



## Assetto istituzionale-organizzativo

Il Rapporto Osservasalute, ogni anno, analizza e monitora l'impatto sullo stato di salute della popolazione dei determinanti organizzativi e gestionali dei diversi Sistemi Sanitari Regionali.

Questo Capitolo è dedicato ad aspetti rilevanti dei modelli organizzativi delle Aziende e delle Istituzioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), quali la forza lavoro e le competenze, le tecnologie sanitarie, le soluzioni di *Information e Communication Technology*, i processi e le procedure.

In particolare, in continuità con le precedenti Edizioni, il Capitolo focalizza la sua attenzione su uno degli elementi cardine del SSN: le risorse umane e il lavoro. Nello specifico, in riferimento al personale dipendente del SSN, si rappresentano sia gli aspetti di natura economica, quali la spesa pro capite grezza e pesata per personale dipendente, sia importanti aspetti di natura programmatica, quali la demografia del personale e il tasso di compensazione del *turnover*.

Il Capitolo, inoltre, è arricchito da un *Box* sul Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali e la sua applicazione nel settore sanitario, argomento quanto mai attuale vista la tematica cruciale che coinvolge tutti gli *stakeholder*.





## Spesa per il 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 rispetto al totale della spesa sanitaria pubblica.

### Percentuale della spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale sul totale della spesa sanitaria

Numeratore	Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale	
Denominatore	Spesa sanitaria	x 100

### 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 prendendo in considerazione sia la popolazione bacino di utenza del SSN che 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 che prima venivano svolti da personale interno delle 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'incidenza della spesa per personale dipendente del SSN sulla spesa sanitaria totale si è ridotta di 1,5 punti percentuali tra il 2013-2016, passando dal 32,1% al 30,6% (Tabella 1); si conferma il trend già osservato a partire dal 2010 (1).

Il contenimento della spesa più elevato si è registrato, prevalentemente, nelle regioni sottoposte a Piano di Rientro (PdR) (Campania, Calabria, Sicilia e Lazio) e in 2 regioni del Centro-Nord (PA di Bolzano e

Toscana). In questo gruppo di regioni, tuttavia, la situazione non è omogenea. Infatti, 2 regioni (Lazio e Campania) presentano, nel quadriennio di riferimento, valori inferiori al dato nazionale, mentre le altre 4 regioni (Calabria, Sicilia, PA di Bolzano e Toscana) presentano valori costantemente superiori al dato nazionale.

Nel periodo considerato, in 2 regioni non sottoposte a PdR (Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia), si è registrato un aumento della spesa, seppur di entità differente, in controtendenza rispetto al dato nazionale. In entrambe le regioni appena citate, infatti, si registrano valori superiori al dato nazionale (Tabella 1).

L'analisi dei dati relativi alla spesa per il personale rapportata alla popolazione residente nel periodo 2013-2016 mostra una diminuzione del 2,3%, passando da un valore di 580,1€ ad un valore di 566,8€ (Tabella 2); si conferma il trend già osservato a partire dal 2010 (1).

La contrazione della spesa osservata a livello nazionale non si riflette, tuttavia, in tutte le regioni. Sono, infatti, 3 le regioni (Umbria, Marche e Toscana) in cui sia la spesa pro capite grezza che quella pesata sono aumentate tra il 2013-2016. In altre 3 regioni (Sardegna, Valle d'Aosta e Puglia) si osserva un aumento della sola spesa pro capite grezza nel medesimo periodo. Nelle restanti regioni la spesa pro capite è diminuita sia in relazione alla popolazione assoluta che pesata.

I dati disaggregati relativi all'anno 2016 ci consentono, inoltre, di verificare come esista (e persista) una profonda differenza a livello regionale nei valori di spesa pro capite grezza: la spesa più alta, pari a 1.138,2€ (oltre 570€ in più rispetto al dato nazionale), si registra nella PA di Bolzano, seguita dagli 892,2€ (oltre 325€ in più rispetto al dato nazionale) della Valle d'Aosta, mentre le regioni con una spesa pro





## ASSETTO ISTITUZIONALE-ORGANIZZATIVO

403

capite minore sono la Campania, il Lazio, la Puglia e la Lombardia, che registrano valori inferiori a 500€ pro capite.

Il dato sulla spesa 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, difatti, le regioni con una spesa

per personale maggiore rimangono, comunque, la PA di Bolzano, la Valle d'Aosta, la PA di Trento e la Sardegna, tutte regioni a Statuto Speciale, mentre le regioni con minore spesa pro capite rimangono il Lazio, la Lombardia e la Campania, con valori che vanno da un minimo di 463,7€ nel Lazio ad un massimo di 505,0€ in Puglia.

**Tabella 1** - Spesa (valori per 100) per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale sul totale della spesa sanitaria e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2013-2016

Regioni	2013	2014	2015	2016	Δ % (2013-2016)
Piemonte	34,6	34,2	34,5	33,7	-2,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	41,9	44,0	43,2	44,4	6,0
Lombardia	27,6	26,6	26,5	26,4	-4,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>51,0</i>	<i>50,4</i>	<i>49,8</i>	<i>48,9</i>	<i>-4,1</i>
<i>Trento</i>	<i>36,6</i>	<i>36,5</i>	<i>37,2</i>	<i>36,5</i>	<i>-0,3</i>
Veneto	31,5	31,1	30,9	30,3	-3,8
Friuli Venezia Giulia	38,4	39,5	39,7	39,3	2,3
Liguria	35,2	34,5	34,2	34,0	-3,4
Emilia-Romagna	34,7	34,4	33,9	33,6	-3,2
Toscana	36,3	35,5	35,2	34,6	-4,7
Umbria	37,1	37,3	37,1	36,3	-2,2
Marche	36,5	36,1	36,1	35,5	-2,7
Lazio	26,5	25,8	25,3	24,7	-6,8
Abruzzo	33,0	32,1	32,5	31,8	-3,6
Molise	28,4	29,7	30,0	27,6	-2,8
Campania	29,5	28,1	27,3	26,0	-11,9
Puglia	28,6	28,2	28,1	27,5	-3,9
Basilicata	36,9	36,7	36,4	36,0	-2,4
Calabria	35,7	34,2	34,0	33,5	-6,2
Sicilia	33,5	32,7	32,3	31,5	-6,0
Sardegna	37,0	36,7	36,8	36,1	-2,4
<b>Italia</b>	<b>32,1</b>	<b>31,4</b>	<b>31,1</b>	<b>30,6</b>	<b>-4,7</b>

**Fonte dei dati:** Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 4, luglio 2017. Anno 2018.



**Tabella 2** - Spesa (pesata e grezza - valori pro capite in €) per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2013-2016

