

QUADERNI FORMEZ

Il Formez-Centro di Formazione Studi ha avuto, da sempre, una particolare attenzione per le iniziative editoriali.

Fin dai primissimi anni di attività si è impegnato nella produzione e divulgazione di collane e riviste su cui intere generazioni di funzionari pubblici si sono formate.

In seguito al decreto legislativo 285/99, che ha individuato nel Formez l'Agenda istituzionale che sostiene e promuove i processi di trasformazione del sistema amministrativo italiano, l'attività editoriale del Centro è rilanciata e rinnovata nella veste grafica e nei contenuti.

Sono state create tre linee editoriali: Quaderni, Strumenti e Azioni di Sistema per la Pubblica Amministrazione.

In queste collane vengono pubblicati i risultati delle attività formative e di ricerca dell'Istituto.

Con "Quaderni" si diffondono Rapporti e riflessioni teoriche su temi innovativi per la P.A. mentre, con due collane più specialistiche quali "Strumenti" e "Azioni di Sistema per la Pubblica Amministrazione", si mettono a disposizione soprattutto strumenti di lavoro o di progettazione per quanti lavorano o si occupano di P.A. e di sviluppo locale.

Tutte le pubblicazioni con un breve abstract vengono presentate sul web (www.formez.it).

Carlo Flamment
Presidente Formez



57

I SISTEMI DI GOVERNANCE DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI

Il volume è stato curato da
Silvia Boni, *Formez*

La ricerca è stata realizzata da
Vittorio Mapelli, *Università degli Studi di Milano*

Con la collaborazione di
Alberto De Stefano, Viola Compagnoni,
Alfonso Gambino, Anna Ceccarelli

Organizzazione editoriale
Roberta Crudele, Vincenza D'Elia, Paola Pezzuto



Il Progetto Governance – Azioni a sostegno dell’innovazione della Pubblica Amministrazione, realizzato dal Dipartimento della Funzione Pubblica in collaborazione con il Formez, intende accompagnare il processo di ammodernamento delle pubbliche amministrazioni (centrali, regionali, provinciali e comunali) alla luce del nuovo quadro istituzionale e dei mutamenti in atto nel contesto socioeconomico.

Il Progetto è articolato in numerose linee di intervento, tra cui una sulla “Governance dei servizi sanitari regionali”. L’obiettivo generale è rafforzare le capacità di governance sanitaria attraverso la ricerca e la diffusione di analisi, metodologie, strumenti atti a supportare tecnicamente le scelte regionali/aziendali e la comunicazione tra i vari livelli del sistema (regionale, aziendale, locale) in una prospettiva di coerenza e integrazione.

La ricerca che presentiamo in questo volume è una delle iniziative realizzate in questo ambito e mira a:

- *analizzare gli strumenti a disposizione delle amministrazioni regionali e la loro effettiva capacità di governance dei servizi sanitari;*
- *comparare le varie strategie e i differenti modelli adottati in rapporto ai risultati conseguiti in termini di economicità/qualità dei servizi e di impatto sulla salute della popolazione.*

Nel nostro Paese, con l’approvazione del D.Lgs. 56/00 sul federalismo fiscale e la modifica del Titolo V della Costituzione (legge costituzionale 3/01), si è confermata la volontà di decentrare la sanità alle Regioni che hanno ottenuto autonomia fiscale ed economica, organizzativa e gestionale: si trovano ad elaborare Piani sanitari regionali e fissare obiettivi di salute per la popolazione, a gestire risorse e a rispondere direttamente degli eventuali disavanzi.

Ormai ad anni di distanza dall’approvazione di tali provvedimenti, che hanno nei fatti completato il percorso della decentralizzazione, si può rilevare un panorama caratterizzato da:

- *centralizzazione regionale;*



- *disparità perduranti tra sistemi regionali, anche più evidenti che in passato;*
- *rinnovato ruolo dello Stato nella salute.*

A partire dal primo punto, la decentralizzazione rispecchia la logica generale di rendere i servizi più rispondenti agli specifici bisogni di salute della popolazione residente sul territorio, più controllabili le prestazioni e più diretta la responsabilità della gestione/produzione con risultati migliori nell'uso delle risorse e nella qualità dei servizi forniti. Inoltre, l'idea è che, in un dato territorio relativamente autonomo e di dimensioni contenute, sia più semplice procedere all'integrazione socio-sanitaria (per esempio nell'assistenza agli anziani e ai malati cronici) e favorire criteri di equità (nell'accesso ai servizi e nella distribuzione delle cure). In realtà, il processo di decentralizzazione non si è, nella maggior parte dei casi, realizzato fino in fondo. L'esigenza di controllare la spesa da parte delle Regioni è stata talmente forte da far sì che le scelte strategiche ed economiche siano rimaste, in gran parte, centralizzate. Si è quindi riproposta a livello regionale una marcata tendenza al centralismo, la quale ha sensibilmente ridotto la portata della delega alle Aziende sanitarie e agli enti locali. Per questo motivo è necessario continuare a studiare a fondo il sistema che ha regolato in questi anni i rapporti tra i vari attori istituzionali (Regioni, Aziende sanitarie, enti locali) in modo da poterne cogliere le necessarie implicazioni.

Quanto al secondo punto converrà qui richiamare soltanto la diversità delle situazioni regionali e l'eventuale accentuazione delle disparità. Il decentramento dei poteri e delle funzioni infatti non può essere visto di per sé come uno strumento capace di risolvere tutti i problemi, a cominciare da quello dell'equità. Proprio perché la Regione svolge un ruolo forte, emergono, con evidenza ancora maggiore, le carenze di conoscenza, di programmazione, di strategia di alcune amministrazioni e il conseguente bisogno dell'affermazione di un quadro solidaristico di scambio e di crescita condivisa.

In questo scenario – e arriviamo così al terzo punto – lo Stato mantiene il carattere di “garante” e lavora per assicurare i Livelli essenziali di assistenza (Lea) su tutto il territorio, investendo in un Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis) che renda possibili i confronti e quindi tale da rappresentare uno strumento di conoscenza realmente utile. Il progetto Mattoni, impostato e coordinato dal Ministero della Salute, pone le basi (per l'appunto i “mattoni”) di un sistema informativo completamente rinnovato che, attraverso l'innovativa procedura di gemellaggio tra Regioni e la condivisione delle esperienze più avanzate, arriva all'elaborazione di un comune approccio alla raccolta, sistematizzazione e lettura dei dati.

È forse opportuno aggiungere, in accordo con quanto affermato dall'OMS, che la diffusione della politica della prevenzione dei principali fattori di rischio che incidono sulla salute (corretta attività fisica, dieta equilibrata, prevenzione e

contenimento del fumo e dell'abuso di alcool) e l'importanza di promuovere stili di vita salutari va oltre i confini regionali e implica un coordinamento più stretto tra lo Stato e le Regioni per integrare le risorse e procedere ad azioni concertate e obiettivi condivisi. Si presenta quindi una dialettica diversa tra attori che vedono i loro ruoli rinnovati in un quadro di cooperazione.

Conseguentemente a quanto detto finora, si avverte l'esigenza di avviare un confronto tra sistemi regionali basato sulle performance e sull'impatto di queste sulla salute della popolazione e non su un facile approccio "ideologico". È proprio questo il contesto nel quale la ricerca si inserisce analizzando, attraverso tutti i dati ufficiali disponibili, le 21 Regioni e Province autonome, nel periodo 1995-2005, verificando alcuni aspetti in particolare: la coerenza intrinseca dei sistemi sanitari; le capacità di governo e le performance. Sono poi approfonditi, attraverso interviste rivolte agli Assessori alla Sanità e ai Direttori generali degli Assessorati, gli scenari di nove Regioni campione (Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Puglia, Veneto, Toscana, Sardegna). Gli aspetti della governance presi in esame sono stati: il ruolo della Regione nei confronti delle Asl, il tipo di relazione tra Regione e Azienda sanitaria, gli effettivi strumenti a disposizione (Piani attuativi locali, sistema informativo, accreditamento definitivo, finanziamento delle Aziende ospedaliere, controllo di gestione, elaborazione del budget da parte delle Aziende ospedaliere e dei Presidi ospedalieri, messa a punto di linee guida). Naturalmente il processo è molto più articolato ma quello che interessa rilevare è che ne sono scaturiti stimoli e indicazioni utili.

Alcuni Paesi nord-europei (Finlandia, Danimarca, Svezia, Norvegia), che presentano un'esperienza matura di decentralizzazione, si trovano ora a ricentrare importanti funzioni sanitarie, mentre l'Italia, insieme ad altre nazioni come la Spagna, sta invece perseguendo un percorso opposto. È improponibile un paragone netto in quanto, come è stato opportunamente sottolineato¹, la centralizzazione appare come un "caleidoscopio", assume cioè varie forme e significati nei differenti contesti. La decentralizzazione infatti è stata declinata in modi diversi e implica scelte articolate e complesse che possono riguardare la cessione, parziale o totale, di responsabilità e poteri relativi all'autonomia finanziaria, funzionale, organizzativa tra un ente delegante e uno delegato con meccanismi di trasmissione e controllo molto differenziati. Pur adottando però tutte le possibili cautele nell'uso di tale termine, e visto che siamo inseriti completamente ormai in un contesto europeo, appare interessante considerare che il pro-

¹ Saltman R.B., Bankauskaite V., Vrangbaek K., *Decentralization in Health Care*, Open University Press, McGraw-Hill, 2007.

cesso di continuo aggiustamento alla ricerca delle modalità e strumenti “migliori” è lungi dall’essere concluso.

Analogamente, e questa ricerca offre alcuni spunti in tal senso, conoscere meglio le motivazioni che hanno portato alcune amministrazioni regionali italiane a ricentralizzare funzioni chiave può offrire materia di riflessione e contributi utili a delineare indirizzi e tendenze per altre Regioni. Poiché la decentrazione è solo un mezzo, e non un fine, per offrire servizi di migliore qualità ai cittadini, le scelte possono infatti essere continuamente riviste in una ricerca tesa a garantire risultati efficaci.

Si ringraziano tutti gli Assessori, i Direttori generali, i dirigenti e i funzionari degli Assessorati che hanno voluto dedicarci il loro tempo. Se si dovessero verificare problemi nella lettura/interpretazione delle affermazioni contenute nei questionari, la colpa è solo nostra e ce ne scusiamo in anticipo.

Silvia Boni

INDICE

INTRODUZIONE	15
---------------------	----

PARTE PRIMA

L'organizzazione dei Servizi sanitari regionali e i loro risultati	25
---	----

CAPITOLO 1

L'organizzazione dei 21 Servizi sanitari regionali	27
---	----

1. Le diverse tipologie aziendali: Asl integrate, Asl separate e Asl miste 29
2. L'evoluzione delle Aziende sanitarie 31
3. I modelli istituzionali regionali 34
4. L'organizzazione dei dipartimenti e dei servizi delle Asl 39
5. L'accreditamento degli erogatori sanitari 47

CAPITOLO 2

Bisogni di salute e domanda di assistenza sanitaria	53
--	----

1. I fattori demografici ed economici 55
2. I fattori di rischio 59
3. Le malattie croniche 61
4. Le disabilità e invalidità 64
5. La mortalità generale 66
6. I consumi farmaceutici 68
7. Le prestazioni specialistiche 72
8. I ricoveri ospedalieri 74

CAPITOLO 3

Struttura, attività e spesa dei Servizi sanitari regionali	77
---	----

1. Il personale del Ssn nelle Regioni e Province autonome 79
2. Le cure primarie e l'assistenza specialistica 84
3. La rete ospedaliera e il mix pubblico-privato 88





4. La tecnologia medica	92
5. La spesa sanitaria regionale	96
6. Il riequilibrio della spesa sanitaria tra le Regioni	98
7. Gli investimenti in sanità	103

CAPITOLO 4

Gli strumenti di politica sanitaria regionale 107

1. La programmazione sanitaria regionale	109
2. La ripartizione del Fondo sanitario regionale	117
3. Le politiche fiscali	124
4. Le compartecipazioni alla spesa farmaceutica e la distribuzione diretta dei farmaci	128
5. Le risorse regionali aggiuntive, i deficit e le politiche di bilancio	131

CAPITOLO 5

Il funzionamento e la qualità dei servizi sanitari 139

1. L'efficienza del settore ospedaliero	141
2. L'appropriatezza dei ricoveri	147
3. Le liste di attesa	153
4. La mobilità sanitaria	155
5. La speranza di vita	158
6. La mortalità evitabile	162
7. La mortalità infantile	164
8. La soddisfazione per i servizi sanitari	166

CAPITOLO 6

La coerenza interna e i risultati dei sistemi sanitari regionali 169

1. Il metodo di confronto	171
2. I bisogni di salute e la domanda di prestazioni	173
3. La domanda di prestazioni e l'offerta di servizi sanitari	179
4. La gestione e la funzionalità dei servizi sanitari	181
5. La spesa sanitaria, i bisogni, la domanda e l'offerta di prestazioni	183
6. Spesa sanitaria, funzionalità dei servizi e risultati di salute	184

