Il riferimento è il valore medio nazionale.

**Distribuzione territoriale delle ASL in Italia. Anno 2002**



**Popolazione media per ASL nelle regioni italiane. Anno 2002**

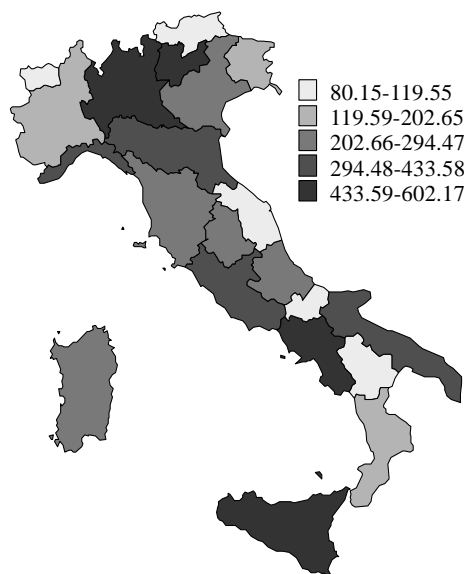


Tabella 1 - Numero di ASL per regioni - Anni 1992 e 2002 - Popolazione e superficie per ASL per regione - Anno 2002

Regione	Popolazione per ASL			Superficie		
	n ASL 1992	n ASL 2002	minima	media	massima	media per ASL (km <sup>2</sup> )
Piemonte	63	22	85.708	191.576	341.739	1.155
Valle d'Aosta	1	1	119.548	119.548	119.548	3.264
Lombardia	84	15	95.840	602.170	1.253.503	1.591
Prov. Aut. Bolzano	4	4	65.942	115.750	205.460	1.850
Prov. Aut. Trento	11	1	477.017	477.017	477.017	6.200
Veneto	36	21	74.784	215.604	415.920	875
Friuli-Venezia Giulia	12	6	75.995	197.294	337.020	1.307
Liguria	20	5	145.385	314.357	735.070	1.084
Emilia-Romagna	41	13	105.907	306.411	634.713	1.702
Toscana	40	12	160.783	291.484	775.154	1.916
Umbria	12	4	111.779	206.457	330.564	2.114
Marche	24	13	45.725	113.122	239.161	746
Lazio	51	12	147.550	426.034	628.531	1.436
Abruzzo	15	6	100.544	210.399	295.463	1.799
Molise	7	4	14.048	80.150	129.216	1.110
Campania	61	13	164.182	438.610	1.004.577	1.046
Puglia	55	12	215.553	335.059	579.521	1.613
Basilicata	7	5	78.068	119.554	218.418	1.998
Calabria	31	11	106.481	182.861	292.497	1.371
Sicilia	62	9	180.519	552.110	1.240.988	2.856
Sardegna	22	8	58.380	203.985	477.011	3.011
<b>Italia</b>	<b>659</b>	<b>197</b>	<b>2.629.738</b>	<b>289.318</b>	<b>10.731.091</b>	<b>1.529</b>

N.B.: Dati elaborati su censimento, popolazione 2001.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat, Health for All Italia, 2004 e Ministero della Salute, Annuario Statistico del Sistema Sanitario Nazionale, 2002.

### **Descrizione dei Risultati**

La distribuzione delle ASL per aree geografiche è la seguente: Nord (75), Centro (67) e Sud (58).

La popolazione minima per ASL varia da 14.048 abitanti nel Molise a 477.017 abitanti in Provincia di Trento.

La popolazione massima per ASL varia da 119.548 abitanti della Val d'Aosta a 1.250.353 abitanti in Lombardia. In tre regioni (Lombardia, Campania e Sicilia) esistono ASL di dimensioni superiori al milione di abitanti.

La superficie media per ASL varia largamente da 746 km<sup>2</sup> nelle Marche agli oltre 3.000 km<sup>2</sup> di Sardegna e Valle d'Aosta fino ai 6.200 km<sup>2</sup> dell'ASL di Trento.

Si osserva anche una mancanza di uniformità nella distribuzione delle ASL tra le regioni dove, tenendo conto dei limiti dei dati, si riscontrano forti divergenze sia per la quantità di popolazione che per la superficie territoriale ricoperta.

Queste differenze appaiono ancora più marcate dal confronto tra il numero di ASL presenti nelle regioni nel 2002 e quelle presenti nel 1992, dal quale si denota una sostanziale disomogeneità regionale nell'interpretare le richieste, contenute nella seconda riforma del sistema sanitario, di valutare e ridimensionare le ASL.

Tra tutte le regioni spiccano le Marche; ci sono molte ASL (sono 13 rispetto alla media nazionale di 9) che ricoprono una superficie territoriale poco estesa la cui strutturazione è però in fase di cambiamento (vedi box «Il nuovo sistema Sanitario della regione Marche»).

#### ***Raccomandazioni di Osservasalute***

Sebbene sia diffuso il consenso sulla necessità di riorganizzare la rete territoriale e la delega di responsabilità, non è altrettanto facile indicare quale sia la dimensione e la struttura delle ASL che garantisca al meglio il raggiungimento di questo equilibrio.

Rafforzando il livello di decentramento delle ASL, attraverso la delega di responsabilità verso i Distretti sanitari e i Dipartimenti di prevenzione, si è in grado di rispondere più adeguatamente alle esigenze e all'individuazione dei bisogni sanitari secondo le condizioni geomorfologiche e demografiche regionali.

### **Indice di Medici di Medicina Generale, di Pediatri di Libera Scelta e di Medici di Continuità Assistenziale**

**Significato.** I Medici di Medicina Generale (MMG) operano a livello distrettuale ed offrono ai cittadini interventi di assistenza primaria in ambulatorio e/o a domicilio, traducendo il bisogno di salute in domanda di prestazione.

Il Pediatra di Libera Scelta (PLS) offre assistenza sanitaria di primo livello ai bambini, dalla nascita fino al compimento dei 14 anni, con attività che riguardano la diagnosi e cura delle malattie, la prevenzione e l'educazione sanitaria.

I Medici di Continuità Assistenziale (MCA) garantiscono l'erogazione delle cure primarie per tutta la giornata e per tutto l'arco della settimana e consentono l'organizzazione del Servizio di Guardia Medica (GM) che realizza interventi domiciliari e territoriali in modo tale da affrontare le urgenze mediche notturne, festive e preferitive.

Gli indicatori di struttura derivano dal rapporto tra il numero di ciascuna di queste 3 classi di professionisti e le rispettive popolazioni residenti di riferimento e contribuiscono alla valutazione del dimensionamento dell'offerta di servizi.

L'indice di Medici di Medicina Generale e l'indice di Pediatri di Libera Scelta valutano la presenza sul territorio di MMG e di PLS, permettendo di misurare la disponibilità di servizi sanitari, rispettivamente in rapporto al numero di potenziali soggetti assistibili (residenti a partire dal 14° anno di età), ovvero rispetto alla popolazione residente in età pediatrica (età inferiore ai 14 anni) che rappresenta il numero teorico di soggetti assistibili in ogni regione (carico assistenziale potenziale).

L'indice di MCA permette di valutare l'adeguatezza della struttura della rete dei MCA con le necessità della popolazione, misurate in termini di potenziali utenti del servizio di GM. È possibile inoltre calcolare un set di indicatori ottenuti mettendo in rapporto il numero di MMG e di PLS con il carico effettivo di assistiti, misurato come totale delle scelte rispettivamente di MMG e PLS (carico assistenziale effettivo).

Per «numero di scelte di MMG» si intende il numero di residenti di qualunque età, iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, che hanno scelto il proprio Medico di Medicina Generale presso la ASL di competenza.

Per «numero di scelte di PLS» si intende il numero di residenti in età pediatrica, iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, che sono assistiti da un Pediatra di Libera Scelta presso la ASL di competenza. La scelta del Pediatra è obbligatoria per i residenti da 0 a 6 anni mentre per gli assistiti che arrivano fino al 14° anno di età è possibile scegliere un MMG su richiesta motivata.

Eventuali variazioni dei valori di questi ultimi indicatori rispetto a quelli dell'indice di MMG e di PLS, permettono di evidenziare situazioni nelle quali il carico assistenziale effettivo è diverso dal carico assistenziale potenziale. In particolare un valore di MMG (o di PLS) per scelte inferiore all'indice di MMG (o di PLS) suggerisce l'esistenza di un carico assistenziale effettivo superiore al carico potenziale.

Numeratore	Numero di Medici di Medicina Generale	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente ≥ 14 anni	
Numeratore	Numero di Pediatri di Libera Scelta	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente < 14 anni	
Numeratore	Numero di Medici di Guardia Medica	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente	
Numeratore	Numero di Medici di Medicina Generale (Pediatri di Libera Scelta)	x 1.000
Denominatore	Numero di scelte	

**Validità e limiti.** Questi indicatori permettono di valutare in maniera quantitativa la composizione strutturale della rete regionale dei servizi sanitari di base. Ciò consente di supportare la programmazione regionale nella caratterizzazione dell'offerta potenziale per le popolazioni adulta e pediatrica e formulare ipotesi sul numero di nuclei di aggregazione di professionisti necessari a facilitare, attraverso la partecipazione di «gruppo», il raggiungimento di obiettivi di assistenza primaria. Gli indicatori non forniscono informazioni sull'appropriatezza del servizio offerto a livello di medicina territoriale e sulle relazioni dei singoli nodi appartenenti alla rete dell'assistenza primaria. Essi non consentono di stimare il grado di dispersione degli utenti in relazione alle componenti della rete dei servizi sanitari di base, dal momento che non contengono informazioni sulla collocazione dei singoli professionisti rispetto alla popolazione regionale e sulla rispondenza alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche della regione considerata.

**Benchmark.** Per i Medici di Medicina Generale il riferimento legislativo (D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270) fissa un limite massimo di 1.500 pazienti per MMG da cui deriva un valore di riferimento minimo pari a 0,66 medici per 1.000 residenti di età ≥ 14 anni (ad eccezione della Provincia Autonoma di Bolzano – massimale previsto di 2.000 assistiti per medico, con un indice derivabile di 0,5 medici per residenti di età ≥ 14 anni). Per i PLS il riferimento legislativo (D.P.R. 28 luglio 2000, n. 272) stabilisce un limite massimo di 800 pazienti per Pediatra di Libera Scelta, con un conseguente indice di 1,25 pediatri per 1.000 residenti di età compresa tra 0 e 13 anni. Il valore di riferimento utilizzabile per i MCA può essere derivato dalla media nazionale, che consente di definire un riferimento di tipo operativo, corrispondente a 0,24 MCA per 1.000 residenti.



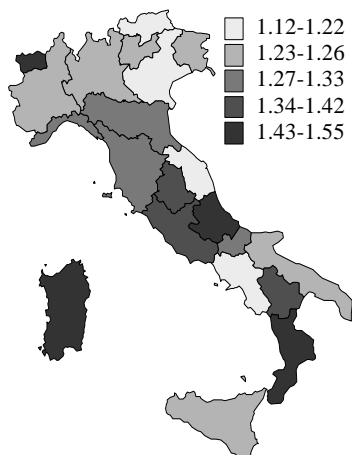
Tabella 1 - *Indice di Medici di Medicina Generale, Indice di Pediatri di Libera Scelta (PLS), Indice di Medici di Continuità Assistenziale (MCA) e Indice di MMG e PLS per scelte - Anno 2001*

Regione	Indice di MMG	MMG/SCELTE	Indice di PLS	PLS/SCELTE	Indice di MCA
Piemonte	0,95	0,91	0,88	1,25	0,13*
Valle d'Aosta	0,99	0,96	1,04	1,49	0,22*
Lombardia	0,93	0,89	0,86	1,26	0,12*
Prov. Aut. Bolzano	0,59	0,56	0,55	1,12	0,05*
Prov. Aut. Trento	0,88	0,88	1,06	1,23	0,21*
Veneto	0,89	0,86	0,91	1,18	0,17*
Friuli-Venezia Giulia	0,97	0,95	0,81	1,23	0,11*
Liguria	0,98	0,96	1,10	1,33	0,14*
Emilia-Romagna	0,91	0,89	1,10	1,32	0,16*
Toscana	0,99	0,97	1,04	1,32	0,25
Umbria	0,97	0,95	1,08	1,36	0,29
Marche	0,93	0,91	0,95	1,22	0,27
Lazio	1,06	0,98	1,08	1,34	0,12*
Abruzzo	0,94	0,93	1,19	1,48	0,32
Molise	1,01	0,97	0,89	1,33	0,65
Campania	0,96	0,88	0,79	1,16	0,30
Puglia	0,96	0,92	0,95	1,24	0,24
Basilicata	0,99	0,93	0,83	1,40	0,78
Calabria	1,01	0,97	0,94	1,43	0,61
Sicilia	0,95	0,91	1,06	1,26	0,45
Sardegna	0,93	0,91	1,09	1,55	0,53
<b>Italia</b>	<b>0,95</b>	<b>0,91</b>	<b>0,95</b>	<b>1,28</b>	<b>0,24</b>

\* Regioni con indice di MCA inferiore al dato nazionale.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** Ministero della Salute, Annuario Statistico del SSN 2001. Popolazioni Istat, Anno 2001.

**Indice dei Pediatri di Libera Scelta. Anno 2001**



**Descrizione dei Risultati**

In tutte le regioni italiane si osserva che l'indice di MMG è superiore al valore derivabile dal riferimento legislativo presentato. Il valore minimo si riscontra nella P. A. di Trento con 0,88 MMG per 1.000 residenti adulti. Il valore massimo si ritrova nel Lazio con 1,06 MMG per 1.000 residenti adulti.

Il numero di MMG per scelte risulta inferiore al numero di MMG per 1.000 residenti in tutte le regioni italiane.

Un rapporto MMG/scelte inferiore all'indice di MMG in una regione (carico assistenziale effettivo maggiore del carico potenziale) indica la tendenza in quel territorio a scegliere per l'assistenza ai minori di 14 anni il MMG piuttosto che il Pediatra di Libera Scelta. Questo potrebbe avvenire sia per una carenza di accesso alle

cure del PLS nella regione considerata (ridotto numero di professionisti, difficoltà logistiche) che per una decisione dei genitori di demandare l'assistenza pediatrica al proprio MMG.

Per quanto riguarda l'indice di PLS, tutte le regioni italiane presentano un valore al di sotto della misura derivata dal riferimento legislativo. In particolare la regione con l'indice di PLS minore risulta essere la Campania con valori pari a 0,79 PLS per 1.000 residenti di età < 14 anni.

La regione con il valore maggiore, anche se sempre al di sotto del valore di riferimento, risulta essere l'Abruzzo con 1,19 PLS per 1.000 residenti di età < 14 anni.

In tutte le regioni italiane si evidenzia come l'indice di PLS sia inferiore al rapporto PLS/scelte.

Le differenze più evidenti sono a carico della Basilicata (Indice di PLS: 0,83 PLS/Scelte: 1,40), della Calabria (Indice di PLS: 0,94 PLS/Scelte: 1,43) e della P. A. di Bolzano (Indice di PLS: 0,55 PLS/Scelte: 1,42).

Tali risultati rafforzano l'ipotesi che nelle regioni ci sia una tendenza dei genitori ad affidare l'assistenza pediatrica al MMG.

L'indice di MCA minore si ritrova nella P. A. di Bolzano con un valore di 0,05 MCA per 1.000 residenti. Il valore maggiore si riscontra in Basilicata con un indice pari a 0,78 MCA per 1.000 residenti. Inoltre le regioni indicate in tabella 1 con l'asterisco presentano un indice di MCA inferiore al dato nazionale (0,24 MCA per 1.000 residenti).

#### ***Raccomandazioni di Osservasalute***

I risultati ottenuti suggeriscono che non è necessario aumentare il numero di MMG in attività nelle regioni italiane in quanto questo è commisurato al carico assistenziale potenziale regionale, non presentandosi in nessuna delle regioni italiane un numero di MMG per 1.000 residenti inferiore al valore derivabile dalle indicazioni del legislatore.

Le differenze riscontrate tra l'indice di MMG ed il numero di MMG per scelte e il basso valore dell'indice di PLS nelle regioni italiane evidenziano la necessità di rimodulare l'assistenza primaria per quanto riguarda la medicina pediatrica, cercando di facilitare gli utenti nel rivolgersi al PLS mediante l'integrazione di questi in logiche di «medicina di gruppo».

Il dato quantitativo espresso dal valore assunto dall'indice di MCA completa il panorama dell'offerta di servizi di assistenza base destinati alla popolazione regionale, evidenziando una certa eterogeneità della strutturazione del servizio di GM nel territorio nazionale.

Il quadro ottenuto dall'analisi di questi indicatori può essere utilizzato in fase di programmazione al fine di facilitare le forme associative in equipe territoriali, previste dal DPR 270/00 ed il coordinamento funzionale con i servizi e le attività del distretto.

È possibile, inoltre, favorire l'integrazione dell'attività dei MMG, dei PLS e dei MCA in gruppi che coinvolgano anche gli specialisti, costituendo le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (proposta elaborata da un gruppo di esperti del Ministero della Salute nel 2003) che si occupano di fornire servizi sanitari sul territorio, riducendo la quantità di prestazione sanitarie erogata impropriamente a livello ospedaliero, nella logica di attuazione del PSN 2003-2005.

Il coordinamento in gruppi organizzati di professionisti garantisce agli utenti una maggiore accessibilità, fornitura di alcune attività specialistiche e collegamento con gli specialisti per realizzare programmi specifici di tutela, presa in carico dei pazienti, garanzia di continuità assistenziale e maggiori responsabilità sull'assistenza domiciliare in alternativa al ricovero in ospedale.

### Struttura delle Aziende e dei Presidi Ospedalieri

**Significato.** L'indicatore vuole proporre tre dimensioni strutturali delle Aziende Ospedaliere (AO) regionali, e cioè il loro numero, il numero medio di posti letto, il rapporto tra numero medio di posti letto in AO e nei presidi ospedalieri.

Questo indicatore fa comprendere perché il Sistema Sanitario Nazionale italiano viene considerato un ibrido tra il modello organizzativo integrato (poche AO, molti presidi, che fanno parte della rete ASL) e quello contrattuale (molte AO e pochi presidi ospedalieri). Tali dimensioni dovrebbero evidenziare quali sono le differenze regionali nell'approccio all'assistenza ospedaliera: poche, grandi AO con una consistente offerta anche in presidi, configura un presupposto per l'adozione di una rete ospedaliera in cui le AO fungono da centri di attrazione in un sistema fortemente integrato, mentre laddove le AO sono più numerose, piccole, e i presidi quasi inesistenti quanto a peso in termini di posti letto, si configura piuttosto una situazione di competizione allargata, tipica dei sistemi di competizione pubblica e un'elevata presenza di servizi sanitari di secondo livello.

---

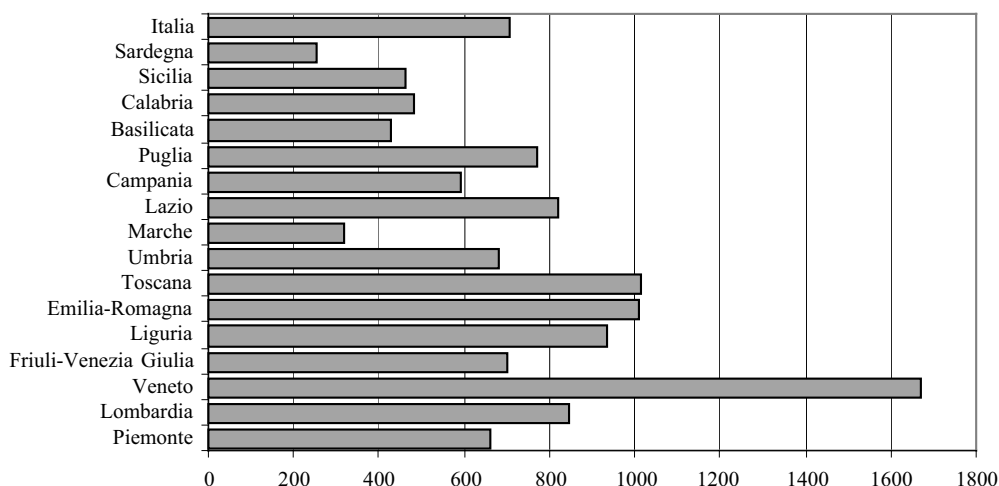
Numeratore	Numero medio di posti letto nelle Aziende Ospedaliere
Denominatore	Numero medio di posti letto nei Presidi Ospedalieri

---

**Validità e limiti.** L'indicatore esprime valori medi regionali e quindi non tiene conto della variabilità all'interno di una singola regione (variabilità tanto più rilevante quanto maggiore è il numero e peso relativo delle Aziende Ospedaliere). Inoltre non tiene conto del peso relativo dell'ospedalità accreditata, consistente in alcune regioni come Lazio e Campania. Nonostante ciò deve essere inteso, almeno nel medio periodo, come uno dei migliori indicatori di differenti strategie di politica sanitaria.

**Benchmark.** Il riferimento è il valore medio nazionale.

Grafico 1 - Numero medio posti letto nelle AO



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute e SIS, 2003.

Tabella 1 - *Le Aziende Ospedaliere e i Presidi Ospedalieri inseriti nel territorio - Anno 2002 (confronto numerico con il 1995)*

Regione	N. Aziende Ospedaliere* 1995	N. Aziende Ospedaliere 2002	N. medio posti letto nelle AO	N. Presidi	N. medio posti letto nei Presidi	N. medio di posti letto nelle AO/N. medio di posti letto nei Presidi	N. di AO/ Presidi
Piemonte	7	7	661	34	257	2,57	0,21
Valle d'Aosta	-	-	-	1	434	-	-
Lombardia	16	29	843	11	219	3,86	2,64
Prov. Aut. Bolzano	-	-	-	7	276	-	-
Prov. Aut. Trento	-	-	-	13	147	-	-
Veneto	2	2	1.672	74	208	8,05	0,03
Friuli-Venezia Giulia	3	4	701	13	189	3,70	0,31
Liguria	3	3	936	12	335	2,80	0,25
Emilia-Romagna	5	5	1.009	32	281	3,59	0,16
Toscana	4	4	1.016	38	242	4,20	0,11
Umbria	2	2	679	9	160	4,23	0,22
Marche	3	4	317	31	129	2,47	0,13
Lazio	3	8	821	60	167	4,93	0,13
Abruzzo	-	-	-	22	223	-	-
Molise	-	-	-	6	217	-	-
Campania	7	10	590	54	126	4,67	0,19
Puglia	4	6	770	57	137	5,64	0,11
Basilicata	1	2	426	7	214	1,99	0,29
Calabria	4	4	481	32	96	5,00	0,13
Sicilia	16	20	461	49	110	4,20	0,41
Sardegna	1	3	253	29	178	1,42	0,10
<b>Italia</b>	<b>81</b>	<b>113</b>	<b>704</b>	<b>591</b>	<b>179</b>	<b>3,93</b>	<b>0,19</b>

\* Sono esclusi i Policlinici universitari che l'art. 4 del decreto legislativo n. 502/92 costituisce automaticamente in azienda.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute e SIS, 2003.

### Descrizione dei Risultati

Nel 2002 le Aziende Ospedaliere (AO) sono 113 e i presidi ospedalieri 591, con numero medio di posti letti, rispettivamente, di 704 e di 179.

In Italia, le AO hanno un numero medio di posti letto quattro volte più grandi (3,93) dei presidi; mentre il loro numero è circa 1/5 di quello dei presidi.

Al 2002 l'unica regione che sembra avere realizzato un sistema ospedaliero di mercati interni è la regione Lombardia che presenta 29 Aziende Ospedaliere, con dimensione media relativamente contenuta (843 posti letto), ma comunque superiore alla media nazionale ed un numero di presidi «residuale» pari ad 11. La Lombardia è pertanto l'unica regione a presentare un rapporto tra numero di AO e di presidi maggiore dell'unità, anche se la dimensione media delle stesse, rispetto a quella dei presidi, è allineata alla media.

La peculiarità del caso lombardo permette interessanti comparazioni con altre realtà regionali, sulla relativa *performance* del modello organizzativo ospedaliero scelto sia in termini di *output* che di *outcome*.

A presentare una caratteristica struttura gerarchica a rete sono, sebbene in modo differenziato, tutte le altre regioni, con la sola eccezione della Sicilia in cui il numero di AO è oltre il 40% di quello dei presidi, anche se la dimensione media delle AO rispetto ai presidi è solo di poco superiore a quella media italiana.

Si differenzia anche la situazione organizzativa dell'ospedalità del Veneto caratterizzata dalla presenza di 2 AO di dimensioni molto rilevanti (1.672 p.l. in media) e 74 presidi con dimensioni medie superiori ai valori medi italiani. Questa struttura organizzativa suggerisce che le scelte politiche del Veneto non sono indirizzate verso un processo di separazione tra acquisto e fornitura dei servizi ospedalieri.

La scelta di non attivare AO è tipica dei territori montani e delle piccole regioni (Val D'Aosta, Trento, Bolzano, Abruzzo, Molise): evidentemente le barriere naturali non permettono di contare su un bacino di utenza ampio e quindi su economie di scala e di scopo.

#### ***Raccomandazioni di Osservasalute***

Un'elevata variabilità organizzativa ci allontana soprattutto dal principio di uniformità nell'erogazione dei servizi e dall'idea (riforma titolo V Costituzione) che lo Stato possa gestire la complessità organizzativa del sistema creata dalle singole regioni.

Si ritiene che, per quanto una certa libertà organizzativa sia auspicabile, strutture di erogazione fortemente differenziate possano comportare una marcata difformità nell'erogazione dei servizi tra regioni.

Osservasalute non ritiene che necessariamente la libera competizione tra modelli porti alla fine ad utilizzare il modello organizzativo più conveniente per i cittadini e suggerisce un accordo tra regioni su strutture più convergenti.

### Presidi Ospedalieri con numero di posti letto < 120

**Significato.** Gli indicatori descrivono la struttura dell'ospedalità di piccole dimensioni (<120 p.l.), relativamente poco specializzata, nella struttura assistenziale regionale.

Essi intendono misurare sia il numero dei piccoli ospedali e il peso relativo dei loro posti letto rispetto al totale dei posti letto regionali, sia la presenza e l'ampiezza media dei principali reparti ospedalieri nelle piccole strutture ospedaliere pubbliche.

L'analisi delle strutture di piccole dimensioni assume rilievo sia in termini di qualità dei servizi erogati che in termini di valutazione dell'efficienza del sistema.

---

Numeratore	Numero di presidi regionali con meno di 120 p.l. per reparto	
Denominatore	Numero di presidi nazionali con meno di 120 p.l. per reparto	x 100

---

Numeratore	Numero di posti letto regionali con meno di 120 p.l. per reparto	
Denominatore	Numero di posti letto nazionali con meno di 120 p.l. per reparto	x 100

---

**Validità e limiti.** Gli indicatori esprimono valori regionali e quindi non tengono conto della variabilità all'interno di ogni singola regione (variabilità tanto più rilevante quanto maggiore è il numero e il peso relativo dei piccoli ospedali).

Non è considerato il peso relativo all'ospedalità accreditata.

Inoltre, sono raggruppati posti letto in degenza ordinaria e *day hospital*, sebbene la tipologia degli stessi sia difforme; essendo la presenza di *day hospital* limitata nelle piccole strutture ospedaliere, la lettura del dato non dovrebbe venirne alterata.

Accanto all'indicatore sulle Aziende Ospedaliere questi devono essere intesi, almeno nel medio periodo, come degli indicatori di differenti strategie di politica sanitaria.

**Benchmark.** Il riferimento è il valore medio nazionale.

#### Descrizione dei Risultati

In Italia esistono 272 presidi con meno di 120 posti letto. I presidi provvisti di reparto di Chirurgia Generale sono 179 di cui 92 (51%) localizzati in Campania, Puglia, Calabria e Sicilia.

I piccoli presidi provvisti di reparti di Medicina Generale sono 199 di cui 102 (51%) localizzati in Campania, Puglia, Calabria e Sicilia.

Nelle stesse quattro regioni sono localizzati il 72% dei piccoli presidi provvisti di reparto di Pediatria ed il 62% dei piccoli presidi provvisti di reparto di Ostetricia e Ginecologia.

Alcune regioni del Nord (Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Liguria), hanno già chiuso tutti i reparti di pediatria localizzati in ospedali con meno di 120 posti letto. I posti letto di Chirurgia Generale in piccoli presidi sono in Italia 3.786 di cui il 50% localizzato in Campania, Puglia, Calabria e Sicilia. Un restante 22% è localizzato in Lazio, Marche e Veneto.

Le quattro regioni Meridionali già citate rendono conto anche del 74% dei posti letto di Pediatria e del 66% dei posti letto di Ostetricia e Ginecologia dei piccoli ospedali.

Tabella 1 - Numero presidi con meno di 120 posti letto per tipologia di reparto - Valori assoluti e percentuali - Anno 2002

Regione	Chirurgia Generale		Medicina Generale		Pediatria		Ostetricia e Ginecologia	
	N. Presidi	%	N. Presidi	%	N. Presidi	%	N. Presidi	%
Piemonte	2	1,12	3	1,51	-	-	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	2	1,12	2	1,01	-	-	1	0,71
Prov. Aut. Bolzano	3	1,68	3	1,51	3	3,09	3	2,14
Prov. Aut. Trento	4	2,23	5	2,51	1	1,03	4	2,86
Veneto	9	5,03	5	2,51	5	5,15	8	5,71
Friuli-Venezia Giulia	2	1,12	3	1,51	-	-	1	0,71
Liguria	4	2,23	4	2,01	-	-	1	0,71
Emilia-Romagna	7	3,91	11	5,53	1	1,03	4	2,86
Toscana	7	3,91	7	3,52	3	3,09	4	2,86
Umbria	1	0,56	1	0,50	1	1,03	1	0,71
Marche	14	7,82	18	9,05	2	2,06	6	4,29
Lazio	14	7,82	18	9,05	4	4,12	8	5,71
Abruzzo	6	3,35	6	3,02	2	2,06	2	1,43
Molise	1	0,56	1	0,50	1	1,03	2	1,43
Campania	22	12,29	24	12,06	17	17,53	20	14,29
Puglia	23	12,85	27	13,57	15	15,46	23	16,43
Basilicata	3	1,68	2	1,01	1	1,03	2	1,43
Calabria	21	11,73	25	12,56	15	15,46	18	12,86
Sicilia	26	14,53	26	13,07	23	23,71	26	18,57
Sardegna	8	4,47	8	4,02	3	3,09	6	4,29
<b>Italia</b>	<b>179</b>	<b>100,00</b>	<b>199</b>	<b>100,00</b>	<b>97</b>	<b>100,00</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dati Ministero della Salute e SIS, 2002.

La Calabria, che nel passato ha visto la proliferazione di piccoli ospedali, si sta orientando (Piano Sanitario Regionale) verso una ristrutturazione basata su una struttura a rete che decentra le funzioni assistenziali basilari a piccoli presidi localizzati sul territorio.

La Lombardia, invece, in cui pochi sono i presidi rimasti (si veda l'indicatore sulla struttura delle Aziende e dei Presidi Ospedalieri) e prevalentemente di dimensioni medio-grandi, si concentra su un modello di competizione in mercati interni.

Tabella 2 - Numero di posti letto nei presidi con meno di 120 posti letto per tipologia di reparto. Valori assoluti e percentuali - Anno 2002

Regione	Chirurgia Generale		Medicina Generale		Pediatria		Ostetricia e Ginecologia	
	N. posti letto	%	N. posti letto	%	N. posti letto	%	N. posti letto	%
Piemonte	44	1,16	103	1,93	-	-	17	0,87
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	23	0,61	42	0,79	-	-	13	0,67
Prov. Aut. Bolzano	93	2,46	124	2,32	18	2,19	46	2,36
Prov. Aut. Trento	81	2,14	190	3,56	2	0,24	36	1,85
Veneto	213	5,63	97	1,82	39	4,74	132	6,78
Friuli-Venezia Giulia	57	1,51	123	2,30	-	-	1	0,05
Liguria	107	2,83	151	2,83	-	-	27	1,39
Emilia-Romagna	136	3,59	355	6,65	3	0,36	33	1,70
Toscana	153	4,04	305	5,71	47	5,71	33	1,70
Umbria	20	0,53	28	0,52	8	0,97	12	0,62
Marche	290	7,66	559	10,47	18	2,19	80	4,11
Lazio	336	8,87	496	9,29	19	2,31	91	4,68
Abruzzo	110	2,91	111	2,08	12	1,46	33	1,70
Molise	20	0,53	46	0,86	3	0,36	17	0,87
Campania	394	10,41	498	9,33	165	20,05	320	16,44
Puglia	527	13,92	682	12,78	153	18,59	405	20,81
Basilicata	69	1,82	55	1,03	7	0,85	30	1,54
Calabria	470	12,41	583	10,92	115	13,97	257	13,21
Sicilia	485	12,81	595	11,15	177	21,51	304	15,62
Sardegna	158	4,17	195	3,65	37	4,50	59	3,03
<b>Italia</b>	<b>3.786</b>	<b>100,00</b>	<b>5.338</b>	<b>100,00</b>	<b>823</b>	<b>100,00</b>	<b>1.946</b>	<b>100,00</b>

N.B.: Posti letto attivi per degenze ordinarie e day hospital.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dati Ministero della Salute e SIS, 2002.

#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

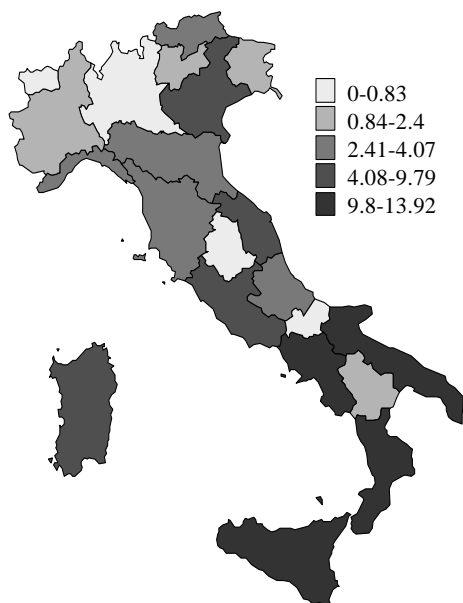
La riflessione sui dati presenti in Sicilia, Puglia, Campania e Calabria, soprattutto per i reparti di Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, deve essere integrata con i dati presenti nel capitolo dedicato alla salute riproduttiva (pag. 187).

Risulta quindi ragionevole la raccomandazione di accorpare le strutture con numero di posti letto inferiore a 120 per migliorarne, oltre all'efficienza, i risultati di efficacia non solo gestionale, ma soprattutto clinica.

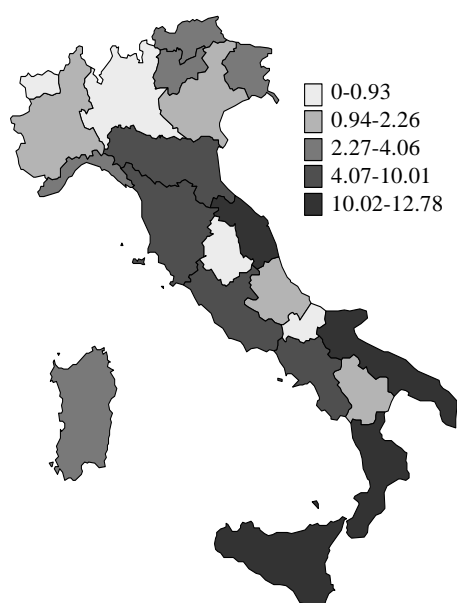


*Percentuale numero di posti letto sul totale dei posti letto in piccoli ospedali, per reparto - Anno 2002*

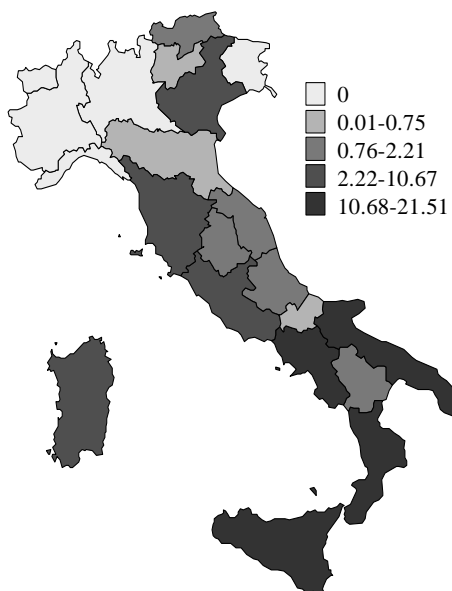
**Chirurgia Generale**



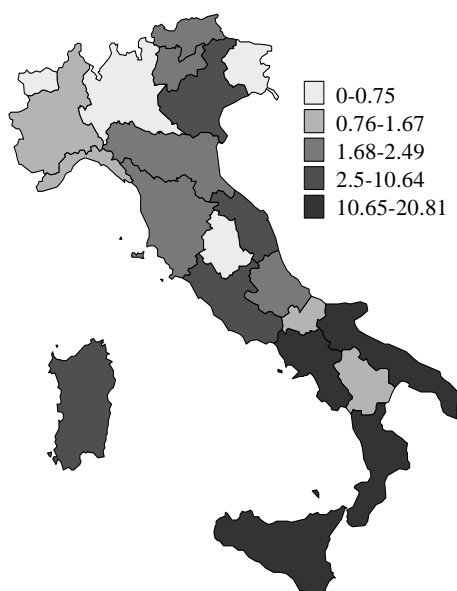
**Medicina Generale**



**Pediatria**



**Ostetricia e Ginecologia**



**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni dati Ministero della Salute e SIS, 2002.

### Numero di posti letto ordinari negli istituti di cura privati accreditati e privati non accreditati

**Significato.** L'assetto organizzativo e istituzionale dei sistemi sanitari delle diverse regioni si caratterizza, generalmente, per la rilevanza economica e organizzativa del livello dell'assistenza ospedaliera.

Ogni sistema, però, si caratterizza per diversi *mix* nella natura giuridica delle strutture ospedaliere e per la presenza di quote di posti letto che fanno riferimento a strutture non accreditate e che quindi non gravano in alcun modo sul bilancio della regione.

Regioni dove la quota dei posti letto in strutture ospedaliere accreditate rispetto alla popolazione residente è più alta si caratterizzano per una maggiore diversificazione nella struttura produttiva e un mercato interno potenzialmente in grado di esprimere la sua efficacia.

Nelle diverse regioni, inoltre, la rilevanza degli istituti di cura privati che non usufruiscono del finanziamento pubblico varia.

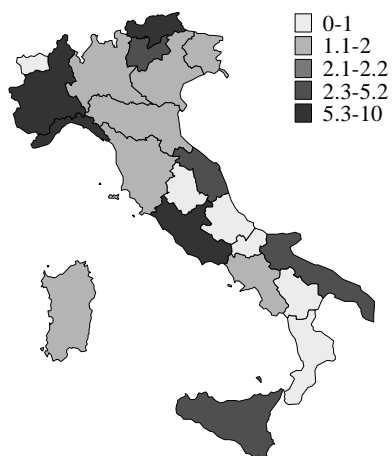
L'indicatore del numero dei posti letto in istituti di cura privati non accreditati dovrebbe corrispondere ad una diversa propensione della popolazione a domandare servizi sanitari a pagamento.

Tale indicatore dovrebbe essere associato con la percentuale dei cittadini che scelgono di avere una copertura assicurativa integrativa e privata.

La consonanza tra questi indicatori influenza l'equilibrio economico e denota il grado di maturità della competizione nel settore ospedaliero nell'ambito del sistema sanitario regionale.

Numeratore	Numero di posti letto istituti di cura privati accreditati	x 100
Denominatore	Numero di posti letto totali	
Numeratore	Numero di posti letto istituti di cura privati non accreditati	x 100
Denominatore	Numero di posti letto totali	

**Percentuale dei posti letto privati non accreditati sul totale di posti letto. Anni 2000-2001**



**Validità e limiti.** L'indicatore, nella sua articolazione, mostra le scelte strategiche adottate dalla sanità privata nelle diverse regioni.

Per un quadro completo della struttura produttiva ospedaliera nelle diverse regioni il confronto dovrebbe essere operato con i posti letto disponibili nelle strutture pubbliche discussi in dettaglio in questa sezione del Rapporto Osservasalute.

**Benchmark.** Il valore di riferimento è rappresentato dal valore medio nazionale.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione dati indagini Istat. Struttura e attività degli istituti di cura, Anno 2000-2001.

Tabella 1 - Numero di posti letto ordinari negli istituti di cura accreditati, privati e pubblici - Anno 2000-2001

Regione	p.l. pubblici	Posti Letto Istituti Privati		p.l. totali	Percentuali		
		Accreditati	Non accreditati		p.l. privati accreditati /p.l. totali	p.l. privati non accreditati /p.l. totali	p.l. privati/p.l. totali
Piemonte	15.915	3.556	1.406	20.877	17,0	6,7	23,8
Valle d'Aosta	457	0	0	457	-	-	-
Lombardia	34.099	8.432	895	43.426	19,4	2,1	21,5
P.A.Bolzano	2.009	259	262	2.530	10,2	10,4	20,6
P.A.Trento	2.112	300	101	2.513	11,9	4,0	16,0
Veneto	19.342	1.206	449	20.997	5,7	2,1	7,9
Friuli-V.G.	5.160	608	133	5.901	10,3	2,3	12,6
Liguria	7.529	117	465	8.111	1,4	5,7	7,2
Emilia-R.	14.783	4.171	340	19.294	21,6	1,8	23,4
Toscana	12.982	2.125	328	15.435	13,8	2,1	15,9
Umbria	2.886	224	18	3.128	7,2	0,6	7,7
Marche	5.699	979	219	6.897	14,2	3,2	17,4
Lazio	18.751	9.230	2.070	30.051	30,7	6,9	37,6
Abruzzo	4.871	294	77	5.242	5,6	1,5	7,1
Molise	1.385	93	16	1.494	6,2	1,1	7,3
Campania	13.548	6.455	432	20.435	31,6	2,1	33,7
Puglia	14.752	1.799	575	17.126	10,5	3,4	13,9
Basilicata	2.387	60	0	2.447	2,5	-	2,5
Calabria	6.815	3.285	71	10.171	32,3	0,7	33,0
Sicilia	14.858	3.661	559	19.078	19,2	2,9	22,1
Sardegna	5.964	1.484	163	7.611	19,5	2,1	21,6
<b>Italia</b>	<b>206.304</b>	<b>48.338</b>	<b>8.579</b>	<b>263.221</b>	<b>18,4</b>	<b>3,3</b>	<b>21,6</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione dati indagine Istat - Struttura e attività degli istituti di cura, Anno 2000-2001.

### Descrizione dei Risultati

La distribuzione dei posti letto in strutture private (accreditate e non) in relazione agli abitanti nelle diverse regioni mostra una elevata dispersione.

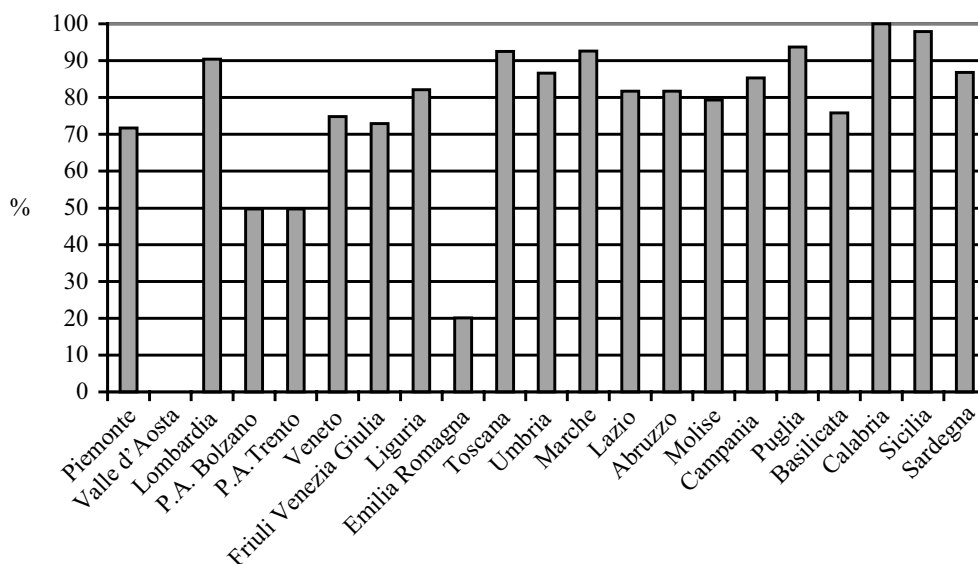
Tale dispersione si registra sia per quanto attiene gli istituti di cura accreditati che quelli non accreditati.

In termini generali le regioni Lombardia, Lazio, Abruzzo e Calabria mostrano la quota più elevata di posti letto in istituti di cura privati (accreditati e non).

Tra queste regioni (grafico 1) la Calabria ha la maggiore quota dei posti letto in istituti di cura accreditati (98%) sul totale dei posti letto in strutture private (quasi il 100%).

In generale in tutte le regioni la quota di posti letto in strutture private accreditate sul totale dei posti letto in strutture private supera il 70%. Fa eccezione la regione Emilia Romagna nella quale la quota accreditata è pari solo al 20% dei posti letto in strutture private.

Grafico 1 - P.l. istituti accreditati / p.l. istituti privati (%)



#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

La scelta del *mix* pubblico-privato nei sistemi sanitari è in relazione a orientamenti di natura politica e alla sedimentazione di scelte operate negli anni nell'ambito delle varie regioni.

Risulta quindi difficile proporre delle indicazioni oggettive anche per la scelta della distribuzione dei posti letto nelle strutture pubbliche, private accreditate e private non accreditate: è possibile solo osservare che ogni scelta dovrebbe essere correlata all'osservazione di alcuni elementi di contesto e tali scelte dovrebbero risultare coerenti con altre politiche.

L'orientamento dei cittadini verso il tema della libertà di scelta, la distribuzione della ricchezza e del reddito, la presenza di un significativo tessuto imprenditoriale in campo sanitario e la positiva valutazione dei cittadini sono elementi di contesto che dovrebbero guidare tali scelte.

## Apparecchiature PET

**Significato.** La Tomografia ad Emissione di Positroni (PET) è una metodica medico-nucleare che si basa sull'impiego di traccianti marcati con isotopi positron-emittenti prodotti da ciclotroni compatti ad uso medico. E' considerata una tecnologia ancora emergente in quanto in fase di diffusione, sia in termini di adozione di apparecchiature da parte delle organizzazioni sanitarie, sia in termini di ampliamento delle indicazioni cliniche per le quali il suo utilizzo è considerato appropriato. La PET permette una diagnostica per immagini non invasiva grazie allo studio di processi metabolici negli organismi viventi e delle alterazioni generate in presenza di specifiche patologie. La PET, rispetto a tecnologie come la TAC (Tomografia Assiale Computerizzata) e la RMN (Risonanza Magnetica), che visualizzano la struttura anatomica, fornisce immagini e permette di quantificare funzioni biochimiche o fisiologiche. L'utilità della PET è legata al fatto che le alterazioni funzionali, causate da

patologie, possono precedere l'insorgenza di alterazioni strutturali.

La PET permette di distinguere tra tessuti maligni e benigni, in quanto l'alterazione funzionale dell'attività metabolica, è più precoce rispetto alle alterazioni anatomiche morfologiche tipiche dello stadio maligno. Questa capacità offre quindi uno strumento di diagnosi precoce, prima che si manifestino le metastasi. Il recente *Dossier* n. 81 pubblicato dalla regione Emilia-Romagna (Agenzia Sanitaria Regionale), "Indicazioni all'utilizzo della Fdg-PET in oncologia", ha messo in evidenza che la disponibilità di una PET assicurerebbe una maggiore sensibilità e precisione diagnostica in caso di pazienti oncologici.

La computazione di questo indicatore vuole evidenziare la diversa diffusione di una tecnologia in fase emergente e quindi può rappresentare una indicazione, seppur generica, del grado di aggiornamento tecnologico delle diverse regioni.

### Tasso di PET

Numeratore                      Numero di PET nelle strutture pubbliche ospedaliere  


---

 x 1.000.000  
Denominatore                      Popolazione media residente

**Validità e limiti.** L'indicatore è evidentemente un indicatore di *stock* e non considera in alcun modo l'effettiva produttività delle macchine così come il livello di appropriatezza nel loro utilizzo.

**Benchmark.** La stima del numero di PET necessarie in riferimento ad una data popolazione dipende sostanzialmente dalle applicazioni cliniche che si possono ipotizzare. Il fatto che negli ultimi anni queste si stiano rapidamente ampliando rende più difficile il corretto dimensionamento del numero di PET necessarie.

L'osservazione della distribuzione della tecnologia PET a livello europeo può comunque fornire indicazioni per l'individuazione di un benchmark.

Il benchmark di riferimento risulterebbe il Belgio, che nel 2000 aveva installato circa 1 PET per ogni 500.000 abitanti. Ad oggi nessun altro paese ha installato un numero così elevato di PET per abitante, tuttavia in tutti i paesi si sta realizzando un aumento dell'offerta di tali prestazioni. La tabella 1 evidenzia il numero totale di PET per milione di abitanti in alcuni paesi della Unione Europea. Non è tuttavia stato valutato se la disponibilità di PET in Belgio sia ottimale.

### Descrizione dei Risultati

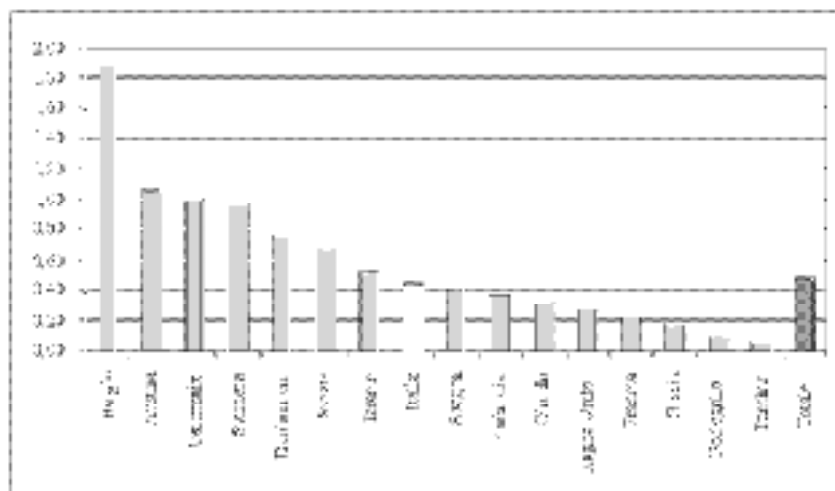
La tabella 2 mostra un evidente gradiente Nord-Sud nella distribuzione delle PET. La prima PET fu instal-

lata in Lombardia nel 1995 nell'Istituto Europeo dei Tumori. Il numero di PET è passato da 25 nell'anno 2000 a 33 nell'anno 2003. Il numero è rimasto invariato dal 2002 al 2003.

**Tabella 1 - PET (numero e tasso per milione di abitanti) in alcuni paesi. Anno 2002**

Paesi	Numero	Tasso
Belgio	19	1,88
Austria	8	1,05
Germania	82	1,00
Svizzera	7	0,96
Danimarca	4	0,75
Svezia	6	0,67
<b>Italia</b>	<b>25</b>	<b>0,44</b>
Spagna	16	0,40
Finlandia	2	0,38
Olanda	5	0,32
Regno Unito	16	0,27
Francia	13	0,22
Grecia	1	0,17
Portogallo	1	0,10
<b>Totale</b>	<b>211</b>	<b>0,47</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Conseil National des Etablissements Hospitaliers. La Libre Belgique, April 18, 2000". Aggiornati al 2002.

**Grafico 1** - Tasso di PET per milione di abitanti in alcuni paesi - Anno 2002**Tabella 2** - PET (numero e tasso per milione di abitanti) - Anno 2003

Regioni	Numero	Tasso
Piemonte	2	0,471
Valle d'Aosta	0	0,000
Lombardia	13	1,416
Bolzano-Bolzen	0	0,000
Trento	0	0,000
Veneto	4	0,868
Friuli-Venezia Giulia	2	1,674
Liguria	1	0,635
Emilia-Romagna	4	0,986
Toscana	3	0,847
Umbria	0	0,000
Marche	2	1,338
Lazio	0	0,000
Abruzzo	0	0,000
Molise	0	0,000
Campania	1	0,174
Puglia	0	0,000
Basilicata	0	0,000
Calabria	0	0,000
Sicilia	1	0,200
Sardegna	0	0,000
<b>Italia</b>	<b>33</b>	<b>0,573</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero della Salute, Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica. Annuario Statistico del SSN. Anno 2003.

I dati mostrano che la densità delle PET per abitante è estremamente variabile. In particolare, mentre le regioni del Nord Italia si sono dotate di PET in maniera abbastanza diffusa, nel Centro- Sud esistono pochissimi centri. La regione Lombardia ha una densità di tecnologia PET simile a quella dei paesi europei in cui tale tecnologia è più diffusa. Comunque ancora nessuna regione ha raggiunto il numero di 1 PET ogni 500.000 abitanti. Per raggiungere lo standard del Belgio anche in Italia, sarebbero necessarie circa 120 PET. La distribuzione della popolazione sul territorio nazionale obbliga a prevedere, in alcuni casi, l'utilizzo di centri di riferimento anche fuori regione

come Molise e Valle d'Aosta. Tali regioni infatti hanno popolazioni inferiori ai 500.000 abitanti.

#### Raccomandazioni di Osservasalute

Da un punto di vista di politica sanitaria è sicuramente necessario oltre che strategico pianificare l'attività PET a livello regionale. L'utilità della pianificazione è legata prevalentemente all'opportunità di: - espletare le indagini PET all'interno di centri che abbiano precisi requisiti (strutturali, tecnologici, risorse, background) necessari al trattamento di patologie complesse. Tali centri devono inoltre disporre di strutture adeguate al trattamento di patologie correlate a quelle di interesse della PET; - limitare l'eccessiva diffusione della tecnologia oltre i limiti propri della domanda interna ed esterna; - poiché per il funzionamento della PET è necessaria la presenza del ciclotrone per la produzione degli isotopi e poiché la produttività di un ciclotrone di medie dimensioni è tale da poter soddisfare il fabbisogno di più PET, una politica centrale potrebbe ottimizzare la diffusione del numero di ciclotroni in relazione al reale fabbisogno.

Appare però indispensabile fondare lo sviluppo di tali piani di implementazione su metodiche di *Health Technology Assessment* in modo da ottenere una valutazione completa e multidimensionale dell'impatto che la tecnologia avrà in termini di efficacia, di esiti, di costi di gestione, di investimento e di variazione degli assetti organizzativi nell'ambito del sistema.

#### Riferimenti Bibliografici

- Regione Emilia-Romagna, Sommario Dossier n. 81. Indicazioni all'utilizzo della Fdg-PET in oncologia. Analisi critica della letteratura scientifica ([www.regione.emilia-romagna.it/agenziaSan/colldoss/somm81.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziaSan/colldoss/somm81.htm)).
- "A framework for the development of Positron Emission Tomography (PET) Service in England" Consultation Document Department of Health July 2004.
- La Libre Belgique, April 18, 2000, Conseil National des Etablissements Hospitaliers.

## Apparecchiature PET, TRM e TAC

**Significato.** La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione delle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente. I pazienti chiedono di poter accedere tempestivamente alle innovazioni tecnologiche, così come i medici sono naturalmente propensi a promuovere tale innovazione. In questo contesto i sistemi di regolazione dei mercati e dei sistemi sanitari sono chiamati a vigilare sulla sicurezza della nuova tecnologia per i pazienti ma anche a valutare il rapporto costo-efficacia dell'investimento in una nuova soluzione diagnostico-terapeutica. Le prospettive dei diversi attori del sistema, circa cosa debba essere considerato appropriato nel campo della tecnologia biomedica, non sono omogenee e il giudizio finale sull'appropriatezza di un'innovazione tecnologica non è semplice da formulare. Alla luce di queste premesse, possiamo considerare l'investimento nella tecnologia biomedica un indicatore certamente significativo della capacità "produttiva" di un sistema sanitario in una regione. Il sistema di indicatori proposti intende fornire un panorama delle dotazioni tecnologiche dei sistemi sanitari delle regioni italiane, focalizzando l'attenzione su tre

apparecchiature diagnostiche elettromedicali: la PET (tomografia ad emissione di positroni), la TRM (tomografia a risonanza magnetica) e la TAC (tomografia assiale computerizzata). Queste tecnologie si caratterizzano per le numerose indicazioni cliniche secondo cui il loro utilizzo è considerato unanimemente appropriato, per la rilevanza del loro costo unitario di investimento e di gestione, per l'impatto che hanno sul processo assistenziale e sull'organizzazione in senso più ampio.

**Formula.** Ai fini della computazione di un indicatore in grado di cogliere in maniera sintetica il peso delle tecnologie biomediche nelle diverse realtà territoriali, abbiamo prima di tutto valutato il peso relativo delle diverse tecnologie considerate rispetto al numero complessivo di macchine installate dei tre tipi. Ai fini del calcolo di un indice di peso tecnologico grezzo (Indice di tecnologicizzazione, Tg) abbiamo valutato il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT) disponibile presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Per dare conto della densità della tecnologia, rispetto alla popolazione delle diverse regioni, è stato computato un indice corretto (Tc) per la popolazione residente. L'indice così ottenuto permette di valutare l'evoluzione del peso della

### Peso relativo delle apparecchiature PET, TRM e TAC

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Numero di apparecchiature di tipo } x}{\text{Denominatore} = \text{Numero totale di apparecchiature (PET, TRM e TAC)}}$$

### Indice di tecnologicizzazione grezzo (Tg)

$$Tg = \frac{\sum (N_a \cdot Pr_a)}{\sum Pm_a}$$

dove  $N_a$  = numero di apparecchiature di tipo a;  $Pr_a$  = peso relativo apparecchiature di tipo a;  $Pm_a$  = prezzo medio apparecchiature di tipo a

### Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione (Tc)

$$\text{Numeratore} = \frac{Tg}{\text{Denominatore} = \text{Popolazione residente}} \times 100.000$$

### Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione e normalizzato (Tcn)

$$\text{Numeratore} = \frac{Tc \text{ regione}}{\text{Denominatore} = Tc \text{ Italia}} \times 100$$

tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003). L'indice, a questo punto è stato normalizzato (Tcn) e la variabilità regionale riferita ad un valore nazionale pari a 100.

**Validità e limiti.** Gli indicatori si riferiscono a diversi obiettivi informativi. Gli indicatori riportati in tabella 1 forniscono un' indicazione circa la diversa distribuzione delle tre tipologie tecnologiche nelle diverse regioni italiane nei due anni di riferimento fornendo anche una indicazione di trend. Gli indicatori riportati nella tabella 2 permettono, inoltre, un primo confronto interno relativamente al peso che le tre tecnologie biomediche hanno nelle diverse regioni. Questi indicatori permettono una valutazione, seppur iniziale, dei trend. L'indicatore riportato nella tabella 2, pur favorendo la lettura delle variabilità interregionali, non permette di apprezzare alcuna dinamica temporale. I diversi indicatori sono influenzati dall'adozione dei prezzi come modalità di pesatura. Il peso assegnato alle diverse tecnologie ha un' origine e un significato prettamente economico (e non necessariamente di complessità tecnico-ingegneristica della macchina). La conseguenza è che il significato delle eventuali variabilità interregionali è da correlarsi al diverso impegno economico delle regioni nell'investimento in tecnologie biomediche. Una avvertenza di carattere generale deve essere comunque esplicitata: gli indici non tengono conto dei diversi livelli di appropriatezza dell'acquisizione delle tecnologie. Valori alti dei diversi indici potrebbero significare un

migliore accesso dei cittadini ai servizi, ma non necessariamente implicare che i servizi siano forniti con la tecnologia più appropriata. Quindi, se in alcuni casi il valore dell'indice potrebbe significare un impegno della regione nell'erogare servizi, in altri casi, potrebbe nascondere sprechi e/o una cattiva allocazione delle risorse finanziarie.

**Valori di riferimento.** Non esistono specifici benchmark per questi indicatori. I confronti internazionali e i valori medi nazionali rappresentano i confronti più utili.

#### Descrizione dei risultati

Relativamente agli indicatori contenuti nella tabella 1 si evidenzia una diversa diffusione delle tre tecnologie in riferimento anche alle loro caratteristiche tecniche e alla dimensione dei bacini d'utenza considerati in relazione alle indicazioni considerate appropriate. E' evidente la limitata diffusione della PET rispetto alle altre tecnologie; la maggiore diffusione della TAC rispetto alla RMN soprattutto nelle regioni del Centro-Sud del paese. La tabella 1 mostra un' iniziale tendenza alla sostituzione delle TAC con RMN al Centro-Nord, mentre questo trend non è visibile al Sud, dove almeno per alcune regioni come la Calabria, tra il 2002 e il 2003 è aumentata la rilevanza della TAC rispetto a quella della RMN.

La tabella 2 mostra che il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003, da 1,56 a 1,61, ma tale aumento non è stato generalizzato in tutte le

**Tabella 1** - Peso relativo delle apparecchiature per tipo di apparecchiatura e regione - Anni 2002-2003

Regioni	PET		TAC		TRM	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Piemonte	0,01	0,02	0,58	0,68	0,41	0,30
Valle d'Aosta	0,00	0,00	0,50	0,25	0,50	0,75
Lombardia	0,05	0,04	0,69	0,66	0,26	0,30
Bolzano-Bozen	0,00	0,00	0,67	0,57	0,33	0,43
Trento	0,00	0,00	0,71	0,63	0,29	0,38
Veneto	0,03	0,03	0,66	0,65	0,31	0,32
Friuli-Venezia Giulia	0,06	0,05	0,67	0,65	0,28	0,30
Liguria	0,03	0,03	0,63	0,63	0,34	0,34
Emilia-Romagna	0,04	0,03	0,71	0,68	0,25	0,28
Toscana	0,04	0,03	0,69	0,69	0,27	0,28
Umbria	0,00	0,00	0,75	0,75	0,25	0,25
Marche	0,05	0,04	0,56	0,53	0,40	0,43
Lazio	0,00	0,00	0,69	0,66	0,31	0,34
Abruzzo	0,00	0,00	0,66	0,66	0,34	0,34
Molise	0,00	0,00	0,75	0,71	0,25	0,29
Campania	0,01	0,01	0,79	0,78	0,20	0,21
Puglia	0,00	0,00	0,70	0,69	0,30	0,31
Basilicata	0,00	0,00	0,88	0,90	0,13	0,10
Calabria	0,00	0,00	0,79	0,81	0,21	0,19
Sicilia	0,01	0,01	0,75	0,79	0,24	0,21
Sardegna	0,00	0,00	0,71	0,65	0,29	0,35
<b>Italia</b>	<b>0,02</b>	<b>0,02</b>	<b>0,69</b>	<b>0,69</b>	<b>0,29</b>	<b>0,29</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati del Ministero della Salute, Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica. Annuario Statistico del SSN. Anni 2002/03.



**Tabella 2** - *Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione (Tc) per 100.000 abitanti e indice di tecnologicizzazione normalizzato (Tcn) - Anni 2000-2003*

Regioni	Tc		Tcn	
	2002	2003	2002	2003
Piemonte	1,77	1,71	112	106
Valle d'Aosta	1,66	2,06	105	128
Lombardia	1,63	1,65	104	102
Bolzano-Bozen	1,43	1,52	91	95
Trento	0,86	0,87	55	54
Veneto	1,36	1,35	86	84
Friuli-Venezia Giulia	1,59	1,59	101	98
Liguria	1,04	1,25	66	77
Emilia-Romagna	1,62	1,58	103	98
Toscana	1,35	1,41	85	87
Umbria	1,81	1,78	114	111
Marche	1,37	1,46	87	91
Lazio	1,97	2,00	125	124
Abruzzo	1,78	1,76	113	110
Molise	2,34	2,58	148	160
Campania	1,43	1,48	90	92
Puglia	1,38	1,40	87	87
Basilicata	1,05	1,37	66	85
Calabria	2,23	2,17	141	135
Sicilia	1,50	1,67	95	104
Sardegna	1,72	1,69	109	105
<b>Italia</b>	<b>1,56</b>	<b>1,61</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati del Ministero della Salute, Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica. Annuario Statistico del SSN. Anni 2002/03.

regioni. Infatti accanto a regioni che hanno sostanzialmente mantenuto il valore dell'indice (es. Lombardia, Trento, Veneto, Lazio), alcune regioni hanno aumentato significativamente questo indice come nel caso della Valle d'Aosta (nel 2002 1,66, nel 2003 2,06), della Liguria (nel 2002 1,04, nel 2003 1,25) e del Molise (nel 2002 2,34, nel 2003 2,58).

Da una lettura complessiva degli indicatori della tabella 2 è evidente che mentre nel caso della Liguria l'aumento potrebbe essere spiegabile da un ritardo tecnologico, dettato da un indice medio pari a 66 nel 2002 (rispetto al valore medio Italia, 100); questo viceversa non sembra essere spiegabile per Molise e Valle d'Aosta dove l'indice era già ampiamente al di sopra del valore nazionale di riferimento (Molise: 148 nel 2002 e 160 nel 2003; Valle d'Aosta: 105 nel 2002 e 128 nel 2003). Alcune regioni vedono ridurre (sempre in modo poco significativo) il valore dell'indice tra il 2002 e il 2003 (Piemonte, Emilia-Romagna, Umbria, Calabria, Abruzzo).

Nove regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Calabria e Sardegna), in entrambi gli anni sono al di sopra della media. Il valore massimo è registrato per la regione Molise nel 2003 con un indice pari a 60 punti in più rispetto al valore medio nazionale (160). Regioni come Lazio (125 nel 2002, 124 nel 2003), Calabria (141 nel 2002, 135 nel 2003), Valle d'Aosta (105 nel 2002 e 128 nel 2003) e Umbria (114 nel 2002, 111 nel 2003) mostrano i valori più alti di tecnologicizzazio-

ne. Questa situazione, in alcuni casi, potrebbe essere correlata alla volontà o alla necessità di offrire servizi e tecnologie anche in bacini di utenza regionali molto piccoli. Alternativamente questo è spiegabile dalla situazione oro-geografica che non favorisce la mobilità dei pazienti. In dieci regioni (P. A. Bolzano, P. A. Trento, Veneto, Liguria, Toscana, Marche, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia) l'indice è inferiore a 100 con valori particolarmente bassi nella P. A. di Trento, in Liguria e Basilicata. Da questo panorama le regioni che rispecchiano più da vicino il *pattern* nazionale sono il Friuli-Venezia Giulia e la Lombardia.

#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Le tecnologie biomediche e l'innovazione tecnologica, nel settore sanitario, incidono in modo rilevante nel determinare l'efficacia dei servizi e la crescita della spesa per assistenza sanitaria.

Appare cruciale per le singole regioni dotarsi di competenze e strutture in grado di implementare una funzione di *Health Technology Assessment* (HTA), capace di fornire alla sfera politica evidenze che permettano di decidere circa l'allocazione delle risorse nelle tecnologie sanitarie, fondando tali decisioni su indicazioni prodotte attraverso un metodo scientifico accettato a livello internazionale.

Rimandiamo al Box successivo per un approfondimento sul panorama dell'attività di HTA nelle aziende del SSN.

## ASL con Centro Unificato di Prenotazione (C.U.P.)

**Significato.** Il Centro Unificato di Prenotazione (C.U.P.) è un sistema automatizzato territoriale che consente la visibilità (agende dei servizi) e la possibilità di prenotare le prestazioni sanitarie specialistiche, di laboratorio e di diagnostica strumentale effettuabili presso tutte le strutture comprese nel territorio della ASL da uno o più punti (sportelli di prenotazione) del-

lo stesso territorio. Secondo l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome dell'11 luglio 2002, ogni regione deve creare un sistema di prenotazione che permetta di monitorare le disponibilità delle prestazioni erogabili dal S.S.R., attraverso punti di prenotazione, generalmente definiti C.U.P.

### Percentuale di ASL con Centro Unificato di Prenotazione

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Numero di ASL con Centro Unificato di Prenotazione  
 Denominatore: Numero ASL

**Validità e limiti.** L'indicatore descrive la percentuale di ASL con C.U.P. ed indica la disponibilità di uno strumento di gestione della domanda, ma non fornisce indicazioni sulla modalità di assistenza territoriale effettiva e sull'appropriatezza del servizio. Premesso che il flusso informativo è riuscito a rilevare tutte le ASL esistenti (corrispondenti sia nel 2000 sia nel 2003 a 197), il valore riportato si riferisce alle ASL che dichiarano servizi C.U.P. attivati. Si evidenzia come il dato di notifica di una sola ASL (es.: Valle d'Aosta o P.A. di Trento) possa determinare una sensibile variazione della percentuale del dato regionale.

**Valore di riferimento.** Il valore di riferimento per questo indicatore è il 100%, in quanto l'obbligo di copertura dell'intero territorio dovrebbe interessare capillarmente ogni ASL.

### Descrizione dei risultati

Sono stati considerati dati del periodo 2000-2003. L'indicatore si riferisce alle ASL che presentano un servizio di C.U.P. attivo.

Nell'ultimo anno analizzato, le regioni con la più alta percentuale di ASL con Centro Unificato di Prenotazione sono risultate essere: Piemonte, Valle d'Aosta, P.A. di Trento, Lazio, Abruzzo, Molise e

**Tabella 1** - Percentuale di ASL con Centro Unificato di Prenotazione (C.U.P.), per regione – Anni 2000 - 2003

Regioni	2000			2003		
	Numero . ASL con CUP	Numero totale ASL	ASL con CUP %	Numero. ASL con CUP	Numero totale ASL	ASL con CUP %
Piemonte	22	22	100	22	22	100
Valle d'Aosta	1	1	100	1	1	100
Lombardia	6	15	40	6	15	40
Bolzano-Bozen	2	4	50	2	4	50
Trento	1	1	100	1	1	100
Veneto	20	21	95	20	21	95
Friuli-Venezia Giulia	4	6	67	4	6	67
Liguria	4	5	80	4	5	80
Emilia-Romagna	10	13	77	12	13	92
Toscana	12	12	100	11	12	92
Umbria	4	4	100	3	4	75
Marche	11	13	85	12	13	92
Lazio	9	12	75	12	12	100
Abruzzo	5	6	83	6	6	100
Molise	4	4	100	4	4	100
Campania	7	13	54	11	13	85
Puglia	9	12	75	11	12	92
Basilicata	5	5	100	5	5	100
Calabria	2	11	18	4	11	36
Sicilia	4	9	44	5	9	56
Sardegna	1	8	13	3	8	38
<b>Italia</b>	<b>143</b>	<b>197</b>	<b>73</b>	<b>159</b>	<b>197</b>	<b>81</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero della Salute. Annuario Statistico del Sistema Sanitario Nazionale. Anno 2005.

Basilicata (100%). Seguono, in ordine decrescente Veneto (95%), Emilia-Romagna, Marche, Toscana e Puglia (92%), Campania (85%), Liguria (80%), Umbria (75%), Friuli-Venezia Giulia (67%), Sicilia (56%), P.A. di Bolzano (50%), Lombardia (40%), Sardegna (38%) e Calabria (36%).

Dal 2000 al 2003, complessivamente il valore dell'indicatore nazionale è passato da 73 a 81%. Confrontando i dati fra gli estremi dell'intervallo temporale considerato, si nota come le regioni Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna hanno annualmente incrementato la percentuale di C.U.P. attivati sul totale delle ASL, mentre Toscana e Umbria l'hanno ridotta. Le restanti regioni hanno mantenuto invariato il numero del servizio C.U.P. attivato. Tra il 2000 ed il 2003, nei valori percentuali annui delle regioni Piemonte, Lombardia, Liguria, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, sono state riscontrate alcune oscillazioni, non riportate in tabella. Tali variazioni, che necessitano di ulteriori approfondimenti a livello locale, sono probabilmente dovute ad anomalie nella trasmissione delle schede di rilevazione regionale (Modello FLS. 11) ai sensi del D.M. del 23/12/1996 e/o a cambiamenti organizzativi locali, determinando una modificazione nel dato secondo quanto riferito nel paragrafo "Validità e limiti".

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

I C.U.P., organizzati a diverso livello sovra-aziendale, aziendale e sub-aziendale, sono strumento di governo della domanda, di integrazione per il miglioramento dell'accessibilità agli erogatori e di razionalizzazione dei tempi di attesa. Inoltre il sistema C.U.P. assicura l'integrazione dell'intero sistema di offerta della gestione delle liste di attesa, facilitando le prestazioni secondo un principio di prossimità.

