

Assetto istituzionale-organizzativo

Dieci anni di federalismo

Le modifiche apportate nel 2001 al Titolo V della Costituzione, hanno introdotto importanti novità nell'assetto istituzionale-organizzativo delle Regioni. Infatti, la potestà legislativa in materia sanitaria viene trasferita alle Regioni, mentre rimane di competenza del Governo centrale la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che sono le prestazioni ed i servizi essenziali per la tutela, la cura ed il recupero della salute che vanno assicurati a tutti ed in maniera uniforme in tutto lo Stato. In particolare, alle Regioni (livello decentrato) spetta l'attuazione concreta del governo e della spesa sanitaria per il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati a livello centrale. Inoltre, hanno competenza esclusiva nell'organizzare e regolamentare servizi ed attività destinate alla tutela della salute e fissano autonomamente i criteri di finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere (AO). Le Regioni hanno anche il compito di definire criteri e modalità con cui le aziende sanitarie ed i comuni garantiscono l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie di rispettiva competenza. Deve, cioè, essere realizzata, a livello dei Distretti sanitari, una gestione integrata dei processi assistenziali, sociali e sanitari.

A 10 anni dall'approvazione del D. Lgs. n. 56/2000 ed a quasi 1 anno dall'entrata in vigore della Legge n. 42/2009 "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'art. n. 119 della Costituzione", l'attenzione di ricercatori e politici è tesa a verificare, alla luce del nuovo assetto istituzionale, quali sono/saranno le implicazioni per la sanità, anche cercando di trarre spunto dal periodo di "transizione federalistica" che ha caratterizzato il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) fino ad 1 anno fa.

L'obiettivo di questa sezione introduttiva è proporre un quadro sintetico di come è cambiata, a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, l'organizzazione della sanità nelle regioni, con particolare riferimento al personale medico dipendente del SSN (Tabella 1), al numero di ASL e relativa popolazione media di riferimento (Tabella 2) ed al numero di AO e Presidi Ospedalieri e relativo numero medio di posti letto (Tabella 3).

Per quanto riguarda il primo aspetto (Tabella 1), tendenzialmente sia a livello nazionale che nella maggior parte delle regioni tra il 2001 ed il 2007, vi è stato un aumento del personale medico dipendente del SSN per 1.000 abitanti. Tuttavia, se a livello nazionale la variazione in aumento è lieve (3,43%), in buona parte delle regioni del Sud (Molise, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia) ed in 2 regioni del Nord (Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia) tale incremento è ben al di sopra della media nazionale (da +9,36% in Molise a ben +18,67% in Basilicata e +20,83% in Valle d'Aosta). Nelle regioni del Centro-Nord, invece, le variazioni sono simili a quelle riscontrate a livello nazionale. Un altro trend da segnalare riguarda, sostanzialmente, le 3 regioni in cui vi è stata una riduzione del personale medico dipendente del SSN (Lombardia in testa, con -11,49% ed a seguire Veneto ed Umbria, con circa -4%) e le 2 in cui il valore è rimasto invariato (Marche e Sardegna).

Per quanto riguarda, invece, il secondo indicatore, numero di ASL, relativa popolazione e superficie (Tabella 2), tra il 2002 ed il 2009, vi è stata, a livello nazionale, una sostanziale riduzione del numero di ASL (-52 ASL). Tale riduzione è avvenuta in modo massiccio sostanzialmente in 6 regioni (Marche, Piemonte, Molise, Campania, Puglia e Calabria) per un totale di 39 ASL in 7 anni ed in maniera minore, anche se talvolta significativa, in altre 5 regioni (Trentino-Alto Adige, Molise, Basilicata, Emilia-Romagna ed Abruzzo). Tali riduzioni hanno portato, in questo medesimo arco di tempo, ad un incremento sia della popolazione media per ASL (+124.786 abitanti per ASL a livello nazionale) che della superficie media per ASL (+549 km² a livello nazionale). Tuttavia, è doveroso precisare che l'aumento della popolazione media per ASL è anche imputabile all'incremento generale della popolazione residente nel nostro Paese, che è passata da 56 milioni e 993.742 nel 2002 a 60 milioni e 45.068 abitanti nel 2009. Infatti, anche nel Lazio ed in Lombardia, in cui il numero di ASL è rimasto il medesimo, la popolazione media per ASL è aumentata in maniera significativa (+42.859 nel Lazio e +47.342 in Lombardia).