Regioni	2013		2014		2015		2016		Δ % (2013-2016)	
	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza						
Piemonte	598,5	642,1	588,4	632,0	587,7	631,8	587,8	631,8	-1,8	-1,6
Valle d'Aosta	871,9	888,5	871,7	891,8	859,5	882,3	867,5	892,2	-0,5	0,4
Lombardia	513,5	512,1	503,2	502,3	501,6	499,5	499,5	497,7	-2,7	-2,8
Bolzano-Bozen	1.264,0	1.161,1	1.219,7	1.122,5	1.226,7	1.128,8	1.238,4	1.138,2	-2,0	-2,0
Trento	817,2	793,2	809,6	787,6	801,4	780,2	797,2	777,2	-2,4	-2,0
Veneto	561,4	558,3	555,7	555,2	553,6	554,5	554,1	556,3	-1,3	-0,4
Friuli Venezia Giulia	712,2	772,7	700,5	762,5	693,2	754,9	696,2	759,3	-2,2	-1,7
Liguria	590,4	695,9	584,4	685,0	586,1	685,5	588,3	686,5	-0,3	-1,4
Emilia-Romagna	642,5	675,4	639,1	670,5	636,3	666,1	639,1	666,7	-0,5	-1,3
Toscana	621,3	672,0	622,7	673,2	626,1	676,1	625,9	673,5	0,7	0,2
Umbria	633,9	677,8	638,3	684,7	638,2	685,2	643,6	688,9	1,5	1,6
Marche	605,4	637,2	604,5	638,3	604,1	637,6	609,6	642,8	0,7	0,9
Lazio	498,6	493,5	479,3	468,6	471,1	459,4	463,7	452,5	-7,0	-8,3
Abruzzo	562,1	578,8	555,0	570,4	558,1	573,8	557,8	573,5	-0,8	-0,9
Molise	602,9	632,1	589,5	619,2	584,5	615,0	553,7	580,7	-8,2	-8,1
Campania	537,2	472,4	534,7	470,8	520,4	459,1	504,2	445,2	-6,2	-5,8
Puglia	511,2	485,4	506,2	484,0	506,7	487,2	505,0	486,9	-1,2	0,3
Basilicata	653,0	654,1	646,7	650,3	648,2	652,6	647,7	651,7	-0,8	-0,4
Calabria	629,6	603,2	609,8	584,3	601,0	576,8	603,0	578,4	-4,2	-4,1
Sicilia	588,4	556,1	587,2	555,0	581,1	548,6	578,0	545,7	-1,8	-1,9
Sardegna	709,0	707,9	710,5	726,0	711,0	717,3	704,3	714,4	-0,7	0,9
<b>Italia</b>	<b>580,1</b>	<b>580,1</b>	<b>572,6</b>	<b>572,6</b>	<b>569,2</b>	<b>569,2</b>	<b>566,8</b>	<b>566,8</b>	<b>-2,3</b>	<b>-2,3</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 4, luglio 2017. Anno 2018.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2016, la spesa per il personale ammonta a 34,4 miliardi di euro, il 30,6% della spesa sanitaria totale, e fa registrare nel periodo 2013-2016 una riduzione pari allo 0,5% medio annuo; è l'aggregato di spesa del SSN che, insieme alla farmaceutica convenzionata, ha subito i maggiori tagli a partire dal 2010.

La diminuzione della spesa è, sostanzialmente, il risultato delle politiche di blocco del *turnover* attuate dalle regioni sotto PdR e dalle misure di contenimento della spesa per il personale, comunque, portate avanti autonomamente dalle altre regioni. La dinamica dell'aggregato negli anni più recenti è, inoltre, influenzata dal blocco delle procedure contrattuali relative al biennio economico 2010-2012, nonché dalla previsione di un limite (vigente sino al 31 dicembre 2014) al riconosci-

mento di incrementi retributivi al personale dipendente, che non può eccedere il livello vigente nell'anno 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).

Poiché il personale rappresenta la risorsa cardine del sistema sanitario, considerato il trend della spesa nonché le forti disparità regionali nei livelli di spesa pro capite, si ritiene opportuno monitorare attentamente il dato sulla spesa, da leggere congiuntamente a quello sul tasso di compensazione del *turnover* e alla struttura per età del personale.

### Riferimenti bibliografici

(1) Rapporto Osservasalute 2015, Capitolo "Assetto istituzionale-organizzativo".



## Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** Nel 2016, i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono 648.727, di cui il 66,7% 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 (2013-2016). 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

$$\frac{\text{Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età}}{\text{Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale}} \times 100$$

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al quadriennio 2013-2016 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 2016, il personale dipendente del SSN è composto, prevalentemente (73,2%), 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 (14,4%) rispetto a quella di età  $< 30$  anni (1,6%). A livello regionale, su questo ultimo aspetto, si registra un marcato divario Nord-Sud ed Isole: infatti, nel Nord la percentuale di personale di età  $< 39$  anni è pari al 15,9%, mentre nel Meridione è del 6,2%; al contrario, nel Nord la componente di personale di età  $\geq 50$  anni è del 50,4%, mentre nel Meridione è del 68,1%.

L'analisi per genere mostra che, nel 2016, le donne rappresentano il 66,0% del personale dipendente, mentre gli uomini il 34,0% (dai dati del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato). In particolare, per quanto riguarda il personale di età  $< 50$  anni, le donne sono più numerose degli uomini in tutte le fasce di età (0-29 anni, 30-39 anni e 40-49 anni). A livello regionale, questa ultima statistica è confermata in tutte le regioni.

Al di là del divario Nord-Sud ed Isole, 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 (1,8%) sia maggiore

di quella degli uomini (1,2%) della medesima classe di età (Grafico 2, Grafico 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 13,4% del totale delle donne dipendenti del SSN (16,1% per il Nord, 13,1% per il Centro e 7,2% per il Meridione).

Questa percentuale diviene il 10,4% se si guarda ai dipendenti di genere maschile (15,3% per il Nord, 10,6% per il Centro e 5,1% per il Meridione).

Come trend, nel periodo 2013-2016 (Grafico 4), a fronte di un aumento, rispettivamente di 1,1 e di 6,2 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 4,2 e 2,4 punti percentuali, rispettivamente nella fascia di età 40-49 anni e in quella di età 30-39 anni. Se si considera che anche la classe di età 0-29 anni registra un decremento di 0,6 punti percentuali, si evince come sia in atto un forte squilibrio generazionale nel personale dipendente del SSN.

Nel periodo considerato, si può osservare che l'aumento maggiore del personale ultra 65enne si riscontra nelle regioni del Mezzogiorno (10,1 punti percentuali), seguite da quelle del Centro che fanno registrare un incremento di 5,8% punti percentuali. In decremento in tutte le aree del Paese la quota del personale di età  $< 40$  anni.

Prendendo in esame, invece, la struttura per classe di età del solo personale medico del SSN (nel 2016 il personale medico rappresentava il 16,2% del totale personale dipendente del SSN), a livello nazionale i medici di età 50-59 anni sono il 40,3% (nel 2013 erano il 48,1%), mentre quelli di età 40-49 anni sono il 23,3% (nel 2013 erano il 23,9%). Nella fascia di età 50-59 anni si è registrato, sia a livello nazionale (Grafico 5) che nelle 3 macroaree geografiche considerate, il calo di unità più importante nel periodo