7. Un tentativo di valutazione della coerenza intrinseca dei sistemi sanitari regionali	186
---	-----

PARTE SECONDA

La capacità di governance dei sistemi sanitari regionali	191
---	-----

CAPITOLO 7

La struttura e i meccanismi di governance delle Regioni	193
--	-----

1. L'organizzazione e le risorse umane degli Assessorati regionali alla Sanità	195
2. Il sistema di programmazione e controllo a livello regionale e locale	199
3. Il controllo di gestione nelle Aziende sanitarie	204
4. Il sistema informativo sanitario regionale	208
5. I meccanismi di definizione e di controllo dei budget degli ospedali	212
6. L'accreditamento e il sistema tariffario	216
7. I rapporti con gli enti locali e i Direttori generali delle Aziende sanitarie	218

CAPITOLO 8

Le politiche di governo delle Regioni	225
--	-----

1. Le priorità di intervento regionale	227
2. La visione e gli strumenti di governo del sistema	228
3. La politica fiscale e il finanziamento delle Aziende sanitarie	229
4. La politica del personale e degli investimenti	230
5. I rapporti con i privati accreditati e la concorrenza	238
6. La valutazione del Ssr, delle Aziende sanitarie e dei distretti	243

CAPITOLO 9

I modelli e i fattori di successo della governance regionale	247
---	-----

1. Le diverse accezioni di governance	249
2. Gli elementi costitutivi della governance regionale	250





3. I tre modelli di governance dei sistemi sanitari regionali 253
4. I sistemi di governance nelle Regioni del campione 256
5. I fattori di successo e gli elementi di criticità nei sistemi di governance 261

CAPITOLO 10

Le capacità di governo e le performance dei 21 Servizi sanitari regionali 263

1. Il modello interpretativo delle relazioni di governance e dell'impatto sul Ssr 265
2. Il contesto regionale e le risorse di governance 267
3. Le capacità di governo e i risultati dei Ssr 275
4. Contesto, risorse di governance, spesa e performance dei Ssr 280
5. I fattori di successo dei sistemi di governance e la trasferibilità delle migliori pratiche 283

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI 287

APPENDICI 291

Appendice 1

L'organizzazione delle Aziende sanitarie locali nelle 21 Regioni e Province autonome 293

Appendice 2

Questionario per l'intervista all'Assessore regionale alla Sanità 303

Appendice 3

Questionario per l'intervista al Direttore generale dell'Assessorato alla Sanità 307

INTRODUZIONE





1. L'organizzazione e il governo del Ssn

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è l'istituzione attraverso la quale lo Stato garantisce ai propri cittadini il diritto costituzionale alla tutela della salute (art. 32 della Costituzione), in condizioni di eguaglianza su tutto il territorio nazionale. Funzioni e risorse sono state delegate alle Regioni, nel 1972 (Dpr 4/72) e nel 1977 (Dpr 616/77), che le esercitano attraverso le Aziende sanitarie locali (Asl)¹. Il Ssn non è un ente pubblico autonomo, ma una complessa articolazione di istituzioni, strutture, funzioni, risorse e poteri (art. 1 L. 833/78) che interagiscono – in forme a volte anche conflittuali – al fine di garantire le migliori condizioni di salute alla popolazione sotto la loro giurisdizione. Con le riforme varate nel 1992-93 (D.Lgs. 502/92 e 517/93) e nel 1999 (D.Lgs. 229/99) il Ssn si è trasformato di fatto in un “sistema di sistemi sanitari regionali”, composto da 21 Servizi sanitari regionali (Ssr)², nel quale la divisione dei poteri e delle funzioni assegna allo Stato i compiti di programmazione, indirizzo, controllo, definizione e ripartizione del budget e alle Regioni quelli di attuazione legislativa, programmazione, finanziamento, controllo e responsabilità per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) ai cittadini del proprio territorio. L'erogazione dei servizi è operativamente demandata alle Asl, che la svolgono sia attraverso strutture interne (ad es. presidi ospedalieri, servizi di igiene e sanità pubblica, consultori familiari), sia attraverso accordi o contratti con altre istituzioni sanitarie pubbliche (Aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Policlinici universitari) o con strutture e operatori sanitari privati accreditati. In

¹ Dopo la trasformazione delle Unità sanitarie locali in Aziende (D.Lgs. 502/92) le Regioni hanno adottato diverse denominazioni (Asl-Azienda sanitaria locale; Ausl-Azienda unità sanitaria locale; Aulss-Azienda unità locale socio-sanitaria). In questo studio si impiegherà il termine Asl, senza per questo indicare una particolare tipologia organizzativa. Analogamente si utilizzerà il termine Ao per l'Azienda ospedaliera.

² Per brevità di espressione nel testo si farà riferimento a 21 Servizi sanitari “regionali” comprendendovi anche i Servizi sanitari delle due Province autonome di Trento e Bolzano.

termini aziendali, le Regioni si configurano come delle “capogruppo” (*holding*) delle Asl e delle Ao, nei cui confronti esercitano i poteri tipici del proprietario-controllore: nomina e revoca dei Direttori generali, approvazione dei bilanci, convalida delle scelte di alienazione del patrimonio e di assunzione del personale, fornitura del capitale di investimento, copertura delle perdite. Le Aziende sanitarie si configurano, di fatto, come “Aziende regionali”, nonostante questa fattispecie non sia disciplinata dal nostro ordinamento giuridico³. Le Aziende sanitarie e ospedaliere, tuttavia, godono di “autonomia imprenditoriale” (D.Lgs. 229/99), seppure entro il quadro dei vincoli regionali, e sono relativamente libere di perseguire le proprie strategie aziendali. Esse rispondono alla Regione per i risultati di bilancio e alla popolazione locale per i risultati sullo stato di salute, senza dimenticare gli altri portatori di interessi (*stakeholder*): il personale dipendente, i medici convenzionati, le strutture accreditate, i fornitori, i finanziatori.

I rapporti tra i tre livelli di governo del Ssn si configurano, quindi, come *rapporti di agenzia*, in cui lo Stato affida alle Regioni, che a loro volta delegano alle Aziende sanitarie, il perseguimento delle finalità di promozione e tutela della salute della popolazione, in condizioni di eguaglianza su tutto il territorio nazionale. La delega dello Stato prevede che le Regioni siano libere di scegliere il modello organizzativo (ed entro certi limiti, anche istituzionale) di erogazione dei servizi e lo “stile” dei rapporti con le Aziende sanitarie: in altri termini, il modello di *governance*. Ciò che rimane preminente interesse dello Stato è la garanzia di erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e di uniformità nelle condizioni di salute in tutte le aree del Paese, perché in questo si sostanzia il diritto costituzionale alla salute.

Nel corso dell’ultimo decennio le Regioni si sono dotate di strutture e hanno adottato modelli organizzativi assai diversi per governare i propri sistemi sanitari. Il governo dei sistemi sanitari è opera di due condizioni generali: (i) della struttura *centrale* regionale (Giunta regionale e Assessorato alla Sanità), delle politiche sanitarie adottate, degli strumenti e dei meccanismi operativi messi in atto, del tipo di relazioni instaurate; (ii) dell’organizzazione del sistema *periferico* delle Aziende sanitarie, delle loro capacità strategiche e gestionali, dei contratti e delle relazioni che esse intrattengono con gli erogatori, pubblici e privati, e i vari portatori di interessi. Le interazioni tra questi due livelli portano i sistemi sanitari regionali a funzionare in modo differenziato e a raggiungere *per-*

³ Il D.Lgs. 502/92 nella sua formulazione originaria definiva l’Azienda Usl come “ente strumentale della Regione dotato di personalità giuridica pubblica” (art. 3, poi abolito dal D.Lgs. 517/93). Mentre sono disciplinate le Aziende speciali comunali, non esiste una normativa per le Aziende regionali.

formance di diverso grado. Le Regioni ispirano le loro politiche e le interazioni con le Aziende sanitarie a particolari “visioni” del loro ruolo, ma ciò che accomuna i sistemi sanitari sono i risultati che essi producono sul piano gestionale e sulla salute della popolazione. Appare quindi di estremo interesse capire quali siano le componenti strutturali e i meccanismi operativi che favoriscono il successo di alcuni modelli rispetto ad altri.



2. Gli obiettivi della ricerca

La sanità è un settore cruciale della Pubblica Amministrazione, sia in termini di spesa pubblica (13% del totale), sia per i rapporti tra Stato e Regioni. Anche se la prospettiva della devoluzione di poteri e competenze esclusive alle Regioni in materia di organizzazione e assistenza sanitaria sembra accantonata, dopo l'esito del referendum abrogativo del 2006, nondimeno la revisione dell'art. 117 della Costituzione ha innescato un processo di spinte e rivendicazioni autonomistiche da parte delle Regioni, che pongono sotto forte pressione il funzionamento del Ssn. La sanità è spesso terreno di innovazione e sperimentazione ed è divenuta il banco di sperimentazione del federalismo nel nostro Paese. Governare un sistema così complesso è oggettivamente difficoltoso, molto di più che in altri Paesi, come il Regno Unito, dove nel *National Health Service* non esiste il livello di governo regionale e le *Strategic Health Authorities* regionali sono emanazione diretta del *Nhs*, l'ente che governa il sistema.

I diversi e distanti contesti regionali, che sembrano costituire una minaccia per l'eguaglianza dei diritti e l'identità stessa del nostro Paese, possono rappresentare invece una ricchezza, dove la varietà dei modelli regionali e delle soluzioni adottate possono suggerire quali siano le possibili strade da percorrere. L'individuazione delle “migliori pratiche” o, in termini generali, dei migliori sistemi di *governance*, richiede che i modelli regionali siano innanzitutto definiti nelle loro linee portanti, nelle diverse “visioni” che le Regioni hanno del proprio ruolo verso le Aziende sanitarie e, quindi, valutati nelle loro *performance*, rispetto a criteri di riferimento. I sistemi sanitari, infatti, sono organizzazioni complesse, il cui scopo finale è la salute dei cittadini e su questo terreno vanno valutati. I risultati attesi da un sistema sanitario riguardano sia la sfera della società civile – qualità, efficacia, appropriatezza, efficienza dei servizi erogati, equità di trattamento e miglioramento delle condizioni di salute – sia i rapporti con lo Stato e le pubbliche amministrazioni – garanzia di universalità del diritto alla salute, contributo al patto di stabilità interno, capacità di coordinazione e guida verso gli obiettivi comuni, controllo della spesa e dei deficit, corresponsabilità fiscale.

La ricerca si propone quindi tre obiettivi:

- 1) valutare la *coerenza intrinseca* dei modelli regionali di risposta ai bisogni sanitari della popolazione;
- 2) definire e analizzare gli *elementi costitutivi* e differenziali dei diversi modelli di *governance* dei sistemi sanitari regionali;
- 3) valutare le *performance* dei differenti sistemi di *governance*.

Il primo obiettivo consiste nel tentare una lettura trasversale degli indicatori regionali disponibili (e abitualmente analizzati per compartimenti stagni) allo scopo di individuare la congruenza dei modelli regionali di risposta ai bisogni di salute. Lo schema interpretativo (illustrato nel cap. 6) parte dai bisogni di salute – che possono risultare elevati o bassi nelle diverse Regioni – per valutare se questi si esprimono in un adeguato livello di domanda, a cui deve rispondere un appropriato volume di offerta di servizi – erogati in condizioni di efficacia, efficienza, appropriatezza – e di spesa sanitaria, così da produrre i migliori esiti per la salute. Lo squilibrio tra alcune di queste variabili (ad es. bassi bisogni sanitari, ma elevata offerta di servizi) può rivelare situazioni di incoerenza intrinseca del modello regionale.

Il secondo obiettivo si propone di descrivere la struttura, la capacità e lo stile di *governance* delle Regioni, allo scopo di individuare dei “prototipi” capaci di raggruppare e accomunare la varietà dei 21 sistemi sanitari esistenti. L’analisi è condotta su due piani. Attraverso l’esame approfondito di alcuni casi regionali (v. paragrafo successivo), condotta per mezzo di interviste e questionari a “testimoni privilegiati” della sanità regionale, si definiscono innanzitutto gli elementi caratteristici e differenziali dei diversi modelli, rappresentati dalla “visione” e dallo “stile” dei rapporti tra Regione e Aziende sanitarie, dagli strumenti e dalle capacità di *governance* e dalla presenza o assenza di contratti interaziendali. Su un piano più generale, attraverso indicatori numerici si procede quindi a quantificare, valutare e ordinare le diverse capacità di *governance* delle 21 Regioni e Province autonome.

Con il terzo obiettivo si tenta di valutare i migliori sistemi regionali di *governance* sulla base, da un lato, degli strumenti utilizzati e delle capacità presenti, dall’altro, dei risultati ottenuti, cercando di associare le *performance* alla dotazione di capacità e strumenti (e al contesto regionale). Una caratteristica della ricerca intende essere, infatti, il carattere valutativo o *conseguenziale* dei vari modelli di *governance*. L’interesse non è rivolto tanto a descrivere la maggiore o minore perfezione dei modelli di governo dei sistemi sanitari, quanto a valutare operativamente i risultati da essi prodotti in diversi ambiti e le possibili correlazioni tra i modelli di *governance* e le *performance* rese.

La ricerca intende essere, quindi, uno studio *empirico* del funzionamento dei

sistemi sanitari regionali, piuttosto che uno studio teorico sui modelli di *governance*. Sul tema della *governance* in sanità e sui modelli regionali esiste una vasta letteratura scientifica nel nostro Paese⁴, che tuttavia talvolta sembra costruita più su valutazioni qualitative e convinzioni degli studiosi, che non su dati quantitativi. In questo studio si cerca invece di seguire un approccio consequenzialista, per cui i sistemi regionali e i modelli di *governance* sono valutati in relazione ai risultati che producono. Uno sforzo ulteriore è stato compiuto per una lettura *sinottica* o sistemica dei dati e degli indicatori settoriali, cercando di ricondurre ad una interpretazione unitaria fenomeni che sono tra loro intrinsecamente collegati e solo gli studiosi riescono a separare nelle loro analisi.