Ad oggi, i Centri Unificati di Prenotazione sono un proxy dell'integrazione del sistema di offerta pubblico e privato accreditato, presente nelle regioni. Essi dovrebbero essere adeguatamente collegati agli ambulatori di Medicina Generale e ad altre strutture di offerta. Infatti un'opportuna integrazione del Sistema Informativo aziendale dei dati di attività e di costo, derivati dai Centri Unificati di Prenotazione, potrebbe dotare le ASL e le regioni di strumenti efficaci e tempestivi per la programmazione ed il monitoraggio delle attività assistenziali. L'organizzazione dei C.U.P. deve essere affiancata da altri meccanismi di diminuzione delle liste di attesa e delle disuguaglianze nell'offerta dei servizi (overbooking, recalling, Linee-Guida, percorsi assistenziali condivisi).

### **Riferimenti bibliografici**

Damiani G, Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Napoli: Idelson-Gnocchi, 2005.  
Cicchetti A, Citoni G, Di Stanislao F, Filippetti F, Damiani Ministero della Salute. Direzione generale del sistema informativo Ufficio di direzione statistica. Attività gestionali ed economiche delle A.S.L. e Aziende Sanitarie - Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2001, 2002, 2003 e 2004.

Intesa 23 marzo 2005. La Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Supplemento ordinario 83 della Gazzetta Ufficiale 7 maggio 2005. Serie generale n. 105.

## ASL con Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)

**Significato.** L'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) è una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, parzialmente, totalmente, temporaneamente o permanentemente non autosufficienti, aventi necessità di un'assistenza continuativa, che può variare da interventi esclusivamente di tipo sociale ad interventi socio-sanitari. Le prestazioni in A.D.I. sono incluse nelle prestazioni comprese nei L.E.A. in ambito territoriale previste nell'Allegato 1 del DPCM 29 novembre 2001, fermo restando l'autonomia di ogni singola regione nell'organizzazione del servizio.

L'A.D.I. può essere intesa in due forme: o come sinonimo di servizio di cure domiciliari, modulato su più livelli, diversi per intensità assistenziale oppure come componente specifica ed integrata di tipo sanitario e socio-sanitario, facente parte di un più ampio sistema di cure domiciliari all'interno del quale sono previsti anche altri interventi quali assistenza infermieristica domiciliare, assistenza domiciliare programmata dei medici di medicina generale, assistenza domiciliare per particolari tipologie di utenza.

L'indicatore fornisce informazioni sulle potenzialità di offerta dei servizi di A. D. I. sul territorio.

### Percentuale di ASL con servizio di Assistenza Domiciliare Integrata

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Numero di ASL con Servizio di Assistenza Domiciliare  
 Denominatore: Numero ASL

**Validità e limiti.** E' indicata la percentuale di ASL con A.D.I.. Si evidenzia come la notifica di una singola ASL possa causare un sensibile cambiamento della percentuale dei valori regionali. Sebbene l'indicatore caratterizzi un servizio che permetta ai cittadini, in stato di bisogno, di essere assistiti a casa, evitando il ricovero in Ospedale per acuti o in residenzialità sul

territorio, non esplicita l'articolazione organizzativa e funzionale intraregionale. L'indicatore si riferisce alle ASL con servizio attivo dichiarato dal flusso informativo (modello FLS 11).

**Valore di riferimento.** Il valore di riferimento è il 100%, in quanto l'erogazione dell'A.D.I. all'interno

**Tabella 1** - Percentuale di ASL con Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), per regione Anni 2000 - 2003

Regioni	2000			2003		
	Numero . ASL con ADI	Numero totale ASL	ASL con ADI %	Numero. ASL con ADI	Numero totale ASL	ASL con ADI %
Piemonte	22	22	100	22	22	100
Valle d'Aosta	1	1	100	1	1	100
Lombardia	15	15	100	15	15	100
Bolzano-Bozen	4	4	100	4	4	100
Trento	1	1	100	1	1	100
Veneto	20	21	95	21	21	100
Friuli-Venezia Giulia	6	6	100	6	6	100
Liguria	4	5	80	5	5	100
Emilia-Romagna	11	13	85	13	13	100
Toscana	11	12	92	11	12	92
Umbria	3	4	75	3	4	75
Marche	13	13	100	13	13	100
Lazio	11	12	92	12	12	100
Abruzzo	3	6	50	5	6	83
Molise	4	4	100	4	4	100
Campania	10	13	77	12	13	92
Puglia	11	12	92	11	12	92
Basilicata	5	5	100	5	5	100
Calabria	8	11	73	8	11	73
Sicilia	8	9	89	9	9	100
Sardegna	6	8	75	8	8	100
<b>Italia</b>	<b>177</b>	<b>197</b>	<b>90</b>	<b>190</b>	<b>197</b>	<b>96</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero della Salute. Annuario Statistico del Sistema Sanitario Nazionale. Anno 2005.

dei L.E.A. interessa ogni singola ASL.

### **Descrizione dei risultati**

L'indicatore si riferisce alla rilevazione, a partire dai flussi informativi istituzionali, delle ASL dotate di un Servizio di A.D.I.. L'analisi presenta i dati del quadriennio 2000-2003, e nella descrizione dei risultati viene evidenziata la variazione tra il primo e l'ultimo anno della rilevazione.

Il valore dell'indicatore nazionale è passato da 90 nel 2000 a 96 nel 2003, per 100 ASL. Nell'ultimo anno analizzato, le regioni con più alta percentuale di ASL con Servizio di A.D.I. sono risultate: Valle d'Aosta e P.A. Trento (che hanno una sola ASL), Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Molise, Basilicata, Sicilia e Sardegna (100%). Altre come Campania (92%), Toscana e Puglia (92%), Abruzzo (83%), Umbria (75%) e Calabria (73%) presentano valori più bassi.

Tra il 2000 ed il 2003, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Lazio, Abruzzo, Campania, Sicilia e Sardegna hanno aumentato il numero di Servizi di Assistenza Domiciliare. Le altre regioni hanno mantenuto invariata la percentuale di offerta. In merito alle oscillazioni rilevate per le regioni Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, le oscillazioni rilevate nell'intervallo potrebbero essere dovute ad anomalie del flusso nella rilevazione dei dati relativi alle attività gestionali ed economiche delle ASL, previste dal D.M. 23/12/1996 (Modello FLS. 11) legato alla trasmissione delle schede di rilevazione regionali e/o ad effettive modifiche organizzative locali che risentono del fenomeno dell'impatto di notifica.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

L'assistenza domiciliare risente, tuttora, di un approccio prestazionale, frammentario. I ripetuti richiami del legislatore (PSN 2003-2005) sottolineano, per l'assistenza a malati cronici, anziani e disabili, la necessità di realizzare una rete di servizi di assistenza integrata e di dimensionare adeguatamente i nodi della rete - ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata propriamente detta, Centri Diurni Integrati, residenze sanitarie assistenziali ed istituti di riabilitazione - in accordo con il loro effettivo utilizzo.

Tale necessità è anche rimarcata dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che prescrive, per le regioni, la promozione "del potenziamento di forme alternative al governo ospedaliero e l'erogazione di programmi di assistenza integrata, residenziale e semiresidenziale".

E' importante definire un sistema di valutazione per la programmazione ed il monitoraggio dell'A.D.I. che, superando il limite di indicatori di sola dotazione

dichiarata, esplori processi e esiti della stessa. In una strategia di miglioramento per gli indicatori di assistenza domiciliare può risultare utile dimensionare i servizi in funzione di popolazioni e fasce d'età, che potrà essere oggetto di successive analisi.

E', inoltre, indispensabile che tale sistema possa valutare, coerentemente, le componenti sociali e sanitarie che caratterizzano l'A.D.I.. In questo modo, si potrebbe risolvere la non unitaria interpretazione del concetto di A.D.I. nelle diverse regioni e la sua traduzione in formule organizzative.

### **Riferimenti bibliografici**

Damiani G, Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Napoli: Idelson-Gnocchi, 2005.  
Ministero della Salute. Direzione generale del sistema informativo Ufficio di direzione statistica. Attività gestionali ed economiche delle A.S.L. e Aziende Sanitarie - Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2001, 2002, 2003 e 2004.  
Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003. Suppl ordinario 95 alla Gazzetta Ufficiale 18 giugno 2003. Serie generale n. 139.

## Posti letto nei Presidi Residenziali Socio-Sanitari per i non autosufficienti

**Significato.** La non autosufficienza è condizione che interessa ampie fasce di popolazione (disabili psicofisici e malati cronici). Tale condizione può essere trattata, nella continuità, non in condizioni di emergenza, attraverso due modalità erogative: a domicilio dell'assistito o presso strutture residenziali. Un indicatore che sintetizza congiuntamente le caratteristiche della

residenzialità del trattamento (sia in ambito sanitario sia socio-sanitario) e della condizione di non autosufficienza degli ospiti - le R.S.A. e le Residenze socio sanitarie per anziani sul totale della popolazione residente - è un utile *proxy* di disponibilità di offerta territoriale per tale categoria di bisogno.

### Tasso di posti letto nei presidi residenziali socio-sanitari per i non autosufficienti

Numeratore                      Numero di posti letto in presidi residenziali di tipo socio-sanitario per non autosufficienti  
 Denominatore                      Popolazione media residente                      x 10.000

**Validità e limiti.** L'Istat ha rivisto la classificazione dei presidi residenziali socio-assistenziali, intesi come "istituzioni pubbliche che offrono servizi residenziali di tipo prevalentemente assistenziale, a favore di minori, adulti e anziani in stato di bisogno o abbandono".

L'indicatore può contribuire, in sede di programmazione regionale dei servizi sanitari e socio-sanitari, al corretto dimensionamento dei singoli nodi della rete dei servizi di afferenza distrettuale che costituiscono il sistema integrato dell'assistenza socio-sanitaria, al fine di ottenere uno sviluppo coerente con l'effettivo bisogno di assistenza.

L'utilizzo dell'indicatore consente di ottenere dati riferiti alla popolazione nel suo complesso e non considera eventuali variazioni nella composizione della domanda, anche per classi di età nelle varie regioni. Inoltre, l'indicatore non fornisce informazioni sull'appropriatezza dei servizi offerti nei presidi residenziali, sui percorsi attivati e sulle relazioni dei singoli nodi appartenenti alla rete dell'assistenza socio sanitaria.

**Valore di riferimento.** In assenza di un valore di riferimento legislativo per questo indicatore, il riferimento operativo è individuato nel valore nazionale dell'indice di posti letto in presidi residenziali di tipo socio-sanitario per non autosufficienti, nell'arco temporale 2000-2002.

### Descrizione dei risultati

L'analisi dei dati ha riguardato gli anni 2000 e 2002, ultimo anno disponibile nella rilevazione. Nel 2002, l'indicatore si riferisce al 30,2% del totale dei presidi residenziali rilevati dall'Istat (2.493 su 8.246), per un totale del 50,6% dei posti letto complessivi (170.877 su 337.995).

Nel 2002, il valore nazionale è risultato di 29,9 posti letto per 10.000 abitanti, rispetto a un valore di 27,2 nel 2000. A livello regionale, il range oscilla da 94,2 posti letto per 10.000 abitanti nella P.A. Trento a 2,4

posti letto per 10.000 abitanti in Campania, sempre nel 2002.

Sia nel 2000 che nel 2002, l'analisi rivela un gradiente Nord-Sud nell'indice dei posti letto: le regioni in cui si registrano valori superiori al riferimento nazionale sono, oltre alla già citata P.A. Trento, P.A. Bolzano (74,6), Friuli-Venezia Giulia (64,0), Valle d'Aosta (75,7), Veneto (59,0), Lombardia (56,0), Emilia-Romagna (47,2), Liguria (64,6) e Toscana (34,0).

**Tabella 1** - *Indice di posti letto nei presidi residenziali socio-sanitari per i non autosufficienti, per regione e per 10.000 abitanti - Anni 2000 - 2002*

Regioni	2000	2002
Piemonte	23,5	29,5
Valle d'Aosta	53,5	75,7
Lombardia	50,9	56,0
Bolzano-Bozen	72,8	74,6
Trento	91,2	94,2
Veneto	64,6	59,0
Friuli-Venezia Giulia	52,2	64,0
Liguria	39,9	64,6
Emilia-Romagna	44,7	47,2
Toscana	32,5	34,0
Umbria	22,8	25,4
Marche	15,7	23,4
Lazio	5,3	7,1
Abruzzo	18,5	25,9
Molise	14,7	21,4
Campania	2,0	2,4
Puglia	7,8	7,5
Basilicata	4,4	4,3
Calabria	6,6	6,5
Sicilia	5,7	6,4
Sardegna	12,6	5,4
<b>Italis</b>	<b>27,2</b>	<b>29,9</b>

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** Istat. Health for All, Italia. Giugno 2005.

Tra il 2000 e il 2002 l'indice aumenta in: P.A. Trento (da 91,2 posti letto per 10.000 abitanti nel 2000 a 94,2 nel 2002), Valle d'Aosta (da 53,5 a 75,7), P.A.

Bolzano (da 72,8 a 74,6), Liguria (da 39,9 a 64,6), Friuli-Venezia Giulia (da 52,2 a 64,0), Lombardia (da 50,9 a 56,0), Emilia-Romagna (da 44,7 a 47,2), Toscana (da 32,5 a 34,0), Piemonte (da 23,5 a 29,5), Abruzzo (da 18,5 a 25,9), Umbria (da 22,8 a 25,4), Marche (da 15,7 a 23,4), Molise (da 14,7 a 21,4), Lazio (da 5,3 a 7,1), Sicilia (da 5,7 a 6,4) e Campania (da 2,0 a 2,4).

Si è, invece, registrata una riduzione in Veneto (da 64,6 a 59,0), Puglia (da 7,8 a 7,5), Calabria (da 6,6 a 6,5), Sardegna (da 12,6 a 5,4) e Basilicata (da 4,4 a 4,3).

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Il gradiente geografico registrato che aumenta verso le regioni settentrionali poteva trovare, nel passato, fondamento nella carenza di *care-giver* per gli anziani e i non autosufficienti all'interno della famiglia, legata a dinamiche socio-economiche proprie delle aree a forte sviluppo industriale.

La presenza, nelle regioni del Sud, di una rete di supporto familiare-amicale radicata, che, insieme ad un condizionamento culturale e sociale stigmatizzante, limitava negli anni passati il ricorso alla istituzionalizzazione dell'anziano e del soggetto non autosufficiente, si va progressivamente affievolendo.

Inoltre, l'inserimento dell'attività delle R.S.A. nei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), e l'obiettivo di promuovere, su tutto il territorio nazionale, la costruzione di residenze facendo ricorso alle risorse previste dall'articolo 20 della Legge n. 67/88, potrà, anche nelle regioni del Centro Sud, determinare un incremento nella costruzione/trasformazione di moduli di offerta residenziale, da integrare con le altre politiche socio-assistenziali territoriali.

Sulla qualità complessiva dei servizi residenziali socio-sanitari esistenti interviene l'eterogeneità della tipologia di assistiti, per composizione socio-demografica, bisogni e percorsi socio-sanitari coinvolti. Questo pone ancora più l'urgenza di nuovi sistemi classificatori nazionali delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie in particolare delle strutture territoriali, prevista con il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di cui il "Progetto Mattoni" del Servizio Sanitario Nazionale potrà consentire l'interscambio informativo con i sistemi sanitari regionali.

### **Riferimenti bibliografici**

Damiani G, Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Napoli: Idelson-Gnocchi, 2005.  
de Belvis A.G. Sempre più vecchi: L'emergenza anziani soli e/o non autosufficienti, in Rapporto Italia 2004, Percorsi di ricerca nella società italiana, a cura di EURISPES (Istituto di Studi Politici, Economici e Sociali), Roma 2004, 122-132.

Istat - I presidi residenziali socio-assistenziali. Anni vari.

## Posti letto in Terapia Intensiva

**Significato.** I Reparti di Terapia Intensiva nascono in Italia nel 1969: il DPR 128 "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri" pone indicazioni sulla dotazione, da parte di tutti gli ospedali, di un servizio di Anestesia e Rianimazione. Dalla necessità di una gestione uniforme su tutto il territorio del sistema dell'emergenza, il DPR 27/03/1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" sottolinea l'importanza di attribuire alle Regioni maggiori responsabilità nella gestione dei servizi ospedalieri.

### Percentuale di posto letto in terapia intensiva

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Posti letto in Terapia Intensiva}}{\text{Posti letto totali}} \times 100$$

**Benchmark.** La percentuale dei posti letto di Terapia Intensiva (TI) rispetto ai posti letto totali dovrebbe essere del 3% (Linee Guida n° 1/1996, Ministero della Salute).

### Descrizione dei risultati

In Italia, nel periodo 1992-2003 la percentuale dei posti letto in TI rispetto ai totali è costantemente aumentata: da 0,67 a 0,82% nel periodo 1992-96, fino a 1,48% nel 2003. Nel grafico sono state riportate le variazioni percentuali: in media vi è stata un'im-

mentazione del 47%; in alcune regioni l'aumento è importante, come in Veneto e Calabria in cui il numero di posti letto è raddoppiato od in altre (Puglia, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna) in cui la variazione percentuale è stata di circa il 60%. In Lazio e Valle d'Aosta, per la riduzione dei posti letto totali, la proporzione di quelli TI è aumentata, anche se di fatto non c'è stata una reale creazione di posti letto nuovi. In tutte le regioni si è ancora lontani dallo standard del 3%.

**Tabella 1** - Percentuale dei posti letto in terapie intensive, per regione - Anni 1992, 1996, 2000, 2002, 2003

Regioni	1992	1996	2000	2002	2003
Piemonte	1,04	0,98	1,38	1,47	1,58
Valle D'Aosta	0,96	0,90	1,02	1,18	1,25
Lombardia	0,72	0,79	1,33	1,42	1,50
Bolzano-Bozen	1,04	1,23	1,51	1,54	1,51
Trento	0,42	0,45	0,70	0,56	0,68
Veneto	0,49	0,79	1,35	1,66	1,76
Friuli - Venezia Giulia	0,51	0,76	1,18	1,34	1,38
Liguria	0,69	0,96	1,54	1,79	2,03
Emilia Romagna	0,81	1,07	1,41	1,74	1,80
Toscana	0,70	0,93	1,45	1,53	1,55
Umbria	0,58	0,69	1,03	1,22	1,32
Marche	0,58	0,75	1,20	1,43	1,48
Lazio	0,88	0,89	1,33	1,27	1,36
Abruzzo	0,78	0,80	1,48	1,48	1,48
Molise	1,08	1,78	1,56	1,80	1,50
Campania	0,70	0,92	1,47	1,45	1,52
Puglia	0,33	0,49	0,86	0,97	0,99
Basilicata	0,38	0,30	0,68	1,11	1,14
Calabria	0,38	0,46	0,80	0,92	1,08
Sicilia	0,52	0,78	1,21	1,30	1,35
Sardegna	0,79	0,86	1,09	1,33	1,47
<b>Italia</b>	<b>0,67</b>	<b>0,82</b>	<b>1,28</b>	<b>1,40</b>	<b>1,48</b>

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. S.I.S 2005



Percentuale dei posti letto in terapie intensive. Anno 1992



Percentuale dei posti letto in terapie intensive. Anno 2003



### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Con le Linee Guida n°1 del 1996 del Ministero della Salute, emanate in applicazione del DPR 27/03/92, diventa compito delle regioni il potenziamento dei posti letto di terapia intensiva, che, dovrebbero essere pari al 3% dei posti letto totali come indicato già nel PSN quale traguardo da raggiungere nel triennio 1994-96.

Di fatto, la carenza di risorse economiche ha impedito il raggiungimento dello standard previsto e, nel 2002 i posti letto di TI rappresentavano soltanto l'1,48% dei totali. Ancora lontani dall'obiettivo del 3%, nell'immediato diventa essenziale la corretta gestione dei posti disponibili, supportata peraltro dalla terapia subintensiva, che ha lo scopo di accogliere i pazienti subcritici, che non possono essere ricoverati in regime ordinario, e dare la priorità a quei pazienti che effettivamente necessitano di un trattamento intensivo.

Sono di recente stesura le "Raccomandazioni per l'ammissione e la dimissione dalla Terapia Intensiva e per la limitazione dei trattamenti in Terapia Intensiva" della Società Italiana Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). Il documento, orientato verso la bioetica clinica, definisce i criteri di valutazione dell'appropriatezza del ricovero e della dimissione dalla TI: i fattori clinici rilevanti, le limitazioni al ricovero ordinate secondo priorità predefinite, la limitazione delle terapie di sostegno vitale non appropriate per eccesso, i principi etici su cui fondare le decisioni.

## Dipartimenti di emergenza e Accettazione (DEA)

**Significato.** Il sistema di accettazione ed emergenza sanitaria a carattere dipartimentale (DEA), rappresenta il secondo livello d'intervento le cui funzioni principali sono quelle di assicurare i primi accertamenti e interventi diagnostico terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici, necessari alla stabilizzazione del paziente. Le unità operative appartenenti a un DEA sono interdipendenti dal punto di vista organizzativo e funzionale, mantenendo la propria autonomia e responsabilità clinico-assisten-

ziale e condividendo un comune codice di comportamento assistenziale al fine di assicurare una risposta rapida, completa e in collegamento con le strutture operanti sul territorio.

Gli ospedali sedi di DEA di secondo livello sono in grado di assicurare, oltre alle prestazioni fornite dai DEA di primo livello, le funzioni di alta specialità legate all'emergenza, tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica.

### Tasso di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di primo e secondo livello

$$\text{Tasso} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

Numeratore      Numero di Dipartimenti di emergenza e accettazione di primo e secondo livello

Denominatore      Popolazione media regionale

**Validità e limiti.** La presenza dei DEA rappresenta un macroindicatore di "organizzazione" del sistema regionale di Emergenza Urgenza.

**Benchmark.** Il valore raccomandato è di almeno 250.000 abitanti in DEA di primo livello e almeno 500.000 abitanti per i DEA di secondo livello.

### Descrizione dei risultati

Nel 2003 i DEA di I° livello in Italia sono 224, quelli di II° livello 128. Rispetto a quanto riportato nel Rapporto Osservasalute 2003, si rileva un incremento

del macroindicatore a livello nazionale. L'analisi dei dati per regione mostra ancora una situazione alquanto eterogenea con un range di valori per quanto riguarda i DEA di primo livello da 0,12 a 0,86 con diverse regioni che si discostano dal valore medio nazionale (0,39); analoga situazione si osserva per i DEA di secondo livello (da 0,06 a 0,82 con valore medio nazionale 0,22). L'indicatore mostra un incremento delle strutture negli ultimi anni e si è andato conformando all'indirizzo fornito alle regioni e province autonome dal DPR 27/3/1992.

**Tabella 1** - Tasso di posti letto in DEA di I e II livello, per regione - Anno 2003

Regioni	Numero di DEA per 100.00 abitanti*		
	DEA I°	DEA II°	Totale DEA
Piemonte	0,49	0,19	0,68
Valle d'Aosta	0,00	0,82	0,82
Lombardia	0,47	0,16	0,63
Bolzano-Bozen	0,42	0,42	0,85
Trento	0,20	0,00	0,20
Veneto	0,39	0,28	0,67
Friuli-Venezia Giulia	0,75	0,33	1,08
Liguria	0,32	0,19	0,51
Emilia-Romagna	0,29	0,20	0,49
Toscana	0,45	0,28	0,73
Umbria	0,47	0,24	0,71
Marche	0,86	0,20	1,06
Lazio	0,31	0,21	0,52
Abruzzo	0,78	0,54	1,32
Molise	0,62	0,62	1,24
Campania	0,30	0,26	0,56
Puglia	0,12	0,17	0,30
Basilicata	0,50	0,17	0,67
Calabria	0,60	0,00	0,60
Sicilia	0,20	0,30	0,50
Sardegna	0,30	0,06	0,37
<b>Italia</b>	<b>0,39</b>	<b>0,22</b>	<b>0,61</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute - SIS. Anno 2004.

**Tasso di posti letto in DEA di I e II livello, per regione. Anno 2003**



***Raccomandazioni di Osservasalute***

Il potenziamento del sistema di emergenza ed accettazione rappresenta uno degli obiettivi strategici del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 per far fronte al progressivo aumento della domanda di prestazioni. Spetta alle regioni, in attuazione di specifiche norme nazionali che definiscono i macrolivelli assistenziali e gli obiettivi del sistema, definire le modalità organizzative in relazione alle specifiche esigenze territoriali, salvaguardando alcuni requisiti di uniformità in tutto il territorio nazionale. E' di fondamentale importanza, accanto ai processi di riorganizzazione strutturale, la predisposizione di specifici protocolli operativi per avviare processi di integrazione tra servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati che consentano una migliore ed appropriata gestione delle urgenze.

## Centrali Operative 1.1.8.

**Significato.** L'Emergenza sanitaria è organizzata in un sistema di allarme sanitario basato sulle Centrali Operative che rispondono al numero unico 1.1.8., organizzato prevalentemente su base provinciale, e un sistema di accettazione e emergenza sanitaria a carattere dipartimentale (DEA). Le Centrali Operative rispondono a requisiti tecnologici, strutturali ed orga-

nizzativi di elevato grado di autonomia funzionale e con precise qualificazioni e responsabilizzazioni di personale medico e sanitario.

Un numero adeguato di Centrali Operative sul territorio è indice di efficienza gestionale del sistema in termini di risposta tempestiva e con mezzi adeguati alle chiamate di intervento di emergenza sanitaria.

### Rapporto di centrali operative 1.1.8.

Numeratore	Numero di centrali operative 1.1.8.
Denominatore	Numero di province della regione

**Validità e limiti.** Il bacino di utenza controllato da una Centrale Operativa è identificato con il territorio di ogni singola Provincia, fatte salve le esigenze di particolari aree metropolitane, tra loro in stretto collegamento e coordinamento.

**Benchmark.** Secondo quanto stabilito dal DPR 27/03/92 e dalle successive Linee Guida n. 1/1996, il valore atteso del rapporto è pari ad 1.

### Descrizione dei risultati

Secondo i dati forniti dal Ministero della Salute, il numero di centrali operative attive sul territorio nazio-

nale in relazione alle province è sovrapponibile al valore atteso dalla normativa citata (1,0). Tuttavia è presente una certa variabilità tra le regioni. Nelle regioni Basilicata, Molise, Sicilia e Sardegna le centrali operative non coprono tutti i territori provinciali, in tutte le altre regioni è presente almeno una centrale per provincia, in Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Campania sono presenti più di una centrale in alcune realtà provinciali particolari. Rispetto al dato riportato dal Rapporto Osservasalute 2003, sono state attivate centrali operative in Basilicata, Puglia e Campania.

**Tabella 1** - Centrali operative 1.1.8. per regione (Numero province, Numero centrali operative e Rapporto) – Anno 2003

Regioni	Numero province	Numero centrali	Rapporto
Piemonte	8	8	1,0
Valle d'Aosta	1	1	1,0
Lombardia	11	12	1,1
Bolzano-Bozen	1	1	1,0
Trento	1	1	1,0
Veneto	7	7	1,0
Friuli-Venezia Giulia	4	4	1,0
Liguria	4	5	1,3
Emilia-Romagna	9	10	1,1
Toscana	10	12	1,2
Umbria	2	3	1,5
Marche	4	4	1,0
Lazio	5	5	1,0
Abruzzo	4	4	1,0
Molise	2	1	0,5
Campania	5	9	1,8
Puglia	5	5	1,0
Basilicata	2	1	0,5
Calabria	5	5	1,0
Sicilia	9	4	0,4
Sardegna	4	2	0,5
<b>Italia</b>	<b>103</b>	<b>104</b>	<b>1,0</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: [www.1.1.8italia.net](http://www.1.1.8italia.net)

### ***Raccomandazioni di Osservasalute***

A partire dall'inizio degli anni '90 il sistema di emergenza sanitaria in Italia si è progressivamente conformato all'indirizzo fornito alle Regioni e Province autonome dal DPR del 27/3/1992. Attualmente si rileva una situazione di totale copertura al Nord, mentre al Centro –Sud la presenza di centrali operative è alquanto disomogenea. Il potenziamento dei servizi di Urgenza ed Emergenza, attraverso la riorganizzazione strutturale dei Pronto soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione, l'integrazione del territorio con l'Ospedale, l'integrazione della rete delle alte specialità, rappresenta uno dei dieci progetti per la strategia del cambiamento contenuta nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. In tale contesto la Centrale operativa assume il ruolo di "regia" nel coordinamento di tutti gli interventi di soccorso, rappresentando il principale interlocutore a livello provinciale.

## Elisoccorso

**Significato.** L'elisoccorso rappresenta un'importante risorsa del sistema di Emergenza/Urgenza Sanitaria, permettendo il trasporto del paziente critico in piena sicurezza e senza interruzione dell'assistenza, con il vantaggio della copertura anche di zone non raggiungibili altrimenti via terra.

Spetta alla Centrale Operativa coordinare, nell'ambito di tutto il sistema, l'attività delle eliambulanza, sulla base di protocolli condivisi a livello regionale o di Provincia Autonoma.

L'elisoccorso svolge sia attività di soccorso vero e proprio, o interventi di tipo "primario", che prevedo-

no il trattamento e l'eventuale trasferimento del paziente dal luogo in cui si è verificato l'evento acuto al presidio ospedaliero più idoneo, sia il trasporto assistito tra strutture ospedaliere, anche programmabile, garantendo la continuità assistenziale.

Inoltre, l'impiego di aeromobili è previsto anche in caso di salvataggio, soccorso e trasporto nelle emergenze di massa, necessità di trasporto urgente di sangue, plasma e loro derivati, antidoti, farmaci rari, equipe e materiale a fini di prelievo o trapianto d'organi o tessuti.

### Tasso basi di elisoccorso

Numeratore	Numero di basi elisoccorso	$\frac{\quad}{\quad} \times 100.000$
Denominatore	Popolazione media residente	

### Superficie occupata da basi di elisoccorso

Numeratore	Numero di basi elisoccorso	$\frac{\quad}{\quad} \times 1.000$
Denominatore	Superficie regionale (Km <sup>2</sup> )	

**Validità e limiti.** Le Linee guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero del febbraio 2005, definiscono i parametri per l'identificazione del numero delle basi necessarie a livello regionale, che non potrà prescindere dalla valutazione della morfologia territoriale, della densità demografica e dei flussi turistici, della dislocazione e potenzialità della rete ospedaliera.

Inoltre la normativa precisa che, in ogni caso, il soccorso sanitario primario deve essere garantito nell'ambito di un tempo non superiore a 20 minuti di volo.

Per far fronte ad esigenze legate sia alla distribuzione della popolazione, sia alle caratteristiche orografiche del territorio, il numero di basi è posto in relazione al bacino d'utenza ed alla superficie regionale.

Viene, inoltre, specificato il numero di basi predisposte al volo notturno che, come evidenziato nelle Linee Guida, consentono una migliore integrazione della rete di emergenza con la rete ospedaliera sul territorio.

**Benchmark.** Non esiste una precisa indicazione per il numero di basi di elisoccorso nella normativa nazionale, che si limita a definirne i parametri per la distribuzione sul territorio.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale sono presenti 45 basi di elisoccorso di cui solo 7 attrezzate per il volo notturno.

Valutando il rapporto tra numero di basi e popolazione (0,1 basi per 100.000 abitanti) e il rapporto basi e superficie (0,1 per 1.000 km<sup>2</sup>) a livello nazionale, si osserva che le singole regioni si distribuiscono in modo piuttosto uniforme rispetto alla media. Unica eccezione è la Valle d'Aosta con un numero di basi rispetto al bacino di utenza pari a 1,6 per 100000 abitanti e un numero di basi per superficie pari a 0,6 per 1.000 kmq.

Piemonte e Lombardia presentano il maggior numero di basi (5), seguite dalla Sicilia (4). Ne sono, invece, totalmente prive l'Umbria, il Molise e la Sardegna. Se valutiamo i dati riguardanti il numero di basi abilitate anche al volo notturno, riscontriamo una situazione che dovrebbe essere implementata: soltanto la Sicilia ne possiede due, la Provincia Autonoma di Bolzano, Toscana, Lazio, Campania e Basilicata una sola. Tutte le restanti regioni non hanno nemmeno una base attrezzata.

### Raccomandazioni di Osservasalute

A causa dei limiti meteorologici, degli elevati costi e dei rischi sia per gli equipaggi sanitari sia per i pazienti, il servizio elisoccorso risulta integrativo e non sostitutivo dei più tradizionali sistemi del soccorso; tuttavia, negli ultimi anni il suo utilizzo nelle attività di emergenza è diventato sempre più frequente, per l'estrema versatilità e la possibilità di operare in tempi ristretti su un vasto territorio e di assicurare l'inter-

**Tabella 1** - Basi elisoccorso, per regione, riferite al territorio ed al bacino d'utenza - Anno 2004

Regioni	Numero basi elisoccorso	Numero basi attrezzate per volo notturno	Tasso Basi di elisoccorso	Superficie occupata da basi di elisoccorso
Piemonte	5	0	0,1	0,2
Valle d'Aosta	2	0	1,6	0,6
Lombardia	5	0	0,0	0,2
Bolzano-Bozen	3	1	0,6	0,4
Trento	2	0	0,4	0,3
Veneto	3	0	0,1	0,2
Friuli-Venezia Giulia	1	0	0,1	0,1
Liguria	1	0	0,1	0,2
Emilia-Romagna	3	0	0,1	0,1
Toscana	3	1	0,1	0,1
Umbria	0	0	0,0	0,0
Marche	1	0	0,1	0,1
Lazio	3	1	0,1	0,2
Abruzzo	2	0	0,1	0,2
Molise	0	0	0,0	0,0
Campania	2	1	0,0	0,1
Puglia	1	0	0,0	0,0
Basilicata	1	1	0,2	0,1
Calabria	3	0	0,1	0,2
Sicilia	4	2	0,1	0,1
Sardegna	0	0	0,0	0,0
<b>Italia</b>	<b>45</b>	<b>7</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>

Fonte dei dati ed anno di riferimento: [www.1.1.8italia.net](http://www.1.1.8italia.net)

vento tempestivamente (entro 20 minuti) su di un raggio di circa 70-80 Km dalla base, con la disponibilità di idonee apparecchiature di rianimazione.

Per questa ragione è opportuno che le regioni attualmente prive di basi sul loro territorio (Umbria, Molise e Sardegna) mettano in atto studi di fattibilità per la collocazione di almeno una base di elisoccorso o che, ove possibile, sottoscrivano accordi, così come previsto nelle Linee Guida, con le regioni confinanti.

E' importante che il servizio venga implementato con la dotazione di basi abilitate anche al volo notturno (attualmente su tutto il territorio nazionale sono solo 7) e l'eventuale collocazione di basi in zone strategiche, seppur limitatamente a periodi di tempo determinati, come servizi stagionali, in relazione ad esempio ai flussi turistici.

#### Riferimenti normativi

Linee Guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero. Febbraio 2005.

#### Basi di Elisoccorso. Anno 2004



## La struttura delle Aziende Ospedaliere e dei Presidi Ospedalieri. Presidi Ospedalieri con meno di 121 posti letto per alcune tipologie di reparto

**Significato.** L'indicatore vuole descrivere alcuni aspetti del sistema ospedaliero regionale: in primo luogo la ripartizione regionale dei posti letto tra Aziende Ospedaliere (AO) e Presidi Ospedalieri (PO) e la loro variazione in un biennio.

Le AO, in una struttura a rete, dovrebbero costituire i nodi centrali, mentre i piccoli PO dovrebbero fungere da nodi periferici; pertanto esse dovrebbero essere relativamente poche e grandi. Se invece il numero di AO fosse elevato e la loro dimensione media fosse non molto superiore a quella dei Presidi si configurerebbe, piuttosto, una situazione di competizione allar-

gata, tipica dei sistemi di competizione pubblica o mercati interni.

In secondo luogo si intende misurare l'importanza della ospedalità di piccole dimensioni (PO con meno di 121 posti letto), e quindi relativamente poco specializzata, nella struttura assistenziale regionale. Ciò viene fatto misurando sia il numero e il peso relativo dei loro posti letto rispetto al totale dei posti letto regionali; sia la presenza e l'ampiezza media dei principali reparti ospedalieri nelle piccole strutture ospedaliere pubbliche.

### *Aziende Ospedaliere*

Numero aziende

Numero medio di posti letto per azienda

### *Presidi Ospedalieri*

Numero presidi

Numero medio di posti letto per presidio

### *Presidi Ospedalieri con meno di 121 posti letto*

Numeratore	Presidi Ospedalieri con meno di 121 p.l. nei quali è presente il reparto	
Denominatore	Presidi Ospedalieri regionali con meno di 121 p.l	x 100

Numeratore	Posti letto in Presidi Ospedalieri con meno di 121 p.l. per reparto	
Denominatore	Posti letto regionali in Presidi Ospedalieri con meno di 121 p.l	x 100

**Validità e limiti.** L'indicatore esprime valori medi regionali e quindi non tiene conto della variabilità all'interno di una singola regione (variabilità tanto più rilevante quanto maggiore è il numero e peso relativo dei piccoli ospedali). Inoltre non tiene conto del peso relativo dell'ospedalità accreditata. Esso risente dell'affidabilità dei dati forniti dalle singole regioni e delle differenti modalità di classificazione delle strutture da parte delle regioni (nel caso della Lombardia ciò è particolarmente evidente, poiché è avvenuto un grosso cambiamento di classificazione delle strutture dal 2002 al 2003).

Può anche risentire di comportamenti strategici, tesi a posizionare gli ospedali leggermente al di sopra della soglia critica dei 120 posti letto.

Vengono presi in considerazione i posti letto ("posti

letto attivi") di degenza ordinaria e di *Day Hospital*, sebbene le tipologie d'uso degli stessi siano difformi: essendo comunque la presenza di *Day Hospital* limitata nelle piccole strutture ospedaliere, la lettura del dato non viene alterata.

Infine il dato dell'indicatore, nella fase relativa al focus sulla tipologia per reparto è vincolato alla fonte dei dati utilizzata che ad oggi non è stata ancora pubblicata con i dati del 2004.

Può essere inteso, soprattutto per quanto riguarda le variazioni nel corso del tempo, come un indicatore di differenti strategie di politica sanitaria.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il riferimento è il valore medio nazionale.



**Descrizione dei risultati**

Nella tabella 1 si nota, in generale, la stabilità del numero delle AO, mentre tendono a diminuire le dimensioni medie delle AO. Vi è una diminuzione nel numero dei PO, ma un lieve aumento delle dimensioni medie.

Per quanto riguarda le AO la loro diminuzione è di 6 unità su circa 107, cioè del 6% ma tale diminuzione è concentrata in Puglia (nel 2004 ha 4 AO in meno rispetto al 2002) e nelle Marche (nel 2004 ha 2 AO in meno rispetto al 2002). Quasi in tutte le regioni, inoltre, vi è una diminuzione della dimensione media delle AO, dato particolarmente evidente in Liguria e in Campania, mentre osserviamo, in controtendenza un aumento delle dimensioni medie nelle Marche e in Puglia che hanno evidentemente lasciato in attività solo le AO più grandi (tabella 1).

I Presidi diminuiscono di numero (-78 unità) e la loro dimensione media aumenta lievemente prevalentemente grazie alla forte concentrazione avvenuta in Veneto (+261 p.l.), Puglia (+163 p.l.), Emilia-Romagna (+114 p.l.), Lombardia (+29 p.l.) ed in Calabria (+21 p.l.) anche se l'andamento regionale non ha una tendenza univoca e le diminuzioni sono più frequenti degli aumenti.

In ogni caso la dimensione media delle AO risulta essere ancora tripla (660 p.l.) di quella dei PO (189 p.l.).

I Presidi con meno di 121 posti letto (tabella 2), sono in numero consistente prevalentemente al Sud ed in particolare nelle seguenti regioni: Sicilia (33), Calabria (26), Puglia (30), Campania (30), Lazio (30), Veneto (26). Analizzando, però, la composizione percentuale sul totale dei Presidi della regione, vediamo che la loro presenza è specialmente rilevante per Calabria (81%), la Provincia Autonoma di Trento (70%), Sicilia (67%), Marche (66%) e Campania (61%).

Non si individuano né netti gradienti geografici, né fattori dimensionali regionali che possano spiegare tale presenza di piccoli Presidi sul territorio. Esiste, tuttavia, una correlazione negativa (-0.59) tra quota di mercato pubblica (vedi indicatore "Composizione della spesa sanitaria per macro categorie" pag. 243) e numero di piccoli Presidi, ad indicare che regioni che puntano su una produzione diretta dei servizi ospedalieri hanno un minor numero di piccoli Presidi, ed una correzione positiva (0,65) con la dimensione media delle AO rispetto ai Presidi, espressa come rapporto tra rispettivo numero medio di posti letto, probabile indizio di funzionamento di una rete ospedaliera con nodo centrale una grande AO.

Venendo alla composizione dei piccoli Presidi Ospedalieri per reparto notiamo, rapportando il valore regionale a quello nazionale, che Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna, assorbono da sole quasi

il 50% dei posti letto attivi in Medicina Generale, oltre il 50% in Ortopedia e Chirurgia Generale, oltre il 60% in Ostetricia e Ginecologia e oltre il 70% in Pediatria. La più dettagliata analisi per reparto relativa all'anno 2003 (tabella 3), mostra che i piccoli ospedali attivano i singoli reparti con modalità molto differenziate. Ad esempio, mentre in media nei piccoli ospedali il reparto di chirurgia generale è presente nel 67% dei casi, le regioni medio piccole tendono ad attivarlo più di frequente: è il caso della Provincia Autonoma di Bolzano, della Liguria, del Molise e della Basilicata, in cui esso è sempre presente. Simile ragionamento vale per il reparto di Medicina Generale (alle precedenti regioni si aggiunge anche l'Emilia-Romagna).

Il ragionamento cambia se invece andiamo a confrontare il dato regionale con quello nazionale nei reparti di Pediatria e Ostetricia-Ginecologia: in Pediatria e Ostetricia-Ginecologia, a fronte di un valore nazionale rispettivamente del 39% e del 52% le regioni del Sud (con l'eccezione della Sardegna) hanno una maggiore presenza di tale reparto nei piccoli ospedali (sembra che a tale gradiente regionale si sovrapponga anche il fattore dimensionale): ciò configura questa tipologia di PO del Sud come istituti specializzati in parti e prima assistenza ai nati. Per quanto riguarda il reparto di Ortopedia non vi sono tendenze evidenti. Peculiare appare invece il caso del Piemonte, in cui i piccoli presidi sembrano essere prevalentemente ospedali "specializzati" in altre tipologie di assistenza sanitaria. La tabella 4, relativa ai posti letto, fornisce un altro dettaglio pur non variando sostanzialmente le conclusioni: vediamo confermata l'influenza dei fattori dimensionale e geografico e constatiamo alcune peculiarità (dovute in parte probabilmente ad una non perfetta omogeneità di classificazione). La Liguria, ad esempio, presenta ben il 68% dei propri posti letto totali nei piccoli presidi nel reparto di Ostetricia-Ginecologia (a fronte di un valore medio italiano del 10%), mentre non ne ha alcuno in Pediatria; le Marche, hanno il 48% dei propri posti letto in piccoli ospedali concentrati nella Medicina Generale (a fronte di un valore nazionale del 28%).

Un confronto dei dati rispetto al 2002 (Rapporto Osservasalute 2004, pag. 264-270), mostra che il numero di posti letto è in calo ovunque (stazionario solo in pediatria); esistono, però dati in controtendenza rispetto alla diminuzione generalizzata di posti letto: peculiare è il caso della Campania, della Sicilia e della Sardegna, che vedono aumentare i posti letto in tutte le specialità analizzate. La diminuzione di queste tipologie di PO c'è stata in Calabria e in Puglia. In Veneto, invece sembra che vi sia stata una riconversione di posti verso la Medicina Generale.

**Tabella 1 - Struttura delle Aziende e dei Presidi Ospedalieri per regione - Anno 2002-2004**

Regioni	Aziende Ospedaliere				Presidi Ospedalieri			
	Numero di strutture	Variazione 2002-2004	Numero medio PL	Variazione 2002-2004	Numero di strutture	Variazione 2002-2004	Numero medio PL	Variazione 2002-2004
Piemonte	7	0	623,00	-38	30	2	257,63	1
Valle d'Aosta	0	0	0,00	0	1	0	421,00	-13
Lombardia	29	0	773,66	-69	2	-3	248,00	29
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0,00</i>	<i>0</i>	<i>7</i>	<i>0</i>	<i>260,86</i>	<i>-15</i>
<i>Trento</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0,00</i>	<i>0</i>	<i>11</i>	<i>-1</i>	<i>143,00</i>	<i>-4</i>
Veneto	2	0	1.589,00	-83	27	-39	469,22	261
Friuli-Venezia Giulia	4	0	630,75	-70	12	-1	111,75	-77
Liguria	3	0	771,00	-165	10	0	280,40	-55
Emilia-Romagna	5	0	986,40	-23	22	-10	394,86	114
Toscana	4	0	938,50	-78	35	-3	216,46	-26
Umbria	2	0	650,50	-29	9	0	145,11	-15
Marche	2	-2	601,50	285	29	-2	119,34	-10
Lazio	8	0	824,38	3	54	2	126,91	-40
Abruzzo	0	0	0,00	0	22	0	160,27	-63
Molise	0	0	0,00	0	6	0	196,33	-21
Campania	10	0	448,30	-142	54	3	110,63	-15
Puglia	2	-4	994,00	224	27	-28	300,37	163
Basilicata	2	0	414,50	-12	7	0	145,43	-69
Calabria	4	0	455,75	-25	32	0	117,38	21
Sicilia	20	0	408,35	-53	50	2	92,76	-17
Sardegna	3	0	244,00	-9	29	0	167,72	-10
<b>Italia</b>	<b>107</b>	<b>-6</b>	<b>659,98</b>	<b>-44</b>	<b>476</b>	<b>-78</b>	<b>188,67</b>	<b>10</b>

Aziende Ospedaliere: comprendono anche i Policlinici Universitari.

Presidi Ospedalieri: Istituti qualificati presidio di ASL, Ospedali a gestione diretta e Istituti Psichiatrici.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute e SIS. Anno 2006.

**Tabella 2 - Presidi Ospedalieri con meno di 121 posti letto per regioni (Valori assoluti e percentuali) - Anno 2003**

Regioni	Presidi con meno di 121 posti letto	(%) rispetto al numero di Presidi regionali	Variazione 2003-2002
Piemonte	7	23	1
Valle d'Aosta	0	0	0
Lombardia	0	0	0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>3</i>	<i>43</i>	<i>0</i>
<i>Trento</i>	<i>7</i>	<i>70</i>	<i>0</i>
Veneto	26	41	1
Friuli-Venezia Giulia	5	42	0
Liguria	2	29	-1
Emilia-Romagna	4	18	-8
Toscana	11	34	0
Umbria	3	38	0
Marche	19	66	-1
Lazio	30	56	5
Abruzzo	7	33	0
Molise	1	17	-1
Campania	30	61	3
Puglia	30	49	1
Basilicata	2	33	0
Calabria	26	81	-1
Sicilia	33	67	3
Sardegna	14	48	1
<b>Italia</b>	<b>260</b>	<b>47</b>	<b>1</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: nostre elaborazioni dati Ministero della Salute e SIS. Anno 2006.

**Tabella 3 - Numero di PO con meno di 121 posti letto per tipologia di reparto e per regione (Valori assoluti e percentuali) rispetto al numero totale di PO con meno di 121 posti letto regionali – Anno 2003**

Regioni	Chirurgia Generale		Medicina Generale		Pediatria		Ostetricia e Ginecologia		Ortopedia	
	N. presidi	%	N. presidi	%	N. presidi	%	N. presidi	%	N. presidi	%
Piemonte	0	0	1	14	0	0	0	0	1	14
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Bolzano-Bozen</i>	3	100	3	100	3	100	3	100	1	33
<i>Trento</i>	4	57	5	71	1	14	4	57	1	14
Veneto	9	35	12	46	5	19	8	31	9	35
Friuli-Venezia Giulia	2	40	3	60	0	0	0	0	2	40
Liguria	2	100	2	100	0	0	0	0	1	50
Emilia-Romagna	3	75	4	100	0	0	2	50	3	75
Toscana	8	73	8	73	3	27	5	45	5	45
Umbria	1	33	1	33	1	33	1	33	1	33
Marche	13	68	17	89	3	16	4	21	2	11
Lazio	14	47	19	63	5	17	10	33	10	33
Abruzzo	6	86	6	86	2	29	2	29	1	14
Molise	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Campania	27	90	28	93	20	67	23	77	19	63
Puglia	23	77	26	87	14	47	20	67	15	50
Basilicata	2	100	2	100	1	50	2	100	0	0
Calabria	20	77	24	92	14	54	15	58	9	35
Sicilia	28	85	27	82	24	73	27	82	18	55
Sardegna	9	64	9	64	4	29	7	50	4	29
<b>Italia</b>	<b>175</b>	<b>67</b>	<b>198</b>	<b>76</b>	<b>101</b>	<b>39</b>	<b>134</b>	<b>52</b>	<b>103</b>	<b>40</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazioni dati Ministero della Salute e SIS. Anno 2006.

**Tabella 4 - Numero di posti letto nei PO con meno di 121 posti letto per tipologia di reparto e per regione (Valori assoluti e percentuali) rispetto al totale dei posti letto regionali nei PO con meno di 121 posti letto -Anno 2003**

Regioni	Chirurgia Generale		Medicina Generale		Pediatria		Ostetricia e Ginecologia		Ortopedia	
	N. posti letto	%	N. posti letto	%	N. posti letto	%	N. posti letto	%	N. posti letto	%
Piemonte	0	0	17	5	0	0	0	0	32	9
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Bolzano-Bozen</i>	92	35	109	41	18	7	44	17	0	0
<i>Trento</i>	79	16	196	40	2	0	36	7	23	5
Veneto	142	7	323	16	37	2	0	0	203	10
Friuli-Venezia Giulia	57	17	123	36	0	0	0	0	21	6
Liguria	55	29	84	45	0	0	127	68	24	13
Emilia-Romagna	59	18	122	37	0	0	20	6	40	12
Toscana	170	25	295	43	12	2	45	7	62	9
Umbria	20	15	28	21	8	6	12	9	12	9
Marche	193	19	485	48	18	2	63	6	40	4
Lazio	303	18	480	28	32	2	131	8	128	7
Abruzzo	95	19	106	21	12	2	33	6	18	4
Molise	36	39	34	37	2	2	14	15	5	5
Campania	442	18	576	24	185	8	356	15	209	9
Puglia	457	19	633	27	145	6	355	15	248	10
Basilicata	40	31	51	39	7	5	32	25	0	0
Calabria	415	23	544	30	109	6	214	12	132	7
Sicilia	520	20	616	24	198	8	327	13	243	10
Sardegna	183	23	235	29	41	5	89	11	105	13
<b>Italia</b>	<b>3.358</b>	<b>18</b>	<b>5.057</b>	<b>28</b>	<b>826</b>	<b>5</b>	<b>1.898</b>	<b>10</b>	<b>1.545</b>	<b>9</b>

Posti letto attivi per degenze ordinarie e Day Hospital.

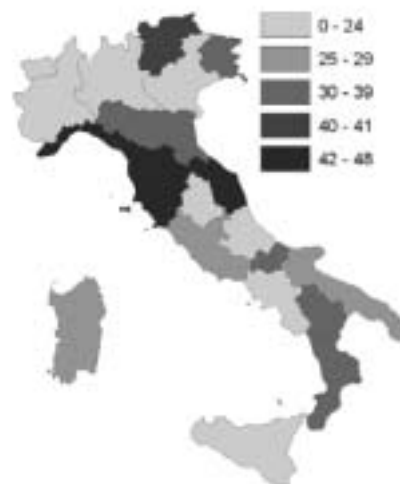
Nota: la somma delle percentuali non è pari a 100 per la mancanza di una colonna riferibile a tutti gli altri reparti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazioni dati Ministero della Salute e SIS. Anno 2006.

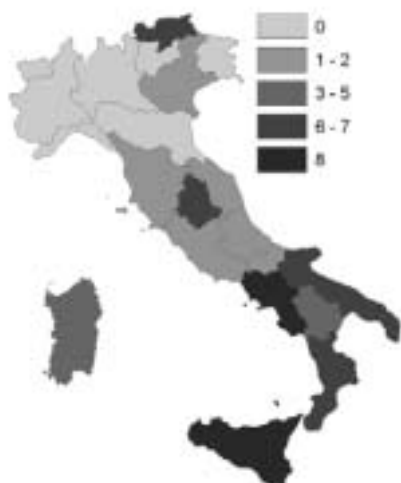
Percentuale di posti letto nei PO con meno di 121 posti nel reparto di Chirurgia Generale per regione. Anno 2003



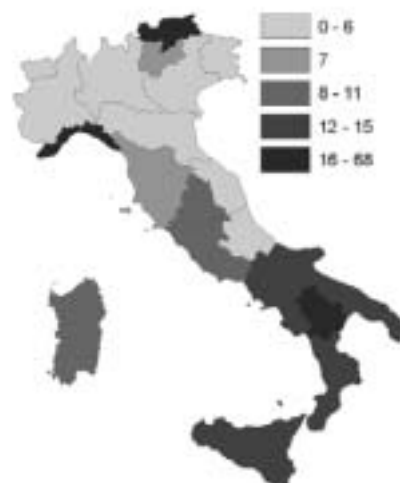
Percentuale di posti letto nei PO con meno di 121 posti nel reparto di Medicina Generale per regione. Anno 2003



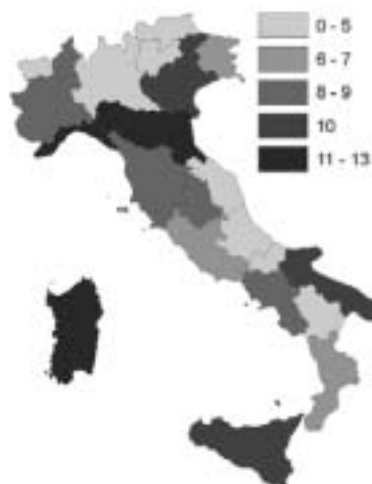
Percentuale di posti letto nei PO con meno di 121 posti nel reparto di Pediatria per regione. Anno 2003



Percentuale di posti letto nei PO con meno di 121 posti nel reparto di Ostetricia e Ginecologia per regione. Anno 2003



Percentuale di posti letto nei PO con meno di 121 posti nel reparto di Ortopedia per regione. Anno 2003



### **Raccomandazioni di Osservasalute**

È auspicabile l'accorpamento di piccoli Presidi, ed in tale luce preoccupa soprattutto l'aumento dei posti letto in alcune regioni del Sud. C'è però da tenere presente, quanto affermato nel Piano Sanitario Nazionale e cioè che vi sia, soprattutto in campo pediatrico ed ostetrico una ipertrofia e una eccessiva frammentazione dell'offerta sul territorio, da affrontare anche mediante un rinnovamento della rete di trasporti in emergenza neonatale.

Vi è quindi la possibilità di attuare una riorganizzazione selettiva per reparto, all'interno dei piccoli ospedali, ricordando, però, che proprio il Sud, carente di infrastrutture viarie è quello dove tali reparti sono ipertrofici, e quindi tale ipertrofia è giustificata proprio dalle carenze strutturali nel campo dei trasporti. C'è infine da rilevare un leggero slittamento nell'"enfasi dimensionale" nella recente legge finanziaria (2006): i residui investimenti devono essere destinati ad interventi su presidi per acuti con almeno 250 posti letto, mentre resta il limite dimensionale a 120 posti letto nei presidi per lungodegenza e riabilitazione.

## Numero di posti letto ordinari e numero di dimessi negli istituti di cura pubblici, privati accreditati e privati non accreditati

**Significato.** L'assetto organizzativo e istituzionale dei sistemi sanitari delle diverse regioni si caratterizza, generalmente, per la rilevanza economica e organizzativa del livello dell'assistenza ospedaliera.

Ogni sistema, però, si caratterizza per diversi mix nella natura giuridica delle strutture ospedaliere e per la presenza di quote di posti letto che fanno riferimento a strutture non accreditate e che quindi non gravano in alcun modo sul bilancio della regione.

L'analisi del numero di posti letto per tipologia di istituto di cura (pubblici, privati accreditati e privati) per regione

ci da un'idea della struttura organizzativa offerta. Questi valori, per avere anche un'informazione relativa all'attività svolta da questi, affiancati ai dati delle degenze per ciascuna tipologia di istituto, ci danno un'informazione in più sulle strutture presenti in ogni regione, un'informazione di attività. Il settore ospedaliero è quello in cui negli ultimi anni ci sono stati cambiamenti più significativi, per cercare sempre più di razionalizzare le risorse: i maggiori cambiamenti si sono verificati rispetto al numero di strutture, di posti letto, e al passaggio di alcune tipologie di degenza da ordinaria a *Day Hospital*.

### Percentuale di posti letto per tipologia di istituto di cura

Numeratore  $\frac{\text{Posti letto negli istituti di cura pubblici}}{\text{Posti letto totali}} \times 100$

Denominatore

Numeratore  $\frac{\text{Posti letto negli istituti di cura privati accreditati}}{\text{Posti letto totali}} \times 100$

Denominatore

Numeratore  $\frac{\text{Posti letto negli istituti di cura privati non accreditati}}{\text{Posti letto totali}} \times 100$

Denominatore

### Percentuale di dimessi per tipologia di istituto di cura

Numeratore  $\frac{\text{Dimessi negli istituti di cura pubblici}}{\text{Dimessi totali}} \times 100$

Denominatore

Numeratore  $\frac{\text{Dimessi negli istituti di cura privati accreditati}}{\text{Dimessi totali}} \times 100$

Denominatore

Numeratore  $\frac{\text{Dimessi negli istituti di cura privati}}{\text{Dimessi totali}} \times 100$

Denominatore

**Validità e limiti.** L'indicatore nella sua articolazione mostra le scelte organizzative adottate dalla sanità pubblica e privata nelle diverse regioni.

Le informazioni sulla struttura e l'attività degli istituti di cura utilizzate sono elaborate dall'Istat a partire dai dati rilevati dal Ministero della Salute mediante appositi modelli di rilevazione (modelli Hsp) che rilevano informazioni sui dati anagrafici degli istituti di cura pubblici e privati, le caratteristiche organizzative, i posti letto ordinari e in Day Hospital, le apparecchiature tecnico biome-

diche di diagnosi e cura e i dati di attività dei reparti ospedalieri.

“Con l'espressione istituto di cura si indica una delle seguenti tipologie specifiche:

- Ospedale a gestione diretta, costituito in azienda ai sensi dell'art.4, commi 1 e 4 del Decreto legislativo 502/92 (vedi Azienda ospedaliera);
- Ospedale a gestione diretta, presidio della Asl;
- Policlinico universitario (art. 39 legge 833/78);
- Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (art. 42

legge 833/78);

- Ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art.1, ultimo comma, legge 132/68 (art. 41 legge 833/78);
- Casa di cura (provvisoriamente accreditata o non);
- Istituto sanitario privato qualificato presidio Asl (art. 43, comma 2, legge 833/78 e Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20/10/1988);
- Ente di ricerca (art. 40 legge 833/78)" (da Indagine Istat – Struttura e attività degli istituti di cura del 2001-2003 - Anno 2006).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore di riferimento è quello dei 4,5 posti letto per 1.000 abitanti. È comunque possibile affiancare a questo benchmark "teorico" quello "empirico" definito come il valore medio nazionale.

### **Descrizione dei risultati**

In generale il numero di posti letto ordinari continua a diminuire nel tempo (Istat 2006), soprattutto nel 2003; rispetto al 2002 si osserva una diminuzione del 5,5 %. La dotazione media per 1.000 abitanti di posti letto ordinari era 4,44 nel 2002, nel 2003 è di 4,16.

A livello regionale nel 2003, l'offerta più bassa c'è in Campania (3,03 posti letto per 1.000 abitanti), la regione con il valore più basso è il Lazio (5,37 per 1.000 abitanti). Questi dati andrebbero letti anche rispetto all'indicatore della composizione della spesa sanitaria per macro categorie (vedi pag. 243), da cui si possono desumere alcune scelte economiche-organizzative di alcune regioni italiane per la struttura di erogazione dei servizi di cure sanitarie (il mix di pubblico-privato).

Analizzando i dati presenti nelle tabelle 1 e 2 di questo indicatore, sempre nel 2003, la maggior parte delle regioni del Nord hanno un'offerta superiore alla media italiana. Per quanto riguarda la distribuzione dei posti letto tra pubblico e privato, accreditato e non, è interessante osservare le grandi differenze che caratterizzano le regioni italiane in termini di incidenza percentuale. La regione in cui l'incidenza dei posti letto privati accreditati è più alta è la Campania con il 33,2% dei posti letto i cui ricoveri sono finanziati dal settore pubblico e gestiti dal privato accreditato. Tale quota rimane elevata e comunque sopra la media nazionale (19,9%): Calabria (31,5%), Lazio (30,2%), Sicilia (23,4%), Emilia-Romagna (23,2%), Lombardia (21,3%) e Sardegna (20,6%). È interessante constatare che la percentuale di posti letto privati rimane più alta nel Lazio, Campania, Calabria, Piemonte, Emilia-Romagna e Lombardia.

L'offerta di servizi ospedalieri privati non accreditati, rappresenta il 3,1% dell'offerta nazionale. Solo 4 regioni hanno una quota superiore al 5% della propria offerta complessiva di posti letto: Lazio (7,1%), Piemonte (6,3), Bolzano (5,5%) e la Puglia (5,3) che tra l'altro compare tra le regioni con una minore incidenza di privato accreditato. Sul fronte opposto troviamo regioni dove il ruolo del privato accreditato è pressoché inesistente: Liguria (1,8%),

Basilicata (3,2%) e Veneto (5,5%).

Interessante constatare che in Liguria a fronte di una quasi totale assenza del privato accreditato è più significativa la presenza di privato senza accreditamento (4,1%).

Guardando la tabella 3, relativa alle variazioni dei posti letto per gli anni 2001-2003, i valori sono molto diversi tra le regioni: per quanto riguarda i posti letto privati accreditati il valore va dalla variazione negativa più bassa della Calabria (-0,8 %), non considerando il valore della provincia autonoma di Trento a causa della mancanza di trasmissione di alcuni dati (vedi nota tabella 1), a quella più alta dell' Abruzzo (+12, 8%). Per quanto riguarda la variazione della quota di posti letto ordinari degli istituti privati non accreditati il numero è rimasto quasi lo stesso (diminuzione a livello nazionale dello 0,2 %) in tutte le regioni a parte la regione Puglia che ha un aumento del 2 %.

Spostando l'attenzione sulle degenze, la loro distribuzione mostra significative variabilità evidentemente correlabili alla struttura d'offerta precedentemente analizzata. Le stesse regioni che hanno un numero di posti letto nel privato accreditato superiore alla media nazionale (vedi sopra) hanno una quota di dimissioni da tali ospedali al di sopra della media nazionale (15,4%). Tra le sette regioni precedentemente segnalate, fa eccezione l'Emilia-Romagna i cui dimessi da istituti privati accreditati è pari al 14,9%, sotto la media nazionale.

Si osserva inoltre che alla contrazione dell'offerta di posti letto ordinari corrisponde una significativa riduzione anche dei ricoveri in regime ordinario, che passano da 9,4 milioni circa nel 2000 a 8,4 milioni nel 2003. Il tasso di ospedalizzazione si è ridotto molto, passando da 163,5 ricoveri per 1.000 abitanti nel 2000 a 146,5 nel 2003.

È interessante osservare che le quote di dimessi da ospedali privati accreditati sono sistematicamente inferiori, per tutte le regioni italiane, rispetto alla quota dei posti letto. Questo sembrerebbe segnalare un minore rapporto dimesso / posto letto del settore privato rispetto a quello pubblico. Evidentemente il mix nella tipologia di posti letto (tra acuti, riabilitazione e lungo-degenza) diverso tra i due contesti non permette di trarre conclusioni definitive rispetto alla produttività relativa dei due comparti.

In termini di dinamica complessiva della struttura del sistema di offerta nel periodo 2001-2003 si notano riduzioni degli istituti pubblici in termini assoluti (da 778 a 746) mentre è pressoché identico il numero degli istituti privati accreditati. I dimessi si sono ridotti in tutte le regioni tranne la Sardegna (+ 9.901). In sei regioni è aumentato il numero dei dimessi da istituti di cura privati accreditati: Piemonte, Bolzano, Emilia-Romagna, Abruzzo, Puglia, Sicilia. L'incremento tra il 2001 e il 2003 in Abruzzo è stato significativo con + 22.242 casi pari al 10,3 % in più rispetto al 2001. Ci sono forti differenze regionali del tasso di ospedalizzazione in regime ordinario: valori molto bassi in Basilicata (103,9), Valle d'Aosta (114,3), provincia autonoma di Trento (116,6) e valori molto alti nella provincia autonoma di Bolzano (184,7), in Molise (180,1) e in Abruzzo (172,9) (Istat, 2006).

**Tabella 1 - Posti letto ordinari negli istituti di cura pubblici, privati accreditati, privati non accreditati e privati per regione (Valori assoluti e percentuali) - Anno 2003**

Regioni	Posti Letto Istituti Privati				p.l. privati accreditati/ p.l. totali	Percentuali	
	p.l. pubblici	Accreditati	Non accreditati	p.l. totali		p.l. privati non accreditati/ p.l. totali	p.l. privati/ p.l. totali
Piemonte	13.738	3.690	1.170	18.598	19,8	6,3	26,1
Valle d'Aosta	425	0	0	425	0,0	0,0	0,0
Lombardia	29.947	8.357	1.013	39.317	21,3	2,6	23,8
Bolzano-Bozen	1.937	304	131	2.372	12,8	5,5	18,3
Trento	1.811	0	0	1.811	0,0	0,0	0,0
Veneto	17.868	1.065	398	19.331	5,5	2,1	7,6
Friuli-Venezia Giulia	4.476	616	103	5.195	11,9	2,0	13,8
Liguria	5.402	102	234	5.738	1,8	4,1	5,9
Emilia-Romagna	14.260	4.392	270	18.922	23,2	1,4	24,6
Toscana	11.470	1.941	340	13.751	14,1	2,5	16,6
Umbria	2.555	219	19	2.793	7,8	0,7	8,5
Marche	4.758	776	88	5.622	13,8	1,6	15,4
Lazio	17.417	8.380	1.977	27.774	30,2	7,1	37,3
Abruzzo	4.202	954	30	5.186	18,4	0,6	19,0
Molise	1.431	183	1	1.615	11,3	0,1	11,4
Campania	11.180	5.788	447	17.415	33,2	2,6	35,8
Puglia	13.317	1.825	849	15.991	11,4	5,3	16,7
Basilicata	1.841	60	0	1.901	3,2	0,0	3,2
Calabria	6.874	3.167	18	10.059	31,5	0,2	31,7
Sicilia	14.216	4.377	109	18.702	23,4	0,6	24,0
Sardegna	5.671	1.509	157	7.337	20,6	2,1	22,7
<b>Italia</b>	<b>184.796</b>	<b>47.705</b>	<b>7.354</b>	<b>239.855</b>	<b>19,9</b>	<b>3,1</b>	<b>23,0</b>

Gli istituti privati della provincia autonoma di Trento non hanno trasmesso i dati relativi ai posti letto.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione dati indagine Istat – Struttura e attività degli istituti di cura del 2001-2003 . Anno 2006.

**Tabella 2 - Numero di degenze negli istituti di cura pubblici, privati accreditati, privati non accreditati e privati per regione (Valori assoluti e percentuali) - Anno 2003**

Regioni	Istituti pubblici	Numero delle degenze			Totale istituti	Percentuali	
		Accreditati	Non accreditati	privati accreditati/ totale		privati non accreditati/ totale	privati/ totale
Piemonte	428.628	72.094	12.816	513.538	14,0	2,5	16,5
Valle d'Aosta	13.889	0	0	13.889	0,0	0,0	0,0
Lombardia	1.105.658	298.386	18.123	1.422.167	21,0	1,3	22,3
Bolzano-Bozen	78.628	4.322	3.779	86.729	5,0	4,4	9,3
Trento	56.801	0	0	56.801	0,0	0,0	0,0
Veneto	592.175	32.295	1.810	626.280	5,2	0,3	5,4
Friuli-Venezia Giulia	137.860	11.779	604	150.243	7,8	0,4	8,2
Liguria	194.551	2.659	2.875	200.085	1,3	1,4	2,8
Emilia-Romagna	531.775	93.706	4.431	629.912	14,9	0,7	15,6
Toscana	430.466	32.116	5.074	467.656	6,9	1,1	8,0
Umbria	109.393	7.251	42	116.686	6,2	0,0	6,3
Marche	179.671	20.547	92	200.310	10,3	0,0	10,3
Lazio	660.458	139.431	38.791	838.680	16,6	4,6	21,3
Abruzzo	187.102	33.842	326	221.270	15,3	0,1	15,4
Molise	53.685	4.160	45	57.890	7,2	0,1	7,3
Campania	546.051	209.462	5.408	760.921	27,5	0,7	28,2
Puglia	594.913	70.853	15.015	680.781	10,4	2,2	12,6
Basilicata	60.099	1.913	0	62.012	3,1	0,0	3,1
Calabria	211.269	73.734	21	285.024	25,9	0,0	25,9
Sicilia	642.244	149.954	1.630	793.828	18,9	0,2	19,1
Sardegna	210.076	43.278	781	254.135	17,0	0,3	17,3
<b>Italia</b>	<b>7.025.392</b>	<b>1.301.782</b>	<b>111.663</b>	<b>8.438.837</b>	<b>15,4</b>	<b>1,3</b>	<b>16,7</b>

Gli istituti privati della provincia autonoma di Trento non hanno trasmesso i dati relativi ai posti letto.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione dati indagine Istat – Struttura e attività degli istituti di cura del 2001-2003 - Anno 2006.



**Tabella 3** - *Variazione del numero di posti letto ordinari negli istituti di cura pubblici, privati accreditati, privati non accreditati e privati per regione - Anni 2001-2003*

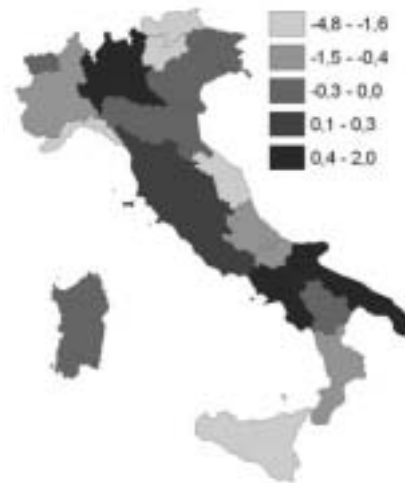
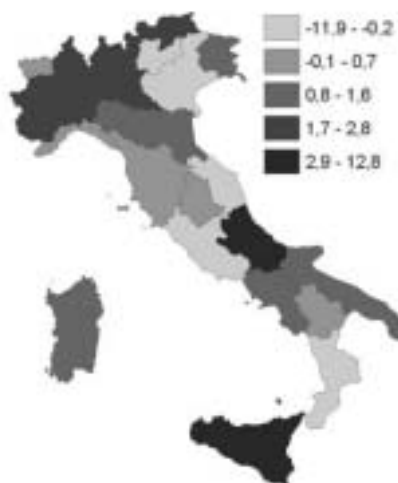
Regioni	Variazione p.l. istituti privati				Variazione percentuale		
	p.l. pubblici	Accreditati	Non accreditati	p.l. totali	p.l. privati accreditati/ p.l. totali	p.l. privati non accreditati/ p.l. totali	p.l. privati/ p.l. totali
Piemonte	-2.177	134	-236	-2.279	2,8	-0,4	2,4
Valle d'Aosta	-32	0	0	-32	0,0	0,0	0,0
Lombardia	-4.152	-75	118	-4.109	1,8	0,5	2,4
Bolzano-Bozen	-72	45	-131	-158	2,6	-4,8	-2,3
Trento	-301	-300	-101	-702	-11,9	-4,0	-16,0
Veneto	-1.474	-141	-51	-1.666	-0,2	-0,1	-0,3
Friuli-Venezia Giulia	-684	8	-30	-706	1,6	-0,3	1,3
Liguria	-2.127	-15	-231	-2.373	0,3	-1,7	-1,3
Emilia-Romagna	-523	221	-70	-372	1,6	-0,3	1,3
Toscana	-1.512	-184	12	-1.684	0,3	0,3	0,7
Umbria	-331	-5	1	-335	0,7	0,1	0,8
Marche	-941	-203	-131	-1.275	-0,4	-1,6	-2,0
Lazio	-1.334	-850	-93	-2.277	-0,5	0,2	-0,3
Abruzzo	-669	660	-47	-56	12,8	-0,9	11,9
Molise	46	90	-15	121	5,1	-1,0	4,1
Campania	-2.368	-667	15	-3.020	1,6	0,5	2,1
Puglia	-1.435	26	274	-1.135	0,9	2,0	2,9
Basilicata	-546	0	0	-546	0,7	0,0	0,7
Calabria	59	-118	-53	-112	-0,8	-0,5	-1,3
Sicilia	-642	716	-450	-376	4,2	-2,3	1,9
Sardegna	-293	25	-6	-274	1,1	0,0	1,1
Italia	-21.508	-633	-1.225	-23.366	1,5	-0,2	1,3

Gli istituti privati della provincia autonoma di Trento non hanno trasmesso i dati relativi ai posti letto.