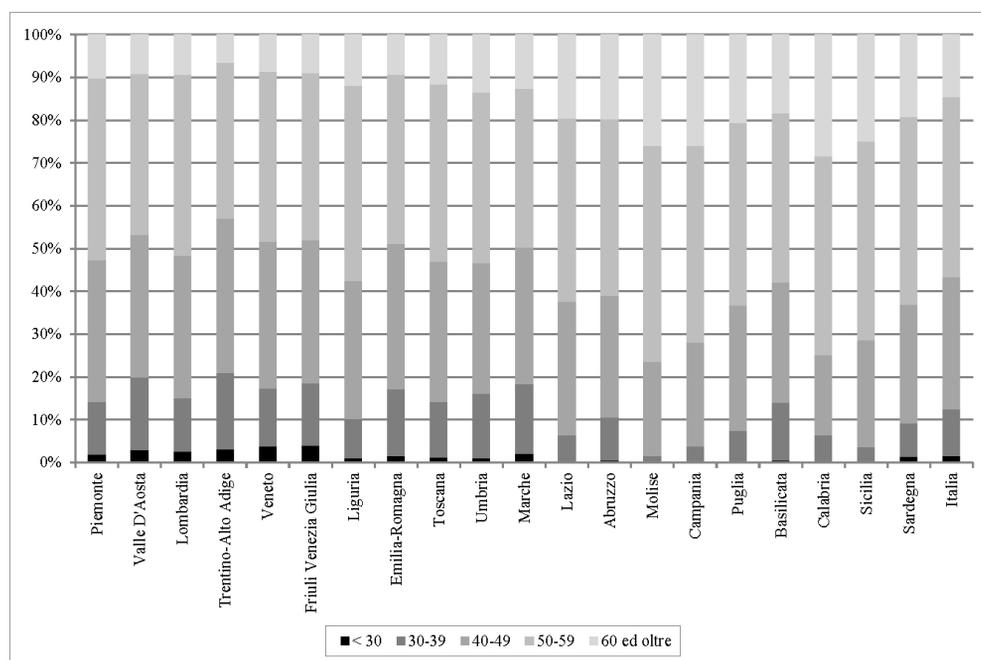
<sup>1</sup>Gli Autori desiderano ringraziare l'Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico e, in particolare, l'Ufficio III per aver fornito i dati regionali.



2013-2016 (-7,74% a livello nazionale, -5,63% al Nord, -5,97% al Centro e -11,26% nel Mezzogiorno). Tuttavia, a differenza del trend evidenziato precedentemente per il personale dipendente del SSN nel suo complesso, per i medici tra il 2013-2016 si evidenzia un incremento solo del personale di età >60 anni (9,83%), mentre nella classe del personale di età <39 anni si registra una diminuzione (-1,48%). Prendendo, invece, in considerazione il personale di età compresa tra i 40-59 anni, si registra un decremento dell'8,34%. Esaminando la struttura per classe di età del solo personale infermieristico (Grafico 6) del SSN (nel 2016 il personale infermieristico rappresentava il 40,8% del totale personale dipendente del SSN, sostanzialmente invariato rispetto al 2013 dove gli infermieri erano il 40,3%), a livello nazionale gli infermieri nella fascia di età 40-49 anni sono il 40,2% del totale degli infermieri

dipendenti del SSN (nel 2013 erano il 44,1%). Rispetto a 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 conferma, quindi, una diminuzione di unità. Gli infermieri compresi, invece, nelle fasce di età 50-59 anni e 30-39 anni sono, rispettivamente, il 36,0% e il 13,8% del totale (nel 2013 erano il 31,3% e il 17,2%). I dati rappresentati nel Grafico 6 confermano che il calo più significativo di unità si è verificato, sia a livello nazionale che nelle 3 macroaree geografiche considerate (in ordine decrescente, Nord, Mezzogiorno e Centro), nella fascia di età 0-39 anni (-4,34%). Al contrario, vi è stato un aumento di personale infermieristico nelle fasce di età 50-59 anni e 60 anni ed oltre (4,77% e 3,41%, rispettivamente, a livello nazionale).

**Grafico 1** - Personale (valori per 100) dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e per regione - Anno 2016

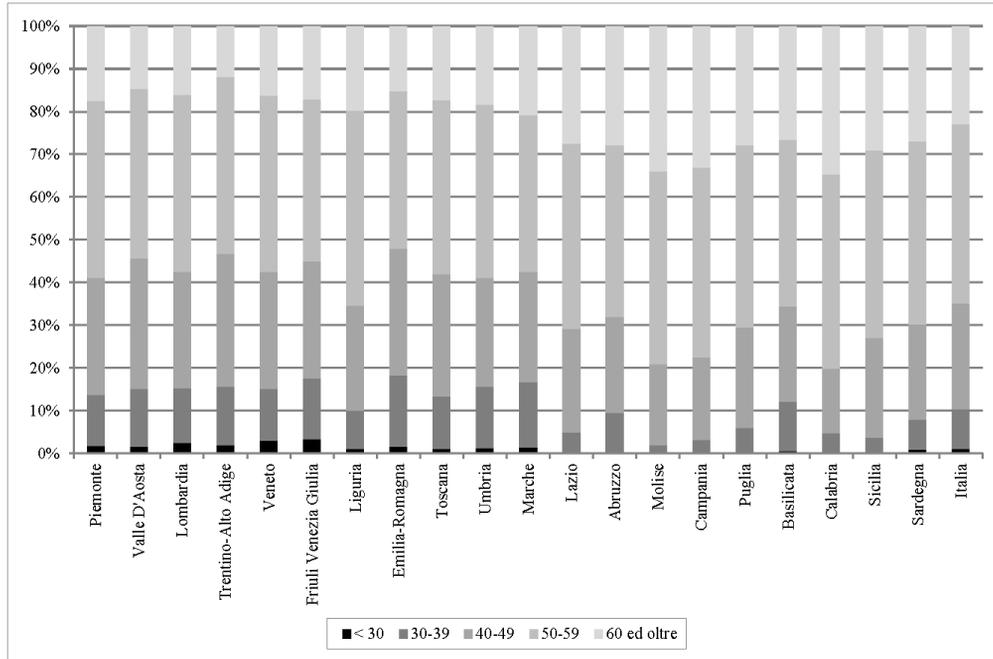


**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2018.



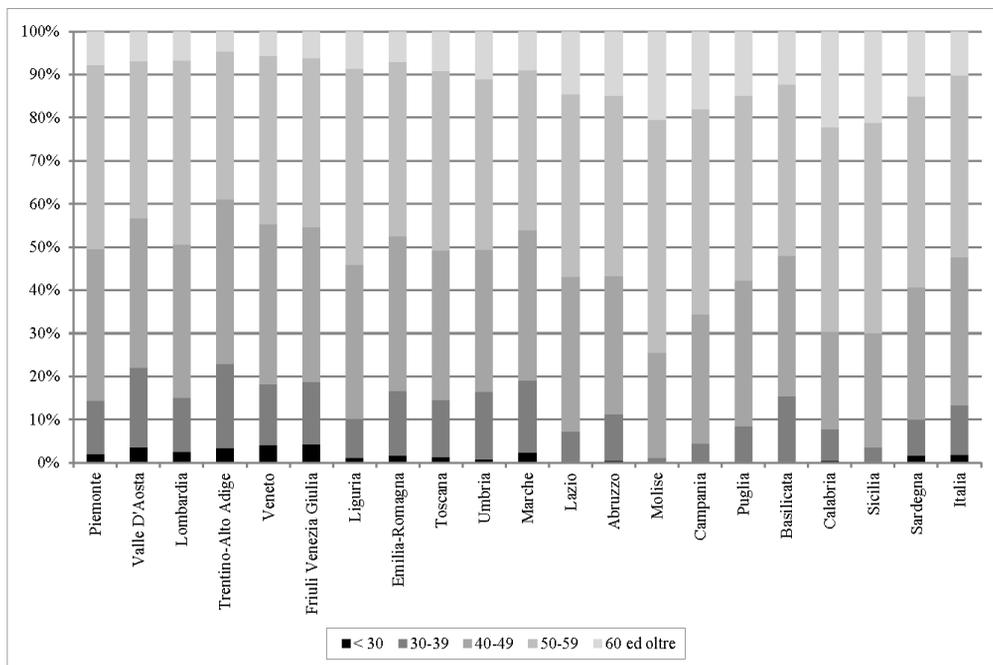
ASSETTO ISTITUZIONALE-ORGANIZZATIVO

**Grafico 2** - Personale (valori per 100) dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e per regione. Maschi - Anno 2016