3. I metodi e i materiali raccolti

La ricerca ha seguito due approcci metodologici:

- a) raccolta e analisi dei dati e del materiale informativo riguardante gli aspetti strutturali e funzionali dei 21 sistemi sanitari regionali;
- b) approfondimento delle capacità e degli strumenti di *governance* in 9 Regioni campione, attraverso interviste dirette alle figure-chiave degli Assessorati regionali alla Sanità.

Il primo approccio è servito a descrivere il quadro generale di tutte le 21 Regioni e Province autonome. Sono state utilizzate le fonti statistiche già disponibili e, in particolare, i dati dell'Istat, del Ministero della Salute, dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr) e le informazioni reperibili sui portali delle Regioni o direttamente richieste agli Assessorati alla Sanità.

Il secondo punto è stato affrontato attraverso un'analisi approfondita di casi regionali, sia nelle aree del Mezzogiorno che del Centro-Nord (v. Parte Seconda). Le Regioni individuate come rappresentative dei diversi modelli di organizzazione sanitaria e di capacità di *governance*, sono state:

- Lombardia
- Veneto
- Emilia-Romagna
- Toscana
- Lazio
- Campania

⁴ Ad esempio, il *Rapporto Oasi* del Cergas-Università Bocconi di Milano, il *Rapporto Sanità* del Ceis-Università di Tor Vergata di Roma, il *Rapporto Osservasalute* dell'Università Cattolica di Roma.



- Puglia
- Basilicata
- Calabria
- Sicilia
- Sardegna.

Tre Regioni sono del Nord, due del Centro e sei del Sud. Tuttavia due Regioni, dopo la manifestazione d'interesse a partecipare, non hanno compilato i questionari. La scelta delle Regioni si è basata sulla (presunta) diversa tipologia dei sistemi di *governance*. La Regione Lombardia rappresenta, infatti, un modello unico nel panorama italiano (completa separazione delle funzioni di produzione e di finanziamento), mentre Veneto, Emilia-Romagna e Toscana sono la migliore attuazione dell'ultima riforma sanitaria, seppure con peculiarità distintive. Nelle Regioni del Mezzogiorno sembra prevalere, invece, un modello organizzativo di tipo tradizionale, che merita un confronto con gli altri. Tuttavia le analisi svolte sul materiale raccolto e sulle informazioni ricavate dai questionari hanno condotto a formulare tipologie di *governance* diverse da quelle iniziali.

Tutto il materiale raccolto è stato analizzato, elaborato e descritto nei differenti aspetti. I risultati del primo approccio sono presentati nei capitoli da 1 a 5 e utilizzati sotto forma di indicatori nei capitoli 6 e 9. La descrizione dei dati segue due linee:

- confronto tra le Regioni sulla situazione oggi esistente (o il più aggiornata possibile)
- analisi dei cambiamenti intervenuti tra il 1995 e il 2005.

Innanzitutto si tende ad evidenziare le differenze strutturali esistenti tra le Regioni e, in secondo luogo, a valutare i maggiori cambiamenti intervenuti o i guadagni di *performance* ottenuti nel decennio successivo alle riforme del 1992-93. Ciò che interessa mettere in rilievo è la convergenza delle Regioni verso il miglioramento dei risultati o le differenti dinamiche nelle aree geografiche del Paese.

I principali dati che caratterizzano i sistemi sanitari regionali sono stati impiegati, oltre che per la descrizione della loro struttura ed evoluzione, anche per una valutazione comparativa riguardante due aspetti cruciali:

- la coerenza interna dei sistemi sanitari regionali;
- la relazione tra gli strumenti e le capacità di *governance* e i risultati ottenuti.

Secondo lo schema illustrato al capitolo 6, i sistemi sanitari regionali sono stati sottoposti ad una prima valutazione circa la loro coerenza intrinseca nel rispondere ai bisogni di salute della popolazione e, quindi, nella dotazione di risorse e

nella produzione di risultati. Dal confronto sono emerse incongruenze, più o meno gravi, in circa 1/3 delle Regioni italiane.

La seconda parte della ricerca è dedicata all'approfondimento sui modelli di *governance* in un campione di 9 Regioni e, nella parte finale, alla valutazione delle capacità di *governance* e dei risultati ottenuti nell'insieme delle 21 Regioni e Province autonome. L'approfondimento sui modelli di *governance* si è svolto attraverso interviste dirette all'Assessore alla Sanità (due casi) e al Direttore generale dell'Assessorato (due casi) o attraverso la compilazione di appositi questionari semi-strutturati (v. Appendici 2 e 3). Per la gran parte delle Regioni non è stato possibile effettuare interviste dirette ai "testimoni privilegiati", ma solo ricevere risposte dai questionari, i quali purtroppo sono risultati carenti su diversi aspetti. Inoltre anche il materiale documentale richiesto (v. l'elenco finale del questionario in Appendice 3) è spesso risultato incompleto. I risultati dell'indagine risentono perciò di queste limitazioni.

Il prospetto riepiloga la collaborazione che è stato possibile ottenere dalle Regioni:

	Assessore		Direttore generale	
	intervista	questionario	intervista	questionario
Lombardia		√		√
Veneto		√		√
Emilia-Romagna		√		√
Toscana		√		√
Lazio		√		√
Campania		√		√
Puglia		√		√
Basilicata	√	√	√	√
Sardegna	√	√		√

Amministrazioni intervistate*

Regione Lombardia Alessandro Cè, *Assessore alla Sanità*
 Carlo Lucchina, *Direttore generale dell'Assessorato*
 Luciano Bresciani, *responsabile U.o. Programmazione e sviluppo piani*

* Due Regioni prescelte per lo studio (Calabria e Sicilia), dopo l'interesse iniziale dimostrato, non hanno collaborato alla ricerca.



Regione Veneto	Flavio Tosi, <i>Assessore alle Politiche Sanitarie</i> Giancarlo Ruscitti, <i>Segreteria regionale Sanità e Sociale</i> Costantino Gallo, <i>Direzione piani e programmi socio-sanitari</i>
Regione Emilia-R.	Eleonora Verdini, <i>responsabile del Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali</i>
Regione Toscana	Enrico Rossi, <i>Assessore al diritto alla salute</i> Carla Donati, <i>responsabile del Settore Gestione, Risorse e Investimenti</i>
Regione Lazio	Augusto Battaglia, <i>Assessore alla Sanità</i> Silvio Natoli, <i>Direttore generale dell'Assessorato alla Sanità</i>
Regione Campania	Angelo Montemarano, <i>Assessore alla Sanità</i> Antonio Gambacorta, <i>Direttore generale dell'Assistenza sanitaria</i>
Regione Puglia	Alberto Tedesco, <i>Assessore alle Politiche della salute</i> Antonio Battista, <i>Direttore dell'Area di programmazione ed assistenza ospedaliera dell'A.Re.S Puglia</i>
Regione Basilicata	Rocco Colangelo, <i>Assessore alla Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità</i> Giuseppe Montagano, <i>Direttore generale Assessorato alla Salute</i> Raffaele Giordano, <i>Ufficio risorse finanziarie e investimenti</i>
Regione Sardegna	Nerina Dirindin, <i>Assessore all'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale</i> Antonio De Murtas, <i>Direzione generale della Sanità</i>

PARTE PRIMA

L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI E I LORO RISULTATI





CAPITOLO 1

L'ORGANIZZAZIONE DEI 21 SERVIZI SANITARI REGIONALI



Con l'attuazione del D.Lgs. 502/92 le Regioni hanno scelto diversi modelli istituzionali e organizzativi, prefigurando sistemi sanitari totalmente integrati, parzialmente integrati o separati. Inoltre sono state diversamente attive nell'applicare i decreti di riforma. Ne è scaturita una grande varietà di modelli regionali, che possono esercitare influenza sulle capacità di governo e sulla funzionalità dei servizi sanitari.

1. Le diverse tipologie aziendali: Asl integrate, Asl separate e Asl miste

La legge 833/78, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, individuava le Usl come lo strumento operativo delle Regioni per l'esercizio delle funzioni amministrative, delegate dallo Stato, nel campo dell'assistenza sanitaria (art. 117 della Costituzione). L'Usl costituiva l'insieme delle funzioni e delle strutture sanitarie e amministrative che provvedevano all'offerta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione alla popolazione del proprio territorio. Tutte le preesistenti strutture pubbliche, inclusi gli enti ospedalieri, erano confluite sotto l'unica "proprietà" dell'Usl, che poteva avvalersi inoltre di operatori e strutture private, sulla base di contratti (convenzioni).

Con la riforma sanitaria del 1992-93 (D.Lgs. 502/92 e D.Lgs. 517/93) le Usl sono state trasformate in Aziende "dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale" ed è stata concessa ai maggiori ospedali, in possesso di determinati requisiti (ad es. ospedali di rilievo nazionale o interregionale, organizzazione su base dipartimentale, presenza del dipartimento di emergenza)⁵, la possibilità di essere riconosciuti indipendenti dalle Asl, come Aziende ospedaliere, venendo a costituire nuove tipologie di Aziende sanitarie. Gli altri ospedali, sprovvisti dei necessari requisiti, sono rimasti all'interno delle Asl come "pre-

⁵ Possibilità concessa anche ai Policlinici universitari.

sidi ospedalieri” (Po), pur godendo di una maggiore autonomia gestionale.

Con la separazione dei maggiori ospedali si sono creati tre diversi modelli di Aziende territoriali: le Asl *integrate*, le Asl *separate* e le Asl *miste*. A questi si può affiancare un quarto modello, che ha assunto importanza negli anni più recenti, ma di fatto costituisce un sotto-tipo del modello integrato: l’Asl *unica* provinciale o regionale. Le Asl integrate sono quelle che scaturiscono dalla L. 833/78 e vedono la presenza di tutti i presidi ospedalieri all’interno dell’Asl: gli ospedali sono considerati “stabilimenti” di produzione e risultano a gestione diretta dell’Azienda territoriale, insieme agli altri servizi extra-ospedalieri (poliambulatori, consultori, servizi psichiatrici). All’estremo opposto è l’esempio della Lombardia, con la completa separazione degli ospedali dalle Asl – non solo per le strutture aventi i requisiti di legge, ma anche per gli altri presidi ospedalieri⁶ – che risponde all’esigenza di separare la funzione di *produzione* (Ao) da quella del *finanziamento* (Asl) e costituisce la condizione necessaria (ma non sufficiente) per creare un sistema di concorrenza tra ospedali pubblici e privati accreditati. Alle Ao lombarde afferiscono, infatti, anche tutte le altre strutture sanitarie (con l’eccezione dei servizi di igiene e sanità pubblica), mentre alle Asl sono state attribuite le funzioni di programmazione, acquisto e controllo (Pac). Le Asl miste sono quelle dalla cui giurisdizione è stata espunta l’Azienda ospedaliera, che ha assunto un’autonoma personalità giuridica, ma che conservano al loro interno alcuni presidi ospedalieri. Una parte dell’erogazione dei ricoveri avviene quindi attraverso i meccanismi gerarchici interni e una parte attraverso i meccanismi contrattuali con l’Ao.

Al 31 dicembre 2005 esistevano in Italia 180 Asl, la maggior parte delle quali era costituita da Asl integrate (117, pari al 65%); un numero consistente di Asl miste (48) e 15 separate (di cui 14 in Lombardia e 1 in Friuli-V.G.) (tab. 1.1). Erano presenti anche 97 Aziende ospedaliere, di cui 29 in Lombardia e 17 in Sicilia (tab. 1.1). In tre Regioni (Valle d’Aosta, Abruzzo, Molise) e nelle due Province autonome di Trento e Bolzano non risultavano Aziende ospedaliere. Nelle Asl erano presenti 460 presidi ospedalieri, che raggruppavano il 39% di tutti i posti-letto del Ssn, mentre nelle Ao i presidi ospedalieri erano 201 e disponevano del 29% dei posti-letto totali (tab. 1.3).

⁶ La legge di riforma della Lombardia (Lr 31/97) prevede che i presidi ospedalieri, seppure sprovvisti dei requisiti di legge per essere Ao, “afferiscano” ad un’Azienda ospedaliera in possesso dei requisiti e continuino ad essere considerati presidi ospedalieri. Fa eccezione l’Asl della Vallecamonica, che conserva al suo interno due Po.