Infine, per quanto riguarda le strutture ospedaliere di natura pubblica, tra il 2002 ed il 2007, il numero di AO è lievemente diminuito (-6 unità), mentre una riduzione più forte si riscontra per i Presidi di ASL (-104 unità), anche se in taluni casi può non essere imputabile ad una chiusura delle strutture, ma, piuttosto, ad un loro accorpamento in una struttura di maggiori dimensioni. In particolare, questo fenomeno è avvenuto in maniera lieve in 8 delle 12 regioni coinvolte (Piemonte, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Molise e Sardegna), mentre nelle altre 4 regioni (Veneto, Emilia-Romagna, Campania e Puglia) la riduzione del numero di Presidi è stata molto più accentuata. Le uniche 2 regioni in controtendenza sono Lazio e Basilicata in cui, tra il 2002 ed il 2007, si è assistito ad un aumento del numero di Presidi. Per quanto riguarda le AO, si assiste ad una

riduzione più o meno importante del numero medio di posti letto, coerentemente con quanto sancito dalla normativa nazionale, sostanzialmente in tutte le regioni (sia ove sono diminuite le strutture, sia in quelle in cui il numero di strutture è rimasto invariato). In tal senso, Friuli Venezia Giulia, Marche, Puglia e Sardegna sono in controtendenza, avendo più che raddoppiato il numero medio di posti letto. Lo stesso trend si riscontra nei Presidi di ASL in cui, in via generale, nello stesso arco temporale, il numero medio di posti letto si è ridotto.

Tabella 1 - Tassi (per 1.000) di personale medico dipendente del SSN e variazioni percentuali, per regione - Anni 2001, 2007

Regioni	2001	2007	Δ %
Piemonte	1,91	1,95	2,09
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,92	2,32	20,83
Lombardia	1,48	1,31	-11,49
Trentino-Alto Adige	1,69	1,78	5,33
Veneto	1,66	1,58	-4,82
Friuli Venezia Giulia	1,75	1,96	12,00
Liguria	1,94	2,06	6,19
Emilia-Romagna	1,88	1,91	1,60
Toscana	1,98	2,06	4,04
Umbria	2,23	2,14	-4,04
Marche	1,80	1,80	0,00
Lazio	1,67	1,75	4,79
Abruzzo	2,06	2,13	3,40
Molise	2,03	2,22	9,36
Campania	1,65	1,88	13,94
Puglia	1,49	1,62	8,72
Basilicata	1,66	1,97	18,67
Calabria	1,92	2,19	14,06
Sicilia	1,84	2,10	14,13
Sardegna	2,26	2,26	0,00
Italia	1,75	1,81	3,43

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2003. Anno 2003 - Ministero della Salute. Annuario statistico. Anno 2010 - Istat. www.demo.istat.it per la popolazione. Anno 2010.

Tabella 2 - Numero di ASL, popolazione media per ASL e superficie media per ASL (km²), per regione - Anni 2002, 2009

Regioni	2002			2009		
	N ASL	Pop. per ASL	Superficie media ASL	N ASL	Pop. per ASL	Superficie media ASL
Piemonte	22	191.576	1.155	13	340.967	1.954
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	119.548	3.264	1	127.065	3.263
Lombardia	15	602.170	1.591	15	649.512	1.591
Trentino-Alto Adige	5	188.113	2.721	2	509.329	6.803
Veneto	21	215.604	876	21	232.645	876
Friuli Venezia Giulia	6	197.294	1.307	6	205.156	1.307
Liguria	5	314.357	1.084	5	323.013	1.084
Emilia-Romagna	13	306.411	1.702	11	394.362	2.041
Toscana	12	291.484	1.916	12	308.985	1.916
Umbria	4	206.457	2.114	4	223.556	2.114
Marche	13	113.122	746	1	1.569.578	9.366
Lazio	12	426.034	1.436	12	468.893	1.434
Abruzzo	6	210.399	1.799	4	333.669	2.699
Molise	4	80.150	1.110	1	320.795	4.438
Campania	13	438.610	1.046	7	830.423	1.941
Puglia	12	335.059	1.613	6	679.950	3.228
Basilicata	5	119.554	1.998	2	295.301	4.997
Calabria	11	182.861	1.371	5	401.742	3.016
Sicilia	9	552.110	2.856	9	559.755	2.856
Sardegna	8	203.985	3.011	8	208.875	3.011
Italia	197	289.318	1.529	145	414.104	2.078