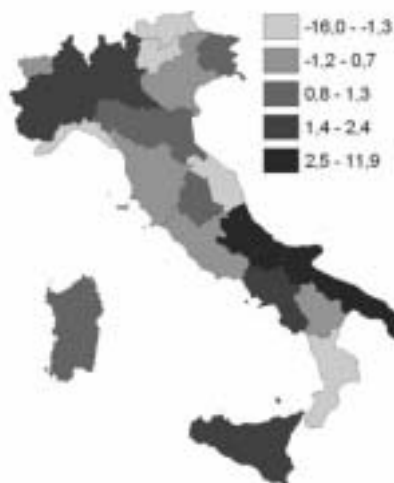
Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione dati indagine Istat – Struttura e attività degli istituti di cura del 2001-2003. Anno 2006.

Variazione percentuale dei p.l. privati accreditati/p.l. totali. Anni 2001-2003

Variazione percentuale dei p.l. privati non accreditati/p.l. totali. Anni 2001-2003



Variazione percentuale dei p.l. privati/p.l. totali. Anni 2001-2003



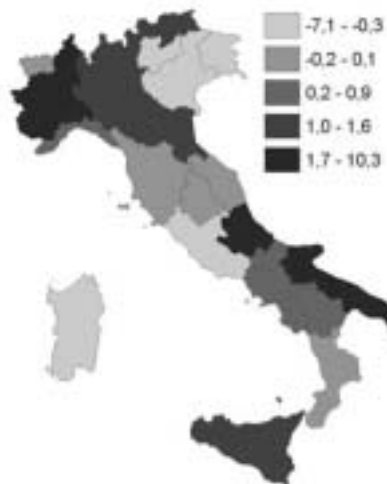
**Tabella 4 -** *Variazione del numero di degenze negli istituti di cura pubblici, privati accreditati, privati non accreditati e privati per regione - Anni 2001-2003*

Regioni	Variazione numero delle degenze				Variazione Percentuale		
	Istituti pubblici	Accreditati	Non accreditati	Totale istituti	privati accreditati/ totale	privati non accreditati/ totale	privati/ totale
Piemonte	-73.321	8.831	-3.666	-68.156	3,2	-0,3	2,8
Valle d'Aosta	-1.374	0	0	-1.374	0,0	0,0	0,0
Lombardia	-147.727	-11.219	-1.957	-160.903	1,4	0,0	1,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>-5.773</i>	<i>1.036</i>	<i>-348</i>	<i>-5.085</i>	<i>1,4</i>	<i>-0,1</i>	<i>1,3</i>
<i>Trento</i>	<i>-9.934</i>	<i>-5.115</i>	<i>-189</i>	<i>-15.238</i>	<i>-7,1</i>	<i>-0,3</i>	<i>-7,4</i>
Veneto	-55.793	-5.588	-380	-61.761	-0,3	0,0	-0,4
Friuli-Venezia Giulia	-15.602	-3.617	-141	-19.360	-1,2	0,0	-1,3
Liguria	-83.453	-540	-4.128	-88.121	0,2	-1,0	-0,8
Emilia-Romagna	-17.372	8.686	-1.401	-10.087	1,6	-0,2	1,4
Toscana	-60.796	-4.236	-1.171	-66.203	0,1	-0,1	0,0
Umbria	-13.307	-680	-5	-13.992	0,1	0,0	0,1
Marche	-34.633	-4.451	-183	-39.267	-0,2	-0,1	-0,2
Lazio	-34.135	-18.238	-3.418	-55.791	-1,0	-0,1	-1,1
Abruzzo	-35.084	22.242	213	-12.629	10,3	0,1	10,4
Molise	-6.672	-339	-70	-7.081	0,3	-0,1	0,2
Campania	-104.273	-29.573	-1.340	-135.186	0,9	0,0	0,8
Puglia	-105.166	5.469	2.989	-96.708	2,0	0,7	2,7
Basilicata	-26.487	-185	0	-26.672	0,7	0,0	0,7
Calabria	-36.601	-13.622	-1.726	-51.949	-0,1	-0,5	-0,6
Sicilia	-43.022	2.909	-12.727	-52.840	1,5	-1,5	0,0
Sardegna	12.116	-2.159	-56	9.901	-1,6	0,0	-1,6
Italia	-898.409	-50.389	-29.704	-978.502	1,1	-0,2	0,9

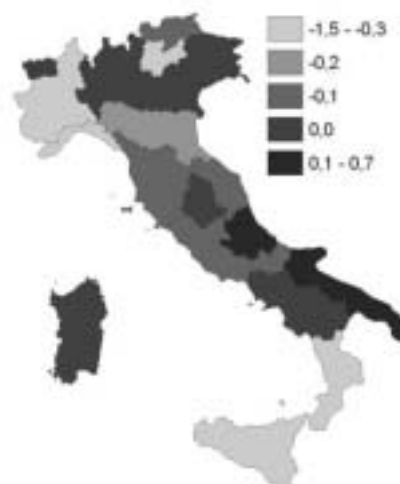
Gli istituti privati della provincia autonoma di Trento non hanno trasmesso i dati relativi ai posti letto.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione dati indagine Istat – Struttura e attività degli istituti di cura del 2001-2003. Anno 2006.

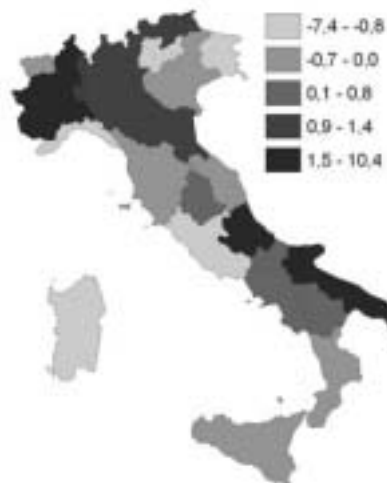
Variazione percentuale degli istituti privati accreditati/totale. Anni 2001-2003



Variazione percentuale degli istituti privati non accreditati/totale. Anni 2001-2003



Variazione percentuale degli istituti privati/totale. Anni 2001-2003



### Confronto internazionale

Ad un primo sguardo dei dati internazionali sul numero dei posti letto ordinari per 100 abitanti, e al di là delle differenze regionali esistenti in Italia, si nota che a livello nazionale l'Italia, si trova in una posizione simile a quel-

la di Regno Unito, Danimarca, Irlanda ed Olanda. È evidente il trend comune, alla maggior parte dei paesi elencati in tabella 5, di diminuzione dei posti letto dal 2001 al 2004 (il Portogallo, la Norvegia e il Lussemburgo hanno un valore costante).

**Tabella 5 - Tasso di posti letto ordinari in alcuni Paesi (tassi per 1.000 abitanti) – Anni 2001-2004**

Paesi	2001	2002	2003	2004
Austria	8,5	8,4	8,3	7,7
Belgio	7,0	6,9	6,8	6,8
Danimarca	4,2	4,1	4,0	n.d.
Finlandia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Francia	7,9	7,8	7,7	7,5
Germania	9,0	8,9	8,7	8,6
Grecia	4,8	4,7	n.d.	n.d.
Islanda	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	4,5	4,4	4,3	4,2
Italia	4,6	4,4	4,2	n.d.
Lussemburgo	6,9	6,8	6,8	6,7
Olanda	5,0	4,9	4,8	n.d.
Norvegia	3,8	3,8	3,8	3,7
Portogallo	3,7	3,6	3,6	3,7
Spagna	3,6	3,5	3,4	n.d.
Svezia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Regno Unito	4,2	4,2	4,1	4,1
Stati Uniti	3,5	3,4	3,3	3,3

I paesi rappresentati (ad eccezione degli Stati Uniti) appartengono all'Area Economica Europea (EFTA).

Dati non disponibili per Finlandia, Islanda e Svezia.

Dati dell'Austria per il 2004 sono un'interruzione di una serie.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Eco-Salute OCSE. Anno 2006.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

La situazione nazionale mostra una estrema variabilità nella dotazione dei posti letto nelle diverse regioni, anche se non è possibile identificare un gradiente Nord-Sud. La modulazione del numero dei posti letto (ordinari o Day Hospital) dovrebbe essere il frutto di una dettagliata analisi del fabbisogno. Anche il ricorso a benchmark standard (es. il tasso di 4,5 p.l. per 1.000 abitanti) dovrebbe essere sistematicamente posto sotto revisione a livello locale al fine di identificare il reale fabbisogno in termini di offerta di servizi ospedalieri. È evidente, inoltre, che la standardizzazione del volume dell'offerta non ha senso se non si definiscono degli standard di efficienza nell'uso dei posti letto (ricorrendo all'analisi congiunta dell'indice di rotazione, del tasso di occupazione e della degenza media). Tale analisi di efficienza dovrebbe essere accompagnata dall'identificazione di set di indicatori standard per l'analisi dell'appropriatezza dell'uso dei posti letto. Per quanto riguarda invece il mix nell'offerta in relazione alla natura giuridica e al regime di accreditamento, nessuna raccomandazione può essere formulata: non esiste evidenza circa la presenza di un corretto equilibrio tra pubblico e privato, accreditato e non accreditato. In qualche modo lo stesso concetto di accreditamento adottato nel nostro paese, in quasi tutte le regioni, tenderebbe ad uniformare sotto medesime regole di comportamento settore pubblico e settore privato.

Per ottenere dalla rete ospedaliera la massima efficienza ed efficacia, indipendentemente dal mix nella natura giuridica delle strutture di erogazione, è raccomandabile por-

re attenzione estrema all'applicazione dei meccanismi di accreditamento individuando modalità che garantiscano una corrispondenza tra diversi livelli di accreditamento (standard di qualità) e diversi livelli di finanziamento (tariffe differenziate). Questo potrebbe generare in tutti i contesti un incentivo al miglioramento della qualità di conformità quale via all'accesso a fonti di finanziamento aggiuntive, premiando quindi impegno ed eccellenza. Non è facile individuare i *driver* dei comportamenti delle regioni italiane in questo ambito. Certamente le considerazioni di carattere tecnico-sanitario si intrecciano con valutazioni di carattere economico ma anche di carattere politico che, in alcuni casi, possono rispecchiare diversi approcci ideologici al governo del sistema sanitario. Certamente anche la dinamica dei posti letto dovrebbe derivare da valutazioni di fabbisogno le cui tecniche sono disponibili ed ampiamente utilizzate in diversi paesi con diverse metodologie (es. il Certificate of Need del NHS Inglese). Per quanto riguarda l'articolazione della natura giuridica delle strutture a cui i posti letto sono accreditati, questa evidentemente è legata a molti fattori; l'attuale distribuzione dei posti letto tra pubblico e privato nelle diverse regioni rispecchia tradizioni e usi che vengono da molto lontano e sono radicati in costumi sociali molto differenti. In quelle regioni, dove il principio di sussidiarietà orizzontale è tradizionalmente forte e radicato nella società (es. Veneto), la presenza del privato in sanità assume significati diversi rispetto ad altre regioni (es. Sicilia o Campania).

## Personale amministrativo del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** Misura il peso relativo del numero di dipendenti del SSN appartenenti al ruolo amministrativo sul totale di dipendenti del SSN appartenenti a tutti i ruoli. È un indicatore di risorse che pondera la quantità di fattore produttivo personale destinato ad attività non direttamente finalizzata alla erogazione di prestazioni sanitarie alla popolazione rispetto alla totalità della risorsa personale.

### *Quota del personale amministrativo del SSN*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dipendenti in servizio del SSN (ASL e AO) con qualifica amministrativa}}{\text{Denominatore} \quad \text{Personale complessivo dipendente del SSN}} \times 100$$

**Validità e limiti.** L'indicatore esprime la proporzione fra numero di dipendenti con funzioni amministrative e totale del personale del SSN appartenente ai diversi ruoli: sanitario, amministrativo, professionale e tecnico. La validità di tale indice risiede nel fatto che misura la composizione del personale dipendente e, se messo in relazione con altre variabili, come la popolazione servita o il volume e tipologia di attività svolta o di prestazioni erogate, contribuisce a valutare l'efficienza gestionale delle Aziende Sanitarie. Infatti la capacità delle Aziende Sanitarie di raggiungere l'equilibrio economico fra le risorse acquisite e i costi sostenuti per assolvere alla loro funzione di tutela e di erogatori di prestazioni risente della numerosità e della efficienza con cui operano i dipendenti amministrativi nello svolgimento delle loro attività.

I limiti sono legati ai termini della frazione che innanzitutto comprendono solo il personale dipendente e non includono gli operatori legati alle Aziende Sanitarie da altra tipologia di rapporto di lavoro. L'annoverare anche queste tipologie di prestatori di lavoro potrebbe cambiare il risultato espresso dall'indicatore. In secondo luogo il numeratore e il denominatore sono espressi in termini quantitativi e non in valore monetario per cui offre una indicazione di massima dell'incidenza della componente più significativa dei costi amministrativi delle strutture sanitarie pubbliche.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore di riferimento è quello medio nazionale (11,82%).

### **Descrizione dei risultati**

In media, circa l'11,82% dei dipendenti delle ASL e AO italiane ricopre il ruolo amministrativo con una variabilità che oscilla da un minimo di 9,22% in Molise ad un massimo di 15,51% in Valle d'Aosta, con una differenza di 6,29 punti percentuali (tabella 1). Il confronto con i dati del 2003 evidenzia una crescita del peso medio nazionale dei dipendenti con competenze amministrati-

È calcolato su due livelli territoriali, nazionale e regionale, e come rapporto fra le unità fisiche effettive di addetti ai servizi amministrativi con rapporto di lavoro dipendente sul totale delle unità fisiche effettive degli operatori del SSN. L'aggettivo effettive indica il personale in servizio, cioè che non è in congedo straordinario, aspettativa o comando presso altro ente.

ve che era pari al 10,80% (Rapporto Osservasalute 2003, pag. 113), determinata da valori regionali sempre superiori rispetto a quelli passati ad eccezione del dato dell'Umbria (grafico 1).

Non esiste un gradiente Nord-Sud e osservando i dati per aree geografiche emerge che il Nord-Ovest ha valori più elevati con 13,01% seguito dal Sud con 12,15%, dal Centro con 11,20%, dalle Isole con 11,05% e infine dal Nord-Est con 10,98%.

Il rapporto numero di dipendenti amministrativi e numero di operatori del SSN appartenenti agli altri ruoli è piuttosto omogeneo nelle diverse aree italiane e pari a 1 a 7 nel Nord-Ovest e Sud, e 1 a 8 nel resto d'Italia.

L'incidenza del personale amministrativo è maggiore nelle ASL rispetto alle AO sia a livello nazionale (13,18% versus 9,15%), sia a livello di aree geografiche (Nord-Ovest 17,57% rispetto a 10,07%, Nord-Est 11,58% versus 8,84%, Centro 12,27% rispetto a 8,17%, Sud 13,04% versus 8,51% e Isole 12,81% contro 7,56%).

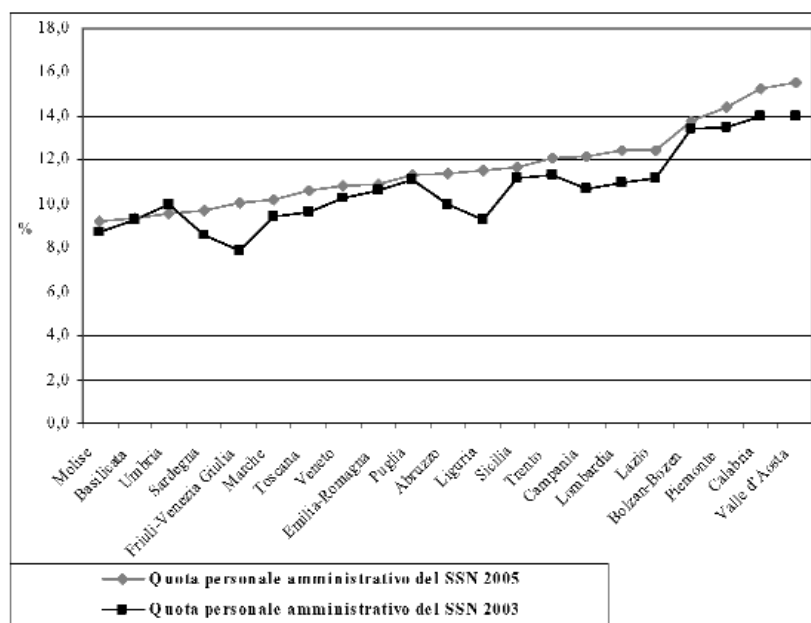
L'incrocio dei dati regionali con la relativa popolazione da servire non palesa alcuna relazione tra la numerosità dei dipendenti amministrativi con quella dei residenti con la conseguenza che non vi è evidenza né di rendimenti di scala crescenti, che sarebbero presenti laddove ad un aumento della popolazione a cui devono essere erogate le prestazioni seguisse un aumento meno che proporzionale del personale amministrativo impiegato, né di rendimenti di scala decrescenti che si manifesterebbero qualora ad un aumento della popolazione conseguisse un incremento più che proporzionale del numero di amministrativi.

Neppure la struttura della popolazione o il mix pubblico-privato di erogatori presente sul territorio regionale o ancora l'organizzazione interna delle ASL caratterizzata dal numero di distretti e di presidi ospedalieri, sembra avere rilevanza per il valore dell'indicatore a livello regionale.

**Tabella 1** - Quota (per 100) del personale amministrativo del SSN (ASL e AO) - Anno 2005

Regioni	Amministrativo	Totale	%
Piemonte	8.056	55.848	14,42
Valle d'Aosta	293	1.889	15,51
Lombardia	11.479	92.251	12,44
Bolzano-Bozen	1.090	7.916	13,77
Trento	847	7.011	12,08
Veneto	6.186	57.232	10,81
Friuli-Venezia Giulia	1.625	16.125	10,08
Liguria	2.496	21.621	11,54
Emilia-Romagna	5.887	54.110	10,88
Toscana	5.066	47.636	10,63
Umbria	1.031	10.776	9,57
Marche	1.804	17.701	10,19
Lazio	6.249	50.176	12,45
Abruzzo	1.750	15.326	11,42
Molise	362	3.925	9,22
Campania	6.662	54.842	12,15
Puglia	3.958	35.052	11,29
Basilicata	609	6.516	9,35
Calabria	3.486	22.846	15,26
Sicilia	5.598	48.016	11,66
Sardegna	2.021	20.904	9,67
<b>Italia</b>	<b>76.555</b>	<b>647.719</b>	<b>11,82</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Annuario statistico del SSN 2005. Anno 2007.

**Grafico 1** - Quota (per 100) del personale amministrativo del SSN (ASL e AO) - Anni 2003, 2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Annuario statistico del SSN 2005. Anno 2007.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La situazione nazionale mostra una elevata variabilità dell'indicatore con un incremento rispetto ai valori registrati nel passato e con regioni che presentano una quota di personale amministrativo superiore alla media nazionale. La determinazione del numero di personale amministrativo dovrebbe essere il frutto di una dettagliata analisi del fabbisogno misurato in base alla tipologia e volume di attività da espletare e il risultato di una valutazione sulla convenienza economica a continuare a

svolgere internamente alle Aziende Sanitarie le attività o affidarle a aziende esterne. Inoltre attraverso la *reengineering* dei processi di lavoro, un migliore utilizzo degli strumenti informatici ed una ottimizzazione dei flussi informativi si potrebbe ipotizzare un impiego più efficiente della risorsa lavoro. Se le aziende compissero tali azioni potrebbero migliorare il valore del proprio indicatore e, quelle che si collocano sopra la media nazionale, potrebbero ridurre la quota di personale amministrativo e allinearsi ai valori medi nazionali.

## Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale

**Significato.** I Medici di Medicina Generale (MMG) rappresentano il primo fondamentale anello della rete assistenziale.

Negli ultimi anni si sta assistendo ad un'importante evoluzione della medicina generale che sta determinando un nuovo approccio alle cure primarie, in cui il medico si appropria di funzioni di servizio del territorio sempre più complesse e articolate. Infatti, con il DPR 270 del 28 Luglio 2000 (Accordo Collettivo Nazionale, ACN) si è voluto incentivare forme di aggregazione di più medici che permettessero la messa in comune di risorse, una maggiore accessibilità oraria, l'attivazione di processi di miglioramento della qualità delle cure e di revisione tra pari. In partico-

lare, tale documento normativo, pur lasciando libertà alle regioni nell'organizzazione delle cure primarie e nell'individuazione di ulteriori modalità organizzative, distingue tre forme associative per la medicina generale: *la medicina in associazione, la medicina di gruppo e la medicina in rete.*

L'indicatore mostra come le regioni hanno recepito l'art. 40 del DPR 270/2000 sui modelli organizzativi di erogazione delle cure primarie, e consente di poter osservare le differenze tra i diversi territori regionali. L'attenzione è posta, in modo particolare, sulla distribuzione dei MMG nelle tre tipologie associative menzionate.

### Percentuale di MMG in associazione nelle tre forme previste dal DPR 270/2000

Numeratore	MMG in associazione
Denominatore	Totale MMG

**Validità e limiti.** L'ACN ha definito obiettivi e forme organizzative delle associazioni tra medici. Fino a quel momento esistevano singole esperienze avanzate, ma non vi era ancora alcuna previsione contrattuale che regolamentasse e stimolasse il lavoro in comune dei MMG.

L'indicatore permette di sintetizzare alcune caratteristiche organizzative della medicina generale e in particolare permette di analizzare il livello di adesione nelle singole regioni al disposto del DPR 270/2000 e la distribuzione dei MMG (escludendo i PLS) sul territorio regionale.

I dati sono stati rilevati attraverso l'invio di una richiesta scritta seguita da un contatto telefonico ai funzionari responsabili della medicina generale nelle singole regioni. La rilevazione è stata effettuata tra maggio e settembre 2007. Nell'impossibilità di reperire i dati attraverso questo processo, per quattro regioni è stato riportato il dato raccolto dal Ministero della Salute nel 2004.

È opportuno ricordare, però, che sul territorio sono presenti altre forme di medicina associata che si caratterizzano per elevati livelli di complessità organizzativa ed istituzionale (es. cooperative, UTAP, ecc.), che non sono prese in considerazione in quanto difficilmente sintetizzabili sotto forma di indicatore e per le quali, soprattutto, non esiste alcun flusso informativo sistematico che ne rilevi la presenza.

L'indicatore da noi utilizzato, inoltre, non consente di misurare il grado di integrazione dei MMG all'interno delle attività del Distretto, delle Aziende Sanitarie e tra le Aziende Sanitarie, e di conoscere, per ciascuna regione, la quantità di offerta dei servizi erogata dalla medicina generale organizzata.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Le tre forme di associazionismo dei MMG per l'erogazione delle cure primarie individuate all'art. 40 del DPR 270/2000 presentano delle caratteristiche comuni:

- devono formarsi su base volontaria e consensuale tra i MMG partecipanti;
- i medici devono appartenere tutti allo stesso ambito territoriale di scelta;
- un medico non può aderire a più forme associative;
- ciascun medico si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
- il numero minimo di partecipanti è di tre; gli orari degli studi devono essere coordinati in modo da poter garantire una disponibilità di almeno sei ore giornaliere;
- deve essere eletto un delegato che abbia funzioni di raccordo funzionale e professionale;
- devono essere previsti incontri periodici fra i partecipanti per la verifica degli obiettivi raggiunti e della coerenza degli stessi con la programmazione distrettuale.

Fermo restando questi elementi di raccordo, ciascuno dei modelli organizzativi di erogazione delle cure primarie ha delle proprie caratteristiche che lo distinguono dagli altri (tabella 1).

Le diverse forme di associazionismo forniscono tipologie di servizi che differiscono soprattutto in termini di accessibilità e ampiezza della gamma di prestazioni. Si può ritenere che il servizio "migliore", sotto questo profilo, sia fornito dalla medicina di gruppo (studio unico, servizi aggiuntivi e integrati), seguita da quelle in rete (sistema informativo unico) e, infine, dalla medicina associata "semplice".

**Tabella 1 - Forme di associazionismo medico**

Modelli organizzativi	Caratteristiche
<b>Medicina in associazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-gli studi sono distribuiti sul territorio del distretto e non sono vincolati a sede unica;</li> <li>-i medici aderenti mantengono l'attività presso i loro studi;</li> <li>-associati da un minimo di 3 a un massimo di 10 (tranne casi particolari);</li> <li>-chiusura pomeridiana (di almeno uno studio) non prima delle 19:00;</li> <li>-disponibilità a sostituirsi per le assenze temporanee;</li> <li>-momenti di incontro per confronto professionale e condivisione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie di più alta prevalenza.</li> </ul>
<b>Medicina di gruppo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-sede unica del gruppo articolata in più studi medici. Resta ferma la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale, ma devono farlo in orari aggiuntivi rispetto a quelli della sede principale;</li> <li>-presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati;</li> <li>-numero di medici non inferiore a 3 e non superiore a 8;</li> <li>-utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;</li> <li>-gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;</li> <li>-utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della ASL e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione dei momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla forma associativa;</li> <li>-utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo l'accordo interno.</li> </ul>
<b>Medicina in rete</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-gli studi sono distribuiti sul territorio del distretto e non sono vincolati a sede unica;</li> <li>-associati da un minimo di 3 a un massimo di 10;</li> <li>-chiusura pomeridiana (di almeno uno studio) non prima delle 19:00;</li> <li>-collegamento reciproco degli studi dei medici con i sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti dell'associazione;</li> <li>-gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;</li> <li>-utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione dei momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;</li> <li>-gestione informatica comune della scheda sanitaria (in connessione telematica);</li> <li>-momenti di incontro per confronto professionale.</li> </ul>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione dati su DPR 270/2000. Anno 2007.

### **Descrizione dei risultati**

Le indicazioni dell'ACN del 2000 hanno incentivato l'avvio della diffusione a livello nazionale dell'associazionismo in medicina generale. Tuttavia, le diverse forme di associazione (tabella 2) hanno diffusione disomogenea.

Un primo dato di carattere generale che certamente emerge è la prevalenza di MMG che non aderiscono formalmente a nessuna delle forme di associazione previste dalla normativa (41%). Questa percentuale, però, comprende sia i MMG non associati che quelli che operano in forme associative alternative (vedi *équipes* o UTAP) che comunque sembrerebbero ancora poco diffuse sul territorio nazionale.

L'associazionismo "semplice" è la forma più diffusa tra quelle previste e interessa il 27% dei MMG con importanti differenze regionali: la Basilicata ha ben il 55% dei MMG in Associazione semplice, mentre l'Emilia-Romagna l'11%. La medicina di gruppo è la seconda forma associativa a livello nazionale con il

20% dei Medici di Medicina Generale; questo modello è molto diffuso in Umbria (35%) e molto poco in Sicilia (4%). Infine, l'associazione in rete sembra ancora poco diffusa nel nostro paese, con un totale di 13% dei medici in Italia, con il massimo in Campania (36%) e il minimo in Veneto (2%); in alcune regioni e PA (Piemonte, Valle d'Aosta e PA di Bolzano) la forma di associazione in rete non è prevista a livello regionale.

Considerando le forme più complesse di associazionismo tra quelle previste dalla normativa (rete e gruppo), è interessante osservare che l'Emilia-Romagna ha il 60% dei MMG che operano nell'ambito di tali forme, seguita dalla Campania con il 50%, dalla Liguria con il 47% e dall'Abruzzo con il 45%.

In modo generale, le diversità riscontrate tra le diverse regioni possono essere collegate a condizioni strutturali di partenza non omogenee, oltre che a tempistiche di stipula dell'accordo integrativo regionale. Infatti, la medicina in rete, ad esempio, prevede la condivisione



di una rete informatica in grado di permettere lo scambio e la condivisione delle informazioni cliniche. Per far questo è necessario avere le infrastrutture adeguate e una buona diffusione dei programmi informatici di gestione dei pazienti. Condizione necessaria alla medicina di gruppo è invece l'esistenza di una sede ambulatoriale unica. L'impedimento maggiore allo sviluppo della "medicina di gruppo" è proprio la difficoltà a trovare sedi adatte, in particolare nelle aree urbane, e la necessità per i singoli MMG di abbandonare la propria sede per acquisirne una comune. Dal punto di vista strettamente economico si tratta di operazioni onerose che, per l'avvio, richiedono investimenti non sempre facili da attuare.

È interessante rilevare come il fenomeno dell'associazione sia in grande movimento anche nella ricerca di nuove forme organizzative. Il nuovo ACN del marzo 2005 riconferma i principi di quello precedente e aggiunge una nuova forma più articolata di lavoro in équipe denominata Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP), definita come "strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone". Pertanto, ad oggi, l'articolazione dell'offerta comprende, oltre che alle forme precedenti, anche le *équipes* territoriali e le UTAP.

Tra le realtà all'avanguardia nell'organizzazione delle cure primarie mediante *équipes* territoriali, l'Umbria ha realizzato una vera e propria conversione della rete<sup>1</sup>. "L'*équipe* territoriale è: a) strumento attuativo della programmazione sanitaria; b) momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale" (Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei Rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni).

I principali obiettivi perseguiti mediante l'implementazione delle *équipes* territoriali sono:

- produzione di valutazioni multidimensionali selezionando risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno;
- integrazione socio-sanitaria;

- realizzazione di programmi di lavoro: a) finalizzati all'erogazione dei LEA o specifici programmi e progetti assistenziali; b) proposti dagli operatori interessati o dal Direttore del distretto; c) concordati tra gli operatori interessati e tra questi e il Direttore del distretto;

- realizzazione delle attività previste dal "Programma delle attività territoriali" nell'ambito del Distretto di competenza;

- coinvolgimento di professionisti per garantire l'intersettorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento;

- garanzia della continuità assistenziale per la *long-term care*;

- ambito di espressione del governo clinico per le funzioni territoriali.

In relazione alle UTAP, invece, il panorama del SSN offre limitatissime esperienze. Tra queste forse la più evoluta è quella di Zugliano (Veneto)<sup>2</sup>. Le UTAP sono definite come "*presidi integrati per le cure primarie, formati dall'associazione di più medici convenzionati (Medici di Medicina Generale; Medici di Continuità Assistenziale; Pediatri di Libera Scelta; Specialisti convenzionati) che operino in una sede unica garantendo un elevato livello di integrazione tra la medicina di base e la specialistica e consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica di elezione*" (Conferenza Stato-Regioni del 29 luglio 2004). I principali obiettivi perseguiti mediante l'implementazione delle UTAP, sono:

- legame stretto con il distretto sanitario di riferimento, le strutture ivi presenti, l'ospedale e il responsabile di territorio presso l'ASL;

- riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati;

- riequilibrio ospedale-territorio utile ad una redistribuzione delle risorse;

- coordinamento funzionale tra MMG, PLS e MCA;

- valutazione multidisciplinare della casistica e realizzazione di percorsi assistenziali personalizzati e integrati;

- integrazione socio-sanitaria;

- rappresentare il punto di riferimento territoriale attraverso l'intercettazione della domanda;

- realizzazione di reti telematiche e informatizzate per la condivisione dei dati.

<sup>1</sup>C. Romagnoli, P. Bellini; "Clinical Governance ed Equipe territoriali in Umbria"; Supplementi al num.13 di Monitor; Anno IV Num. 13 - 2005; ASSR, Roma; pagg. 138-144.

<sup>2</sup>R. Leonardi; Comune di Zugliano, Provincia di Vicenza; dicembre 2005. M.C. Ghiotto, C. Pertile, P. Cassiano, M. Saugo, R. Grasselli, P. Salvadori, M. Zenari, S. Caffi; "Le UTAP quali strumenti per modificare la tradizionale struttura dell'offerta di prestazioni sanitarie: il percorso per una concreta realizzazione".

**Tabella 2** - MMG in Associazione nelle tre forme previste (valore assoluto e percentuale) per regione

Regioni	MMG Associazione Semplice		MMG Associazione di Gruppo		MMG Associazione in Rete		MMG Altro		MMG
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Piemonte	1.640	47	618	18	0	0	1.217	35	3.475
Valle d'Aosta	23	23	11	11	0	0	64	65	98
Lombardia	1.812	27	1.274	20	1.466	22	2.084	31	6.636
<i>Bolzano-Bozen</i>	0	0	58	23	0	0	195	77	253
<i>Trento</i>	56	14	95	23	70	17	177	44	398
Veneto	1.922	54	599	17	84	2	939	26	3.544
Friuli-Venezia Giulia	313	31	39	4	74	7	596	58	1.022
Liguria	348	25	478	34	188	13	399	28	1.413
Emilia-Romagna	358	11	835	26	1.104	34	973	30	3.270
Toscana	1.049	34	1.042	34	71	2	930	30	3.092
Umbria	240	31	271	35	35	5	220	29	766
Marche	492	38	424	33	112	9	253	20	1.281
Lazio	794	16	1.624	33	835	17	1.663	34	4.916
Abruzzo	229	21	219	20	279	25	384	35	1.111
Molise	131	47	14	5	17	6	117	42	279
Campania	804	18	656	14	1.657	36	1.469	32	4.586
Puglia	718	19	441	12	284	8	2.257	61	3.700
Basilicata	287	55	73	14	62	12	96	19	518
Calabria	679	43	192	12	69	4	632	40	1.572
Sicilia	820	21	177	4	497	13	2.475	62	3.969
Sardegna	605	43	222	16	76	5	503	36	1406
<b>Italia</b>	<b>10.137</b>	<b>27</b>	<b>7.404</b>	<b>20</b>	<b>4.681</b>	<b>13</b>	<b>15.222</b>	<b>41</b>	<b>37.444</b>

**Riferimenti bibliografici**

(1) Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei Rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni; art. 26.

(2) C. Cicioni, P. Giorgi, D. Seppoloni; "equipe territoriali e UTAP"; in P. Camboa, R. Rollo (a cura di) <<il distretto sanitario tra sviluppo e involuzione: esperienze, opinioni, e modelli a confronto>>; P@aginae Edizioni, Lecce; i edizione, 2006.

(3) Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei Rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed

integrazioni; art. 54.

(4) V. Gigantelli; "Le UTAP: una risorsa o un vincolo per il distretto?"; in P. Camboa, R. Rollo (a cura di) <Il distretto sanitario tra sviluppo e involuzione: esperienze, opinioni, e modelli a confronto>>; P@aginae Edizioni, Lecce; I Edizione, 2006.

(5) L. Covolo; "Le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)"; Supplementi al num.13 di Monitor; Anno IV Num. 13 - 2005; ASSR, Roma; [pagg. 124-127].

(6) Ministero della Salute; Allegato alle Indicazioni progettuali ex Intesa 2 ottobre 2003: Delineazioni di una struttura di primaria assistenza nel territorio denominata "Unità primaria di Assistenza Territoriale - UTAP".

## Personale medico ed infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** L'indicatore mostra l'evoluzione tra il 2005 e il 2006 del personale sia medico e odontoiatrico che infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale in valore assoluto e per 1.000 abitanti. Questo indicatore rappresenta uno dei pilastri della programmazione sanitaria sia a livello nazionale sia a

livello regionale, poiché tali valori (congiuntamente ad altri indicatori di tipo economico-organizzativo, quali, ad esempio, il numero di posti letto per 100 abitanti o il tasso di rotazione dei posti letto) incidono in maniera diretta sull'offerta sanitaria.

### Tasso di medici e odontoiatri del SSN

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Personale medico e odontoiatrico del SSN}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

### Tasso di personale infermieristico del SSN

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Personale infermieristico del SSN}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** Per la costruzione dell'indicatore sono stati presi in considerazione i dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute) sul personale del SSN e la banca dati Istat per la popolazione.

L'indicatore prende in considerazione esclusivamente il personale dipendente del SSN, dando così un'informazione limitata a riguardo dell'effettiva forza lavoro disponibile sul territorio nelle diverse regioni. Questo limite è particolarmente significativo per quanto riguarda la professione infermieristica.

L'indicatore andrebbe, pertanto, letto in maniera congiunta ad altri dati ed indicatori quali, ad esempio, il numero totale di medici ed infermieri per 1.000 abitanti e il rapporto tra numero di infermieri per medico.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Per quanto riguarda il personale medico dipendente del SSN, poi-

ché non esiste un benchmark specifico, è stato preso in considerazione il numero di medici ospedalieri in alcuni Paesi dell'UE, poiché è il dato che più si avvicina al numeratore dell'indicatore (Tabella 1).

Secondo l'Ipasvi-Federazione Nazionale dei Collegi di Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia (2006), gli infermieri professionali attivi sono in totale 342.000, il 70% all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, il 20% presso strutture private e il 10% come liberi professionisti. L'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) fissa, per l'Europea, un rapporto ottimale di 6,9 unità per 1.000 abitanti, mentre l'Unione Europea fissa il rapporto minimo a 9 infermieri per 1.000 abitanti.

Tuttavia, non esiste un valore di riferimento specifico riguardo al personale infermieristico del SSN per 1.000 abitanti.

**Tabella 1** - Confronto europeo medici ospedalieri (valori assoluti e tassi per 1.000) - Anno 2003

Paesi	Popolazione	Medici ospedalieri	Tassi di medici ospedalieri
Austria	8.100.000	27.000	3,3
Belgio	10.500.000	18.400	1,8
Danimarca	5.400.000	11.000	2,0
Estonia	1.300.000	2.100	1,6
Finlandia	5.200.000	8.700	1,7
Francia	59.600.000	56.400	0,9
Germania	82.500.000	184.000	2,2
Grecia	11.000.000	27.700	2,5
Irlanda	4.000.000	1.750	0,4
<b>Italia</b>	<b>57.300.000</b>	<b>100.000</b>	<b>1,7</b>
Lettonia	2.300.000	3.100	1,3
Lituania	3.400.000	6.300	1,9
Lussemburgo	400.000	660	1,7
Olanda	16.200.000	11.700	0,7
Portogallo	10.400.000	24.000	2,3
Slovacchia	5.400.000	10.000	1,9
Slovenia	2.000.000	2.500	1,3
Spagna	41.600.000	54.750	1,3
Repubblica Ceca	10.200.000	9.300	0,9
<b>Media</b>			<b>1,7</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: ANAAO-ASSOMED. Anno 2007.

### Descrizione dei risultati

Le Tabelle 2 e 3 riportano rispettivamente il numero - sia in valore assoluto, che per 1.000 abitanti - di medici ed odontoiatri del SSN e il numero di infermieri del SSN per gli anni 2005 e 2006.

Il numero di medici ed odontoiatri del SSN (Tabella 2) è cresciuto tra il 2005 e il 2006 di 208 unità. Tuttavia, ciò non ha influito sul valore dei tassi che è rimasto stabile a 1,8 (per 1.000). Quest'ultimo valore rispecchia verosimilmente la media europea (sebbene i dati di benchmark siano del 2003).

A livello di singole regioni possono essere fatte due tipologie di considerazioni: la prima sul numero di medici ed odontoiatri del SSN per 1.000 abitanti; la seconda - che in molti casi è legata alla prima - sull'evoluzione tra il 2005 e il 2006 di questo dato.

Sia nel 2005 che nel 2006, 15 regioni presentano un numero di medici ed odontoiatri per 1.000 abitanti superiore al valore nazionale. Tuttavia, in Lombardia, PA di Bolzano e Trento, Veneto, Lazio (solo nel 2006) e Puglia si riscontrano dei valori inferiori alla media. Tra il 2005 e il 2006, non vi è stato un trend omogeneo sulla variazione del numero di medici ed odontoiatri del SSN per 1.000 abitanti. Infatti, in dieci regioni si riscontra un aumento del numero di unità per 1.000 abitanti, con variazioni più importanti in Valle

d'Aosta, Molise, Campania e Basilicata. Al contrario nelle altre regioni ed, in particolare, nel Lazio e nel Veneto, si riscontra una diminuzione del tasso di medici ed odontoiatri del SSN.

Per quanto riguarda il personale infermieristico (Tabella 3) la situazione è diversa. Sebbene vi sia stato un forte aumento tra il 2005 e il 2006 del numero di unità sia in valore assoluto (+12.938, ossia il 5%) sia in rapporto alla popolazione per 1.000 abitanti (+0,19, ossia il 4,4%), da tempo ormai si parla di emergenza infermieristica determinata dalla carenza di infermieri; gli ospedali e i servizi territoriali sono in crisi. Secondo i dati dell'OCSE, nel nostro Paese ci sono almeno 98.870 infermieri in meno rispetto a quelli di cui ci sarebbe bisogno; un dato che scende, sebbene di poco, a 61.117 in meno, se prendiamo in considerazione solo quelli che sono dipendenti presso le aziende del Servizio Sanitario Nazionale (Ipasvi).

Sia nel 2005 che nel 2006, cinque regioni di cui tre del Sud (Lombardia, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia) presentano una situazione critica con un tasso fortemente inferiore alla media nazionale. Tuttavia, in tutte le regioni - ad eccezione della PA di Bolzano - si ravvisa un incremento del personale infermieristico dipendente del SSN.

**Tabella 2 - Personale medico e odontoiatrico del SSN (valori assoluti e tassi per 1.000) per regione - Anni 2005-2006**

Regioni	Medici e odontoiatri		Tassi di medici e odontoiatri	
	2005	2006	2005	2006
Piemonte	8.565	8.606	1,98	1,98
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	278	297	2,25	2,39
Lombardia	13.017	12.686	1,38	1,33
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>848</i>	<i>870</i>	<i>1,77</i>	<i>1,79</i>
<i>Trento</i>	<i>880</i>	<i>881</i>	<i>1,76</i>	<i>1,75</i>
Veneto	7.650	7.577	1,62	1,59
Friuli-Venezia Giulia	2.244	2.279	1,86	1,88
Liguria	3.358	3.337	2,10	2,07
Emilia-Romagna	7.938	8.062	1,90	1,92
Toscana	7.417	7.383	2,06	2,03
Umbria	1.841	1.833	2,13	2,11
Marche	2.791	2.831	1,83	1,85
Lazio	9.569	9.445	1,81	1,75
Abruzzo	2.843	2.827	2,18	2,16
Molise	694	724	2,16	2,26
Campania	10.491	10.838	1,81	1,87
Puglia	6.193	6.363	1,52	1,56
Basilicata	1.102	1.118	1,85	1,89
Calabria	4.309	4.319	2,15	2,16
Sicilia	9.868	9.837	1,97	1,96
Sardegna	3.756	3.747	2,27	2,26
<b>Italia</b>	<b>105.652</b>	<b>105.860</b>	<b>1,80</b>	<b>1,80</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Annuario statistico - Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) per la popolazione. Anno 2008.

**Tabella 3 - Personale infermieristico del SSN (valori assoluti e tassi per 1.000) per regione - Anni 2005-2006**

Regioni	Personale infermieristico		Tassi di personale infermieristico	
	2005	2006	2005	2006
Piemonte	19.738	21.150	4,55	4,87
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	639	677	5,18	5,44
Lombardia	34.226	35.575	3,63	3,74
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>2.875</i>	<i>2.807</i>	<i>5,99</i>	<i>5,79</i>
<i>Trento</i>	<i>2.573</i>	<i>2.717</i>	<i>5,15</i>	<i>5,38</i>
Veneto	24.124	25.349	5,11	5,33
Friuli-Venezia Giulia	6.454	7.189	5,35	5,94
Liguria	9.016	9.303	5,63	5,78
Emilia-Romagna	22.218	23.940	5,33	5,69
Toscana	20.228	21.244	5,60	5,85
Umbria	4.551	4.701	5,27	5,40
Marche	7.449	7.877	4,89	5,14
Lazio	20.168	20.353	3,81	3,77
Abruzzo	6.211	6.699	4,77	5,12
Molise	1.508	1.621	4,69	5,06
Campania	21.217	22.600	3,66	3,90
Puglia	13.275	13.993	3,26	3,44
Basilicata	2.711	2.816	4,55	4,75
Calabria	8.155	8.567	4,06	4,28
Sicilia	17.169	18.151	3,42	3,62
Sardegna	8.001	8.115	4,84	4,90
<b>Italia</b>	<b>252.506</b>	<b>265.444</b>	<b>4,31</b>	<b>4,50</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Annuario statistico - Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) per la popolazione. Anno 2008.

#### Riferimenti bibliografici

(1) ANAAO-ASSOMED. La Sanità in Europa - Analisi dei

sistemi sanitari nei 25 Paesi UE. In Iniziativa Ospedaliera 1/2007.

## Forza lavoro medica

**Significato.** L'indicatore proposto intende valutare la quota del personale medico dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale - SSN (forza lavoro nel settore pubblico) rispetto al totale dei medici in attività presso le strutture sanitarie (forza lavoro complessiva) e l'insieme dei medici iscritti all'albo dell'Ente Nazionale di Previdenza Medici e Odontoiatri - ENPAM (forza lavoro potenziale). L'indicatore intende individuare la quota della risorsa professionale medica, destinata ad attività direttamente finalizzate alla erogazione di prestazioni sanitarie alla popolazione

nell'ambito del SSN, rispetto alla totalità della risorsa personale medico disponibile. È calcolato come rapporto percentuale rispetto: i) al numero di medici in attività rilevato secondo due fonti, quella censuaria di Cegedim-Dendrite (azienda multinazionale attiva nel settore delle analisi di mercato) e quella campionaria (fonte Istat) e ii) al numero dei medici iscritti all'albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (ENPAM). I medesimi aggregati sono stati utilizzati per il calcolo dell'indicatore in rapporto alla popolazione residente dell'anno di riferimento.

### Percentuale di medici per fonte di rilevazione

Numeratore	Personale medico dipendente SSN	
Denominatore	Medici in attività presso strutture sanitarie (Fonte Cegedim-Dendrite)	x 100
Numeratore	Personale medico dipendente SSN	
Denominatore	Occupati che hanno dichiarato di svolgere una professione medica (Fonte Istat)	x 100
Numeratore	Personale medico dipendente SSN	
Denominatore	Medici iscritti all'albo (Fonte ENPAM)	x 100

### Tasso di medici per fonte di rilevazione

Numeratore	Personale medico dipendente SSN	
Denominatore	Popolazione residente riferita all'1 gennaio 2006	x 1.000
Numeratore	Medici in attività presso strutture sanitarie (Fonte Cegedim-Dendrite)	
Denominatore	Popolazione residente riferita all'1 gennaio 2008	x 1.000
Numeratore	Occupati che hanno dichiarato di svolgere una professione medica (Fonte Istat)	
Denominatore	Popolazione residente riferita all'1 gennaio 2006	x 1.000
Numeratore	Medici iscritti all'albo (Fonte ENPAM)	
Denominatore	Popolazione residente riferita all'1 gennaio 2006	x 1.000

**Validità e limiti.** L'informazione sulla disponibilità e le caratteristiche della forza lavoro medica è rilevante ai fini della programmazione dell'assistenza sanitaria nazionale e regionale e per la pianificazione dell'offerta formativa universitaria, sia in merito ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia che per ciò che attiene alle successive specializzazioni. Il contributo si pone, quindi, come un primo tentativo di integrazione tra fonti informative diverse per natura e obiettivi, con l'intento di fornire un quadro più

ampio di quello generalmente descritto dai flussi informativi correnti.

#### Descrizione delle fonti informative

- I dati dell'ENPAM sono relativi a tutti i medici e odontoiatri iscritti al fondo generale, che include tutti i medici ed odontoiatri che svolgono o potrebbero svolgere un'attività di tipo medico (autorizzati ad esercitare la professione).

- Cegedim è una multinazionale impegnata nelle

analisi di mercato riferite al mondo del farmaco. I dati si riferiscono all'anno 2008 e sono stati ottenuti dal database ONEKEY popolato grazie alla rilevazione diretta di oltre 14.000 informatori farmaceutici sul territorio nazionale che censiscono i medici attivi in quanto potenziali "prescrittori".

- L'indagine campionaria sulle Forze Lavoro dell'Istat fornisce la stima delle persone che dichiarano di svolgere una professione medica. La professione è codificata secondo la classificazione internazionale delle professioni del 2001.

- I dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute) si riferiscono al personale dipendente dal SSN (Aziende Sanitarie Locali - ASL e Aziende Ospedaliere - AO) ed al numero di Medici di Medicina Generale comprensivo dei Pediatri di Libera Scelta.

- La popolazione residente, fornita dall'Istat è riferita all'1 gennaio 2006 e, per quanto concerne il rapporto con i dati Cegedim, all'1 gennaio 2008.

*I limiti riscontrati sono i seguenti:*

- per il personale medico dipendente SSN, i dati forniti dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute), anno di riferimento 2006, non consentono di scorporare per le strutture equiparate il personale dipendente medico afferente alle strutture con personalità giuridica pubblica;

- i dati riferiti ai medici in attività presso le strutture sanitarie forniti dalla società Cegedim-Dendrite, presentano notevoli potenzialità informative, ma necessitano di una valutazione qualitativa in quanto non derivanti da fonti della statistica ufficiale;

- i dati sulle Forze Lavoro dell'Istat, relativi agli occupati che hanno dichiarato di svolgere una professione medica, comprendono anche gli occupati in settori di attività diversi dalla sanità (es. industria farmaceutica);

- i dati ENPAM, relativi ai medici iscritti all'albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri comprendono anche i medici che non svolgono la professione o che non sono occupati.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore di riferimento è quello medio nazionale.

### **Descrizione dei risultati**

In media il 50,94% dei medici in attività presso strutture sanitarie è inquadrato come dipendente dal SSN afferente ad ASL e AO (Tabella 1). Rispetto al valore medio nazionale la Valle d'Aosta figura come la regione con la più elevata percentuale di dipendenti pubblici (84,38%). Tale valore risulta, però, scarsamente significativo considerando la presenza sul territorio di un'unica struttura classificata dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali come ospedale a gestione diretta. Si osserva, quindi, che la Basilicata presenta la seconda percentuale più elevata,

pari al 73,89%. La percentuale minore di medici dipendenti dal SSN si registra in Lombardia, con un valore pari al 40,60%, inferiore di 10,34 punti percentuali rispetto alla media nazionale. Effettuando il confronto rispetto alle Forze di Lavoro Istat la media nazionale è pari al 49,15%, con una variabilità che oscilla da un minimo di 39,57% della Lombardia, ad un massimo di 80,43% della Valle d'Aosta, con una differenza pari a 40,86 punti percentuali. I dati relativi alla Forza di Lavoro non sono filtrati per settore di attività, ciò comporta che comprendono al loro interno sia coloro che lavorano nel settore sanitario che coloro che lavorano in altri settori ad esso collegati, tra i quali ricordiamo il settore farmaceutico e quello biotecnologico. L'incidenza nazionale dei dipendenti medici del SSN, rispetto a coloro che sono iscritti all'albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, risulta pari al 29,83%. Rispetto al valore nazionale il range di variazione, escludendo le PA di Trento e Bolzano e la Valle d'Aosta, è compreso tra il 22,66% del Lazio e il 38,96% della Basilicata.

Nel 2006 il valore medio nazionale di medici e odontoiatri dipendenti dal SSN per 1.000 abitanti è pari all'1,8 (Tabella 2). Rispetto a questo valore 15 regioni presentano valori superiori, con un picco di 2,40 presente in Valle d'Aosta. La regione con la quota minore di personale medico dipendente dal SSN risulta essere la Lombardia (1,34‰) seguita dalla Puglia (1,56‰) e dal Veneto (1,6‰). I dati di Cegedim, riferiti al 2008, evidenziano che la forza lavoro effettiva (medici in attività) in Italia è pari a 3,49 per 1.000 abitanti, quasi il doppio di quelli attivi nel settore pubblico. In questa prospettiva l'analisi evidenzia che la Liguria presenta la quota maggiore di medici in attività presso strutture sanitarie (4,34‰), seguita dal Lazio (4,15‰) e dalla Sardegna (4,12‰). Rispetto al valore medio nazionale la Basilicata presenta la concentrazione più bassa con un valore pari a 2,56‰. La Forza Lavoro complessiva, rappresentata dai dati Istat, conferma la tendenza espressa dai dati Cegedim. Anche in questo caso la Liguria risulta essere la regione con la maggiore concentrazione di occupati che svolgono una professione medica (5,15‰) laddove il valore medio nazionale si attesta al 3,67‰. La forza lavoro potenziale, espressa dai medici iscritti all'albo professionale, con un valore nazionale pari a 6,04‰, risulta molto elevata rispetto al confronto con i dati precedenti. Il Lazio e la Liguria presentano la quota maggiore di medici e odontoiatri iscritti presso le sedi regionali dell'ordine, con valori pari rispettivamente a 7,86‰ e 7,33‰. La concentrazione minore di iscritti, escludendo i valori della Valle d'Aosta e del Trentino-Alto Adige, si registra in Veneto (4,82‰), Basilicata (4,88‰), Piemonte (5,20‰), Marche (5,26‰), Puglia (5,36‰), Lombardia (5,39‰) e Friuli-Venezia Giulia (5,56‰).

**Tabella 1** - Personale medico (valori assoluti e percentuali) per regione e fonte di rilevazione - Anno 2006

Regioni	Personale medico dipendente SSN <sup>1</sup>	Medici in attività presso strutture sanitarie CEDEGIM <sup>2</sup>	Occupati che hanno dichiarato di svolgere una professione medica ISTAT-FDL <sup>3</sup>	Medici iscritti all'albo ENPAM <sup>4</sup>	Personale medico dipendente SSN rispetto ai medici in attività CEDEGIM <sup>2</sup> %	Personale medico dipendente SSN rispetto ai medici occupati ISTAT-FDL <sup>3</sup> %	Personale medico dipendente SSN rispetto agli iscritti all'albo ENPAM <sup>4</sup> %
Piemonte	8.606	13.596	15.328	22.579	63,30	56,15	38,12
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	297	352	369	565	84,38	80,43	52,57
Lombardia	12.686	31.246	32.057	51.051	40,60	39,57	24,85
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>870</i>	<i>1.309</i>	<i>1.463</i>	<i>2.287</i>	<i>66,46</i>	<i>59,45</i>	<i>38,04</i>
<i>Trento</i>	<i>881</i>	<i>1.286</i>	<i>1.841</i>	<i>2.200</i>	<i>68,51</i>	<i>47,86</i>	<i>40,05</i>
Veneto	7.577	13.671	13.447	22.848	55,42	56,35	33,16
Friuli-Venezia Giulia	2.279	4.198	3.824	6.723	54,29	59,60	33,90
Liguria	3.337	6.980	8.294	11.800	47,81	40,23	28,28
Emilia-Romagna	8.062	16.356	14.602	26.384	49,29	55,21	30,56
Toscana	7.383	14.633	17.089	23.278	50,45	43,20	31,72
Umbria	1.833	3.512	4.093	5.783	52,19	44,78	31,70
Marche	2.831	4.803	6.360	8.047	58,94	44,51	35,18
Lazio	9.445	23.073	21.714	41.686	40,94	43,50	22,66
Abruzzo	2.827	4.992	4.592	8.810	56,63	61,56	32,09
Molise	724	1.104	1.216	1.979	65,58	59,53	36,58
Campania	10.838	19.473	19.956	35.597	55,66	54,31	30,45
Puglia	6.363	12.245	11.591	21.833	51,96	54,90	29,14
Basilicata	1.118	1.513	1.864	2.897	73,89	59,98	38,59
Calabria	4.319	6.908	7.429	14.009	62,52	58,14	30,83
Sicilia	9.837	19.718	21.810	33.089	49,89	45,10	29,73
Sardegna	3.747	6.864	6.438	11.383	54,59	58,20	32,92
<b>Italia</b>	<b>105.860</b>	<b>207.832</b>	<b>215.377</b>	<b>354.828</b>	<b>50,94</b>	<b>49,15</b>	<b>29,83</b>

**Fonte dei dati ed anno di riferimento:**

<sup>1</sup>Ministero della Salute. 2006. Il dato include ASL e AO, Policlinici universitari; IRCCS (art.1, ultimo comma, della L.132/68); Ospedali classificati o assimilati (art.43, 2 comma, Legge 833/78 e DPCM 20.10.1988); Istituti privati classificati presidio ASL; enti di ricerca. Medici e Odontoiatri.

<sup>2</sup>CEGEDIM 2008, dal dato sono esclusi gli stomatologi.

<sup>3</sup>Istat. Forze di Lavoro, 2006 il dato non è distinto per attività economica.

<sup>4</sup>ENPAM. 2006.



**Tabella 2** - Tassi di medici (per 1.000) per regione e fonte di rilevazione - Anno 2006

Regioni	Personale medico dipendente SSN <sup>1</sup>	Medici in attività presso strutture sanitarie CEGEDIM <sup>2</sup>	Occupati che hanno dichiarato di svolgere una professione medica ISTAT-FDL <sup>3</sup>	Medici iscritti all'albo ENPAM <sup>4</sup>
Piemonte	1,98	3,09	3,53	5,20
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,40	2,79	2,98	4,56
Lombardia	1,34	3,24	3,38	5,39
Trentino-Alto Adige	1,78	2,58	3,35	4,55
Veneto	1,60	2,83	2,84	4,82
Friuli-Venezia Giulia	1,89	3,44	3,16	5,56
Liguria	2,07	4,34	5,15	7,33
Emilia-Romagna	1,93	3,83	3,49	6,30
Toscana	2,04	3,98	4,72	6,43
Umbria	2,11	3,97	4,72	6,66
Marche	1,85	3,09	4,16	5,26
Lazio	1,78	4,15	4,09	7,86
Abruzzo	2,17	3,77	3,52	6,75
Molise	2,26	3,44	3,79	6,17
Campania	1,87	3,35	3,45	6,15
Puglia	1,56	3,00	2,85	5,36
Basilicata	1,88	2,56	3,14	4,88
Calabria	2,15	3,44	3,71	6,99
Sicilia	1,96	3,92	4,35	6,60
Sardegna	2,26	4,12	3,89	6,88
<b>Italia</b>	<b>1,80</b>	<b>3,49</b>	<b>3,67</b>	<b>6,04</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:**

<sup>1</sup>Ministero della Salute. 2006. Il dato include ASL e AO, Policlinici universitari; IRCCS (art.1, ultimo comma, della L.132/68); Ospedali classificati o assimilati (art.43, 2 comma, Legge 833/78 e DPCM 20.10.1988); Istituti privati classificati presidio ASL; enti di ricerca. Medici e Odontoiatri.

<sup>2</sup>CEGEDIM 2008, dal dato sono esclusi gli stomatologi.

<sup>3</sup>Istat. Forze di Lavoro, 2006 il dato non è distinto per attività economica.

<sup>4</sup>ENPAM. 2006.

## Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale

**Significato.** I Medici di Medicina Generale (MMG) rappresentano il primo fondamentale anello della rete assistenziale.

Negli ultimi anni si sta assistendo ad un'importante evoluzione della medicina generale che sta determinando un nuovo approccio alle cure primarie, in cui il medico si appropria di funzioni di servizio del territorio sempre più complesse e articolate. Infatti, con il DPR 270 del 28 Luglio 2000 (Accordo Collettivo Nazionale, ACN) si è voluto incentivare forme di aggregazione di più medici che permettessero la messa in comune di risorse, una maggiore accessibilità oraria, l'attivazione di processi di miglioramento della qualità delle cure e di revisione tra pari. In partico-

lare, tale documento normativo - pur lasciando libertà alle regioni nell'organizzazione delle cure primarie e nell'individuazione di ulteriori modalità organizzative - distingue tre forme associative per la medicina generale: la medicina in associazione, la medicina di gruppo e la medicina in rete.

L'indicatore mostra come le regioni hanno recepito l'art. 40 del DPR 270/2000 e l'ACN del 2005 sui modelli organizzativi di erogazione delle cure primarie e consente di poter osservare le differenze tra i diversi territori regionali. L'attenzione è posta, in modo particolare, sulla distribuzione dei Medici di Medicina Generale (MMG) nelle tre tipologie associative summenzionate.

### Percentuale di MMG in associazione nelle tre forme previste dal DPR 270/2000 e dall'ACN 2005

Numeratore	MMG in associazione
Denominatore	Totale MMG

**Validità e limiti.** L'ACN ha definito obiettivi e forme organizzative delle associazioni tra medici. Fino a quel momento esistevano singole esperienze avanzate, ma non vi era ancora alcuna previsione contrattuale che regolamentasse e stimolasse il lavoro in comune dei MMG.

I dati sono stati rilevati attraverso l'invio di una richiesta scritta seguita da un contatto telefonico ai funzionari responsabili della medicina generale nelle singole regioni.

L'indicatore permette di sintetizzare alcune caratteristiche organizzative della medicina generale ed in particolare:

- di poter analizzare quanto le singole regioni abbiano recepito il DPR 270/2000 e l'ACN del 2005;
- di poter osservare come sono distribuiti i MMG (escludendo i Pediatri di Libera Scelta) sul territorio regionale.

L'indicatore permette, inoltre, di poter osservare l'evoluzione tra il 2007 e il 2008 nella scelta dei diversi modelli di associazionismo tra le diverse regioni.

Tuttavia, l'indicatore non permette di prendere in considerazione e di sintetizzare (se non in maniera molto generica nella colonna "Altro" della Tabella 2) altre forme di medicina associata previste dagli ACN del 2000 e del 2005 di natura molto complessa (cooperative, UTAP, etc.). Inoltre, lo stesso indicatore non ci consente di poter misurare il grado di integrazione dei MMG all'interno delle attività del Distretto, delle Aziende Sanitarie e tra le Aziende Sanitarie, e di poter conoscere per ciascuna regione la quantità di offerta dei servizi erogata dalla medicina generale organizzata.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Le tre forme di associazionismo dei MMG per l'erogazione delle cure primarie individuate all'art. 40 del DPR 270/2000 e ribadite dall'ACN del 2005 presentano delle caratteristiche comuni:

- devono formarsi su base volontaria e consensuale tra i MMG partecipanti;
- i medici devono appartenere tutti allo stesso ambito territoriale di scelta;
- un medico non può aderire a più forme associative;
- ciascun medico si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
- il numero minimo di partecipanti è di tre; gli orari degli studi devono essere coordinati in modo da poter garantire una disponibilità di almeno sei ore giornaliere;
- deve essere eletto un delegato che abbia funzioni di raccordo funzionale e professionale, devono essere previsti incontri periodici fra i partecipanti per la verifica degli obiettivi raggiunti e della coerenza degli stessi con la programmazione distrettuale.

Fermo restando questi elementi di raccordo, ciascuno dei modelli organizzativi di erogazione delle cure primarie ha delle proprie caratteristiche che lo distinguono dagli altri (Tabella 1). Le diverse forme di associazionismo forniscono tipologie di servizi di qualità, soprattutto in termini di accessibilità, diversi. Si può ritenere che il servizio migliore sia fornito dalla medicina di gruppo (studio unico, servizi aggiuntivi e integrati), seguita da quelle in rete (sistema informativo unico) ed, infine, dalla medicina associata "semplice". Pertanto si ritiene auspicabile una percentuale pari a 100% per la medicina di gruppo.

**Tabella 1 - Forme di associazionismo medico**

Modelli organizzativi	Caratteristiche
<b>Medicina in associazione (abolita dall'ACN del 2005 a favore di forme organizzative più evolute)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gli studi sono distribuiti sul territorio del distretto e non sono vincolati a sede unica;</li> <li>-i medici aderenti mantengono l'attività presso i loro studi;</li> <li>-associati da un minimo di 3 a un massimo di 10 (tranne casi particolari);</li> <li>-chiusura pomeridiana (di almeno uno studio) non prima delle 19:00;</li> <li>-disponibilità a sostituirsi per le assenze temporanee;</li> <li>-momenti di incontro per confronto professionale.</li> </ul>
<b>Medicina di gruppo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sede unica del gruppo articolata in più studi medici;</li> <li>-presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso;</li> <li>-numero di medici non inferiore a 3 e non superiore a 8;</li> <li>-utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni;</li> <li>-gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;</li> <li>-utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della ASL e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici;</li> <li>-utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune.</li> </ul>
<b>Cooperative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Si inseriscono all'interno della medicina di gruppo;</li> <li>-sono associazioni giuridicamente riconosciute ad adesione volontaria;</li> <li>-prevedono una sede unica;</li> <li>-concorrono a realizzare gli obiettivi previsti dagli ACN.</li> </ul>
<b>Medicina in rete</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gli studi sono distribuiti sul territorio del distretto e non sono vincolati a sede unica;</li> <li>-associati da un minimo di 3 a un massimo di 10;</li> <li>-chiusura pomeridiana (di almeno uno studio) non prima delle 19:00;</li> <li>-collegamento reciproco degli studi dei medici con i sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti dell'associazione;</li> <li>-gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;</li> <li>-utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi;</li> <li>-gestione informatica comune della scheda sanitaria (in connessione telematica);</li> <li>-momenti di incontro per confronto professionale.</li> </ul>
<b>UTAP - Unità Territoriali di Assistenza Primaria (formalmente introdotte con l'ACN del 2005)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Operano a livello distrettuale;</li> <li>-prevedono un'elevata integrazione multidisciplinare e multi-professionale;</li> <li>-sono formate dall'associazione di più medici convenzionati (MMG, CA, PLS, specialisti) operanti in un'unica sede;</li> <li>-garantiscono la continuità assistenziale 24h e 7 giorni su 7;</li> <li>-bacino di riferimento: 10-20.000 abitanti.</li> </ul>
<b>Equipés territoriali (formalmente introdotte con l'ACN del 2005)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Accorpamento funzionale di MMG, PLS, CA e operatori di strutture sanitarie, medici specialisti dei dipartimenti territoriali e ospedalieri, unità valutative di supporto;</li> <li>-ambito di riferimento infradistrettuale;</li> <li>-ambiti di attività: prevenzione e cura delle dipendenze, patologie da HIV, tutela della salute mentale, disabilità conseguente a patologie cronico-degenerative.</li> </ul>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione autori su DPR 270/2000 e ACN 2005. Anno 2008.

### Descrizione dei risultati

Le indicazioni dell'ACN del 2000 e dell'ACN del 2005 hanno incentivato l'avvio della diffusione a livello nazionale dell'associazionismo in medicina generale. Tuttavia, le diverse forme di associazione (Tabella 2) sia nel 2007 che nel 2008 hanno diffusione disomogenea sul territorio. Le diversità riscontrate tra le diverse regioni possono essere collegate a condizioni strutturali di partenza non omogenee, oltre che a tempistiche di stipula dell'accordo integrativo regionale. Riguardo il primo aspetto, la medicina in rete, ad esempio, prevede la condivisione di una rete informatica in grado di permettere lo scambio e la condivisione delle informazioni cliniche. Per far questo è necessario avere le infrastrutture adeguate e una buona dif-

fusione dei programmi informatici di gestione dei pazienti. Condizione necessaria alla medicina di gruppo è, invece, l'esistenza di una sede ambulatoriale unica. L'impedimento maggiore allo sviluppo della "medicina di gruppo" è proprio la difficoltà a trovare sedi adatte, in particolare nelle aree urbane, e la necessità per i singoli MMG di abbandonare la propria sede per acquisirne una comune. Dal punto di vista strettamente economico si tratta di operazioni onerose che, per l'avvio, richiedono investimenti non sempre facili da attuare.

Riguardo al secondo aspetto, si segnala che tutte le regioni ad esclusione della Campania e della PA di Bolzano (che non applica l'ACN) hanno siglato gli Accordi Integrativi Regionali (AIR).

Dall'analisi della Tabella 2 emerge come il numero di Medici di Medicina Generale operanti in Italia nel 2008 siano in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente passando da 36.783 a 36.553. Si evidenziano in negativo i casi della Lombardia (-79), Emilia-Romagna (-49), Lazio (-38) e Campania (-131), mentre in positivo i casi del Friuli-Venezia Giulia (+69), Basilicata (+12) ed Abruzzo (+11); nelle restanti regioni si registrano variazioni poco significative.

Nello specifico, tra il 2007 e il 2008 si evidenzia:

- una netta riduzione del numero di MMG in Associazione Semplice (coerentemente con quanto sancito dall'ACN del 2005 e da alcuni AIR). Infatti, gli accordi regionali intendono portare a scadenza le associazioni presenti, evitandone la costituzione di nuove e favorendo mediante incentivi la migrazione verso forme più evolute. Le uniche regioni in contro tendenza sono la Sardegna e la Valle d'Aosta;
- un lieve aumento della medicina di gruppo a nostro giudizio imputabile a due ordini di fattori: da un lato tale forma ha assorbito, in parte, la migrazione da parte dei medici che precedentemente operavano in forma "semplice"; dall'altro essa stessa ha subito migrazioni verso forme organizzative di erogazione delle cure primarie più complesse (come la "Rete") ed evidentemente questo effetto di transizione ha fatto regi-

strare un saldo negativo. La prima intuizione è, invece, dimostrata dal fatto che si registrano incrementi del numero di MMG operanti in "gruppo" proprio nella maggior parte delle regioni che hanno manifestato variazioni negative sul numero di medici operanti nella forma "semplice";

- un lieve aumento della medicina in rete (ad eccezione della Campania dove si registra una forte diminuzione dei medici in rete a favore di altre modalità organizzative più complesse). A nostro giudizio gran parte dell'incremento è dovuto a quei MMG che, grazie ai maggiori benefici economici ed alla crescente consapevolezza dell'utilità degli strumenti informatici soprattutto nello scambio di informazioni cliniche, hanno deciso di abbandonare le forme organizzative "semplici" e di "gruppo" per costituirsi o aderire a forme a "rete". Ad eccezione della Campania, unicamente Abruzzo (-173) e Toscana (-9) presentano un saldo negativo rispetto all'anno precedente;

- un forte incremento di altre forme associative (MMG altro), coerentemente con quanto sancito dall'ACN del 2005, in particolare in Campania e Toscana (dove sono presenti numerose cooperative), Abruzzo (dove sono diffusi i Nuclei di Cure Primarie) e Lombardia.

**Tabella 2 - Distribuzione percentuale di MMG in associazione per regione - Anni 2007-2008**

Regioni	MMG Associazione Semplice			MMG Associazione di Gruppo			MMG Associazione in Rete			MMG altro			Totale MMG	
	2007 %	2008 %	Δ N	2007 %	2008 %	Δ N	2007 %	2008 %	Δ N	2007 %	2008 %	Δ N	2007 N	2008 N
Piemonte	47	47	2	18	18	3	0	19	667	35	16	-672	3.475	3.475
Valle d'Aosta	23	51	25	11	6	-5	0	0	0	65	43	-23	98	95
Lombardia	27	0	-1.812	19	20	43	22	27	274	31	53	1416	6.636	6.557
Bolzano-Bozen	0	0	0	23	20	-7	0	2	6	77	77	-1	253	251
Trento	14	0	-56	23	26	7	17	25	28	44	49	18	398	395
Veneto	54	43	-380	17	30	445	2	8	200	26	19	-267	3.544	3.542
Friuli-Venezia Giulia	31	19	-112	4	18	156	7	25	204	58	38	-179	1.022	1.091
Liguria	25	0	-348	34	42	120	13	22	128	28	35	99	1.413	1.412
Emilia-Romagna	11	7	-145	26	31	159	34	36	43	30	27	-106	3.270	3.221
Toscana	34	31	-91	34	31	-84	2	2	-9	30	36	182	3.092	3.090
Umbria	31	31	0	35	35	0	5	5	0	29	29	-2	766	764
Marche*	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.
Lazio	16	16	-29	33	33	-24	17	17	22	34	34	-7	4916	4878
Abruzzo	21	6	-158	20	6	-157	25	9	-173	35	79	499	1.111	1.122
Molise	47	46	-6	5	11	17	6	11	13	42	32	-28	279	275
Campania	18	0	-804	14	9	-236	36	8	-1.282	32	82	2191	4.586	4.455
Puglia*	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.
Basilicata	55	48	-35	14	14	0	12	12	3	19	26	44	518	530
Calabria*	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.
Sicilia*	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.
Sardegna	43	45	25	16	15	-12	5	8	36	36	32	-55	1.406	1.400
<b>Italia</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>-3.637</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>825</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>160</b>	<b>33</b>	<b>41</b>	<b>3.109</b>	<b>36.783</b>	<b>36.553</b>

n.d. = non disponibile.

