



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 Servizi Sanitari Regionali.

In questi anni il Capitolo è stato 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 del Rapporto Osservasalute, 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 il personale dipendente, sia importanti aspetti di natura programmatica quali la demografia del personale e il tasso di compensazione del *turnover*.

Il Capitolo è, inoltre, arricchito da un *Box* sul Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali e la sua applicazione nel settore sanitario, tema 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 prima svolti da personale interno alle aziende.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono indicazioni specifiche sulla spesa per personale dipendente del SSN. Pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

L'incidenza della spesa per personale dipendente del SSN sulla spesa sanitaria totale si è ridotta di 1,3 punti percentuali tra il 2014-2017, passando dal 31,4% al 30,1% (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 (Molise e Campania su tutte) e nella PA di Bolzano. In questo gruppo di regioni, tuttavia, la

situazione non è omogenea. Infatti, 3 regioni (Abruzzo, Puglia e Calabria) presentano, nel quadriennio di riferimento, valori inferiori al dato nazionale, mentre le altre regioni (Lazio e Sicilia oltre a quelle già citate) presentano valori superiori al dato nazionale.

Nel periodo considerato, solo nella PA di Trento si è registrato un aumento della spesa, in controtendenza rispetto al dato nazionale (Tabella 1).

L'analisi dei dati relativi alla spesa per il personale rapportata alla popolazione residente nel periodo 2014-2017 mostra una diminuzione dell'1,1%, passando da un valore di 572,6€ ad un valore di 566,3€ (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 e PA. Sono, infatti, 4 le PA/regioni (PA di Trento, Liguria, Umbria e Marche) in cui sia la spesa pro capite grezza che quella pesata sono aumentate tra il 2014-2017. In altre 3 PA/regioni (PA di Bolzano, Veneto e Puglia) si osserva un aumento della sola spesa pro capite grezza nel medesimo periodo, mentre in altre 5 regioni (Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Abruzzo e Basilicata) si osserva un aumento della sola spesa pro capite pesata nel periodo considerato. Nelle restanti regioni, rapportata alla popolazione assoluta, la spesa pro capite è diminuita, anche nel caso in cui si consideri la popolazione pesata.

I dati disaggregati relativi all'anno 2017 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 1.143,9€ (577,6€ in più rispetto al dato nazionale), si registra nella PA di Bolzano, seguita dagli 885,1€ (318,8€ in più rispetto al dato nazionale) della Valle



ASSETTO ISTITUZIONALE-ORGANIZZATIVO

407

d'Aosta, mentre le regioni con una spesa pro capite minore sono la Campania, il Lazio, la Puglia e la Lombardia che registrano valori <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 e la PA di Trento, tutte regioni a Statuto Speciale, mentre le regioni con minore spesa pro capite rimangono il Lazio, la Campania e la Lombardia, con valori che vanno dai 452,3€ del Lazio ai 496,1€ della Lombardia.

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 2014-2017

Regioni	2014	2015	2016	2017	Δ % (2017-2014)
Piemonte	34,2	34,5	33,7	33,3	-0,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	44,0	43,2	44,4	43,9	-0,1
Lombardia	26,6	26,5	26,4	25,5	-1,1
Bolzano-Bozen	50,4	49,8	48,9	48,1	-2,3
Trento	36,5	37,2	36,5	37,1	0,6
Veneto	31,1	30,9	30,3	29,3	-1,8
Friuli Venezia Giulia	39,5	39,7	39,3	38,5	-1,0
Liguria	34,5	34,2	34,0	33,6	-0,9
Emilia-Romagna	34,4	33,9	33,6	33,1	-1,3
Toscana	35,5	35,2	34,6	34,0	-1,5
Umbria	37,3	37,1	36,3	35,4	-1,9
Marche	36,1	36,1	35,5	35,5	-0,6
Lazio	25,8	25,3	24,7	24,4	-1,4
Abruzzo	32,1	32,5	31,8	31,1	-1,0
Molise	29,7	30,0	27,6	27,1	-2,6
Campania	28,1	27,3	26,0	25,6	-2,5
Puglia	28,2	28,1	27,5	27,5	-0,7
Basilicata	36,7	36,4	36,0	35,4	-1,3
Calabria	34,2	34,0	33,5	33,0	-1,2
Sicilia	32,7	32,3	31,5	30,8	-1,9
Sardegna	36,7	36,8	36,1	36,4	-0,3
Italia	31,4	31,1	30,6	30,1	-1,3

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 2019.



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 2014-2017

Regioni	2014		2015		2016		2017		Δ % (2017-2014)	
	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza						
Piemonte	588,4	632,0	587,7	631,8	587,8	631,8	598,1	630,2	1,7	-0,3
Valle d'Aosta	871,7	891,8	859,5	882,3	867,5	892,2	864,0	885,1	-0,9	-0,8
Lombardia	503,2	502,3	501,6	499,5	499,5	497,7	496,1	495,2	-1,4	-1,4
Bolzano-Bozen	1.219,7	1.122,5	1.226,7	1.128,8	1.238,4	1.138,2	1.217,4	1.143,9	-0,2	1,9
Trento	809,6	787,6	801,4	780,2	797,2	777,2	832,7	819,3	2,8	4,0
Veneto	555,7	555,2	553,6	554,5	554,1	556,3	552,0	555,6	-0,7	0,1
Friuli Venezia Giulia	700,5	762,5	693,2	754,9	696,2	759,3	711,9	760,4	1,6	-0,3
Liguria	584,4	685,0	586,1	685,5	588,3	686,5	616,3	689,1	5,5	0,6
Emilia-Romagna	639,1	670,5	636,3	666,1	639,1	666,7	652,2	670,4	2,0	0,0
Toscana	622,7	673,2	626,1	676,1	625,9	673,5	639,0	672,7	2,6	-0,1
Umbria	638,3	684,7	638,2	685,2	643,6	688,9	659,2	690,6	3,3	0,9
Marche	604,5	638,3	604,1	637,6	609,6	642,8	631,0	653,5	4,4	2,4
Lazio	479,3	468,6	471,1	459,4	463,7	452,5	452,3	444,4	-5,6	-5,2
Abruzzo	555,0	570,4	558,1	573,8	557,8	573,5	559,9	570,0	0,9	-0,1
Molise	589,5	619,2	584,5	615,0	553,7	580,7	548,0	564,7	-7,0	-8,8
Campania	534,7	470,8	520,4	459,1	504,2	445,2	482,9	442,5	-9,7	-6,0
Puglia	506,2	484,0	506,7	487,2	505,0	486,9	504,6	492,2	-0,3	1,7
Basilicata	646,7	650,3	648,2	652,6	647,7	651,7	646,9	647,3	0,0	-0,5
Calabria	609,8	584,3	601,0	576,8	603,0	578,4	592,4	573,2	-2,9	-1,9
Sicilia	587,2	555,0	581,1	548,6	578,0	545,7	569,0	545,6	-3,1	-1,7
Sardegna	710,5	726,0	711,0	717,3	704,3	714,4	707,4	719,8	-0,4	-0,9
Italia	572,6	572,6	569,2	569,2	566,8	566,8	566,3	566,3	-1,1	-1,1