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2003. Anno 2003 - Istat. www.demo.istat.it. Anno 2010 - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. http://www.agenas.it/assistenza_distrettuale.html. Anno 2009.

Tabella 3 - Numero di AO e di Presidi di ASL e numero medio di posti letto - Anni 2002, 2007

Regioni	N AO		N medio posti letto AO		N Presidi ASL		N medio posti letto Presidi ASL	
	2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007
Piemonte	7	8	661	611	34	30	257	250
Valle d'Aosta	0	0	0	0	1	1	434	415
Lombardia	29	29	843	722	11	9	219	213
Trentino-Alto Adige	0	0	0	0	20	16	212	217
Veneto	2	2	1.672	1.459	74	34	208	391
Friuli Venezia Giulia	4	3	701	767	13	11	189	107
Liguria	3	3	936	702	12	12	335	276
Emilia-Romagna	5	5	1.009	986	32	21	281	420
Toscana	4	4	1.016	863	38	35	242	203
Umbria	2	2	679	615	9	9	160	139
Marche	4	2	317	594	31	29	129	112
Lazio	8	8	821	760	60	62	167	143
Abruzzo	0	0	0	0	22	22	223	188
Molise	0	0	0	0	6	5	217	221
Campania	10	10	590	542	54	43	126	149
Puglia	6	2	770	1.051	57	31	137	281
Basilicata	2	2	426	400	7	8	214	135
Calabria	4	4	481	426	32	32	96	83
Sicilia	20	20	461	380	49	49	110	88
Sardegna	3	3	253	524	29	28	178	132
Italia	113	107	704	647	591	487	179	190

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2003. Anno 2003 - Ministero della Salute. Anno 2010.

Il processo di *devolution* ha fatto sì che le regioni potessero organizzarsi autonomamente in ambito sanitario.

Tuttavia, malgrado a livello complessivo spesso si riscontri una “spaccatura” tra il Nord ed il Sud, almeno per gli ambiti qui analizzati non sembra esserci una sostanziale differenza; l’unico trend che sembra essere più accentuato nelle regioni del Meridione è quello riguardante il personale medico dipendente.

L’obiettivo di questo capitolo è, pertanto, quello di proporre, in considerazione della riforma del Titolo V della Costituzione, un quadro sintetico dell’offerta sanitaria rispetto alla dimensione istituzionale ed organizzativa e dell’organizzazione della sanità nelle regioni.

Per quanto riguarda la prima dimensione, anche per quest’anno, come già fatto in alcune edizioni passate, il Rapporto Osservasalute ricostruisce la “struttura del settore” (*industry*) indagando l’evoluzione della quota relativa del “mercato” detenuta dalle strutture ospedaliere per acuti e di riabilitazione, sia raggruppandole in base alla loro natura economica (pubblica, privata, *no profit*), sia in relazione al numero di strutture e di posti letto detenuti dal pubblico e dal privato accreditato. A tale proposito, la letteratura ha ampiamente dimostrato che la natura giuridica ed i conseguenti assetti di *governance*, assumono un’elevata rilevanza nella comprensione delle dinamiche di un sistema sanitario.