\*Dati non disponibili per il 2008, pertanto non riportati anche per il 2007.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione degli autori. Anno 2008.

**Riferimenti bibliografici**

(1) DPR 270/2000, Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d. lgs N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni.

(2) Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

(3) Le nuove frontiere della medicina di gruppo, in *Medicinae Doctor* del 03/03/2004.

(4) Ministero della Salute. Allegato alle Indicazioni progettuali ex Intesa 2 ottobre 2003: Delineazioni di una struttura di primaria assistenza denominata "Unità primaria di Assistenza Territoriale - UTAP".

(5) C. Cicioni, P. Giogi, D. Seppoloni (2006). Equipe territoriali e UTAP, in P. Cambia, R. Rollo "Il distretto sanitario tra sviluppo e involuzione: esperienze, opinioni e modelli a confronto". P@aginae Edizioni, Lecce.

**ERRATA CORRIGE**

Rapporto Osservasalute 2007

pag. 359

*Errata:*

A. CICCETTI, A. CECCARELLI, A. PALMIERI

*Corrige:*

A. CICCETTI, A. CECCARELLI, A. PALMIERI, R. VANACORE

## Forza lavoro medica

**Significato.** Gli indicatori proposti descrivono la distribuzione del personale medico operante nel sistema sanitario pubblico e privato secondo la specializzazione esercitata. Le specializzazioni sono analizzate rispettivamente a livello macro con i raggruppamenti individuati a livello internazionale e a livello micro analizzando alcune specializzazioni ritenute di rilievo nazionale. Gli indicatori misurano la quota della risorsa professionale medica con una determinata specializzazione, destinata ad attività direttamente finalizzate alla erogazione di prestazioni sanitarie alla popolazione, rispetto alla totalità della risorsa personale medico censita. A livello macro le 44 specializzazioni presenti nel *database* ONEKEY, di Cegedim Dendrite, sono state ricondotte ai raggruppamenti pro-

posti da Eurostat per consentire le comparazioni a livello internazionale. I raggruppamenti in oggetto sono i seguenti: Specializzazioni Mediche non-Chirurgiche; Specializzazioni Chirurgiche; Specializzazioni Ostetriche e Ginecologiche; Specializzazioni Pediatriche; Specialisti in Medicina Generale; Specializzazioni Psichiatriche; Altre Specializzazioni. A livello micro le specializzazioni considerate di rilievo nazionale sono state selezionate utilizzando le indicazioni contenute nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e la variazione ( $\geq 2\%$ ) nel numero di contratti assegnati dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) alle scuole di specializzazione tra gli anni 2008 e 2009 (DM 22/11/2008 e DM 31/3/2009).

### Percentuale di medici in attività per specializzazioni

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Medici in attività per singole specializzazioni}}{\text{Medici in attività}} \times 100$$

**Validità e limiti.** L'intento del presente contributo è fornire per la prima volta un quadro più dettagliato della forza lavoro medica rispetto a quanto generalmente descritto dai flussi informativi correnti. Con riferimento alla fonte dei dati, la Cegedim Dendrite è una multinazionale impegnata nelle analisi di mercato riferite al mondo del farmaco. I dati si riferiscono ai medici in attività nelle strutture sanitarie nell'anno 2008 e sono stati ottenuti dal *database* ONEKEY popolato grazie alla rilevazione diretta di oltre 14 mila informatori farmaceutici sul territorio nazionale che censiscono i medici attivi in quanto potenziali "prescrittori". I dati utilizzati sono riferiti unicamente ai medici specialisti; pertanto sono stati esclusi i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta che operano in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.

I dati riferiti ai medici in attività presso le strutture sanitarie forniti dalla società Cegedim Dendrite, presentano notevoli potenzialità informative. Tale potenziale va valutato alla luce del fatto che le informazioni contenute nel *database* ONEKEY.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore di riferimento è quello medio nazionale.

### Descrizione dei risultati

Nel 2008, in Italia, i medici in attività nelle strutture sanitarie erano 207.833. La Tabella 1 riporta i dati regionali con riferimento ai macro raggruppamenti proposti da Eurostat. Con riferimento all'aggregato "Specializzazioni Mediche non-Chirurgiche", la quo-

ta di medici in attività pari al 42,7% livello nazionale presentando una variabilità regionale molto bassa: da un massimo del 45,3% per la Sardegna ad un minimo del 40,3% della Valle d'Aosta e del Friuli-Venezia Giulia.

Anche nel raggruppamento relativo alle "Specializzazioni Chirurgiche" si osserva una variabilità piuttosto contenuta. In questo caso il Friuli-Venezia Giulia presenta la quota più elevata di chirurghi in attività (39,7%), seguita da Valle d'Aosta (39,5%), Abruzzo (38,2%) e Marche (38%). La Sardegna (30,3%) registra, invece, il valore minimo con una quota inferiore di circa 5 punti percentuali rispetto alla media nazionale (35,1%).

La presenza di medici in attività, per le specializzazioni riconducibili al raggruppamento "Specializzazioni Ostetriche e Ginecologiche", appare distribuita abbastanza uniformemente tra le regioni con valori che variano dal 4,5% della Valle d'Aosta e Liguria, al 7,4% della Campania, rispetto alla media nazionale (6%).

La distribuzione dei medici operanti nell'area delle specialità pediatriche non presenta forti variazioni rispetto alla media nazionale (4,9%). In merito a questo raggruppamento, le regioni che vedono una quota sensibilmente superiore rispetto alla media nazionale sono la Campania (6,3%) e la Provincia Autonoma di Bolzano (5,9%). L'estremo inferiore della distribuzione è rappresentato dal 3,7% del Friuli-Venezia Giulia. L'aggregato riferito agli specialisti Medici di Medicina Generale, presenta quote particolarmente elevate per la Calabria (12,3%) ed il Molise (10,4%). Rispetto alla media nazionale del 6,3%, il valore mini-

mo si registra in Lombardia (4,8%).

La distribuzione regionale dei medici operanti nell'ambito delle specialità psichiatriche, vede nella Toscana, nelle PA di Trento e Bolzano e in Sardegna la quota più elevata di specialisti in attività (il 5,5%). Il valore più basso si registra, invece, in Puglia (3,1%), a fronte di una media nazionale del 4,6%.

La Tabella 2 riporta la distribuzione regionale dei medici in attività nell'ambito delle specialità ritenute di rilievo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Rispetto agli aggregati mostrati in Tabella 1 le specializzazioni di Chirurgia Generale e Chirurgia Vascolare, risultano ricomprese nell'aggregato "Specializzazioni Chirurgiche"; Medicina Interna, Cardiologia e Geriatria figurano nell'aggregato "Specializzazioni Mediche non-Chirurgiche"; Ginecologia e Ostetricia corrisponde al raggruppamento "Specializzazioni Ostetriche e Ginecologiche"; in ultimo la specializzazione in Pediatria figura nell'aggregato "Specializzazioni Pediatriche".

In Italia, i medici che esercitano in Chirurgia Generale sono in totale 10.999. L'Umbria (6,8%), la PA di Trento e la Valle d'Aosta (6,5%) presentano nel loro territorio la più elevata percentuale di medici che praticano la propria attività nell'ambito di questa specializzazione.

La quota di medici specializzati in Chirurgia Vascolare presenta il valore maggiore in Valle d'Aosta (2,8%). Rispetto a questa specialità il valore medio nazionale di medici in attività è pari allo 0,8%.

La specializzazione in Medicina Interna vede 13.645 medici in attività sul territorio nazionale. La quota maggiore si rileva nella PA di Bolzano (10,5%), a questa seguono la PA di Trento (9,3%) ed il Friuli-Venezia Giulia (8,4%). In tale ambito la variabilità nella distribuzione regionale risulta contenuta. Rispetto alla media nazionale (6,6%) la regione che presenta la quota inferiore di medici in attività specializzati in Medicina Interna è il Molise con un valore pari al 4,9%.

La specializzazione in Cardiologia presenta i valori più elevati nelle regioni del Centro-Sud. Valori maggiori si rilevano in Campania (8,0%), Molise e Basilicata entrambe con il 7,3%. Il valore minimo in tale ambito, si registra nella PA di Bolzano (3,1%).

Con riferimento alla specializzazione in Geriatria, si rileva che le quote maggiori di medici in attività sono presenti in Abruzzo (3,3%) e in Valle d'Aosta (3,1%). La concentrazione inferiore di geriatri è presente in Friuli-Venezia Giulia che rileva l'1% su un totale nazionale di 4.047 censiti.

La Campania vede la quota maggiore di medici in attività specializzati sia in Ginecologia e Ostetricia (7,4%) che in Pediatria (5,8%). Con riferimento ai medici in attività in Ginecologia e Ostetricia la quota inferiore, pari al 4,5%, è presente in Valle d'Aosta e Liguria a fronte di un valore nazionale del 6%. La specializzazione in Pediatria presenta, invece, la quota più bassa in Friuli-Venezia Giulia, pari al 3,5%. Tuttavia, tale risultato non si discosta in maniera significativa dal valore medio nazionale del 4,4%.

**Tabella 1** - Percentuale di personale medico in attività per regione e raggruppamenti di specializzazione Eurostat - Anno 2008

Regioni	Specializzazioni Mediche non-Chirurgiche	Specializzazioni Chirurgiche	Specializzazioni Ostetriche e Ginecologiche	Specializzazioni Pediatriche* Generale*	Specialisti in Medicina Generale	Specializzazioni in ambito Psichiatrico	Altre professioni mediche
Piemonte	42,3	37,0	5,7	4,9	4,7	5,3	0,3
Valle d'Aosta	40,3	39,5	4,5	5,1	6,0	4,5	0,0
Lombardia	43,8	36,2	5,7	5,0	4,8	4,3	0,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>41,6</i>	<i>35,4</i>	<i>6,6</i>	<i>5,9</i>	<i>5,0</i>	<i>5,5</i>	<i>0,2</i>
<i>Trento</i>	<i>42,4</i>	<i>31,8</i>	<i>6,6</i>	<i>4,7</i>	<i>8,7</i>	<i>5,6</i>	<i>0,2</i>
Veneto	41,9	37,5	6,0	4,6	4,9	4,8	0,4
Friuli-Venezia Giulia	40,3	39,7	6,1	3,7	5,0	5,1	0,2
Liguria	43,2	36,5	4,5	4,4	5,7	5,3	0,4
Emilia-Romagna	41,8	37,3	5,3	4,5	5,4	5,2	0,4
Toscana	41,2	35,2	5,2	5,1	7,1	5,8	0,5
Umbria	43,6	35,8	5,3	4,8	5,7	4,3	0,6
Marche	42,7	38,0	4,8	3,9	5,4	4,9	0,3
Lazio	44,0	34,1	6,6	4,6	5,5	4,9	0,4
Abruzzo	43,0	38,2	4,9	4,1	6,0	3,7	0,1
Molise	42,9	33,5	5,2	4,0	10,4	3,6	0,4
Campania	42,3	32,4	7,4	6,3	7,6	3,9	0,3
Puglia	44,3	35,9	6,1	4,9	5,4	3,1	0,3
Basilicata	42,1	33,6	6,5	4,4	9,6	3,7	0,1
Calabria	41,7	31,0	5,6	4,4	12,3	4,7	0,4
Sicilia	41,3	32,7	6,6	5,4	9,3	4,4	0,3
Sardegna	45,3	30,3	6,0	5,6	7,0	5,5	0,3
<b>Italia</b>	<b>42,7</b>	<b>35,1</b>	<b>6,0</b>	<b>4,9</b>	<b>6,3</b>	<b>4,6</b>	<b>0,3</b>

\*Nel presente aggregato non sono presenti i Pediatri di Libera Scelta in quanto non distinguibili nel campione.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Cegedim Dendrite. Anno 2008.

**Tabella 2** - Percentuale di personale medico in attività per alcune specializzazioni per regione - Anno 2008

Regioni	Medici specializzati in Chirurgia Generale	Medici specializzati in Chirurgia Vascolare	Medici specializzati in Medicina Interna	Medici specializzati in Cardiologia	Medici specializzati in Geriatria	Medici specializzati in Ginecologia e Ostetricia	Medici specializzati in Pediatria
Piemonte	5,6	0,8	7,3	5,3	1,8	5,7	4,0
Valle d'Aosta	6,5	2,8	5,4	5,4	3,1	4,5	4,5
Lombardia	5,0	1,0	6,5	6,4	2,2	5,7	4,4
Bolzano-Bozen	5,7	0,9	10,5	3,1	2,6	6,6	5,8
Trento	6,5	0,7	9,3	5,5	2,2	6,6	3,7
Veneto	5,4	0,7	6,4	5,4	2,9	6,0	4,0
Friuli-Venezia Giulia	5,0	0,5	8,4	4,4	1,0	6,1	3,5
Liguria	5,0	1,0	5,9	5,0	2,3	4,5	3,8
Emilia-Romagna	4,6	0,6	7,3	5,3	2,2	5,3	4,0
Toscana	4,1	0,6	6,0	5,9	1,6	5,2	4,5
Umbria	6,8	0,7	6,0	5,4	2,0	5,3	4,6
Marche	6,3	0,4	6,6	5,4	1,3	4,8	3,6
Lazio	4,8	1,0	6,8	6,7	1,4	6,6	4,3
Abruzzo	5,4	1,0	5,5	5,4	3,3	4,9	3,8
Molise	5,6	0,5	4,9	7,3	1,7	5,2	3,6
Campania	5,9	0,7	5,8	8,0	1,7	7,4	5,8
Puglia	4,8	0,7	6,0	6,5	2,1	6,1	4,6
Basilicata	6,2	0,5	5,8	7,3	1,3	6,5	4,1
Calabria	6,0	0,5	7,3	6,0	1,7	5,6	4,0
Sicilia	6,3	0,7	6,7	6,4	1,7	6,6	4,4
Sardegna	5,7	0,6	6,4	5,7	1,7	6,0	4,9
<b>Italia</b>	<b>5,3</b>	<b>0,8</b>	<b>6,6</b>	<b>6,1</b>	<b>1,9</b>	<b>6,0</b>	<b>4,4</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Cegedim Dendrite. Anno 2008.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Le specializzazioni operate dai medici in attività al 2008 sono state analizzate rispettivamente a livello macro attraverso i raggruppamenti individuati a livello internazionale dall'Eurostat e a livello micro analizzando alcune specializzazioni ritenute di rilievo nazionale. L'analisi a livello macro mostra una variabilità contenuta per ogni raggruppamento. Questo certamente appare rassicurante in termini generali anche se la reale congruità degli specialisti nelle diverse branche va analizzata alla luce delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche riscontrate nei diversi territori.

I dati mostrano la presenza di alcune coerenti "tendenze" territoriali nella distribuzione dei professionisti per alcune specialità. I raggruppamenti relativi agli specialisti in ambito Ostetrico-Ginecologico e Pediatrico, mostrano percentuali di presenza maggiori nelle regioni del Sud caratterizzate da una struttura per età più giovane rispetto al territorio nazionale. Tuttavia, si riscontra che in regioni in cui la struttura per età della popolazione risulta significativamente diversa, la presenza di specialisti in ambito Ostetrico Ginecologico è simile. Infatti, nel Molise l'incidenza è pari al 5,2%, simile a quella registrata in Emilia-Romagna (5,3%) come simile è l'incidenza registrata nella Provincia Autonoma di Bolzano ed in Sicilia (6,6% per entrambe) con situazioni demografi-

che alquanto eterogenee.

Certamente meno spiegabile, sotto il profilo della distribuzione razionale delle competenze, è la tendenza osservata che vede i medici in attività nelle strutture sanitarie pubbliche e private e che esercitano specializzazioni Mediche non-chirurgiche (42,7%) sistematicamente concentrati nelle regioni del Centro-Sud. Al contrario, i medici che esercitano specializzazioni chirurgiche presentano quote maggiori nelle regioni del Centro-Nord, con dei picchi in Friuli-Venezia Giulia (39,7%), Abruzzo (38,2%) e Marche (38%). La distribuzione dei Geriatri sul territorio nazionale appare allineata alla struttura per età, confermando una presenza maggiormente significativa nelle regioni del Nord.

Alla luce di queste evidenze il Rapporto Osservasalute raccomanda che l'informazione sulle caratteristiche della forza lavoro medica possa trovare sistematico riscontro nella pianificazione dell'offerta formativa universitaria, con riferimento ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e successive scuole di specializzazione. Allo stesso modo, tale informazione può assumere rilievo nella programmazione del sistema d'offerta al fine di garantire una corretta erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, sulla base delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione, facendo leva su competenze professionali adeguate rispetto ai bisogni.



## Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale

**Significato.** I Medici di Medicina Generale (MMG) operano a livello distrettuale ed offrono ai cittadini interventi di assistenza primaria in ambulatorio e/o a domicilio, traducendo il bisogno di salute in domanda di prestazione.

Il Pediatra di Libera Scelta (PLS) offre assistenza sanitaria di primo livello ai bambini, dalla nascita fino al compimento dei 14 anni, con attività che riguardano la diagnosi e la cura delle malattie, la prevenzione e l'educazione sanitaria.

Precedentemente denominati medici di guardia medica, ai Medici di Continuità Assistenziale (MCA) è attribuito il compito di garantire l'assistenza territoriale, domiciliare, ambulatoriale e in strutture assistite nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive attraverso una organizzazione che va ricompresa nella programmazione regionale, rispondendo così alle diversità assistenziali legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche.

Gli indicatori di struttura derivano dal rapporto tra il numero di ciascuna di queste 3 classi di professionisti e le rispettive popolazioni residenti di riferimento e contribuiscono alla valutazione del dimensionamento dell'offerta di servizi.

Il tasso di MMG e il tasso di PLS valutano la presenza sul territorio di MMG e di PLS, permettendo di misurare la disponibilità di servizi sanitari, rispettivamente in rapporto al numero di potenziali soggetti assistibili (residenti a partire dal 14° anno di età), ovvero, rispetto alla popolazione residente in età pediatrica (età inferiore ai 14 anni) che rappresenta il numero teorico di soggetti assistibili in ogni regione (carico assistenziale potenziale). Il tasso di Medici di Continuità Assistenziale permette di valutare la dotazione di medici di MCA rispetto alle necessità della popolazione, misurate in termini di residenti (ovvero

di potenziali utenti del servizio di Guardia Medica). È possibile, inoltre, calcolare un *set* di indicatori ottenuti mettendo in rapporto il numero di MMG e di PLS con il carico effettivo di assistiti, misurato come totale delle scelte rispettivamente di MMG e PLS (carico assistenziale effettivo) di una data regione. In particolare, per "numero di scelte di MMG" si intende il numero di residenti di qualunque età (purché maggiori di 14 anni), iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, che sono effettivamente assistiti dai MMG in una data regione. In analogia, per "numero di scelte di PLS" si intende il numero di residenti in età pediatrica (0-14 anni), iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, che sono effettivamente assistiti da un PLS in una data regione. La scelta del Pediatra è obbligatoria per i residenti da 0 a 6 anni, mentre per gli assistiti che arrivano fino al 14° anno di età è possibile scegliere un MMG su richiesta motivata.

Eventuali variazioni dei valori di questi ultimi indicatori rispetto a quelli del tasso di MMG e di PLS, permettono di evidenziare situazioni nelle quali il carico assistenziale effettivo è diverso dal carico assistenziale potenziale. In particolare, un tasso di MMG per scelte ottenute da 1.000 residenti inferiore al tasso di MMG in una regione (carico assistenziale effettivo maggiore del carico potenziale) può stare ad indicare due cose: una scarsità di medici (o di pediatri) rispetto al fabbisogno di quella data regione, ma anche la tendenza in quel territorio a scegliere per l'assistenza ai minori di 14 anni il MMG e piuttosto che il PLS. Questo potrebbe avvenire sia per una carenza di accesso alle cure del PLS nella regione considerata (ridotto numero di professionisti, difficoltà logistiche) che per una decisione dei genitori di demandare l'assistenza pediatrica al proprio MMG.

### Tasso di Medici di Medicina Generale

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Medici di Medicina Generale}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente di 14 anni ed oltre}} \times 1.000$$

### Tasso di Pediatri di Libera Scelta

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Pediatri di Libera Scelta}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente <14 anni}} \times 1.000$$

### Tasso di Medici di Continuità Assistenziale

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Medici di Continuità Assistenziale}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente}} \times 1.000$$

### Tasso di Medici di Medicina Generale (Pediatri di Libera Scelta) per scelte dei residenti

Numeratore	Medici di Medicina Generale (Pediatri di Libera Scelta)	
Denominatore	Scelte	x 1.000

**Validità e limiti.** Questi indicatori permettono di valutare in maniera quantitativa la composizione strutturale della rete regionale dei servizi sanitari di base. Ciò, consente di supportare la programmazione regionale nella caratterizzazione dell'offerta potenziale per la popolazioni adulta e pediatrica e formulare ipotesi sul numero di nuclei di aggregazione di professionisti necessari a facilitare, attraverso la partecipazione di "gruppo", il raggiungimento di obiettivi di assistenza primaria.

Gli indicatori non forniscono informazioni sull'appropriatezza del servizio offerto a livello di medicina territoriale e sulle relazioni dei singoli nodi appartenenti alla rete dell'assistenza primaria. Essi non consentono di stimare il grado di dispersione degli utenti in relazione alle componenti della rete dei servizi sanitari di base, dal momento che non contengono informazioni sulla collocazione dei singoli professionisti rispetto alla popolazione regionale e sulla rispondenza alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche della regione considerata.

#### Valore di riferimento/Benchmark.

L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) del 2005 per la disciplina dei rapporti con i MMG (ultimo vigente rispetto ai dati presentati) prevede all'art. 33, che per un determinato ambito territoriale venga inserito un medico ogni 1.000 abitanti residenti, detratta la popolazione di età compresa tra 0-14 anni risultante al 31 dicembre dell'anno precedente. Ultimamente, in diverse regioni si è scelto di aumentare il rapporto ottimale in misura diversa, prevedendo l'inserimento di un medico di famiglia ogni 1.100 o 1.200 o 1.300 abitanti. Infatti, nel medesimo articolo, viene specificato che "le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria un diverso rapporto medico/popolazione residente. La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali e, comunque, fino ad un aumento massimo del 30%". Pertanto, ne deriva un tasso di MMG compreso tra 0,77 (nel caso in cui vi sia un medico ogni 1.300 abitanti) e 1 (nel caso in cui vi sia un medico ogni 1.000 abitanti).

In termini di massimale di scelte, per i MMG il medesimo riferimento legislativo, all'art. 39, fissa un limite massimo di 1.500 pazienti per MMG; ne deriva un valore di riferimento pari a 0,67 medici per 1.000 scelte ottenute da soggetti di 14 anni ed oltre (ad eccezione della Provincia Autonoma di Bolzano in cui il massimale previsto è di 2.000 assistiti per medico, con

un indice derivabile di 0,5 medici per 1.000 scelte ottenute da soggetti di 14 anni ed oltre).

Per i PLS il riferimento legislativo (Accordo Collettivo Nazionale - ACN per la disciplina dei rapporti con i medici PLS del 2005) stabilisce, all'art. 32, la presenza di un pediatra ogni 600 residenti di età compresa tra 0 e 6 anni, risultanti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente. Pertanto, il tasso di PLS che ne deriva, risulta pari a 1,67 pediatri per 1.000 residenti in quella fascia di età.

Il medesimo documento legislativo, all'art. 38, fissa il massimale di scelte imponendo un limite massimo di 800 pazienti per PLS, con un conseguente tasso derivato di 1,25 pediatri per 1.000 scelte ottenute da soggetti di età compresa tra 0 e 6 anni.

Il rapporto ottimale definito all'art. 64 dell'ACN del 2005 per la disciplina dei rapporti con i MMG (ultimo vigente rispetto ai dati presentati), prevede l'inserimento di un MCA ogni 5.000 abitanti residenti, con una variabilità del 30%, in eccesso o in difetto, a seconda della programmazione regionale. In base a tali parametri il tasso di MCA che ne deriva è compreso tra 0,15 e 0,28, con un valore ottimale di 0,2.

#### Descrizione dei risultati

In tutte le regioni, eccetto la PA di Bolzano, la Liguria e il Lazio, si osserva che nel 2006 il tasso di MMG ha un valore compreso nel benchmark di riferimento. Un tasso di 0,91 MMG/1.000 abitanti, che corrisponde al valore nazionale, significa un rapporto di 1 MMG/1.100 abitanti. Rispetto a tale dato le regioni possono essere suddivise in due categorie: quelle che hanno un tasso di MMG vicino al valore nazionale (Piemonte, PA di Trento, Veneto, Emilia-Romagna, Marche, Campania, Calabria e Sardegna) e quelle che hanno un tasso di MMG prossimo all'unità e, pertanto, un rapporto ottimale di 1 MMG/1.000 abitanti (Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata e Sicilia). Il Lazio presenta il tasso di MMG più elevato (1,06 per 1.000), mentre nella PA di Bolzano e in Liguria, in particolare, ma tendenzialmente anche in Lombardia, si riscontrano i tassi più bassi; ciò può significare una scarsità di MMG in quel territorio. Rispetto al 2001, in quasi tutte le regioni, ad eccezione delle PA di Trento e Bolzano, dell'Umbria, dell'Abruzzo e della Sicilia, il tasso di MMG del 2006 è diminuito, il che fa supporre una tendenziale riduzione nel numero di MMG operanti sul territorio.

Il tasso di MMG per scelte ottenute da 1.000 residen-

ti risulta inferiore al tasso di MMG in quasi tutte le regioni (indicativamente sia per il 2001 che per il 2006), e, in particolare, in Toscana, Campania, Lazio e Sicilia. Fanno eccezione la Liguria, la Calabria e la Sardegna che presentano un numero di MMG per scelte superiore al numero di MMG per 1.000 residenti.

Prima di procedere al commento dei dati sui PLS è doverosa una precisazione: sebbene l'ACN del 2005 faccia riferimento alla popolazione di età compresa tra 0-6 anni, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali fornisce i dati sui PLS prendendo in considerazione la popolazione tra 0 e 13 anni di età. Pertanto, non potendo procedere diversamente, si è scelto di utilizzare, comunque, il benchmark derivato dalle indicazioni del legislatore. Nel 2006 tutte le regioni presentano, per il tasso di PLS, un valore al di sotto della misura derivata dal riferimento legislativo (1,67). In particolare, la regione con il tasso di PLS minore risulta essere la PA di Bolzano con un valore di 0,67 (pari a 0,4 PLS per 600 residenti di età 0-13, ossia il 40% del fabbisogno previsto dal legislatore), seguita dalla Campania con valori pari a 0,82 PLS per 1.000 residenti di età <14 anni. La regione con il valore maggiore, anche se sempre al di sotto del valore di riferimento, risulta essere la Valle d'Aosta con un tasso pari a 1,17 (ossia 0,7 PLS per 600 residenti di età 0-13 anni), seguita dall'Abruzzo con 1,15 PLS per 1.000 residenti di età <14 anni. Rispetto al 2001, il tasso di PLS, è aumentato, sia a livello nazionale sia in quasi tutte le regioni e, in particolare, in Valle d'Aosta, PA di Bolzano, Friuli-Venezia Giulia e

Puglia. Una situazione controtendenza si registra in Piemonte, Umbria, Abruzzo e Liguria. In quest'ultima regione la situazione è aggravata dal fatto che anche il tasso di MMG si è ulteriormente ridotto tra il 2001 e il 2006.

In tutte le regioni si evidenzia come nel 2006 il tasso di PLS sia inferiore al tasso di PLS per scelte ottenute da 1.000 residenti. Ciò significa che il numero di scelte per pediatra è sempre inferiore al numero dei bambini residenti. Rispetto al 2001, nel 2006, il tasso di PLS per scelte ottenute da 1.000 residenti è ridotto sia a livello nazionale che in tutte le regioni (fanno eccezione la PA di Trento e la Sicilia). Tali risultati rafforzano l'ipotesi che nelle regioni ci sia una tendenza dei genitori ad affidare l'assistenza pediatrica al MMG. Rispetto al benchmark di 1,25 PLS per 1.000 scelte ottenute dai residenti, va sottolineato che 12 regioni, tendenzialmente del Centro-Sud, presentano un tasso superiore o uguale a quello proposto dal legislatore.

Per quanto riguarda, infine, i MCA, nel 2006 si registra, soprattutto nelle regioni del Nord e, in particolare, in Valle d'Aosta, che oltretutto ha subito un forte decremento di MCA tra il 2001 e il 2006, una crescente difficoltà a reperire medici per questo servizio. Infatti, tali regioni presentano un tasso di MCA nettamente inferiore al *range* di riferimento. Al contrario, la regione con il tasso di MCA più elevato (0,72 nel 2006 e 0,78 nel 2001) risulta essere la Basilicata, con 1 MCA ogni 1.400 residenti nel 2006.

**Tabella 1** - Tassi di MMG, PLS, MCA e di MMG e PLS per scelte ottenute da 1.000 residenti per regione - Anni 2001, 2006

Regioni	MMG		MMG/Scelte		PLS		PLS/Scelte		MCA	
	2001	2006	2001	2006	2001	2006	2001	2006	2001	2006
Piemonte	0,95	0,91	0,91	0,89	0,88	0,84	1,25	1,13	0,13	0,10
Valle d'Aosta	0,99	0,96	0,96	0,96	1,04	1,17	1,49	1,40	0,22	0,09
Lombardia	0,93	0,81	0,80	0,80	0,86	0,91	1,26	1,20	0,12	0,11
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,59</i>	<i>0,62</i>	<i>0,56</i>	<i>0,59</i>	<i>0,55</i>	<i>0,67</i>	<i>1,12</i>	<i>0,98</i>	<i>0,05</i>	<i>0,14</i>
Trento	0,88	0,92	0,88	0,90	1,06	1,12	1,23	1,29	0,21	0,16
Veneto	0,89	0,87	0,86	0,86	0,91	0,91	1,18	1,09	0,17	0,15
Friuli-Venezia Giulia	0,97	0,96	0,95	0,95	0,81	0,91	1,23	1,22	0,11	0,10
Liguria	0,98	0,71	0,96	0,95	1,10	0,93	1,33	1,24	0,14	0,10
Emilia-Romagna	0,91	0,89	0,89	0,89	1,10	1,14	1,32	1,30	0,16	0,17
Toscana	0,99	0,97	0,97	0,90	1,04	1,04	1,32	1,25	0,25	0,22
Umbria	0,97	0,98	0,95	0,98	1,08	1,07	1,36	1,31	0,29	0,27
Marche	0,93	0,93	0,91	0,92	0,95	0,96	1,22	1,17	0,27	0,21
Lazio	1,06	1,06	0,98	0,99	1,08	1,11	1,34	1,30	0,12	0,11
Abruzzo	0,94	0,96	0,93	0,95	1,19	1,15	1,48	1,33	0,32	0,35
Molise	1,01	1,00	0,97	0,98	0,89	0,91	1,33	1,23	0,65	0,43
Campania	0,96	0,89	0,88	0,84	0,79	0,82	1,16	1,10	0,33	0,29
Puglia	0,96	0,96	0,92	0,93	0,95	1,01	1,24	1,23	0,24	0,25
Basilicata	0,99	0,99	0,93	0,96	0,83	0,87	1,40	1,31	0,78	0,72
Calabria	1,01	0,90	0,97	0,92	0,94	0,99	1,43	1,29	0,61	0,58
Sicilia	0,95	0,98	0,91	0,94	1,06	1,11	1,26	1,30	0,45	0,40
Sardegna	0,93	0,92	0,91	0,95	1,09	1,14	1,55	1,39	0,53	0,65
<b>Italia</b>	<b>0,95</b>	<b>0,91</b>	<b>0,91</b>	<b>0,89</b>	<b>0,95</b>	<b>0,98</b>	<b>1,28</b>	<b>1,22</b>	<b>0,24</b>	<b>0,23</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2006. Anno 2007 - Rapporto Osservasalute 2004. Anno 2005.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I risultati ottenuti suggeriscono che, attualmente, il numero di MMG in attività nelle regioni è commisurato al carico assistenziale potenziale regionale così come definito dal legislatore. Il numero di MMG per residenti in nessuna delle regioni (ad eccezione di PA Bolzano e Liguria) risulta inferiore allo standard previsto. Tuttavia, il trend riscontrato tra il 2001 e il 2006 indica una riduzione dei MMG operanti sul territorio. Se a questo dato aggiungiamo anche le differenze riscontrate tra il tasso di MMG ed il tasso di MMG per scelte ottenute da 1.000 residenti e il basso valore del tasso di PLS, emerge la necessità di rimodulare l'Assistenza Primaria, soprattutto per quanto riguarda la medicina pediatrica, cercando di facilitare gli utenti nel rivolgersi al PLS mediante l'integrazione di questi in logiche di "medicina di gruppo".

Il dato quantitativo espresso dal valore assunto dal tasso di MCA completa il panorama dell'offerta di servizi di assistenza base destinati alla popolazione regionale, evidenziando una certa eterogeneità della strutturazione del servizio di Guardia Medica nel territorio nazionale.

Il quadro ottenuto dall'analisi di questi indicatori può essere utilizzato in fase di programmazione a sostegno della promozione delle forme associative, previste dal DPR 270/00 (ACN del 2000) e ribadite negli ACN del 2005 e del 2009 e di un potenziamento del coordinamento funzionale con i servizi e le attività del distretto.

È possibile, inoltre, favorire l'integrazione dell'attività dei MMG, dei PLS e dei MCA in gruppi che coinvolgano anche gli specialisti, costituendo le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (così come sancito dall'ACN 2005) che si occupano di fornire servizi sanitari sul territorio, riducendo la quantità di prestazioni sanitarie erogate impropriamente a livello ospedaliero. Infatti, il coordinamento in gruppi organizzati di professionisti, garantisce agli utenti una maggiore accessibilità, fornitura di alcune attività specialistiche e collegamento con gli specialisti per realizzare programmi specifici di tutela, presa in carico dei pazienti, garanzia di continuità assistenziale e maggiori responsabilità sull'assistenza domiciliare in alternativa al ricovero in ospedale.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Accordo collettivo nazionale del 28/09/2005 per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni.
- (2) Accordo collettivo nazionale del 23/04/2005 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni.
- (3) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2006. Anno 2007.
- (4) Rapporto Osservasalute 2004. Prex Milano. 2005.
- (5) Guzzanti E, Mazzeo MC, Milillo G, Cicchetti A, Meloncelli A. 2009. L'Assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra. Iniziative Sanitarie Editore, Roma.

## Apparecchiature TAC, TRM e PET

**Significato.** Nell'arco degli ultimi decenni la medicina ha subito una straordinaria evoluzione a seguito dell'introduzione e dell'utilizzo sempre più intenso di nuove tecnologie che hanno rivoluzionato il modo di fare diagnosi e terapia. Infatti, l'utilizzo diffuso della tecnologia, incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti, con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione delle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente. Rispetto a quest'ultimo punto, i pazienti chiedono di poter accedere tempestivamente alle innovazioni tecnologiche, così come i medici sono naturalmente propensi a promuovere tale innovazione.

In questo quadro si pone una serie di problemi che riguardano non soltanto le ingenti risorse finanziarie e professionali necessarie per il miglior utilizzo di queste innovative tecnologie, ma anche l'appropriatezza nell'utilizzo delle diverse metodiche a beneficio del paziente. In particolare, i sistemi di regolazione dei mercati e dei sistemi sanitari sono chiamati a vigilare sulla sicurezza delle nuove tecnologie offerte ai pazienti, ma anche a valutare il rapporto costo-efficacia dell'investimento in una nuova soluzione diagnostico-terapeutica. Tuttavia, le prospettive dei diversi attori del sistema, circa cosa debba essere considerato appropriato nel campo della tecnologia biomedica, non sono omogenee e, pertanto, il relativo giudizio

finale non è semplice da formulare.

Il sistema di indicatori proposti intende fornire un panorama delle dotazioni tecnologiche presenti nelle regioni, con particolare riferimento a tre "grandi macchine" diagnostiche: la TAC (Tomografia Assiale Computerizzata), la TRM (Tomografia a Risonanza Magnetica) e la PET (Tomografia ad Emissione di Positroni). Queste tecnologie si caratterizzano per le numerose indicazioni cliniche secondo cui il loro utilizzo è considerato unanimamente appropriato, per la rilevanza del loro costo unitario di investimento e di gestione e per l'impatto che hanno sul processo assistenziale e sull'organizzazione in senso più ampio.

Ai fini della computazione di un indicatore in grado di cogliere in maniera sintetica il peso e la disponibilità delle tecnologie biomediche nelle diverse realtà territoriali, in primo luogo è stata valutata la composizione percentuale delle tecnologie considerate rispetto al numero complessivo di macchine installate dei tre tipi. L'indice così ottenuto permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni nei due anni presi in considerazione (2003 e 2006). In secondo luogo, al fine di verificare se le apparecchiature presenti nelle regioni rispondono al reale fabbisogno sanitario, rendendo autosufficienti le singole regioni e se l'offerta sanitaria è omogenea sul territorio nazionale, è stato calcolato il numero di apparecchiature per milioni di abitanti.

### Composizione percentuale delle apparecchiature TAC, TRM e PET

Numeratore	Apparecchiature di tipo $x$
Denominatore	Totale apparecchiature (TAC, TRM e PET)

### Tasso di apparecchiature TAC, TRM e PET

Numeratore	Apparecchiature di tipo $x$
Denominatore	Popolazione residente

x 1.000.000

**Validità e limiti.** Gli indicatori si riferiscono a diversi obiettivi informativi. Infatti, i dati riportati in Tabella 2, forniscono un'indicazione circa la diversa distribuzione delle tre tipologie tecnologiche nelle diverse regioni nei due anni di riferimento, fornendo anche una indicazione di trend. In questo caso, l'obiettivo è di descrivere come si distribuiscono queste tre apparecchiature rispetto al "parco tecnologico" complessivo (inteso come somma delle tre tecnologie prese in considerazione). I dati riportati nella Tabella 3, invece, permettono di evidenziare come le tecnologie presenti nelle regioni rispondono al fabbisogno sanitario, fornendo indicazioni che possono risultare

utili in un'ottica di programmazione degli investimenti e di un processo di HTA (*Health Technology Assessment*).

Un'avvertenza di carattere generale deve essere, comunque, esplicitata: gli indici non tengono conto dell'appropriatezza nell'acquisizione delle tecnologie. Infatti, valori alti dei diversi indici, potrebbero significare un migliore accesso dei cittadini ai servizi sanitari, ma non necessariamente implicare un utilizzo appropriato della tecnologia. Quindi, se in alcuni casi il valore dell'indice potrebbe significare un impegno della regione nell'erogare servizi, in altri casi, potrebbe nascondere sprechi e/o una cattiva allocazio-

ne delle risorse finanziarie.

Inoltre, gli indici non permettono di prendere in considerazione il grado di obsolescenza delle tecnologie prese in considerazione.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Per quanto riguarda il primo indicatore “composizione percentuale delle apparecchiature”, non esistono specifici

benchmark. Al contrario, per l’indicatore “Tasso di apparecchiature”, i confronti internazionali (Tabella 1) e i valori medi nazionali rappresentano i confronti più utili. Unicamente per la PET si precisa che la letteratura internazionale evidenzia un fabbisogno di questa tecnologia pari a 1-1,5 PET per milione di abitanti.

**Tabella 1** - Tassi di apparecchiature TAC, TRM e PET (per 1.000.000) in alcuni Paesi OCSE - Anni 2003, 2006

Paesi	TAC		TRM		PET	
	2003	2006	2003	2006	2003	2006
Austria	27,2	29,8	13,6	16,8	1,2	2,1
Belgio	30,6	39,8	6,8	7,1	1,2	1,2
Canada	10,3	12,0	4,7	6,2	0,4	0,8
Finlandia	14,0	14,8	13,0	15,2	0,6	0,9
Francia	8,3	10,0	2,8	5,3	0,3	0,9
Germania	14,0	15,8	6,2	7,7	0,7	0,9
<b>Italia</b>	<b>24,0</b>	<b>28,2</b>	<b>11,4</b>	<b>16,3</b>	<b>0,7</b>	<b>1,8*</b>
Lussemburgo	26,7	27,7	11,1	10,7	2,2	2,1
Portogallo	12,8	25,8	3,9	5,8	n.d.	n.d.
Regno-Unito	6,7**	7,6**	4,4**	5,6**	0,5	n.d.
Spagna	13,0	13,9	7,3	8,8	n.d.	0,6
Stati-Uniti	29,2	34,0	21,9	26,5	n.d.	0,8
Svizzera	18,0	18,7	14,2	14,0	n.d.	n.d.
Ungheria	6,5	7,2	2,6	2,6	0,1	0,6
<b>Range</b>	<b>6,5-30,6</b>	<b>7,2-39,8</b>	<b>2,6-21,9</b>	<b>2,6-26,5</b>	<b>0,1-2,2</b>	<b>0,6-2,1</b>

\*Per la PET dati 2007.

\*\*Stima.

n.d. = non disponibile.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD). Health Data. Anno 2009.

### Descrizione dei risultati

Relativamente alla composizione percentuale delle apparecchiature (Tabella 2), si evidenzia una diversa diffusione delle tre tecnologie in riferimento anche alle loro caratteristiche tecniche e alla dimensione dei bacini d’utenza considerati in relazione alle indicazioni considerate appropriate. Infatti, sia nel 2003 che nel 2007, risulta evidente la limitata diffusione della PET rispetto alle altre tecnologie. Tuttavia, seppur con diffusione limitata, il peso delle apparecchiature PET in Italia è raddoppiato in quattro anni, con degli incrementi tendenzialmente concentrati nelle regioni del Sud, in particolare in Basilicata. Inoltre, tra il 2003 e il 2006, si può notare un importante aumento del peso relativo delle apparecchiature TRM in tutte le regioni, ad eccezione della Valle d’Aosta, la Provincia Autonoma di Trento e le Marche in cui si sono maggiormente diffuse in questi anni le apparecchiature TAC. Tendenzialmente, sia nel 2003 che nel 2006, si riscontra una maggiore diffusione della TAC rispetto alla TRM sia a livello nazionale, ma soprattutto nelle regioni del Centro-Sud. Si nota anche un’iniziale tendenza alla sostituzione delle TAC con TRM e PET in tutte le regioni ed in modo marcato in Basilicata e Molise, ad eccezione, per la PET, di Veneto e Friuli-Venezia Giulia in cui la presenza rela-

tiva di questa apparecchiatura si è ridotta tra il 2003 e il 2006.

Relativamente, invece, al numero di apparecchiature per milione di abitanti (Tabella 3), in primo luogo si evidenzia come, rispetto al benchmark (Tabella 1) e in entrambi gli anni di riferimento, l’Italia si collochi al terzo posto sia per numero di TAC sia di TRM. Per quanto riguarda la PET, se nel 2003 l’Italia era al quarto posto, nel 2006 è seconda solo ad Austria e Lussemburgo per numero di apparecchiature per milione di abitanti. Inoltre, rispetto alle raccomandazioni sul numero di PET per milione di abitanti, l’Italia, nel 2006, ha un valore superiore al benchmark (1-1,5 PET per milione di abitanti). Per quanto riguarda, invece, i valori nazionali (Tabella 3), i dati mostrano che vi è stato per le tre tecnologie prese in considerazione un incremento del numero di apparecchiature per milione di abitanti. In valori assoluti questo trend riguarda soprattutto la TRM (+4,9 TRM per milione di abitanti), ma, in proporzione, la tecnologia che si è resa maggiormente disponibile alla popolazione è la PET (+157%). L’unica regione che non segue il trend nazionale è la Sardegna in cui si sono ridotte sia il numero di TAC che di TRM per milione di abitanti. In Valle d’Aosta, si è ridotto il numero di TRM, ma, in compenso, è raddoppiato il numero di TAC. Le

regioni in cui si registra un maggiore incremento del numero di TAC sono tendenzialmente quelle del Centro-Sud, ad eccezione di Toscana e Puglia (dove il numero di TAC per milione di abitanti è aumentato in minore proporzione rispetto al trend nazionale) e la PA di Trento. La stessa affermazione, ma escludendo unicamente la Puglia ed estendendola anche alla Liguria, vale per il trend riscontrato sul numero di TRM per milione di abitanti. Infine, per la PET, non

avendo molti dati a disposizione per l'anno 2003, si può solo segnalare che le regioni in cui vi è stato un incremento maggiore di questa tecnologia sono Basilicata e Molise. Rispetto a quest'ultima, si segnala che nel 2006 tale regione ha registrato il maggior numero delle tre apparecchiature prese in considerazione per milione di abitanti, con valori che rappresentano il doppio, se non anche di più nel caso della PET, della media nazionale.

**Tabella 2** - *Composizione percentuale delle apparecchiature TAC, TRM e PET per regione - Anni 2003, 2006, 2007*

Regioni	TAC		TRM		PET*	
	2003	2006	2003	2006	2003	2007
Piemonte	0,68	0,57	0,30	0,40	0,02	0,03
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,25	0,57	0,75	0,43	0,00	0,00
Lombardia	0,66	0,59	0,30	0,35	0,04	0,06
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,57</i>	<i>0,47</i>	<i>0,43</i>	<i>0,47</i>	<i>0,00</i>	<i>0,05</i>
<i>Trento</i>	<i>0,63</i>	<i>0,69</i>	<i>0,38</i>	<i>0,31</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>
Veneto	0,65	0,52	0,32	0,46	0,03	0,02
Friuli-Venezia Giulia	0,65	0,56	0,30	0,40	0,05	0,04
Liguria	0,63	0,54	0,34	0,42	0,03	0,04
Emilia-Romagna	0,68	0,60	0,28	0,34	0,03	0,06
Toscana	0,69	0,53	0,28	0,41	0,03	0,06
Umbria	0,75	0,68	0,25	0,26	0,00	0,05
Marche	0,53	0,58	0,43	0,38	0,04	0,04
Lazio	0,66	0,58	0,34	0,40	0,00	0,02
Abruzzo	0,66	0,62	0,34	0,38	0,00	0,00
Molise	0,71	0,55	0,29	0,38	0,00	0,07
Campania	0,78	0,71	0,21	0,25	0,01	0,04
Puglia	0,69	0,64	0,31	0,34	0,00	0,02
Basilicata	0,90	0,60	0,10	0,24	0,00	0,16
Calabria	0,81	0,70	0,19	0,29	0,00	0,01
Sicilia	0,79	0,67	0,21	0,30	0,01	0,04
Sardegna	0,65	0,60	0,35	0,35	0,00	0,05
<b>Italia</b>	<b>0,69</b>	<b>0,61</b>	<b>0,29</b>	<b>0,35</b>	<b>0,02</b>	<b>0,04</b>

\*Include PET, PET-TAC e PET mobile.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Anno 2009 - Censimento AIMN. Anno 2007 - Rapporto Osservasalute 2005. Anno 2006.

**Tabella 3** - Tassi di apparecchiature TAC, TRM e PET (per 1.000.000) per regione - Anni 2003, 2006, 2007

Regioni	TAC		TRM		PET	
	2003	2006	2003	2006	2003	2007
Piemonte	24,9	25,8	13,0	18,4	n.d.	1,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	16,6	32,3	33,1	24,2	0,0	0,0
Lombardia	24,0	26,3	13,3	15,7	n.d.	2,5
Bolzano-Bozen	17,1	18,6	17,2	18,6	0,0	2,1
Trento	10,4	17,9	0,0	8,0	0,0	0,0
Veneto	19,0	22,4	14,2	19,6	n.d.	0,8
Friuli-Venezia Giulia	20,1	20,7	10,1	14,9	n.d.	1,6
Liguria	18,5	23,0	10,8	18,0	n.d.	1,9
Emilia-Romagna	19,9	22,4	8,4	12,7	n.d.	2,1
Toscana	21,9	22,1	10,5	17,1	n.d.	2,5
Umbria	22,8	30,0	9,6	11,5	0,0	2,3
Marche	18,2	28,1	15,5	18,3	n.d.	2,0
Lazio	26,9	31,5	14,8	21,9	n.d.	1,1
Abruzzo	22,8	27,6	11,8	16,9	0,0	0,0
Molise	40,5	49,9	18,6	34,3	0,0	6,2
Campania	32,8	41,4	9,5	14,5	n.d.	2,1
Puglia	19,4	22,6	8,7	12,0	0,0	0,7
Basilicata	21,8	25,2	3,4	10,1	0,0	6,8
Calabria	23,4	38,4	6,0	16,0	0,0	0,5
Sicilia	27,4	36,1	7,5	16,1	n.d.	2,0
Sardegna	22,6	21,7	14,0	12,7	n.d.	1,8
<b>Italia</b>	<b>24,0</b>	<b>28,2</b>	<b>11,4</b>	<b>16,3</b>	<b>0,7</b>	<b>1,8</b>

n.d. = non disponibile.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero della Salute. Anni 2003 e 2008 - Elaborazioni su dati Istat per la PET. Anni 2003 e 2007 - Censimento AIMN. Anno 2007.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Nel panorama internazionale l'Italia si posiziona tra i primi Paesi in termini di disponibilità totale di apparecchiature TAC, TRM e PET per milione di abitanti, confermando anche attraverso gli investimenti fatti in tecnologia "di punta" di meritare il *ranking* elevato che viene assegnato al nostro Servizio Sanitario Nazionale dagli osservatori internazionali.

A livello nazionale, i dati preliminari e unicamente disponibili a livello di "sistema-Paese" relativi al numero di TAC e TRM che sono presentati nella Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009 e riferiti al 2007, confermano il trend riscontrato tra il 2003 e il 2006. In particolare, rispetto alle tre tecnologie prese in considerazione, il 61% di esse è di tipo TAC, il 35% di tipo TRM e il 4% di tipo PET, confermando una riduzione in termini relativi del numero di TAC a favore dei TRM e delle PET. Rispetto al numero di apparecchiature per milione di abitanti, nel 2007, il numero di TAC è aumentato di 1,2 unità, mentre il numero di TRM di 1,8 unità.

I dati regionali mostrano che TAC, TRM e soprattutto PET non sono distribuite e, pertanto, fruibili dalla popolazione in maniera omogenea sul territorio. Infatti, nel 2006, tendenzialmente le regioni del Centro-Sud hanno una maggiore concentrazione di TAC, mentre quelle del Centro-Nord una maggiore concentrazione di TRM. Per la PET, i dati 2007,

mostrano che la Basilicata ed il Molise, ossia quelle regioni che sono tra le meno popolate del Paese, hanno un elevatissimo numero di queste apparecchiature per milione di abitanti, mentre vi sono ancora la Valle d'Aosta, la PA di Trento e l'Abruzzo che non hanno nemmeno una PET.

Il quadro ottenuto dall'analisi congiunta di questi indicatori può risultare utile sia per la programmazione nazionale che per quelle regionali. Rispetto al primo livello, si ravvisa la necessità di favorire un riequilibrio territoriale nella disponibilità di queste apparecchiature pesanti e, in particolare, di quelle innovative come la PET, andando a verificare in modo congiunto anche il grado di obsolescenza del parco tecnologico. Nell'ambito delle singole regioni sarebbe opportuno, invece, andare ad analizzare come sono state allocate le risorse utilizzate e gli investimenti realizzati in tecnologie. Tale ricognizione risulta utile anche per verificare se il principio di efficienza, che tra l'altro è alla base del calcolo dei costi standard, viene rispettato.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Relazione sullo stato sanitario del Paese 2007-2008. Ministero della Salute. Anno 2009.
- (2) OECD Health Data. Anno 2009.
- (3) Rapporto Osservasalute 2005. Prex Milano. 2006.
- (4) Censimento Italiano dei Centri PET - Osservazione 2006-2007. AIMN (Associazione Italiana di Medicina Nucleare).



## Quote di mercato

**Significato.** L'assistenza ospedaliera rappresenta, in Italia, il fulcro dell'assistenza sanitaria e viene erogata da strutture che si differenziano per la loro natura giuridica (strutture pubbliche ovvero presidio di ASL, AO, AOU, IRCCS, vs istituti di cura privati accreditati, a loro volta suddivisi in "appartenenti all'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari (ARIS)", "appartenenti all'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP)", "di ispirazione cattolica", "non di ispirazione cattolica"), ma anche per la tipologia di assistenza erogata.

Negli ultimi anni i pazienti hanno acquisito la possibilità di scegliere liberamente le strutture che meglio rispondono alle proprie esigenze.

Queste caratteristiche dell'offerta e della domanda hanno contribuito a rendere il funzionamento del settore sanitario simile a quello dei settori industriali tradizionali, nei quali si assume che i consumatori siano liberi di scegliere il proprio fornitore e il fornitore sia libero di scegliere quali prodotti offrire. In particolare:

- la classificazione delle prestazioni sanitarie per Maggiori Categorie di Diagnosi (Mdc) identifica 25 differenti mercati (o settori). All'interno di ogni mercato, le prestazioni sanitarie riferite ad ogni DRG incluso in quel mercato costituiscono un sotto-mercato;
  - all'interno di ogni mercato (o sotto-mercato) le strutture sanitarie operano come imprese;
  - il numero delle prestazioni erogate, che è strettamente legato al numero di dimessi, moltiplicato per le tariffe corrispondenti, rappresenta il fatturato dell'impresa;
  - la quota di mercato di ogni struttura sanitaria è identificata dal fatturato ottenuto da quella struttura rispetto al fatturato totale ottenuto in quel mercato. Il fatturato è stato stimato applicando le tariffe DRG (versione 10) del Ministero della Salute.
- L'obiettivo dell'indicatore è di mostrare, per ciascuna tipologia di struttura di ricovero per acuti (tabella 1), l'evoluzione tra il 2001 e il 2004.

### *Dimissioni ospedaliere e relativa quota di mercato*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimessi per istituto}}{\text{Dimessi di tutte le strutture per acuti}} \times 100$$

### *Fatturato e relativa quota di mercato*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Fatturato per istituto}}{\text{Fatturato di tutte le strutture per acuti}} \times 100$$

**Tabella 1 - Classificazione delle strutture di ricovero per acuti**

Classificazione SDO	Classificazione OSSERVASALUTE
Azienda ospedaliera	AO
Ospedale a gestione diretta	Presidio ASL
Istituto non classificato presidio della USL	Presidio ASL
Ente di ricerca	Presidio ASL
Clinica o policlinico universitario	AOU (ad eccezione del Policlinico Gemelli e Ospedale Pediatrico Bambin Gesù inclusi in "Istituto di cura privato accreditato altro - di ispirazione cattolica")
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico	IRCCS pubblici; Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'AIOP Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'ARIS Istituto di cura privato accreditato altro - di ispirazione cattolica
Ospedale classificato o assimilato	Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'AIOP Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'ARIS Istituto di cura privato accreditato altro - di ispirazione cattolica Istituto di cura privato accreditato altro - non di ispirazione cattolica
Casa di cura privata	Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'AIOP Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'ARIS Istituto di cura privato accreditato altro - di ispirazione cattolica Istituto di cura privato accreditato altro - non di ispirazione cattolica

Infatti, attraverso l'analisi congiunta di questi dati si può tentare di capire a livello globale, ma anche a livello di pubblico-privato o addirittura di singola categoria di strutture, sia come sta mutando la domanda di prestazioni sanitarie per acuti (intesa come numero di dimissioni), sia come sta evolvendo lo scenario economico delle strutture sanitarie (in termini di fatturato annuo).

**Validità e limiti.** L'indicatore è rappresentativo della situazione nazionale negli anni 2001-2004 poiché è stato costruito sulla base dei dati presenti nei seguenti database:

- elenco Ministero della Salute strutture pubbliche e

private accreditate aggiornato al 2004;

- elenco strutture AIOP - versione online del giugno 2007: su 538 strutture presenti nell'elenco AIOP ne sono state rinvenute 462 nell'elenco ministeriale;

- elenco strutture ARIS aggiornato al 2006: su 241 strutture presenti nell'elenco ARIS, 87 svolgono attività per acuti essendo presenti nell'elenco ministeriale; - 6 strutture sono risultate iscritte sia all'AIOP sia all'ARIS;

- database Ministero della Salute: dati SDO 2001-2002-2003-2004.

Il focus dell'analisi verte sulle strutture di degenza per acuti, poiché sono quelle che, sulla base dei database utilizzati, presentano i dati più consistenti (tabella 2).

**Tabella 2 - Strutture per acuti (valori assoluti) - Anni 2001-2004**

Strutture per acuti	2001	2002	2003	2004
AO	72	73	70	159
AOU	11	11	11	10
Presidio di ASL	622	612	608	452
IRCSS pubblici	23	24	23	23
Istituto di cura privato accreditato AIOP	373	378	374	384
Istituto di cura privato accreditato ARIS	64	64	64	65
Istituto di cura privato accreditato - altro - di ispirazione cattolica	12	12	12	12
Istituto di cura privato accreditato - altro - non di ispirazione cattolica	85	93	89	86
<b>Totale strutture per acuti</b>	<b>1.262</b>	<b>1.267</b>	<b>1.251</b>	<b>1.191</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione su dati del Ministero della Salute. Elenco strutture AIOP e ARIS. Anno 2007.

### Descrizione dei risultati

I risultati sul numero di dimessi (tabella 3) e le relative quote di mercato calcolate sul numero totale di dimessi, da tutte le strutture per acuti (grafico 1), mostrano che nel complesso le strutture pubbliche hanno avuto una riduzione sia del numero di dimessi (-2,8%) sia della relativa quota di mercato (2,0%), mentre le strutture private hanno registrato incrementi rispettivamente del 10% e del 2,0%.

In particolare:

- i presidi ASL sono ogni anno quelli con il maggior numero di dimessi, ma anche quelli che hanno fatto registrare il più marcato trend decrescente nel periodo 2001-2004 (-23%), con una riduzione del 12% della quota di mercato per dimessi;

- le AO hanno visto incrementare sia il numero di dimessi (+43%) che le relative quote di mercato (9,7%). In particolare tali incrementi si sono verificati tra il 2003 e il 2004;

- gli istituti di cura ARIS hanno aumentato il numero di dimessi (+4%), mantenendo pressoché costante la relativa quota di mercato;

- gli istituti di cura AIOP hanno avuto un trend più positivo dell'ARIS. Il numero dei dimessi è aumenta-

to del 14%, con un aumento delle quote di mercato dell'1,4%;

- gli altri istituti di cura di ispirazione cattolica hanno mantenuto le quote di mercato pressoché immutate aumentando comunque il numero di dimessi del 10%. Analoghe considerazioni valgono a livello di fatturato (tabella 4 e grafico 2). Nel complesso le strutture pubbliche hanno avuto nel periodo di riferimento un incremento del fatturato (1,8%), ma hanno perso quote di mercato (-1,7%), mentre le strutture private hanno registrato incrementi sia nel fatturato (+13,6%) sia nelle quote di mercato (1,7%).

In particolare:

- per i Presidi ASL il fatturato si è ridotto del 20% e la quota di mercato del 12%; in particolare tale decremento si è verificato tra il 2003 e il 2004;

- le AO hanno visto incrementare sia il loro fatturato (+47%) sia la relativa quota di mercato (+9,9%);

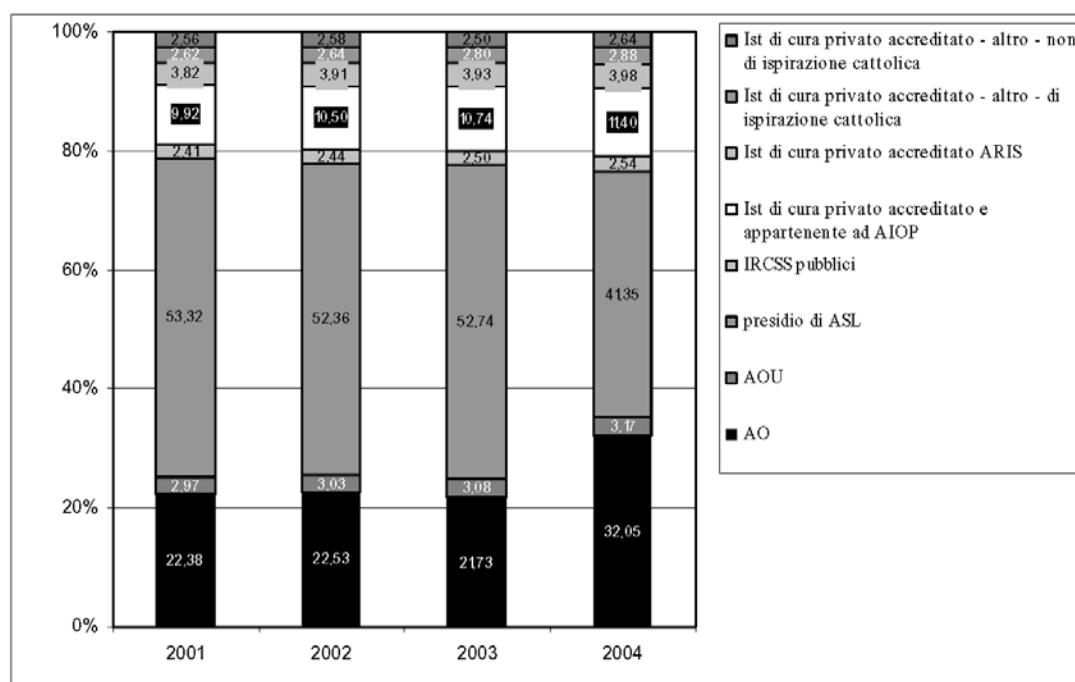
- sia gli istituti di cura ARIS che quelli AIOP hanno aumentato il fatturato (rispettivamente +6% e +19%) mantenendo però costanti le relative quote di mercato;

- gli altri istituti di cura accreditati hanno entrambi aumentato il fatturato del 9% mantenendo costanti le loro relative quote di mercato.

**Tabella 3 - Dimessi per tipologia di struttura e variazione (assoluta e percentuale) - Anni 2001-2004**

Strutture per acuti	2001	2002	2003	2004	Δ 2001-2004	
					N	%
AO	2.730.351	2.744.354	2.611.130	3.896.494	1.166.143	43
AOU	362.330	369.615	369.641	385.156	22.826	6
Presidio di ASL	6.505.276	6.378.164	6.337.579	5.026.666	-1.478.610	-23
IRCSS pubblici	294.079	297.303	300.201	308.587	14.508	5
Privato accreditato AIOP	1.210.846	1.279.591	1.291.154	1.385.995	175.149	14
Privato accreditato ARIS	466.664	476.840	471.783	483.644	16.980	4
Privato accreditato - altro di ispirazione cattolica	319.180	321.183	336.354	349.581	30.401	10
Privato accreditato - altro non di ispirazione cattolica	312.524	314.870	299.846	320.615	8.091	3
<b>Totale dimessi per acuti</b>	<b>12.201.250</b>	<b>12.181.920</b>	<b>12.017.688</b>	<b>12.156.738</b>	<b>-44.512</b>	<b>0</b>

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Elaborazione su dati SDO. Anno 2007.

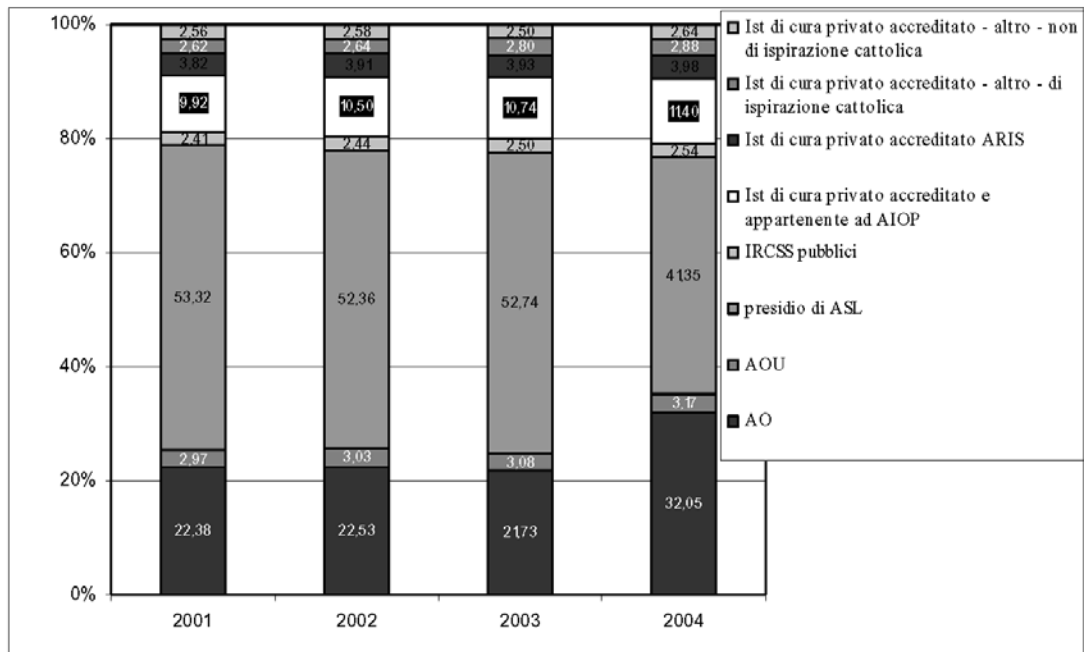
**Grafico 1 - Evoluzione delle quote di mercato relative al numero di dimessi per tipologia di struttura - Anni 2001-2004**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati SDO. Anno 2007.

**Tabella 4 - Fatturato (in €) per tipologia di struttura e variazione (assoluta e percentuale) - Anni 2001-2004**

Strutture per acuti	2001	2002	2003	2004	Δ 2001-2004	
					N	%
AO	8.046.185.525	8.225.903.310	7.972.726.252	11.849.254.499	3.803.068.974	47
AOU	1.003.929.667	1.021.542.519	1.031.673.910	1.085.288.548	81.358.881	8
Presidio di ASL	17.318.970.840	17.267.001.957	17.434.795.084	13.847.462.675	-3.471.508.165	-20
IRCSS pubblici	906.817.688	930.571.229	955.238.107	983.806.843	76.989.155	8
Ist di cura privato accreditato e appartenente ad AIOP	3.273.713.966	3.521.859.562	3.615.922.547	3.901.234.577	627.520.611	19
Ist di cura privato accreditato ARIS	1.270.996.292	1.316.890.634	1.309.972.368	1.348.177.953	77.181.661	6
Ist di cura privato accreditato - altro di ispirazione cattolica	917.526.200	931.972.944	969.767.540	1.004.285.501	86.759.301	9
Ist di cura privato accreditato - altro non di ispirazione cattolica	891.228.318	914.726.855	890.062.678	964.634.346	73.406.028	8
<b>Totale fatturato per acuti</b>	<b>33.629.368.496</b>	<b>34.130.469.009</b>	<b>34.180.158.486</b>	<b>34.984.144.943</b>	<b>1.354.776.447</b>	<b>4</b>

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Elaborazione su dati SDO. Anno 2007.

**Grafico 2 - Evoluzione delle quote di mercato relative al fatturato per tipologia di struttura - Anni 2001-2004**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati SDO. Anno 2007.

## Posti letto nelle strutture private accreditate

**Significato.** È un indice che rivela il *mix* tra privato accreditato e pubblico nell'erogazione di una quota rilevante di servizi sanitari e, cioè, quelli ospedalieri. Rappresenta, dunque, il grado di apertura del sistema sanitario al settore privato.

È, inoltre, una misura del ricorso al criterio della sussidiarietà tra privato e pubblico: maggiore è l'indice, maggiore è quest'ultima. Tuttavia, può essere assunto anche come indicatore di concorrenza nei mercati interni (concorrenza tra fornitori pubblici e privati), anche se spesso la concorrenza tra pubblico e privato viene intesa, con vincoli di bilancio stringenti, come

una diminuzione dell'impegno pubblico a favore di quello privato.

L'indicatore riflette la quota della domanda che può essere potenzialmente soddisfatta dai fornitori privati accreditati, mentre la quota dei ricoveri fornirebbe un'idea della soddisfazione effettiva della domanda. Esso, nondimeno, non fornisce informazioni sulla tipologia di ospedali accreditati (religiosi etc.) e, quindi, non può essere interpretato in termini di comportamenti differenziali degli operatori privati rispetto ai pubblici.

### Quota dei posti letto nelle strutture private accreditate sul totale dei posti letto del Servizio Sanitario Nazionale

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Posti letto negli ospedali privati accreditati}}{\text{Denominatore} \quad \text{Posti letto negli ospedali pubblici e privati accreditati}} \times 100$$

**Validità e limiti.** L'indicatore prende in considerazione i posti letto effettivamente utilizzati dalle strutture pubbliche (Aziende Ospedaliere-AO, Ospedali a Gestione Diretta, AO Integrata con il Servizio Sanitario Nazionale-SSN, AO Integrata con Università, Policlinico Universitario Privato, Istituti a Carattere Scientifico, Ospedali Classificati o Assimilati, Istituti Presidio della Usl, ed Enti di Ricerca) e dalle strutture private accreditate. Tale scelta è stata fatta per fornire una visione "effettiva" della situazione, essendo lo scarto, tra posti letto previsti e posti letto utilizzati, sostanziale (33.616 posti letto previsti non utilizzati nelle strutture pubbliche e 4.157 posti letto previsti, ma non utilizzati nel privato accreditato). Non essendo stato possibile, però, disaggregare i posti letto per tipologia (Ricovero Ordinario-RO, Day Hospital-DH-Day Surgery-DS, riabilitazione e lungodegenza) tale indicatore fornisce solo una visione generale e parziale di come è organizzata l'assistenza ospedaliera nelle regioni.

L'assetto pubblico-privato risente della struttura ospedaliera preesistente, anche se la configurazione prospettica dei pagamenti (DRG) agli ospedali comporta che il tipo di struttura non abbia teoricamente effetto sui costi ospedalieri (a meno di differenti comportamenti quanto a ricoveri ripetuti, dimissioni, *upgrading* del *case mix* etc.).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore di riferimento è quello medio nazionale.

### Descrizione dei risultati

Prima di presentare i dati inerenti la quota di posti letto nelle strutture accreditate sul totale dei posti letto del SSN, si è ritenuto opportuno fornire, a titolo indi-

cativo, anche i dati relativi al numero di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per gli anni 2001 e 2007 (Tabella 1). In via generale, da questi dati emergono 2 trend: una riduzione del numero di strutture di ricovero pubbliche ed un lieve aumento del numero di strutture di ricovero private accreditate, in particolare in Lombardia, Emilia-Romagna, Puglia e Sicilia.

Rispetto, invece, al *mix* pubblico-privato, è bene, in termini assoluti, distinguere la situazione del 2001 da quella del 2007. Infatti, se a livello nazionale, per entrambi gli anni di riferimento, il numero di strutture di ricovero private accreditate è risultato, comunque, inferiore al numero di strutture di ricovero pubbliche, nel 2001 nel Lazio, in Campania ed in Calabria vi erano più strutture private accreditate che strutture di ricovero pubblico. Nel 2007, invece, questa situazione si riscontra in Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Campania e Calabria. In termini relativi, però, se si considera la quota di strutture private accreditate sul totale delle strutture di ricovero del SSN, va sottolineato come sia a livello nazionale e sia in 13 regioni (Piemonte, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia) il privato accreditato abbia incrementato la sua presenza rispetto alle strutture di ricovero presenti nel SSN.

Per quanto riguarda nello specifico il numero di posti letto (Tabella 2), tra il 2001 ed il 2007 vi è stata una riduzione sia nelle strutture di ricovero pubbliche e sia in quelle private accreditate, coerentemente con quanto sancito dalla normativa nazionale. Tuttavia, mentre per il numero di posti letto nelle strutture pubbliche la situazione di decremento è omogenea su tutto il terri-

torio nazionale (ad eccezione del Molise), per quanto riguarda i posti letto nelle strutture private accreditate in 7 regioni (Trentino-Alto Adige, Liguria, Umbria, Abruzzo, Molise, Puglia e Sicilia) si riscontra una situazione in controtendenza e, cioè, un incremento del numero di posti letto.