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 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2017, la spesa per il personale ammonta a 34,4 miliardi di €, pari al 30,1% della spesa sanitaria totale, e fa registrare nel periodo 2014-2017 una riduzione dello 0,6% 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 Piano di Rientro 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 riconoscimento 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 2017, i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono 647.061, di cui il 67,5% 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 (2014-2017). L'analisi è stata effettuata anche suddividendo la popolazione di riferimento per genere (in quanto l'età di pensionamento è diversa).

Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età	
Denominatore	Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale	x 100

Validità e limiti. I dati sono relativi al quadriennio 2014-2017 e sono quelli acquisiti dalle strutture con il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001¹. 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 2017, il personale dipendente del SSN è composto, prevalentemente (71,4%), da persone di età compresa tra 40-59 anni (Grafico 1). Inoltre, i dati mostrano come sia più elevata la quota di personale di età ≥ 60 anni (15,6%) rispetto a quella di età < 30 anni (1,9%). 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 16,4%, mentre nel Meridione è del 7,2%; al contrario, nel Nord la componente di personale di età ≥ 50 anni è del 51,6%, mentre nel Meridione è del 67,4%.

L'analisi per genere mostra che, nel 2017, le donne rappresentano il 66,4% del personale dipendente, mentre gli uomini il 33,6% (dati del Conto Annuale, 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, 30-39 e 40-49 anni). A livello territoriale, 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 (2,2%) sia maggiore di quella degli uomini (1,4%) 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 14,0% del totale delle donne dipendenti del SSN (16,6% per il Nord, 13,1% per il Centro e 8,3% per il Meridione). Questa percentuale diviene l'11,1% se si guarda ai dipendenti di genere maschile (16,0% per il Nord, 11,0% per il Centro e 6,0% per il Meridione).

Come trend, nel periodo 2014-2017 (Grafico 4), a fronte di un aumento di 5,1 punti percentuali del personale nella fascia di età 60 anni ed oltre e di 0,1 punti nella fascia di età < 30 anni, si è registrato un decremento di 4,2 punti percentuali nella classe di età 40-49 anni. Da quanto appena esposto, se si considera che anche la classe di età 30-39 e 50-59 anni registra un decremento, rispettivamente, di 0,7 e 0,2 punti percentuali, si evince come vi sia in atto un forte squilibrio generazionale nel personale dipendente del SSN. Analizzando la situazione per macroaree geografiche, con riferimento alla variazione tra 2014-2017 nelle classi di età 0-29 e 60 anni ed oltre, emerge come le regioni del Meridione presentino un differenziale tra queste due variazioni percentuali maggiore rispetto a quello nazionale (7,8 punti percentuali, derivante da +7,9% nella classe di età 60 anni ed oltre e +0,1% nella classe di età 0-29 anni). Anche nelle regioni del Nord si evidenzia una variazione positiva di personale di età < 29 anni insieme all'aumento di personale di età ≥ 60 anni (rispettivamente, 0,1% e 3,4%). Per le regioni del Centro si evidenzia una variazione negativa di personale di età < 29 anni a fronte di un aumento di personale di età ≥ 60 anni (rispettivamente, -0,1% e 5,3%).

Prendendo in esame, invece, la struttura per classe di età del solo personale medico del SSN (nel 2017 il personale medico rappresentava il 16,3% del totale personale del SSN), a livello nazionale i medici di età

¹Gli 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.





50-59 anni sono il 36,7% (nel 2014 erano il 46,0%), mentre quelli di età 40-49 anni sono il 24,0% (nel 2014 erano il 23,1%). Nella fascia di età 50-59 anni si è registrato, sia a livello nazionale (Grafico 5) che nelle 3 macroaree geografiche, il calo di unità più importante nel periodo 2014-2017 (-9,3% a livello nazionale, -7,4% al Nord, -6,9% al Centro e -13,0% nel Mezzogiorno).

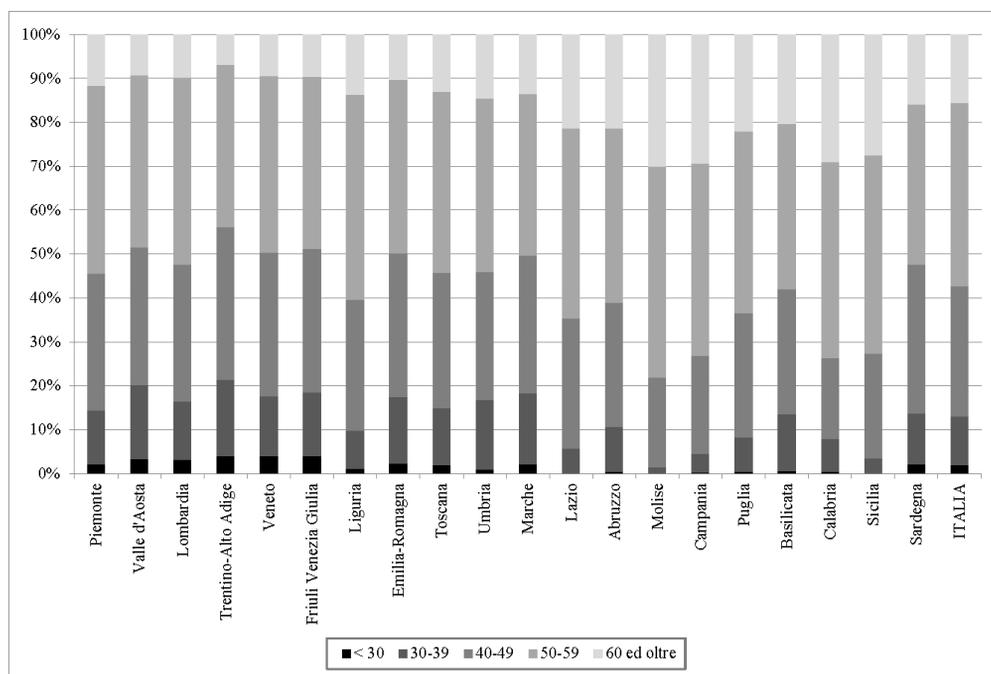
Tuttavia, a differenza del trend evidenziato precedentemente per il personale dipendente del SSN nel suo complesso, per i medici tra il 2014-2017 si evidenzia un decremento solo del personale di età 50-59 anni (-9,3%), mentre in tutte le altre classi di età considerate si osserva un incremento.