Tabella 1.1

Tipologia delle ASL e numero di AO (al 31 dicembre 2005)

Regione	ASL			Totale	ASL %			Abitanti per ASL	AO	Abitanti per AO
	integrate	miste	separate		integrate	miste	separate			
Piemonte	17	5	-	22	77	23	-	194.101	8	533.777
Valle d'Aosta	1*	-	-	1	100	-	-	122.040	-	-
Lombardia	1	-	14	15	7	-	93	616.453	29	318.855
P.A. Bolzano**	4	-	-	4	100	-	-	117.909	-	-
P.A. Trento	1*	-	-	1	100	-	-	490.829	-	-
Veneto	19	2	-	21	90	10	-	221.090	2	2.321.450
Friuli-V.G.	2	3	1	6	33	50	17	199.698	3	399.396
Liguria	3	2	-	5	60	40	-	315.495	3	525.825
Emilia-Romagna	6	5	-	11	55	45	-	370.953	5	816.096
Toscana	9	3	-	12	75	25	-	297.173	4	891.518
Umbria	2	2	-	4	50	50	-	212.006	2	424.011
Marche	-	1*	-	1	-	100	-	1.504.827	2	752.414
Lazio	8	4	-	12	67	33	-	433.762	5	1.041.028
Abruzzo	6	-	-	6	100	-	-	214.316	-	-
Molise	1*	-	-	1	100	-	-	321.697	-	-
Campania	8	5	-	13	62	38	-	443.104	8	720.044
Puglia	10	2	-	12	83	17	-	336.749	2	2.020.495
Basilicata	3	2	-	5	60	40	-	119.400	2	298.500
Calabria	8	3	-	11	73	27	-	182.849	4	502.835
Sicilia	0	9	-	9	-	100	-	555.918	17	294.310
Sardegna	7	1	-	8	88	13	-	205.387	1	1.643.096
ITALIA	113	48	15	180	65	27	8	321.601	97	596.786

Fonte: Ns. elaborazioni su dati Ministero della Salute - Sistema informativo sanitario e Istat

Note: (*) ASL uniche regionali o provinciali (*) Dall'1.1.2007 è istituita l'Azienda sanitaria altoatesina (unica)

2. L'evoluzione delle Aziende sanitarie

Prima della riforma del 1992 le Usl erano formalmente Associazioni di Comuni o Comunità montane e, nelle grandi città, coincidevano con le zone del decentramento urbano. La loro dimensione media era ridotta e intesa a favorire la par-

tecipazione popolare⁷, per cui il loro numero risultava elevato. Nel 1992 si contavano infatti 659 Usl, di cui 84 in Lombardia, 63 in Piemonte, 62 in Sicilia e 61 in Campania (tab. 1.2). La dimensione media delle Usl risultava di soli 87.000 abitanti, con una punta massima di 127.000 in Veneto e minima di 44.000 nella Provincia di Trento.

Il D.Lgs. 517/92, oltre a decretare la loro trasformazione in Aziende sanitarie, ne ha disposto anche la riduzione, stabilendo che di norma le Asl dovessero coincidere con il territorio della Provincia. Il loro numero si è così ridotto di 431 unità, scendendo a 228 nel 1995. La riduzione più marcata si è registrata in Sicilia (da 62 a 9), Campania (da 61 a 13), Puglia (da 55 a 12) e Piemonte (da 62 a 22). Una novità significativa è rappresentata dalla creazione della Asl unica della Provincia di Trento, sorta dall'accorpamento delle preesistenti 11 Asl⁸. Mentre l'assetto raggiunto nel 1995 è risultato definitivo per quasi tutte le Regioni, la Lombardia dopo avere operato una prima riduzione da 84 a 44, nel 1997 ha proceduto ad una nuova drastica contrazione a 15 Asl. Nel complesso, tra il 1995-2000 le Asl si sono ridotte di 31 unità, scendendo a 197.

Il D.Lgs. 229/99, da una parte, ha abrogato la norma che prevedeva la costituzione di Asl tendenzialmente coincidenti con l'ambito provinciale e, dall'altra, ha previsto criteri più restrittivi per la costituzione di Ao (art. 3). Nel 2001, ai sensi del rinnovato art. 117 della Costituzione, le Regioni hanno assunto ampia autonomia rispetto alla creazione di nuove Ao. In seguito a queste modifiche legislative, in alcune Regioni (Marche, Molise) e città (Bologna) si è passati ad un modello di Asl unica che verrà adottato anche nella Provincia di Bolzano. L'Asur (Azienda sanitaria unica regionale) delle Marche ha accorpato le preesistenti 13 Asl, mentre l'Asrem (Azienda sanitaria regionale molisana) le preesistenti 4 Asl. Il numero attuale di Asl risulta quindi di 180, dopo la riduzione di 12 Asl nelle Marche, di 3 in Molise e di 2 a Bologna (tab. 1.2).

L'accorpamento delle Usl ha naturalmente significato un aumento della loro popolazione media, passata da 87.000 a 321.000 abitanti tra il 1992 e il 2005 (tab. 1.2). La dimensione maggiore è quella delle Marche (1.505.000 abitanti), seguita da Lombardia (616.000) e Sicilia (556.000). La dimensione minore si riscontra a Bolzano (118.000), in Basilicata (119.000) e Valle d'Aosta (122.000), Regioni che presentano particolari conformazioni territoriali. Si rileva una forte eterogeneità tra le Regioni nel numero e nella dimensione delle Asl, che riflettono, da un lato, i diversi orientamenti politico-istituzionali e, dall'altro, la configurazione specifica del territorio.

⁷ Fino al 1985 le Usl erano infatti governate da un'Assemblea, composta dai consiglieri comunali del territorio (eletti), e da un Comitato di gestione.

⁸ La Valle d'Aosta ha sempre avuto un'unica Usl-Asl.

Tabella 1.2

Evoluzione nel numero di ASL e di AO al 31 dicembre

Regione	USL		ASL			AO		Variaz. AO		Abitanti per USL o ASL	
	1992	1995	2000*	2005	2000 -05	1995	2000*	2005	2000 -05	1992	2005
Piemonte	63	22	22	22	0	7	7	8	1	67.164	194.101
Valle d'Aosta	1	1	1	1	0	-	-	-	-	120.909	122.040
Lombardia	84	44	15	15	0	16	27	29	2	108.436	616.453
P.A. Bolzano	4	4	4	4	0	-	-	-	-	116.835	117.909
P.A. Trento	11	1	1	1	0	-	-	-	-	43.923	490.829
Veneto	36	22	21	21	0	2	2	2	0	127.150	221.090
Friuli-V.G.	12	6	6	6	0	3	3	3	0	99.299	199.698
Liguria	20	5	5	5	0	3	3	3	0	78.610	315.495
Emilia-Romagna	41	13	13	11	-2	5	5	5	0	98.298	370.953
Toscana	40	12	12	12	0	4	4	4	0	87.907	297.173
Umbria	12	5	4	4	0	2	2	2	0	69.518	212.006
Marche	24	13	13	1	-12	3	4	2	-2	61.858	1.504.827
Lazio	51	12	12	12	0	3	3	5	2	100.898	433.762
Abruzzo	15	6	6	6	0	-	-	-	-	84.886	214.316
Molise	7	4	4	1	-3	-	-	-	-	45.864	321.697
Campania	61	13	13	13	0	7	8	8	0	93.854	443.104
Puglia	55	12	12	12	0	4	6	2	-4	73.163	336.749
Basilicata	7	5	5	5	0	1	2	2	0	85.260	119.400
Calabria	31	11	11	11	0	4	4	4	0	64.755	182.849
Sicilia	62	9	9	9	0	16	17	17	0	80.196	555.918
Sardegna	22	8	8	8	0	1	1	1	0	74.438	205.387
ITALIA	659	228	197	180	-17	81	98	97	-1	86.982	321.601

Fonte: Ns. elaborazioni su dati Ministero della Salute - Sistema informativo sanitario

Note: (*) Al 30.6.2000

Al contrario delle Asl, il numero delle Aziende ospedaliere si è incrementato, dopo la loro prima costituzione tra il 1993-95. A fine 1995 si contavano in Italia 81 Ao, di cui 16 in Lombardia e 16 in Sicilia, le due Regioni con il maggiore

numero, e nel 2000 il loro numero si era incrementato fino a 98, di cui 11 nuove Ao solo in Lombardia. A partire dal 2000 si è operato un assestamento, con una riduzione di 4 Aziende in Puglia e 2 nelle Marche, a fronte di un incremento di 2 unità in Lombardia e Lazio e di 1 in Piemonte.

Considerando l'insieme delle Aziende sanitarie (Asl e Ao), la maggiore densità si registra in Lombardia (44), seguita da Piemonte (30), Sicilia (26) e Veneto (23). All'estremo opposto si collocano le Regioni in cui è presente l'Asl unica, generalmente senza Aziende ospedaliere, eccetto nelle Marche. L'eterogeneità interregionale per numero e dimensione territoriale media delle Aziende sanitarie è una caratteristica ascrivibile sia alle Asl che alle Ao.

3. I modelli istituzionali regionali

La creazione di Aziende ospedaliere e, quindi, la scelta tra Asl integrate o separate, non sembra rispondere ad orientamenti politici delle Regioni, favorevoli o contrari alla concorrenza, salvo in Lombardia. Nella maggioranza dei casi sembra sia prevalsa l'esigenza di garantire un maggiore controllo sugli ospedali, attraverso la loro integrale gestione (nessuna Ao), o di rendere funzionalmente autonomi solo un ristretto numero di strutture di grandi dimensioni (tra 500-1.000 posti-letto), che nella gestione integrata dell'Asl soffrivano per la lunghezza delle procedure e il mancato riconoscimento della loro specificità.

Per caratterizzare l'opzione di un modello istituzionale *regionale* – integrato, separato o misto – non basta considerare la rete ospedaliera pubblica (numero di Ao e relativa percentuale di posti-letto), ma occorre guardare alla presenza di altre strutture pubbliche “separate” (Irccs, Policlinici universitari) o private equiparate alle pubbliche (ospedali classificati e istituti qualificati come pubblici, Irccs e Policlinici universitari privati) e delle case di cura accreditate. Con l'insieme di queste strutture la Regione intrattiene rapporti contrattuali, variamente regolati. Nonostante il numero di Ao possa essere ridotto, la presenza di altre strutture equiparate o private rende infatti il sistema oggettivamente separato (ad es. in Lazio, dove le “altre” strutture rappresentano il 61% del totale). D'altro lato, in numerose Regioni le Aziende ospedaliere non sono finanziate dalle Asl, sulla base di accordi contrattuali – come previsto dalla normativa vigente (art. 8 D.Lgs. 229/99) – ma direttamente dalla Regione attraverso le risorse della mobilità in uscita dalle Asl.

Considerate queste caratteristiche dei sistemi regionali, sono state individuate quattro tipologie di modelli istituzionali (tab. 1.3):

- i. integrato: la percentuale di posti-letto a gestione diretta delle Asl (Po) è >66%;
- ii. misto-quasi integrato: la percentuale di posti-letto dei Po è compresa tra 40-66%;

- iii. misto-quasi separato: la percentuale di posti-letto dei Po è compresa tra 20-40%;
- iv. separato: la percentuale di posti-letto dei Po è <1%.

Nel primo gruppo dei sistemi *integrati* sono comprese 7 Regioni, di cui 6 di piccole dimensioni (Valle d'Aosta, Trento, Bolzano, Abruzzo, Molise, Sardegna) e il Veneto. Cinque Regioni (Valle d'Aosta, Trento, Bolzano, Abruzzo, Molise) non hanno creato nessuna Azienda ospedaliera, mentre la Sardegna una sola e il Veneto due. Inoltre quattro Regioni (cinque dal 2007) hanno un'unica Asl di dimensione regionale o provinciale. I posti-letto delle Ao in Veneto rappresentano solo il 18% circa del totale e in Sardegna il 7% (tab. 1.3).

Il gruppo delle Regioni con sistemi *misti-quasi integrati* è il più consistente ed è composto da 9 Regioni, di cui 5 di piccole dimensioni (Liguria, Umbria, Marche, Basilicata, Calabria) e 4 di grandi dimensioni (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Puglia). Come il precedente, questo modello è diffuso in tutte le aree geografiche del Paese. Il numero di Ao costituite è compreso tra 2 e 5 nella maggioranza dei casi e da 8 per il Piemonte (tab. 1.3). La percentuale di posti-letto delle Ao è comunque ridotta e compresa tra il 20-25%, eccetto in Puglia (14%) e in tre piccole Regioni (Liguria, Umbria, Basilicata), dove il loro peso è intorno al 40-45%. Nel complesso, però, i posti-letto dei Po a gestione diretta costituiscono una percentuale compresa tra il 40-60% e, poiché le Ao sono finanziate centralmente dalla Regione, il modello si può definire come prevalentemente integrato (tab. 1.3).

Nel gruppo dei sistemi *misti-quasi separati* sono comprese 4 Regioni (Friuli-V.G., Lazio, Campania, Sicilia) con un numero variabile di Ao, compreso tra 3 (Friuli-V.G.) e 17 (Sicilia), e di relativi posti-letto compreso tra il 13% (Lazio) e il 49% (Friuli-V.G.) (tab. 1.3). Anche in questo caso, però, la separazione delle Ao non conduce all'attivazione dei contratti, perché queste sono finanziate direttamente dalla Regione.

Infine il gruppo delle Regioni con *sistemi separati* comprende la sola Lombardia, una Regione dalle grandi dimensioni, che ha completato la separazione degli ospedali dalle Aziende territoriali, eccetto per una sola Asl montana.

Nell'insieme prevale il modello integrato o quasi-integrato per la maggioranza delle Regioni (16), rispetto al modello separato o quasi-separato (5). Tuttavia, classificare il Ssn nel suo insieme risulta un'operazione ambigua, perché se si osserva il numero di modelli regionali si potrebbe definire un sistema fortemente integrato (16 Regioni su 21), ma se si guarda alla percentuale dei posti-letto gestiti direttamente dalle Asl (39%; tab. 1.3) – il criterio finora seguito – il Ssn appare come un sistema misto-quasi separato, anche se è ben lontano dal *Nhs* inglese, dove tutti gli ospedali sono stati incorporati e costituiti in *Hospital Trust*. Tuttavia questa sembra essere la caratteristica più oggettiva del Ssn.