L’altro indicatore elaborato riguarda fattori più squisitamente organizzativi essendo inerenti al personale professionale del SSN. A tale proposito è stata posta l’attenzione sull’analisi dell’evoluzione del personale medico ed infermieristico dipendente del SSN. Le ragioni sono molteplici, ma, comunque, hanno tutte a che fare con la centralità giocata da questa specifica componente professionale nei processi di assistenza. Infatti, in una fase di un profondo mutamento della demografia nel nostro Paese, che in parte ha già portato e che in futuro spingerà ulteriormente a rimodulare il fabbisogno di queste categorie professionali, abbiamo voluto verificarne la disponibilità in termini di unità/popolazione residente.

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
Italia	778	655	530	542	41	45

*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
Italia	206.335	175.839	48.338	45.864	19	21

*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)

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimessi per istituto (acuzie e riabilitazione)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Dimessi di tutte le strutture per acuti e di riabilitazione}} \times 100$$

Quota relativa di mercato riferita al fatturato

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Fatturato per istituto}}{\text{Denominatore} \quad \text{Fatturato di tutte le strutture per acuti}} \times 100$$

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
Totale strutture Acuti	1.186	1.103	1.075	1.064	1.046	-12
Strutture di riabilitazione						
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
Totale strutture Riabilitazione	413	503	501	513	515	25

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
Strutture di riabilitazione						
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

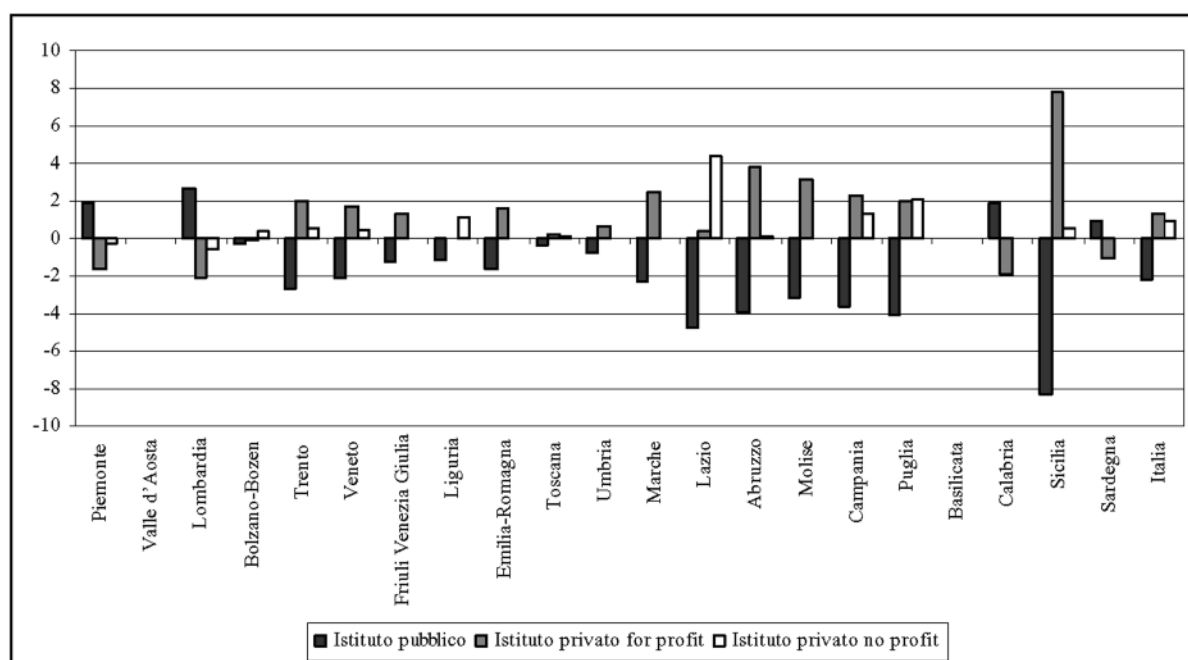
Fonte dei dati: Elaborazione su dati Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

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
Italia	81,1	12,5	6,4	78,9	13,8	7,4

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	x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente	

Tasso di personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale	x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente	

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
Italia	105.652	105.860	106.917	1,2	1,80	1,80	1,80	0,0

*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
Italia	252.506	265.444	264.177	4,6	4,31	4,50	4,45	3,2

*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.