Per quanto riguarda, invece, il *mix* pubblico-privato, in termini di quote di posti letto di strutture private accreditate sul totale dei posti letto del SSN, se a livello nazionale nel 2001 circa il 19% dell'offerta di posti letto nell'ambito della sanità finanziata pubblicamente era dovuta ad ospedali privati accreditati, nel 2007 tale valore è risultato pari al 21%. In entrambi gli anni di riferimento, comunque, la variabilità tra le regioni è accentuata: nel 2001 si è andati da un massimo del 33% nel Lazio ed in Calabria ad una totale o quasi assenza di posti letto privati accreditati in Valle d'Aosta, Liguria e Basilicata (entrambe 2%), con l'Umbria che presenta valori inferiori al 10%. Nel 2007, invece, si passa da un massimo del 42% di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto in Calabria ad un minimo rappresentato sempre dalla Valle d'Aosta (0%), Liguria (2%) e Basilicata (3%),

con altre 3 regioni che presentano un valore, comunque, inferiore al 10%. Solo 3 regioni (Emilia-Romagna, Lazio e Sardegna) sono in controtendenza: tra il 2001 ed il 2007, la quota di posti letto di strutture accreditate sul totale dei posti letto del SSN si è ridotta.

Non è possibile, comunque, individuare un gradiente Nord-Sud. In alcuni casi le condizioni di domanda e le istituzioni locali possono spiegare le differenze regionali (ad esempio, l'alta percentuale nel Lazio è legata alla ospedalità religiosa).

D'altra parte, è evidente un fenomeno dimensionale con regioni piccole o medie come la Valle d'Aosta, la Liguria, il Veneto, l'Umbria e la Basilicata che mostrano basse quote percentuali in entrambi gli anni di riferimento, segno che non vi sono sufficienti spazi operativi per ospedali accreditati per raggiungere dimensioni economicamente valide. L'unica eccezione è rappresentata dal Molise che, pur essendo di dimensioni molto piccole, vede una forte presenza del privato accreditato che si è rafforzata tra il 2001 ed il 2007.

**Tabella 1** - Numero di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate e percentuale di strutture private accreditate, per regione - Anni 2001, 2007

Regioni	N strutture ricovero pubbliche		N strutture ricovero private accreditate		Strutture private accreditate /totale strutture %	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
Piemonte	44	40	38	41	46	51
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	1	0	0	0	0
Lombardia	72	62	54	69	43	53
Trentino-Alto Adige*	21	16	10	10	32	38
Veneto	75	39	16	15	18	28
Friuli Venezia Giulia	19	16	5	5	21	24
Liguria	25	18	2	4	7	18
Emilia-Romagna	42	27	41	46	49	63
Toscana	41	42	28	28	41	40
Umbria	11	11	5	5	31	31
Marche	38	33	14	13	27	28
Lazio	75	78	94	69	56	47
Abruzzo	22	22	13	13	37	37
Molise	7	7	2	3	22	30
Campania	66	55	76	68	54	55
Puglia	68	38	30	37	31	49
Basilicata	11	10	1	1	8	9
Calabria	37	37	38	39	51	51
Sicilia	70	71	50	64	42	47
Sardegna	33	32	13	12	28	27
<b>Italia</b>	<b>778</b>	<b>655</b>	<b>530</b>	<b>542</b>	<b>41</b>	<b>45</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati del Ministero della Salute. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2001, 2007. Anno 2010.

**Tabella 2** - Numero di posti letto in strutture di ricovero pubbliche e private accreditate e percentuale di posti letto privati accreditati, per regione - Anni 2001, 2007

Regioni	Posti letto pubblici		Posti letto privati accreditati		Posti letto privati accreditati /totale posti letto %	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
Piemonte	15.915	13.060	3.556	3.482	18	21
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	457	415	0	0	0	0
Lombardia	34.099	29.726	8.432	7.680	20	21
Trentino-Alto Adige*	4.121	3.464	559	753	12	18
Veneto	19.342	16.398	1.206	1.175	6	7
Friuli Venezia Giulia	5.160	3.733	608	549	11	13
Liguria	7.529	5.910	117	148	2	2
Emilia-Romagna	14.783	14.119	4.171	3.578	22	20
Toscana	12.982	10.775	2.125	1.723	14	14
Umbria	2.886	2.482	224	225	7	8
Marche	5.699	4.660	979	885	15	16
Lazio	18.751	17.090	9.230	7.315	33	30
Abruzzo	4.871	4.131	294	1.313	6	24
Molise	1.385	1.416	93	224	6	14
Campania	13.548	12.314	6.455	5.833	32	32
Puglia	14.773	12.219	1.799	2.607	11	18
Basilicata	2.387	1.875	60	56	2	3
Calabria	6.815	4.414	3.285	3.140	33	42
Sicilia	14.868	12.323	3.661	3.966	20	24
Sardegna	5.964	5.315	1.484	1.212	20	19
<b>Italia</b>	<b>206.335</b>	<b>175.839</b>	<b>48.338</b>	<b>45.864</b>	<b>19</b>	<b>21</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati del Ministero della Salute. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2001, 2007. Anno 2010.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Tra il 2001 ed il 2007, in termini numerici, le strutture private accreditate hanno rafforzato la loro presenza sul territorio rappresentando quasi metà delle strutture di assistenza ospedaliera nazionali. In termini di posti letto, le strutture pubbliche detengono ancora più dell'80% del totale, anche se il privato accreditato in 8 anni ha incrementato la propria quota di 2 punti percentuali.

Per le prossime edizioni sarebbe interessante indaga-

re, con particolare riferimento alla tipologia di ricovero (Ricovero Ordinario-RO, Day Hospital-DH etc.), la natura dell'ampia differenza tra posti letto previsti e posti letto utilizzati e se nelle regioni sottoposte a Piani di rientro vi siano vincoli più stringenti sulla "struttura del mercato" pubblico e privato.

Per avere un quadro più dettagliato del "mercato" dell'assistenza ospedaliera, si raccomanda di leggere tale indicatore, di carattere molto generale, insieme all'indicatore sulle quote di mercato.

## Quote di mercato

**Significato.** L'assistenza ospedaliera rappresenta, in Italia, una quota rilevante dell'assistenza sanitaria ed ancora oggi il principale ambito operativo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), assorbendo oltre il 40% delle risorse destinate al finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. In particolare, l'assistenza ospedaliera, sia per acuti che per riabilitazione, viene erogata da strutture che si differenziano per la loro natura economica (strutture pubbliche ovvero istituti di cura privati accreditati a loro volta suddivisi in erogatori di ispirazione cattolica e privati *for profit*), ma anche per la tipologia di assistenza erogata.

Nel SSN, al di là dei vincoli posti dalla programmazione sanitaria nazionale, regionale e provinciale, i cittadini hanno il diritto di scegliere liberamente le strutture che meglio rispondono ai propri bisogni assistenziali (art. n. 32 della Costituzione e D. Lgs. n. 502/1992). Sulla base di questo assunto e ferme restando tutte le peculiarità che la letteratura ha ampiamente dibattuto sulla natura del mercato nel settore sanitario, si può ipotizzare che le caratteristiche dell'offerta e della domanda abbiano contribuito, in un certo senso, a rendere il funzionamento del settore sanitario simile a quello dei settori industriali tradizionali, nei quali si assume che i consumatori o i loro agenti medici siano liberi di scegliere il proprio fornitore ed il fornitore sia libero di scegliere quali prodotti offrire.

In particolare, applicando la metodologia di analisi delle quote di mercato delle aziende del settore industriale al settore sanitario si può assumere che:

- la classificazione delle prestazioni sanitarie per Maggiori Categorie di Diagnosi identifica 25 differenti mercati (o settori). All'interno di ogni mercato, le prestazioni sanitarie riferite ad ogni DRG costitui-

scono un segmento specifico;

- all'interno di ogni mercato (o sotto-mercato) le strutture sanitarie operano come imprese;

- il numero delle prestazioni erogate, che è strettamente legato al numero di dimessi, moltiplicato per le tariffe corrispondenti (che indicano la tipologia delle prestazioni), rappresenta il fatturato dell'impresa;

- la quota di mercato di ogni struttura sanitaria è identificata dal fatturato ottenuto da quella struttura rispetto al fatturato totale ottenuto in quel mercato.

L'obiettivo dell'indicatore proposto è, pertanto, mostrare, per ciascuna tipologia di struttura di ricovero per acuti (Tabella 1), l'evoluzione tra il 2001 ed il 2008:

- del numero di pazienti totale dimessi e della relativa quota di mercato calcolata, rispettivamente, come percentuale sul totale dei dimessi da tutte le strutture per acuti e da tutte le strutture di riabilitazione per anno;

- del fatturato e della relativa quota di mercato calcolata, rispettivamente, come percentuale sul totale fatturato da tutte le strutture per acuti e da tutte le strutture di riabilitazione per anno. Il fatturato è stato stimato applicando ai dati del database delle Schede di Dimissione Ospedaliera del Ministero della Salute le tariffe nazionali DRG (versione 10 fino al 2005 e versione 19 dal 2006 al 2008).

L'analisi congiunta di questi dati può consentire, per il complesso delle strutture presenti sul territorio, così come nell'ambito dei segmenti rilevanti di questo mercato (pubblico, privato, *no profit*), di apprezzare sia l'evoluzione della domanda di prestazioni ospedaliere (numero di dimissioni) e sia la dinamica dello scenario economico delle strutture sanitarie (in termini di fatturato annuo).

### Quota relativa di mercato riferita al numero di dimessi (acuzie e riabilitazione)

$$\text{Numeratore} \quad \text{Dimessi per istituto (acuzie e riabilitazione)} \\ \hline \text{Denominatore} \quad \text{Dimessi di tutte le strutture per acuti e di riabilitazione} \quad \times 100$$

### Quota relativa di mercato riferita al fatturato

$$\text{Numeratore} \quad \text{Fatturato per istituto} \\ \hline \text{Denominatore} \quad \text{Fatturato di tutte le strutture per acuti} \quad \times 100$$

**Validità e limiti.** L'indicatore è rappresentativo della situazione nazionale negli anni 2001-2008 poiché è stato costruito sulla base dei dati presenti nei seguenti database:

- elenco del Ministero della Salute delle strutture pubbliche e private accreditate aggiornato al 2009;
- elenco delle strutture dell'Associazione Italiana

Ospedalità Privata (AIOP), versione online del giugno 2007: su 538 strutture presenti nell'elenco AIOP, ne sono state rinvenute 462 nell'elenco ministeriale;

- elenco delle strutture dell'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari (ARIS) aggiornato al 2006: su 241 strutture presenti nell'elenco ARIS, 87 svolgono



attività per acuti essendo presenti nell'elenco ministeriale;

- 6 strutture sono risultate iscritte sia all'AIOP e sia all'ARIS;

- database del Ministero della Salute: dati SDO dal 2001 al 2008.

Per completare l'analisi, sono state individuate nel database del Ministero della Salute tutte quelle strutture che hanno natura giuridica privata, ma non lucrativa e che sono d'ispirazione cattolica, anche se non sono associate all'ARIS. Tra queste strutture rientrano ospedali di grandi dimensioni come ad esempio il Policlinico Universitario "A. Gemelli", l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) "Bambino Gesù" e l'IRCCS "San Raffaele del Monte Tabor".

### Descrizione dei risultati

La Tabella 2, che riporta le dimensioni del database utilizzato e si focalizza sul numero di strutture, mostra come tra il 2001 ed il 2008, a fronte di una riduzione del 12% del numero di strutture di ricovero per acuti sostanzialmente imputabile al calo di istituti di cura di tipo privato, di Aziende Ospedaliere (AO) e di Presidi di Aziende Sanitarie Locali (ASL), vi sia stato un incremento del numero di istituti di riabilitazione intra-ospedaliera (+25%), che ha coinvolto praticamente tutte le tipologie di strutture presenti nel SSN. I risultati sul numero di dimessi (Tabella 3) mostrano che, nel complesso, le strutture private per acuti hanno avuto un incremento della quota di mercato (calcolata sul numero totale di dimessi da tutte le strutture per acuti) pari a 2,19 punti percentuali, mentre le strutture pubbliche di riabilitazione hanno registrato incrementi pari a 2,94 punti percentuali.

Analizzando nello specifico ciò che è accaduto per tipologia di struttura (Tabella 4), i dati relativi alle acuzie mostrano che: i Presidi di ASL sono ogni anno quelli con il maggior numero di dimessi, ma anche quelli che hanno fatto registrare il più marcato trend in decrescita nel periodo 2001-2008, con una riduzione di circa 13 punti percentuali della quota di mercato per dimessi; al contrario le Aziende Ospedaliere-Universitarie (AOU) hanno visto fortemente incrementare sia il numero di dimessi, sia la relativa quota di mercato (7,76 punti percentuali); per gli istituti di cura di natura privata sostanzialmente il numero di dimessi e le relative quote di mercato sono rimasti stabili, anche se, all'interno di questa categoria di strutture, gli istituti di cura appartenenti all'AIOP (privato *for profit*) hanno avuto un trend più marcato sia in termini di numero di dimessi e sia nella relativa quota di mercato, con un incremento di quasi 2 punti percentuali.

Per quanto riguarda, invece, i dimessi da strutture di riabilitazione intra-ospedaliera (Tabella 4), i dati mostrano che: le strutture appartenenti all'AIOP (privato *for profit*) sono quelle con il maggior numero di

dimessi, anche se, sostanzialmente, la relativa quota di mercato è rimasta stabile tra il 2001 ed il 2008 (-0,4 punti percentuali); le AO sono le strutture pubbliche che hanno maggiormente incrementato la relativa quota di mercato (9,87 punti percentuali); i Presidi di ASL, sebbene abbiano avuto una ripresa, tra il 2006 ed il 2008, hanno subito un forte decremento del numero di dimessi tra il 2001 ed il 2008, perdendo una forte quota di mercato (-9,41 punti percentuali).

I dati sul fatturato (Tabella 5) mostrano che le strutture pubbliche hanno perso quote di mercato nelle acuzie, anche se in modo più lieve (-1,33 punti percentuali) rispetto a quelle perse in termini di dimessi, confermandosi, comunque, come l'"operatore" dominante sul mercato con quasi l'80% delle quote, mentre il privato ha perso quote di mercato sulla riabilitazione (-2,79 punti percentuali), anche se rimane sostanzialmente prevalente sul mercato con oltre il 50% delle quote.

Rispetto alla "ripartizione" del fatturato annuo per tipologia di struttura (Tabella 6), i dati sulle relative quote di mercato confermano, sostanzialmente, quanto emerge dall'analisi sull'evoluzione del numero di dimessi.

Analizzando nello specifico le quote relative di mercato riferite al numero di dimessi in acuzie per regione e per natura economica delle strutture (Tabella 7), sia nel 2001 che nel 2008, emerge in tutte le regioni la dominanza del settore pubblico (con un minimo del 57,9% delle quote di mercato nel Lazio ed un massimo del 100% in Valle d'Aosta nel 2001 e del 53,1% e 100% nelle medesime regioni nel 2008) e per le strutture private del settore *profit*. A questo proposito, nel 2001 vi sono ben 13 regioni (ed in particolare Piemonte, Emilia-Romagna, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia) in cui, tra le strutture di tipo privato, la quota più rilevante di mercato è detenuta dal privato *for profit*; per quanto riguarda il privato *no profit*, questo detiene una quota di mercato superiore alla media nazionale in 4 regioni (Lombardia, Liguria, Lazio e Puglia) e una quota dominante rispetto al privato *for profit* nelle 2 Province Autonome (PA di Bolzano e PA di Trento). Si segnala, in particolare, come nel Lazio gli istituti privati *no profit* detengano una quota di mercato superiore al 25%. Sostanzialmente, per il 2008 valgono le medesime considerazioni.

Analizzando, poi, le variazioni in termini di punti percentuali che vi sono state tra il 2001 ed il 2008 nelle quote di mercato riferite al numero di dimessi in acuzie detenute da queste 3 macro-tipologie di strutture (Grafico 1), emerge come gli istituti pubblici abbiano perso quote di mercato in modo più o meno marcato in tutte le regioni (ed in particolare in Sicilia dove il pubblico ha perso 8 punti percentuali), ad eccezione di Piemonte, Lombardia, Calabria e Sardegna. In queste ultime regioni, il pubblico ha sottratto quote unicamente al privato *for profit*. Tra il 2001 ed il 2008, il

privato *for profit* ha incrementato le sue quote di mercato in 17 delle 21 regioni e PA ed, in particolare, in Sicilia (+7,8 punti percentuali), Abruzzo (+3,8 punti percentuali) e Molise (+3,1 punti percentuali). Infine, un altro trend da sottolineare riguarda le strutture *no profit*: anche se a livello nazionale e nella maggior

parte delle regioni non vi sono state variazioni sostanziali nelle quote di mercato detenute, in 4 regioni (PA di Bolzano, Liguria, Lazio e Puglia) questo tipo di strutture ha registrato un incremento delle proprie quote di mercato maggiore di quello registrato dagli istituti privati *for profit*.

**Tabella 1** - Classificazione delle strutture di ricovero per acuti e di riabilitazione intra-ospedaliera

Classificazione SDO	Classificazione OSSERVASALUTE
Azienda Ospedaliera	AO
Ospedale a gestione diretta	Presidio di ASL
Istituto non classificato presidio della ASL	Presidio di ASL
Ente di ricerca	Presidio di ASL
Clinica o policlinico universitario	AOU (ad eccezione del Policlinico Gemelli e dell'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù inclusi in "Istituto di cura privato accreditato altro - di ispirazione cattolica")
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico	IRCSS pubblici Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'Aiop Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'ARIS Istituto di cura privato accreditato altro - di ispirazione cattolica Istituto di cura privato accreditato altro - non di ispirazione cattolica
Ospedale classificato o assimilato	Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'Aiop Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'ARIS Istituto di cura privato accreditato altro - di ispirazione cattolica Istituto di cura privato accreditato altro - non di ispirazione cattolica
Casa di cura privata	Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'Aiop Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'ARIS Istituto di cura privato accreditato altro - di ispirazione cattolica Istituto di cura privato accreditato altro - non di ispirazione cattolica

**Tabella 2** - Strutture per acuti e di riabilitazione intra-ospedaliera (valori assoluti e variazioni percentuali) - Anni 2001, 2005-2008

Strutture per acuti	2001	2005	2006	2007	2008	Δ % 2001-2008
AO	88	83	85	69	66	-25
AOU	11	10	10	26	27	145
Presidio di ASL	530	447	429	433	433	-18
IRCSS pubblici	23	24	24	28	28	22
Istituto di cura privato accreditato e Aiop	373	380	374	363	353	-5
Istituto di cura privato accreditato e ARIS	64	65	65	61	61	-5
Istituto di cura privato accreditato d'ispirazione cattolica	12	12	12	12	12	0
Istituto di cura privato accreditato non d'ispirazione cattolica	85	82	76	72	66	-22
<b>Totale strutture Acuti</b>	<b>1.186</b>	<b>1.103</b>	<b>1.075</b>	<b>1.064</b>	<b>1.046</b>	<b>-12</b>
<b>Strutture di riabilitazione</b>						
AO	49	61	63	50	47	-4
AOU	3	6	5	17	19	533
Presidio di ASL	133	166	162	170	169	27
IRCSS pubblici	15	19	19	21	21	40
Istituto di cura privato accreditato e Aiop	122	151	156	158	163	34
Istituto di cura privato accreditato e ARIS	38	44	45	43	44	16
Istituto di cura privato accreditato d'ispirazione cattolica	13	15	14	13	13	0
Istituto di cura privato accreditato non d'ispirazione cattolica	40	41	37	41	39	-3
<b>Totale strutture Riabilitazione</b>	<b>413</b>	<b>503</b>	<b>501</b>	<b>513</b>	<b>515</b>	<b>25</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati del Ministero della Salute. Elenco strutture Aiop ed ARIS. Anno 2010.

**Tabella 3** - Quote relative di mercato (per 100) e variazioni assolute riferite al numero di dimessi per natura economica delle strutture - Anni 2001, 2005-2008

Tipo struttura	Natura economica	2001	2005	2006	2007	2008	Δ 2001-2008
Strutture per acuti	Pubblico	81,07	78,69	78,67	79,21	78,88	-2,19
	Privato	18,93	21,31	21,33	20,79	21,12	2,19
Strutture di riabilitazione	Pubblico	41,57	41,86	41,58	43,61	44,51	2,94
	Privato	58,43	58,14	58,42	56,39	55,49	-2,94

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

**Tabella 4** - Quote relative di mercato (per 100) e variazioni assolute riferite al numero di dimessi per tipologia di struttura - Anni 2001, 2005-2008

Strutture per acuti	2001	2005	2006	2007	2008	Δ 2001-2008
AO	22,38	31,81	32,39	26,04	24,66	2,28
AOU	2,97	3,15	3,06	9,55	10,73	7,76
Presidio di ASL	53,32	40,88	40,37	40,45	40,32	-13,00
IRCSS pubblici	2,41	2,86	2,85	3,18	3,17	0,76
Istituto di cura privato accreditato e AIOP	9,92	11,86	12,03	11,68	11,91	1,99
Istituto di cura privato accreditato e ARIS	3,82	4,15	4,13	4,03	4,14	0,32
Istituto di cura privato accreditato d'ispirazione cattolica	2,62	3,02	3,07	3,11	3,22	0,60
Istituto di cura privato accreditato non d'ispirazione cattolica	2,56	2,27	2,09	1,96	1,86	-0,70

Strutture di riabilitazione	2001	2005	2006	2007	2008	Δ 2001-2008
AO	5,34	17,37	17,30	15,77	15,21	9,87
AOU	0,51	0,37	0,37	2,30	2,77	2,26
Presidio di ASL	25,80	14,97	14,87	15,81	16,39	-9,41
IRCSS pubblici	9,92	9,15	9,04	9,72	10,14	0,22
Istituto di cura privato accreditato e AIOP	35,14	34,73	36,54	35,27	34,74	-0,40
Istituto di cura privato accreditato e ARIS	8,80	9,91	9,58	10,01	10,24	1,44
Istituto di cura privato accreditato d'ispirazione cattolica	4,18	4,28	3,79	3,68	3,73	-0,45
Istituto di cura privato accreditato non d'ispirazione cattolica	10,30	9,23	8,51	7,44	6,78	-3,52

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

**Tabella 5** - Quote relative di mercato (per 100) e variazioni assolute riferite al fatturato per natura giuridica delle strutture - Anni 2001, 2005-2008

Tipo struttura	Natura economica	2001	2005	2006	2007	2008	Δ 2001-2008
Strutture per acuti	Pubblico	81,11	79,20	79,49	80,04	79,78	-1,33
	Privato	18,89	20,80	20,51	19,96	20,22	1,33
Strutture di riabilitazione	Pubblico	41,95	42,75	42,42	44,01	44,74	2,79
	Privato	58,05	57,25	57,58	55,99	55,26	-2,79

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

**Tabella 6** - Quote relative di mercato (per 100) e variazioni assolute riferite al fatturato per tipologia di strutture - Anni 2001, 2005-2008

Strutture per acuti	2001	2005	2006	2007	2008	Δ 2001-2008
AO	23,93	33,78	34,62	27,41	25,74	1,8
AOU	2,99	3,06	2,87	10,20	11,65	8,7
Presidio di ASL	51,50	39,31	38,98	38,89	38,86	-12,6
IRCSS pubblici	2,70	3,04	3,02	3,54	3,52	0,8
Istituto di cura privato accreditato e AIOP	9,73	11,56	11,62	11,27	11,50	1,8
Istituto di cura privato accreditato e ARIS	3,78	4,00	3,90	3,83	3,90	0,1
Istituto di cura privato accreditato d'ispirazione cattolica	2,73	2,95	2,95	2,98	3,07	0,3
Istituto di cura privato accreditato non d'ispirazione cattolica	2,65	2,29	2,04	1,88	1,76	-0,9
<b>Strutture di riabilitazione</b>						
AO	6,09	17,60	17,44	15,43	14,98	8,9
AOU	0,50	0,41	0,40	2,79	3,44	2,9
Presidio di ASL	25,60	15,43	15,04	16,07	16,37	-9,2
IRCSS pubblici	9,75	9,33	9,54	9,72	9,95	0,2
Istituto di cura privato accreditato e AIOP	35,11	34,11	35,83	34,73	34,23	-0,9
Istituto di cura privato accreditato e ARIS	8,70	10,00	9,52	9,99	10,22	1,5
Istituto di cura privato accreditato d'ispirazione cattolica	4,14	4,47	4,06	3,81	3,90	-0,2
Istituto di cura privato accreditato non d'ispirazione cattolica	10,10	8,67	8,17	7,46	6,91	-3,2

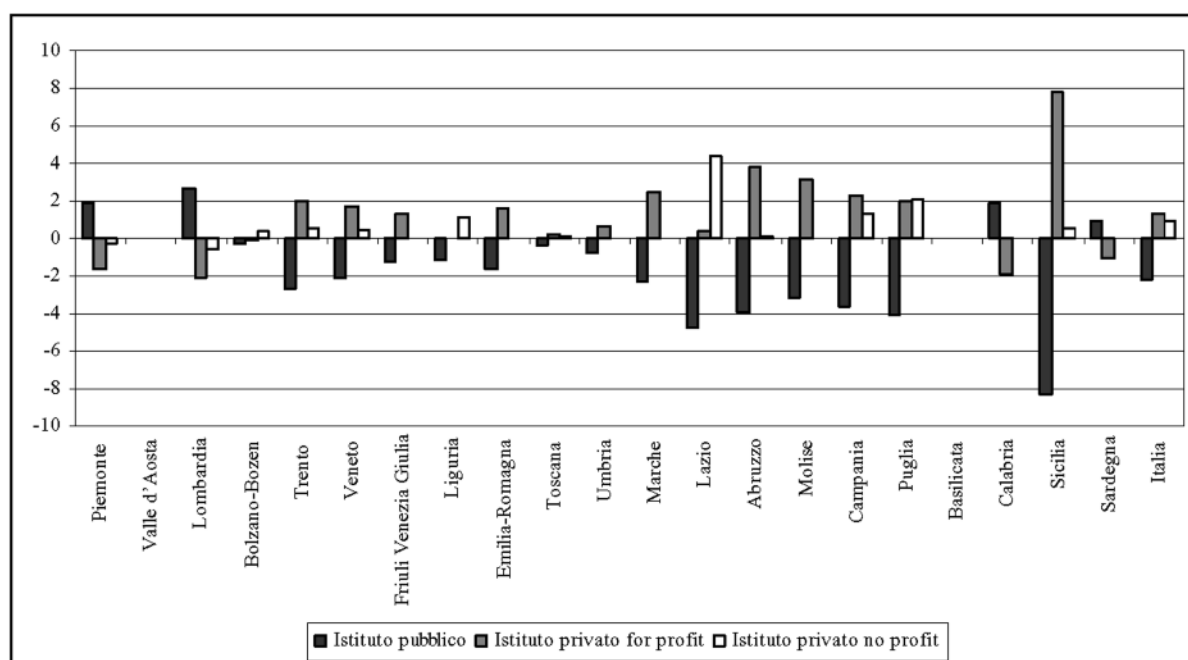
Fonte dei dati: Elaborazione su dati Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

**Tabella 7** - Quote relative di mercato (per 100) riferite al numero di dimessi in acuzie per natura economica delle strutture, per regione - Anni 2001, 2008

Regioni	2001			2008		
	Istituto pubblico	Istituto privato for profit	Istituto privato no profit	Istituto pubblico	Istituto privato for profit	Istituto privato no profit
Piemonte	84,3	12,5	3,2	86,2	10,9	2,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Lombardia	75,2	16,1	8,7	77,9	14,0	8,1
Bolzano-Bozen	94,9	1,6	3,5	94,5	1,6	3,9
Trento	91,2	3,7	5,1	88,5	5,8	5,7
Veneto	88,4	6,7	4,9	86,3	8,4	5,3
Friuli Venezia Giulia	92,2	7,8	0,0	90,9	9,1	0,0
Liguria	90,6	0,4	9,0	89,5	0,4	10,1
Emilia-Romagna	87,0	12,1	0,9	85,4	13,7	0,9
Toscana	92,5	5,2	2,3	92,1	5,5	2,4
Umbria	94,8	4,2	1,0	94,0	4,9	1,1
Marche	91,3	8,6	0,1	88,9	11,1	0,1
Lazio	57,9	15,9	26,2	53,1	16,3	30,6
Abruzzo	86,6	12,9	0,5	82,7	16,7	0,6
Molise	87,2	12,8	0,0	84,1	15,9	0,0
Campania	74,8	21,6	3,6	71,2	23,9	4,9
Puglia	77,1	10,8	12,1	73,0	12,8	14,2
Basilicata	98,2	1,8	0,0	98,2	1,8	0,0
Calabria	79,9	20,1	0,0	81,8	18,2	0,0
Sicilia	87,5	11,2	1,3	79,2	18,9	1,9
Sardegna	84,6	15,4	0,0	85,6	14,4	0,0
<b>Italia</b>	<b>81,1</b>	<b>12,5</b>	<b>6,4</b>	<b>78,9</b>	<b>13,8</b>	<b>7,4</b>

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

**Grafico 1** - Variazioni assolute delle quote relative di mercato riferite al numero di dimessi in acuzie per natura economica delle strutture, per regione - Anni 2001-2008



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Uno dei fattori caratterizzanti l'architettura istituzionale di una regione, sul fronte sanitario, è proprio legato alla struttura del sistema d'offerta che può essere analizzata sotto diverse prospettive:

- il livello di assistenza in cui le strutture operano (ospedali per acuti, riabilitazione, strutture residenziali e territoriali);
- i livelli di complessità operativa (centri a valenza locale, regionale e nazionale);
- la natura giuridica dei soggetti economici che esprimono la proprietà delle strutture di assistenza.

Rispetto a quest'ultimo elemento, considerata la dinamicità con la quale si evolve il "mercato" delle prestazioni sanitarie in acuzie ed in riabilitazione intra-ospedaliera, si raccomanda un monitoraggio costante e

puntuale dei dati sui ricoveri e sul fatturato delle strutture pubbliche e private *for profit* e *no profit*.

In futuro, potrebbe essere interessante andare ad indagare specificatamente il fatturato per dimesso, comparando il pubblico ed il privato. Ciò, potrebbe fornire informazioni sulla relativa convenienza del ricovero in acuzie ed in riabilitazione e potrebbe spiegare perché il privato cerca di entrare nei varchi del mercato per acuti lasciati liberi dal pubblico. Inoltre, potrebbe risultare utile approfondire l'argomento relazionandolo alle possibili difficoltà di bilancio regionali: infatti, da questi primi dati generali, si evince come il pubblico retroceda maggiormente nei ricoveri in acuzie proprio nelle regioni con Piani di rientro e difficoltà di bilancio.

## Personale medico ed infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** L'indicatore mostra l'evoluzione tra il 2005 ed il 2007 del personale sia medico ed odontoiatrico che infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in valore assoluto e per 1.000 abitanti. Questo indicatore rappresenta uno dei pilastri della programmazione sanitaria, sia a livello naziona-

le che a livello regionale, poiché tali valori (congiuntamente ad altri indicatori di tipo economico-organizzativo, quali ad esempio il numero di posti letto per 100 abitanti o il tasso di rotazione dei posti letto) incidono in maniera diretta sull'offerta sanitaria.

### Tasso di medici ed odontoiatri del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Personale medico ed odontoiatrico del Servizio Sanitario Nazionale	
Denominatore	Popolazione media residente	x 1.000

### Tasso di personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale	
Denominatore	Popolazione media residente	x 1.000

**Validità e limiti.** Per la costruzione dell'indicatore sono stati presi in considerazione i dati del Ministero della Salute sul personale del SSN e la banca dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) per la popolazione.

L'indicatore prende in considerazione, esclusivamente, il personale dipendente del SSN e, pertanto, fornisce un'informazione parziale sia sulla professione medica e sia sulla professione infermieristica.

L'indicatore andrebbe, infatti, letto in maniera congiunta ad altri dati ed indicatori quali, ad esempio, il numero totale di medici ed infermieri per 1.000 abitanti ed il numero di infermieri per medico.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Poiché non esiste un benchmark specifico a livello europeo, è stato preso in considerazione il valore medio nazionale.

### Descrizione dei risultati

Le Tabelle 1 e 2 riportano, rispettivamente, il numero ed il tasso per 1.000 abitanti di medici ed odontoiatri e di infermieri dipendenti del SSN per gli anni 2005, 2006 e 2007.

A livello nazionale, il numero di medici ed odontoiatri del SSN (Tabella 1) è cresciuto lievemente, ma in modo costante tra il 2005 ed il 2007 (1.265 unità, pari ad un incremento dell'1,2%). Tuttavia, ciò non ha influito sul numero di unità per 1.000 abitanti che, nel medesimo arco temporale, è rimasto stabile a 1,80. Ciò sta a significare, pertanto, che l'incremento del numero di medici ed odontoiatri dipendenti del SSN è stato in linea con quello della popolazione residente. Rispetto al dato nazionale sulla variazione percentuale del personale medico ed odontoiatrico (in valore assoluto), tra il 2005 ed il 2007 vi è un trend abbastan-

za netto nelle diverse aree del Paese: le regioni del Sud presentano una variazione percentuale superiore al dato nazionale, quelle del Centro (ad eccezione di Abruzzo e Marche) un dato simile a quello nazionale, mentre le regioni del Nord (ad eccezione di Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige e Friuli Venezia Giulia, che presentano dati superiori al valore medio nazionale) presentano un trend inverso con una variazione negativa. Inoltre, in 4 regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Marche e Molise) vi è stato un incremento del numero di medici ed odontoiatri dipendenti del SSN tra il 2005 ed il 2006, ma una flessione tra il 2006 ed il 2007. Per quanto riguarda, invece, il tasso di medici ed odontoiatri del SSN per 1.000 abitanti, emerge il seguente trend: nelle regioni in cui, tra il 2005 ed il 2007 la variazione assoluta di personale medico ed odontoiatrico è positiva, l'incremento percentuale del tasso presenta un valore simile o in alcuni casi inferiore; nelle regioni in cui la variazione del numero di medici ed odontoiatri è negativa, la riduzione percentuale del tasso presenta sempre un valore maggiore. Le uniche eccezioni si riscontrano in Toscana e nel Lazio in cui, sebbene vi sia un lieve aumento tra il 2005 ed il 2007 del personale medico ed odontoiatrico dipendente del SSN, il tasso per 1.000 abitanti presenta una variazione negativa pari, rispettivamente, a -0,5% e -3,9%.

Per quanto riguarda il personale infermieristico (Tabella 2), la situazione è diversa. Sebbene a livello nazionale vi sia stato un forte aumento tra il 2005 ed il 2007 del numero di unità sia in valore assoluto (+4,6%) che in rapporto alla popolazione per 1.000 abitanti (+3,2%), da tempo ormai si parla di emergenza infermieristica determinata dalla carenza di infermieri; gli ospedali ed i servizi territoriali sono in crisi.

A tale proposito, si sottolinea come, se tra il 2005 ed il 2006 vi è stato un aumento del personale infermieristico dipendente del SSN, tra il 2006 ed il 2007 sia il numero di unità in valore assoluto e sia per 1.000 abitanti sono diminuiti, pur se tale andamento è differenziato tra le regioni.

Rispetto al trend nazionale sul numero di infermieri dipendenti del SSN, metà delle regioni presentano un valore superiore al valore medio, mentre le altre presentano un valore simile, ad eccezione di Sardegna e Liguria che presentano, tra il 2005 ed il 2007, un incremento del numero di unità molto basso (+0,3% e +1,4%, rispettivamente). Rispetto, invece, al numero di unità per 1.000 abitanti, a livello nazionale

l'incremento tra il 2005 ed il 2007, è stato di poco inferiore a quello riscontrato in termini di numero di unità (-1,4 punti percentuali) e, tendenzialmente, le regioni del Centro-Nord confermano questo dato, ad eccezione del Lazio in cui si riscontra una riduzione dell'1,6% del numero di unità per 1.000 abitanti a fronte di un incremento del 2,8% del numero assoluto di unità e della Sardegna in cui, a fronte di un aumento del numero di infermieri dello 0,3%, vi è stata una riduzione del numero di unità per 1.000 abitanti dello 0,3%. Tendenzialmente, in tutte le regioni del Sud, l'incremento del numero di unità per 1.000 abitanti è stato superiore o pari all'incremento del numero assoluto di unità.

**Tabella 1** - Personale medico ed odontoiatrico del SSN (valori assoluti e tassi per 1.000) e variazioni percentuali, per regione - Anni 2005-2007

Regioni	Medici ed odontoiatri				Tassi di medici ed odontoiatri			
	2005	2006	2007	Δ % 2005-2007	2005	2006	2007	Δ % 2005-2007
Piemonte	8.565	8.606	8.489	-0,9	1,98	1,98	1,94	-2,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	278	297	290	4,3	2,25	2,39	2,31	2,7
Lombardia	13.017	12.686	12.504	-3,9	1,38	1,33	1,30	-5,8
Trentino-Alto Adige*	1.728	1.751	1.771	2,5	1,77	1,77	1,77	0,0
Veneto	7.650	7.577	7.560	-1,2	1,62	1,59	1,57	-3,1
Friuli Venezia Giulia	2.244	2.279	2.380	6,1	1,86	1,88	1,96	5,4
Liguria	3.358	3.337	3.318	-1,2	2,10	2,07	2,06	-1,9
Emilia-Romagna	7.938	8.062	8.060	1,5	1,90	1,92	1,90	0,0
Toscana	7.417	7.383	7.483	0,9	2,06	2,03	2,05	-0,5
Umbria	1.841	1.833	1.868	1,5	2,13	2,11	2,13	0,0
Marche	2.791	2.831	2.771	-0,7	1,83	1,85	1,79	-2,2
Lazio	9.569	9.445	9.622	0,6	1,81	1,75	1,74	-3,9
Abruzzo	2.843	2.827	2.790	-1,9	2,18	2,16	2,12	-2,8
Molise	694	724	712	2,6	2,16	2,26	2,22	2,8
Campania	10.491	10.838	10.885	3,8	1,81	1,87	1,88	3,9
Puglia	6.193	6.363	6.579	6,2	1,52	1,56	1,62	6,6
Basilicata	1.102	1.118	1.163	5,5	1,85	1,89	1,97	6,5
Calabria	4.309	4.319	4.373	1,5	2,15	2,16	2,18	1,4
Sicilia	9.868	9.837	10.544	6,9	1,97	1,96	2,10	6,6
Sardegna	3.756	3.747	3.755	0,0	2,27	2,26	2,26	-0,4
<b>Italia</b>	<b>105.652</b>	<b>105.860</b>	<b>106.917</b>	<b>1,2</b>	<b>1,80</b>	<b>1,80</b>	<b>1,80</b>	<b>0,0</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Annuario Statistico. Anno 2010 - Istat. Health For All-Italia. Giugno 2010.

**Tabella 2** - *Personale infermieristico del SSN (valori assoluti e tassi per 1.000) e variazioni percentuali, per regione - Anni 2005-2007*

Regioni	Personale infermieristico				Tassi di personale infermieristico			
	2005	2006	2007	Δ % 2005-2007	2005	2006	2007	Δ % 2005-2007
Piemonte	19.738	21.150	21.147	7,1	4,55	4,87	4,83	6,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	639	677	692	8,3	5,18	5,44	5,52	6,5
Lombardia	34.226	35.575	35.097	2,5	3,63	3,74	3,66	0,8
Trentino-Alto Adige*	5.448	5.524	5.696	4,6	5,57	5,58	5,69	2,2
Veneto	24.124	25.349	24.905	3,2	5,11	5,33	5,19	1,5
Friuli Venezia Giulia	6.454	7.189	7.118	10,3	5,35	5,94	5,85	9,3
Liguria	9.016	9.303	9.139	1,4	5,63	5,78	5,68	0,9
Emilia-Romagna	22.218	23.940	24.074	8,4	5,33	5,69	5,67	6,3
Toscana	20.228	21.244	20.983	3,7	5,60	5,85	5,74	2,4
Umbria	4.551	4.701	4.704	3,4	5,27	5,40	5,35	1,6
Marche	7.449	7.877	7.769	4,3	4,89	5,14	5,03	2,9
Lazio	20.168	20.353	20.724	2,8	3,81	3,77	3,75	-1,6
Abruzzo	6.211	6.699	6.549	5,4	4,77	5,12	4,97	4,3
Molise	1.508	1.621	1.651	9,5	4,69	5,06	5,15	9,9
Campania	21.217	22.600	22.250	4,9	3,66	3,90	3,84	4,8
Puglia	13.275	13.993	14.023	5,6	3,26	3,44	3,44	5,6
Basilicata	2.711	2.816	2.953	8,9	4,55	4,75	5,00	9,8
Calabria	8.155	8.567	8.578	5,2	4,06	4,28	4,28	5,5
Sicilia	17.169	18.151	18.103	5,4	3,42	3,62	3,60	5,4
Sardegna	8.001	8.115	8.022	0,3	4,84	4,90	4,83	-0,3
<b>Italia</b>	<b>252.506</b>	<b>265.444</b>	<b>264.177</b>	<b>4,6</b>	<b>4,31</b>	<b>4,50</b>	<b>4,45</b>	<b>3,2</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Annuario Statistico. Anno 2010 - Istat. Health For All-Italia. Giugno 2010.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Sebbene tra il 2005 ed il 2007 vi sia stato un lieve incremento del numero di medici ed odontoiatri e del numero di infermieri dipendenti del SSN, la situazione desta preoccupazione. Infatti, non solo in entrambi i casi si riscontrano forti differenze regionali, ma per quanto riguarda il numero di infermieri vi è stato anche un sensibile calo sia del numero assoluto di unità, sia del tasso per 1.000 abitanti tra il 2006 ed il 2007. Inoltre, per quanto riguarda i medici ed odontoiatri, nonostante vi sia stato un lieve aumento del numero assoluto di unità tra il 2005 ed il 2007, il tasso per 1.000 abitanti, sebbene superiore alla media dei Paesi europei più avanzati (dati *Health in Transition-HIT Italia 2009*), è rimasto invariato nel medesimo arco temporale.

Pertanto, per quanto riguarda i medici e gli odontoiatri, coerentemente con il recente allarme lanciato dal-

la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), sarebbe auspicabile tener presente, in fase di programmazione del numero di ammessi alle Facoltà di Medicina e Chirurgia, le dinamiche sia della popolazione residente e sia della demografia dei medici, in modo da rispondere correttamente e tempestivamente anche ai nuovi bisogni emergenti.

Per quanto riguarda, invece, gli infermieri, ormai già da diverso tempo si parla della carenza di queste figure professionali. Sebbene la situazione non sia ancora particolarmente critica, ancorché il numero di unità per 1.000 abitanti presente nel nostro Paese sia ben inferiore a quello degli altri Paesi europei, alla luce del ruolo sempre più importante che avranno gli infermieri nei prossimi anni nel rispondere ai nuovi bisogni di salute della popolazione, si auspica una inversione nel trend riscontrato tra il 2006 ed il 2007.



## Personale del Servizio Sanitario Nazionale

Le risorse umane svolgono un ruolo cruciale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e già in diverse edizioni del Rapporto Osservasalute ci si è soffermati su alcuni aspetti inerenti il personale dipendente del SSN. Quest'anno, per la prima volta, si intende proporre una chiave di lettura diversa, andando ad analizzare alcuni aspetti di natura economica quali la spesa per personale dipendente del SSN, ma offrendo anche una panoramica su aspetti meno tradizionali, come ad esempio il *turnover* ed il lavoro cosiddetto "flessibile".

### Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** In tale voce è ricompreso il costo del personale delle Aziende Sanitarie, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e dei Policlinici universitari pubblici appartenente ai ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo,

nonché il costo relativo alla corresponsione dell'indennità per il personale.

L'obiettivo dell'indicatore è mostrare quanto costa al singolo cittadino, e pertanto potenziale paziente del SSN, finanziare l'elemento cardine del sistema.

#### Spesa pro capite per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Denominatore Popolazione media residente

**Validità e limiti.** La fonte principale per l'analisi della spesa sanitaria del Sistema Sanitario Nazionale deriva dai dati dei modelli Conti Economici (CE) che ogni Azienda Sanitaria è tenuta ad inviare al Ministero della Salute; il modello riporta le voci del CE delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere. Tali dati risentono ancora di una non sufficiente attendibilità e standardizzazione sul territorio nazionale, ma costituiscono l'unica fonte attualmente disponibile.

L'analisi è stata svolta sia prendendo in considerazione la popolazione bacino di utenza del SSN, sia la popolazione pesata per tener conto del bisogno potenziale di assistenza. La prima popolazione di riferimento è costituita dai residenti del territorio di riferimento; la seconda è costituita dalla popolazione di riferimento ponderata per la struttura per età. I pesi impiegati per la ponderazione sono quelli utilizzati, attualmente, per la procedura di riparto tra le Regioni del fabbisogno sanitario nazionale.

L'indicatore non tiene conto del personale convenzionato con il SSN e dell'attività *intramoenia*. Inoltre, non viene fatta alcuna distinzione tra le varie professionalità ricomprese nel personale dipendente del SSN. Infine, la sua dinamica temporale è influenzata da quella contemporanea della spesa per beni e servizi (generalmente mediante una correlazione negativa) a causa delle esternalizzazioni dei servizi prima svolti da personale interno alle aziende. Infatti, nell'ultimo decennio, il peso della spesa per personale dipendente sul totale della spesa pubblica è andato decrescendo, sia nel periodo 2001-2006, che nel biennio successivo.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono indicazioni specifiche sulla spesa per personale dipendente del SSN. Pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

#### Descrizione dei risultati

Rapportando il dato relativo alla spesa per il personale alla popolazione residente, si osserva che nel triennio 2007-2009 la spesa pro capite a livello nazionale è cresciuta di 30,1€ passando da 571,6€ a 601,7€ (Tabella 1). Questa differenza si registra in maniera più o meno accentuata in tutte le regioni.

A livello regionale, si osserva come la spesa pro capite grezza più alta nel triennio considerato si registra nella PA di Bolzano, con oltre 1.000,0€ nel 2008 e nel 2009, seguita dalla Valle d'Aosta e dal Friuli Venezia Giulia, mentre le regioni con una spesa pro capite minore sono la Lombardia, la Puglia, il Lazio, la Campania ed il Veneto.

Il dato sulla spesa pro capite pesata, ossia ponderata rispetto alla distribuzione demografica della popolazione assistita, rende più omogeneo il dato di spesa pro capite per il personale. Le regioni con una spesa per personale maggiore rimangono, comunque, le PA di Bolzano e Trento, la Valle d'Aosta ed il Friuli Venezia Giulia, tutte regioni a statuto speciale, mentre le regioni con minore spesa pro capite sono la Lombardia, la Puglia ed il Lazio.

I dati del 2008 e del 2009 mostrano anche come, tendenzialmente, nelle regioni sottoposte a Piano di Rientro (Lazio, Abruzzo, Molise e Sicilia) la spesa, sia grezza che pesata, sia rimasta sostanzialmente invariata (quando non ha registrato una lieve riduzione).

**Tabella 1** - Spesa pro capite (€) per personale dipendente del SSN per regione - Anni 2007-2009

Regioni	2007		2008		2009	
	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata
Piemonte	623,9	586,8	640,1	603,9	659,1	623,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	818,6	804,5	866,6	851,8	880,7	864,4
Lombardia	484,2	484,7	504,7	505,1	513,5	514,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>991,6</i>	<i>1.067,5</i>	<i>1.049,8</i>	<i>1.126,3</i>	<i>1.089,2</i>	<i>1.162,4</i>
<i>Trento</i>	<i>677,7</i>	<i>689,2</i>	<i>727,4</i>	<i>739,8</i>	<i>765,2</i>	<i>778,0</i>
Veneto	535,1	538,8	554,5	558,5	560,9	564,6
Friuli Venezia Giulia	712,7	665,9	745,3	696,4	769,3	719,1
Liguria	679,2	594,1	701,9	614,5	722,6	634,2
Emilia-Romagna	635,4	600,1	667,4	633,4	674,0	643,2
Toscana	642,7	598,6	672,7	628,9	688,8	645,5
Umbria	637,4	595,9	655,3	615,9	671,0	633,1
Marche	617,4	587,6	630,6	602,5	653,3	625,9
Lazio	533,2	537,0	542,2	545,4	542,1	545,8
Abruzzo	559,6	545,9	584,0	571,2	583,2	571,6
Molise	646,2	623,6	672,6	650,3	667,8	646,2
Campania	544,7	606,4	543,4	602,9	558,5	617,2
Puglia	491,8	520,0	504,4	531,6	521,6	547,2
Basilicata	596,0	601,0	638,9	643,5	666,3	669,7
Calabria	594,8	618,7	621,3	645,5	638,5	662,0
Sicilia	578,6	606,0	591,1	618,4	591,1	618,2
Sardegna	617,5	636,3	641,3	656,4	673,3	684,8
<b>Italia</b>	<b>571,6</b>	<b>571,6</b>	<b>590,0</b>	<b>590,0</b>	<b>601,7</b>	<b>601,7</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati Ministero della Salute. Modelli CE. Anno 2011 - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Negli anni la spesa per il personale dipendente in valore assoluto è cresciuta con variazioni cicliche dovute ai rinnovi contrattuali. Le fasi di alleviamento del peso relativo dei costi del personale sono state caratterizzate da misure quali reiterati provvedimenti di blocco del *turnover*, mentre quelle di crescita sono legate ai rinnovi contrattuali, oltre che agli automatismi di carriera, alle deroghe al blocco delle assunzioni etc..

Per il 2009, la spesa ammonta a 36,132 miliardi di euro; in termini percentuali il 33,0% della spesa sanitaria pubblica totale in Italia. Il livello di spesa dell'anno 2009 incorpora i costi connessi al rinnovo del contratto del personale non dirigente del SSN (biennio economico 2008-2009), con il riconoscimento di arretrati per circa 115 milioni di euro. Al netto degli oneri per arretrati su entrambi gli anni, la spesa per il personale dipendente cresce in misura pari al 2,9% (2). Con riferimento all'anno 2010, i primi dati disponibili mostrano che, rispetto all'anno 2009, la spesa per il personale dipendente registra una variazione in aumento pari al 4,0%, su cui influisce la contabilizza-

zione degli oneri del rinnovo del contratto del personale dirigente del SSN (biennio economico 2008-2009) e la corresponsione dei relativi arretrati (per un importo pari a circa 500 milioni di euro), nonché l'erogazione della indennità di vacanza contrattuale per l'anno 2010 (2).

La crescita osservata dall'aggregato conferma un andamento della spesa per il personale dipendente negli ultimi anni in linea con i trend attesi, confermando gli effetti positivi della maggiore disciplina contabile delle Regioni, in conseguenza degli strumenti di *governance* derivanti dai diversi Accordi Stato-Regioni intervenuti nell'ultimo periodo ed, in particolare, dell'obbligo per le Regioni di garantire la copertura integrale degli oneri connessi ai rinnovi contrattuali.

### Riferimenti bibliografici

(1) CEIS - Fondazione Economia Tor Vergata. Rapporto Sanità 2009.

(2) Ministero dell'Economia e delle Finanze. Documento di Economia e Finanza - Analisi e tendenze della finanza pubblica. 2011.

## Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** Nel 2009 i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono 693.769, di cui quasi il 70,0% è costituito da personale dirigente e dal comparto afferente ai ruoli sanitari (Proposta Piano Sanitario Nazionale 2011-2013). Al fine di poter programmare con anticipo il fabbisogno di personale occorre rappresentare la struttura per età del personale. In tal senso, con particolare riferimento ai dirigenti del SSN, nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 si esprime preo-

cupazione circa il loro imminente calo: “[...] si evince una forte concentrazione di personale nella fascia di età superiore o uguale a 60 anni”. L’obiettivo del presente indicatore è quello di rappresentare, in un arco di tempo triennale (2007-2009), la struttura demografica del personale dipendente del SSN.

L’analisi è stata effettuata anche suddividendo la popolazione di riferimento per genere (in quanto l’età di pensionamento è diversa).

### Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età	
Denominatore	Totale dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale	x 100

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al triennio 2007-2009 e sono quelli acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<sup>1</sup>. Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono indicazioni specifiche sulla struttura per età del personale dipendente del SSN. Pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2009, il personale dipendente del SSN è composto, prevalentemente, da persone di età compresa tra i 40-59 anni (Grafico 1). Inoltre, i dati mostrano come la quota di personale di età  $\geq 60$  anni sia superiore a quella di età  $< 30$  anni. A livello regionale, su quest’ultimo aspetto, si registra un marcato divario Nord-Sud: infatti, mentre nel Nord la percentuale di personale di età  $< 30$  anni è simile a quella relativa al personale di età  $\geq 60$  anni (Piemonte, Valle d’Aosta, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna), nelle regioni del Sud prevale la componente di personale di età  $\geq 60$  anni (in particolare, in Campania, Sardegna, Sicilia, Abruzzo, Puglia). La medesima situazione si riscontra per il personale che nei prossimi anni lascerà il SSN per il raggiungimento dei limiti di età, ossia la fascia di età compresa tra i 50-59 anni.

Come trend, analizzando la variazione in punti percentuali che vi è stata tra il 2007-2009 nelle classi  $< 30$  anni e  $\geq 60$  anni, emerge come unicamente 6 regioni (Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Puglia) abbiano avuto nella classe

di età  $< 30$  anni una crescita del numero di dipendenti maggiore o uguale a quella registrata nella classe  $\geq 60$  anni (Tabella 1). Altre 7 regioni (Valle d’Aosta, Trentino-Alto Adige, Lazio, Abruzzo, Campania, Sardegna) mostrano un *deficit*, in alcuni casi importante, nel reclutamento di personale di età  $< 30$  anni, rispetto all’aumento del personale di età  $\geq 60$  anni.

Analizzando la demografia del personale dipendente del SSN, con particolare riferimento alla distinzione per genere, le donne rappresentano il 63,0% del personale dipendente, mentre gli uomini il 37,0% (anni 2007-2009). Al di là del divario Nord-Sud, già rimarcato nell’analisi generale e che risulta ancora più evidente nel caso degli uomini (Grafico 2), i dati mostrano come, in via generale nel SSN, la percentuale di donne di età  $< 30$  anni sia maggiore di quella maschile nella medesima classe di età (Grafici 2 e 3), ad eccezione di Abruzzo, Campania e Sicilia in cui, praticamente, non vi è personale (né di genere maschile, né di genere femminile) di età  $< 30$  anni (Grafici 1, 2 e 3). Inoltre, il personale dipendente del SSN di genere femminile risulta essere più giovane di quello maschile; infatti, ad eccezione di Abruzzo, Calabria e Sicilia, in tutte le regioni, così come a livello nazionale, il personale di genere femminile di età  $< 40$  anni supera il 20,0% del totale (con il Trentino-Alto Adige, in cui tale quota supera il 30,0%). Di contro, il personale di genere maschile risulta essere più anziano, con in media il 10,0% del personale maschile di età  $\geq 60$  anni (Grafico 2).

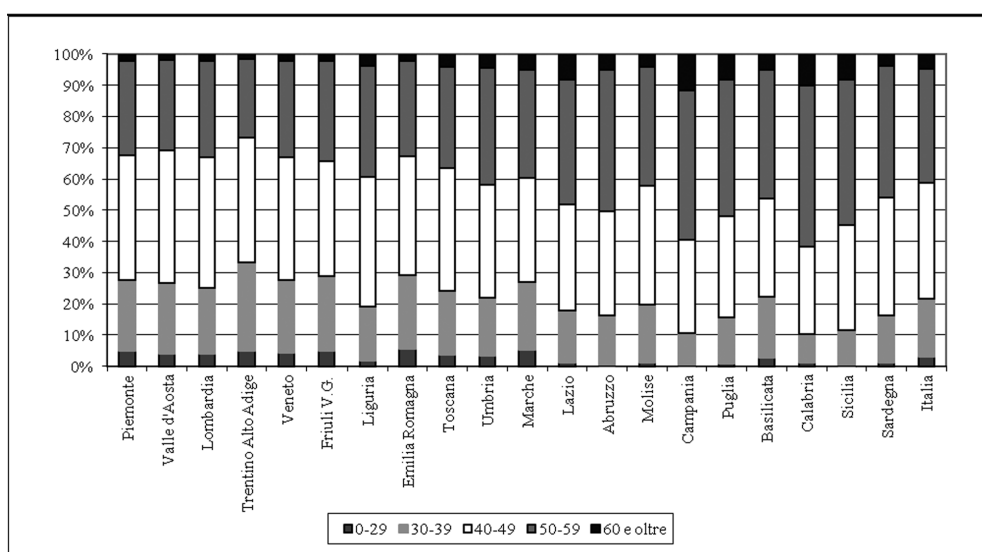
Come trend (Tabella 1), tra il 2007-2009, mentre per le donne non vi è stata alcuna variazione nella classe di età  $< 30$  anni, per gli uomini vi è stato un incremento di 0,3 punti percentuali. Tuttavia, confrontando questi dati con quelli riferiti alla classe di età  $\geq 60$ , emerge come nel caso delle donne l’incremento sia

<sup>1</sup>Gli autori desiderano ringraziare l’Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l’analisi dei costi del lavoro pubblico ed, in particolare, gli Uffici III e V per aver fornito i dati regionali.

stato di 0,3 punti percentuali, mentre per gli uomini di 1,6 punti percentuali; pertanto, nel caso degli uomini, già ora, ma ancora di più negli anni a venire, si risconterà un forte squilibrio tra i nuovi entrati e coloro che si apprestano a lasciare il SSN per raggiungimento dei limiti di età. A livello regionale, le regioni possono essere suddivise in tre categorie: la prima riguarda le regioni (Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Toscana) in cui la componente di personale di età <30 anni ha subito un incremento maggiore della componente di età ≥60 anni, garantendo in questo modo un ricambio generazionale. La seconda cate-

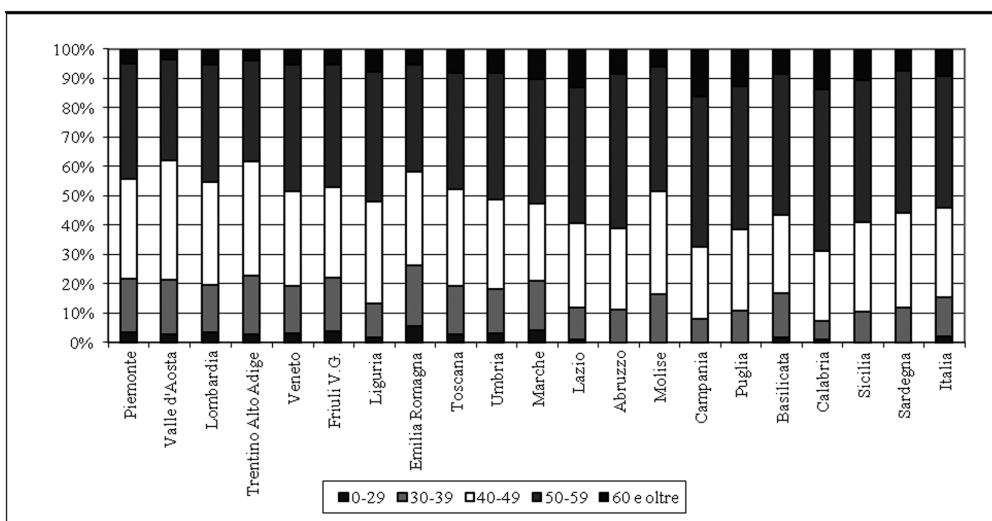
ria riguarda le regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Umbria, Puglia) in cui, in termini dinamici, vi è un sostanziale equilibrio tra le componenti di personale di età <30 anni e di età ≥60 anni. Infine, la terza categoria riguarda le restanti regioni (sostanzialmente del Sud, ma anche il Trentino-Alto Adige, la Valle d'Aosta e la Liguria) in cui la crescita della componente di personale di età ≥60 anni è stata maggiore di quella di età <30 anni e pertanto, con questo trend, non potrà essere garantito un ricambio generazionale.

**Grafico 1** - Distribuzione percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione - Anno 2009

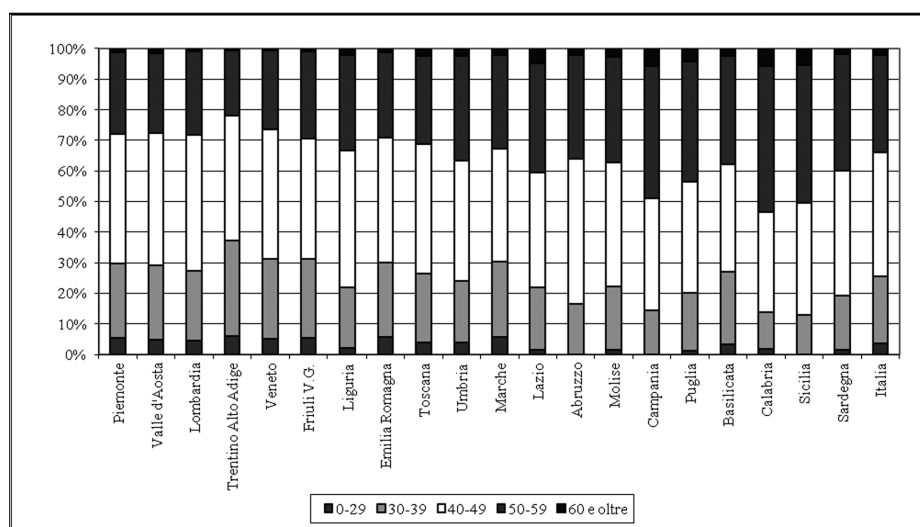


**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2009.

**Grafico 2** - Distribuzione percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione. Maschi - Anno 2009



**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2009.

**Grafico 3** - Distribuzione percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione. Femmine - Anno 2009

**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2009.

**Tabella 1** - Variazione percentuale nella distribuzione del personale dipendente del SSN per classe di età, genere e regione - Anni 2007-2009

Regioni	<30			30-39			40-49			50-59			60+		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Piemonte	0,7	0,8	0,8	-0,7	-3,7	-2,8	-2,9	-1,0	-1,5	2,0	3,7	3,1	0,8	0,2	0,4
Valle d'Aosta	0,0	-0,5	-0,4	-1,5	-4,2	-3,3	-0,1	1,6	1,1	1,9	2,8	2,5	-0,3	0,3	0,1
Lombardia	0,5	0,3	0,4	-1,8	-5,1	-4,1	-2,7	-0,5	-1,1	2,9	5,1	4,4	1,1	0,2	0,5
Trentino-Alto Adige*	-0,5	-1,3	-1,0	-2,8	-4,5	-3,9	-0,4	1,3	0,8	3,0	4,4	3,8	0,8	0,1	0,3
Veneto	0,8	0,1	0,4	-0,7	-4,8	-3,4	-2,0	0,5	-0,1	1,1	4,0	2,8	0,8	0,1	0,3
Friuli Venezia Giulia	0,9	0,6	0,7	1,2	-3,1	-1,8	-2,5	-1,5	-1,7	0,0	3,8	2,6	0,4	0,2	0,2
Liguria	0,6	0,1	0,3	-1,6	-4,5	-3,4	-2,8	-0,5	-1,2	2,2	4,5	3,6	1,5	0,4	0,7
Emilia-Romagna	0,3	0,1	0,2	0,1	-3,3	-2,3	-2,0	-0,4	-0,8	0,5	3,3	2,4	1,1	0,3	0,5
Toscana	0,9	0,7	0,7	-0,7	-3,3	-2,4	-1,2	0,0	-0,3	0,1	2,5	1,6	1,0	0,2	0,4
Umbria	0,7	0,4	0,5	0,7	-2,5	-1,3	-3,6	-0,6	-1,7	0,8	2,4	1,8	1,3	0,3	0,7
Marche	0,6	-0,4	0,0	1,5	-1,2	-0,1	-1,8	-0,7	-0,9	-2,7	2,0	0,2	2,5	0,2	0,9
Lazio	-0,3	-0,7	-0,5	-3,1	-4,8	-4,0	-1,8	1,0	-0,1	3,5	4,0	3,7	1,7	0,5	0,9
Abruzzo	-0,1	-1,5	-0,9	-2,7	-7,4	-3,5	-2,0	10,0	-0,7	4,7	-0,2	5,4	0,1	-0,9	-0,3
Molise	0,1	0,0	0,1	-0,3	-1,2	-0,8	-1,4	-3,3	-2,5	0,4	3,5	2,2	1,2	0,9	1,0
Campania	-0,5	-1,6	-1,0	-3,0	-4,3	-3,5	-3,6	-0,7	-2,3	3,8	6,4	4,8	3,4	0,2	2,0
Puglia	0,2	0,2	0,2	0,1	3,2	1,9	-1,8	-1,9	-1,6	0,3	-1,2	-0,7	1,1	-0,3	0,2
Basilicata	0,3	0,5	0,4	1,1	-0,8	0,2	-4,4	-4,5	-4,3	0,7	4,1	2,4	2,3	0,6	1,3
Calabria	0,3	0,1	0,3	-3,7	-4,8	-4,1	-9,9	-6,2	-8,0	8,4	9,0	8,5	4,8	1,8	3,3
Sicilia	0,2	0,2	0,2	-3,3	-3,9	-3,6	-2,6	-3,6	-3,0	3,5	6,0	4,6	2,3	1,3	1,8
Sardegna	-0,8	-1,0	-0,9	-0,4	-1,9	-1,3	-3,6	-1,2	-2,0	3,1	3,9	3,5	1,7	0,1	0,7
<b>Italia</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>-1,5</b>	<b>-3,6</b>	<b>-2,7</b>	<b>-2,7</b>	<b>-0,7</b>	<b>-1,3</b>	<b>2,3</b>	<b>4,0</b>	<b>3,2</b>	<b>1,6</b>	<b>0,3</b>	<b>0,7</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2009.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Così come sottolineato nel Nuovo Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 in riferimento al *turnover* del personale “[...] Tali stime andranno monitorate alla luce degli effetti derivanti dalla norma contenuta nell’articolo 22 della legge 4 novembre 2010, n. 183 - che ha innalzato a 70 anni il limite di età per il pensionamento dei dirigenti sanitari - e dalle norme del

D. L. n. 78 del 2010, convertito nella Legge n. 122 del 2010, che ha modificato le norme in materia di trattamento di quiescenza, nonché dei risultati conseguiti a seguito dei processi di razionalizzazione della rete strutturale di offerta dei servizi”.

Sarebbe interessante, inoltre, estendere l’analisi effettuata alle diverse qualifiche ricoperte dal personale in modo da evidenziare, oltre alle differenze per genere,

l'impatto che queste hanno sulla struttura per età del personale dipendente del SSN. È, inoltre, necessario invertire la tendenza alla progressiva senescenza del personale, soprattutto nelle regioni del Sud, gravate dal maggior peso della disoccupazione giovanile.

**Riferimenti bibliografici**

(1) Ministero della Salute (2010). Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.

## Compensazione del turnover

**Significato.** Il tasso di compensazione del turnover è un indicatore di flusso il cui calcolo è fondamentale in fase di programmazione del personale; serve a dare la dimensione del volume di entrate e di uscite che l'organizzazione ha dovuto gestire nel corso del periodo preso in considerazione. In particolare, vengono esaminati i dati storici sul personale per giungere a stime sul fabbisogno futuro. Un certo tasso di turnover

(detto fisiologico) è inevitabile (pensionamenti, nuove assunzioni etc.). In tale ottica, l'indicatore è da leggere congiuntamente ai dati sull'età anagrafica del personale; in particolare, il personale interessato al collocamento a riposo per limiti di età è stato, nel 2009, il 5,0% (il 7,0% ed il 10,0% nel 2008 e nel 2007, rispettivamente) delle risorse che hanno cessato la propria attività.

### Tasso di compensazione del turnover

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Entrati nel periodo (anno di riferimento)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Usciti nel periodo (anno di riferimento)}} \times 100$$

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al triennio 2007-2009 e sono quelli acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<sup>1</sup>. In particolare, l'aggregato "Entrati nel periodo" comprende: 1. i nominati da concorso; 2. gli stabilizzati da contratto a tempo determinato o da Lavoro Socialmente Utile; 3. le assunzioni per chiamata diretta o numerica (categorie protette); 4. i passaggi da altra amministrazione; 5. altre cause.

L'aggregato "Usciti nel periodo", invece, comprende: 1. il collocamento a riposo per limiti di età; 2. le dimissioni (con diritto a pensione); 3. i passaggi per esternalizzazioni; 4. i passaggi ad altre amministrazioni; 5. la risoluzione del rapporto di lavoro (40 anni contribuzione); 6. altre cause.

Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Se il tasso di compensazione è >100, ciò significa che vi è stato un ampliamento dell'organico, mentre se è <100, l'organico ha subito una contrazione.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, mentre nel 2007 il tasso di compensazione del turnover risultava <100 indicando una contrazione dell'organico, nel biennio 2008-2009 il tasso è stato superiore al valore di riferimento, anche se il tasso del 2009 è inferiore a quello del 2008 (Tabella 1).

A livello regionale vanno evidenziati due fenomeni. Il primo riguarda il forte divario tra Nord e Sud. Infatti, ad eccezione del 2007, tutte le regioni del Nord e del

Centro (ad eccezione del Lazio) risultano essere ampiamente sopra il dato nazionale con un tasso di compensazione del turnover anche del 165,7% (Piemonte, 2009), mentre per il Sud, ad eccezione di Puglia, Calabria e Sardegna, le regioni presentano valori inferiori a quello nazionale, indicando una situazione di contrazione dell'organico, in taluni casi anche molto marcata (tasso di compensazione del turnover del 24,5% in Abruzzo nel 2009). In particolare, per le regioni in Piano di Rientro, l'accordo con il Governo prevede il blocco delle assunzioni e pertanto, il tasso di compensazione del turnover, risulta sia in diminuzione tra il 2008-2009 che ampiamente inferiore al 100,0%.

Il secondo fenomeno riguarda il trend del tasso di compensazione del turnover nel triennio 2007-2009. Tra il 2007-2008, a livello nazionale si registra un'inversione di tendenza e sia il tasso di compensazione del turnover che il saldo tra gli entrati e gli usciti nel periodo, da negativi passano a positivi. Tra le regioni, anche se il tasso di compensazione del turnover ha registrato una variazione positiva in pressoché tutte le regioni, si riscontrano tre tipi di trend: il primo, in Piemonte e Valle d'Aosta, che rispecchia quello nazionale; il secondo, registrato nel Lazio ed in Campania, in cui si accentua la contrazione del personale; infine, il terzo, come nel caso ad esempio del Friuli Venezia Giulia e dell'Emilia-Romagna, in cui si conferma un'espansione del personale. Per il triennio 2007-2009, alcune regioni consolidano il saldo negativo (ad esempio Lazio, Abruzzo, Campania, Sicilia), mentre altre mantengono un saldo positivo, ma rallentano il trend (ad esempio Veneto, Lombardia, Friuli Venezia Giulia).

<sup>1</sup>Gli autori desiderano ringraziare l'Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico ed, in particolare, gli Uffici III e V per aver fornito i dati regionali.

**Tabella 1** - Tasso di compensazione (per 100) del turnover e saldo netto (valori assoluti) del personale per regione - Anni 2007-2009

Regioni	2007		2008		2009	
	Tasso di compensazione	Saldo netto	Tasso di compensazione	Saldo netto	Tasso di compensazione	Saldo netto
Piemonte	71,8	-782	106,0	1.511	165,7	1.398
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,3	-56	107,1	5	124,7	18
Lombardia	83,3	-794	130,9	1.134	102,6	153
Trentino-Alto Adige*	99,2	-66	195,8	340	118,1	70
Veneto	96,2	-118	145,2	1.138	130,1	697
Friuli Venezia Giulia	143,6	447	149,4	509	132,1	328
Liguria	78,5	-230	102,8	104	110,8	119
Emilia-Romagna	122,5	670	130,3	890	149,6	1.123
Toscana	105,9	166	136,3	1.040	136,8	992
Umbria	94,4	-28	105,5	27	151,4	198
Marche	88,2	-129	141,6	423	159,9	628
Lazio	75,1	-898	74,8	-780	59,9	-1.171
Abruzzo	53,3	-298	57,7	-240	24,5	-397
Molise	36,6	-130	70,1	-40	44,9	-76
Campania	63,8	-1.028	61,3	-940	95,4	-1.863
Puglia	98,5	-324	201,8	1.823	173,6	1.210
Basilicata	93,4	-39	234,3	462	100,2	13
Calabria	54,8	-717	91,3	-1.402	108,5	86
Sicilia	38,1	-1.756	64,6	-736	97,7	-814
Sardegna	99,6	-13	138,0	468	168,6	659
<b>Italia</b>	<b>90,6</b>	<b>-6.123</b>	<b>108,0</b>	<b>5.736</b>	<b>103,1</b>	<b>3.371</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anni 2007, 2008, 2009.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il nuovo Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013 esprime particolare preoccupazione sulla situazione futura del personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) “[...] Ci si aspetta, a partire dal 2013, un saldo negativo tra pensionamenti e nuove assunzioni. Si stima, inoltre, che la forbice tra uscite ed entrate nel SSN tenderà ad allargarsi negli anni a seguire, data la struttura per età. [...] Verosimilmente tale scenario risulterà ancora più marcato nelle regioni impegnate con i Piani di Rientro a causa del blocco delle assunzioni”. A tale scopo si raccomanda il monitoraggio di questo indicatore nei prossimi anni. Per quanto riguarda la forte eterogeneità regionale il

nuovo PSN indica che: “[...] È opportuno, quindi, prevedere un sistema di raccordo tra le Regioni al fine di monitorare le eventuali carenze o eccedenze di professionisti che consenta di definire politiche di mobilità e garantire un maggior equilibrio a livello nazionale”.