Tabella 1.3

Classificazione dei sistemi sanitari regionali. Anno 2006

Regione	PO a gest. diretta ASL (a)			AO				contratti ASL-AO	finanz. da Regione
	n.	p.letto	% p.letto su totale	n.	PO (a) delle AO	p.letto	% p.letto su totale		
Piemonte	25	7.181	41,8	8	16	4.361	25,4	√	-
Valle d'Aosta	1	421	100,0	-	-	-	-	-	-
Lombardia	1	311	0,8	29	103	22.436	59,6	√	-
P.A. Bolzano	7	1.826	85,7	-	-	-	-	-	-
P.A. Trento	11	1.573	88,8	-	-	-	-	-	-
Veneto	23	11.937	65,9	2	3	3.178	17,6	√	-
Friuli-V.G.	12	1.341	29,4	3	3	2.257	49,5	-	√
Liguria	10	2.804	49,9	3	3	2.313	41,1	-	√
Emilia-R.	22	8.687	48,6	5	5	4.932	27,6	√	-
Toscana	33	7.478	55,8	4	4	3.754	28,0	√	-
Umbria	9	1.306	46,6	2	3	1.301	46,4	√	-
Marche	29	3.461	58,3	2	4	1.203	20,3	-	√
Lazio	52	6.490	25,5	5	9	3.353	13,2	-	√
Abruzzo	22	3.526	78,4	-	-	-	-	-	-
Molise	6	1.178	73,3	-	-	-	-	-	-
Campania	53	5.890	33,8	8	9	3.864	22,2	-	√
Puglia	27	8.110	57,3	2	3	1.988	14,0	-	√
Basilicata	7	1.018	53,4	2	2	829	43,5	-	√
Calabria	32	3.756	44,2	4	8	1.823	21,5	-	√
Sicilia	49	4.584	26,2	17	25	6.432	36,8	-	√
Sardegna	29	4.864	68,7	1	1	531	7,5	-	√
Italia	460	87.742	38,9	97	201	64.555	28,6	35.483	29.072

Fonte: Ns. elaborazioni su dati Ministero della Salute - Sistema informativo sanitario e Delibere regionali di finanziamento (tab. 4.4)

Note: Il numero dei presidi ospedalieri e dei posti-letto è relativo al 2003

(a) Sono stati contati come presidi gli ospedali ubicati in differenti località o con un diverso indirizzo (potrebbero indicare gli stabilimenti ospedalieri, anziché i presidi)

Altri pub. o equipar.		Case di cura accred.		Totale p.letto SSN	Contratti (% posti letto)			Tipologia SSR
p.letto	% p.letto su totale	p.letto	% p.letto su totale		AO, pubblici, equipar.	privati accred.	Totale contratti	
1.895	11,0	3.722	21,7	17.159	36,5	21,7	58,2	misto-quasi integrato
-	-	-	-	421	-	-	-	integrato
6.436	17,1	8.477	22,5	37.660	76,7	22,5	99,2	separato
-	-	304	14,3	2.130	-	14,3	14,3	integrato
198	11,2	-	-	1.771	11,2	-	11,2	integrato
1.887	10,4	1.102	6,1	18.104	28,0	6,1	34,1	integrato
374	8,2	589	12,9	4.561	8,2	12,9	21,1	misto-quasi separato
453	8,1	51	0,9	5.621	8,1	0,9	9,0	misto-quasi integrato
325	1,8	3.934	22,0	17.878	29,4	22,0	51,4	misto-quasi integrato
321	2,4	1.849	13,8	13.402	30,4	13,8	44,2	misto-quasi integrato
-	-	194	6,9	2.801	46,4	6,9	53,4	misto-quasi integrato
302	5,1	974	16,4	5.940	5,1	16,4	21,5	misto-quasi integrato
7.275	28,6	8.324	32,7	25.442	28,6	32,7	61,3	misto-quasi separato
-	-	973	21,6	4.499	-	21,6	21,6	integrato
235	14,6	193	12,0	1.606	14,6	12,0	26,7	integrato
1.631	9,4	6.055	34,7	17.440	9,4	34,7	44,1	misto-quasi separato
2.272	16,0	1.786	12,6	14.156	16,0	12,6	28,7	misto-quasi integrato
0	0,0	60	3,1	1.907	-	3,1	3,1	misto-quasi integrato
71	0,8	2.844	33,5	8.494	0,8	33,5	34,3	misto-quasi integrato
2.389	13,7	4.089	23,4	17.494	13,7	23,4	37,0	misto-quasi separato
239	3,4	1.442	20,4	7.076	3,4	20,4	23,8	integrato
26.303	11,7	46.962	20,8	225.562	11,7	20,8	32,5	misto-quasi separato

Se si cerca di ricondurre la scelta dell'integrazione ad orientamenti politici delle maggioranze che, tra il 1993 e il 1995, hanno esercitato l'opzione del modello istituzionale, si può scorgere un deciso orientamento dei governi di centro-sinistra a favore del modello integrato o quasi-integrato (9 Regioni e Province autonome) ed una preferenza meno rigida per i governi di centro-destra, che hanno optato sia per il modello integrato o quasi-integrato (7 Regioni), che per quello misto-quasi separato (4), che per quello separato (1) (tab. 1.4).

Tabella 1.4

Tipologia dei sistemi sanitari regionali e orientamento politico. Anni 1993-1995

		GOVERNO REGIONALE	
		Centro-sinistra	Centro-destra
MODELLO ISTITUZIONALE SSR	Separato	-	Lombardia
	Misto	Umbria	Piemonte Liguria Friuli-V.G. Sicilia
	Integrato	Valle d'Aosta P.A. Bolzano P.A. Trento Emilia-Romagna Toscana Marche Molise * Basilicata	Veneto Lazio Abruzzo Campania Puglia Calabria Sardegna

Fonte: Ns. elaborazioni su dati del Ministero dell'Interno e della Salute

Note: L'orientamento politico si riferisce al momento della scelta del modello istituzionale

(*) La successiva scelta dell'ASL unica regionale è stata effettuata dal governo regionale di centro-destra

Tali scelte non hanno subito mutazioni anche dopo il 1995 in 5 Regioni in cui è avvenuto un cambio di maggioranza politica (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata).

Sotto il profilo della *governance* la presenza di un minore numero di Aziende sanitarie si può interpretare come un elemento favorevole, perché consente alla Regione-capogruppo di ridurre l'area dell'interazione e del controllo, oltre che il numero dei centri di spesa. La Regione, infatti, nei momenti cruciali della programmazione strategica e della gestione operativa deve interagire e mediare con un numero minore di interlocutori, anche se l'eccessiva dimensione (ad es. delle Asl uniche, come nelle Marche) può costituire un problema altrettanto importante.

4. L'organizzazione dei dipartimenti e dei servizi delle Asl

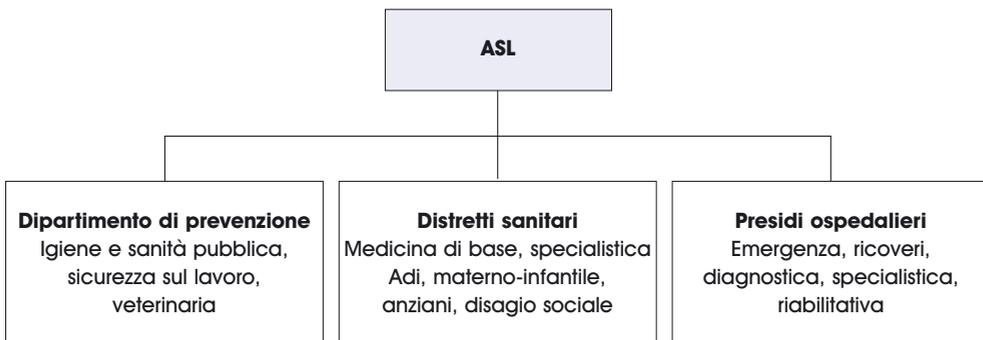
La L. 833/78 aveva demandato alle Regioni la definizione dell'organizzazione e delle regole di funzionamento delle Usl, che vi avevano provveduto con proprie leggi. L'unità organizzativa elementare era costituita dal "servizio", a capo del quale era nominato un coordinatore di livello "apicale". Ne erano risultati 21 modelli organizzativi diversi, che prevedevano, per l'area (socio-) sanitaria, da un minimo di 5 servizi in Calabria a un massimo di 13 servizi in Friuli-V.G. e, per l'area amministrativa, da un solo servizio in molte Regioni fino a 5 servizi in Emilia-Romagna e Puglia. L'organizzazione dipartimentale non era prevista e rimaneva su basi volontarie, all'interno delle Usl.

Con l'emanazione del D.Lgs. 502/92 è stata obbligatoriamente prevista l'istituzione del Dipartimento di prevenzione, nel quale far confluire le attività di igiene, sanità pubblica e veterinaria (art. 7 D.Lgs. 502/92). All'art. 3 è stata confermata la competenza regionale in merito alle modalità organizzative e di funzionamento delle Asl, ma con il successivo D.Lgs. 229/99 è stata riconosciuta alle stesse completa autonomia, alla quale le Aziende devono dare attuazione con "atto aziendale di diritto privato". A questo scopo tutte le Regioni hanno emanato, dopo il 1999, Linee-guida per la stesura dell'atto aziendale (anche perché questa era una delle condizioni poste dal Governo per l'erogazione di cassa del Fondo sanitario).

In base ai decreti di riordino sono identificabili in una Asl tre strutture tipiche di offerta dei servizi (fig.1.1): il presidio ospedaliero, il distretto e il dipartimento di prevenzione. Oltre a queste, è previsto un dipartimento amministrativo, che raggruppa le attività di amministrazione e supporto tecnico ai servizi sanitari.

Figura 1.1

Organizzazione di base delle ASL



I presidi ospedalieri, secondo le norme nazionali, sono coordinati da un dirigente medico, per le funzioni igienico-organizzative, e da un dirigente amministrativo. A capo dei distretti, del dipartimento di prevenzione e dei dipartimenti ospedalieri è nominato, dal Direttore generale, su base fiduciaria, un responsabile che rimane in carica cinque anni.

Le Regioni hanno quindi fissato i criteri organizzativi per l'identificazione delle tipologie di strutture (semplici o complesse) e delle conseguenti responsabilità gestionali. Ad esempio, la Lombardia ha individuato le seguenti unità: distretti, presidi, dipartimenti, servizi, unità operative ed uffici (art. 8 Lr 31/97). La Regione Lazio ha identificato le aree-sistema (distrettuali e ospedaliere), i dipartimenti, i moduli organizzativi polifunzionali, le unità operative e l'infrastruttura funzionale (Dgr 3140/95). La novità rispetto al passato è costituita dall'organizzazione obbligatoria su basi dipartimentali. Il dipartimento è un'aggregazione di unità organizzative omogenee (ad es. dipartimento chirurgico) o complementari (ad es. dipartimento materno-infantile). I presidi ospedalieri sono anch'essi organizzati in dipartimenti (art. 4 D.Lgs. 502/92), all'interno dello stesso presidio, con altri presidi ospedalieri o anche con i servizi territoriali.

1) Il distretto. Nel nuovo assetto delineato dalle recenti riforme e dal Psn 1998-2000, il concetto di distretto si è profondamente modificato, con il passaggio dalla concezione "strutturale", quale mero contenitore di servizi, prevista dalla L. 833/78⁹, a quella "funzionale", come sistema organico integrato di parti che interagiscono per realizzare una finalità. Nel Psn 1998-2000 il distretto è definito "struttura operativa dell'Azienda Usl, centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale".

Il distretto si configura come centro per l'erogazione dell'assistenza primaria, fungendo da filtro alla domanda di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali. Nel distretto trovano integrazione varie figure professionali, diverse per profilo, competenza, provenienza, rapporto di lavoro, come il medico di comunità, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli infermieri professionali, gli assistenti sociali. Il distretto coordina inoltre l'attività delle strutture specialistiche private accreditate. Al suo interno comprende anche diversi servizi che vengono erogati a specifiche classi di popolazione:

- servizi materno-infantili per la tutela della madre e del bambino;
- servizi per la tutela del disagio giovanile (ad es. servizi per le tossicodipendenze);

⁹ Nel Psn 1994-96 il distretto è infatti definito "un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Asl finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi ed i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione di riferimento".

- servizi per la tutela degli adulti (ad es. servizi per la tutela della salute mentale);
- servizi per la tutela degli anziani (ad es. riabilitazione, assistenza domiciliare integrata, *hospice* e ospedale di comunità).

In più parti del D.Lgs. 229/99 viene sottolineato il ruolo nodale del distretto sanitario e l'importanza strategica delle sue funzioni, anche in termini di vere e proprie "unità di misura e di controllo" dello stato di salute della popolazione, conoscenza fondamentale per rimodulare l'offerta dei servizi e qualificare la domanda, oggi ancora impropriamente rivolta in luoghi di ricovero. Secondo lo stesso decreto, l'ambito territoriale ottimale del distretto dovrebbe essere di almeno 60.000 abitanti.