Esaminando la struttura per classe di età del solo personale infermieristico (Grafico 6) del SSN (nel 2016 il personale infermieristico rappresentava il 40,9% del totale personale del SSN, sostanzialmente invariato rispetto al 2014 dove gli infermieri erano il 40,6%), a

livello nazionale gli infermieri nella fascia di età 40-49 anni sono il 37,7% del totale degli infermieri dipendenti del SSN (nel 2014 erano il 43,5%).

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 delle fasce di età 50-59 e 30-39 anni sono, rispettivamente, il 37,0% e il 14,0% del totale (nel 2014 erano il 33,0% e il 52,0%). I dati rappresentati nel Grafico 6 confermano che il calo più significativo di unità si è verificato nella fascia di età 40-49 anni, sia a livello nazionale che nelle 3 macroaree geografiche (in ordine decrescente, Centro, Nord e Mezzogiorno). L'aumento maggiore di personale infermieristico, invece, si è registrato a livello nazionale, al Centro e al Nord nella fascia di età 50-59 anni, mentre nel Sud e nelle Isole l'incremento si è osservato nella classe di età 60 anni ed oltre.

Grafico 1 - Personale (valori per 100) dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e regione - Anno 2017



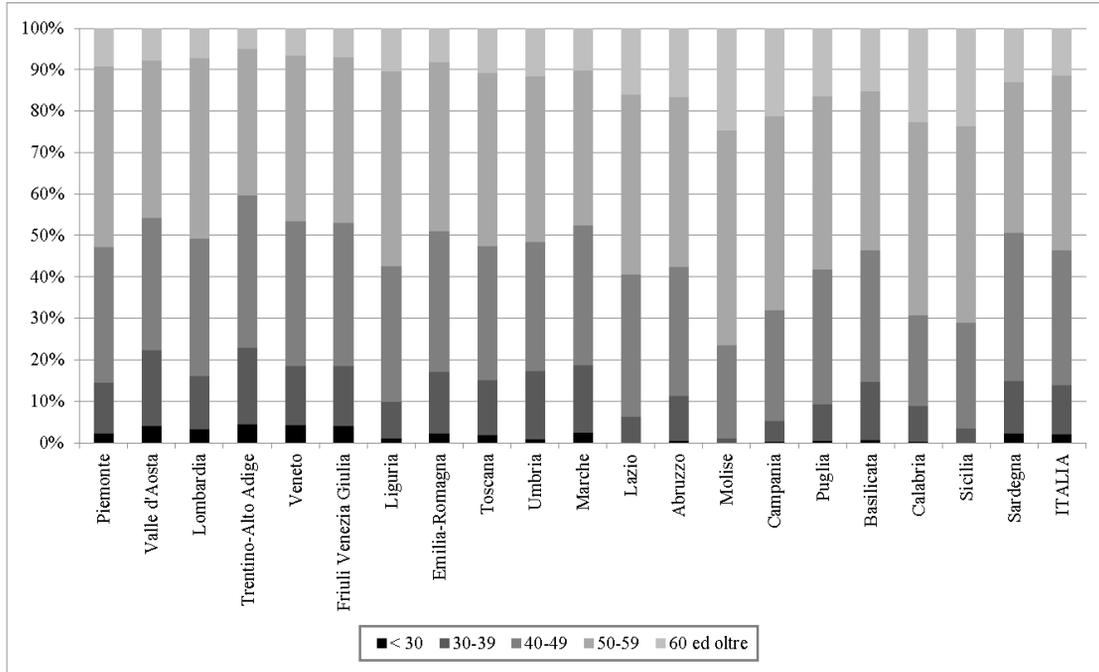
Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2019.





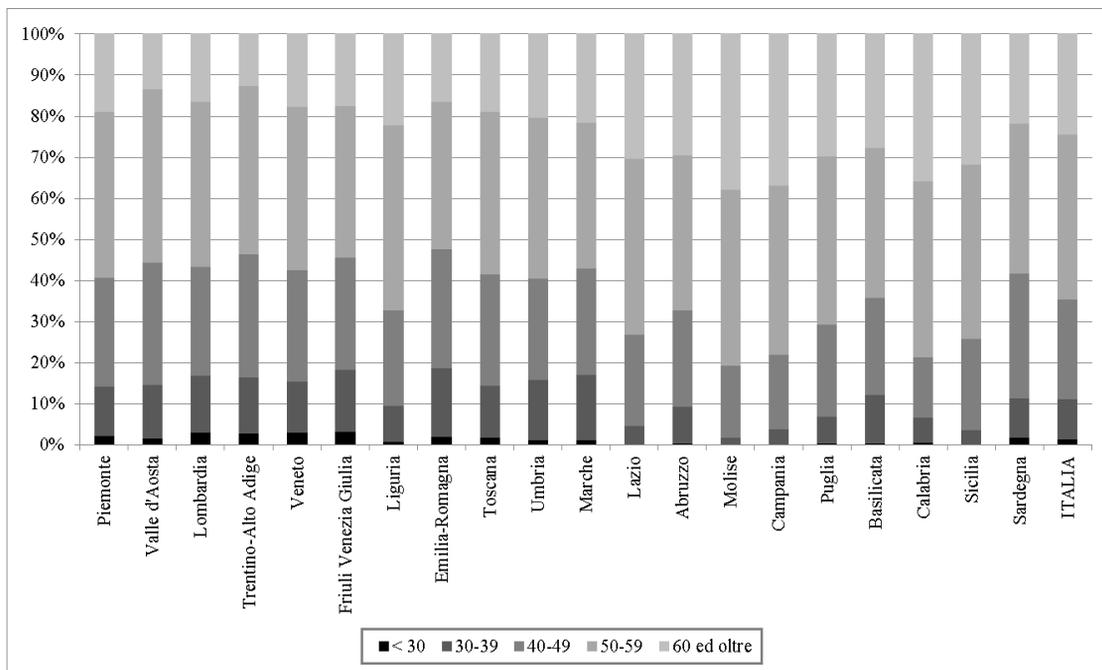
ASSETTO ISTITUZIONALE-ORGANIZZATIVO

Grafico 2 - Personale (valori per 100) dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e regione. Maschi - Anno 2017



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 2019.