Sarà, pertanto, interessante monitorare quali risorse potrebbero essere messe in campo per fronteggiare gli eventuali trasferimenti di personale da regioni eccedentarie (Nord) a regioni carenti (Sud).

### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2010). Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.



## Natura dei contratti del personale del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** A partire dalla Legge delega n. 421/1992 e dal conseguente D. Lgs. n. 29/1993, fino ad arrivare al D. Lgs. n. 165/2001 “Testo unico del pubblico impiego”, nel quale sono confluite tutte le normative che in modo frammentario regolavano l’accesso al lavoro nella pubblica amministrazione, il lavoro pubblico è stato oggetto di una riforma radicale che lo ha, alla fine, trasportato dall’area del diritto pubblico a quella del diritto privato. In particolare, una delle più importanti novità normative della riforma è stata senza dubbio l’esplicita previsione della possibilità per le pubbliche amministrazioni di ricorrere alle forme contrattuali cosiddette “atipiche”, sempre più largamente in uso nel settore privato.

La Legge Finanziaria 2008 con il comma 79 va a modificare proprio l’articolo n. 36 del D. Lgs. n. 165/2001 sull’utilizzo delle forme contrattuali flessibili del personale, stabilendo che le pubbliche amministrazioni si possono avvalere delle forme contrattuali flessibili di assunzione e di impiego del personale previste dal codice civile e dalle leggi sui rapporti di lavoro subordinato nell’impresa solo per esigenze stagionali o per periodi inferiori a 3 mesi, salvo nel caso di sostituzioni per maternità. Ad essere colpite dalle nuove disposizioni della Finanziaria 2008 sono, pertanto, anche la somministrazione a tempo determina-

to di personale o l’esternalizzazione ed appalto dei servizi: di esse fanno sempre più ricorso le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Tuttavia, sono previste espressamente delle deroghe a tali novità introdotte dalla Finanziaria 2008 per gli Enti del SSN; i contratti di lavoro flessibile si possono continuare ad utilizzare per le sole figure infungibili di medici, per gli infermieri e per il personale di supporto soltanto per esigenze urgenti ed indifferibili per la realizzazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, per qualsiasi figura di personale per la realizzazione di progetti di ricerca con oneri a carico dell’Unione Europea o dei privati.

L’indicatore intende offrire un quadro aggiornato sui dati relativi al “mercato del lavoro” nel SSN, con la finalità di fornire elementi e spunti di riflessione per cogliere i “bisogni” emergenti in quel particolare mercato del lavoro, sia dal lato della domanda (datori di lavori pubblici) che dal lato dell’offerta (lavoratori). Infatti, il “mercato del lavoro pubblico” italiano si caratterizza per la presenza di ampie garanzie riconosciute agli *insider*, con forti rigidità nell’impiego del capitale umano, e di una vasta area di precariato di lungo periodo, anche come effetto di tali rigidità interne.

### Percentuale di personale del Servizio Sanitario Nazionale a tempo indeterminato

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Personale a tempo indeterminato}}{\text{Personale a tempo indeterminato} + \text{personale con lavoro flessibile}} \times 100$$

### Percentuale di personale del Servizio Sanitario Nazionale con lavoro flessibile

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Personale con lavoro flessibile}}{\text{Personale a tempo indeterminato} + \text{personale con lavoro flessibile}} \times 100$$

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al triennio 2007-2009 e sono quelli acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<sup>1</sup>.

In particolare, l’aggregato “Personale con lavoro flessibile” comprende: 1. i lavoratori con contratto a tempo determinato; 2. i lavoratori con contratto di formazione-lavoro; 3. i lavoratori socialmente utili; 4. i lavoratori con contratto interinale; 5. i lavoratori con contratto di telelavoro.

Non è stata fatta alcuna distinzione tra le diverse tipologie di lavoro flessibile.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono indicazioni specifiche sull’argomento pertanto, come valore di riferimento, viene preso il dato nazionale.

### Descrizione dei risultati

I dati mostrano come a livello nazionale nel triennio 2007-2009 non vi siano state sostanziali variazioni nelle percentuali di personale a tempo indeterminato e di personale con lavoro flessibile. In particolare, il personale a tempo indeterminato rappresenta circa il 94% dell’intero personale del SSN. Ben diversa è la situazione che si registra a livello regionale. In partico-

<sup>1</sup>Gli autori desiderano ringraziare l’Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l’analisi dei costi del lavoro pubblico ed, in particolare, gli Uffici III e V per aver fornito i dati regionali.

lare, il personale con lavoro flessibile nel 2009 varia da un minimo di 2,2% in Veneto ad un massimo di 10,8% in Sicilia e di 12,0% in Valle d'Aosta, e 7 regioni (Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Campania) presentano un

valore inferiore al dato nazionale (Tabella 1). Come trend, tra il 2007-2009 si è registrato un aumento del personale a tempo indeterminato in 6 regioni (Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Marche, Puglia e Sicilia).

**Tabella 1** - Percentuale del personale del SSN per natura del contratto di lavoro per regione - Anni 2007-2009

Regioni	Personale a tempo indeterminato			Personale con lavoro flessibile		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Piemonte	96,3	96,5	96,9	3,7	3,5	3,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	93,5	95,3	88,0	6,5	4,7	12,0
Lombardia	94,5	94,0	93,9	5,5	6,0	6,1
Trentino-Alto Adige*	93,2	92,7	93,0	6,8	7,3	7,0
Veneto	97,0	97,0	97,8	3,0	3,0	2,2
Friuli Venezia Giulia	95,3	95,4	95,1	4,7	4,6	4,9
Liguria	96,9	96,8	96,3	3,1	3,2	3,7
Emilia-Romagna	94,9	95,5	95,7	5,1	4,5	4,3
Toscana	97,1	97,0	96,5	2,9	3,0	3,5
Umbria	92,9	93,0	92,6	7,1	7,0	7,4
Marche	92,1	91,6	92,5	7,9	8,4	7,5
Lazio	95,7	95,1	94,3	4,3	4,9	5,7
Abruzzo	95,1	95,3	93,7	4,9	4,7	6,3
Molise	93,8	93,3	92,9	6,2	6,7	7,1
Campania	96,3	96,8	96,3	3,7	3,2	3,7
Puglia	85,9	88,6	91,4	14,1	11,4	8,6
Basilicata	93,0	90,1	92,9	7,0	9,9	7,1
Calabria	93,4	91,8	93,0	6,6	8,2	7,0
Sicilia	89,0	87,7	89,2	11,0	12,3	10,8
Sardegna	93,2	92,4	90,8	6,8	7,6	9,2
<b>Italia</b>	<b>94,3</b>	<b>94,2</b>	<b>94,4</b>	<b>5,7</b>	<b>5,8</b>	<b>5,6</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anni 2007, 2008, 2009.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Nel documento “La somministrazione del lavoro temporaneo nelle pubbliche amministrazioni e il nuovo Codice degli Appalti” realizzato dal Dipartimento della Funzione Pubblica, viene sottolineato che “[...] Il protrarsi del blocco delle assunzioni non ha portato a perseguire uno degli obiettivi indicati dal D. Lgs. n. 165 del 2001, ovvero, la migliore utilizzazione delle risorse umane e, quindi, un incremento della produttività connessa al miglioramento dei servizi. Le rigidità interne in termini di scarsa mobilità, infungibilità della prestazione, vincoli negli orari, ipercontrattualizzazione degli istituti di flessibilità e di produttività e ridimensionamento del ruolo datoriale, hanno,

comunque, portato le amministrazioni a ricorrere ad altro personale proprio in termini di rapporti di lavoro flessibili. Si è fatto ricorso a prestazioni che poco hanno di temporaneo, ma mirano a soddisfare fabbisogni stabili, mai rivisitati e aggiornati nonostante processi di decentramento, riforme costituzionali e significativi investimenti nelle nuove tecnologie informatiche.” Si raccomanda, pertanto, una più efficace supervisione da parte degli organi centrali sui comportamenti dei datori di lavoro pubblico.

### Riferimenti bibliografici

(1) Dipartimento della Funzione Pubblica (2006). La somministrazione del lavoro temporaneo nelle pubbliche amministrazioni e il nuovo Codice degli Appalti.

## Sistema nazionale di emergenza/urgenza

L'area relativa all'emergenza/urgenza rappresenta uno dei nodi più critici della programmazione sanitaria e si configura come una delle più importanti variabili sulle quali è misurata la qualità dell'intero servizio sanitario. In particolare, in linea di principio, il modello organizzativo relativo all'emergenza/urgenza risulta articolato in un sistema di allarme sanitario, dotato di numero telefonico di accesso breve ed universale "118", di un sistema territoriale di soccorso, costituito dai mezzi di soccorso distribuiti sul territorio e da una rete di servizi che consta di Punti di Primo Intervento, di Pronto Soccorso ospedalieri, nonché di Dipartimenti di Emergenza/Urgenza Accettazione (DEA), a loro volta articolati in DEA di I e II livello (questi ultimi individuati come Dipartimenti di Emergenza ad Alta Specialità).

### Centrali operative 118

**Significato.** Il "118" è il numero telefonico di accesso breve ed universale, a livello nazionale, al quale rispondono le centrali operative alle quali è demandato il compito di organizzare e gestire, nell'ambito territoriale di riferimento, le attività di emergenza sanitaria, di garantire il coordinamento di tutti gli interventi, dal momento in cui accade l'evento sino alla collocazione del paziente nella destinazione definitiva, e di attivare la risposta ospedaliera 24 ore su 24.

La centrale operativa deve rispondere a requisiti tecnologici, strutturali ed organizzativi di elevato grado di autonomia funzionale e con precise qualificazioni e responsabilizzazioni di personale medico e sanitario, rappresentando, quindi, un'organizzazione altamente complessa per la peculiarità delle funzioni svolte, per le professionalità che vi operano in *équipe* (medici, infermieri, autisti/soccorritori, soccorritori/volontari)

e per la presenza di tecnologie diverse (apparato radio, sistema informatico etc.) di solito non presenti in altre strutture sanitarie.

Dal punto di vista della programmazione sanitaria, il DPR 27 marzo 1992 e le successive Linee Guida del 1996, indicano che "per garantire un'efficiente gestione del soccorso nel più breve tempo possibile e con mezzi idonei al tipo di intervento, il territorio di afferenza alla centrale operativa deve essere, di norma, su base provinciale. Tuttavia, per alcune realtà può risultare più funzionale l'istituzione di centrali sovraprovinciali, per altre l'istituzione di centrali sub provinciali".

Un numero adeguato di centrali operative sul territorio è indice di efficienza gestionale del sistema in termini di risposta tempestiva e con mezzi adeguati alle chiamate di intervento di emergenza sanitaria.

#### Centrali operative 118 per provincia

Numeratore	Centrali operative 118
Denominatore	Province della regione

**Validità e limiti.** Il bacino di utenza controllato da una centrale operativa è identificato con il territorio di ogni singola provincia, fatte salve le esigenze di particolari aree metropolitane, tra loro in stretto collegamento e coordinamento.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Secondo quanto stabilito dal DPR 27 marzo 1992 e dalle successive Linee Guida n. 1/1996, il valore atteso del rapporto è pari ad 1.

#### Descrizione dei risultati

L'ultima rilevazione nazionale "Sistema di emergenza sanitaria territoriale 118" svolta dal Ministero della Salute (Luglio 2007) mostra che sono state attivate sul territorio nazionale 103 centrali operative, come previsto da Regioni e Province Autonome, mentre i dati preliminari forniti dall'indagine conoscitiva "sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza",

deliberata all'unanimità dalla Commissione Igiene e Sanità il 17 giugno 2008 ed autorizzata dal Presidente del Senato il 23 giugno 2008, indicano la presenza di 102 centrali operative sul territorio nazionale.

In via generale, negli anni presi in considerazione (2001, 2003, 2005, 2010), il numero di centrali operative attive sul territorio nazionale in relazione alle province è sovrapponibile al valore atteso dalla normativa citata (1,0), sebbene vada rilevata tra il 2003-2010 una lieve riduzione del numero di centrali operative per provincia che è passato da 1,00 a 0,93 (Tabella 1). Inoltre, è da rimarcare una certa variabilità tra le regioni. In questo caso, tendenzialmente si osserva un divario Nord-Sud; in particolare, nel 2010 le centrali operative non coprono tutti i territori provinciali nelle Marche, Basilicata, Molise, Puglia, Sicilia, Sardegna ed Emilia-Romagna, mentre in Liguria, Toscana, Umbria, Lazio e Campania (unica eccezione del Sud) sono presenti più di una centrale per provincia (1,80

centrali 118 per provincia in Campania). Rispetto al 2001, nel 2003 sono state attivate centrali operative in Basilicata (che nel 2001 non ne aveva), Puglia e Campania, mentre nel 2005, rispetto al 2003, risulta essersi lievemente ridotto il numero di centrali operative in Lombardia, Campania, Marche ed in Puglia. Infine, nel 2010, rispetto al 2005, se nel Lazio, Campania, Puglia e Sicilia le centrali 118 sono aumentate, in Emilia-Romagna e Sardegna sono dimi-

nuite. Tuttavia, mentre in Emilia-Romagna tale riduzione è imputabile ad una riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, in cui tutti i servizi relativi alle province di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini confluiscono nell'Area Vasta Romagna, particolarmente preoccupante risulta la situazione della Sardegna in cui solo un quarto della regione risulta coperta dalla rete 118.

**Tabella 1** - Numero di centrali operative 118 (per provincia) per regione - Anni 2001, 2003, 2005, 2010

Regioni	2001	2003	2005	2010
Piemonte	1,00	1,00	1,00	1,00
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,00	1,00	1,00	1,00
Lombardia	1,10	1,10	1,00	1,00
Bolzano-Bozen	1,00	1,00	1,00	1,00
Trento	1,00	1,00	1,00	1,00
Veneto	1,00	1,00	1,00	1,00
Friuli Venezia Giulia	1,00	1,00	1,00	1,00
Liguria	1,30	1,30	1,30	1,30
Emilia-Romagna	1,10	1,10	1,10	0,78
Toscana	1,20	1,20	1,20	1,20
Umbria	1,50	1,50	1,50	1,50
Marche	1,00	1,00	0,80	0,80
Lazio	1,00	1,00	1,00	1,20
Abruzzo	1,00	1,00	1,00	1,00
Molise	0,50	0,50	0,50	0,50
Campania	1,60	1,80	1,60	1,80
Puglia	0,40	1,00	0,80	0,83
Basilicata	0,00	0,50	0,50	0,50
Calabria	1,00	1,00	1,00	1,00
Sicilia	0,40	0,40	0,40	0,44
Sardegna	0,50	0,50	0,50	0,25
<b>Italia</b>	<b>0,96</b>	<b>1,00</b>	<b>0,96</b>	<b>0,93</b>

**Fonte dei dati:** Commissione Igiene e Sanità del Senato. Anno 2011 - Ministero della Salute. Anno 2007 - Rapporto Osservasalute. Anni 2003, 2005.

### Raccomandazioni di Osservasalute

A partire dall'inizio degli anni Novanta il sistema di emergenza sanitaria in Italia si è progressivamente confermato all'indirizzo fornito alle Regioni e Province Autonome dal DPR del 27 marzo 1992.

Attualmente, si rileva una situazione di totale copertura al Nord, mentre al Centro-Sud la presenza di centrali operative è alquanto disomogenea.

Tuttavia, l'articolazione del sistema su base territoriale (prevalentemente provinciale), se ha conferito agilità di risposta e flessibilità organizzativa, ha reso più complessa la possibilità di delineare un quadro di insieme idoneo ad individuare le aree di maggior forza e quelle di più marcata debolezza, a progettare meccanismi condivisi di standardizzazione e di integrazione più avanzati ed ad esaltare le possibili sinergie.

In merito all'implementazione del numero unico per l'emergenza "112", istituito a livello europeo e desti-

nato a conglobare le numerazioni attualmente dedicate al 113, 112, 115 e 118 al fine di garantire, attraverso il sistema di telefonia fissa e mobile, la localizzazione effettiva del chiamante, si segnala che l'Italia è fortemente in ritardo rispetto agli altri Stati membri nell'esecuzione di tale progetto a livello tecnico-operativo; circostanza che ha dato luogo ad una procedura di infrazione, esitata nell'irrogazione di una forte sanzione pecuniaria.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Commissione Igiene e Sanità del Senato: Indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza. Aprile 2011.
- (2) Ministero della Salute: Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118" - Rilevazione nazionale Anno 2005. Luglio 2007.
- (3) Rapporto Osservasalute. Anno 2003.
- (4) Rapporto Osservasalute. Anno 2005.

## Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione

**Significato.** Il sistema di accettazione ed emergenza sanitaria a carattere dipartimentale (Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione-DEA) rappresenta il secondo livello d'intervento le cui funzioni principali sono quelle di assicurare i primi accertamenti ed interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici necessari alla stabilizzazione del paziente.

Le unità operative appartenenti ad un DEA sono interdipendenti dal punto di vista organizzativo e funzionale, mantenendo la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale e condividendo un comune codice di comportamento assistenziale al fine di assicurare una risposta rapida, completa ed in collegamento con le strutture operanti sul territorio.

Gli ospedali sedi di DEA di I livello garantiscono,

oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di Pronto Soccorso, anche le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione (attraverso spazi appositi, noti come sala rossa) e devono, inoltre, garantire interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologica con Unità di Terapia Intensiva Cardiologia. Sono assicurate anche prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini e trasfusionali. Gli ospedali sedi di DEA di II livello sono in grado di assicurare, oltre alle prestazioni fornite dai DEA di I livello, le funzioni di alta specialità legate all'emergenza, tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare e la chirurgia toracica.

### Bacino di utenza per Dipartimento di Emergenza ed Accettazione

Numeratore	Popolazione media residente
Denominatore	Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione

**Validità e limiti.** La presenza dei DEA rappresenta un macroindicatore di organizzazione del sistema regionale di emergenza-urgenza.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il bacino medio di utenza raccomandato per un DEA è di 100/200 mila abitanti. Nello specifico, ad un DEA di I livello dovrebbero afferire almeno 250 mila abitanti, mentre ad un DEA di II livello almeno 500 mila.

### Descrizione dei risultati

Nel 2010 i DEA (I e II livello) erano 332, 30 in meno rispetto al dato del 2005, 20 in meno rispetto al 2003. Una semplice distribuzione statistica porterebbe a ritenere che 60,4 milioni di abitanti (dati Istat al 31 marzo 2010), quale popolazione italiana, distribuita su 332 DEA formino un bacino d'utenza medio di 181.935 abitanti per ciascun DEA, valore rientrante nel *range* di riferimento, anche se sia nel 2003 che nel 2005 il bacino medio di utenza per DEA era sensibilmente inferiore (1 DEA ogni 165 mila abitanti circa). A livello regionale (Tabella 1), nel 2010 si riscontrano variazioni che oscillano dai 95.665 abitanti/DEA dell'Abruzzo ai 272.768 abitanti/DEA della Sardegna. Rispetto al 2005, in praticamente tutte le regioni del Centro-Nord (con eccezione di Lombardia e Liguria), nel 2010 si è ampliato il bacino di utenza dei DEA; situazioni atipiche si registrano in Abruzzo, in cui il bacino di utenza è passato da 185 mila abitanti/DEA a 95.000 circa, in Sardegna in cui si è passati da 1 DEA ogni 1,7 milione di abitanti a 1 DEA ogni

270 mila abitanti, in Puglia ed in Sicilia dove nel 2005 il bacino di utenti per DEA era già superiore ai valori medi raccomandati e nel 2010 si registrano i bacini di utenza ancora più ampi (circa 270 mila abitanti per DEA in Puglia).

Andando ad analizzare la distribuzione specifica dei DEA di I e II livello, emerge che nel 2005 i DEA di I livello erano 258, mentre quelli di II livello 104. Rispetto a quanto riportato nel Rapporto Osservasalute del 2003 e del 2005, se tra il 2001 ed il 2003 (anni ai quali si riferiscono le precedenti rilevazioni) si rileva un incremento del macroindicatore a livello nazionale (nel Rapporto Osservasalute 2003 non fu fatta una distinzione tra DEA di I e di II livello), tra il 2003 ed il 2005 i DEA di I livello sono aumentati (+33 strutture), mentre quelli di II livello si sono ridotti (-24 strutture).

Nel 2005 (ultimo anno in cui è stata effettuata una ricognizione dettagliata dei DEA), i dati regionali mostrano una situazione alquanto eterogenea con un *range* di valori per quanto riguarda i DEA di I livello da 0 nella PA di Trento o 1 DEA per 1,7 milioni di abitanti in Sardegna, a 1 DEA di I livello ogni 119 mila abitanti in Valle d'Aosta con 9 regioni che si discostano dal valore nazionale (un DEA ogni 231 mila abitanti circa, valore abbastanza coerente con quello raccomandato) e presentano un bacino di utenza per DEA abbastanza esiguo (ad esempio in Toscana vi è un DEA di I livello ogni 129 mila abitanti); analoga situazione si osserva per i DEA di II livello in cui si passa da valori pari a 0 in Sardegna, Valle

d'Aosta e PA Trento ad altri come 1 DEA ogni 200 mila abitanti in Friuli Venezia Giulia e 1 DEA ogni

300 mila abitanti in Molise, con un valore nazionale di un DEA di II livello ogni 574 mila abitanti circa.

**Tabella 1** - Bacino di utenza per DEA (I livello, II livello e totale) per regione - Anni 2001, 2003, 2005, 2010

Regioni	DEA I livello		DEA II livello		Totale			
	2003*	2005	2003*	2005	2001*	2003*	2005	2010
Piemonte	204.082	166.312	526.316	478.147	153.846	147.059	123.393	143.560
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	n.a.	119.000	121.951	n.a.	n.d.	121.951	119.000	127.836
Lombardia	212.766	253.811	625.000	597.203	208.333	158.730	178.113	175.802
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>238.095</i>	<i>154.000</i>	<i>238.095</i>	<i>462.000</i>	<i>238.095</i>	<i>117.647</i>	<i>115.500</i>	<i>206.163</i>
Trento	500.000	n.a.	n.a.	n.a.	500.000	500.000	n.a.	n.a.
Veneto	256.410	265.641	357.143	645.129	175.439	149.254	188.163	204.891
Friuli Venezia Giulia	133.333	150.125	303.030	200.167	91.743	92.593	85.786	112.222
Liguria	312.500	273.667	526.316	547.333	232.558	196.078	182.444	179.454
Emilia-Romagna	344.828	139.206	500.000	448.554	185.185	204.082	106.237	244.749
Toscana	222.222	128.733	357.143	482.749	123.457	136.986	101.631	155.598
Umbria	212.766	173.498	416.667	433.746	140.845	140.845	123.927	150.465
Marche	116.279	123.185	500.000	1.478.225	86.957	94.340	113.710	111.485
Lazio	322.581	326.474	476.190	522.359	212.766	192.308	200.907	196.381
Abruzzo	128.205	252.654	185.185	421.090	142.857	75.758	157.909	95.665
Molise	161.290	165.000	161.290	330.000	81.967	80.645	110.000	106.681
Campania	333.333	381.685	384.615	687.033	227.273	178.571	245.369	208.022
Puglia	833.333	323.750	588.235	555.000	526.316	333.333	204.474	272.329
Basilicata	200.000	590.000	588.235	590.000	204.082	149.254	295.000	196.198
Calabria	166.667	295.173	n.a.	688.736	256.410	166.667	206.621	182.664
Sicilia	500.000	230.559	333.333	724.613	204.082	200.000	174.906	210.155
Sardegna	333.333	1.732.000	1.666.667	n.a.	555.556	270.270	1.732.000	272.768
<b>Italia</b>	<b>256.410</b>	<b>231.287</b>	<b>454.545</b>	<b>573.769</b>	<b>188.679</b>	<b>163.934</b>	<b>164.840</b>	<b>181.935</b>

\*Dato stimato.

n.a. = non applicabile (non sono presenti DEA in regione).

n.d. = non disponibile.

**Fonte dei dati:** Commissione Igiene e Sanità del Senato. Anno 2011 - Ministero della Salute. Anno 2007 - Rapporto Osservasalute. Anni 2003, 2005.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il potenziamento del sistema di emergenza ed accettazione rappresentava uno degli obiettivi strategici del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 per far fronte al progressivo aumento della domanda di prestazioni e la necessità di garantire adeguati standard di qualità.

Spettava alle Regioni, in attuazione di specifiche norme nazionali che definiscono i macrolivelli assistenziali e gli obiettivi del sistema, definire le modalità organizzative in relazione alle specifiche esigenze territoriali, salvaguardando alcuni requisiti di uniformità in tutto il territorio nazionale.

Tuttavia, ancora nel 2010, appaiono immediatamente evidenti alcune lacune “di sistema”, a cominciare dai dati sui bacini d'utenza dei DEA: a fronte di una presenza media nazionale per abitante dei DEA accettabile, appaiono poco giustificabili i dati sul bacino di utenza di alcuni DEA a livello regionale, che vanno da un minimo di 1 DEA ogni 95.000 abitanti in Abruzzo, fino ad 1 DEA ogni 280 mila abitanti in Sardegna.

Con riferimento ai dati presentati in Tabella 1, valori troppo bassi fanno temere che i DEA non siano stati attivati in maniera adeguata ai bisogni, viceversa valori troppo elevati possono indicare un eccessivo

dispendio di risorse rispetto alla casistica da trattare. Dal punto di vista della programmazione dell'offerta di servizi, desta particolare preoccupazione quanto rilevato dall'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza effettuata tra il 2008-2010 dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato in cui si specifica che “[...] Su base nazionale solo il 47% dei DEA è stato realizzato tenendo conto dei dati territoriali, demografici e/o epidemiologici; alcune Regioni, come Calabria e Campania, rispondono negativamente nel 100% dei casi. Questo significa che molto frequentemente la programmazione sanitaria non viene effettuata in base ai reali bisogni, bensì in funzione di altri fattori, che si possono purtroppo agevolmente immaginare”.

### Riferimenti bibliografici

(1) Commissione Igiene e Sanità del Senato: Indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza. Aprile 2011.

(2) Ministero della Salute: Sistema di emergenza sanitaria territoriale “118” - Rilevazione nazionale Anno 2005. Luglio 2007.

(3) Rapporto Osservasalute. Anno 2003.

(4) Rapporto Osservasalute. Anno 2005.

## Elisoccorso

**Significato.** L'elisoccorso rappresenta un'importante risorsa del sistema di emergenza/urgenza sanitaria, permettendo il trasporto del paziente critico in piena sicurezza e senza interruzione dell'assistenza, con il vantaggio della copertura anche di zone non raggiungibili altrimenti via terra. Spetta alla centrale operativa coordinare, nell'ambito di tutto il sistema, l'attività delle eliambulanze, sulla base di protocolli condivisi a livello regionale o di Provincia Autonoma.

L'elisoccorso svolge sia attività di soccorso vero e proprio, o interventi di tipo "primario" che prevedono il

trattamento e l'eventuale trasferimento del paziente dal luogo in cui si è verificato l'evento acuto al presidio ospedaliero più idoneo, sia il trasporto assistito tra strutture ospedaliere, anche programmabile, garantendo la continuità assistenziale. Inoltre, l'impiego di aeromobili è previsto anche in caso di salvataggio, soccorso e trasporto nelle emergenze di massa, necessità di trasporto urgente di sangue, plasma e loro derivati, antidoti, farmaci rari, *équipe* e materiale a fini di prelievo o trapianto d'organi o tessuti.

### Tasso di basi di elisoccorso

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Basi di elisoccorso}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

### Densità di basi elisoccorso sul territorio

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Basi di elisoccorso}}{\text{Superficie regionale (Km}^2\text{)}} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** Le Linee Guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero del febbraio 2005, definiscono i parametri per l'identificazione del numero delle basi necessarie a livello regionale, che non potrà prescindere dalla valutazione della morfologia territoriale, della densità demografica e dei flussi turistici e della dislocazione e potenzialità della rete ospedaliera.

Inoltre, la normativa precisa che, in ogni caso, il soccorso sanitario primario deve essere garantito nell'ambito di un tempo non superiore a 20 minuti di volo.

Per far fronte ad esigenze legate sia alla distribuzione della popolazione che all'estensione del territorio, il numero di basi è posto in relazione al bacino d'utenza ed alla superficie regionale. Viene, inoltre, specificato il numero di basi predisposte al volo notturno che, come evidenziato nelle Linee Guida, consentono una migliore integrazione della rete di emergenza con la rete ospedaliera sul territorio.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esiste una precisa indicazione per il numero di basi di elisoccorso nella normativa nazionale, che si limita a definirne i parametri per la distribuzione sul territorio.

### Descrizione dei risultati

Nel 2005, a livello nazionale erano presenti 44 basi di elisoccorso di cui solo 5 attrezzate per il volo notturno.

Rispetto ai dati del 2004 riportati nel Rapporto Osservasalute 2005 (45 basi di cui 7 attrezzate per il volo notturno nel 2004), entrambi i valori sono diminuiti. Analizzando la situazione delle singole regioni, in entrambi gli anni Piemonte e Lombardia presentano il maggior numero di basi (5), seguite dalla Sicilia (4). Ne sono, invece, totalmente prive l'Umbria, il Molise e la Sardegna nel 2004, alle quali si aggiunge la Puglia nel 2005. Nel 2005 il numero di basi di elisoccorso si è lievemente ridotto in Valle d'Aosta e nelle PA di Bolzano e Trento, mentre è aumentato in Liguria, Emilia-Romagna e Basilicata.

Per quanto riguarda il numero di basi abilitate anche al volo notturno soltanto la Sicilia (che già ne possedeva 2 nel 2004), la Toscana ed il Lazio ne sono dotate; quelle che nel 2004 erano presenti nella PA di Bolzano ed in Campania non risultano più attive nel 2005. Tutte le restanti regioni non hanno nemmeno una base attrezzata.

Valutando il rapporto tra numero di basi e popolazione (0,1 basi per 100.000 abitanti) ed il rapporto basi e superficie (0,1 per 1.000 km<sup>2</sup>) a livello nazionale, si osserva che le singole regioni si distribuiscono in modo piuttosto uniforme rispetto alla media; unica eccezione è la Valle d'Aosta con un numero di basi rispetto al bacino di utenza pari a 0,8 (per 100.000) e la Liguria con un numero di basi per superficie pari a 0,4 (per 1.000 km<sup>2</sup>).

**Tabella 1** - Basi elisoccorso e basi attrezzate (valori assoluti e distribuzione per 100.000) per il volo notturno e superficie (per 1.000 km<sup>2</sup>) occupata per regione - Anni 2004-2005

Regioni	N basi elisoccorso		N basi attrezzate per volo notturno		Tasso basi di elisoccorso		Superficie occupata da basi di elisoccorso	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Piemonte	5	5	0	0	0,1	0,1	0,2	0,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2	1	0	0	1,6	0,8	0,6	0,3
Lombardia	5	5	0	0	0,0	0,0	0,2	0,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	3	2	1	0	0,6	0,4	0,4	0,3
<i>Trento</i>	2	1	0	0	0,4	0,2	0,3	0,2
Veneto	3	3	0	0	0,1	0,1	0,2	0,2
Friuli Venezia Giulia	1	1	0	0	0,1	0,1	0,1	0,1
Liguria	1	2	0	0	0,1	0,1	0,2	0,4
Emilia-Romagna	3	4	0	0	0,1	0,1	0,1	0,2
Toscana	3	3	1	1	0,1	0,1	0,1	0,1
Umbria	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Marche	1	1	0	0	0,1	0,1	0,1	0,1
Lazio	3	3	1	1	0,1	0,1	0,2	0,2
Abruzzo	2	2	0	0	0,1	0,2	0,2	0,2
Molise	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Campania	2	2	1	0	0,0	0,0	0,1	0,1
Puglia	1	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Basilicata	1	2	1	0	0,2	0,3	0,1	0,2
Calabria	3	3	0	0	0,1	0,1	0,2	0,2
Sicilia	4	4	2	3	0,1	0,1	0,1	0,2
Sardegna	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Italia</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>

**Fonte dei dati:** Rapporto Osservasalute. Anno 2005 - Ministero della Salute. Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118". Rilevazione nazionale Anno 2005. Luglio 2007.

### Raccomandazioni di Osservasalute

A causa dei limiti meteorologici, degli elevati costi e dei rischi sia per gli equipaggi sanitari che per i pazienti, il servizio elisoccorso risulta integrativo e non sostitutivo dei più tradizionali sistemi del soccorso. Tuttavia, negli ultimi anni il suo utilizzo nelle attività di emergenza è diventato sempre più frequente, per l'estrema versatilità e la possibilità di operare in tempi ristretti su un vasto territorio e di assicurare l'intervento tempestivamente (entro 20 minuti) su di un raggio di circa 70-80 Km dalla base, con la disponibilità di idonee apparecchiature di rianimazione.

In merito alle potenzialità del sistema di elisoccorso, l'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza effettuata tra il 2008-2010 dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato, è arrivata alle seguenti conclusioni: "[...] L'elisoccorso è ancora oggi non sufficientemente rappresentato sul territorio nazionale e frenato dai limiti tecnologici per quanto attiene il volo notturno o comunque "strumentale". [...] Si rileva altresì l'inadeguatezza dell'attuale normativa ENAC, in merito alla regolamentazione delle piazzole ed alle

caratteristiche degli elicotteri, in relazione alle concrete esigenze dell'elisoccorso, tale da rendere assai problematico e costoso, nonché sanitariamente poco efficace, l'utilizzo delle elisuperfici. [...] Sono stati evidenziati i limiti operativi dell'elisoccorso legati all'impossibilità di curare ad alta quota ed all'incapacità degli elicotteri di volare in assenza di visibilità con il solo supporto strumentale. In proposito sono state illustrate le prospettive evolutive degli apparecchi di nuova generazione, come il convertiplano, che potrebbe essere utilizzato nel campo dell'elisoccorso in modo da consentire la navigazione strumentale autonoma. [...] È necessario predisporre un piano di interconnessione per l'elisoccorso al fine di ottimizzare la rete *hub and spoke* a livello regionale, nazionale ed anche internazionale, nonché l'adeguamento dei relativi regolamenti di navigazione".

### Riferimenti bibliografici

- (1) Rapporto Osservasalute. Anno 2005.
- (2) Linee Guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero. Febbraio 2005.
- (3) Ministero della Salute. Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118" - Rilevazione nazionale Anno 2005. Luglio 2007.



## Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** In tale voce è ricompreso il costo del personale delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e dei Policlinici Universitari pubblici appartenenti ai ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo, nonché il costo relativo alla corresponsione

dell'indennità per il personale universitario.

L'obiettivo dell'indicatore è mostrare quanto costa al singolo cittadino, e pertanto potenziale paziente del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), finanziare l'elemento cardine del sistema.

### *Spesa pro capite per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale*

Numeratore Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Denominatore Popolazione media residente

**Validità e limiti.** La fonte principale per l'analisi della spesa sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale deriva dai dati dei Modelli Conti Economici (CE) che ogni ASL è tenuta ad inviare al Ministero della Salute. Tali dati risentono ancora di una non sufficiente attendibilità e standardizzazione sul territorio nazionale, ma costituiscono l'unica fonte attualmente disponibile.

L'analisi è stata svolta sia prendendo in considerazione la popolazione bacino di utenza del SSN, sia la popolazione pesata per tener conto del bisogno potenziale di assistenza. La prima popolazione di riferimento è costituita dai residenti del territorio di riferimento; la seconda è costituita dalla popolazione di riferimento ponderata per la struttura per età. I pesi impiegati per la ponderazione sono quelli utilizzati attualmente per la procedura di riparto tra le Regioni del fabbisogno sanitario nazionale.

L'indicatore non tiene conto del personale convenzionato con il SSN e dell'attività intramoenia. Inoltre, non viene fatta alcuna distinzione tra le varie professionalità ricomprese nel personale dipendente del SSN. Infine, la sua dinamica temporale è influenzata dalla crescente esternalizzazione dei servizi prima svolti da personale interno alle aziende.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono indicazioni specifiche sulla spesa per personale dipendente del SSN. Pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato medio nazionale.

### **Descrizione dei risultati**

Rapportando il dato relativo alla spesa per il personale alla popolazione residente, si osserva che nel quadriennio 2007-2010 la spesa pro capite a livello nazionale è cresciuta di circa il 6% passando da 571,6€ a 606,9€ (Tabella 1). Questa differenza si registra in maniera più o meno accentuata in tutte le regioni, ad eccezione di Lazio, Molise, Campania, Calabria e PA di Bolzano.

A livello regionale, si osserva come la spesa pro capite grezza più alta nel quadriennio considerato si registra nella PA di Bolzano, la quale supera i 1.000€ dal 2008, seguita dalla Valle d'Aosta, mentre le regioni con una spesa pro capite minore sono la Puglia, la Lombardia ed il Lazio.

Il dato sulla spesa pro capite pesata, ossia ponderata rispetto alla distribuzione demografica della popolazione assistita, rende più omogeneo il dato di spesa pro capite per il personale. Le regioni con una spesa per personale maggiore rimangono, comunque, le PA di Bolzano e Trento, la Valle d'Aosta ed il Friuli Venezia Giulia, tutte regioni a statuto speciale, mentre le regioni con minore spesa pro capite sono la Lombardia, la Puglia ed il Lazio.

I dati del triennio 2008-2010 mostrano anche come, tendenzialmente, nelle regioni sottoposte a Piano di Rientro, la spesa, sia grezza che pesata, ha registrato una lieve riduzione (Campania, Molise e Lazio) o è rimasta sostanzialmente invariata (Abruzzo e Sicilia).

**Tabella 1** - Spesa pro capite (€) per personale dipendente del SSN per regione - Anni 2007-2010

Regioni	2007		2008		2009		2010	
	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata
Piemonte	623,9	586,8	640,1	603,9	659,1	623,2	668,7	632,4
Valle d'Aosta	818,6	804,5	866,6	851,8	880,7	864,4	888,4	871,7
Lombardia	484,2	484,7	504,7	505,1	513,5	514,0	521,2	521,8
Bolzano-Bozen	991,6	1.067,5	1.049,8	1.126,3	1.089,2	1.162,4	1.083,8	1.151,0
Trento	677,7	689,2	727,4	739,8	765,2	778,0	775,9	788,7
Veneto	535,1	538,8	554,5	558,5	560,9	564,6	566,2	568,7
Friuli Venezia Giulia	712,7	665,9	745,3	696,4	769,3	719,1	775,1	723,9
Liguria	679,2	594,1	701,9	614,5	722,6	634,2	728,2	640,3
Emilia-Romagna	635,4	600,1	667,4	633,4	674,0	643,2	682,6	653,6
Toscana	642,7	598,6	672,7	628,9	688,8	645,5	702,7	660,4
Umbria	637,4	595,9	655,3	615,9	671,0	633,1	681,5	644,7
Marche	617,4	587,6	630,6	602,5	653,3	625,9	669,0	642,3
Lazio	533,2	537,0	542,2	545,4	542,1	545,8	539,2	543,1
Abruzzo	559,6	545,9	584,0	571,2	583,2	571,6	583,3	571,9
Molise	646,2	623,6	672,6	650,3	667,8	646,2	658,8	637,3
Campania	544,7	606,4	543,4	602,9	558,5	617,2	554,0	611,4
Puglia	491,8	520,0	504,4	531,6	521,6	547,2	533,4	558,0
Basilicata	596,0	601,0	638,9	643,5	666,3	669,7	667,4	670,9
Calabria	594,8	618,7	621,3	645,5	638,5	662,0	633,7	656,8
Sicilia	578,6	606,0	591,1	618,4	591,1	618,2	591,1	618,1
Sardegna	617,5	636,3	641,3	656,4	673,3	684,8	691,4	699,4
<b>Italia</b>	<b>571,6</b>	<b>571,6</b>	<b>590,0</b>	<b>590,0</b>	<b>601,7</b>	<b>601,7</b>	<b>606,9</b>	<b>606,9</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati del Ministero della Salute. Modelli CE. - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Negli anni, la spesa per il personale dipendente in valore assoluto è cresciuta con variazioni cicliche dovute ai rinnovi contrattuali. In particolare, nel 2010, la spesa ammonta a circa 37 miliardi di euro, con un incremento dell'1,2% rispetto al 2009 (un incremento del 2,6% si era registrato nel 2008 rispetto al 2009). Su tale risultato ha pesato l'incidenza sull'esercizio degli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dirigente relativi al biennio 2008-2009 sottoscritti nell'anno 2010 e l'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale del personale non dirigente

relativo al biennio 2008-2009.

La crescita osservata conferma un andamento della spesa per il personale dipendente negli ultimi anni in linea con i trend attesi, confermando gli effetti positivi della maggiore disciplina contabile delle Regioni, in conseguenza degli strumenti di *governance* derivanti dai diversi Accordi Stato-Regioni intervenuti nell'ultimo periodo ed, in particolare, dell'obbligo per le Regioni di garantire la copertura integrale degli oneri connessi ai rinnovi contrattuali.

## Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** Nel 2010, i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono 685.771, di cui quasi il 70% è costituito da personale dirigente e dal comparto afferente ai ruoli sanitari (Proposta Piano Sanitario Nazionale 2011-2013). Al fine di poter programmare con anticipo il fabbisogno di personale occorre considerare la struttura per età del personale. In tal senso, con particolare riferimento ai dirigenti del SSN, nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013 si esprime

preoccupazione circa il loro imminente calo: “[...] si evince una forte concentrazione di personale nella fascia di età superiore o uguale a 60 anni”.

L’obiettivo del presente indicatore è quello di rappresentare la struttura demografica del personale dipendente del SSN su un arco di tempo quadriennale (2007-2010). L’analisi è stata effettuata anche suddividendo la popolazione di riferimento per genere (in quanto l’età di pensionamento è diversa).

### Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età	
Denominatore	Totale dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale	x 100

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al quadriennio 2007-2010 e sono quelli acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<sup>1</sup>. Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono indicazioni specifiche sulla struttura per età del personale dipendente del SSN. Pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato medio nazionale.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2010, il personale dipendente del SSN è composto, prevalentemente (74,2%), da persone di età compresa tra i 40-59 anni (Grafico 1).

Inoltre, i dati mostrano come sia più elevata la quota di personale di età  $\geq 60$  anni rispetto a quella di età  $< 30$  anni. A livello regionale, su quest’ultimo aspetto, si registra un marcato divario Nord-Sud: infatti, nel Nord è più elevata la percentuale di personale di età  $< 30$  anni, mentre nel Centro-Sud prevale la componente di personale di età  $\geq 60$  anni (in particolare, in Campania, Molise e Calabria).

L’analisi per genere mostra che, nel 2010, le donne rappresentano il 64,1% del personale dipendente, mentre gli uomini il 35,9%. Al di là del divario Nord-Sud, già rimarcato nell’analisi generale e che risulta ancora più evidente nel caso degli uomini (Grafico 2), i dati mostrano come, in via generale nel SSN la percentuale di donne di età  $< 30$  anni sia maggiore di quella maschile nella medesima classe di età (Grafici 1, 2 e 3).

Inoltre, il personale dipendente del SSN di genere femminile risulta essere più giovane di quello maschile; infatti, ad eccezione di Abruzzo, Molise, Campania,

Calabria, Sicilia e Sardegna, in tutte le regioni il personale di genere femminile di età  $< 40$  anni supera il 20% del totale (con il Trentino-Alto Adige, il Veneto, la Valle d’Aosta e l’Emilia-Romagna in cui tale quota è pari o superiore al 30%). Di contro, il personale di genere maschile risulta essere più anziano, con in media il 10% del personale maschile di età  $\geq 60$  anni; a tale proposito, a livello regionale ciò riguarda prevalentemente le regioni del Sud, le Marche ed il Lazio (Grafico 2).

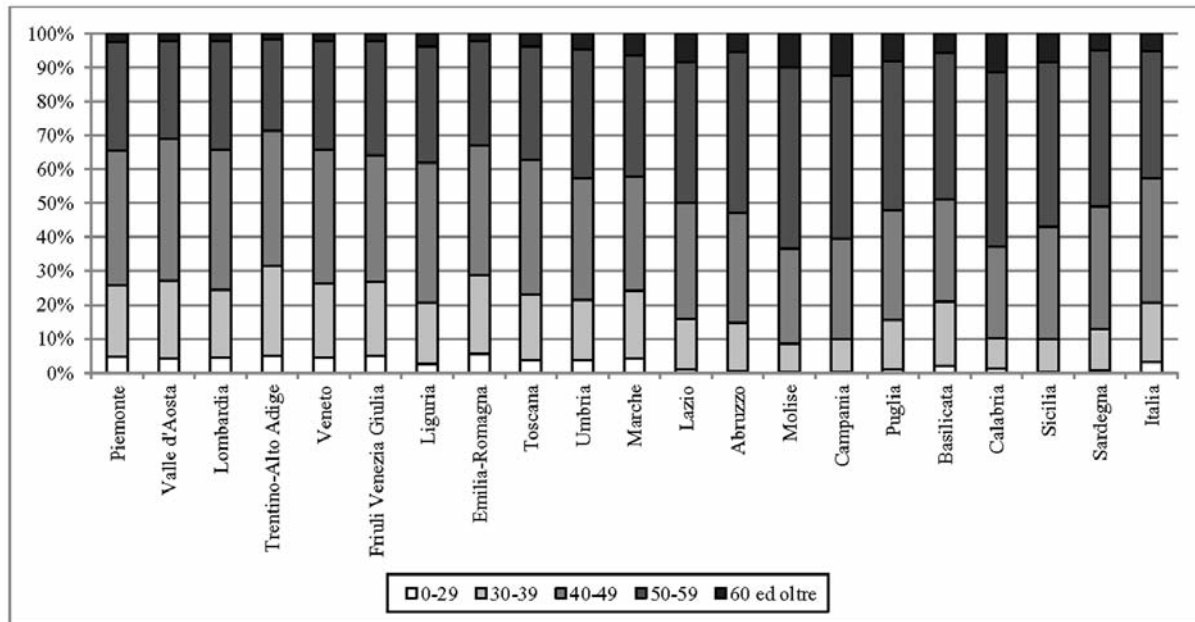
Come trend, tra il 2007 ed il 2010, a fronte di un aumento di 0,9 punti percentuali del personale di 60 anni ed oltre, nella fascia di età 0-29 anni l’incremento è stato di 0,1 punti percentuali. Nel dettaglio, mentre per le donne vi è stata una lieve riduzione (-0,1 punti) nella fascia di età compresa tra 0-29 anni, per gli uomini vi è stato un incremento di 0,3 punti percentuali. Tuttavia, confrontando questi dati con quelli riferiti alla fascia di età 60 anni ed oltre, emerge come nel caso delle donne l’incremento sia stato di 0,5 punti percentuali, mentre per gli uomini di 1,8 punti percentuali; pertanto, nel caso degli uomini, già ora ma ancora di più negli anni a venire, si riscontrerà un forte squilibrio tra i nuovi entrati e coloro che si apprestano a lasciare il SSN per raggiungimento dei limiti di età. Analizzando la situazione inter-regionale, con riferimento alla variazione nelle classi 0-29 anni e 60 anni ed oltre, emerge come unicamente 7 regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Toscana e Puglia) abbiano avuto nella classe di età 0-29 anni una crescita del numero di dipendenti maggiore o uguale a quella registrata nella classe 60 anni ed oltre (Tabella 1). Altre 10 regioni (Valle d’Aosta, Trentino Alto Adige, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Sicilia e Sardegna), quattro in più rispetto a

<sup>1</sup>Gli autori desiderano ringraziare l’Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l’analisi dei costi del lavoro pubblico ed, in particolare, gli Uffici III e V per aver fornito i dati regionali.

quanto registrato nel 2009, mostrano un deficit, in alcuni casi importante, nella recluta di personale di età com-

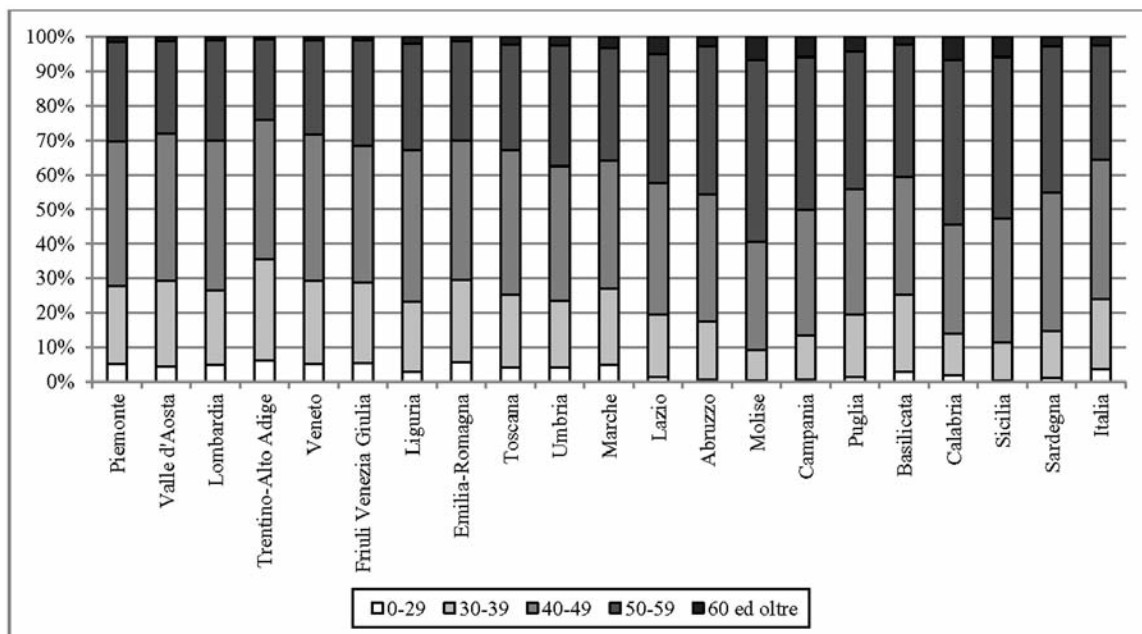
presa tra 0-29 anni, rispetto all'aumento del personale di età  $\geq 60$  anni.

**Grafico 1** - Percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione - Anno 2010

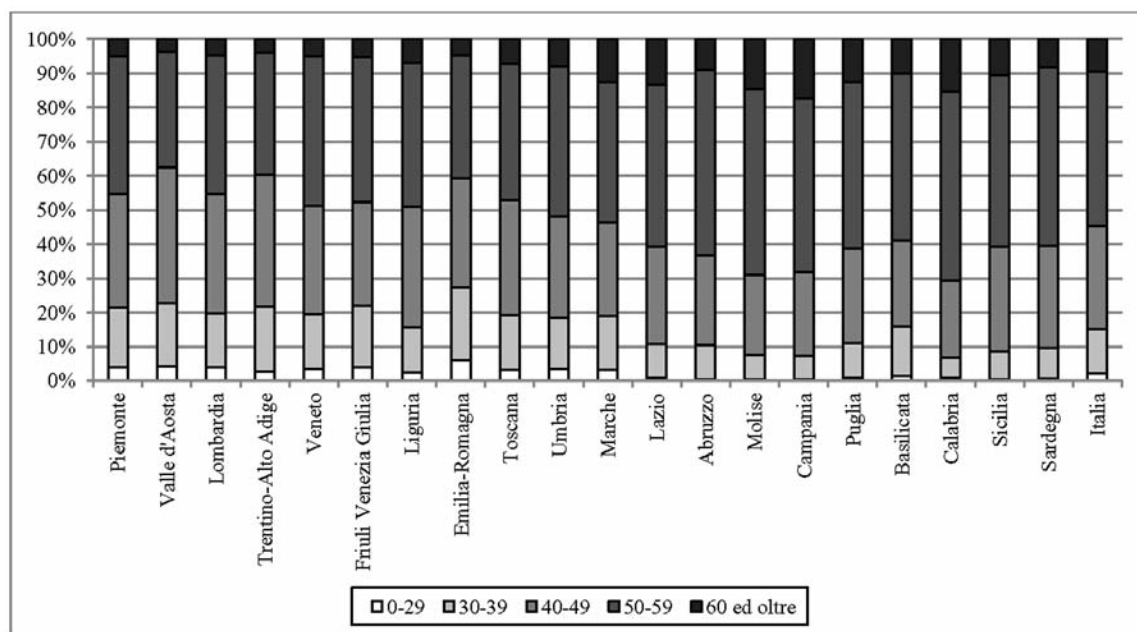


**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2010.

**Grafico 2** - Percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione. Maschi - Anno 2010



**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2010.

**Grafico 3** - Percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione. Femmine - Anno 2010

**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2010.

**Tabella 1** - Percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età, genere e regione - Anni 2007-2010

Regioni	<30			30-39			40-49			50-59			60+		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Piemonte	0,9	0,6	0,7	-1,3	-5,7	-4,4	-3,4	-1,3	-1,8	3,0	5,9	5,0	0,9	0,5	0,5
Valle d'Aosta	1,3	-1,0	-0,3	-1,5	-3,7	-3,0	-0,8	1,5	0,7	1,1	3,0	2,4	0,0	0,2	0,2
Lombardia	1,0	0,5	0,6	-1,9	-6,4	-5,0	-3,2	-1,1	-1,6	3,5	6,6	5,6	0,6	0,4	0,4
Trentino-Alto Adige*	-0,7	-1,3	-1,1	-3,6	-6,4	-5,5	-0,9	1,2	0,6	4,4	6,3	5,6	0,8	0,2	0,3
Veneto	1,1	0,0	0,4	-0,9	-6,7	-4,7	-2,4	0,6	-0,1	1,6	5,8	4,1	0,5	0,3	0,3
Friuli Venezia Giulia	1,1	0,4	0,6	0,6	-5,3	-3,5	-2,8	-1,3	-1,6	0,5	5,9	4,2	0,5	0,3	0,2
Liguria	1,2	0,8	0,9	0,1	-4,1	-2,6	-2,0	-1,0	-1,2	0,1	3,9	2,5	0,6	0,5	0,5
Emilia-Romagna	0,5	0,1	0,3	0,8	-4,1	-2,6	-1,9	-0,3	-0,7	-0,1	3,9	2,7	0,6	0,3	0,4
Toscana	1,1	0,7	0,8	-0,8	-4,8	-3,4	-0,7	0,0	-0,1	0,5	4,0	2,7	0,0	0,2	0,0
Umbria	1,1	0,4	0,7	0,6	-3,3	-1,8	-4,4	-0,8	-2,0	1,6	3,0	2,3	1,2	0,7	0,8
Marche	-0,6	-1,5	-1,1	0,9	-3,4	-1,7	-1,3	-0,8	-0,8	-3,9	4,1	1,0	4,9	1,5	2,5
Lazio	-0,5	-1,1	-0,9	-4,2	-6,9	-5,6	-1,9	1,5	0,2	4,3	5,9	5,1	2,2	0,6	1,2
Abruzzo	-0,3	-1,7	-1,1	-3,3	-6,3	-4,9	-3,3	-0,7	-1,6	6,3	9,0	7,6	0,7	-0,3	0,0
Molise	-0,5	-1,5	-1,1	-8,4	-12,7	-10,8	-13,2	-12,7	-12,8	12,2	22,0	17,7	9,9	4,9	6,9
Campania	-0,6	-1,7	-1,1	-3,6	-5,1	-4,1	-4,1	-1,1	-2,6	3,8	7,4	5,2	4,4	0,5	2,6
Puglia	0,4	0,4	0,4	0,2	2,5	1,7	-1,9	-2,1	-1,6	0,3	-0,6	-0,5	1,0	-0,2	0,0
Basilicata	-0,2	-0,1	-0,1	0,8	-2,1	-0,6	-5,9	-5,4	-5,5	1,6	6,8	4,2	3,8	0,7	2,0
Calabria	0,2	0,2	0,2	-3,9	-5,2	-4,3	-11,3	-7,1	-9,1	8,4	9,3	8,6	6,6	2,7	4,6
Sicilia	-0,2	-0,3	-0,2	-4,6	-5,1	-4,8	-2,8	-4,3	-3,4	5,3	7,8	6,4	2,3	1,8	2,0
Sardegna	-0,9	-1,6	-1,4	-2,5	-5,8	-4,4	-6,0	-2,0	-3,4	6,8	8,4	7,7	2,6	1,0	1,5
<b>Italia</b>	<b>0,3</b>	<b>-0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>-1,9</b>	<b>-5,1</b>	<b>-3,8</b>	<b>-3,1</b>	<b>-1,0</b>	<b>-1,6</b>	<b>2,9</b>	<b>5,6</b>	<b>4,4</b>	<b>1,8</b>	<b>0,5</b>	<b>0,9</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2010.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Così come sottolineato nel PSN 2011-2013 in riferimento al *turnover* del personale “[...] Tali stime andranno monitorate alla luce degli effetti derivanti dalla norma contenuta nell’articolo 22 della legge 4

novembre 2010, n. 183 - che ha innalzato a 70 anni il limite di età per il pensionamento dei dirigenti sanitari - e dalle norme del decreto-legge n. 78 del 2010, convertito della legge n. 122 del 2010, che ha modificato le norme in materia di trattamento di quiescen-

za, nonché dei risultati conseguiti a seguito dei processi di razionalizzazione della rete strutturale di offerta dei servizi.”

Sarebbe interessante, inoltre, estendere l’analisi effettuata alle diverse qualifiche ricoperte dal personale in modo da evidenziare, oltre alle differenze per genere, l’impatto che queste hanno sulla struttura per età del personale dipendente del SSN.

È, inoltre, necessario invertire la tendenza alla progressiva senescenza del personale, soprattutto nelle regioni del Sud, gravate dal maggior peso della disoccupazione giovanile.

#### **Riferimenti bibliografici**

(1) Ministero della Salute (2010). Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.

## Compensazione del turnover

**Significato.** Il tasso di compensazione del turnover è un indicatore di flusso il cui calcolo è fondamentale in fase di programmazione del personale; serve a dare la dimensione del volume di entrate e di uscite che l'organizzazione ha dovuto gestire nel corso del periodo preso in considerazione. In particolare, vengono esaminati i dati storici sul personale per giungere a considerazioni sul fabbisogno futuro. Tuttavia, poiché

un certo numero di assunzioni (che tecnicamente nel Conto Annuale viene chiamato "Entrati nel periodo") è legato in realtà a stabilizzazioni del personale con contratto a tempo determinato o di lavoratori socialmente utili, al fine di tenere conto di questo possibile fattore di confondimento, l'indicatore viene presentato al netto degli entrati nel periodo a seguito di stabilizzazioni.

### Tasso di compensazione del turnover

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Entrati nel periodo - Stabilizzati nel periodo (anno di riferimento)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Usciti nel periodo (anno di riferimento)}} \times 100$$

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al quadriennio 2007-2010 e sono quelli acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<sup>1</sup>. In particolare, l'aggregato "Entrati nel periodo" comprende: 1. i nominati da concorso; 2. gli stabilizzati da contratto a tempo determinato o da Lavoro Socialmente Utile; 3. le assunzioni per chiamata diretta o numerica (categorie protette); 4. i passaggi da altra amministrazione; 5. altre cause.

L'aggregato "Usciti nel periodo", invece, comprende: 1. il collocamento a riposo per limiti di età; 2. le dimissioni (con diritto a pensione); 3. i passaggi per esternalizzazioni; 4. i passaggi ad altre amministrazioni; 5. la risoluzione del rapporto di lavoro (40 anni di contribuzione); 6. altre cause.

Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Se il tasso di compensazione è maggiore di 100, significa che vi è stato un ampliamento dell'organico, mentre, se è minore di 100, l'organico ha subito una contrazione.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, i dati presentati in Tabella 1 mostrano come il tasso di compensazione del turnover al netto delle procedure di stabilizzazione sia in tutti gli anni presi a riferimento inferiore a 100, il che

significa che sostanzialmente l'organico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha subito una contrazione. Analizzando il trend tra il 2007 ed il 2010 si evince, però, che il tasso di compensazione è cresciuto di 8 punti percentuali tra il 2007 ed il 2008, raggiungendo un valore vicino a 100 (97,2); a partire dal 2009, il tasso si è ridotto per tornare, nel 2010, ad un livello inferiore a quello del 2007.

A livello regionale, si riscontra una forte eterogeneità del tasso di compensazione del turnover con unicamente 3 regioni (Valle d'Aosta, Emilia-Romagna e Toscana) che mostrano, nel 2010, valori superiori a 100; nel 2007, erano sempre 3 le regioni con un tasso superiore a 100 (Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Toscana). Negli anni 2008 e 2009, invece, in quasi la metà delle regioni vi è stato un ampliamento dell'organico del SSN, indipendentemente dalle procedure di stabilizzazione.

Si riscontra, inoltre, un divario Nord-Sud: tendenzialmente nelle regioni del Centro-Nord il tasso di compensazione, sebbene inferiore a 100, mostra valori più elevati rispetto a quelli del Sud in cui, ad esempio, nel 2010, regioni come Calabria e Campania hanno un tasso di compensazione del turnover inferiore al 30%. Tali valori sono, probabilmente, imputabili agli effetti derivanti dai Piani di Rientro, in cui tutte le regioni del Sud, ad eccezione della Basilicata, sono impegnate dal 2007-2008.

<sup>1</sup>Gli autori desiderano ringraziare l'Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico ed, in particolare, gli Uffici III e V per aver fornito i dati regionali.

**Tabella 1** - Tasso (per 100) di compensazione del turnover al netto delle procedure di stabilizzazione per regione - Anni 2007-2010

Regioni	2007	2008	2009	2010
Piemonte	71,6	104,0	152,0	94,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,3	112,9	108,2	226,5
Lombardia	80,3	87,6	83,9	80,8
Trentino-Alto Adige*	99,2	139,2	84,5	94,3
Veneto	96,1	110,2	90,6	90,1
Friuli Venezia Giulia	143,3	146,9	129,3	78,0
Liguria	68,4	98,6	103,0	61,7
Emilia-Romagna	117,4	110,5	123,9	111,2
Toscana	104,7	129,5	130,8	103,0
Umbria	80,3	81,6	113,2	75,7
Marche	86,0	99,3	123,4	100,3
Lazio	68,9	69,5	56,2	37,7
Abruzzo	45,9	52,1	24,0	96,5
Molise	36,6	68,7	44,9	75,4
Campania	61,1	55,8	95,4	27,6
Puglia	98,5	76,4	63,7	66,2
Basilicata	93,4	194,5	99,8	48,0
Calabria	52,3	90,8	83,8	27,4
Sicilia	37,7	60,9	96,0	76,6
Sardegna	99,6	125,2	154,6	76,5
<b>Italia</b>	<b>89,2</b>	<b>97,2</b>	<b>96,8</b>	<b>81,9</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anni 2007-2010.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il nuovo Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 esprime particolare preoccupazione sulla situazione futura del personale del Servizio Sanitario Nazionale “[...] Ci si aspetta, a partire dal 2013, un saldo negativo tra pensionamenti e nuove assunzioni. Si stima, inoltre, che la forbice tra uscite ed entrate nel SSN tenderà ad allargarsi negli anni a seguire data la struttura per età. [...] Verosimilmente tale scenario risulterà ancora più marcato nelle regioni impegnate con i Piani di Rientro

a causa del blocco delle assunzioni. [...]”. A tale scopo si raccomanda il monitoraggio di questo indicatore nei prossimi anni.

Alla luce della forte inversione di tendenza osservata nel 2010, pertanto, sarà interessante monitorare attentamente come evolverà il *turnover* negli anni a venire.

### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2010). Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.



## Apparecchiature TAC, TRM e PET

**Significato.** Il sistema di indicatori proposti intende fornire un quadro delle dotazioni tecnologiche presenti nelle regioni e PA, con particolare riferimento a tre “grandi macchine” diagnostiche: la TAC (Tomografia Assiale Computerizzata), la TRM (Tomografia a Risonanza Magnetica) e la PET (Tomografia ad

Emissione di Positroni). Queste tecnologie si caratterizzano per le numerose indicazioni cliniche secondo cui il loro utilizzo è considerato unanimemente appropriato, per la rilevanza del loro costo unitario d’investimento e di gestione, e per l’impatto che hanno sul processo assistenziale e sull’organizzazione in senso più ampio.

### Composizione percentuale delle apparecchiature TAC, TRM e PET

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Apparecchiature di tipo } x}{\text{Denominatore} \quad \text{Totale apparecchiature (TAC, TRM e PET)}} \times 100$$

### Tasso di apparecchiature TAC, TRM e PET

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Apparecchiature di tipo } x}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente}} \times 1.000.000$$

**Validità e limiti.** Gli indicatori si riferiscono a diversi obiettivi informativi: descrivere come si distribuiscono queste tre apparecchiature rispetto al “parco tecnologico” complessivo (inteso come somma delle tre tecnologie prese in considerazione), ed evidenziare come le tecnologie presenti nelle regioni rispondono al fabbisogno sanitario, fornendo indicazioni che possono risultare utili in un’ottica di programmazione degli investimenti e di un processo di *Health Technology Assessment*.

Tuttavia, gli indicatori non tengono conto dell’appropriatezza nell’acquisizione delle tecnologie e non permettono di prendere in considerazione il grado di obsolescenza delle tecnologie considerate nell’analisi. Inoltre, per la PET le fonti informative utilizzate negli anni sono diverse.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Per quanto riguarda il primo indicatore “Composizione percentuale delle apparecchiature”, non esistono specifici benchmark. Al contrario, per l’indicatore “Tasso di apparecchiature”, ed in particolare per TAC e TRM, i confronti internazionali (Tabella 1) ed i valori medi nazionali rappresentano i riferimenti più utili. Per la PET il benchmark è di 1-1,5 apparecchiature per milione di abitanti.

### Descrizione dei risultati

Nel panorama internazionale l’Italia si posiziona tra i primi Paesi in termini di disponibilità totale di apparecchiature TAC, TRM e PET per milione di abitante, confermando anche attraverso gli investimenti fatti in tecnologia “di punta” di meritare il *ranking* elevato che viene assegnato al nostro Servizio Sanitario Nazionale dagli osservatori internazionali.

Relativamente alla composizione percentuale delle apparecchiature (Tabella 2), si evidenzia una diversa diffusione delle tre tecnologie; questo in relazione sia alle loro caratteristiche tecniche che alla dimensione dei bacini d’utenza considerati in riferimento alle indicazioni cliniche considerate appropriate. Infatti, nei 3 anni presi in considerazione, risulta evidente la limitata diffusione della PET rispetto alle altre tecnologie. Inoltre, tra il 2006 ed il 2009, si può notare un importante aumento del peso relativo delle apparecchiature TRM in tutte le regioni, ad eccezione dell’Abruzzo. Tendenzialmente, si riscontra una maggiore diffusione della TAC rispetto alla TRM a livello nazionale ed, in particolare, nelle regioni del Centro-Sud. La Tabella 2 mostra un’iniziale tendenza alla sostituzione delle TAC con TRM e PET in tutte le regioni, ancorché alcune regioni (Valle d’Aosta, PA di Trento e Bolzano, Liguria, Umbria, Lazio, Marche, Sardegna), nel 2009, non dispongano di apparecchiature PET.

A livello nazionale, i dati relativi al numero di TAC e TRM presenti nel 2009 confermano il trend riscontrato tra il 2003 ed il 2006. In particolare, rispetto alle tre tecnologie prese in considerazione, il 59% di esse è di tipo TAC, il 40% di tipo RMN e l’1% di tipo PET, confermando una riduzione in termini relativi del numero di TAC a favore delle apparecchiature TRM. Relativamente, invece, al numero di apparecchiature per milione di abitanti (Tabella 3), in primo luogo si evidenzia come, rispetto al benchmark, l’Italia si collochi al secondo posto tra i Paesi dell’Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), sia per numero di TAC per milione di abitanti che di TRM per milione di abitanti. Per quanto riguarda la PET, al contrario, il valore nazionale è

inferiore al benchmark (1-1,5 PET/milione). Per quanto riguarda, invece, i valori nazionali per TAC e TRM (Tabella 3), i dati mostrano che vi è stato un incremento del numero di apparecchiature per milione di abitanti. In valori assoluti questo trend riguarda soprattutto la TRM (82,7% TRM/milione tra il 2006 ed il 2009). I dati regionali mostrano che TAC, TRM e soprattutto PET non sono distribuite e, pertanto, fruibili dalla popolazione in maniera omogenea sul territorio. Infatti, nel 2009, si osserva che le regioni del Centro-Sud hanno una maggiore concentrazione

di TAC, mentre quelle del Centro-Nord una maggiore concentrazione di TRM.

Relativamente alla PET, se a livello nazionale e nella maggior parte delle regioni il numero di apparecchiature per milione di abitanti sembrerebbe diminuito tra il 2006 ed il 2009, in Friuli Venezia Giulia ed in Abruzzo si riscontra un aumento. Dai dati 2009, inoltre, risulta che Valle d'Aosta, PA di Bolzano e Trento, Liguria, Marche, Umbria e Sardegna non dispongono di apparecchiature PET.

**Tabella 1** - Tasso (per 1.000.000) di apparecchiature TAC e TRM in alcuni Paesi OCSE - Anni 2003, 2006, 2009

Paesi	TAC			TRM		
	2003	2006	2009	2003	2006	2009
Austria	27,2	29,8	29,3	13,6	16,8	18,4
Belgio	30,6	39,8	13,5	6,8	7,1	10,7
Canada	10,3	12,0	13,8	4,7	6,2	7,9
Finlandia	14,0	14,8	20,4	13,0	15,2	15,7
Francia	8,3	10,0	11,1	2,8	5,3	6,4
Germania	14,0	15,8	17,2	6,2	7,7	9,5
<b>Italia</b>	<b>24,0</b>	<b>28,2</b>	<b>31,3</b>	<b>11,4</b>	<b>16,3</b>	<b>21,2</b>
Lussemburgo	26,7	27,7	26,1	11,1	10,7	14,1
Portogallo	12,8	25,8	27,4*	3,9	5,8	9,2*
Spagna	13,0	13,9	15,1	7,3	8,8	10,0
Stati Uniti	29,2	34,0	40,7**	21,9	26,5	31,6***
<b>Range</b>	<b>8,3-30,6</b>	<b>10-39,8</b>	<b>11,1-40,7</b>	<b>28-21,9</b>	<b>5,3-26,5</b>	<b>6,4-31,6</b>

\*Dati 2008.

\*\*Dati 2011.

\*\*\*Dati 2010.

Fonte dei dati: OECD Health Data. Anno 2012.