L'attuale dimensione dei distretti risente del precedente indirizzo programmatico, che lo vedeva come l'organizzazione periferica dell'Azienda, in aderenza prevalente alle caratteristiche geo-morfologiche del territorio e alle dotazioni strutturali presenti. La dimensione dei distretti varia sensibilmente tra le Regioni: in tre Regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio) il numero medio di abitanti è di circa 100.000; nella maggior parte delle altre Regioni è compreso tra 60-80.000 abitanti (Toscana, Puglia, Veneto, Liguria, Sicilia, Umbria, Sardegna, Piemonte, Marche, Friuli-V.G., Calabria); si aggira intorno a 50.000 abitanti in Basilicata e Campania ed è di circa 20.000 in Molise, Abruzzo e a Bolzano (tab. 1.5). Come per il numero di Asl, si riscontra un'elevata eterogeneità di scelta nella dimensione dei distretti tra le Regioni.





Tabella 1.5
ASL e distretti istituiti nelle Regioni (maggio 2005)

Regione	Numero di ASL	Numero di distretti sanitari	Abitanti per distretto	Distretti per ASL
Piemonte	22	66	65.609	3
Valle d'Aosta	1	4	30.717	4
Lombardia	15	86	109.222	6
P.A. Bolzano	4	20	23.853	5
P.A. Trento	1	13	38.273	13
Veneto	21	56	83.928	3
Friuli-V.G.	6	20	60.236	3
Liguria	5	19	83.806	4
Emilia-Romagna	11	39	106.445	4
Toscana	12	42	85.673	4
Umbria	4	13	66.072	3
Marche	1	24	63.283	24
Lazio	12	52	101.346	4
Abruzzo	6	73	17.798	12
Molise	1	13	24.766	13
Campania	13	113	51.230	9
Puglia	12	48	84.753	4
Basilicata	5	11	54.231	2
Calabria	11	35	57.408	3
Sicilia	9	62	80.856	7
Sardegna	8	25	66.002	3
ITALIA	180	834	70.099	5

Fonte: *Ns. elaborazioni su dati dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, 2005*

2) Il dipartimento di prevenzione. Viene definito nel D.Lgs. 229/99 come “struttura operativa dell’unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita”. È articolato in più aree funzionali: (a) igiene e sanità pubblica, (b) igiene degli alimenti e della nutrizione, (c) prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, (d) sanità ani-

male, (e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, (f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche. Il dipartimento di prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative.

Il D.Lgs. 229/99 ribadisce in più punti la necessità dell'integrazione tra le attività del dipartimento di prevenzione e quelle di altre strutture interne ed esterne alla Asl, in particolare del distretto, presso il quale sono collocate le funzioni decentrate del dipartimento di prevenzione.

3) Il presidio ospedaliero. I presidi ospedalieri sono gli ospedali pubblici non costituiti in Azienda ospedaliera e quindi sono strutture operative delle Asl. Un presidio ospedaliero può essere costituito da uno o più "stabilimenti" ospedalieri. Come le Aziende ospedaliere, devono essere organizzati in dipartimenti e sono soggetti alle norme sull'autorizzazione e l'accreditamento. Soddisfano le esigenze dei pazienti acuti che richiedono un ricovero, fanno parte della rete regionale dell'emergenza-urgenza ed erogano prestazioni ambulatoriali agli esterni.

La maggiore presenza di posti-letto nei presidi ospedalieri si riscontra in Veneto (23 presidi ospedalieri e 11.900 posti-letto), Emilia-Romagna (22 e 8.700), Puglia (27 e 8.100), Toscana (33 e 7.500) e Piemonte (25 e 7.200) (tab. 1.3).

Le Regioni hanno recepito i decreti di riordino del Ssn con tempi diversi. Nel 1993 le due Province autonome, la Sicilia e, con norme parziali la Lombardia, il Friuli-V.G. e il Lazio, si erano già adeguate alla nuova normativa. Nel 1994 altre 8 Regioni avevano emanato leggi di riordino (Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Campania e Puglia, oltre a nuove norme in Friuli-V.G. e Lazio), seguite nel 1995 da altre 4 Regioni (Piemonte, Umbria, Marche, Sardegna). Nel 1996 era stata la volta di Basilicata e Calabria e nel 1997 di Valle d'Aosta e Lombardia (nuova legge con la separazione tra Asl e Ao) (tab. 1.6). Era stato quindi necessario un arco di tempo di cinque anni per adeguarsi alle nuove disposizioni di legge.

**Tabella 1.6****Le leggi regionali di organizzazione delle Aziende sanitarie. Anni 1993-2006**

Regione	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Piemonte			LR 10/95			
Valle d'Aosta					LR 13/97	
Lombardia	LR 28/93				LR 31/97	
P.A. Bolzano	LP 22/93					
P.A. Trento	LP 10/93		LP 10/95			
Veneto		LR 56/94		LR 3/96		
Friuli-V.G.	LR 41/93	LR 12/94	LR 13/95			
Liguria		LR 42/94				LR 30/98
Emilia-Romagna		LR 19/94				
Toscana		LR 49/94				
Umbria			LR 1/95			
Marche		LR 22/94		LR 26/96		
Lazio	DCR 907/94	LR 18/94				
Abruzzo		LR 72/94				
Molise			LR 2/95		LR 11/97	
Campania		LR 32/94				
Puglia		LR 36/94				
Basilicata				LR 27/96		
Calabria				LR 2 e 11/96		
Sicilia	LR 30/93					
Sardegna			LR 5/95			

Fonte: *Ns. elaborazioni sui Bollettini Ufficiali delle Regioni italiane*

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	LR 5/00						
		LR 17-28/01					
DGP 3028/99		LP 7/01					
	LR 25/00						
	LR 11/00						
	LR 22/00						
	LR 29/00						
				LR 13/03			
						LR 9/05	
			DGR 830/02				
		LR 39/01			LR 11/04		
	DPR 11.5.00						
							LR 10/06



Con l'emanazione del D.Lgs. 229/99 alcune Regioni hanno recepito le norme nazionali, con l'emanazione di nuove leggi regionali, mentre altre non si sono formalmente adeguate. Nel 1999 la Provincia autonoma di Bolzano, attraverso il Piano sanitario, si era già adeguata e nel 2000 altre 6 Regioni avevano recepito le norme nazionali (Valle d'Aosta, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Sicilia, attraverso il Piano sanitario) (tab. 1.6). Nel 2001 è stata la volta di Bolzano (con una legge che prevedeva la costituzione di un'unica Asl nel 2007) e della Basilicata, mentre nel 2002 della Puglia, nel 2003 delle Marche (costituzione della Asl unica), nel 2005 del Molise (Asl unica) e nel 2006 della Sardegna. Le Regioni che a tutt'oggi non si sono ancora adeguate sono 7 (Piemonte, Trento, Veneto, Friuli-V.G., Lazio, Abruzzo e Campania). La Lombardia si è adeguata con una serie successiva di provvedimenti modificativi della Lr 31/97.

La normativa nazionale di fatto ha impostato uno schema di riferimento per l'organizzazione delle Asl, che poi è stato adattato dalle Regioni e Province autonome in base alle singole realtà territoriali (vedi gli organigrammi nell'Appendice 1). Rispetto all'assetto organizzativo delle Asl, le Regioni si possono suddividere in tre gruppi:

- 10 Regioni che hanno mantenuto lo schema previsto dalla normativa nazionale (fig. 1.1), ovvero articolato la Asl in distretto sanitario, presidio ospedaliero e dipartimento di prevenzione (Emilia-Romagna, Piemonte, Toscana, Basilicata, Valle d'Aosta, Trento, Umbria, Campania, Bolzano e Veneto);
- 10 Regioni che hanno apportato modifiche, più o meno importanti, alla struttura organizzativa delle Asl;
- la Lombardia ha fatto afferire tutti i presidi ospedalieri alle Aziende ospedaliere, creando la completa separazione tra strutture di offerta (le Ao) e le strutture di acquisto/finanziamento (le Asl).

La Lombardia, il Molise, la Liguria e la Calabria hanno conservato la distinzione tra l'attività distrettuale meramente sanitaria e quella a carattere socio-sanitario. Il Friuli-V.G. e l'Abruzzo hanno previsto un apposito dipartimento di salute mentale. La Sicilia, le Marche e la Sardegna, anche se per motivi e con modalità diverse, hanno allargato l'impianto organizzativo. La Sicilia e le Marche, infatti, hanno previsto anche un dipartimento per le dipendenze patologiche e un dipartimento per la salute mentale, oltre a un dipartimento del farmaco (solo in Sicilia) e un dipartimento delle professioni sanitarie (solo nelle Marche). La Sardegna, invece, ha organizzato le Asl in due soli dipartimenti, il dipartimento di prevenzione e il dipartimento di diagnosi, cura e riabilitazione (che svolge sia le funzioni del distretto che quelle del presidio ospedaliero) e in un servizio per le attività psico-sociali.

I diagrammi dell'organizzazione delle Asl nelle Regioni italiane, con l'indi-

cazione della fonte normativa, sono illustrati nell'Appendice 1.

Pur nella variabilità dei modelli regionali, si riscontra oggi una maggiore uniformità tra le Regioni rispetto alla situazione antecedente la riforma del 1992. Ciò che diversifica le Regioni rimane pur tuttavia la tempestività o l'inerzia nell'emanare la nuova normativa sull'organizzazione delle Asl (v. oltre).



5. L'accreditamento degli erogatori sanitari

L'accreditamento delle strutture sanitarie è il presupposto indispensabile perché una struttura possa divenire erogatrice effettiva di prestazioni agli assistiti del Ssn (sulla base di un contratto o accordo) o agli iscritti della mutualità integrativa (sulla base di una garanzia di qualità)¹⁰. L'istituto dell'accreditamento è stato introdotto dal D.Lgs. 502/92 per definire standard qualitativi degli erogatori, a garanzia degli assistiti, e regole comuni per sviluppare la concorrenza tra soggetti pubblici (Ao vs. presidi ospedalieri) e tra pubblici e privati, come stimolo all'efficienza del sistema e al miglioramento dei livelli qualitativi delle prestazioni. Fino ad allora la normativa nazionale aveva definito standard strutturali diversi per gli ospedali pubblici e le case di cura private, stante il carattere "integrativo" degli erogatori privati rispetto a quelli pubblici.

Per dare attuazione alla norma fu emanato il Dpr 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi *minimi* per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private, che aveva il merito di fissare un primo punto fermo del sistema "autorizzazione ed accreditamento"¹¹. I contenuti di queste disposizioni sono stati poi ripresi dal D.Lgs. 229/99, che ha sviluppato e sistematizzato l'intera materia, prevedendo una sequenza di istituti strettamente collegati tra loro, definiti come il sistema delle "quattro A": autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie, autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali. Ciascun istituto è logicamente e proceduralmente distinto da quello successivo e fa capo alla Regione, che deve disporre di un piano di previsione del fabbisogno complessivo di prestazioni sanitarie (pubbliche e private), articolato per aree territoriali, al fine di garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture.

¹⁰ La sentenza della Corte costituzionale n. 416/95 fornisce un'organica definizione di accreditamento.

¹¹ Il Dpr 14 gennaio 1997 conteneva, inoltre, alcune indicazioni generali sull'accreditamento, in seguito annullate dalla magistratura per superamento dei limiti di contenuto assegnati allo stesso decreto dal D.Lgs. 502/92.

(i) L'*autorizzazione alla realizzazione* rappresenta il più rilevante elemento di cambiamento, perché il Comune, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazione e concessione edilizia, deve acquisire la verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione. (ii) L'*autorizzazione all'esercizio* rappresenta la soglia rigorosa di garanzia al di sotto della quale non è possibile esercitare un'attività sanitaria o socio-sanitaria. L'*autorizzazione* riguarda le strutture di ricovero ospedaliero, assistenza specialistica, diagnostica strumentale, laboratorio, residenziali e semi-residenziali. (iii) L'*accreditamento istituzionale* costituisce un livello superiore di impegno richiesto alle strutture che intendano erogare prestazioni per conto del Ssn o a favore della mutualità volontaria, per dare certezza al cittadino di un buon livello qualitativo e della loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale. L'accreditamento delle strutture di erogazione riguarda tanto le strutture pubbliche, quanto quelle private. (iv) Gli accordi contrattuali (per le strutture pubbliche) e i contratti (per le strutture private), infine, concludono il processo, individuando i soggetti, tra quelli accreditati, che hanno titolo di erogare prestazioni per conto e a carico del Ssn, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi dei servizi offerti.

Il D.Lgs. 229/99 denomina le strutture provvisoriamente accreditate come strutture "temporaneamente accreditate", introducendo, inoltre, il nuovo concetto di "accreditamento provvisorio", che riguarda le nuove strutture o l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti. L'accreditamento è provvisorio per il tempo necessario alla verifica del volume dell'attività svolta e della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento.