**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 2018.

**Grafico 3** - Personale (valori per 100) dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e per regione. Femmine - Anno 2016

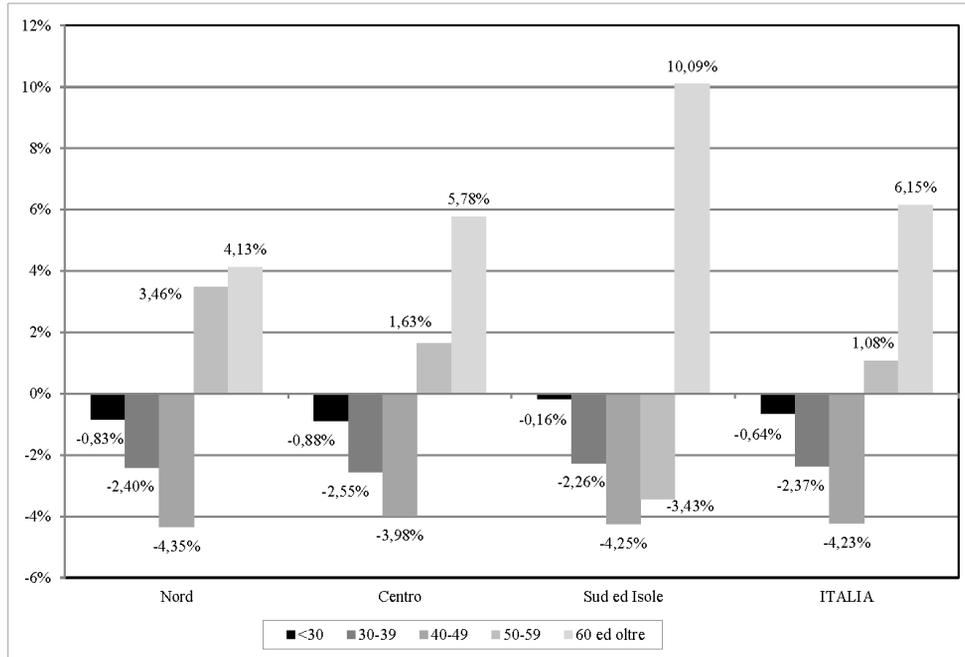


**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2018.



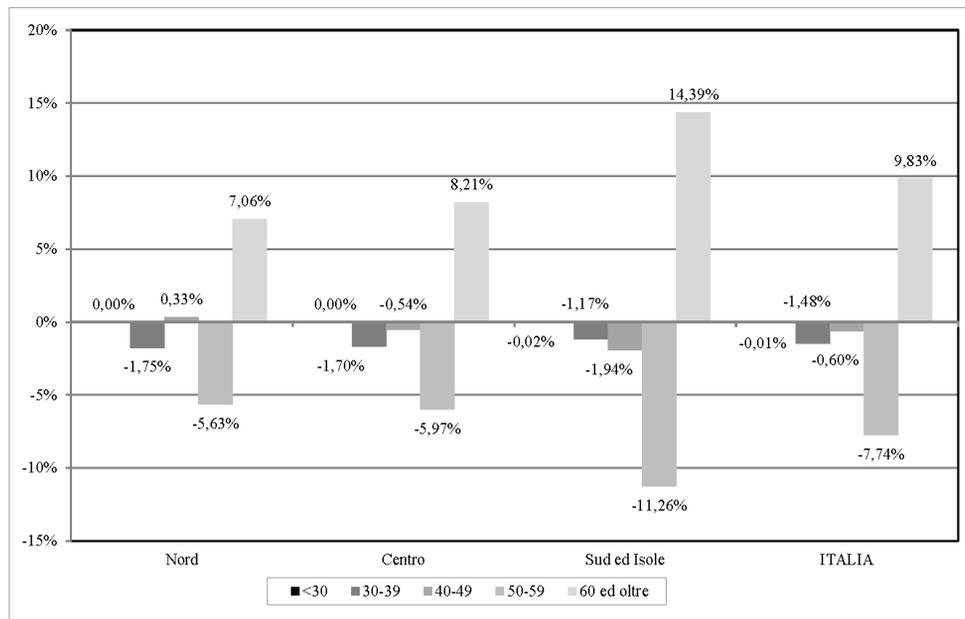


**Grafico 4** - Distribuzione (variazione - valori per 100) del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e per macroarea - Anni 2013-2016



**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 2018.

**Grafico 5** - Distribuzione (variazione - valori per 100) del personale medico del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e per macroarea - Anni 2013-2016

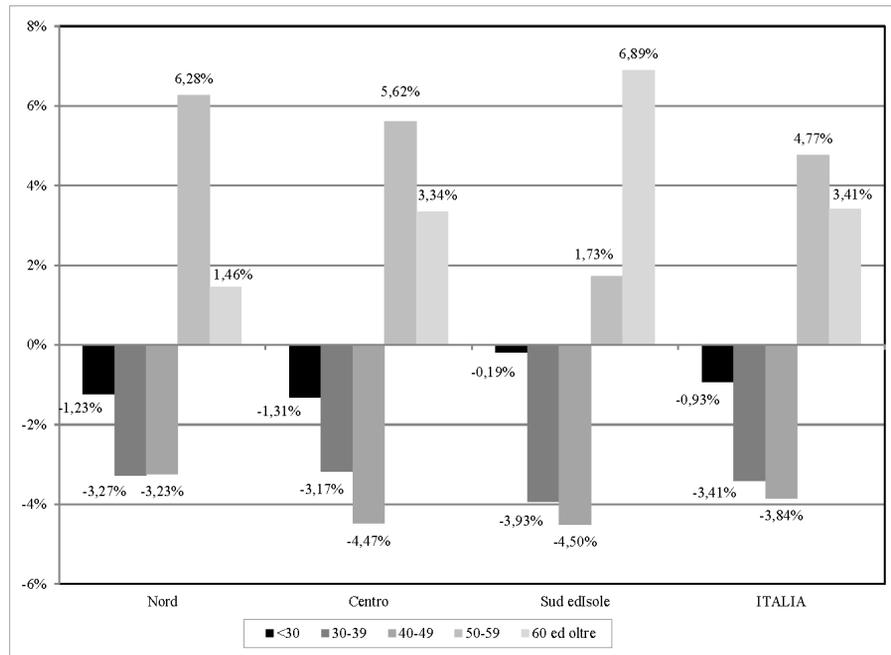


**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2018.





**Grafico 6** - Distribuzione (variazione - valori per 100) del personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e per macroarea - Anni 2013-2016



**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 2018.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Così come sottolineato nel Patto per la Salute 2014-2016 (1), 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 (PdR) rimane una criticità importante visti i vincoli insiti in questa misura. Le azioni previste dai PdR, 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 PdR, ad esempio, è il limite di spesa per il personale del

sistema sanitario regionale stimato in base alla spesa sostenuta nell'anno precedente allo stesso piano, ridotta di una percentuale calcolata in fase di programmazione. Se a questa misura si aggiungono le 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 Sistema Sanitario Regionale, il risultato è quello evidenziato in questo studio di forte disallineamento tra regioni in PdR e non.