**Tabella 2** - Percentuale delle apparecchiature per tipo e regione - Anni 2003, 2006, 2007, 2009

Regioni	TAC			TRM			PET*		
	2003	2006	2009	2003	2006	2009	2003	2007	2009
Piemonte	68	57	57	30	40	42	2	3	1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	25	57	43	75	43	57	0	0	0
Lombardia	66	59	55	30	35	43	4	6	1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>57</i>	<i>47</i>	<i>47</i>	<i>43</i>	<i>47</i>	<i>53</i>	<i>0</i>	<i>5</i>	<i>0</i>
<i>Trento</i>	<i>63</i>	<i>69</i>	<i>62</i>	<i>38</i>	<i>31</i>	<i>38</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Veneto	65	52	46	32	46	54	3	2	1
Friuli Venezia Giulia	65	56	53	30	40	44	5	4	3
Liguria	63	54	50	34	42	51	3	4	0
Emilia-Romagna	68	60	55	28	34	44	3	6	1
Toscana	69	53	54	28	41	45	3	6	1
Umbria	75	68	69	25	26	31	0	5	0
Marche	53	58	55	43	38	46	4	4	0
Lazio	66	58	58	34	40	42	0	2	0
Abruzzo	66	62	63	34	38	36	0	0	2
Molise	71	55	48	29	38	48	0	7	3
Campania	78	71	70	21	25	29	1	4	2
Puglia	69	64	65	31	34	34	0	2	1
Basilicata	90	60	64	10	24	32	0	16	4
Calabria	81	70	68	19	29	29	0	1	3
Sicilia	79	67	62	21	30	36	1	4	2
Sardegna	65	60	61	35	35	39	0	5	0
<b>Italia</b>	<b>69</b>	<b>61</b>	<b>59</b>	<b>29</b>	<b>35</b>	<b>40</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>

\*Include PET, PET-TAC e PET mobile.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Ministero della Salute. Anno 2012 - Censimento AIMN. Anno 2007- Rapporto Osservasalute 2009. Anno 2010.

**Tabella 3** - Tasso (per 1.000.000) di apparecchiature TAC, TRM e PET - Anni 2003, 2006, 2007, 2009

Regioni	TAC			TRM			PET		
	2003	2006	2009	2003	2006	2009	2003	2007	2009
Piemonte	24,9	25,8	25,0	13,0	18,4	18,5	-	1,4	0,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	16,6	32,3	23,6	33,1	24,2	31,5	0,0	0,0	0,0
Lombardia	24,0	26,3	27,2	13,3	15,7	21,3	-	2,5	0,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>17,1</i>	<i>18,6</i>	<i>16,0</i>	<i>17,2</i>	<i>18,6</i>	<i>18,0</i>	<i>0,0</i>	<i>2,1</i>	<i>0,0</i>
<i>Trento</i>	<i>10,4</i>	<i>17,9</i>	<i>25,0</i>	<i>0,0</i>	<i>8,0</i>	<i>15,4</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
Veneto	19,0	22,4	20,7	14,2	19,6	24,4	-	0,8	0,2
Friuli Venezia Giulia	20,1	20,7	29,3	10,1	14,9	24,4	-	1,6	1,6
Liguria	18,5	23,0	29,1	10,8	18,0	29,7	-	1,9	0,0
Emilia-Romagna	19,9	22,4	21,7	8,4	12,7	17,1	-	2,1	0,5
Toscana	21,9	22,1	25,4	10,5	17,1	21,0	-	2,5	0,5
Umbria	22,8	30,0	30,2	9,6	11,5	13,4	0,0	2,3	0,0
Marche	18,2	28,1	26,8	15,5	18,3	22,3	-	2,0	0,0
Lazio	26,9	31,5	34,0	14,8	21,9	24,9	-	1,1	0,2
Abruzzo	22,8	27,6	30,0	11,8	16,9	17,2	0,0	0,0	0,8
Molise	40,5	49,9	46,8	18,6	34,3	46,8	0,0	6,2	3,1
Campania	32,8	41,4	51,3	9,5	14,5	21,2	-	2,1	1,2
Puglia	19,4	22,6	25,5	8,7	12,0	13,2	0,0	0,7	0,3
Basilicata	21,8	25,2	30,5	3,4	10,1	15,2	0,0	6,8	1,7
Calabria	23,4	38,4	41,3	6,0	16,0	17,4	0,0	0,5	2,0
Sicilia	27,4	36,1	39,3	7,5	16,1	22,8	-	2,0	1,0
Sardegna	22,6	21,7	29,3	14,0	12,7	18,6	-	1,8	0,0
<b>Italia</b>	<b>24,0</b>	<b>28,2</b>	<b>30,6</b>	<b>11,4</b>	<b>16,3</b>	<b>20,8</b>	<b>0,7</b>	<b>1,8</b>	<b>0,6</b>

- = non disponibile.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Anni 2003, 2008 e 2012 - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anni 2003, 2006 e 2009 - Censimento AIMN. Anno 2007.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il quadro ottenuto dall'analisi congiunta di questi indicatori può risultare utile sia per la programmazione nazionale che per quelle regionali. Rispetto al primo livello si ravvisa la necessità di favorire un riequilibrio territoriale nella disponibilità di queste apparecchiature pesanti, in particolare di quelle innovative come la PET, andando a verificare in modo congiunto anche il grado di obsolescenza del parco tecnologico. Nell'ambito delle singole regioni e PA sarebbe opportuno, invece, andare ad analizzare come siano state allocate le risorse utilizzate e gli investimenti

realizzati in tecnologie. Tale ricognizione risulta utile anche per verificare se il principio di efficienza, che tra l'altro è alla base del calcolo dei costi standard, venga rispettato.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute, Direzione Generale Del Sistema Informativo e Statistico Sanitario - Ufficio di Direzione Statistica. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale Anno 2009. Gennaio 2012.
- (2) OECD Health Data, 2012.
- (3) Rapporto Osservasalute. Prex Milano. Vari anni.
- (4) Censimento Italiano dei Centri PET - Osservazione 2006-2007. AIMN (Associazione Italiana di Medicina Nucleare).

## Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** Nel 2011, i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono 682.316, di cui quasi il 70% è costituito da personale dirigente e dal comparto afferente ai ruoli sanitari (Proposta Piano Sanitario Nazionale 2011-2013). Al fine di poter programmare con anticipo il fabbisogno di personale occorre considerare la struttura per età del personale. In tal senso, con particolare riferimento ai dirigenti del SSN, nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 si esprime preo-

cupazione circa il loro imminente calo: “[...] si evince una forte concentrazione di personale nella fascia di età superiore o uguale a 60 anni”.

L’obiettivo del presente indicatore è quello di rappresentare la struttura demografica del personale dipendente del SSN su un arco di tempo quadriennale (2008-2011). L’analisi è stata effettuata anche suddividendo la popolazione di riferimento per genere (in quanto l’età di pensionamento è diversa).

### Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età	
Denominatore	Totale dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale	x 100

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al quadriennio 2008-2011 e sono quelli acquisiti dalle strutture con il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<sup>1</sup>. Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono indicazioni specifiche sulla struttura per età del personale dipendente del SSN. Pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2011, il personale dipendente del SSN è composto, prevalentemente (75,5%), da persone di età 40-59 anni (Grafico 1). Inoltre, i dati mostrano come sia più elevata la quota di personale di età ≥60 anni (5,0%) rispetto a quella di età <30 anni (3,0%). A livello regionale, su quest’ultimo aspetto, si registra un marcato divario Nord-Sud ed Isole: infatti, nel Nord è più elevata la percentuale di personale di età <30 anni (in particolare, in Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna), mentre nel Centro-Sud ed Isole prevale la componente di personale di età ≥60 anni (in particolare, nel Lazio, in Campania ed in Sicilia).

L’analisi per genere mostra che, nel 2011, le donne rappresentano il 64,7% del personale dipendente, mentre gli uomini il 35,3% (dati Conto Annuale, Ragioneria Generale dello Stato). Per quanto riguarda, infatti, il personale di età <50 anni, le donne sono più numerose degli uomini in tutte le regioni; si osserva la stessa statistica per la fascia 50-59 anni in tutte le regioni tranne che per la Campania, la Calabria e la Sicilia.

Al di là del divario Nord-Sud ed Isole, già rimarcato nell’analisi generale e che risulta ancora più evidente

nel caso degli uomini (Grafico 2), i dati mostrano come, in via generale, nel SSN, la percentuale di donne di età <30 anni sia maggiore di quella maschile nella medesima classe di età (Grafici 2 e 3). Inoltre, il personale dipendente del SSN di genere femminile risulta essere, in media, più giovane di quello maschile; a livello nazionale le donne sotto i 40 anni sono il 22,1% del totale delle donne dipendenti del SSN (25,3% per il Nord e 17,9% per il Centro-Sud ed Isole). Questa percentuale diviene il 14,8% se si guarda ai dipendenti di genere maschile (20,0% per il Nord e 11,0% per il Centro-Sud ed Isole).

Come trend, tra il 2008 e il 2011 (Grafico 4), a fronte di un aumento di 0,45 punti percentuali del personale di 60 anni ed oltre, nella fascia di età 0-29 anni si è registrato un decremento di 0,08 punti. Se si considerano le classi di età più ampie e cioè 0-39 e 50 anni ed oltre, si evince come a fronte di una forte riduzione del personale di età <39 anni (-3,49 punti percentuali), vi è stato un forte aumento del personale di età >50 anni (+4,45 punti percentuali), andando a determinare un forte squilibrio generazionale nel personale dipendente del SSN. Analizzando la situazione per aree geografiche, con riferimento alla variazione nelle classi 0-29 e 60 anni ed oltre, emerge come, rispetto alle regioni del Nord e del Centro, che comunque presentano una variazione negativa di personale di età <29 anni a fronte di un aumento di personale di età ≥60 anni (per le regioni del Nord il differenziale tra le due classi di età è di 2,75 punti percentuali, mentre per le regioni del Centro il differenziale è di 0,92 punti percentuali), quelle meridionali presentano un differenziale tra queste due classi di età di 16,59 punti percentuali.

Prendendo in esame, invece, la struttura per classe di età del solo personale medico del SSN (nel 2011 il per-

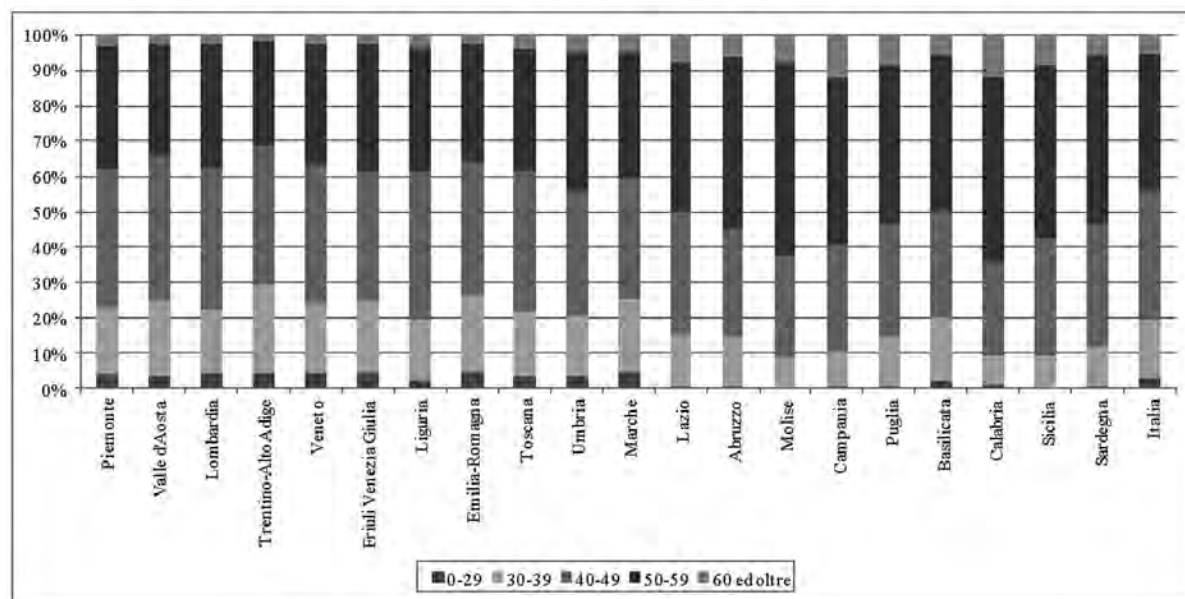
<sup>1</sup>Gli autori desiderano ringraziare l’Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l’analisi dei costi del lavoro pubblico ed, in particolare, gli Uffici III e V per aver fornito i dati regionali.

sonale medico è stato il 16,1% del totale personale del SSN), a livello nazionale i medici compresi tra i 50-59 anni sono il 50,9% (percentuale invariata rispetto al 2008), mentre quelli compresi tra i 40-49 anni sono il 26,0% (nel 2008 erano il 30,7%). Proprio in quest'ultima fascia di età (40-49 anni) si è avuto sia a livello nazionale (Grafico 5) che nelle macroaree geografiche Nord, Centro, Mezzogiorno, il calo di unità più importante dal 2008 al 2011 (-4,7 punti percentuali a livello nazionale, -33,3 punti percentuali al Nord, -17,3 punti percentuali al Centro e -61,8 punti percentuali nel Mezzogiorno). Tuttavia, a differenza del trend evidenziato precedentemente per il personale dipendente del SSN nel suo complesso, per i medici tra il 2009 e il 2011 si evidenzia un incremento sia del personale di età <39 anni, sia del personale di età >60 anni. Ad eccezione delle regioni del Centro, tale tendenza è confermata anche prendendo in considerazione il personale di età 50-59 anni di età.

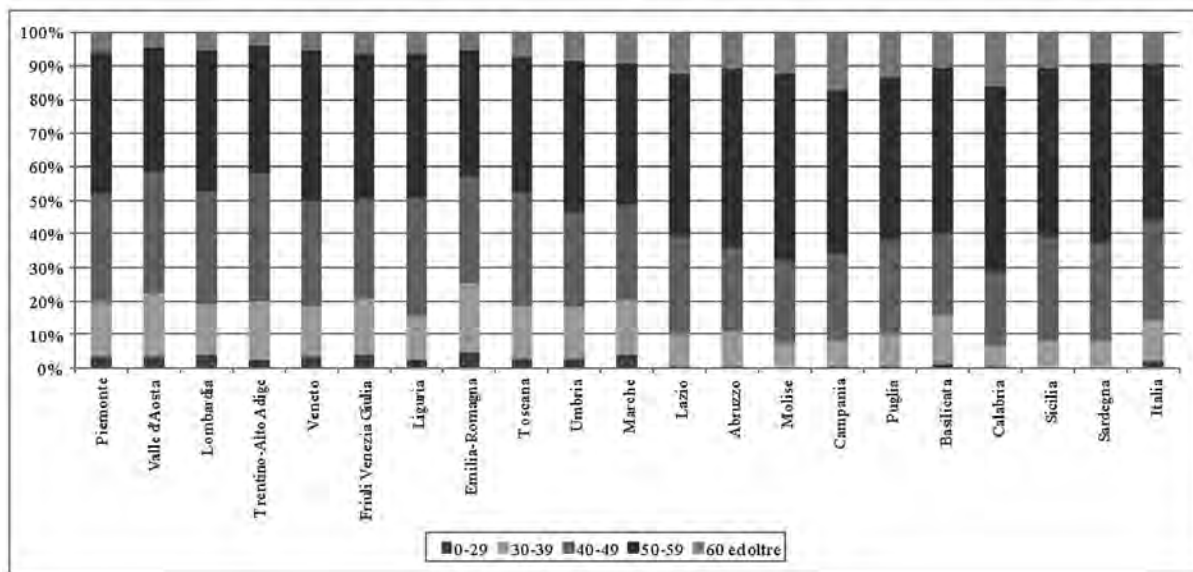
Esaminando, invece, la struttura per classe di età del solo personale infermieristico del SSN (nel 2011 il personale infermieristico è stato il 40,2% del totale perso-

nale del SSN), a livello nazionale gli infermieri nella fascia di età 40-49 anni sono il 42,1% del totale degli infermieri dipendenti dal SSN (nel 2008 erano il 38,0%), mentre quelli compresi nelle fasce 50-59 e 30-39 anni sono, rispettivamente, il 28,0% ed il 22,9% del totale (nel 2008 erano il 24,2% ed il 30,4%). I dati rappresentati nel Grafico 6 confermano che il calo più significativo di unità si è verificato sia a livello nazionale che nelle macroaree geografiche (in ordine decrescente: Nord, Mezzogiorno e Centro) nella fascia 30-39 anni. Al contrario, vi è stato un aumento di personale infermieristico nelle fasce di età 40-49 e 50-59 anni (4,1 punti percentuali e 3,8 punti percentuali, rispettivamente, a livello nazionale). I dati mostrano, inoltre, che, a differenza di quanto evidenziato per il personale dipendente del SSN nel suo complesso e per il personale medico dipendente del SSN, per gli infermieri, tra il 2008 e il 2011 vi è stata, almeno a livello nazionale, ma anche nelle regioni del Centro, una riduzione sia del personale di età <30 anni sia del personale di età ≥60 anni.

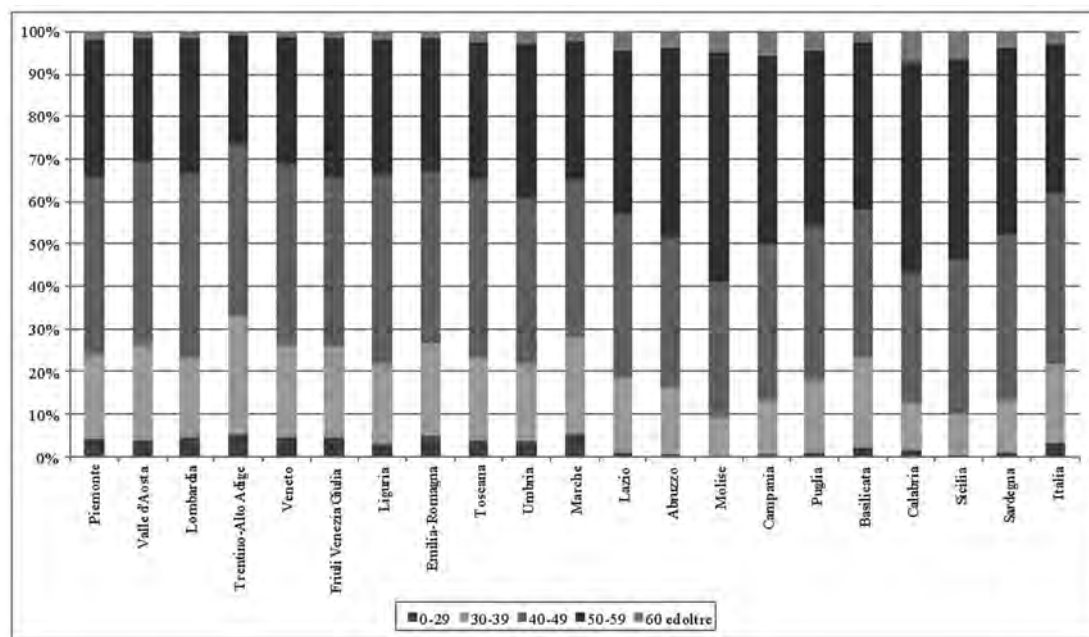
**Grafico 1** - Percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione - Anno 2011



**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2011.

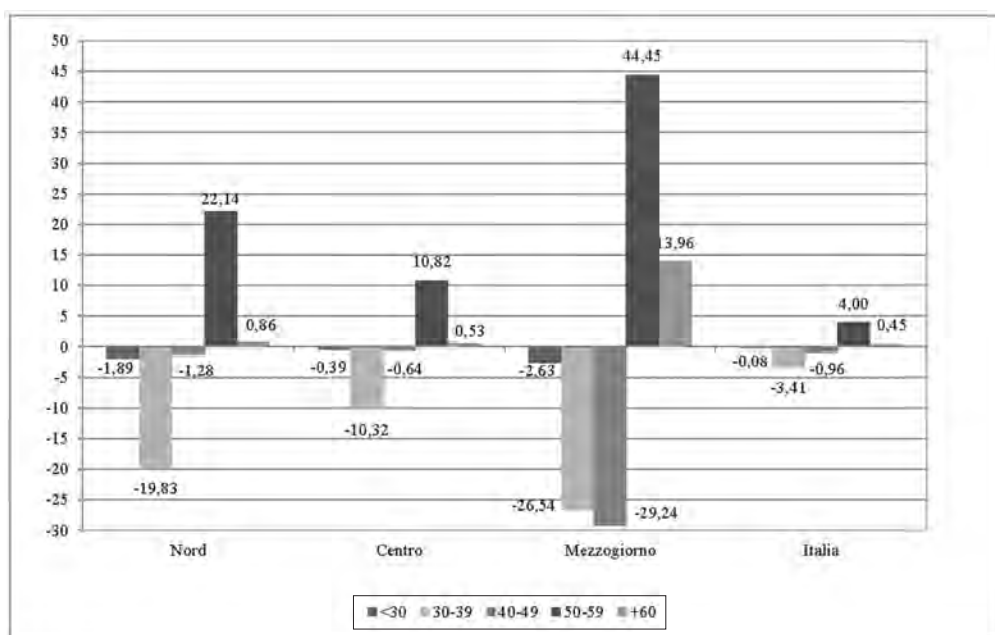
**Grafico 2** - Percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione. Maschi - Anno 2011

**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2011.

**Grafico 3** - Percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione. Femmine - Anno 2011

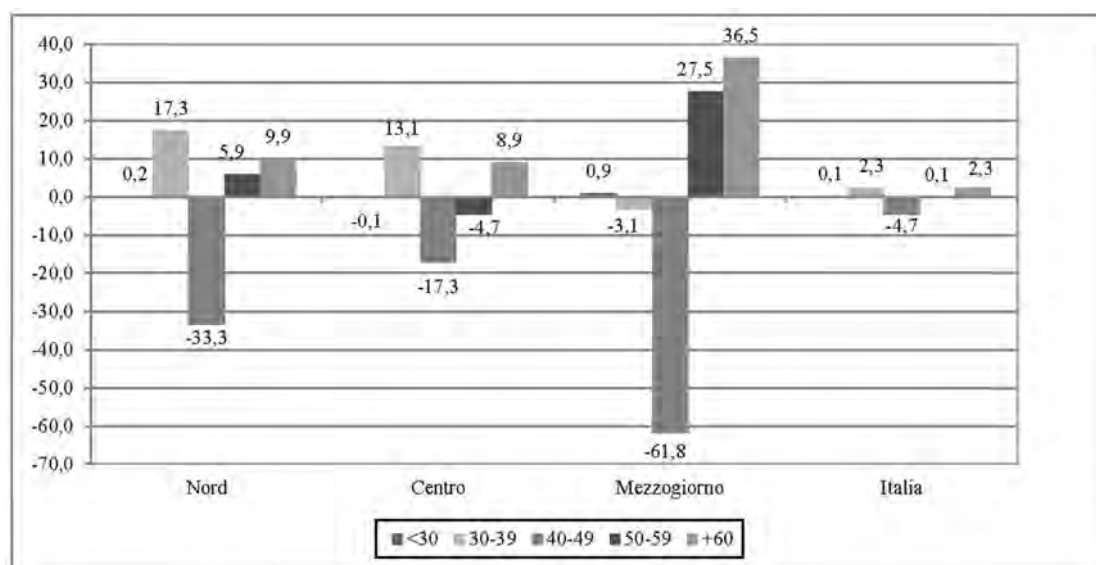
**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2011.

**Grafico 4** - *Variazione percentuale della distribuzione del personale dipendente del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2008-2011*



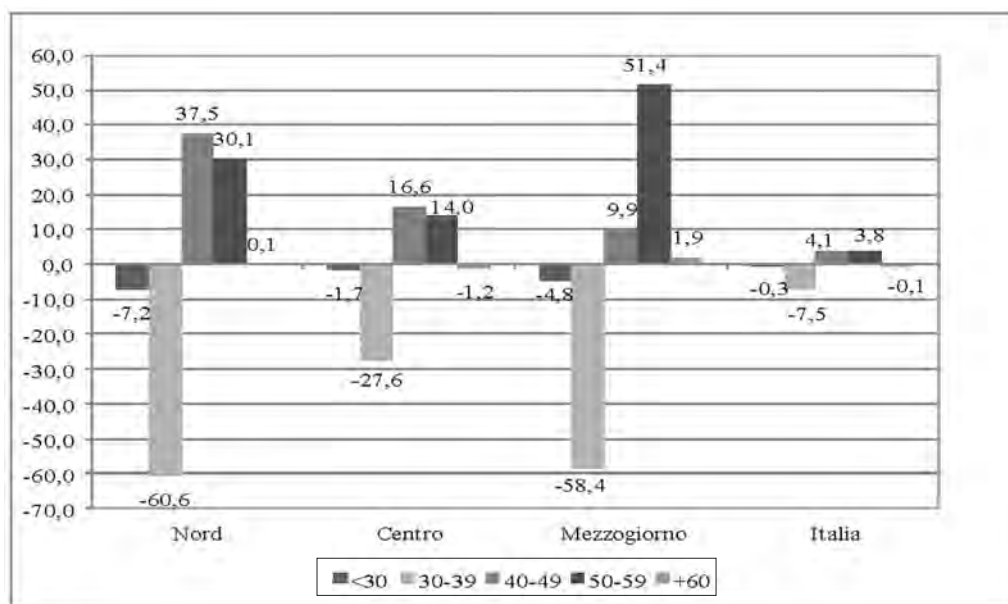
**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anni 2008-2011.

**Grafico 5** - *Variazione percentuale della distribuzione del personale medico del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2008-2011*



**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anni 2008-2011.

**Grafico 6** - Variazione percentuale della distribuzione del personale infermieristico del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2008-2011



**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anni 2008-2011.

#### Raccomandazioni di Osservasalute

Così come sottolineato nel Nuovo Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 in riferimento al *turnover* del personale “[...] Tali stime andranno monitorate alla luce degli effetti derivanti dalla norma contenuta nell’articolo 22 della legge 4 novembre 2010, n. 183 - che ha innalzato a 70 anni il limite di età per il pensionamento dei dirigenti sanitari - e dalle norme del Decreto Legge n. 78 del 2010, convertivo della Legge n. 122 del 2010, che ha modificato le norme in materia di trattamento di quiescenza, nonché dei risultati conseguiti a seguito dei processi di razionalizzazione della rete strutturale di offerta dei servizi”.

Sarebbe interessante estendere l’analisi effettuata alle diverse qualifiche ricoperte dal personale in modo da evidenziare, oltre alle differenze per genere, l’impatto che queste hanno sulla struttura per età del personale dipendente del SSN.

È, inoltre, necessario invertire la tendenza alla progressiva senescenza del personale, soprattutto nelle regioni del Sud ed Isole, gravate dal maggior peso della disoccupazione giovanile.

#### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2010). Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.



## Compensazione del turnover

**Significato.** Il tasso di compensazione del turnover è un indicatore di flusso il cui calcolo è fondamentale in fase di programmazione del personale; serve a dare la dimensione del volume di entrate e di uscite che l'organizzazione ha dovuto gestire nel corso del periodo preso in considerazione. In particolare, vengono esaminati i dati storici sul personale per giungere a considerazioni sul fabbisogno futuro. Tuttavia, poiché

un certo numero di assunzioni (che tecnicamente nel Conto Annuale viene chiamato "Entrati nel periodo") è legato in realtà a stabilizzazioni del personale con contratto a tempo determinato o di lavoratori socialmente utili, al fine di tenere conto di questo possibile fattore di confondimento, l'indicatore viene presentato al netto degli entrati nel periodo a seguito di stabilizzazioni.

### Tasso di compensazione del turnover

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Entrati nel periodo - Stabilizzati nel periodo (anno di riferimento)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Usciti nel periodo (anno di riferimento)}} \times 100$$

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al quadriennio 2008-2011 e sono quelli acquisiti dalle strutture, con il Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<sup>1</sup>.

In particolare l'aggregato "Entrati nel periodo" comprende: 1. i nominati da concorso, 2. gli stabilizzati da contratto a tempo determinato o da Lavoro Socialmente Utile, 3. le assunzioni per chiamata diretta o numerica (categorie protette), 4. i passaggi da altra amministrazione, 5. altre cause. L'aggregato "Usciti nel periodo", invece, comprende: 1. il collocamento a riposo per limiti di età, 2. le dimissioni (con diritto a pensione), 3. i passaggi per esternalizzazioni, 4. i passaggi ad altre amministrazioni, 5. la risoluzione del rapporto di lavoro (40 anni contribuzione), 6. altre cause, 7. i licenziamenti (questo dato è disponibile per il solo anno 2011).

Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Se il tasso di compensazione è >100, significa che vi è stato un ampliamento dell'organico, mentre se è <100, l'organico ha subito una contrazione.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, i dati presentati in Tabella 1, mostrano come il tasso di compensazione del turnover, al netto delle procedure di stabilizzazione, sia in tutti e quattro gli anni presi a riferimento <100, il che significa che sostanzialmente l'organico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha subito una contrazione. Analizzando il trend tra il 2008 e il 2011 si evince, inoltre, che il tasso di compensazione si è costantemente ridotto nel periodo considerato, arrivando a segnare 78,2 punti percentuali nel 2011.

A livello regionale, si riscontra una forte eterogeneità del tasso di compensazione del turnover con unicamente 4 regioni (Valle d'Aosta, Umbria, Abruzzo e Basilicata) che mostrano nel 2011, come anche nel 2010, valori >100. Negli anni 2008 e 2009, invece, in quasi la metà delle regioni vi è stato un ampliamento dell'organico del SSN, indipendentemente dalle procedure di stabilizzazione.

Si riscontra, inoltre, un divario Nord-Sud ed Isole: tendenzialmente nelle regioni del Nord (fatta eccezione del Piemonte) il tasso di compensazione, sebbene <100, mostra valori più elevati rispetto a quelle del Centro-Sud ed Isole in cui, ad esempio, nel 2011, regioni come Lazio, Molise e Puglia hanno un tasso di compensazione del turnover <40%. Tali valori sono probabilmente imputabili agli effetti derivanti dai Piani di Rientro dal disavanzo, in cui tutte le regioni del Meridione, ad eccezione della Basilicata, sono impegnate dal 2007-2008.

<sup>1</sup>Gli autori desiderano ringraziare l'Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico ed, in particolare, gli Uffici III e V per aver fornito i dati regionali.

**Tabella 1** - Tasso (per 100) di compensazione del turnover al netto delle procedure di stabilizzazione per regione - Anni 2008-2011

Regioni	2008	2009	2010	2011
Piemonte	104,0	152,0	94,4	43,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	112,9	108,2	226,5	103,2
Lombardia	87,6	83,9	80,8	94,6
Trentino-Alto Adige*	139,2	84,5	94,3	85,5
Veneto	110,2	90,6	90,1	79,3
Friuli Venezia Giulia	146,9	129,3	78,0	92,4
Liguria	98,6	103,0	61,7	89,9
Emilia-Romagna	110,5	123,9	111,2	83,8
Toscana	129,5	130,8	103,0	96,5
Umbria	81,6	113,2	75,7	108,7
Marche	99,3	123,4	100,3	91,3
Lazio	69,5	56,2	37,7	25,0
Abruzzo	52,1	24,0	96,5	131,0
Molise	68,7	44,9	75,4	6,5
Campania	55,8	95,4	27,6	69,9
Puglia	76,4	63,7	66,2	40,0
Basilicata	194,5	99,8	48,0	130,8
Calabria	90,8	83,8	27,4	65,6
Sicilia	60,9	96,0	76,6	89,8
Sardegna	125,2	154,6	76,5	80,0
<b>Italia</b>	<b>97,2</b>	<b>96,8</b>	<b>81,9</b>	<b>78,2</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anni 2008-2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il nuovo Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 esprime particolare preoccupazione sulla situazione futura del personale del Servizio Sanitario Nazionale “[...] Ci si aspetta, a partire dal 2013, un saldo negativo tra pensionamenti e nuove assunzioni. Si stima, inoltre, che la forbice tra uscite ed entrate nel SSN tenderà ad allargarsi negli anni a seguire data la struttura per età. [...] Verosimilmente tale scenario risulterà ancora più marcato nelle regioni impegnate con i Piani di Rientro a causa del blocco delle assunzioni. [...]”. A tale sco-

po si raccomanda il monitoraggio di questo indicatore nei prossimi anni.

Alla luce della forte inversione di tendenza osservata nel 2010 e confermata nel 2011 rispetto al biennio 2008-2009, sarà interessante, pertanto, monitorare attentamente come evolverà il *turnover* negli anni a venire.

### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2010). Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.

## Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** In tale voce è ricompreso il costo del personale delle Aziende Sanitarie, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e dei Policlinici Universitari pubblici appartenenti ai ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo, nonché il costo relativo alla corresponsione dell'inden-

nità per il personale universitario.

L'obiettivo dell'indicatore è mostrare quanto costa al singolo cittadino, e pertanto potenziale paziente del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), finanziare l'elemento cardine del sistema.

### *Spesa pro capite per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale*

Numeratore Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Denominatore Popolazione media residente

**Validità e limiti.** La fonte principale per l'analisi della spesa sanitaria del SSN deriva dai dati che ogni Azienda Sanitaria è tenuta ad inviare al Ministero della Salute.

L'analisi è stata svolta sia prendendo in considerazione la popolazione bacino di utenza del SSN, sia la popolazione pesata per tener conto del bisogno potenziale di assistenza. La prima popolazione di riferimento è costituita dai residenti del territorio di riferimento; la seconda è costituita dalla popolazione di riferimento ponderata per la struttura per età. I pesi impiegati per la ponderazione sono quelli utilizzati attualmente per la procedura di riparto tra le Regioni del fabbisogno sanitario nazionale.

L'indicatore non tiene conto del personale convenzionato con il SSN e dell'attività intramoenia. Inoltre, non viene fatta alcuna distinzione tra le varie professionalità ricomprese nel personale dipendente del SSN. Infine, la sua dinamica temporale è influenzata dalla crescente esternalizzazione dei servizi prima svolti da personale interno alle aziende.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono indicazioni specifiche sulla spesa per personale dipendente del SSN. Pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

### **Descrizione dei risultati**

Rapportando il dato relativo alla spesa per il personale alla popolazione residente, si osserva che nel quadriennio 2008-2011 la spesa pro capite a livello nazio-

nale è cresciuta dell'1,0% passando da 590€ a 596,3€ (Tabella 1). Questa differenza si registra in maniera più o meno accentuata in tutte le regioni, fatta eccezione per Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia. Tuttavia, se tra il 2008 e il 2010 la spesa pro capite per personale dipendente è cresciuta a livello nazionale del 2,9%, tra il 2010 e il 2011 si riscontra un'inversione di trend con una riduzione della spesa dell'1,7%. Questo dato si registra in maniera più o meno accentuata in tutte le regioni e PA, ad eccezione della PA di Trento, della Basilicata e della Sardegna per ciò che concerne la spesa grezza.

A livello regionale, la spesa pro capite grezza più alta nel quadriennio considerato si registra nella PA di Bolzano, seguita dalla Valle d'Aosta, mentre le regioni con una spesa pro capite minore sono la Lombardia, la Campania e la Puglia.

Il dato sulla spesa pro capite pesata, ossia ponderata rispetto alla distribuzione demografica della popolazione assistita, rende più omogeneo il dato di spesa pro capite per il personale. Le regioni con una spesa per personale maggiore rimangono, comunque, le PA di Bolzano e Trento, la Valle d'Aosta ed il Friuli Venezia Giulia, tutte regioni a statuto speciale, mentre le regioni con minore spesa pro capite sono la Lombardia, il Lazio e la Puglia.

I dati del quadriennio 2008-2011 mostrano anche come, tendenzialmente, nelle regioni sottoposte a Piano di Rientro la spesa, sia grezza che pesata, ha registrato una lieve riduzione (Campania, Lazio, Molise, Sicilia ed Abruzzo).

**Tabella 1** - Spesa pro capite (valori in €) per personale dipendente del SSN per regione - Anni 2008-2011

Regioni	2008		2009		2010		2011	
	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata
Piemonte	640,1	603,9	659,1	623,2	668,7	632,4	658,6	623,3
Valle d'Aosta	866,6	851,8	880,7	864,4	888,4	871,7	877,4	860,1
Lombardia	504,7	505,1	513,5	514,0	521,2	521,8	515,7	516,8
Bolzano-Bozen	1.049,8	1.126,3	1.089,2	1.162,4	1.083,8	1.151,0	1.081,9	1.147,6
Trento	727,4	739,8	765,2	778,0	775,9	788,7	779,8	793,2
Veneto	554,5	558,5	560,9	564,6	566,2	568,7	557,8	560,0
Friuli Venezia Giulia	745,3	696,4	769,3	719,1	775,1	723,9	767,9	717,8
Liguria	701,9	614,5	722,6	634,2	728,2	640,3	715,3	631,0
Emilia-Romagna	667,4	633,4	674,0	643,2	682,6	653,6	680,1	653,9
Toscana	672,7	628,9	688,8	645,5	702,7	660,4	698,7	657,8
Umbria	655,3	615,9	671,0	633,1	681,5	644,7	678,0	643,5
Marche	630,6	602,5	653,3	625,9	669,0	642,3	657,4	631,8
Lazio	542,2	545,4	542,1	545,8	539,2	543,1	521,7	525,6
Abruzzo	584,0	571,2	583,2	571,6	583,3	571,9	576,7	566,1
Molise	672,6	650,3	667,8	646,2	658,8	637,3	654,1	633,3
Campania	543,4	602,9	558,5	617,2	554,0	611,4	520,8	573,0
Puglia	504,4	531,6	521,6	547,2	533,4	558,0	519,1	541,0
Basilicata	638,9	643,5	666,3	669,7	667,4	670,9	667,9	670,2
Calabria	621,3	645,5	638,5	662,0	633,7	656,8	626,8	649,4
Sicilia	591,1	618,4	591,1	618,2	591,1	618,1	581,3	607,4
Sardegna	641,3	656,4	673,3	684,8	691,4	699,4	694,0	698,0
<b>Italia</b>	<b>590,0</b>	<b>590,0</b>	<b>601,7</b>	<b>601,7</b>	<b>606,9</b>	<b>606,9</b>	<b>596,3</b>	<b>596,3</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati Ministero della Salute. Modelli CE. Anni 2008-2013 - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anni 2008-2013.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2011, la spesa ammonta a 36,149 miliardi di euro, con un decremento dell'1,4% rispetto all'anno 2010 (un incremento dell'1,3% si era registrato nel 2010 rispetto al 2009 (1)). Su tale risultato ha pesato l'incidenza sull'esercizio degli oneri per il rinnovo contrattuale del personale dirigente relativi al biennio 2008-2009 e l'erogazione a tutto il personale dipendente dell'indennità di vacanza contrattuale per l'anno 2010 con riferimento al biennio 2010-2012.

Tale valore sconta, al suo interno, gli interventi di contenimento sul costo del personale disposti dalla normativa vigente (l'art. 2, comma 71, della Legge n. 191/2009, ha recepito le disposizioni del Patto per la Salute 2010-2012 prorogando per il periodo 2010-2012 il tetto alla spesa fissato dalla Legge n. 296/2006; l'art. 9, comma 1, del DL n. 78/2010, ha disposto il limite alla crescita dei trattamenti economici del personale dipendente per gli anni 2011-2013<sup>1</sup>, pari al trattamento spettante nell'anno 2010; l'art. 9, commi 16 e 17 del DL n. 78/2010 - converti-

to, con modificazioni, dalla Legge n. 122/2010 - ha disposto il blocco dei rinnovi contrattuali per il periodo 2010-2012). A tali disposizioni normative nazionali si affiancano gli ulteriori interventi previsti negli specifici provvedimenti attuativi dei Piani di Rientro e, per talune regioni ad esse sottoposte, gli automatismi conseguenti alla procedura di cui all'art. 1, comma 174, della Legge n. 311/2004, e successive modificazioni e integrazioni in materia di blocco automatico del *turnover* e di nullità degli atti sottoscritti in vigenza di tale blocco. Fra i fattori di contenimento della dinamica della spesa per il personale vanno contemplati, inoltre, gli automatismi introdotti dalla vigente legislazione in materia di rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa in relazione alla cessazione del personale dal servizio. La spesa del ruolo sanitario continua ad assorbire circa l'80% della spesa complessiva per il personale.

### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero dell'Economia e delle Finanze, Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (2011).

<sup>1</sup>Tale limite è stato successivamente esteso all'anno 2014 ai sensi dell'art. 16, comma 1, lettera b, del DL n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011.

## Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** Nel 2012, i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono 673.414, di cui il 69,8% è costituito da personale dirigente e dal comparto afferente ai ruoli sanitari. Al fine di poter programmare con anticipo il fabbisogno di personale occorre considerare la struttura per età del personale stesso.

L'obiettivo del presente indicatore è quello di rappresentare la struttura demografica del personale dipendente del SSN su un arco di tempo quadriennale (2009-2012). L'analisi è stata effettuata anche suddividendo la popolazione di riferimento per genere (in quanto l'età di pensionamento è diversa).

### Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età  
Totale dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al quadriennio 2009-2012 e sono quelli acquisiti dalle strutture con il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<sup>1</sup>. Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono indicazioni specifiche sulla struttura per età del personale dipendente del SSN. Pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2012, il personale dipendente del SSN è composto prevalentemente (76,4%) da persone di età compresa tra i 40-59 anni (Grafico 1). Inoltre, i dati mostrano come sia più elevata la quota di personale di età  $\geq 60$  anni (6,2%) rispetto a quella di età  $< 30$  anni (2,6%). A livello regionale, su quest'ultimo aspetto, si registrano interessanti differenze territoriali: nel Nord il personale è mediamente più giovane rispetto al resto del Paese, infatti la percentuale di personale di età  $< 30$  anni (in particolare in Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto) è più elevata in questa area del Paese, mentre la componente di personale di età  $\geq 60$  anni è più alta nel Centro-Sud ed Isole (in particolare in Campania, Sicilia, Lazio e Puglia).

L'analisi per genere mostra che, nel 2012, le donne rappresentano il 65,13% del personale dipendente, mentre gli uomini il 34,87%. Per quanto riguarda, infatti, il personale di età  $< 60$  anni, le donne sono più numerose degli uomini in tutte le classi di età considerate (0-29, 30-39, 40-49 e 50-59 anni). A livello regionale questa ultima statistica è confermata in tutte le regioni tranne che per il Molise, la Campania, la Calabria e la Sicilia. Al di là del divario Nord-Sud ed Isole, già rimarcato nell'analisi generale e che risulta ancora più evidente nel caso degli uomini (Grafico 2), i dati mostrano

come, in via generale, nel SSN, la percentuale di donne di età  $< 30$  anni sia maggiore di quella maschile nella medesima classe di età (Grafici 2 e 3). Inoltre, il personale dipendente del SSN di genere femminile risulta essere, in media, più giovane di quello maschile; a livello nazionale le donne  $< 40$  anni sono il 19,55% del totale delle donne dipendenti del SSN (22,56% per il Nord, 19,74% per il Centro e 12,14% per il Sud ed Isole). Questa percentuale diviene il 13,43% se si guarda ai dipendenti di genere maschile (18,76% per il Nord, 14,14% per il Centro e 7,65% per il Sud ed Isole).

Come trend, tra il 2009-2012 (Grafico 4), a fronte di un aumento di 1,37 punti percentuali del personale di 60 anni ed oltre, nella fascia di età 0-29 anni si è registrato un decremento di 0,55 punti percentuali. Se si considerano le classi di età più ampie e cioè 0-39 e 50 anni ed oltre, si evince come, a fronte di una forte riduzione del personale di età 30-39 anni (-3,85 punti percentuali), vi è stato un forte aumento del personale di età  $> 50$  anni (+3,83 punti percentuali), andando a determinare un forte squilibrio generazionale nel personale dipendente del SSN.

Analizzando la situazione per aree geografiche, con riferimento alla variazione nelle classi 0-29 anni e 60 anni ed oltre, emerge come, rispetto alle regioni del Nord e del Centro, che comunque presentano una variazione negativa di personale di età  $< 29$  anni a fronte di un aumento di personale di età  $\geq 60$  anni (per le regioni del Nord il differenziale tra le due classi di età è di 0,54 punti percentuali, mentre per le regioni del Centro il differenziale è di 0,13 punti percentuali), quelle meridionali presentano un differenziale tra queste due classi di età di 1,85 punti percentuali.

Prendendo in esame, invece, la struttura per classe di età del solo personale medico del SSN (nel 2012 il personale medico è stato il 16,18% del totale personale SSN), a livello nazionale i medici compresi tra i 50-59

<sup>1</sup>Gli Autori desiderano ringraziare l'Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico ed, in particolare, gli Uffici III e V per aver fornito i dati regionali.

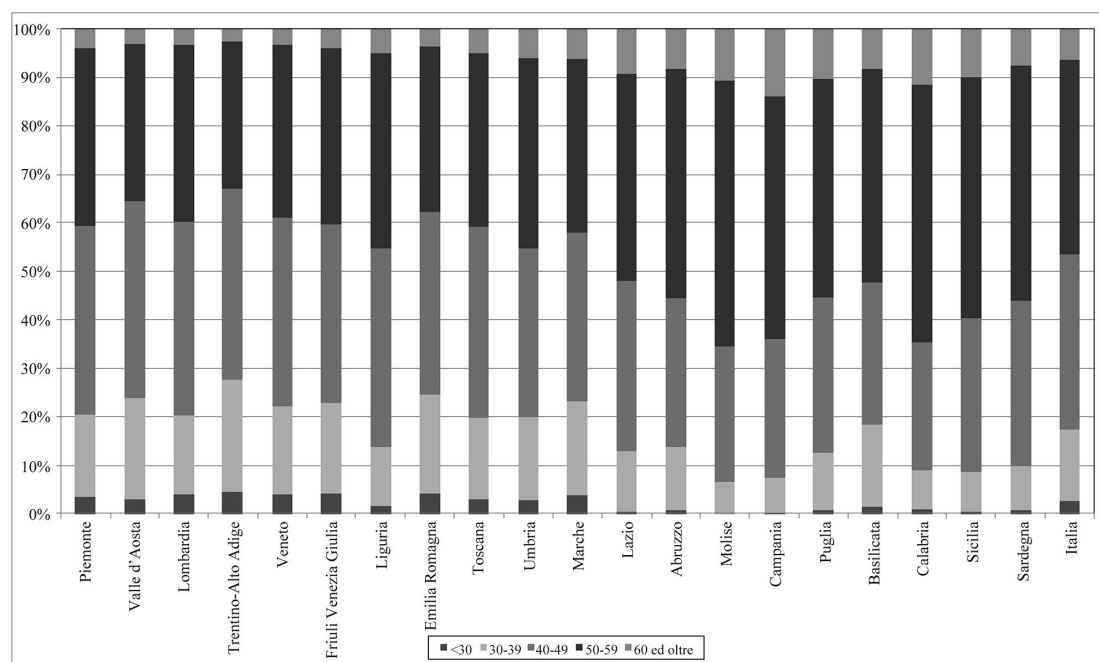
anni sono il 50,3% (percentuale quasi invariata rispetto al 2009), mentre quelli compresi tra i 40-49 anni sono il 24,65% (nel 2009 erano il 27,91%). Proprio in quest'ultima fascia di età (40-49 anni) si è registrato, sia a livello nazionale (Grafico 5) che nelle tre macroaree geografiche Nord, Centro, Mezzogiorno, il calo di unità più importante nel periodo 2009-2012 (-3,27 punti percentuali a livello nazionale, -2,91 punti percentuali al Nord, -1,95 punti percentuali al Centro e -4,62 nel Mezzogiorno).

Tuttavia, a differenza del trend evidenziato precedentemente per il personale dipendente del SSN nel suo complesso, per i medici tra il 2009 e il 2012 si evidenzia un incremento sia del personale di età 30-39 anni (0,74%), sia del personale di età  $\geq 60$  anni (4,06%). Prendendo, invece, in considerazione il personale di età compresa tra i 50-59 anni di età, si registra un decremento dell'1,52%.

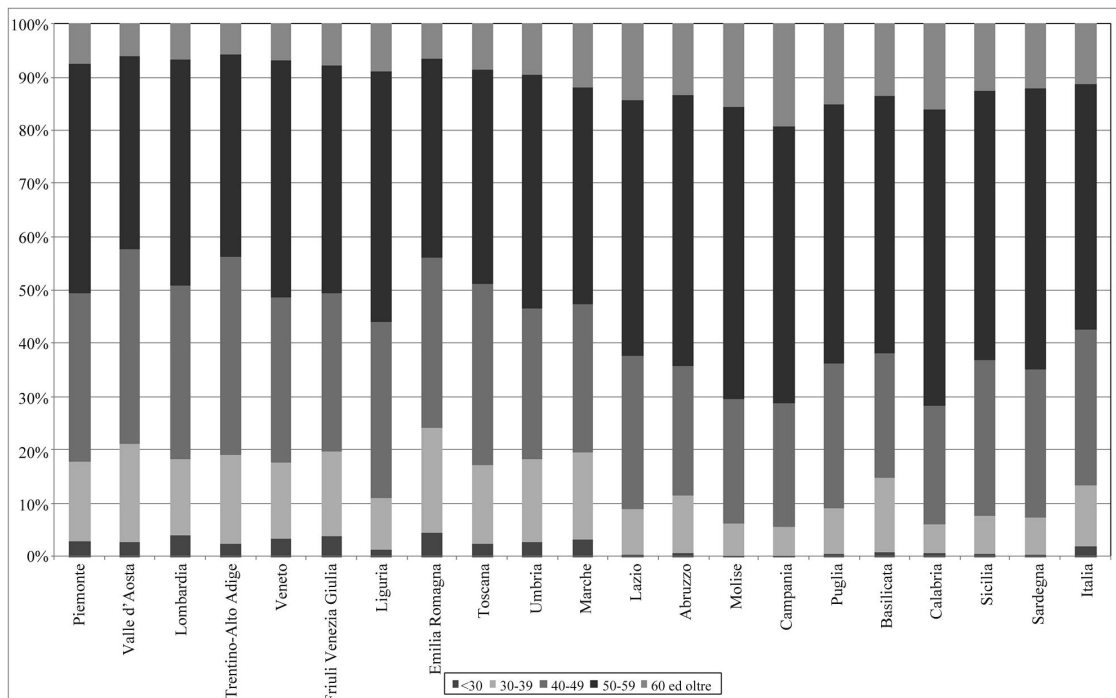
Esaminando, invece, la struttura per classe di età del solo personale infermieristico (Grafico 6) del SSN (nel

2012 il personale infermieristico è stato il 40,38% del totale personale SSN), a livello nazionale gli infermieri di età tra i 40-49 anni sono il 43,63% del totale degli infermieri dipendenti del SSN (nel 2009 erano il 39,36%). A differenza di quanto evidenziato per il personale dipendente del SSN nel suo complesso e per il personale medico dipendente del SSN, in questa classe di età si registra, quindi, un aumento di unità. Gli infermieri compresi, invece, nelle classi di età 50-59 anni e 30-39 anni sono, rispettivamente, il 29,63% ed il 19,89% del totale (nel 2009 erano il 25,52% ed il 27,63%). I dati rappresentati nel Grafico 6 confermano che il calo più significativo di unità si è verificato, sia a livello nazionale che nelle macroaree geografiche (in ordine decrescente: Nord, Mezzogiorno e Centro), nella classe di età 30-39 anni. Al contrario, vi è stato un aumento di personale infermieristico nelle classi di età 40-49, 50-59 e 60 anni ed oltre (4,27 punti percentuali, 4,10 punti percentuali e 0,51 punti percentuali, rispettivamente a livello nazionale).

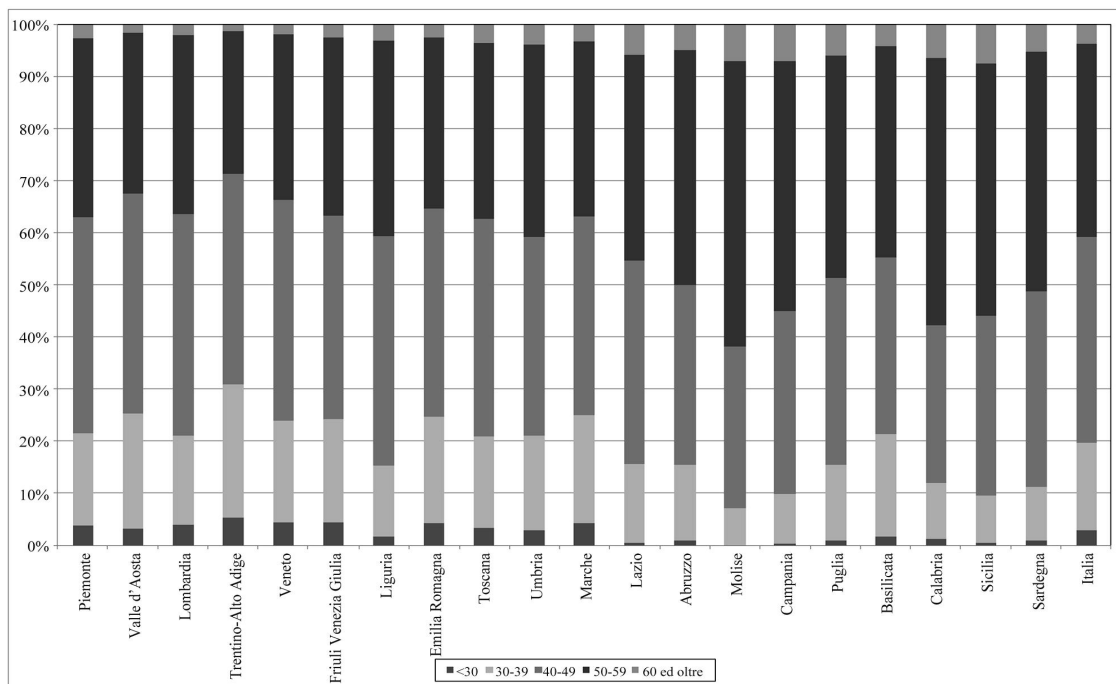
**Grafico 1** - Percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione - Anno 2012



**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2012.

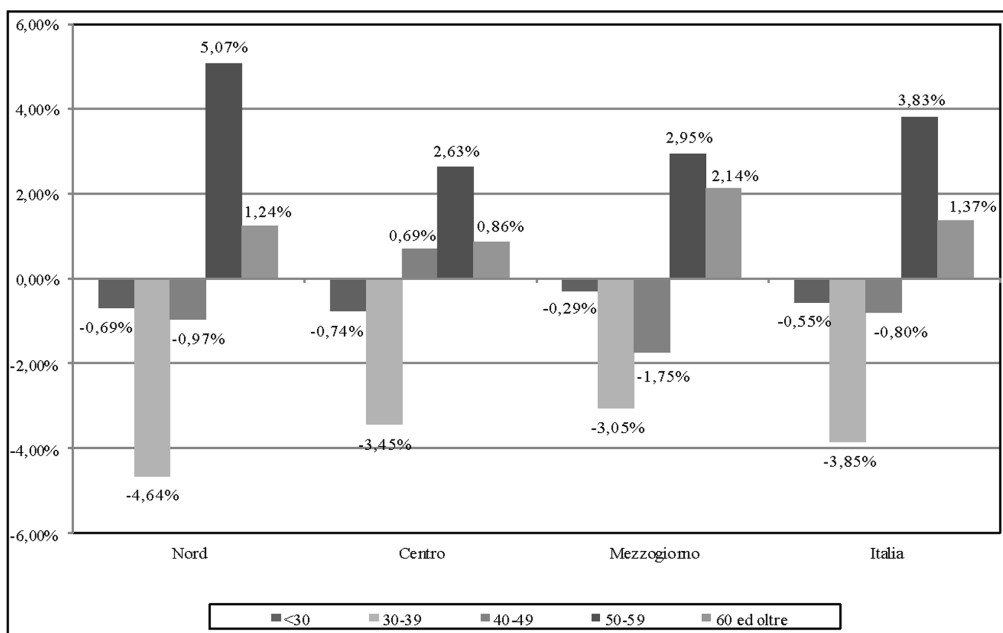
**Grafico 2** - Percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione. Maschi - Anno 2012

**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2012.

**Grafico 3** - Percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione. Femmine - Anno 2012

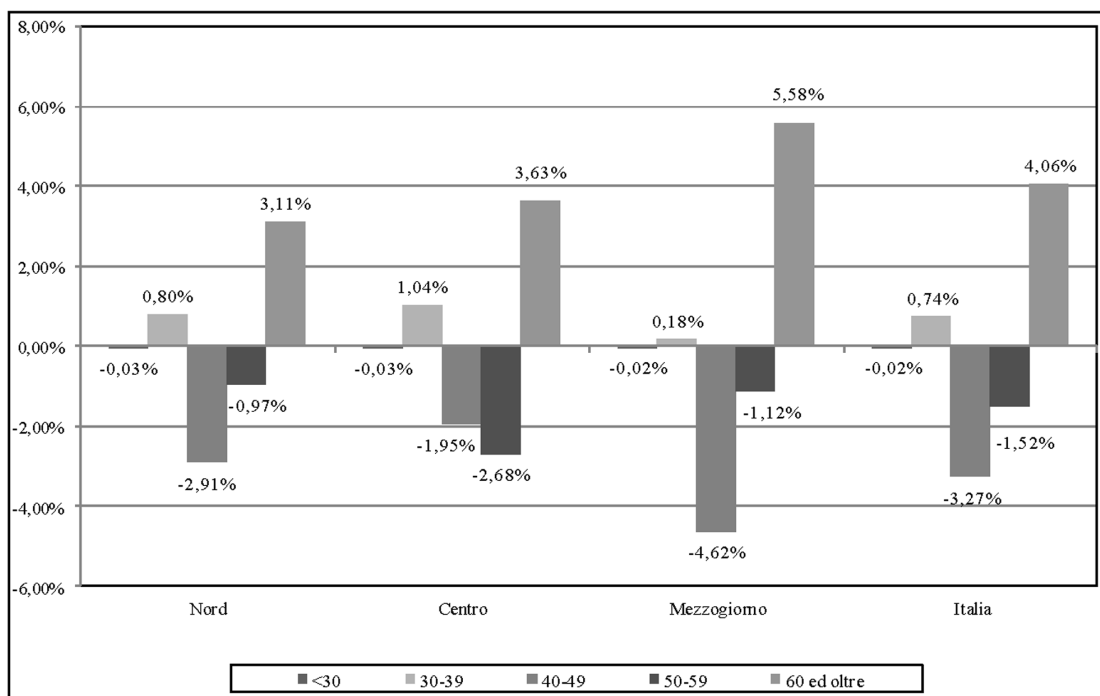
**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2012.

**Grafico 4** - *Variazione percentuale della distribuzione del personale dipendente del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2009-2012*



**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2012.

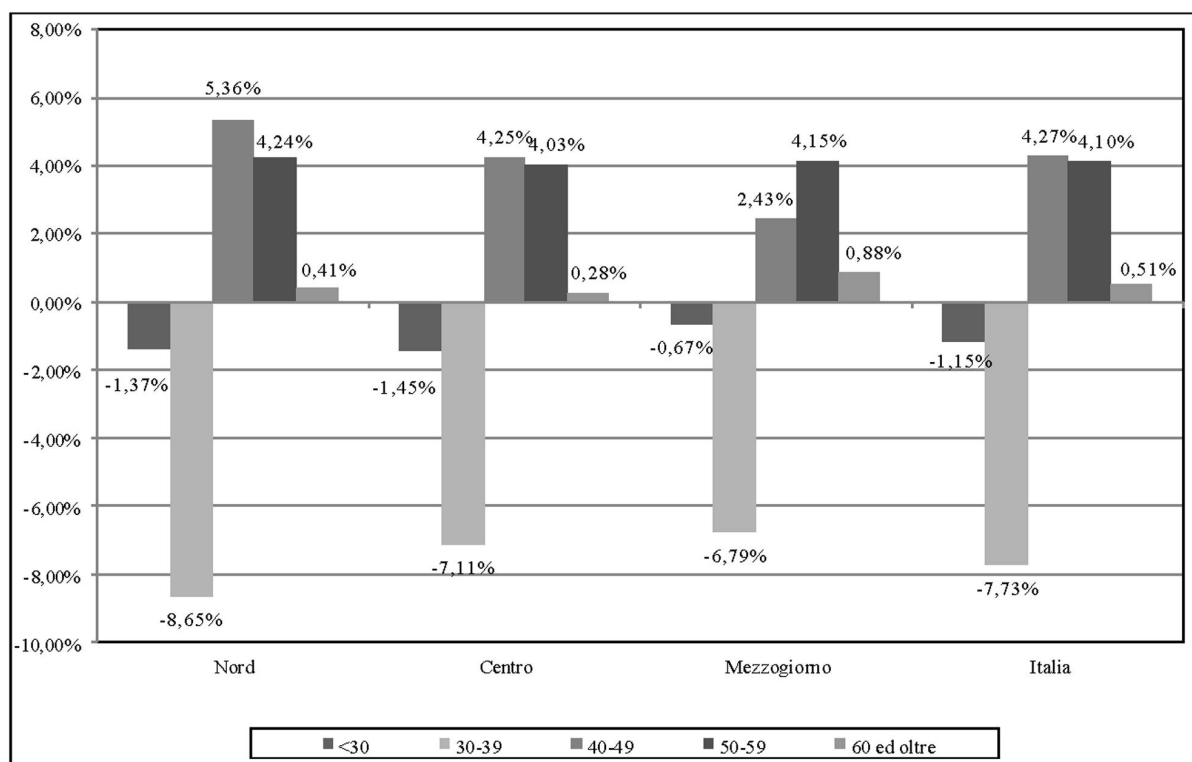
**Grafico 5** - *Variazione percentuale della distribuzione del personale medico del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2009-2012*



**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2012.



**Grafico 6** - *Variazione percentuale della distribuzione del personale infermieristico del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2009-2012*



**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Così come sottolineato nel Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (2), siglato il 10 luglio 2014, nel quale si afferma di voler valorizzare le risorse umane del SSN ma senza maggiori oneri a carico della finanza pubblica, tra i tanti aspetti inerenti il personale del SSN il blocco del *turnover* per le regioni in Piano di Rientro vale solo fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello della verifica positiva. Sarà, quindi, interessante estendere l'analisi effettuata in modo da evidenziare, oltre alle differenze per genere,

l'impatto che questi nuovi accordi programmatici hanno sulla struttura per età del personale dipendente del SSN. È, inoltre, necessario invertire la tendenza alla progressiva senescenza del personale, soprattutto nelle regioni del Sud ed Isole, gravate dal maggior peso della disoccupazione giovanile.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute (2010). Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.
- (2) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PA di Trento e Bolzano. Patto per la Salute 2014-2016. 10 luglio 2014.

## Compensazione del turnover

**Significato.** Il tasso di compensazione del turnover è un indicatore di flusso il cui calcolo è fondamentale in fase di programmazione del personale: serve a dare la dimensione del volume di entrate e di uscite che l'organizzazione ha dovuto gestire nel corso del periodo preso in considerazione. In particolare, vengono esaminati i dati storici sul personale per giungere a considerazioni sul fabbisogno futuro. Tuttavia, poiché

un certo numero di assunzioni (che tecnicamente nel Conto Annuale viene chiamato "Entrati nel periodo") è legato in realtà a stabilizzazioni del personale con contratto a tempo determinato o di lavoratori socialmente utili, al fine di tenere conto di questo possibile fattore di confondimento, l'indicatore viene presentato al netto degli entrati nel periodo a seguito di stabilizzazioni.

### Tasso di compensazione del turnover

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Entrati nel periodo - Stabilizzati nel periodo (anno di riferimento)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Usciti nel periodo (anno di riferimento)}} \times 100$$

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al quadriennio 2009-2012 e sono quelli acquisiti dalle strutture, con il Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<sup>1</sup>.

In particolare, l'aggregato "Entrati nel periodo" comprende: 1. i nominati da concorso; 2. gli stabilizzati da contratto a tempo determinato o da Lavoro Socialmente Utile; 3. le assunzioni per chiamata diretta o numerica (categorie protette); 4. i passaggi da altra amministrazione; 5. altre cause. L'aggregato "Usciti nel periodo", invece, comprende: 1. il collocamento a riposo per limiti di età; 2. le dimissioni (con diritto a pensione); 3. i passaggi per esternalizzazioni; 4. i passaggi ad altre amministrazioni; 5. la risoluzione del rapporto di lavoro (40 anni contribuzione); 6. altre cause; 7. i licenziamenti (questo dato è disponibile solo per gli anni 2011-2012). Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Se il tasso di compensazione è >100, significa che vi è stato un ampliamento dell'organico, mentre se è <100 l'organico ha subito una contrazione.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, i dati presentati in Tabella 1, mostrano come il tasso di compensazione del turnover, al netto delle procedure di stabilizzazione, sia in tutti e 4 gli anni presi a riferimento <100; ciò significa che, sostanzialmente, l'organico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha subito una contrazione. Analizzando il trend 2009-2012 si evince, inoltre, che

il tasso di compensazione si è costantemente ridotto nel periodo considerato, arrivando a segnare 68,9 punti percentuali nel 2012, circa 10 punti percentuali in meno rispetto all'anno precedente (78,2% nel 2011). Con il 2012, quindi, si è confermato il trend di marcata contrazione fatto registrare dal 2010 in poi. A livello regionale, si riscontra una forte eterogeneità del tasso di compensazione del turnover con unicamente 2 regioni (Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige) che mostrano nel 2012 valori >100. Negli anni 2010 e 2011, invece, le regioni che presentavano un valore >100 erano 4 (Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Toscana e Marche per il 2010 e Valle d'Aosta, Umbria, Abruzzo e Basilicata per il 2011) lasciando, quindi, intendere un ampliamento dell'organico del SSN in quelle regioni, indipendentemente dalle procedure di stabilizzazione.

Nel 2012 si riscontra, inoltre, un divario Nord-Sud ed Isole meno marcato rispetto agli anni precedenti: in passato al Nord il tasso di compensazione, sebbene <100, mostrava valori più elevati rispetto al Centro-Sud ed Isole; nel 2012, invece, la tendenza è confermata ma con un divario molto meno marcato rispetto agli anni precedenti (nel 2012 il tasso di compensazione è pari all'83,0% al Nord, al 52,2% al Centro ed al 46,1% al Sud ed Isole).

Da segnalare i tassi di compensazione del turnover di Lazio, Puglia, Campania, Molise e Calabria (rispettivamente, 24,0%, 23,7%, 23,2%, 7,7%, e 7,6%) tutti <25%. Tali valori sono probabilmente imputabili agli effetti derivanti dai Piani di Rientro in cui tutte le regioni del Meridione, ad eccezione della Basilicata, sono impegnate dal 2007-2008.

<sup>1</sup>Gli Autori desiderano ringraziare l'Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico ed, in particolare, gli Uffici III e V per aver fornito i dati regionali.

**Tabella 1** - Tasso (per 100) di compensazione del turnover al netto delle procedure di stabilizzazione per regione - Anni 2009-2012

Regioni	2009	2010	2011	2012
Piemonte	152,0	94,4	43,3	92,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	108,2	226,5	103,2	136,8
Lombardia	83,9	80,8	94,6	59,1
Trentino-Alto Adige*	84,5	94,3	85,5	118,5
Veneto	90,6	90,1	79,3	69,0
Friuli Venezia Giulia	129,3	78,0	92,4	93,1
Liguria	103,0	61,7	89,9	51,3
Emilia-Romagna	123,9	111,2	83,8	83,0
Toscana	130,8	103,0	96,5	67,7
Umbria	113,2	75,7	108,7	96,1
Marche	123,4	100,3	91,3	58,6
Lazio	56,2	37,7	25,0	24,0
Abruzzo	24,0	96,5	131,0	90,6
Molise	44,9	75,4	6,5	7,7
Campania	95,4	27,6	69,9	23,2
Puglia	63,7	66,2	40,0	23,7
Basilicata	99,8	48,0	130,8	52,1
Calabria	83,8	27,4	65,6	7,6
Sicilia	96,0	76,6	89,8	95,3
Sardegna	154,6	76,5	80,0	75,5
<b>Italia</b>	<b>96,8</b>	<b>81,9</b>	<b>78,2</b>	<b>68,9</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anni 2009-2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Alla luce della forte inversione di tendenza osservata nel 2010 e confermata sia nel 2011 che nel 2012 rispetto al biennio 2008-2009, si raccomanda il monitoraggio di questo indicatore nei prossimi anni.

### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2010). Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.

## Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** In tale voce è ricompreso il costo del personale delle Aziende Sanitarie, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e dei Policlinici Universitari pubblici appartenente ai ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo, nonché il costo relativo alla corresponsione dell'inden-

nità per il personale universitario.

L'obiettivo dell'indicatore è documentare il costo per questo fattore produttivo che assorbe una quota rilevante della spesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

### *Spesa pro capite per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale*

Numeratore Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Denominatore Popolazione media residente

**Validità e limiti.** La fonte principale per l'analisi della spesa sanitaria del SSN deriva dai dati che ogni Azienda Sanitaria è tenuta ad inviare al Ministero della Salute.

L'analisi è stata svolta sia prendendo in considerazione la popolazione bacino di utenza del SSN, sia la popolazione pesata per tener conto del bisogno potenziale di assistenza. La prima popolazione di riferimento è costituita dai residenti sul territorio; la seconda è costituita dalla popolazione di riferimento ponderata per la struttura per età. I pesi impiegati per la ponderazione sono quelli utilizzati attualmente per la procedura di riparto tra le Regioni del fabbisogno sanitario nazionale.

L'indicatore non tiene conto del personale convenzionato con il SSN e dell'attività intramoenia. Inoltre, non viene fatta alcuna distinzione tra le varie professionalità ricomprese nel personale dipendente del SSN. Infine, la sua dinamica temporale è influenzata dalla crescente esternalizzazione dei servizi prima svolti da personale interno alle aziende.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono indicazioni specifiche sulla spesa per personale dipendente del SSN. Pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

### **Descrizione dei risultati**

L'analisi dei dati relativi alla spesa per il personale rapportata alla popolazione residente nel periodo 2009-2012 mostra una diminuzione dello 0,37%, passando da un valore di 601,7€ a 599,5€ (Tabella 1).

Tuttavia, un'analisi più approfondita consente di verificare come questo valore non sia frutto di una dimi-

nuzione lineare, ma al contrario è la risultante dei diversi trend che hanno caratterizzato il periodo di studio. Sebbene la spesa per il personale sia cresciuta dello 0,86% circa nel biennio 2009-2010, il 2011 ha fatto registrare una riduzione della spesa pro capite dell'1,75% rispetto all'anno precedente, mentre il 2012 ha registrato nuovamente tassi positivi di crescita della spesa (0,54%). Questo andamento irregolare caratterizza tutte le regioni e le PA, ad eccezione del Molise che, al contrario, ha registrato una costante diminuzione della spesa in tutto il periodo analizzato. La riduzione della spesa per il personale in queste regioni può essere imputata al blocco del *turnover*, condizione cui sono state soggette per effetto dei Piani di Rientro.

I dati disaggregati consentono, inoltre, di verificare come esista una profonda differenza a livello regionale nei valori di spesa pro capite grezza. La PA di Bolzano fa registrare la spesa pro capite grezza più alta (1.133,8€), seguita dalla Valle d'Aosta (893,7€); Puglia, Campania, Lombardia e Lazio sono le regioni che fanno registrare valori di spesa pro capite più bassi compresi tra 505,0-527,6€.

Il dato sulla spesa pro capite pesata, ossia ponderata rispetto alla distribuzione demografica della popolazione assistita, rende più omogeneo il dato di spesa pro capite per il personale. Tuttavia, non emergono differenze importanti rispetto al confronto in termini di spesa pro capite grezza. Le PA di Bolzano e Trento e la Valle d'Aosta (tutte a Statuto speciale) fanno registrare i livelli di spesa pro capite pesata più elevati; la Lombardia, il Lazio e la Puglia sono le regioni con minore spesa pro capite pesata.