Grafico 3 - Personale (valori per 100) dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e regione. Femmine - Anno 2017

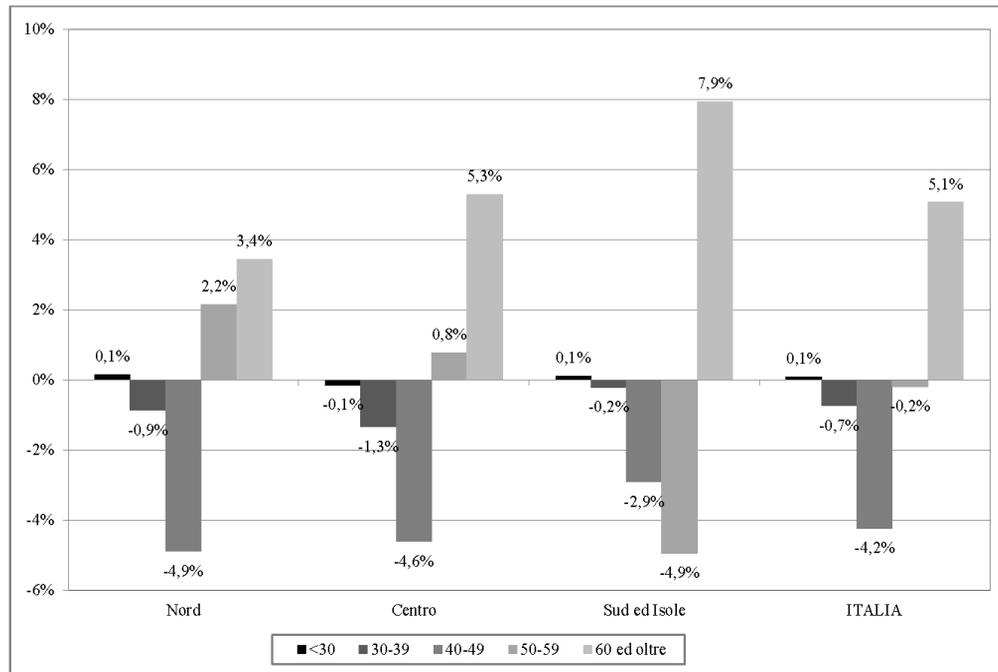


Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2019.



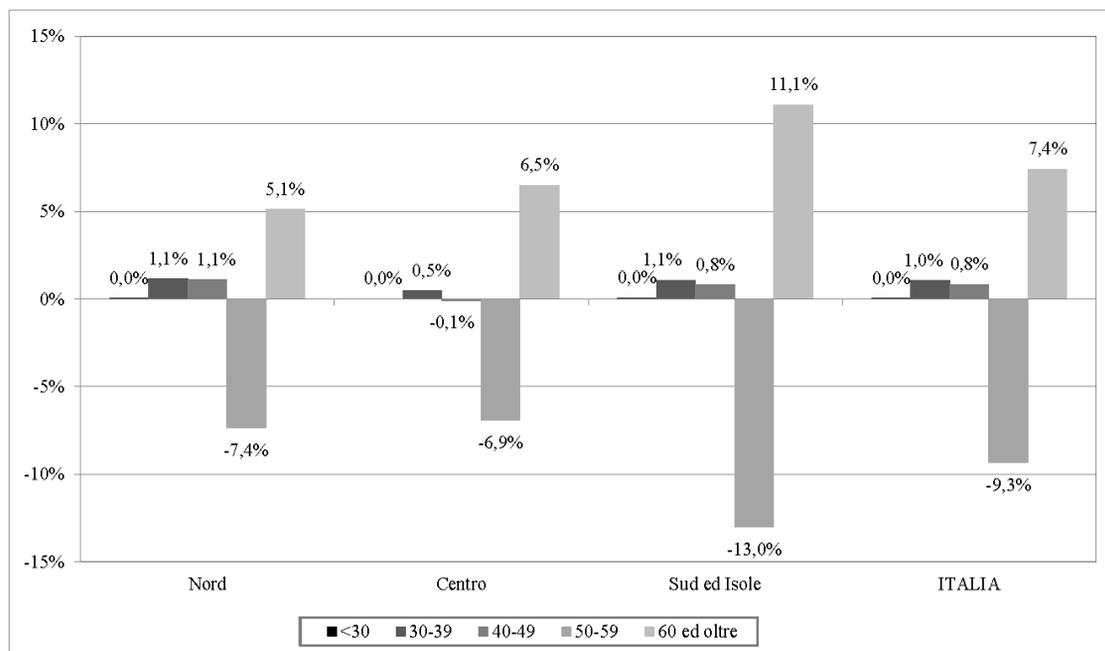


Grafico 4 - Distribuzione (variazione - valori per 100) del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e macroarea - Anni 2014-2017



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 2019.

Grafico 5 - Distribuzione (variazione - valori per 100) del personale medico del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e macroarea - Anni 2014-2017

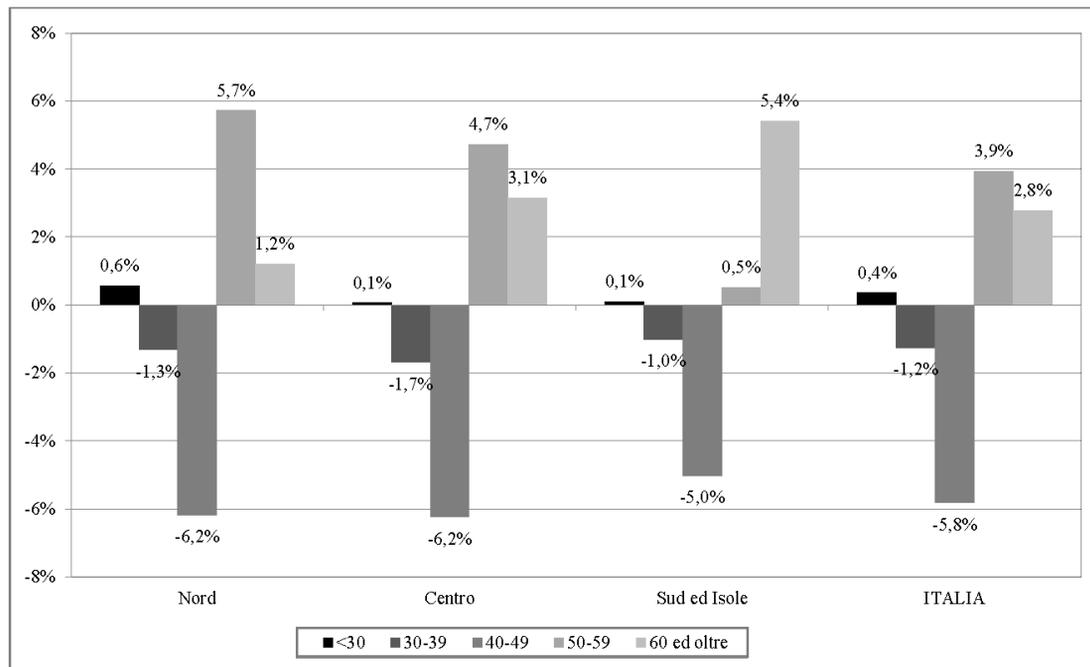


Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2019.