### Riferimenti bibliografici

(1) 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 2013-2016 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: i nominati da concorso, gli stabilizzati da contratto a tempo determinato o da Lavoro Socialmente Utile, le assunzioni per chiamata diretta o numerica (categorie protette), i passaggi da altra amministrazione e altre cause.

L'aggregato "Usciti nel periodo", invece, comprende: il collocamento a riposo per limiti di età, le dimissioni (con diritto a pensione), i passaggi per esternalizzazioni, i passaggi ad altre amministrazioni, la risoluzione del rapporto di lavoro (40 anni di contribuzione), altre cause e i licenziamenti.

Non è stata fatta, inoltre, 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 gli anni presi a riferimento <100, il che significa che sostanzialmente l'organico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha subito una contrazione.

Analizzando il dato del 2016, anno nel quale si registra un tasso di compensazione del *turnover* nazionale del 97,2%, è possibile notare una inversione di tendenza rispetto al dato registrato nel 2014 e nel 2015, anni in cui il tasso è stato, rispettivamente, dell'80,5% e del 76,3%. Si ricorda

che il trend storico tra il 2008 e il 2012 ha evidenziato un tasso di compensazione costantemente in riduzione, arrivando a segnare 68,9% nel 2012 (nel 2008 il tasso è stato del 97,2%), circa 10 punti percentuali in meno rispetto all'anno precedente (nel 2011 si è registrato un 78,2%).

A livello regionale, nel 2016, invece, si riscontrano 5 regioni con tasso di compensazione del *turnover* >100%: Valle d'Aosta 206,2%, Trentino-Alto Adige 122,5%, Umbria 119,3%, Marche 105,5% e Friuli Venezia Giulia 102,5%. Nelle altre regioni, invece, si riscontra una forte eterogeneità del tasso di compensazione del *turnover*: il Molise, la Sicilia, la Basilicata, la Liguria e la Campania mostrano, nel 2016, valori <70% (alcuni probabilmente imputabili anche agli effetti derivanti dai Piani di Rientro dal disavanzo, in cui le Regioni sono impegnate), mentre le altre regioni mostrano tassi compresi tra il 79,3% (Puglia) e il 99,0% (Lombardia). Negli anni 2014 e 2015, invece, le regioni che presentavano un valore ≥100 erano, rispettivamente, 5 nell'anno 2014 (Trentino-Alto Adige, Umbria, Abruzzo, Valle d'Aosta e Sardegna) e 1 nell'anno 2015 (Basilicata).

Nel 2016 si riscontra, inoltre, un divario Nord-Sud ed Isole meno marcato rispetto agli anni precedenti: le regioni del Nord fanno segnare un tasso di compensazione pari al 98,7%, mentre quelle del Centro un tasso del 97,7% e quelle del Meridione un tasso pari al 76,4%; la differenza tra il tasso Nord-Centro Sud ed Isole, quindi, è di solo circa 4 punti percentuali, distanti dal 18,8 punti percentuali del 2015. Per completare la serie storica, si evidenzia che anche nel 2013 il divario è stato molto più marcato rispetto agli anni 2014 e 2015 (nel 2013 il Nord ha registrato un valore dell'89,0%, il Centro del 96,9%, mentre il Meridione del 64,8%, con un divario Nord-Centro Sud ed Isole di 8,4 punti percentuali; nel 2014 il divario Nord-Centro Sud ed Isole è stato di 19,2 punti percentuali).

<sup>1</sup>Gli Autori desiderano ringraziare l'Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico e, in particolare, l'Ufficio III per aver fornito i dati regionali.





**Tabella 1** - Tasso (valori per 100) di compensazione del turnover al netto delle procedure di stabilizzazione per regione - Anni 2013-2016

Regioni	2013	2014	2015	2016
Piemonte	55,7	59,7	69,1	93,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	403,8	139,5	23,3	206,2
Lombardia	86,7	70,6	63,3	99,0
Trentino-Alto Adige*	152,9	100,0	89,6	122,5
Veneto	111,4	83,6	88,6	96,9
Friuli Venezia Giulia	123,5	53,1	96,2	102,5
Liguria	85,2	76,3	70,4	59,7
Emilia-Romagna	65,4	94,1	62,4	84,3
Toscana	92,8	98,8	83,0	98,5
Umbria	100,3	100,3	53,5	119,3
Marche	69,7	86,0	87,6	105,5
Lazio	42,8	25,0	65,0	94,1
Abruzzo	89,9	103,3	88,8	85,0
Molise	7,9	7,4	3,5	2,8
Campania	32,7	40,6	36,8	69,3
Puglia	77,7	89,1	48,9	79,3
Basilicata	215,6	76,5	102,5	59,5
Calabria	8,8	9,9	35,9	98,4
Sicilia	59,8	42,9	19,2	55,2
Sardegna	208,9	149,0	99,8	94,1
<b>Italia</b>	<b>85,6</b>	<b>80,5</b>	<b>76,3</b>	<b>97,2</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 2018.

#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Alla luce della forte inversione di tendenza osservata nel 2016 rispetto agli anni 2014 e 2015, si raccomanda il monitoraggio di questo indicatore nei prossimi

anni. Sarà interessante monitorare attentamente come evolverà il trend del *turnover* negli anni a venire e verificare il superamento del valore 100 del tasso, riscontrando, quindi, un ampliamento dell'organico.





## Personale medico ed infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** L'indicatore mostra l'evoluzione tra il 2013-2016 del personale sia medico e odontoiatrico che infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per 1.000 abitanti. Questo dato, da leggere unitamente all'indicatore sia sulla struttura per età del personale dipendente che sul tasso di compensazione del

*turnover*, rappresenta uno dei pilastri della programmazione sanitaria a livello nazionale e regionale poiché, 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, incide in maniera diretta sull'offerta sanitaria.

### Tasso di personale medico e odontoiatrico del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Personale medico e odontoiatrico del Servizio Sanitario Nazionale	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente (assoluta e ponderata)	

### Tasso di personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente (assoluta e ponderata)	

**Validità e limiti.** Per la costruzione dell'indicatore sono stati utilizzati i dati 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>.

L'analisi è stata svolta sia prendendo in considerazione la popolazione bacino di utenza del SSN che 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.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Poiché sia per il personale medico e odontoiatrico che per quello infermieristico non esiste un benchmark specifico a livello europeo, è stato preso in considerazione il valore nazionale.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, il numero di medici e odontoiatri del SSN (Tabella 1) si è ridotto in modo costante tra il 2013-2016, passando da 108.271 unità nel 2013 a 105.093 unità nel 2016 (-2,9%). Il medesimo trend si riscontra, seppur in maniera più accentuata, se si rapporta il numero di medici e odontoiatri del SSN alla popolazione (Tabella 2); infatti, in questo caso la riduzione del numero di unità è del 4,3%. Dall'analisi regionale, emerge come in 14 regioni si

registri un trend simile a quello nazionale, anche se in questo gruppo di regioni ve ne sono solo 5 (Liguria, Emilia-Romagna, Molise, Campania e Sicilia) in cui nel quadriennio la riduzione delle unità di medici e odontoiatri è stata perfettamente in linea con il trend nazionale (diminuzione in tutti gli anni considerati). Vi è, poi, un secondo gruppo di 6 regioni (Trentino-Alto Adige, Puglia, Sardegna, Umbria, Abruzzo e Veneto) in cui, al contrario, si è registrato tra il 2013-2016 un incremento, più o meno marcato, del numero di medici e odontoiatri.