**Tabella 1** - Spesa pro capite (valori in €) del personale dipendente del SSN per regione - Anni 2009-2012

Regioni	2009		2010		2011		2012	
	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata
Piemonte	659,1	623,2	668,7	632,4	658,6	623,3	662,4	615,7
Valle d'Aosta	880,7	864,4	888,4	871,7	877,4	860,1	893,7	876,0
Lombardia	513,5	514,0	521,2	521,8	515,7	516,8	524,3	525,8
Bolzano-Bozen	1.089,2	1.162,4	1.083,8	1.151,0	1.081,9	1.147,6	1.133,8	1.231,7
Trento	765,2	778,0	775,9	788,7	779,8	793,2	787,4	809,8
Veneto	560,9	564,6	566,2	568,7	557,8	560,0	566,1	569,5
Friuli Venezia Giulia	769,3	719,1	775,1	723,9	767,9	717,8	779,0	717,6
Liguria	722,6	634,2	728,2	640,3	715,3	631,0	714,6	605,2
Emilia-Romagna	674,0	643,2	682,6	653,6	680,1	653,9	690,3	653,7
Toscana	688,8	645,5	702,7	660,4	698,7	657,8	699,2	644,7
Umbria	671,0	633,1	681,5	644,7	678,0	643,5	695,6	646,3
Marche	653,3	625,9	669,0	642,3	657,4	631,8	655,1	620,5
Lazio	542,1	545,8	539,2	543,1	521,7	525,6	527,6	534,7
Abruzzo	583,2	571,6	583,3	571,9	576,7	566,1	586,0	568,1
Molise	667,8	646,2	658,8	637,3	654,1	633,3	652,2	622,1
Campania	558,5	617,2	554,0	611,4	520,8	573,0	510,0	581,9
Puglia	521,6	547,2	533,4	558,0	519,1	541,0	505,0	533,1
Basilicata	666,3	669,7	667,4	670,9	667,9	670,2	659,9	659,8
Calabria	638,5	662,0	633,7	656,8	626,8	649,4	623,5	651,3
Sicilia	591,1	618,2	591,1	618,1	581,3	607,4	580,5	615,2
Sardegna	673,3	684,8	691,4	699,4	694,0	698,0	716,0	719,6
<b>Italia</b>	<b>601,7</b>	<b>601,7</b>	<b>606,9</b>	<b>606,9</b>	<b>596,3</b>	<b>596,3</b>	<b>599,5</b>	<b>599,5</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati del Ministero della Salute. Modelli CE. Anno 2014 - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2012 la spesa per il personale ammonta a 35,606 miliardi di euro, circa il 31% della spesa totale, e registra un decremento dell'1,4% rispetto all'anno 2011, in linea con la diminuzione dell'1,6% registrata l'anno precedente.

La diminuzione della spesa è il risultato delle disposizioni normative in materia di contenimento della spesa sanitaria e delle disposizioni in materia di blocco automatico del turnover e di nullità degli atti sottoscritti in vigore di tale blocco. A fronte della riduzione dell'1,4% della spesa per il personale dipen-

dente del SSN, vi è stata una riduzione della popolazione residente di circa il 2% e, dunque, la spesa pro capite per personale dipendente del SSN è aumentata rispetto al 2011. La spesa procapite per il personale dipendente del SSN andrà, pertanto, monitorata nei prossimi anni, al fine di verificare se i tagli alla spesa sono "lineari" rispetto alla riduzione della popolazione residente oppure meno.

### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero dell'Economia e delle Finanze, Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (2012).

## Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale

**Significato.** I Medici di Medicina Generale (MMG) operano a livello distrettuale ed offrono, ai cittadini, interventi di assistenza primaria in ambulatorio e/o a domicilio, traducendo il bisogno di salute in domanda di prestazioni. I Pediatri di Libera Scelta (PLS) offrono assistenza sanitaria di primo livello ai bambini, dalla nascita fino al compimento dei 14 anni, con attività che riguardano la diagnosi e la cura delle malattie, la prevenzione e l'educazione sanitaria. Precedentemente denominati medici di guardia medica, ai Medici di Continuità Assistenziale (MCA) è attribuito il compito di garantire l'assistenza territoriale, domiciliare, ambulatoriale e in strutture assistite nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive attraverso una organizzazione che va ricompresa nella programmazione regionale, rispondendo così alle diversità assistenziali legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche. Gli indicatori di struttura derivano dal rapporto tra il numero di ciascuna di queste tre classi di professionisti e le rispettive popolazioni residenti di riferimento e contribuiscono alla valutazione del dimensionamento dell'offerta di servizi.

I tassi di MMG e di PLS valutano la presenza sul territorio di MMG e di PLS, permettendo di misurare la disponibilità di servizi sanitari, rispettivamente in rapporto al numero di potenziali soggetti assistibili (residenti di 14 anni ed oltre), ovvero rispetto alla popolazione residente in età pediatrica (età <14 anni) che rappresenta il numero teorico di soggetti assistibili in ogni regione (carico assistenziale potenziale). Il tasso di

MCA permette di valutare l'adeguatezza della struttura della rete dei MCA con le necessità della popolazione, misurate in termini di potenziali utenti del Servizio di Guardia Medica.

È possibile, inoltre, calcolare un *set* di indicatori ottenuti mettendo in rapporto il numero di MMG e di PLS con il carico effettivo di assistiti, misurato come totale delle scelte, rispettivamente, di MMG e PLS (carico assistenziale effettivo).

Per "numero di scelte di MMG" si intende il numero di residenti, di qualunque età, iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che hanno scelto il proprio MMG presso l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di competenza.

Per "numero di scelte di PLS" si intende il numero di residenti in età pediatrica, iscritti al SSN, che sono assistiti da un PLS presso la ASL di competenza. La scelta del PLS è obbligatoria per i residenti di età tra 0-6 anni, mentre per gli assistiti che arrivano fino al 14° anno di età è possibile scegliere un MMG su richiesta motivata.

Eventuali variazioni dei valori di questi ultimi indicatori rispetto a quelli dei tassi di MMG e di PLS, permettono di evidenziare situazioni nelle quali il carico assistenziale effettivo è diverso dal carico assistenziale potenziale. In particolare, un valore del numero di scelte di MMG (o di PLS) inferiore al tasso di MMG (o di PLS) suggerisce l'esistenza di un carico assistenziale effettivo superiore al carico potenziale.

### Tasso di Medici di Medicina Generale

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Medici di Medicina Generale}}{\text{Popolazione residente di 14 anni ed oltre}} \times 1.000$$

### Tasso di Pediatri di Libera Scelta

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Pediatri di Libera Scelta}}{\text{Popolazione residente <14 anni}} \times 1.000$$

### Tasso di Medici di Continuità Assistenziale

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Medici di Continuità Assistenziale}}{\text{Popolazione residente}} \times 1.000$$

### Tasso di Medici di Medicina Generale (Pediatri di Libera Scelta) per scelta

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Medici di Medicina Generale (Pediatri di Libera Scelta)}}{\text{Scelte della popolazione residente}} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** Questi indicatori permettono di valutare in maniera quantitativa la composizione strutturale della rete regionale dei servizi sanitari di base. Ciò consente di supportare la programmazione regionale nella caratterizzazione dell'offerta potenziale per le popolazioni adulta e pediatrica e formulare ipotesi sul numero di nuclei di aggregazione di professionisti necessari a facilitare, attraverso la partecipazione di "gruppo", il raggiungimento di obiettivi di assistenza primaria. Gli indicatori non forniscono informazioni sull'appropriatezza del servizio offerto a livello di medicina territoriale e sulle relazioni dei singoli nodi appartenenti alla rete dell'assistenza primaria. Essi non consentono di stimare il grado di dispersione degli utenti in relazione alle componenti della rete dei servizi sanitari di base, dal momento che non contengono informazioni sulla collocazione dei singoli professionisti rispetto alla popolazione regionale e sulla rispondenza alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche della regione considerata.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Le modificazioni all'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) "Disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. n. 8 del D. Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni" del 2005, avvenute nel 2009 e nel 2010, non hanno riguardato gli standard previsti nel 2005. Resta pertanto vigente l'art. 33 che, nella sua versione originale, prevede la presenza di 1 medico ogni 1.000 abitanti, detratta la popolazione di età compresa tra 0-14 anni risultante al 31 dicembre dell'anno precedente. Già dal 2005, in diverse regioni, si è scelto di aumentare il rapporto ottimale, prevedendo l'inserimento di 1 medico di famiglia ogni 1.100, 1.200 o 1.300 abitanti, coerentemente con la previsione normativa che nel medesimo articolo dichiara che "le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria un diverso rapporto medico/popolazione residente. La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali e, comunque, fino ad un aumento massimo del 30%". Se ne può, quindi, derivare un tasso di MMG compreso tra 0,77 (nel caso sia previsto 1 medico per 1.300 abitanti) e 1,00 (nel caso in cui, invece, sia previsto 1 medico per 1.000 abitanti). Sempre l'ACN fissa all'art. 39 il limite massimo di 1.500 pazienti per MMG; ne deriva, pertanto, un valore di riferimento pari a 0,67 medici per 1.000 scelte ottenute da soggetti di 14 anni ed oltre. A tale disposizione normativa fa eccezione la PA di Bolzano che adotta un massimale di 2.000 assistiti per medico, con un indice pari a 0,50 medici per 1.000 scelte ottenute da soggetti di 14 anni ed oltre.

L'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici PLS del 2005, stabilisce all'art. 32 la presenza di 1 pediatra ogni 600 residenti di età compresa tra 0-6 anni,

risultanti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente. Il conseguente tasso di PLS che ne deriva risulta pari a 1,67 pediatri per 1.000 residenti in quella fascia di età. Il medesimo documento all'art. 38 quantifica in 800 pazienti il massimale di scelte per PLS, con un conseguente tasso derivato di 1,25 pediatri per 1.000 scelte ottenute da soggetti di età compresa tra 0-6 anni.

In relazione ai MCA, la disciplina di riferimento (ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG) sancisce all'art. 64 l'inserimento di 1 MCA ogni 5.000 abitanti, prevedendo una variabilità del 30% in eccesso o in difetto, a seconda della programmazione regionale. Pertanto, il tasso di MCA che ne deriva è compreso tra 0,15-0,28 MCA per 1.000 abitanti, con un valore ottimale di 0,20 MCA per 1.000 abitanti.

### Descrizione dei risultati

In tutte le regioni si registra un tasso di MMG compreso nel benchmark di riferimento, fatta eccezione per la PA di Bolzano dove si fa riferimento alla normativa, già citata, che prevede l'innalzamento del numero di assistiti a 2.000.

Nel 2011, il valore nazionale è pari a 0,87 medici per 1.000 residenti, che corrisponde a 1 medico ogni 1.200 residenti circa, con un rapporto in flessione rispetto al 2006, quando si attestava a 0,91 medici per 1.000 residenti.

I dati per regione mostrano un'elevata variabilità sul territorio, portando ad identificare tre diversi gruppi di regioni. Il primo gruppo di regioni (Piemonte, PA di Trento, Emilia-Romagna, Valle d'Aosta, Veneto e Lombardia) presentano un rapporto che, pur rientrando nel benchmark di riferimento, è inferiore al dato nazionale. La maggior parte delle regioni, invece, presenta valori vicini al valore nazionale, mentre Basilicata, Lazio e Sicilia presentano un tasso prossimo all'unità e, pertanto, vicino al rapporto di 1 medico per 1.000 residenti. La Basilicata, in particolare, presenta il valore più alto (0,99 medici per 1.000 residenti), costituendo l'unica regione nella quale il rapporto è rimasto invariato rispetto al 2006, a fronte di un trend generale di riduzione. Contrariamente, il valore più basso si registra in Lombardia, 0,78 medici per 1.000 residenti, facendo presupporre una riduzione del numero di MMG operanti sul territorio.

Il tasso di MMG per scelte ottenute da 1.000 residenti risulta maggiore o uguale al tasso di MMG nella maggior parte delle regioni, fatta eccezione della PA di Trento, del Friuli Venezia Giulia, del Lazio, del Molise, della Campania, della Puglia e della Sicilia che presentano valori inferiori; in altre parole il numero di scelte per medico è superiore rispetto ai residenti.

Prima di procedere al commento dei dati sui PLS, è doverosa una precisazione: sebbene l'ACN del 2005 faccia riferimento alla popolazione di età compresa tra 0-6 anni, il Ministero della Salute fornisce i dati pren-

dendo in considerazione la popolazione tra 0-13 anni. Pertanto, non potendo procedere diversamente, si è scelto di utilizzare comunque il valore di riferimento derivato dalle indicazioni del legislatore.

Tutte le regioni presentano, nell'anno 2011, un tasso di PLS notevolmente al di sotto del benchmark, identificato in 1,67 e, anche nell'eventualità in cui venga preso come riferimento il valore calcolato dall'aumento del massimale a 800 (1,25), nessuna regione si avvicina a questo valore.

Il valore nazionale di PLS è di 0,97 pediatri per 1.000 residenti in età pediatrica, con un valore in diminuzione, seppur di un punto solo rispetto al 2006. Infatti, la maggior parte delle regioni registra una flessione nel valore, a cui fanno eccezione la PA di Bolzano, la Liguria, il Molise, la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia.

Le regioni con il valore più basso di PLS sono la PA di Bolzano e il Piemonte, mentre la Sardegna è la regione che presenta il valore più alto (1,33 pediatri per 1.000 residenti in età pediatrica) insieme alla Sicilia (1,30 pediatri per 1.000 residenti in età pediatrica) del tasso di PLS per scelte ottenute per 1.000 residenti. La maggioranza delle regioni si colloca intorno ad un valore medio di 1 pediatra per 1.000

residenti in età pediatrica e, quindi, presentano un rapporto di 1 PLS ogni 1.000 residenti in età 0-13. Un dato che emerge dall'analisi è che in tutte le regioni il tasso di PLS per scelte ottenute da 1.000 residenti è superiore all'indice di PLS; questo sta a significare che il numero di scelte per PLS è sempre inferiore al numero di bambini residenti.

Per quanto riguarda, infine, i MCA si continua a registrare, soprattutto al Nord, ed in particolare nella PA di Bolzano, una crescente difficoltà a reperire medici per questo servizio, come già evidenziato con riferimento agli anni 2001-2006 ("Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale" Rapporto Osservasalute 2009). A fronte di un valore di riferimento pari a 0,20 (per 1.000), che peraltro coincide con il dato italiano, vi è una forte discrepanza all'interno del territorio italiano. Ad eccezione delle regioni del Sud ed Isole, che presentano anche valori di molto superiori rispetto al benchmark e all'Umbria, le restanti regioni presentano valori di molto inferiori, con tendenza in diminuzione. Il valore più basso si registra nella PA di Bolzano con 0,04 MCA per 1.000 abitanti, mentre il valore più alto in Basilicata (0,74 MCA per 1.000 abitanti).

**Tabella 1** - Tasso (per 1.000) di Medici di Medicina Generale (e per scelte), Pediatri di Libera Scelta (e per scelte) e Medici di Continuità Assistenziale per regione - Anni 2006, 2011

Regioni	MMG		MMG/Scelte		PLS		PLS/Scelte		MCA	
	2006	2011	2006	2011	2006	2011	2006	2011	2006	2011
Piemonte	0,91	0,85	0,89	0,85	0,84	0,84	1,13	1,05	0,10	0,08
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,96	0,81	0,96	0,82	1,17	1,08	1,40	1,29	0,09	0,09
Lombardia	0,81	0,78	0,80	0,78	0,91	0,89	1,20	1,07	0,11	0,10
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,62</i>	<i>0,64</i>	<i>0,59</i>	<i>0,64</i>	<i>0,67</i>	<i>0,78</i>	<i>0,98</i>	<i>1,02</i>	<i>0,14</i>	<i>0,04</i>
<i>Trento</i>	<i>0,92</i>	<i>0,85</i>	<i>0,90</i>	<i>0,84</i>	<i>1,12</i>	<i>1,00</i>	<i>1,29</i>	<i>1,13</i>	<i>0,16</i>	<i>0,09</i>
Veneto	0,87	0,80	0,86	0,81	0,91	0,87	1,09	1,00	0,15	0,13
Friuli Venezia Giulia	0,96	0,88	0,95	0,87	0,91	0,85	1,22	1,07	0,10	0,13
Liguria	0,71	0,89	0,95	0,90	0,93	1,00	1,24	1,14	0,10	0,10
Emilia-Romagna	0,89	0,82	0,89	0,83	1,14	1,09	1,30	1,21	0,17	0,14
Toscana	0,97	0,89	0,90	0,90	1,04	0,99	1,25	1,14	0,22	0,18
Umbria	0,98	0,95	0,98	0,97	1,07	1,04	1,31	1,21	0,27	0,25
Marche	0,93	0,89	0,92	0,90	0,96	0,94	1,17	1,12	0,21	0,20
Lazio	1,06	0,98	0,99	0,96	1,11	1,04	1,30	1,22	0,11	0,11
Abruzzo	0,96	0,95	0,95	0,96	1,15	1,11	1,33	1,24	0,35	0,30
Molise	1,00	0,94	0,98	0,93	0,91	1,00	1,23	1,19	0,43	0,49
Campania	0,89	0,88	0,84	0,87	0,82	0,88	1,10	1,08	0,29	0,21
Puglia	0,96	0,94	0,93	0,92	1,01	1,04	1,23	1,23	0,25	0,24
Basilicata	0,99	0,99	0,96	0,99	0,87	0,86	1,31	1,19	0,72	0,74
Calabria	0,90	0,90	0,92	0,97	0,99	1,03	1,29	1,26	0,58	0,45
Sicilia	0,98	0,97	0,94	0,96	1,11	1,12	1,30	1,30	0,40	0,38
Sardegna	0,92	0,91	0,95	0,93	1,14	1,14	1,39	1,33	0,65	0,58
<b>Italia</b>	<b>0,91</b>	<b>0,87</b>	<b>0,89</b>	<b>0,88</b>	<b>0,98</b>	<b>0,97</b>	<b>1,22</b>	<b>1,15</b>	<b>0,23</b>	<b>0,20</b>

Fonte dei dati: Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2011 - Rapporto Osservasalute 2009. Anno 2010.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I risultati ottenuti suggeriscono che il numero di MMG in attività nelle regioni è commisurato al carico assistenziale potenziale regionale, non presentandosi in nessuna delle regioni un numero di MMG per

1.000 residenti inferiore al valore derivabile dalle indicazioni del legislatore. Ciononostante, sarebbe auspicabile interrompere la tendenza alla diminuzione, peraltro iniziata nel 2006, al fine di evitare che alcune regioni scivolino sotto il valore di riferimento.



Al contrario, la medicina pediatrica sembra soffrire di alcune carenze quantitative e l'analisi dei dati relativi a MMG per scelte e PLS per scelte sembra suggerire che vi sia un passaggio di pazienti pediatrici verso i MMG. Questo quadro evidenzia la necessità di implementare logiche di rimodulazione dell'assistenza primaria pediatrica, anche mediante lo sviluppo di logiche di "medicina di gruppo".

Il dato quantitativo espresso dal valore assunto dal tasso di MCA completa il panorama dell'offerta di servizi di assistenza di base destinati alla popolazione regionale, evidenziando una certa eterogeneità della strutturazione del servizio di guardia medica nel territorio nazionale.

Il quadro ottenuto dall'analisi di questi indicatori può essere utilizzato in fase di programmazione al fine di facilitare le forme associative in *equipe* territoriali, previste dal DPR n. 270/2000 ed il coordinamento

funzionale con i servizi e le attività del distretto.

È possibile, inoltre, favorire l'integrazione dell'attività dei MMG, dei PLS e dei MCA in gruppi che coinvolgono anche gli specialisti, costituendo le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (così come sancito dall'ACN 2005) che si occupano di fornire servizi sanitari sul territorio, riducendo la quantità di prestazione sanitarie erogata impropriamente a livello ospedaliero.

Il coordinamento in gruppi organizzati di professionisti garantisce agli utenti una maggiore accessibilità, fornitura di alcune attività specialistiche e collegamento con gli specialisti per realizzare programmi specifici di tutela, presa in carico dei pazienti, garanzia di continuità assistenziale e maggiori responsabilità sull'assistenza domiciliare in alternativa al ricovero in ospedale.

## Tempi medi di pagamento (*Days of Sales Outstanding*) delle strutture sanitarie pubbliche

**Significato.** Il tema dei tempi medi di pagamento e delle procedure con le quali la Pubblica Amministrazione paga il corrispettivo delle forniture di beni e servizi è, da diversi anni, uno snodo importante della situazione economica del nostro Paese ed è di stretta attualità in un periodo di crisi economica e finanziaria come quella che attraversa non solo l'Italia, ma la maggior parte dei Paesi dell'Occidente globalizzato. In questo contesto, il richiamo alla situazione delle strutture sanitarie è d'obbligo poiché, da un lato esse rappresentano uno dei principali settori di spesa per la categoria di beni e servizi e, dall'altro, sono le strutture che denunciano i maggiori deficit e i maggiori ritardi nei pagamenti in tutte le indagini disponibili.

Uno degli elementi di maggiore disfunzionalità delle Aziende Sanitarie (oltre che uno di quelli storicamente più osservato, anche per l'azione di "esposizione" costruita dalla *business community*) è dato dal ritardo nei pagamenti dei fornitori. Infatti, il ritardo nei pagamenti può essere la spia di inefficienze amministrative ed eccessive rigidità delle procedure di spesa nelle Pubbliche Amministrazioni.

Per la valutazione dei tempi di pagamento vengono utilizzate differenti metodologie; la più diffusa è costitui-

ta dall'indice *Days of Sales Outstanding* (DSO), che rappresenta il numero dei giorni che, mediamente, separano la data di fatturazione dalla data di incasso, ovvero indica il tempo medio di incasso di un'impresa fornitrice.

In particolare, l'indicatore viene calcolato come somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento.

Gli indici DSO vengono mensilmente elaborati (sulla base dei dati di fatturato e scoperto raccolti) attraverso la seguente formula:

$$SDO = \frac{\Sigma \text{scoperto di ciascuna impresa}}{\Sigma \text{fatturato 12 mesi di ciascuna impresa}} \times 360$$

Il valore dell'indicatore rappresenta il tempo medio di ritardo o anticipo del pagamento rispetto alla data di scadenza prevista *ex lege*.

### Tempo medio di pagamento (*Days of Sales Outstanding*)

Numeratore	$\Sigma_{1-12}$ <i>Days of Sales Outstanding</i> rilevati mensilmente
Denominatore	12

**Validità e limiti.** Sebbene l'indicatore utilizzato sia quello che rispecchia maggiormente i tempi medi di pagamento dei fornitori, si precisa che esso non tiene conto dei tempi procedurali legati alla indispensabile fase della liquidazione del credito vantato, né di quella successiva del pagamento dei fornitori (un periodo variabile tra i 10-15 giorni). L'indicatore non si riferisce a tutti gli acquisti di beni e servizi effettuati dalle Aziende Sanitarie, ma ad un settore strategico degli acquisti in Sanità, ossia quello relativo agli strumenti e tecnologie biomediche e diagnostiche. In particolare, i dati utilizzati sono quelli prodotti da Assobiomedica (attraverso le imprese associate) per il settore dei dispositivi medici e si riferiscono ad una rilevazione che raccoglie i tempi di pagamento riscontrati presso le imprese associate, con riferimento ai crediti vantati nei confronti di un campione significativamente statistico di Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere di tutte le regioni.

L'indicatore esprime valori medi regionali e, quindi, non tiene conto della variabilità all'interno di una singola regione.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore di riferimento è pari o inferiore a 60 giorni ed è quello previsto dall'art. 4 comma 5 lettera b del D. Lgs. n. 231/2002, come modificato dal D. Lgs. n. 192/2012. Tale adempimento si inquadra nelle disposizioni nazionali e comunitarie che prevedono, per le Aziende Sanitarie, pagamenti a 60 giorni per i contratti stipulati dal 1 gennaio 2013.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, i tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche sono passati da 300 giorni nel 2011 a 195 giorni del 2014, con una riduzione del 35% (Tabella 1). La riduzione dei tempi medi di pagamento si è verificata, in particolar modo, a partire dal 2012, con una diminuzione più marcata tra il 2013-2014, con un abbattimento dei tempi medi di pagamento del 24,7% in questi 2 anni.

Verosimilmente, tale risultato è dovuto all'entrata in vigore del D. Lgs. n. 192/2012. Tuttavia, sebbene la situazione sia nettamente migliorata nel quadriennio preso in analisi, i tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche si discostano ancora molto da

quanto prescritto dalla normativa vigente ed in particolare, dal D. Lgs. sopra citato.

I dati mostrano, inoltre, un profondo divario tra le regioni (Tabella 1). Infatti, se in tutte le regioni viene riscontrato un trend in diminuzione tra il 2011-2014, i dati anno per anno mostrano che non tutte le regioni hanno fatto il medesimo sforzo per ridurre i tempi medi di pagamento delle Aziende Sanitarie pubbliche, con situazioni limite come in Piemonte ed in Molise, in cui i DSO sono aumentati tra il 2011-2013, per poi ridursi nel 2014.

Altro elemento che mostra una forte eterogeneità tra

le regioni è il valore minimo e massimo rilevato nei tempi medi di pagamento, per cui si passa dai 71 giorni nel 2014 in Valle d'Aosta, valore sostanzialmente in linea con quanto prescritto dalla normativa vigente, ai 794 giorni nel 2014 in Calabria, valore oltre dieci volte superiore a quanto prescritto dalla normativa vigente. In via generale, si riscontra come nelle regioni del Nord i tempi medi di pagamento siano mediamente più bassi del valore nazionale, mentre nelle regioni del Centro-Sud ed Isole i tempi di pagamento siano più elevati del dato nazionale e ancora molto lontani dal benchmark.

**Tabella 1** - *Tempi medi (giorni) di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche per regione - Anni 2011-2014*

Regioni	2011	2012	2013	2014
Piemonte	274	288	298	234
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	112	101	76	71
Lombardia	112	105	100	88
Trentino-Alto Adige*	91	88	82	80
Veneto	281	277	236	151
Friuli Venezia Giulia	95	90	87	81
Liguria	196	198	159	121
Emilia-Romagna	288	284	226	138
Toscana	247	257	240	188
Umbria	160	162	134	134
Marche	157	155	115	91
Lazio	387	350	312	223
Abruzzo	216	194	173	138
Molise	835	893	874	790
Campania	773	763	587	350
Puglia	313	340	275	206
Basilicata	140	146	142	136
Calabria	929	968	933	794
Sicilia	286	274	242	244
Sardegna	312	281	207	156
<b>Italia</b>	<b>300</b>	<b>298</b>	<b>259</b>	<b>195</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati Assobiomedica. Anno 2015.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il perdurare dei ritardati pagamenti, da parte delle strutture sanitarie pubbliche, può essere riconducibile ad un insieme di altri fattori, quali le diffuse inefficienze gestionali interne, con riferimento in particolare ai flussi di cassa, nonché la limitata efficacia delle norme introdotte dal legislatore nazionale per contrastare i ritardati pagamenti.

Infatti, nonostante le operazioni straordinarie di finanziamento disposte negli ultimi 2 anni in favore dei fornitori della Pubblica Amministrazione abbiano prodotto risultati sensibili in termini di riduzione dei tempi di pagamento, i DSO delle strutture sanitarie pubbliche sono ancora ben al di sopra di quanto prescritto dalla normativa nazionale ed europea. In tal senso, si sottolinea come il 18 giugno 2014 la Commissione Europea abbia aperto una procedura di infrazione contro l'Italia, tuttora in atto, ritenendo l'Italia responsa-

bile di aver violato la Direttiva europea sui ritardi dei pagamenti, entrata in vigore nel marzo del 2013.

Il Rapporto Osservasalute ritiene opportuno proseguire il monitoraggio dei DSO nei prossimi anni, anche al fine di verificare se lo strumento della fatturazione elettronica, introdotto il 31 marzo 2015, contribuirà in maniera importante, come si ipotizza, alla riduzione dei tempi di pagamento delle Aziende Sanitarie pubbliche, nonché alla conoscenza in tempo reale e in maniera puntuale dell'ammontare della spesa pubblica per singolo Ente.

### Riferimenti bibliografici

(1) Guglieri A. et al. (2015), I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Dati 2014 e anni precedenti. Centro Studi Assobiomedica, Studi N.31, Maggio 2015.

## Struttura delle Aziende Sanitarie Locali per superficie e popolazione

**Significato.** Negli ultimi anni si è assistito ad una progressiva riduzione del numero di Aziende Sanitarie Locali (ASL) e di Aziende Ospedaliere e nei prossimi anni il trend è quello di ridurre ulteriormente il loro numero.

L'indicatore, che si focalizza unicamente sulle ASL, è composto da tre dimensioni strutturali delle stesse: il numero, la popolazione servita e la superficie territoriale raggiunta.

### Popolazione media per Azienda Sanitaria Locale

Numeratore	Aziende Sanitarie Locali
Denominatore	Popolazione residente al 1 gennaio

### Superficie media per Azienda Sanitaria Locale

Numeratore	Aziende Sanitarie Locali
Denominatore	Superficie in km <sup>2</sup>

**Validità e limiti.** L'indicatore esprime, per quanto riguarda la popolazione e la superficie per ASL, valori medi regionali e, quindi, non tiene conto della variabilità tra ASL all'interno di una singola regione (variabilità attesa soprattutto nelle grandi regioni con conglomerati urbani).

Inoltre, la struttura risente di caratteristiche difficilmente riconducibili a strategie di politica sanitaria, come la struttura del territorio e le differenziazioni amministrative (Province).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il riferimento è il valore nazionale.

### Descrizione dei risultati

Tra il 2002-2015, il numero di ASL è passato da 197 a 139, riducendosi di 58 unità, pari a quasi un terzo (29%) (Tabella 1). In particolare, la riduzione del numero di ASL è avvenuta in 12 delle 21 regioni e PA: Piemonte, PA di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Marche (che ha adottato un modello organizzativo che prevede un'unica

Tali dimensioni dovrebbero bene evidenziare le differenze gestionali ed organizzative dell'assistenza territoriale a livello regionale: poche ASL, grandi e densamente popolate, richiedono per funzionare un forte decentramento di responsabilità a livello dipartimentale e distrettuale, ma dovrebbero garantire maggiori economie di scala. Le ASL più piccole o meno densamente popolate, invece, sono di più facile gestione accentrata, ma con minori economie di scopo e di scala.

Azienda regionale), Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria.

Conseguentemente, la popolazione media per ASL è aumentata (+51% a livello nazionale) e nel 2015 è di 437.379 abitanti. A livello regionale, se nel 2002 vi erano unicamente 2 regioni (Lombardia e Sicilia) in cui la popolazione media per ASL superava i 500 mila abitanti, nel 2015 le regioni e PA in cui la popolazione media per ASL supera tale soglia sono 8 (Lombardia, PA di Trento, PA di Bolzano, Emilia-Romagna, Marche, Campania, Puglia e Sicilia); nella maggioranza delle regioni la dimensione comune delle ASL è diventata quella provinciale. Si riscontra, inoltre, una forte eterogeneità nel dimensionamento del bacino di utenza medio delle ASL, passando, nel 2015, da una media di 128.298 abitanti in Valle d'Aosta e 207.911 abitanti in Sardegna a 1.550.796 abitanti nelle Marche.

La superficie media per ASL è anch'essa aumentata e varia tra le regioni: si passa dagli 875 km<sup>2</sup> in Veneto, ai 6.200 km<sup>2</sup> nella PA di Trento, 7.400 km<sup>2</sup> nella PA di Bolzano e 9.401 km<sup>2</sup> nelle Marche.

**Tabella 1** - ASL (valori assoluti), popolazione (valori assoluti) e superficie (valori in km<sup>2</sup>) per regione - Anni 2002, 2015

Regioni	ASL		Popolazione		Superficie	
	2002	2015	2002	2015	2002	2015
Piemonte	22	13	191.576	340.344	1.155	1.953
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	1	119.548	128.298	3.264	3.264
Lombardia	15	15	602.170	666.841	1.591	1.591
Bolzano-Bozen	4	1	115.750	518.518	1.850	7.400
Trento	1	1	477.017	537.416	6.200	6.200
Veneto	21	21	215.604	234.647	875	875
Friuli Venezia Giulia	6	5	197.294	245.424	1.307	1.572
Liguria	5	5	314.357	316.653	1.084	1.084
Emilia-Romagna	13	8	306.411	556.314	1.702	2.807
Toscana	12	12	291.484	312.721	1.916	1.916
Umbria	4	2	206.457	447.381	2.114	4.232
Marche	13	1	113.122	1.550.796	796	9.401
Lazio	12	12	426.034	491.035	1.436	1.436
Abruzzo	6	4	210.399	332.894	1.799	2.708
Molise	4	1	80.150	313.348	1.110	4.461
Campania	13	7	438.610	837.361	1.046	1.953
Puglia	12	6	335.059	681.684	1.613	3.257
Basilicata	5	2	119.554	288.310	1.998	5.037
Calabria	11	5	182.861	395.326	1.371	3.044
Sicilia	9	9	552.110	565.787	2.856	2.856
Sardegna	8	8	203.985	207.911	3.011	3.013
<b>Italia</b>	<b>197</b>	<b>139</b>	<b>289.318</b>	<b>437.379</b>	<b>1.529</b>	<b>2.173</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati Ministero della Salute e Istituto Nazionale di Statistica. Anno 2015.

#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Sebbene sia diffuso il consenso sulla necessità di riorganizzare la rete territoriale e la delega di responsabilità, non è altrettanto facile indicare quale sia la dimensione e la struttura delle ASL che garantisca al meglio il raggiungimento di questo equilibrio.

Rafforzando il livello di decentramento delle ASL, attraverso la delega di responsabilità verso i Distretti Sanitari e i Dipartimenti di Prevenzione, si è in grado di rispondere più adeguatamente alle esigenze e all'individuazione dei bisogni sanitari secondo le condizioni geomorfologiche e demografiche regionali.

## Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** In tale voce è ricompreso il costo del personale delle Aziende Sanitarie, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e dei Policlinici Universitari pubblici appartenente ai ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo,

nonché il costo relativo alla corresponsione dell'indennità per il personale universitario.

L'obiettivo dell'indicatore è mostrare la quota di spesa allocata per il personale nelle diverse regioni.

### *Percentuale della spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale sul totale della spesa sanitaria*

Numeratore	Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale	
		x 100
Denominatore	Spesa sanitaria	

### *Spesa pro capite per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale*

Numeratore	Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale
Denominatore	Popolazione media residente (assoluta e ponderata)

**Validità e limiti.** La fonte principale per l'analisi della spesa sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) deriva dai dati che ogni Azienda Sanitaria è tenuta ad inviare al Ministero della Salute.

L'analisi è stata svolta sia prendendo in considerazione la popolazione bacino di utenza del SSN, sia la popolazione pesata, per tener conto del bisogno potenziale di assistenza. La prima popolazione è costituita dai residenti del territorio di riferimento; la seconda è costituita dalla popolazione di riferimento ponderata per la struttura per età. I pesi impiegati per la ponderazione sono quelli utilizzati, attualmente, per la procedura di riparto tra le regioni del fabbisogno sanitario nazionale.

L'indicatore non tiene conto del personale convenzionato con il SSN e dell'attività intramoenia. Inoltre, non viene fatta alcuna distinzione tra le varie professionalità ricomprese nel personale dipendente del SSN. Infine, la sua dinamica temporale è influenzata dalla crescente esternalizzazione dei servizi prima svolti da personale interno alle Aziende Sanitarie.

Al fine di poter meglio comprendere le dinamiche dell'indicatore, sarebbe auspicabile disaggregare il dato complessivo di spesa evidenziandone la ripartizione per ruoli ricoperti dal personale (ruolo sanitario, tecnico, amministrativo e professionale). Inoltre, laddove i dati lo consentissero, poiché nell'ambito del SSN è presente anche il personale convenzionato, al fine di avere un quadro più completo ed esaustivo sulla spesa per il personale nel suo complesso, sarebbe interessante completare l'indicatore anche con le informazioni su questa tipologia di personale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono indicazioni specifiche sulla spesa per personale dipendente del SSN. Pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

### **Descrizione dei risultati**

L'incidenza della spesa per personale dipendente del SSN sulla spesa sanitaria totale si è ridotta di 1,0 punti percentuali tra il 2010-2013, passando dal 33,2% al 32,2% (Tabella 1).

Il contenimento della spesa è stato maggiore nelle regioni sottoposte a Piano di Rientro (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia), in cui il peso della spesa per il personale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale è passato, nel complesso, dal 33,1% del 2010 al 31,7% del 2013. In questo gruppo di regioni, tuttavia, la situazione non è omogenea. Infatti, 3 regioni (Lazio, Campania e Molise) presentano nel quadriennio di riferimento valori inferiori o uguali al dato nazionale, mentre altre 3 regioni (Abruzzo, Calabria e Sicilia) valori costantemente superiori al valore nazionale.

Un contenimento della dinamica si è registrato anche nelle regioni non sottoposte a Piano di Rientro (Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata), in cui l'incidenza della spesa per personale dipendente del SSN passa, complessivamente, dal 35,2% del 2010 al 34,3% del 2013. In questo gruppo di regioni, le uniche che presentano nel quadriennio di riferimento valori inferiori al dato nazionale sono la Lombardia e il Veneto.

Le realtà in controtendenza, nel periodo 2010-2013, sono la PA di Bolzano e la PA di Trento, la Valle d'Aosta e la Sardegna, in cui il peso della spesa per il personale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale, nel 2013, si mantiene stabile o superiore al valore registrato nel 2010.

L'analisi dei dati relativi alla spesa per il personale, rapportata alla popolazione residente nel periodo 2010-2013, mostra una diminuzione del 4,4%, pas-

## ASSETTO ISTITUZIONALE-ORGANIZZATIVO

351

sando da un valore di 606,9€ a 580,1€ (Tabella 2). Tuttavia, un'analisi più approfondita consente di verificare come questo valore non sia frutto di una diminuzione lineare ma, al contrario, sia la risultante dei diversi trend che hanno caratterizzato il periodo di studio. Infatti, tra il 2010-2011, la spesa si è ridotta dell'1,75%, mentre il 2012 ha registrato tassi positivi di crescita della stessa (0,91%), che poi si è drasticamente ridotta nel 2013 (-3,59%).

Questo andamento irregolare caratterizza tutte le regioni e le PA, con l'eccezione di Lombardia e Molise che, al contrario, hanno registrato una costante diminuzione della spesa in tutto il periodo analizzato.

I dati disaggregati relativi al 2013 ci consentono, inoltre, di verificare come esista una profonda differenza a livello regionale nei valori di spesa pro capite grezza: la spesa più alta, pari a 1.161,1€, si registra nella

PA di Bolzano, seguita dagli 888,5€ della Valle d'Aosta, mentre le regioni con una spesa pro capite minore sono la Campania, la Puglia e il Lazio, che registrano valori inferiori a 500€ pro capite.

Il dato sulla spesa per il personale pro capite pesata, ossia ponderata rispetto alla distribuzione demografica della popolazione assistita, rende più omogeneo il dato di spesa. Tuttavia, non sembrano esserci grosse differenze con l'analisi precedente e, infatti, le regioni con una spesa per personale maggiore sono, comunque, la PA di Bolzano, la Valle d'Aosta e la PA di Trento, tutte regioni a statuto speciale, mentre le regioni con minore spesa pro capite sono il Lazio, la Puglia, la Lombardia e la Campania, con valori che vanno da un minimo di 498,6€ nel Lazio ad un massimo di 537,2€ in Campania.

**Tabella 1** - Spesa (valori percentuali) per personale dipendente del SSN sul totale della spesa sanitaria per regione - Anni 2010-2013

Regioni	2010	2011	2012	2013
Piemonte	35,1	34,8	34,4	34,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	41,3	40,5	40,5	41,8
Lombardia	28,9	28,2	28,1	27,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>50,1</i>	<i>49,5</i>	<i>51,5</i>	<i>52,8</i>
<i>Trento</i>	<i>36,7</i>	<i>35,7</i>	<i>36,0</i>	<i>36,5</i>
Veneto	31,6	31,4	31,5	31,4
Friuli Venezia Giulia	39,0	38,0	37,8	38,3
Liguria	36,3	35,7	35,5	35,3
Emilia-Romagna	35,5	35,6	34,2	34,7
Toscana	37,0	36,6	35,9	34,4
Umbria	37,8	37,4	37,2	37,6
Marche	37,2	36,7	36,6	36,4
Lazio	27,8	27,4	26,7	26,8
Abruzzo	33,8	33,5	32,6	33,1
Molise	32,6	32,3	30,7	30,8
Campania	32,2	31,3	30,2	29,7
Puglia	30,3	30,0	29,5	28,6
Basilicata	37,2	36,4	36,9	36,7
Calabria	37,4	37,2	36,2	35,8
Sicilia	35,0	34,4	33,9	33,7
Sardegna	37,2	36,6	36,3	37,0
Italia	33,2	32,7	32,2	32,2

**Fonte dei dati:** Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Il monitoraggio della spesa sanitaria, Giugno 2014.

**Tabella 2** - Spesa pro capite (valori in €) del personale dipendente del SSN per regione - Anni 2010-2013

Regioni	2010		2011		2012		2013	
	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata
Piemonte	668,7	632,4	658,6	623,3	623,2	659,1	642,1	598,5
Valle d'Aosta	888,4	871,7	877,4	860,1	864,4	880,7	888,5	871,9
Lombardia	521,2	521,8	515,7	516,8	514,0	513,5	512,1	513,5
Bolzano-Bozen	1.083,8	1.151,0	1.081,9	1.147,6	1.162,4	1.089,2	1.161,1	1.264,0
Trento	775,9	788,7	779,8	793,2	778,0	765,2	793,2	817,2
Veneto	566,2	568,7	557,8	560,0	564,6	560,9	558,3	561,4
Friuli Venezia Giulia	775,1	723,9	767,9	717,8	719,1	769,3	772,7	712,2
Liguria	728,2	640,3	715,3	631,0	634,2	722,6	695,9	590,4
Emilia-Romagna	682,6	653,6	680,1	653,9	643,2	674,0	675,4	642,5
Toscana	702,7	660,4	698,7	657,8	645,5	688,8	672,0	621,3
Umbria	681,5	644,7	678,0	643,5	633,1	671,0	677,8	633,9
Marche	669,0	642,3	657,4	631,8	625,9	653,3	637,2	605,4
Lazio	539,2	543,1	521,7	525,6	545,8	542,1	493,5	498,6
Abruzzo	583,3	571,9	576,7	566,1	571,6	583,2	578,8	562,1
Molise	658,8	637,3	654,1	633,3	646,2	667,8	632,1	602,9
Campania	554,0	611,4	520,8	573,0	617,2	558,5	472,4	537,2
Puglia	533,4	558,0	519,1	541,0	547,2	521,6	485,4	511,2
Basilicata	667,4	670,9	667,9	670,2	669,7	666,3	654,1	653,0
Calabria	633,7	656,8	626,8	649,4	662,0	638,5	603,2	629,6
Sicilia	591,1	618,1	581,3	607,4	618,2	591,1	556,1	588,4
Sardegna	691,4	699,4	694,0	698,0	684,8	673,3	707,9	709,0
<b>Italia</b>	<b>606,9</b>	<b>606,9</b>	<b>596,3</b>	<b>596,3</b>	<b>601,7</b>	<b>601,7</b>	<b>580,1</b>	<b>580,1</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati del Ministero della Salute. Anno 2015 - Istat. Dati al 1 gennaio 2013.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2013, la spesa per il personale ammonta a 35,169 miliardi di euro, circa il 32% della spesa totale, e registra un decremento dell'1,4% medio annuo (-4,1% assoluto) nel periodo 2010-2013, a fronte di una riduzione media annua della spesa sanitaria dell'1% (-2,9% assoluto); è l'aggregato di spesa del SSN che ha subito i tagli maggiori tra il 2010-2013. La diminuzione della spesa è, sostanzialmente, il risultato delle politiche di blocco del *turnover* attuate dalle regioni sotto Piano di Rientro e delle misure di contenimento della spesa per il personale, portate avanti autonomamente dalle altre regioni, nonché dell'utilizzo di forme alternative di acquisizione delle

risorse umane. La dinamica dell'aggregato negli anni più recenti è, inoltre, influenzata dal blocco delle procedure contrattuali relative al biennio economico 2010-2012, nonché della previsione di un limite (vigente sino al 31 dicembre 2014) al riconoscimento di incrementi retributivi al personale dipendente, che non può eccedere il livello vigente nel 2010, fatto salvo il riconoscimento della indennità di vacanza contrattuale (art. 9 e art. 17 del DL n. 78/2010, convertito con Legge n. 122/2010).

### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero dell'Economia e delle Finanze, Il monitoraggio della spesa sanitaria. Anno 2014.



## Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** Nel 2013, i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono 670.648, di cui il 66,83% è costituito da personale medico e dal comparto afferente ai ruoli sanitari. Al fine di poter programmare, con anticipo, il fabbisogno di personale occorre considerare la struttura per età del personale.

L'obiettivo del presente indicatore è quello di rappresentare la struttura demografica del personale dipendente del SSN su un arco di tempo quadriennale (2010-2013). L'analisi è stata effettuata anche suddividendo la popolazione di riferimento per genere (in quanto l'età di pensionamento è diversa).

### Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

$$\frac{\text{Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età}}{\text{Totale dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale}} \times 100$$

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al quadriennio 2010-2013 e sono quelli acquisiti dalle strutture con il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<sup>1</sup>. Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono indicazioni specifiche sulla struttura per età del personale dipendente del SSN, pertanto come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2013, il personale dipendente del SSN è composto, prevalentemente (76,30%), da persone di età compresa tra i 40-59 anni (Grafico 1). Inoltre, i dati mostrano come sia più elevata la quota di personale di età  $\geq 60$  anni (8,30%) rispetto a quella di età  $< 30$  anni (2,21%). A livello regionale, su quest'ultimo aspetto, si registra un marcato divario Nord-Sud ed Isole: infatti, nel Nord è più elevata la percentuale (valore medio pari a 19,86%) di personale di età  $< 39$  anni (in particolare, in Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta ed Emilia-Romagna), mentre nel Centro-Sud ed Isole prevale la componente (valore medio pari a 11,27%) di personale di età  $\geq 60$  anni (in particolare, in Campania, Molise e Sicilia).

L'analisi per genere mostra che, nel 2013, le donne rappresentano il 65,35% del personale dipendente, mentre gli uomini il 34,65% (dati del Conto Annuale, Ragioneria Generale dello Stato). Per quanto riguarda, infatti, il personale di età  $< 60$  anni, le donne sono più numerose degli uomini in tutte le fasce di età (0-29, 30-39, 40-49 e 50-59 anni). A livello regionale, questa ultima statistica è confermata in tutte le regioni, ad eccezione del Molise, della Calabria e della Sicilia.

Al di là del divario Nord-Sud ed Isole, già rimarcato nell'analisi generale e che risulta ancora più evidente

nel caso degli uomini (Grafico 2), i dati mostrano come, in via generale, nel SSN la percentuale di donne di età  $< 30$  anni sia maggiore di quella degli uomini della medesima classe di età (Grafico 2 e 3). Inoltre, il personale dipendente del SSN di genere femminile risulta essere, in media, più giovane di quello maschile; a livello nazionale, le donne di età  $< 40$  anni sono il 17,14% del totale delle donne dipendenti del SSN (19,91% per il Nord, 17,24% per il Centro e 10,41% per il Meridione). Questa percentuale diventa pari a 12,13% se si guarda ai dipendenti di genere maschile (17,01% per il Nord, 12,75% per il Centro e 6,71% per il Meridione).

Come trend, tra il 2010-2013 (Grafico 4), a fronte di un aumento, rispettivamente, di 3,50 e di 3,30 punti percentuali del personale nella fascia di età 50-59 anni e nella fascia di età 60 anni ed oltre, si è registrato un decremento di 4,50 punti percentuali nella fascia di età 30-39 anni. Se si considera che anche la classe di età 0-29 anni registra un decremento di 0,89 punti percentuali, si evince come vi sia in atto un forte squilibrio generazionale nel personale dipendente del SSN.

Analizzando la situazione per macroaree geografiche, con riferimento alla variazione nelle classi di età 0-29 e 60 anni ed oltre, emerge come, rispetto alle regioni del Nord e del Centro, che comunque presentano una variazione negativa di personale di età  $< 29$  anni a fronte di un aumento di personale di età  $\geq 60$  anni (per le regioni del Nord il differenziale tra le due classi di età è di 1,60 punti percentuali, mentre per le regioni del Centro il differenziale è di 1,94 punti percentuali), le regioni del Meridione presentano un differenziale tra queste due classi di età di 4,21 punti percentuali.

Prendendo in esame, invece, la struttura per classe di età del solo personale medico del SSN (nel 2013 il personale medico è stato il 16,13% del totale personale SSN), a livello nazionale i medici di età 50-59 anni sono il 48,05% (percentuale di poco inferiore rispetto al

<sup>1</sup>Gli Autori desiderano ringraziare l'Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico ed, in particolare, gli Uffici III e V per aver fornito i dati regionali.

2010), mentre quelli di età 40-49 anni sono il 23,91% (nel 2010 erano il 26,58%). Nella fascia di età 50-59 anni si è registrato, sia a livello nazionale (Grafico 5) che nelle macroaree geografiche Nord, Centro e Mezzogiorno, il calo di unità più importante nel periodo 2010-2013 (-3,72 punti percentuali a livello nazionale, -2,40 punti percentuali al Nord, -3,05 punti percentuali al Centro e -5,52 punti percentuali nel Mezzogiorno).

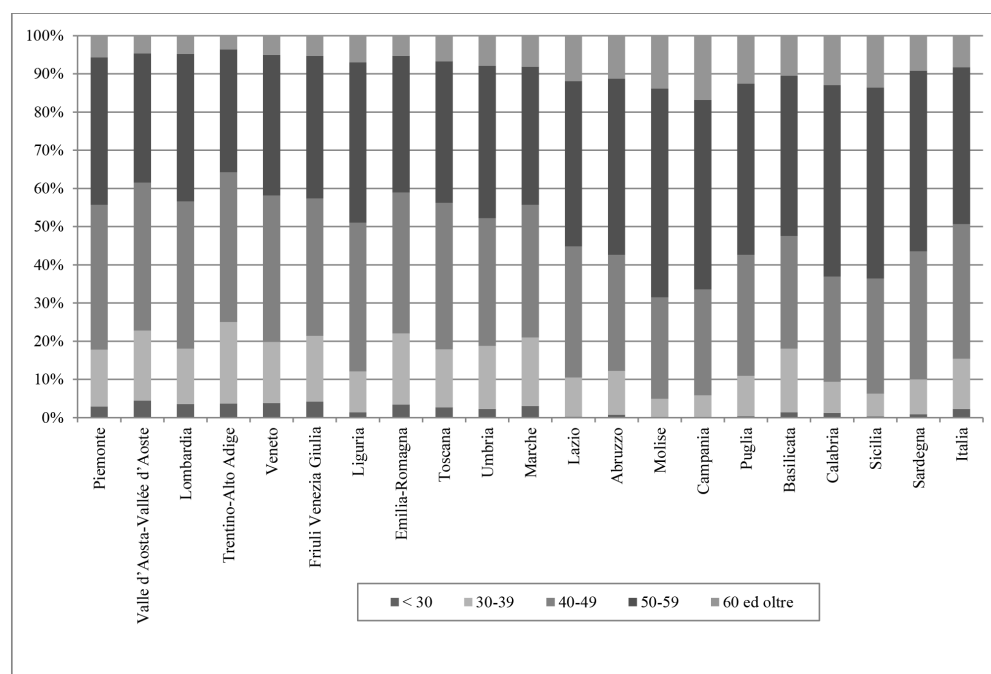
Tuttavia, a differenza del trend evidenziato precedentemente per il personale dipendente del SSN nel suo complesso, per i medici tra il 2010-2013 si evidenzia un incremento solo del personale di età >60 anni (7,59%), mentre nella classe del personale di età <39 anni si registra una sostanziale stabilità (-0,07%).

Prendendo, invece, in considerazione il personale di età compresa tra i 40-49 anni, si registra un decremento del 2,67%.

Esaminando la struttura per classe di età del solo personale infermieristico (Grafico 6) del SSN (nel 2013 il

personale infermieristico è stato il 40,43% del totale personale SSN), a livello nazionale gli infermieri nella fascia di età 40-49 anni sono il 44,07% del totale degli infermieri dipendenti dal SSN (nel 2010 erano il 40,07%). A differenza di quanto evidenziato per il personale dipendente del SSN nel suo complesso e per il personale medico dipendente del SSN, in questa fascia di età si registra, quindi, un aumento di unità. Gli infermieri compresi, invece, nelle fasce di età 50-59 anni e 30-39 anni sono, rispettivamente, il 31,26% ed il 17,22% del totale (nel 2010 erano il 26,51% ed il 25,40%). I dati riportati nel Grafico 6 confermano, infatti, che il calo più significativo di unità si è verificato, sia a livello nazionale che nelle macroaree geografiche (in ordine decrescente, Nord, Mezzogiorno e Centro), nella fascia di età 0-39 anni. Al contrario, vi è stato un aumento di personale infermieristico nelle fasce di età 40-49, 50-59 e 60 anni ed oltre (3,45 punti percentuali, 4,76 punti percentuali e 1,63 punti percentuali, rispettivamente, a livello nazionale).

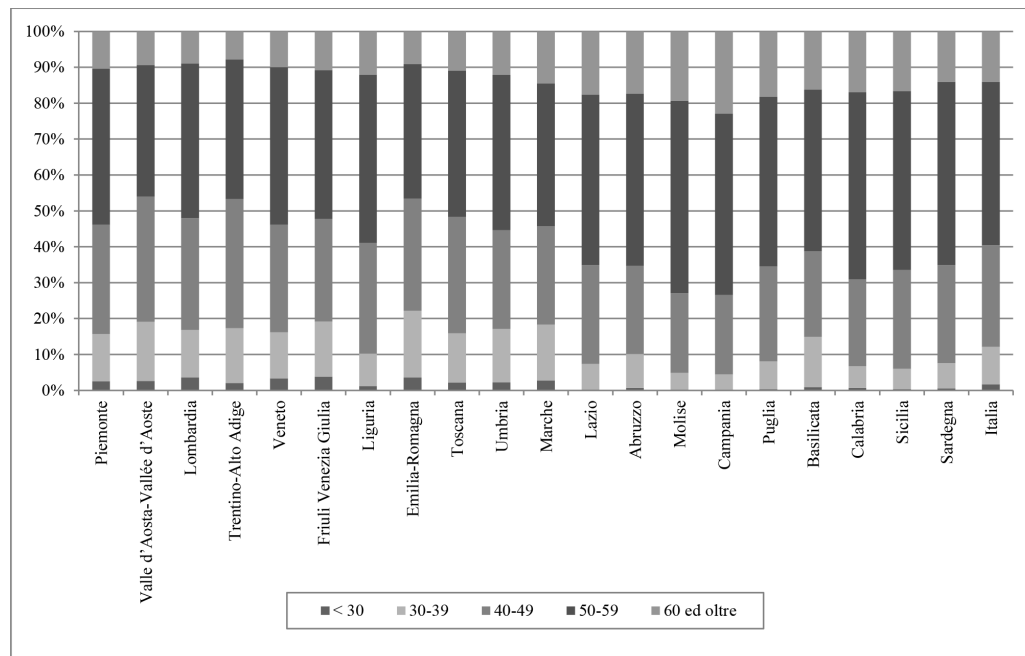
**Grafico 1** - Personale (valori percentuali) dipendente del SSN per classe di età e regione - Anno 2013



**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2013.

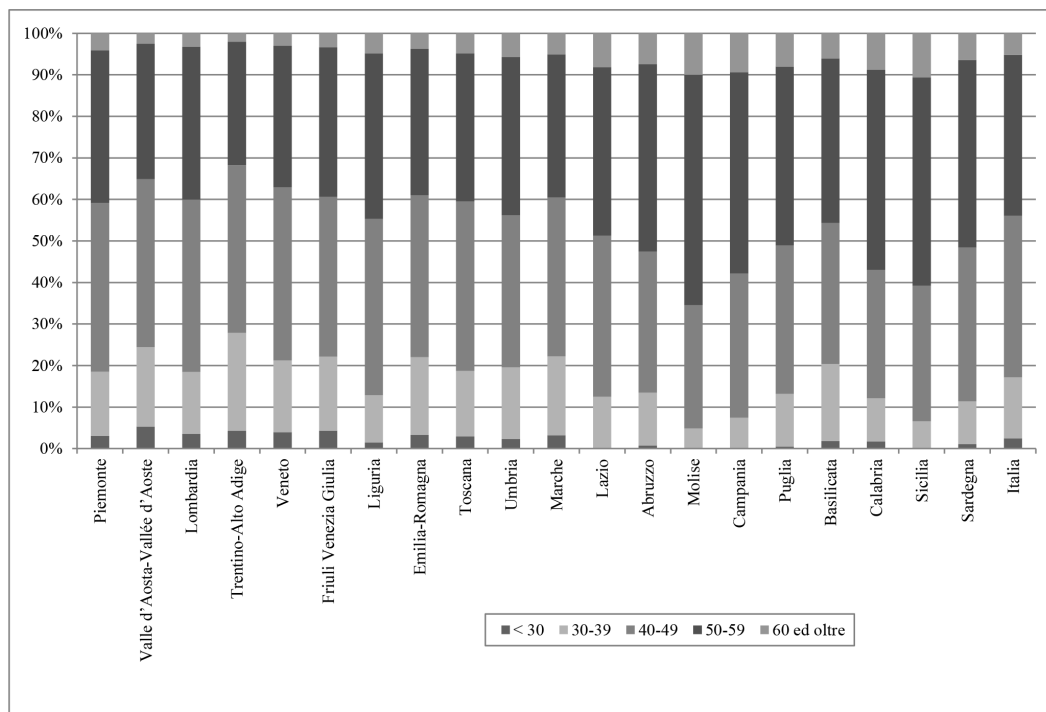
ASSETTO ISTITUZIONALE-ORGANIZZATIVO

**Grafico 2** - Personale (valori percentuali) dipendente del SSN per classe di età e regione. Maschi - Anno 2013



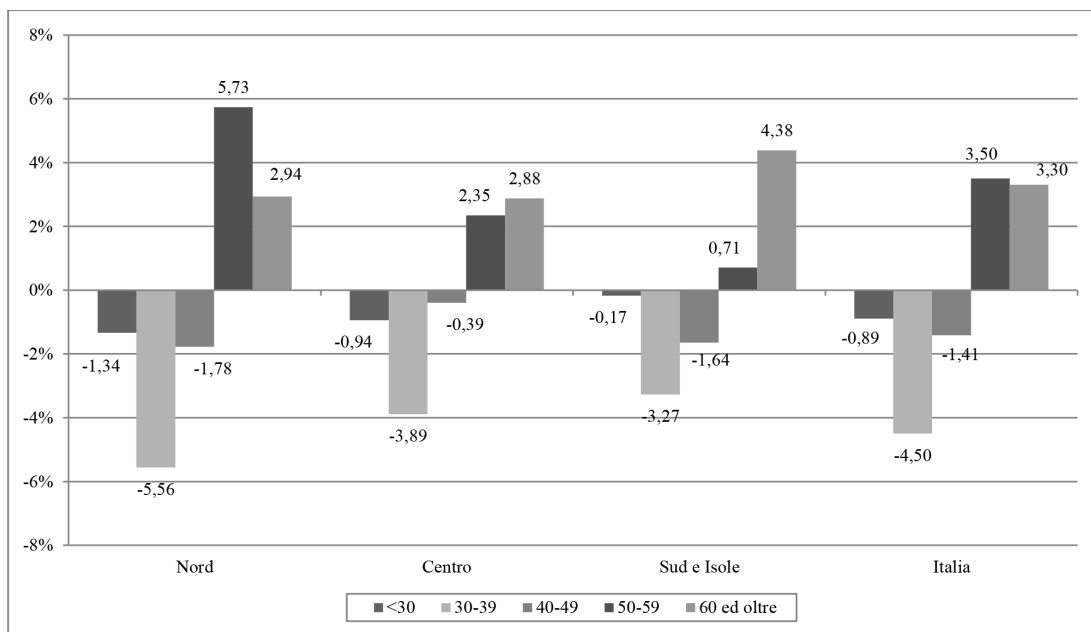
**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2013.

**Grafico 3** - Personale (valori percentuali) dipendente del SSN per classe di età e regione. Femmine - Anno 2013



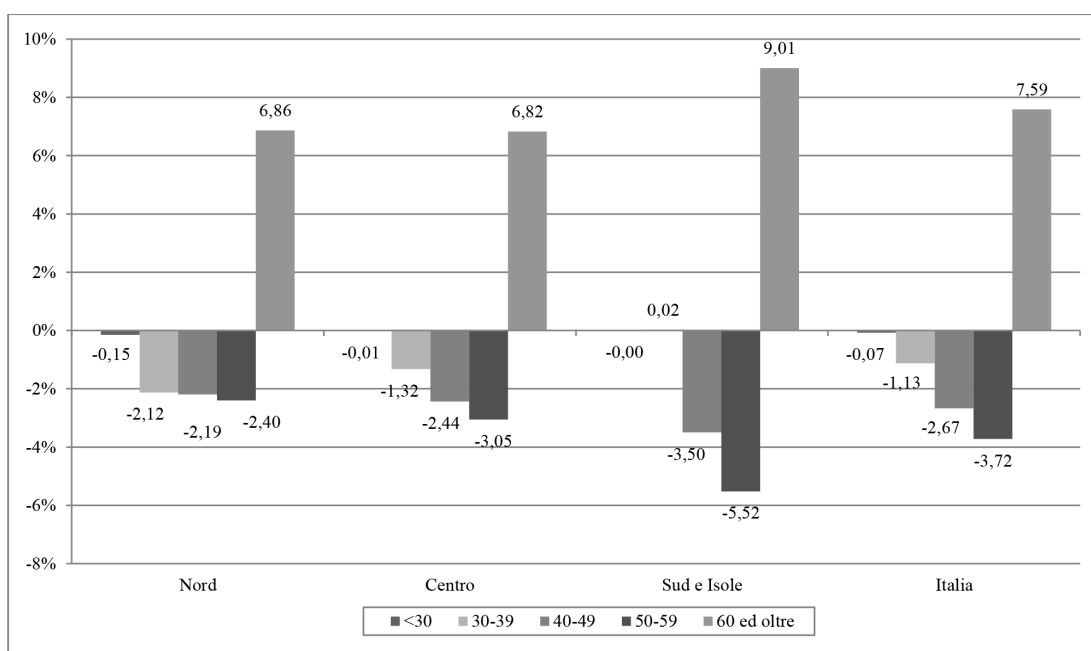
**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2013.

**Grafico 4** - Distribuzione (variazione percentuale) del personale dipendente del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2010-2013



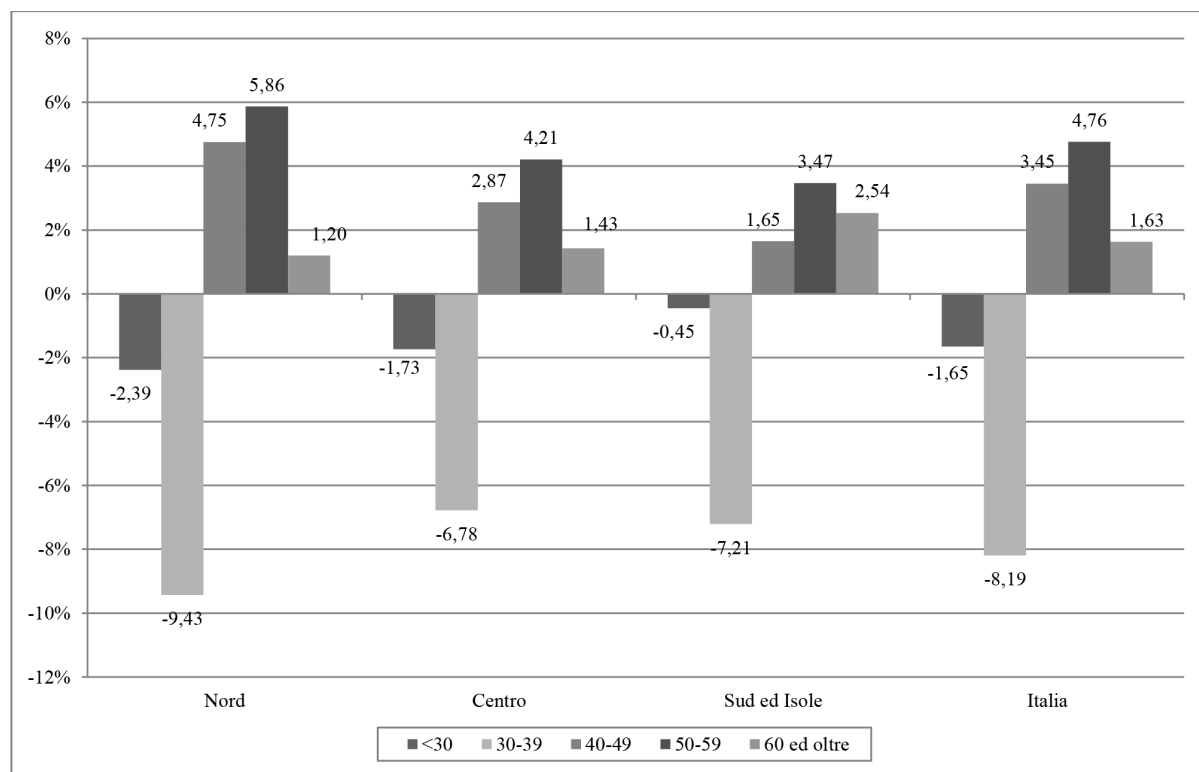
**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2013.

**Grafico 5** - Distribuzione (variazione percentuale) del personale medico del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2010-2013



**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2013.

**Grafico 6** - Distribuzione (variazione percentuale) del personale infermieristico del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2010-2013



**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2013.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Così come sottolineato nel nuovo Patto per la Salute 2014-2016 (2), siglato il 10 luglio 2014, nel quale si afferma di voler valorizzare le risorse umane del SSN, ma senza maggiori oneri a carico della finanza pubblica, tra i tanti aspetti inerenti il personale del SSN il blocco del *turnover* per le regioni in Piano di Rientro rimane una criticità importante, visti i vincoli insiti in questa misura. Le azioni previste dai Piani di Rientro, infatti, si concretizzano in interventi con effetti sulla riduzione della spesa e interventi complementari a corredo. Tra gli interventi con effetti sulla riduzione della spesa, le azioni previste riguardano, tra le altre, la macroarea del personale. Una delle misure adottate in tutti i Piani di Rientro, ad esempio, è il limite di

spesa per il personale del Servizio Sanitario Regionale (SSR), individuata nella misura della spesa sostenuta nell'anno precedente allo stesso piano 2004, ridotta di una percentuale individuata in fase di programmazione. Se a questa misura si aggiungono le nuove norme in materia pensionistica e le leggi regionali con le quali il legislatore, in molti casi, ha provveduto ad una riduzione della dotazione organica del SSR, il risultato è quello evidenziato in questo studio di forte disallineamento tra regioni in Piano di Rientro e non.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. Anno 2010.
- (2) Patto per la Salute 2014-2016.

## Compensazione del *turnover*

**Significato.** Il tasso di compensazione del *turnover* è un indicatore di flusso il cui calcolo è fondamentale in fase di programmazione del personale: serve a dare la dimensione del volume di entrate e di uscite che l'organizzazione ha dovuto gestire nel corso del periodo preso in considerazione. In particolare, vengono esaminati i dati storici sul personale per giungere a considerazioni sul fabbisogno futuro. Tuttavia, poiché un

certo numero di assunzioni (che tecnicamente nel Conto Annuale viene chiamato "Entrati nel periodo") è legato, in realtà, a stabilizzazioni del personale con contratto a tempo determinato o di lavoratori socialmente utili, al fine di tenere conto di questo possibile fattore di confondimento, l'indicatore viene presentato al netto degli entrati nel periodo a seguito di stabilizzazioni.

### Tasso di compensazione del *turnover*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Entrati nel periodo - Stabilizzati nel periodo (anno di riferimento)  
Usciti nel periodo (anno di riferimento)

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al quadriennio 2010-2013 e sono quelli acquisiti dalle strutture, con il Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<sup>1</sup>. In particolare, l'aggregato "Entrati nel periodo" comprende: 1. i nominati da concorso; 2. gli stabilizzati da contratto a tempo determinato o da Lavoro Socialmente Utile; 3. le assunzioni per chiamata diretta o numerica (categorie protette); 4. i passaggi da altra amministrazione; 5. altre cause. L'aggregato "Usciti nel periodo", invece, comprende: 1. il collocamento a riposo per limiti di età; 2. le dimissioni (con diritto a pensione); 3. i passaggi per esternalizzazioni; 4. i passaggi ad altre amministrazioni; 5. la risoluzione del rapporto di lavoro (40 anni contribuzione); 6. altre cause; 7. i licenziamenti (questo dato è disponibile per i soli anni 2011, 2012 e 2013). Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Se il tasso di compensazione è >100, significa che vi è stato un ampliamento dell'organico, mentre se è <100 l'organico ha subito una contrazione.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, i dati presentati in Tabella 1 mostrano come il tasso di compensazione del *turnover*, al netto delle procedure di stabilizzazione, sia in tutti e 4 gli anni presi a riferimento <100, il che significa che, sostanzialmente, l'organico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha subito una contrazione. Analizzando il trend tra il 2010-2012 si evince, inoltre, che il tasso di compensazione si è, costantemente, ridotto nel periodo considerato, arrivando a segnare 68,9 punti percentuali nel 2012, circa 10 punti percentuali in meno rispetto all'anno precedente (78,2% nel 2011).

Con il 2013, invece, si è invertito questo trend di marcata contrazione fatto registrare dal 2010 in poi. Infatti, proprio il 2010, è l'anno in cui si è osservata l'inversione di tendenza rispetto al biennio 2008-2009. Nel 2013, si parla di inversione di tendenza alla luce degli 85,6 punti percentuali fatti registrare a livello nazionale.

A livello regionale, invece, si riscontra una forte eterogeneità del tasso di compensazione del *turnover*, con unicamente 7 regioni (Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Basilicata e Sardegna) che mostrano, nel 2013, valori >100. Negli anni 2010 e 2011, invece, le regioni che presentavano un valore >100 erano 4 (Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Toscana e Marche nel 2010; Valle d'Aosta, Umbria, Abruzzo e Basilicata nel 2011), lasciando, quindi, intendere un ampliamento dell'organico del SSN in quelle regioni, indipendentemente dalle procedure di stabilizzazione. Nel 2012, invece, le regioni che presentavano un valore >100 erano 2 (Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige).

Nel 2013, si riscontra, inoltre, un divario Nord-Sud ed Isole meno marcato rispetto agli anni precedenti: in passato, nelle regioni del Nord il tasso di compensazione, sebbene <100, mostrava valori più elevati rispetto a quelle del Centro-Sud ed Isole; nel 2013, invece, la tendenza è confermata, ma con un divario molto meno marcato rispetto agli anni precedenti (nel 2013 il Nord ha registrato una percentuale di 89,0 punti, il Centro di 96,9 e il Meridione di 64,8 punti).

Da segnalare i tassi di compensazione del *turnover* di Piemonte, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia (rispettivamente, 55,7%, 42,8%, 7,9%, 32,7%, 8,8% e 59,8%), che presentano tutti valori <60%. Tali valori sono, probabilmente, imputabili anche agli effetti derivanti dai Piani di Rientro, in cui le regioni sono impegnate.

<sup>1</sup>Gli Autori desiderano ringraziare l'Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico ed, in particolare, gli Uffici III e V per aver fornito i dati regionali.

**Tabella 1** - Tasso (per 100) di compensazione del turnover al netto delle procedure di stabilizzazione per regione - Anni 2010-2013

Regioni	2010	2011	2012	2013
Piemonte	94,4	43,3	92,6	55,7
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	226,5	103,2	136,8	403,8
Lombardia	80,8	94,6	59,1	86,7
Trentino-Alto Adige*	94,3	85,5	118,5	152,9
Veneto	90,1	79,3	69,0	111,4
Friuli Venezia Giulia	78,0	92,4	93,1	123,5
Liguria	61,7	89,9	51,3	85,2
Emilia-Romagna	111,2	83,8	83,0	65,4
Toscana	103,0	96,5	67,7	92,8
Umbria	75,7	108,7	96,1	100,3
Marche	100,3	91,3	58,6	69,7
Lazio	37,7	25,0	24,0	89,9
Abruzzo	96,5	131,0	90,6	42,8
Molise	75,4	6,5	7,7	7,9
Campania	27,6	69,9	23,2	32,7
Puglia	66,2	40,0	23,7	77,7
Basilicata	48,0	130,8	52,1	215,6
Calabria	27,4	65,6	7,6	8,8
Sicilia	76,6	89,8	95,3	59,8
Sardegna	76,5	80,0	75,5	208,9
<b>Italia</b>	<b>81,9</b>	<b>78,2</b>	<b>68,9</b>	<b>85,6</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anni 2010-2013.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Alla luce della forte inversione di tendenza osservata nel 2013, rispetto al biennio 2011-2012, si raccomanda il monitoraggio di questo indicatore nei prossimi anni. Anche in questo caso, infatti, si denota una marcata differenza tra il tasso di compensazione delle regioni in Piano di Rientro e quelle non in Piano di Rientro o, comunque, sottoposte unicamente a pro-

gramma operativo. Non va dimenticato che, in materia di contenimento della spesa (uno degli obiettivi generali dei piani di rientro), quella rappresentata dal personale del Servizio Sanitario Regionale è la macroarea a più alto impatto economico.

### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute. Anno 2010.