Grafico 6 - Distribuzione (variazione - valori per 100) del personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e macroarea - Anni 2014-2017



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 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

Così come rinvenuto in più punti dell'analisi elaborata, 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 Servizio Sanitario

Regionale (SSR) 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 SSR, 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 2014-2017 e sono quelli acquisiti dalle strutture, con il Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001¹. 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 2017, anno nel quale si registra un tasso di compensazione del *turnover* nazionale del 97,7%, è possibile notare una conferma del trend riscontrato nel 2016 (e viceversa, 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 2008-2012 ha evidenziato un tasso di compensazione costantemente in riduzione, arrivando a segnare 68,9 punti percentuali 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, invece, si riscontrano 7 regioni con tasso di compensazione del *turnover* >100%: Trentino-Alto Adige 133,6%, Umbria 123,4%, Toscana 122,3%, Emilia-Romagna 108,6%, Calabria 108,2%, Lombardia 101,6% e Friuli Venezia Giulia 101,5%. Nelle altre regioni, invece, si riscontra una forte eterogeneità. Il Molise, il Lazio e la Campania, nel 2017, mostrano valori molto bassi (probabilmente imputabili anche agli effetti derivanti dai Piani di Rientro in cui le regioni sono impegnate: i dati sono, rispettivamente, pari a 12,3% per il Molise, 70,0% per il Lazio e 75,4% per la Campania), mentre le altre regioni mostrano tassi compresi tra l'81,3% (Valle d'Aosta) e il 99,1% (Piemonte). Negli anni 2016 e 2015, invece, le regioni che presentavano un valore ≥100 erano, rispettivamente, 5 nell'anno 2016 (Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Umbria, Marche e Friuli Venezia Giulia) e 1 nell'anno 2015 (Basilicata).

Nel 2017 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 a 99,8%, mentre quelle del Centro un tasso del 97,7% e quelle del Meridione un tasso pari a 93,5%; la differenza tra il tasso Nord-Centro Sud ed Isole, quindi, è di solo il 5,5%, simile al 4,0% registrato nel 2016, ma distante dal 18,8% 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

¹Gli 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.





ASSETTO ISTITUZIONALE-ORGANIZZATIVO

415

un valore dell'89,0%, il Centro del 96,9%, mentre il Meridione del 64,8%, con una differenza Nord-Sud ed

Isole di 24,2 punti percentuali; nel 2014 il divario Nord-Sud ed Isole è stato di 19,2 punti percentuali).

Tabella 1 - Tasso (valori per 100) di compensazione del turnover al netto delle procedure di stabilizzazione per regione - Anni 2014-2017

Regioni	2014	2015	2016	2017
Piemonte	59,7	69,1	93,0	99,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	139,5	23,3	206,2	81,3
Lombardia	70,6	63,3	99,0	101,6
Trentino-Alto Adige*	100,0	89,6	122,5	133,6
Veneto	83,6	88,6	96,9	98,4
Friuli Venezia Giulia	53,1	96,2	102,5	101,5
Liguria	76,3	70,4	59,7	61,9
Emilia-Romagna	94,1	62,4	84,3	108,6
Toscana	98,8	83,0	98,5	122,3
Umbria	100,3	53,5	119,3	123,4
Marche	86,0	87,6	105,5	97,7
Lazio	25,0	65,0	94,1	70,0
Abruzzo	103,3	88,8	85,0	85,5
Molise	7,4	3,5	2,8	12,3
Campania	40,6	36,8	69,3	75,4
Puglia	89,1	48,9	79,3	96,4
Basilicata	76,5	102,5	59,5	99,1
Calabria	9,9	35,9	98,4	108,2
Sicilia	42,9	19,2	55,2	81,5
Sardegna	149,0	99,8	94,1	97,3
Italia	80,5	76,3	97,2	97,7

*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 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

Alla luce della forte inversione di tendenza osservata nel 2016 e confermata nel 2017, 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 nel periodo 2014-2017 del personale medico, odontoiatrico e 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	
Denominatore	Popolazione media residente (assoluta e ponderata)	x 1.000

Tasso di personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale

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

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. 165/2001¹. 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 di riferimento è costituita dai residenti del territorio di riferimento; la seconda è costituita dalla popolazione di riferimento ponderata per la struttura per età. I pesi impiegati per la ponderazione sono quelli utilizzati attualmente per la procedura di riparto tra le regioni del fabbisogno sanitario nazionale.

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, nel 2017, il numero di medici e odontoiatri del SSN è stato di 105.557 unità (Tabella 1), registrando un aumento dello 0,4% rispetto al 2016, ma un calo dell'1,5% rispetto al 2014.

In precedenza si era evidenziata, invece, una flessione costante tra il 2013-2016 (-2,9%, passando dalle 108.271 unità del 2013 alle 105.093 unità del 2016). Il medesimo trend si riscontra, seppur in maniera più accentuata, se si rapporta il numero di medici e odon-

tooiatri del SSN alla popolazione (Tabella 2); infatti, in questo caso la riduzione del numero di unità è del 4,3% rispetto al 2014.

Dall'analisi regionale, emerge come in 11 regioni si registri un trend simile a quello nazionale, anche se in questo gruppo di regioni, in quasi tutti i casi (10 su 11), il calo è maggiore di quello nazionale. Vi è, poi, un secondo gruppo di 9 regioni (Trentino-Alto Adige, Puglia, Lombardia, Veneto, Umbria, Marche, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Toscana) in cui, al contrario, si è registrato nel periodo 2014-2017 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 regioni e PA, nello stesso periodo, 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 e del Sud ed 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 (Abruzzo Campania, Basilicata e Sicilia) che in quelle del Nord (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto e Friuli Venezia Giulia).