Alle Regioni spetta un ruolo centrale, perché devono dare concretezza al complesso sistema dell'accreditamento, disciplinandone i passaggi, le condizioni, gli aspetti procedurali, il sistema dei controlli preliminari e delle verifiche successive. Per l'autorizzazione all'esercizio, la Regione adotta i requisiti minimi, fissati dal Dpr 14 gennaio 1997, con gli adattamenti e le integrazioni necessarie, regolamentando anche altre materie non previste (ad es. dialisi, chirurgia ambulatoriale). Nell'ambito dell'accreditamento la Regione ha ampia competenza nel definire requisiti ulteriori di qualità – oltre quelli nazionali – in relazione alle diverse tipologie di attività sanitarie o socio-sanitarie, nel fissare le procedure e le modalità di accertamento del possesso dei requisiti e nel valutare la rispondenza delle strutture al fabbisogno regionale. Particolarmente complessa è la valutazione della "funzionalità" della struttura in relazione alla programmazione regionale, che alcune Regioni non prevedono, per consentire la massima competizione sul mercato, mentre altre rafforzano, come elemento necessario per configurare un sistema di offerta coerente con gli obiettivi della programmazione e delle risorse finanziarie disponibili. In materia di accordi contrattuali e di

contratti il D.Lgs. 229/99 ha demandato alle Regioni l'individuazione dei soggetti tenuti a stipulare gli accordi (le stesse Regioni o le Asl), i contenuti dell'accordo e i criteri per la remunerazione delle prestazioni eccedenti rispetto a quelle concordate. Vi è un'esplicita indicazione nazionale che chiarisce la non obbligatorietà a stipulare contratti con tutti i soggetti accreditati (D.Lgs. 229/99 art. 8-quadro, comma 2).

L'Agenzia per i servizi sanitari regionali sta seguendo, dal 2002, lo stato di attuazione dell'accreditamento nelle Regioni, tramite la "Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari", la cui rilevazione del 2004 ha fatto emergere come il processo di accreditamento avanzi molto lentamente, riscontrando difficoltà di applicazione dovute a: (a) disomogeneità rispetto alla cultura della qualità, avvertita non come obbligo formale, ma componente ineludibile del sistema, (b) problemi nel definire e gestire il rapporto tra programmazione dell'offerta e accreditamento (definizione del fabbisogno, gestione dell'eccesso di offerta), (c) definizione dei criteri operativi e delle procedure di accreditamento, sia nei confronti delle strutture pubbliche che private.

Ad oggi, tutte le Regioni hanno provveduto a normare gli istituti dell'autorizzazione e dell'accreditamento, anche se in maniera più o meno approfondita e con tempi diversi (tab. 1.7). Il vasto apparato normativo scaturito¹², pur traendo origine dalle comuni regole del Dpr 14 gennaio 1997, di fatto ha dato luogo a consistenti differenze tra le Regioni, sia per la previsione di requisiti aggiuntivi, sia per il grado di attenzione agli strumenti di misurazione dei risultati e della qualità. La situazione riflette la diversità delle scelte effettuate e anche la difficoltà concreta nell'attuazione del nuovo sistema. Alcune Regioni hanno maturato importanti esperienze e costituiscono veri punti di riferimento per la riflessione sullo sviluppo dei modelli, mentre altre sono ancora in fase di elaborazione o di primo avvio dei lavori. In particolare, Veneto, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia hanno una disciplina recente, non ancora seguita dai provvedimenti attuativi (Lazio e Puglia). Al contrario, Piemonte, Lombardia, Bolzano, Liguria, Toscana e Calabria hanno un sistema già operativo, anche se con diverso grado di attivazione. In diverse Regioni, specie del Sud, la disciplina è tuttora parziale o in fase di revisione e il sistema non è ancora realmente operativo.

Tutte le Regioni hanno definito il fabbisogno complessivo per i ricoveri ospedalieri. Gli ambiti maggiormente definiti sono il numero di posti-letto delle strutture, i tetti economici, i volumi di attività o di ricovero e i parametri di efficienza delle strutture. La maggior parte delle Regioni si basa, per la valutazione di conformità, ai requisiti sui volumi di attività o sui tetti di spesa concordati.

¹² Nel corso della ricerca è stata raccolta tutta la normativa regionale riguardante l'accreditamento.

**Tabella 1.7****Leggi regionali sull'accREDITAMENTO degli erogatori. Anni 1997-2006**

Regione	1997	1998	1999	2000
Piemonte	-	-	-	DCR 616-3149/00
Valle d'Aosta	DGR 4458/97	-	-	-
Lombardia	LR 31/97	-	-	-
P.A. Bolzano	-	-	DGP 582 e 5290/99	DGP 2270 e 5030/00
P.A. Trento	-	LP 3/98	-	-
Veneto	-	-	-	-
Friuli-V.G.	DGR 1582/97	-	-	-
Liguria	-	-	LR 20/99	-
Emilia-Romagna	-	-	-	DGR 594/00
Toscana	-	-	LR 8/99	-
Umbria	-	LR 3/98	-	-
Marche	-	-	-	LR 20/00
Lazio	-	-	-	-
Abruzzo	-	-	LR 37/99	-
Molise	-	-	DGR 453/99	-
Campania	-	-	-	-
Puglia	-	-	-	-
Basilicata	-	-	-	LR 28/00
Calabria	DGR 3428/97	-	DGR 133 e 3137/99	-
Sicilia	-	-	-	-
Sardegna	-	DGR 26/21/98	-	-

Fonte: *Ns. elaborazioni su dati ASSR e Bollettini Ufficiali delle Regioni italiane*

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-
LP 7, DGP 1954 e 2310/01		LP 14/02	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-
	-	LR 22/01	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	LR 29/04	-	-
	-	-	LR 34/03	LR 58/04	-	-
	-	-	-	-	-	-
LR 3/01		LR 20/02	-	-	-	-
	-	-	LR 4/03	-	-	-
	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-
	-	LR 10 e 15/02	LR 8/03	-	-	-
	-	DGR 2239/02	-	-	-	-
LR 39/01		-	-	-	-	-
LR 11/01		LR 29 e 35/02	-	-	-	-
	-	DA 890/02	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-





CAPITOLO 2

BISOGNI DI SALUTE E DOMANDA DI ASSISTENZA SANITARIA



I bisogni di assistenza sanitaria variano tra le Regioni a causa delle diverse condizioni ambientali, della struttura della popolazione, del reddito, delle condizioni di povertà e degli stili di vita, dell'incidenza e prevalenza delle malattie, soprattutto croniche, e della disabilità. Di conseguenza, anche la domanda di prestazioni sanitarie (farmaci, specialistica, ricoveri ospedalieri) è differente tra le Regioni. In questo capitolo vengono raccolti e descritti i principali indicatori di bisogno sanitario e di domanda di prestazioni, sulla base delle informazioni ufficiali disponibili. Una sintesi degli indicatori di bisogno e di domanda è illustrata nel capitolo 6.

1. I fattori demografici ed economici

La domanda di servizi sanitari è in crescita in tutti i Paesi sviluppati a causa, innanzitutto, di una serie di mutamenti strutturali di tipo socio-demografico ed economico. Uno dei tratti più rilevanti della struttura della popolazione italiana è costituito dal progressivo invecchiamento, dovuto all'allungamento della vita media – grazie allo sviluppo della scienza medica e al miglioramento delle condizioni socio-economiche – e alla riduzione delle nascite, che aumenta l'incidenza relativa degli anziani sulla popolazione. D'altro lato, l'aumento dei flussi migratori, costituiti soprattutto da giovani adulti, tende ad abbassare l'indice di dipendenza¹³ strutturale degli anziani.

Nel 2006 l'indice di vecchiaia¹⁴ più elevato si registra nelle Regioni del Centro-Nord (tab. 2.1), ma è forte la variabilità regionale. Permane notevolmente sopra la media nazionale (140 anziani per 100 giovani) il valore della Liguria, pari a 240. La seconda Regione è la Toscana (192), insieme al Friuli-V.G. (188), mentre la più giovane è la Campania (88), seguita da Bolzano (97), Puglia (110) e Sicilia (111).

¹³ Rapporto tra la popolazione oltre 64 anni e la popolazione 15-64 anni (*100).

¹⁴ Rapporto tra la popolazione oltre 64 anni e la popolazione 0-14 (*100).

In termini percentuali, gli anziani sono il 27% della popolazione totale in Liguria e il 15% in Campania, rispetto ad una media nazionale del 20%.

Nel periodo 1995-2006, pur permanendo maggiori indici di vecchiaia al Nord, le Regioni del Sud sono diventate più vecchie, in seguito alla diminuzione del numero medio di figli per donna e al saldo negativo di migrazione (tab. 2.1). In particolare l'indice di vecchiaia è aumentato notevolmente in Sardegna (+54%), Basilicata (+50%), Calabria (+44%) e Puglia (+37%), mentre è leggermente diminuito in Emilia-Romagna (-9%). Tuttavia il gradiente Nord-Sud permane rilevante.

La dinamica demografica è considerata una ragionevole *proxy* della domanda potenziale, sanitaria e socio-assistenziale, in quanto il progressivo invecchiamento della popolazione è spesso associato alla presenza di patologie ad esito cronico-degenerativo, che comportano una limitazione di autosufficienza individuale e il bisogno di assistenza. L'andamento demografico dovrebbe indurre, quindi, una maggiore propensione ai consumi socio-sanitari al Nord, con una progressiva convergenza delle Regioni del Sud, permanendo le attuali tendenze nei fenomeni migratori e di natalità.

Un altro elemento importante nella propensione alla domanda sanitaria è il livello di ricchezza e di povertà, due indicatori sintetici che rappresentano la maggiore o minore disponibilità di mezzi finanziari per accedere ai servizi privati o l'insieme dei fattori di deprivazione, indicativi di peggiori condizioni di salute e di accesso ai servizi. Ai redditi elevati è spesso associato anche un elevato livello di istruzione e di informazione, che facilita le conoscenze dei comportamenti favorevoli alla salute e l'accessibilità alle cure.

Tabella 2.1

La struttura demografica regionale. Anni 1995-2006

Regione	Anno 1995				Anno 2006			
	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	N. medio di figli per donna	% di soggetti anziani (>64)	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	N. medio di figli per donna	Tasso migratorio (2005)
Piemonte	157	27	1,04	22,6	181	35	1,27	5,1
Valle d'Aosta	140	24	1,10	20,2	152	30	1,34	9,7
Lombardia	121	22	1,07	19,5	143	29	1,35	8,0
Liguria	228	34	0,94	26,6	240	43	1,18	5,4
P.A. Bolzano	82	20	1,34	16,6	97	25	1,54	7,3
P.A. Trento	118	25	1,34	18,7	122	28	1,59	8,9
Veneto	124	23	1,07	19,2	139	29	1,35	8,0
Friuli-V.G.	183	29	0,95	22,6	188	35	1,23	6,8
Emilia-Romagna	192	31	0,97	22,8	183	35	1,34	11,2
Toscana	180	31	0,99	23,3	192	36	1,27	7,7
Umbria	164	31	1,08	23,3	186	36	1,31	10,2
Marche	151	30	1,11	22,6	173	35	1,28	8,3
Lazio	108	22	1,11	19,1	138	29	1,27	6,6
Abruzzo	121	27	1,19	21,3	159	33	1,21	6,2
Molise	119	29	1,22	22,0	165	34	1,14	1,0
Campania	61	18	1,52	15,3	88	23	1,43	-2,8
Puglia	73	20	1,38	17,3	110	26	1,27	-1,5
Basilicata	87	23	1,31	19,9	138	30	1,15	-2,7
Calabria	76	22	1,40	18,3	120	27	1,24	-3,3
Sicilia	78	22	1,49	18,0	111	27	1,41	-0,9
Sardegna	83	19	1,06	17,6	137	25	1,05	1,7
ITALIA	112	24	1,19	19,8	140	30	1,32	4,6

Fonte: Ns. elaborazioni su dati Istat

Note: Indice di vecchiaia = popolazione >64/popolazione 0-14 per 100

Indice di dipendenza anziani = popolazione >64/popolazione 15-64 per 100

In Italia i differenziali regionali di reddito sono molto elevati, variando tra il massimo del Trentino-A.A. (30.815 euro) e il minimo della Calabria (15.146

euro), pari al 103% (tab. 2.2). Le altre Regioni più ricche risultano la Valle d'Aosta, la Lombardia e l'Emilia-Romagna, mentre quelle più povere la Sicilia, la Puglia e la Campania. Lo scarto tra queste Regioni è nell'ordine dell'80-90%.



Tabella 2.2

**Reddito pro-capite, persone povere e incidenza della povertà per Regione.
Anni 2003-2004**

Regione	Pil pro-capite euro (2004)	Persone povere (2003)		Incidenza della povertà (a) (2003)
		v.a.	%	
Piemonte	26.544	310.538	4,6	7,3
Valle d'Aosta	30.156	9.469	0,1	7,9
Lombardia	29.327	423.793	6,2	4,7
P.A. Bolzano	30.815	60.820	0,9	13,2
P.A. Trento	30.815	30.338	0,4	6,4
Veneto	26.114	191.369	2,8	4,2
Friuli-V.G.	26.697	106.584	1,6	9,0
Liguria	25.751	111.366	1,6	7,0
Emilia-Romagna	28.672	193.016	2,8	4,8
Toscana	25.365	173.043	2,6	4,9
Umbria	22.402	79.014	1,2	9,4
Marche	23.295	79.034	1,2	5,4
Lazio	27.465	375.149	5,5	7,1
Abruzzo	19.308	201.306	3,0	15,8
Molise	18.222	72.800	1,1	22,4
Campania	15.720	1.273.913	18,8	22,1
Puglia	15.598	838.956	12,4	20,6
Basilicata	16.065	148.568	2,2	24,7
Calabria	15.146	522.195	7,7	25,8
Sicilia	15.885	1.345.211	19,8	26,7
Sardegna	18.131	239.060	3,5	14,6
ITALIA	23.344	6.785.541	100,0	11,8

Fonte: Istat, Contabilità nazionale e Servizio "Condizioni economiche delle famiglie"

Note: Il Pil delle Province autonome di Bolzano e Trento è il valore medio del Trentino-A.A.