Per quanto riguarda, invece, il tasso di medici e odontoiatri del SSN per 1.000 abitanti, ad eccezione di Trentino-Alto Adige, Puglia, Umbria e Sardegna, in tutte le altre regioni si riscontra il trend negativo registrato a livello nazionale, anche se con un certo divario tra Nord e Meridione.

In particolare, in tutte le regioni del Centro, del Sud e nelle Isole la riduzione del tasso di medici e odontoiatri per 1.000 abitanti risulta più marcata e, in via generale, con valori superiori al dato nazionale. Inoltre, dal confronto tra il tasso grezzo ed il tasso pesato, emerge come, aggiustando il tasso di medici e odontoiatri per 1.000 abitanti per l'età della popolazione, la riduzione del numero di unità sia stata tendenzialmente più marcata sia nelle regioni del Meridione (5 regioni) che in quelle del Nord (6 regioni).

Per quanto riguarda il personale infermieristico, anche in questo caso si riscontra a livello nazionale una riduzione costante, ancorché meno marcata (-2,4%), del numero di unità (Tabella 3), che passano da 271.043 del 2013 a 264.646 del 2016. In questo caso, però, i trend

<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, l'Ufficio III per aver fornito i dati regionali.





## ASSETTO ISTITUZIONALE-ORGANIZZATIVO

413

regionali non sono omogenei rispetto al dato nazionale: in tutte le regioni meridionali, infatti, il dato è superiore al valore nazionale, mentre in 8 casi (Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche, Puglia, Basilicata e Sardegna) si riscontra un andamento del trend non perfettamente in linea con quello nazionale di diminuzione in tutti gli anni considerati. In più, sono solo 3 (Sardegna, Trentino-Alto Adige e Marche) le regioni in controtendenza rispetto al dato nazionale.

Per quanto riguarda, invece, il tasso di infermieri del

SSN per 1.000 abitanti, ad eccezione di Valle d'Aosta, Marche, Basilicata e Sardegna, in tutte le regioni si riscontra il trend negativo registrato a livello nazionale. In particolare, le riduzioni più marcate si registrano in Lazio, Molise, Campania, Sicilia e Abruzzo. Inoltre, dal confronto tra il tasso grezzo e il tasso pesato emerge come, aggiustando il tasso di infermieri per 1.000 abitanti per l'età della popolazione, la riduzione del numero di unità sia stata tendenzialmente più marcata nelle regioni meridionali rispetto a quelle del Nord (Tabella 4).

**Tabella 1** - *Personale (valori assoluti) medico e odontoiatrico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2013-2016*

Regioni	2013	2014	2015	2016	Δ % (2013-2016)
Piemonte	8.534	8.441	8.324	8.397	-1,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	349	359	344	328	-6,0
Lombardia	14.333	14.211	14.094	14.258	-0,4
Trentino-Alto Adige*	1.910	1.893	1.893	1.985	4,3
Veneto	8.001	7.982	7.973	8.045	0,6
Friuli Venezia Giulia	2.651	2.602	2.520	2.545	-4,0
Liguria	3.749	3.746	3.696	3.658	-2,4
Emilia-Romagna	8.597	8.436	8.212	8.142	-5,2
Toscana	8.222	8.282	8.167	8.057	-2,0
Umbria	1.949	1.968	1.943	1.968	1,2
Marche	2.997	2.979	2.958	2.963	-1,1
Lazio	8.389	8.179	7.890	7.709	-7,4
Abruzzo	2.697	2.741	2.777	2.711	0,7
Molise	527	515	473	438	-16,4
Campania	9.691	9.484	9.312	9.163	-5,4
Puglia	6.284	6.377	6.278	6.382	1,6
Basilicata	1.242	1.244	1.225	1.185	-10,2
Calabria	3.891	3.764	3.736	3.768	-3,1
Sicilia	9.997	9.759	9.414	9.073	-9,1
Sardegna	4.261	4.314	4.297	4.318	1,5
<b>Italia</b>	<b>108.271</b>	<b>107.276</b>	<b>105.526</b>	<b>105.093</b>	<b>-2,9</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** 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 2018.



**Tabella 2** - Tasso (grezzo e pesato per 1.000) di medici e odontoiatri del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2013-2016

Regioni	2013		2014		2015		2016		Δ % (2013-2016)	
	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati						
Piemonte	2,0	1,8	1,9	1,8	1,9	1,8	1,9	1,8	-2,2	-2,5
Valle d'Aosta	2,7	2,7	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	-5,6	-6,5
Lombardia	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	-2,4	-2,7
Trentino-Alto Adige*	1,8	1,9	1,8	1,9	1,8	1,9	1,9	2,0	1,9	2,0
Veneto	1,6	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	-0,2	-1,2
Friuli Venezia Giulia	2,2	2,0	2,1	1,9	2,1	1,9	2,1	1,9	-4,0	-4,5
Liguria	2,4	2,0	2,4	2,0	2,3	2,0	2,3	2,0	-3,0	-1,7
Emilia-Romagna	2,0	1,9	1,9	1,8	1,9	1,8	1,8	1,8	-6,6	-6,2
Toscana	2,2	2,1	2,2	2,0	2,2	2,0	2,2	2,0	-3,5	-2,9
Umbria	2,2	2,1	2,2	2,1	2,2	2,0	2,2	2,1	0,4	0,1
Marche	1,9	1,8	1,9	1,8	1,9	1,8	1,9	1,8	-1,1	-1,1
Lazio	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,4	1,3	1,3	-13,3	-12,3
Abruzzo	2,1	2,0	2,1	2,0	2,1	2,0	2,0	2,0	-0,3	-0,6
Molise	1,7	1,6	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3	-16,4	-16,3
Campania	1,7	1,9	1,6	1,8	1,6	1,8	1,6	1,8	-6,8	-7,1
Puglia	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,6	1,6	1,6	1,0	-0,4
Basilicata	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	-4,4	-4,5
Calabria	2,0	2,1	1,9	2,0	1,9	2,0	1,9	2,0	-3,9	-3,7
Sicilia	2,0	2,1	1,9	2,0	1,9	2,0	1,8	1,9	-10,6	-10,7
Sardegna	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	0,2	-1,3
<b>Italia</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>-4,3</b>	<b>-4,3</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. Istat, popolazione residente al 1 gennaio di ciascun anno di riferimento. Anno 2018.