Per quanto riguarda il personale infermieristico, anche

¹Gli 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

417

in questo caso si riscontra a livello nazionale una riduzione costante (-1,7%) del numero di unità (Tabella 3), che passano da 269.151 del 2014 a 264.703 del 2017. In questo caso, però, i trend regionali non sono omogenei rispetto al dato nazionale: in tutte le regioni del Meridione, infatti, il dato è in linea con il trend nazionale ma con valori mediamente superiori, mentre in 6 regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Emilia-Romagna, Toscana e Marche) si riscontra un andamento del trend contrario a quello nazionale.

Per quanto riguarda, invece, il tasso di infermieri del SSN per 1.000 abitanti, ad eccezione di Valle d'Aosta,

Trentino-Alto Adige, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e Calabria, in tutte le regioni si riscontra il trend negativo registrato a livello nazionale (Tabella 4). In particolare, le riduzioni più marcate si registrano in Abruzzo, Liguria, Friuli Venezia Giulia e Molise. 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 (Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia) rispetto a quelle del Nord (Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige).

Tabella 1 - Personale (valori assoluti) medico e odontoiatrico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2014-2017

Regioni	2014	2015	2016	2017	Δ % (2017-2014)
Piemonte	8.441	8.324	8.397	8.443	0,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	359	344	328	311	-13,4
Lombardia	14.211	14.094	14.258	14.499	2,1
Trentino-Alto Adige*	1.893	1.893	1.985	2.004	6,2
Veneto	7.982	7.973	8.045	8.080	1,3
Friuli Venezia Giulia	2.602	2.520	2.545	2.607	0,2
Liguria	3.746	3.696	3.658	3.604	-3,7
Emilia-Romagna	8.436	8.212	8.142	8.257	-2,0
Toscana	8.282	8.167	8.057	8.281	0,0
Umbria	1.968	1.943	1.968	1.976	0,6
Marche	2.979	2.958	2.963	2.991	0,4
Lazio	8.179	7.890	7.709	7.634	-5,9
Abruzzo	2.741	2.777	2.711	2.691	-1,7
Molise	515	473	438	426	-16,8
Campania	9.484	9.312	9.163	9.050	-4,5
Puglia	6.377	6.278	6.382	6.651	4,3
Basilicata	1.244	1.225	1.185	1.164	-6,4
Calabria	3.764	3.736	3.768	3.751	-0,3
Sicilia	9.759	9.414	9.073	8.926	-8,3
Sardegna	4.314	4.297	4.318	4.211	-2,3
Italia	107.276	105.526	105.093	105.557	-1,5

*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 2019.



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 2014-2017

Regioni	2014		2015		2016		2017		Δ % (2017-2014)	
	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati						
Piemonte	1,9	1,8	1,9	1,8	1,9	1,8	1,9	1,8	-2,2	-2,5
Valle d'Aosta	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	2,5	2,4	-5,6	-6,5
Lombardia	1,4	1,4	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	1,9	2,0	1,9	2,0	1,9	2,0
Veneto	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	-0,2	-1,2
Friuli Venezia Giulia	2,1	1,9	2,1	1,9	2,1	1,9	2,1	2,0	-4,0	-4,5
Liguria	2,4	2,0	2,3	2,0	2,3	2,0	2,3	2,1	-3,0	-1,7
Emilia-Romagna	1,9	1,8	1,9	1,8	1,8	1,8	1,9	1,8	-6,6	-6,2
Toscana	2,2	2,0	2,2	2,0	2,2	2,0	2,2	2,1	-3,5	-2,9
Umbria	2,2	2,1	2,2	2,0	2,2	2,1	2,2	2,1	0,4	0,1
Marche	1,9	1,8	1,9	1,8	1,9	1,8	1,9	1,9	-1,1	-1,1
Lazio	1,4	1,4	1,3	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	-13,3	-12,3
Abruzzo	2,1	2,0	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	-0,3	-0,6
Molise	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3	1,4	1,3	-16,4	-16,3
Campania	1,6	1,8	1,6	1,8	1,6	1,8	1,5	1,7	-6,8	-7,1
Puglia	1,6	1,6	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	1,0	-0,4
Basilicata	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	-4,4	-4,5
Calabria	1,9	2,0	1,9	2,0	1,9	2,0	1,9	2,0	-3,9	-3,7
Sicilia	1,9	2,0	1,9	2,0	1,8	1,9	1,8	1,8	-10,6	-10,7
Sardegna	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,5	2,5	0,2	-1,3
Italia	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	-4,3	-4,3

*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 2019.

Tabella 3 - Personale (valori assoluti) infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2014-2017

Regioni	2014	2015	2016	2017	Δ % (2017-2014)
Piemonte	21.467	21.410	21.387	21.516	0,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	703	677	718	725	3,1
Lombardia	38.860	38.428	38.064	38.242	-1,6
Trentino-Alto Adige*	5.998	6.027	6.033	6.213	3,6
Veneto	24.660	24.586	24.519	24.474	-0,8
Friuli Venezia Giulia	7.948	7.656	7.887	7.746	-2,5
Liguria	10.185	10.088	9.911	9.792	-3,9
Emilia-Romagna	24.763	24.671	24.636	24.968	0,8
Toscana	21.443	21.386	21.216	21.563	0,6
Umbria	4.699	4.572	4.591	4.688	-0,2
Marche	8.214	8.249	8.267	8.240	0,3
Lazio	20.708	20.274	20.102	19.788	-4,4
Abruzzo	6.279	6.194	6.050	5.911	-5,9
Molise	1.383	1.341	1.313	1.266	-8,5
Campania	19.156	18.763	18.539	18.466	-3,6
Puglia	15.686	15.404	15.209	14.925	-4,9
Basilicata	2.975	2.998	2.995	2.960	-0,5
Calabria	7.409	7.308	7.283	7.359	-0,7
Sicilia	18.113	17.774	17.464	17.566	-3,0
Sardegna	8.502	8.524	8.462	8.295	-2,4
Italia	269.151	266.330	264.646	264.703	-1,7

*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 2019.