**Tabella 3** - Personale (valori assoluti) infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2013-2016

Regioni	2013	2014	2015	2016	Δ % (2013-2016)
Piemonte	21.633	21.467	21.410	21.387	-1,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	721	703	677	718	-0,4
Lombardia	39.067	38.860	38.428	38.064	-2,6
Trentino-Alto Adige*	6.010	5.998	6.027	6.033	0,4
Veneto	24.792	24.660	24.586	24.519	-1,1
Friuli Venezia Giulia	8.102	7.948	7.656	7.887	-2,7
Liguria	10.254	10.185	10.088	9.911	-3,3
Emilia-Romagna	24.970	24.763	24.671	24.636	-1,3
Toscana	21.518	21.443	21.386	21.216	-1,4
Umbria	4.714	4.699	4.572	4.591	-2,6
Marche	8.237	8.214	8.249	8.267	0,4
Lazio	21.015	20.708	20.274	20.102	-4,3
Abruzzo	6.306	6.279	6.194	6.050	-4,1
Molise	1.412	1.383	1.341	1.313	-7,0
Campania	19.514	19.156	18.763	18.539	-5,0
Puglia	15.643	15.686	15.404	15.209	-2,8
Basilicata	2.992	2.975	2.998	2.995	-4,1
Calabria	7.544	7.409	7.308	7.283	-3,5
Sicilia	18.236	18.113	17.774	17.464	-4,2
Sardegna	8.363	8.502	8.524	8.462	1,2
<b>Italia</b>	<b>271.043</b>	<b>269.151</b>	<b>266.330</b>	<b>264.646</b>	<b>-2,4</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** 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 2018.



**Tabella 4** - Tasso (grezzo e pesato per 1.000) di infermieri del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2013-2016

Regioni	2013		2014		2015		2016		Δ % (2013-2016)	
	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati						
Piemonte	5,0	4,6	4,8	4,5	4,8	4,5	4,9	4,5	-1,9	-2,0
Valle d'Aosta	5,6	5,5	5,5	5,3	5,3	5,1	5,6	5,5	0,0	-0,9
Lombardia	4,0	4,0	3,9	3,9	3,8	3,9	3,8	3,8	-4,7	-4,6
Trentino-Alto Adige*	5,8	6,1	5,7	6,0	5,7	6,0	5,7	6,0	-1,4	-1,6
Veneto	5,1	5,1	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	-1,8	-2,8
Friuli Venezia Giulia	6,6	6,1	6,5	5,9	6,2	5,7	6,5	5,9	-2,6	-3,1
Liguria	6,6	5,6	6,4	5,5	6,4	5,5	6,3	5,4	-3,7	-2,8
Emilia-Romagna	5,7	5,4	5,6	5,3	5,5	5,3	5,5	5,3	-2,8	-2,2
Toscana	5,8	5,4	5,7	5,3	5,7	5,3	5,7	5,3	-2,8	-2,3
Umbria	5,3	5,0	5,2	4,9	5,1	4,8	5,2	4,8	-3,2	-3,2
Marche	5,3	5,1	5,3	5,0	5,3	5,0	5,4	5,1	0,5	0,4
Lazio	3,8	3,8	3,5	3,6	3,4	3,5	3,4	3,5	-9,7	-8,4
Abruzzo	4,8	4,7	4,7	4,6	4,7	4,5	4,6	4,4	-5,0	-5,0
Molise	4,5	4,3	4,4	4,2	4,3	4,1	4,2	4,0	-6,7	-6,7
Campania	3,4	3,9	3,3	3,7	3,2	3,6	3,2	3,6	-6,3	-6,8
Puglia	3,9	4,1	3,8	4,0	3,8	3,9	3,7	3,9	-3,4	-4,9
Basilicata	5,2	5,2	5,1	5,1	5,2	5,2	5,2	5,2	0,6	0,2
Calabria	3,9	4,0	3,7	3,9	3,7	3,9	3,7	3,9	-4,0	-4,2
Sicilia	3,7	3,9	3,6	3,8	3,5	3,7	3,4	3,7	-5,7	-5,6
Sardegna	5,1	5,1	5,2	5,1	5,1	5,1	5,1	5,0	0,1	-1,5
<b>Italia</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>	<b>-3,9</b>	<b>-3,9</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. Istat, popolazione residente al 1 gennaio di ciascun anno di riferimento. Anno 2018.

#### Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sul personale medico ed odontoiatrico e del personale infermieristico del SSN mostrano una progressiva riduzione del numero di unità tra il 2013-2016, coerentemente con i dati presentati per il personale dipendente del SSN.

Si raccomanda, pertanto, il monitoraggio di questo indicatore nei prossimi anni, anche perché se il trend fosse confermato sarà sempre più difficile colmare la mancanza di personale medico ed infermieristico per far fronte ai bisogni di cura sempre maggiori che si presenteranno nel prossimo futuro.





## Il Regolamento europeo per la protezione dei dati personali e la sua applicazione nel settore sanitario

Prof. Americo Cicchetti, Ing. Fabrizio Massimo Ferrara, Dott. Angelo Tattoli

### Il Regolamento europeo per la protezione dei dati personali

A differenza delle precedenti normative sulla *privacy*, più puntualmente esplicitate nei dettagli, il “Regolamento europeo per la protezione dei dati personali” (Regolamento UE n. 679/2016), definisce dei principi di più ampia portata, in accordo ai quali le singole strutture devono definire, implementare e gestire un proprio completo sistema di misure secondo cui trattare le informazioni personali gestite. Il Regolamento definisce un insieme di principi di validità generale, basati su criteri di liceità, sicurezza e trasparenza nei confronti dell’interessato, nel rispetto dei quali ogni organizzazione deve definire un proprio insieme di regole ed implementare un proprio sistema secondo il quale trattare le informazioni personali gestite. Il sistema non può consistere solo in misure tecniche, ma si deve basare soprattutto su aspetti organizzativi, come sottolineato dal Regolamento stesso “La protezione non dovrebbe dipendere dalle tecnologie impiegate” e “La tutela dei diritti e delle libertà delle persone richiede l’adozione di misure tecniche e organizzative adeguate”. Il sistema, composto quindi da regole di comportamento, procedure organizzative, documenti di riferimento e strumenti tecnologici, deve essere poi costantemente verificato e mantenuto dal titolare e, preferibilmente, certificato periodicamente da un Ente terzo appositamente accreditato. Nella definizione di questi principi, il Regolamento introduce e si basa sul criterio di *accountability*, che possiamo tradurre in un concetto integrato di responsabilizzazione, trasparenza e registrazione nella gestione, sia in termini di struttura organizzativa necessaria per garantire che la protezione dei dati rappresenti un elemento strutturale e culturale all’interno dell’Azienda, che sotto il profilo della gestione dei dati nel contesto operativo delle attività giornaliere.

In questo senso il Regolamento può essere assimilato ad un sistema di qualità (quali quelli previsti, ad esempio, dalle norme *International Organization of Standardization-ISO-9001*, *ISO-27001* etc.), finalizzato, peraltro con valenza normativa, alla gestione e protezione dei dati personali, con particolare riguardo a:

- acquisizione del consenso e gestione dei rapporti con l’interessato;
- responsabilizzazione ai diversi livelli dell’organizzazione, anche con l’introduzione della figura del “Responsabile della protezione dei dati”;
- criteri adottati nella definizione e nell’implementazione dei singoli trattamenti, dalla valutazione preventiva dell’impatto del rischio alla implementazione di meccanismi “pre-definiti” che minimizzino l’accesso ai dati strettamente necessari per le singole attività alla sicurezza delle procedure di utilizzo e conservazione;
- gestione delle infrazioni e delle controversie;
- trasferimento dei dati a terzi.