Tabella 4 - Tasso (grezzo e pesato per 1.000) di infermieri del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2014-2017

Regioni	2014		2015		2016		2017		Δ% (2017-2014)	
	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati						
Piemonte	4,8	4,5	4,8	4,5	4,7	4,5	4,9	4,6	1,2	-4,2
Valle d'Aosta	5,5	5,3	5,3	5,1	5,6	5,5	5,7	5,6	4,5	1,8
Lombardia	3,9	3,9	3,8	3,9	3,8	3,8	3,8	3,8	-2,0	-1,6
Trentino-Alto Adige*	5,7	6,0	5,7	6,0	5,7	6,0	5,8	6,1	2,5	7,0
Veneto	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	-0,4	-1,0
Friuli Venezia Giulia	6,5	5,9	6,2	5,7	6,5	5,9	6,4	6,0	-1,6	-8,1
Liguria	6,4	5,5	6,4	5,5	6,3	5,4	6,3	5,6	-2,2	-13,0
Emilia-Romagna	5,6	5,3	5,5	5,3	5,5	5,3	5,6	5,5	0,8	-1,9
Toscana	5,7	5,3	5,7	5,3	5,7	5,3	5,8	5,5	0,8	-4,2
Umbria	5,2	4,9	5,1	4,8	5,2	4,8	5,3	5,0	0,6	-4,2
Marche	5,3	5,0	5,3	5,1	5,4	5,1	5,4	5,2	1,3	-2,3
Lazio	3,5	3,6	3,4	3,5	3,4	3,5	3,4	3,4	-4,9	-2,8
Abruzzo	4,7	4,6	4,7	4,5	4,6	4,4	4,5	4,4	-5,0	-6,9
Molise	4,4	4,2	4,3	4,1	4,2	4,0	4,1	4,0	-7,2	-10,3
Campania	3,3	3,7	3,2	3,6	3,2	3,6	3,2	3,5	-3,1	5,6
Puglia	3,8	4,0	3,8	3,9	3,7	3,9	3,7	3,8	-4,2	-1,8
Basilicata	5,1	5,1	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	0,9	0,5
Calabria	3,7	3,9	3,7	3,9	3,7	3,8	3,7	3,9	0,1	3,2
Sicilia	3,6	3,8	3,5	3,7	3,4	3,7	3,5	3,6	-2,3	1,8
Sardegna	5,2	5,1	5,1	5,1	5,1	5,0	5,0	4,9	-1,8	-3,5
Italia	4,4	-1,3	-1,3							

*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 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sul personale medico ed odontoiatrico e del personale infermieristico del SSN mostrano una progressiva riduzione del numero di unità nel periodo 2014-2017, 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.



Codice di condotta per la protezione dei dati personali in sanità secondo i principi del *General Data Protection Regulation* n. 679/2016

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

A differenza delle precedenti normative sulla *privacy*, generalmente esplicitate più puntualmente nei dettagli, il “Regolamento europeo per la protezione dei dati personali” (Regolamento Unione Europea n. 679/2016), entrato in vigore nel maggio 2018, 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 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”¹.

Per facilitare le aziende nella declinazione dei principi del Regolamento nel proprio contesto operativo, il Regolamento, all’art. 40, prevede la possibilità di definire dei “Codici di condotta”. Tali Codici sono documenti di autoregolamentazione definiti da Associazioni ed Organizzazioni rappresentative della categoria interessata, che dettagliano criteri e regole, pratiche e misurabili, secondo cui applicare correttamente le prescrizioni del Regolamento in funzione delle specificità di un determinato settore di attività.

Il contesto sanitario presenta esigenze e connotazioni peculiari, innanzi tutto legate alla caratteristica delle organizzazioni sanitarie di non costituire contesti individualmente isolati, ma con necessità di collaborare fra di loro e di condividere informazioni per assicurare la continuità delle cure e dell’assistenza al paziente. Più che in altri settori sono necessarie, pertanto, regole e criteri comuni e condivisi.

In quest’ottica, all’inizio del 2018, su iniziativa dell’Alta Scuola di Economia e *Management* dei Sistemi Sanitari dell’Università Cattolica del Sacro Cuore e della “Italian Community” dell’Organizzazione Internazionale *Healthcare Information Management Systems Society*, è stata avviata una iniziativa di collaborazione, finalizzata proprio a definire un codice di condotta in grado di offrire alle organizzazioni che erogano servizi sanitari e socio-sanitari, autonomamente e/o in collaborazione con altre organizzazioni sul territorio, i criteri guida, sotto il profilo organizzativo e sotto quello tecnologico, secondo cui implementare il corretto trattamento dei dati personali nell’ambito delle diverse tipologie di processi in essere nelle loro strutture.

In questo quadro generale, oltre alla esigenza fondamentale di collaborazione fra i diversi attori, altri aspetti caratterizzanti il contesto sanitario possono essere evidenziati nei seguenti punti:

- interrelazione molto stretta fra i vari processi clinici, assistenziali e organizzativi, per la sicurezza del paziente e per l’efficienza dell’organizzazione;
- necessità di massimizzare il volume dei dati disponibili per aumentare l’affidabilità del momento decisionale clinico-assistenziale e per finalità di prevenzione e ricerca nell’interesse del paziente stesso e dell’intera popolazione;
- presenza di infrastrutture tecnologiche in massima parte caratterizzate da un elevato grado di frammentazione ed eterogeneità, anche all’interno della stessa organizzazione.

Partecipanti all’iniziativa

Con l’obiettivo di consentire un ampio grado di rappresentatività all’iniziativa e di conseguire, pertanto, il livello di consenso necessario, partecipano:

- Associazioni di Aziende Sanitarie: Associazione Italiana Ospedalità Privata; Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari; Federazione Nazionale delle Associazioni Regionali o Interregionali delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private; Federsanità Associazione Nazionale Comuni Italiani; Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere;
- Aziende Sanitarie: Azienda Sanitaria Locale (ASL) Foggia; ASL Roma 1; Agenzia di Tutela della Salute (ATS) Val Padana; ATS Sardegna; ASL Potenza; Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) Romagna; AUSL Toscana Sud-Est; Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria 6 Euganea Veneto;
- Istituzioni, Associazioni ed Organizzazioni scientifiche e professionali operanti nel settore della sanità: Ministero della Salute, Direzione generale della vigilanza sugli Enti e della sicurezza delle cure; Istituto Superiore di Sanità; Regione Emilia-Romagna, Assessorato politiche per la salute; Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Roma; Federazione Nazionale Ordini dei Tecnici Sanitari Radiologia Medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione; Rete dei “Data Protection Officer” delle Aziende Sanitarie del Lazio; Cittadinanzattiva.

¹Regolamento europeo UE 679/2016 (*General Data Protection Regulation*).



Il Codice di condotta per la protezione dei dati personali in sanità

Strutturazione del Codice di condotta per la protezione dei dati personali in sanità:

Parte 1: quadro di riferimento complessivo e regole generali su:

- tipologie di trattamento e regole di protezione predefinita;
- struttura organizzativa del sistema di gestione per la protezione dei dati;
- requisiti per i sistemi informatizzati;
- criteri di abilitazione e monitoraggio;
- regole essenziali di sicurezza.