### I codici di condotta

I principi sanciti dal Regolamento sono necessariamente di validità generale ed indipendenti, quindi, dalle specifiche caratteristiche ed esigenze dei diversi domini di attività. Onere di ciascun titolare, innanzitutto, è l’individuazione di un insieme di regole, in funzione delle quali declinare i principi generali del Regolamento secondo le caratteristiche e le esigenze del proprio dominio di attività (ad esempio, sanità, banca, *e-commerce* etc.). La rispondenza di queste regole ai principi del Regolamento è elemento qualificante anche nell’ambito degli eventuali procedimenti di responsabilità e sanzionatori. Sulla base di queste regole dovrà, poi, essere definito, implementato e mantenuto il sistema di protezione e controllo specifico del titolare stesso. Per facilitare le organizzazioni nell’individuazione delle modalità secondo cui declinare i principi generali nel proprio settore di attività, il Regolamento stesso prevede la definizione dei cosiddetti “Codici di condotta”. Un Codice di condotta costituisce, pertanto, un insieme di regole che dettagliano le modalità di attuazione e la corretta applicazione del Regolamento, in funzione delle specificità dei vari settori di trattamento e delle situazioni, esigenze e problemi specifici delle diverse tipologie di organizzazioni. I Codici di condotta sono definiti da Associazioni e da altri organismi rappresentativi delle categorie interessate e vengono sottoposti all’approvazione dell’Autorità di controllo. In caso di parere favorevole, il Codice di condotta viene registrato e pubblicato. L’adesione di una organizzazione ad un Codice di condotta può essere utilizzata per dimostrare il rispetto degli obblighi da parte della organizzazione stessa.

### Le esigenze della sanità e l’iniziativa per la definizione di un Codice di condotta specifico

Rispetto ad altri settori, l’ambito sanitario presenta alcune peculiarità molto significative, derivanti sia dalle caratteristiche stesse del processo medico/assistenziale nell’erogazione dei servizi sanitari alla persona, ma





anche dalle caratteristiche organizzative sempre più orientate alla collaborazione di diversi attori ed organizzazioni sul territorio. A questo, si aggiungono gli obiettivi della ricerca in campo medico e l'esigenza di analisi ad ampio spettro per scopi di prevenzione e di supporto alla politica sanitaria. Tutto ciò fa sì che, a differenza di altri settori, nel contesto sanitario la condivisione di informazioni e la massimizzazione dei dati raccolti rappresenti un importante requisito non sporadico che deve essere necessariamente regolamentato. Ancor più, quindi, è necessario un Codice di condotta, che definisca regole condivise fra le diverse organizzazioni per consentire un comportamento omogeneo e coerente nella gestione dei dati del paziente. Sulla base di questa esigenza, l'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore ha promosso, in collaborazione con la "Italian Community" dell'*Healthcare Information and Management Systems Society*, una iniziativa finalizzata alla definizione di un Codice di condotta per il contesto sanitario. Per soddisfare le specifiche esigenze di collaborazione delle organizzazioni sanitarie, il Codice di condotta, oltre agli aspetti legali e di conformità ai principi del Regolamento, deve anche basarsi su ampio consenso e condivisione. A tale scopo, l'iniziativa vede *in primis* la partecipazione ed il contributo di Istituzioni ed Associazioni sanitarie, scientifiche e professionali di rilevanza nazionale, tra cui:

- Ministero della Salute, Direzione Generale della vigilanza sugli enti e della sicurezza delle cure;
- Istituto Superiore di Sanità;
- Regione Emilia-Romagna;
- Ordine dei Medici della Provincia di Roma;
- Associazione Italiana Ospedalità Privata;
- Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari;
- Federazione Nazionale delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private;
- Federsanità Associazione Nazionale Comuni Italiani;
- Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Partecipano, inoltre, alcune organizzazioni sanitarie di particolare rilevanza per dimensioni ed attività, anche allo scopo di verificare l'applicabilità di quanto previsto nei contesti reali: l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Foggia, la ASL Roma 1, l'Azienda Tutela della Salute Val Padana, l'Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) della Romagna e l'AUSL Toscana Sud-Est. Infine, mediante la partecipazione di Cittadinanzattiva, contribuiscono anche i cittadini, intesi non solo come proprietari dei dati ma sempre più come interlocutori ed attori continui nel processo sanitario. Per facilitare la collaborazione fra i partecipanti, fornire informazioni sull'andamento dell'iniziativa e consentire la condivisione dei risultati e l'analisi del consenso sulle esigenze e le regole man mano delineate, è stato istituito un sito *web* ([www.gdpr-sanita.it](http://www.gdpr-sanita.it)).

**Figura 1** - Obblighi del titolare (*accountability*) - Anno 2018

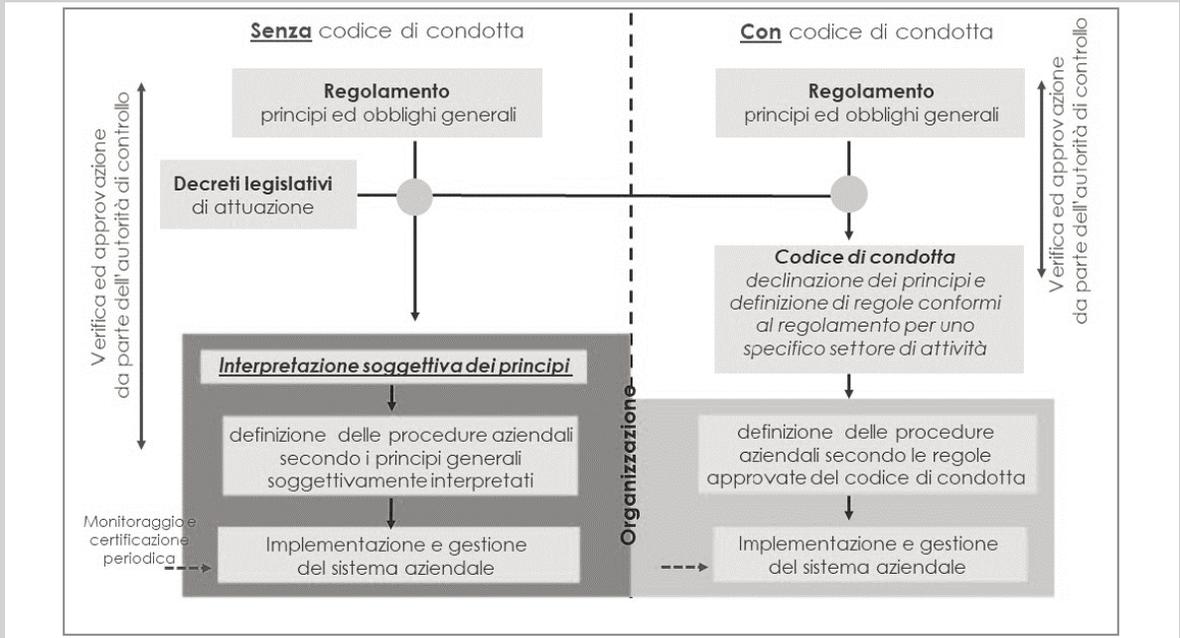
- Organicità dell'approccio (organizzazione, progettazione, tecnologia)
- Riesami periodici ed aggiornamento
- Sicurezza dell'utilizzo effettuato
- Responsabilizzazione
- Evidenza delle azioni effettuate per il rispetto del regolamento



**Fonte dei dati:** Presentazione sulla protezione dei dati personali (GDPR), convegno ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma. 4 aprile. Anno 2018.



**Grafico 1** - Le responsabilità dell'organizzazione in presenza o meno di un Codice di condotta - Anno 2018



**Fonte dei dati:** Presentazione sulla protezione dei dati personali (GDPR), convegno ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, 4 aprile, Anno 2018.