Parte 2: dettaglio delle procedure operative per singoli processi definite incrementalmente in coerenza con il quadro complessivo

Ad oggi è stato consolidato il primo documento: “Parte 1: quadro di riferimento e regole generali” che definisce il riferimento complessivo di misure organizzative e tecniche, secondo cui implementare in modo omogeneo e coerente i principi e gli obblighi del Regolamento, inteso anche come opportunità di miglioramento per i processi aziendali, nel contesto delle Organizzazioni sanitarie. Il documento si articola in sette sezioni principali:

- modello delle tipologie di trattamento, indipendente dagli aspetti organizzativi e tecnologici, classificate in funzione della loro finalità secondo quanto richiesto dal Regolamento;
- regole per le interazioni con l’interessato;
- criteri e struttura organizzativa per un “Sistema di gestione per la protezione dei dati personali”, in grado di definire e gestire le varie misure in un contesto organico e sinergico, utile non solo ai fini della protezione dei dati, ma anche nell’ottica di un miglioramento continuo dei processi dal punto di vista della qualità, della sicurezza, del rischio clinico e dell’efficienza economica;
- requisiti per i sistemi informatizzati, da implementarsi considerando le situazioni attualmente esistenti, secondo una *roadmap* evolutiva che tenga conto delle criticità, dei fattori di rischio e delle conseguenti priorità;
- regole di protezione predefinita per le varie tipologie di trattamenti, come espressamente richiesto dal Regolamento;
- criteri per l’abilitazione delle diverse tipologie di utenza, tenendo presente anche le peculiarità (ad esempio le emergenze) nell’ambito dei singoli processi;
- regole per la sicurezza tecnologica ed il monitoraggio dei sistemi informatizzati.

La seconda parte del Codice (in corso di definizione) si evolverà in modo incrementale e modulare nel tempo e detaglierà, conformemente a quanto definito nel quadro di riferimento complessivo, le procedure operative e le regole tecniche da adottare nell’implementazione di singoli processi di trattamento dei dati e di gestione degli aspetti organizzativi aziendali connessi.

Metodologia di collaborazione

A supporto della collaborazione è stato istituito il sito *web* www.gdpr-sanita.it, organizzato in una parte pubblica contenente informazioni e documenti di potenziale interesse generale ed in una parte riservata ai partecipanti all’iniziativa tramite la quale condividere, in corso d’opera, i contributi, le bozze di lavoro e le dichiarazioni di consenso, per assicurare la massima trasparenza alle modalità di lavoro. La collaborazione avviene, inoltre, sia mediante incontri diretti che per mezzo di condivisione di contributi e documenti evoluti per raffinemento di bozze successive.

In particolare, i contributi dei partecipanti alle bozze prodotte *in itinere* sono stati organizzati e valutati secondo tecniche scientifiche di “metodo del consenso”, mediante la compilazione da parte di tutti i partecipanti di moduli e questionari con i quali esprimere indicatori riassuntivi, contributi e commenti dettagliati su ogni singolo paragrafo del documento. I moduli sono stati, quindi, analizzati e commentati individualmente, aggiornando conseguentemente ove possibile il documento in questione. Tutti i documenti relativi a questo processo sono presenti sul sito per assicurare la massima trasparenza della procedura.

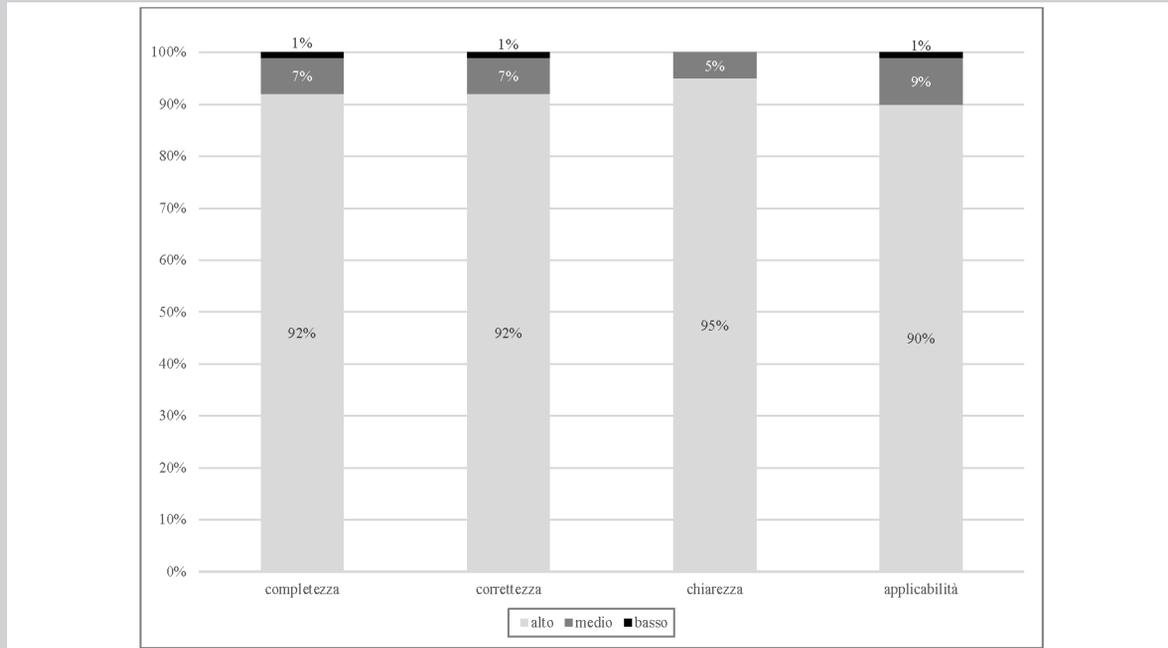
Nel Grafico 1 viene sintetizzato il livello di consenso (alto, medio e basso) registrato complessivamente per la versione attuale, relativamente a quattro indicatori principali, valutati per ogni singolo paragrafo:

- completezza, per indicare se i criteri e le regole espresse coprono tutti gli scenari, evidenziando eventuali mancanze e/o eccezioni;
- correttezza, per indicare se quanto esposto è corretto;
- chiarezza espositiva, per indicare la comprensibilità e non ambiguità del testo;
- applicabilità, per valutare la praticabilità e la sostenibilità dei criteri e delle regole individuate nel contesto tecnologico ed operativo dell’organizzazione.





Grafico 1 - Consenso (valori per 100) registrato per la versione attuale del Codice di condotta per la protezione dei dati personali in sanità - Anno 2019



Fonte dei dati: Codice di condotta per la protezione dei dati personali in sanità. Disponibile sul sito: www.gdpr-sanita.it. Anno 2019.