(a) L'incidenza della povertà è il rapporto tra le famiglie che hanno una spesa mensile per consumi al di sotto della soglia di povertà ed il totale di famiglie (per 100)

Nel Sud si ritrova anche la maggiore incidenza di popolazione povera, calcolata dall'Istat secondo i criteri dei consumi relativi¹⁵. Nel 2003 l'incidenza delle famiglie povere sul totale è pari al 27% in Sicilia, al 26% in Calabria e al 25% in Basilicata, contro il 4% del Veneto e il 5% di Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana¹⁶. In Sicilia, Campania e Puglia è concentrato il 51% di tutte le persone povere.

2. I fattori di rischio

La probabilità di ammalarsi e di ricorrere ai servizi sanitari è più elevata dove gli stili di vita alimentari (eccesso di cibo, alcool) e i comportamenti riguardanti la salute (fumo, sedentarietà) sono più a rischio.

La percentuale di fumatori è eterogenea e molto variabile a livello territoriale: dal 27% del Lazio al 19% della Calabria, contro una media nazionale del 24%. Anche la presenza di forti fumatori – coloro che fumano più di 20 sigarette al giorno – varia molto, dal 12% di Friuli-V.G. e Sardegna al 4% del Veneto, ma tendenzialmente è più diffusa al Sud, con valori doppi (11-12% vs. 6-7%) rispetto a molte Regioni del Nord (tab. 2.3). A livello territoriale l'abitudine al fumo è rimasta pressoché immutata rispetto a dieci anni prima, nel 1993 (Istat, 2005).

La maggiore quota di persone che abusano di alcool (vino, birra, alcolici) appartiene alle Regioni del Nord, con qualche eccezione territoriale (il consumo di birra è più eterogeneo) (tab. 2.3). La quota di persone che quotidianamente consumano più di mezzo litro di vino varia dal 7% in Molise e Basilicata al 2% in Sicilia; la percentuale di chi consuma quotidianamente birra varia dal 9% di Sardegna e Friuli-V.G. al 4% di Umbria e Toscana; i consumatori di alcolici fuori dai pasti sono soprattutto nelle Regioni del Nord, con punte del 55% a Bolzano e del 45% in Friuli-V.G.

Infine, l'obesità è diffusa maggiormente nelle Regioni del Centro-Sud, soprattutto in Molise (13%), Emilia-Romagna, Puglia e Basilicata (al 10%). Nelle altre Regioni le percentuali sono di poco inferiori, intorno a valori dell'8-9% (tab. 2.3).

In sintesi, si rilevano maggiori rischi collegati al fumo e all'obesità nelle Regioni del Centro-Sud, mentre i rischi dovuti all'abuso di alcool sono prevalenti al Nord.

¹⁵ La soglia di povertà relativa è calcolata in rapporto alla spesa media nazionale per una famiglia di due componenti, il cui valore nel 2004 era pari a 918,98 euro mensili.

¹⁶ Secondo questi criteri si riscontra un'elevata percentuale di persone povere (13,2%) nella Provincia di Bolzano, nonostante il reddito medio (attribuito) sia il più elevato d'Italia.

Tabella 2.3

**Persone di 14 anni e più con stili di vita rischiosi per la salute. Anno 2003
(per 100 persone della Regione)**

Regione	Fumo		Alcool			Obesità
	Fumatori	oltre 20 sigarette/giorno	consuma oltre 1/2 litro di vino/giorno	consuma birra tutti i giorni	consuma alcolici fuori pasto	Obesi (> 18 anni)
Piemonte	24,1	8,1	5,5	5,1	26,7	7,6
Valle d'Aosta	21,0	6,2	5,1	6,8	37,0	9,0
Lombardia	25,1	6,4	4,7	4,8	32,3	8,0
P.A. Bolzano	25,6	6,8	3,1	8,4	55,0	8,2
P.A. Trento	22,2	9,9	4,8	6,7	42,9	6,5
Veneto	21,8	4,2	5,3	5,1	38,4	9,0
Friuli-V.G.	21,5	12,3	4,5	8,7	44,8	9,3
Liguria	22,6	9,4	5,6	5,3	27,3	7,8
Emilia-Romagna	25,8	7,4	6,2	5,1	30,4	10,3
Toscana	23,3	10,4	6,3	4,3	23,9	9,4
Umbria	21,9	8,9	4,5	4,3	25,9	9,6
Marche	23,1	9,7	5,9	4,5	26,5	9,0
Lazio	27,3	10,1	4,4	4,7	21,1	8,2
Abruzzo	22,8	10,2	4,6	6,9	25,7	9,7
Molise	20,9	7,1	6,8	7,8	25,5	13,2
Campania	26,2	9,1	3,2	4,1	13,6	9,8
Puglia	20,9	9,4	3,4	7,2	16,8	10,0
Basilicata	21,9	7,8	6,7	7,9	21,8	10,2
Calabria	19,2	10,5	2,9	8,0	16,8	9,7
Sicilia	23,1	11,2	1,8	4,9	16,8	9,6
Sardegna	25,0	12,2	3,3	9,3	30,0	7,8
ITALIA	23,9	8,6	4,5	5,4	25,8	9,0

Fonte: Istat, *Stili di vita e condizioni di salute*, 2006

3. Le malattie croniche



Le malattie croniche sono tra le principali cause di morbosità concomitante, disabilità e mortalità. L'Istat rileva le malattie croniche tramite indagini campionarie (*Indagine Multiscopo*), chiedendo agli intervistati di dichiarare le malattie di cui soffrono. Gli studi epidemiologici hanno mostrato la forte sottostima delle auto-dichiarazioni, rispetto ai dati clinici oggettivi. Tuttavia, data la scarsa e incompleta diffusione dei registri di malattia, questi dati sono gli unici disponibili per tutte le Regioni. La metodologia dell'indagine Istat è notevolmente cambiata nel corso del tempo, soprattutto riguardo al numero di malattie considerate nelle dichiarazioni, e pertanto non è possibile un confronto tra diversi anni. Un altro aspetto problematico riguarda la presenza, soprattutto tra gli anziani, di più malattie croniche, che denotano un quadro di crescente gravità e di maggiore ricorso ai servizi sanitari.

Nel 2003 il 36% della popolazione italiana denunciava la presenza di una o più malattie croniche (tab. 2.4)¹⁷. La malattia cronica più comune è l'artrosi, che colpisce il 18,9% della popolazione, soprattutto anziana, seguita dall'ipertensione arteriosa (12,9%).

La diffusione delle malattie croniche presenta un andamento geografico che rispecchia da vicino l'invecchiamento della popolazione¹⁸: ai primi posti si trovano infatti le Regioni con la popolazione più anziana (Umbria, Liguria, Emilia-Romagna, Valle d'Aosta, Abruzzo, Toscana con valori tra il 38-41%), mentre agli ultimi posti quelle con la popolazione più giovane (Bolzano, Campania, Trento, Puglia, Sicilia con valori tra il 28-34%) (tab. 2.4). Confrontando i valori regionali con quelli teorici attesi sembra emergere una sottostima dei tassi di prevalenza a Bolzano, Trento, Piemonte, Friuli-V.G. ed invece una sovrastima in Sardegna, Calabria, Valle d'Aosta, Umbria.

Pur non essendo confrontabili i dati della rilevazione 1993-94 con quelli del 2003, si rileva comunque come nel decennio la percentuale di persone con almeno una malattia cronica sia rimasta stabile (35,2% nel 1993 e 36% nel 2003)(tab. 2.4). In alcune Regioni si sarebbe verificata una qualche riduzione (di circa 1-2 punti percentuali in Piemonte, Toscana, Umbria, Lazio, Molise), mentre in molte altre un peggioramento (di 5 punti a Trento e in Veneto e di 3 punti percentuali in Puglia, Basilicata e Sardegna).

¹⁷ I dati regionali non sono standardizzati per età, perché in questa sede non interessa analizzare il tasso relativo di morbosità regionale, ma il "carico" effettivo dei bisogni sanitari.

¹⁸ Il coefficiente di correlazione (r) tra la percentuale di persone con almeno una malattia cronica e quella degli anziani è infatti di 0,74.

Tabella 2.4

**Malattie croniche principali (quozienti per 1.000 abitanti).
Anni 1993-1994 e 2003 (a)**

Regione	Anni 1993-94				
	Bronchite cronica	Ipertensione	Artrosi e artrite	Malattie del cuore	Totale persone con una o più malattie croniche
Piemonte	70	108	199	39	367
Valle d'Aosta	76	93	195	34	365
Lombardia	63	97	182	40	350
P.A. Bolzano	45	70	92	29	258
P.A. Trento	46	77	128	40	275
Veneto	55	95	155	34	321
Friuli-V.G.	65	94	194	39	352
Liguria	65	122	232	38	405
Emilia-Romagna	72	99	218	46	397
Toscana	84	104	221	44	396
Umbria	104	130	274	58	432
Marche	86	102	244	47	381
Lazio	82	104	227	38	378
Abruzzo	79	138	226	44	374
Molise	109	124	250	54	395
Campania	67	87	188	34	316
Puglia	60	79	173	27	294
Basilicata	79	100	200	38	326
Calabria	91	106	237	38	365
Sicilia	74	92	199	32	334
Sardegna	77	98	228	40	348
ITALIA	71	98	200	38	352

Fonte: Ns. elaborazioni su dati Istat, *Stili di vita e condizioni di salute. Indagine Multiscopo sulle famiglie, Anni 1993-1994 e 2005*

Note: (a) Rispetto all'indagine condotta nel 1994, nel 2003 sono state rilevate altre nove patologie; inoltre è stato inserito anche un quesito aperto per rilevare patologie croniche non precodificate. Ciò rende l'aggregato "cronici" (persone che dichiarano di soffrire di almeno una malattia cronica) non confrontabile con quello dell'indagine 1993-94. Anche la modalità di somministrazione del questionario è stata modificata rispetto al 1994, presentando una quota maggiore di risposte dirette. Ciò significa che il confronto non può essere effettuato neppure per le singole patologie

2003				
Bronchite cronica	Ipertensione	Artrosi e artrite	Malattie del cuore	Totale persone con una o più malattie croniche
58	122	168	31	354
66	132	182	41	389
60	127	164	42	362
47	92	94	30	276
56	81	143	35	321
57	134	172	39	374
54	133	177	46	363
70	167	230	35	409
63	132	209	50	394
63	123	182	42	383
78	164	224	50	412
67	131	211	46	377
73	141	195	40	356
79	144	212	42	386
65	156	215	47	380
68	119	181	38	316
70	113	193	26	330
72	139	209	32	362
76	163	234	42	377
60	120	210	31	344
68	118	221	37	378
64	129	189	39	360

4. Le disabilità e invalidità

Le persone con disabilità sono in aumento in tutta Europa, grazie al miglioramento della medicina e della tecnologia, che permettono la cura e la sopravvivenza delle persone colpite dai processi degenerativi dell'età e della malattia. L'aumento del carico di disabilità è dovuto principalmente al fattore demografico, perché negli ultimi anni si registra una riduzione dell'incidenza della disabilità. Le definizioni di disabilità sono molteplici, ma la più diffusa è quella che rileva le capacità di svolgere le attività di vita quotidiana (Adl: *activities of daily living*), impiegata anche dall'Istat, che definisce disabile chi ha difficoltà gravi nell'espletare almeno una delle quattro attività della vita quotidiana: confinamento individuale, difficoltà nel movimento, disabilità nelle funzioni, difficoltà di vista, udito e parola. I dati relativi alla disabilità sono utili indicatori sia dei bisogni sanitari che della domanda di cura, in quanto descrivono una quota di popolazione con gravi problemi di salute e di autosufficienza.

Secondo i dati Istat, negli anni 1999-2000 si osserva una maggiore disabilità (persone con 6 anni e più, non istituzionalizzate) nelle Regioni del Centro-Sud, esclusa la Toscana e compresa Bolzano (tab. 2.5). I valori territoriali, standardizzati per età, variano da 69 per 1.000 in Sicilia, e 68 in Calabria, a 36 per 1.000 in Liguria, Friuli-V.G. e Bolzano.

Queste evidenze sembrano stridere con la rilevazione di un basso livello di malattie croniche in tre Regioni del Sud (v. paragrafo precedente), ma la contraddizione è soltanto apparente in quanto il valore sulla disabilità, al contrario del valore sulle malattie croniche, è standardizzato per età.

Il rischio di disabilità maggiore nel Sud sarebbe confermato, anche, dal numero maggiore di certificazioni per l'erogazione dell'indennità di accompagnamento. Tuttavia i valori descritti potrebbero essere distorti dalla diversa struttura socio-economica (che porta, ad esempio, ad un utilizzo assistenziale dell'indennità di accompagnamento al Sud), socio-culturale (i disabili rimangono maggiormente in famiglia al Sud) e dall'offerta pubblica (al Nord esistono più strutture socio-sanitarie per non autosufficienti).

Tabella 2.5

Persone di 6 anni e più, che vivono in famiglia, disabili per tipo di disabilità e Regione. Anni 1999-2000 (per 1.000 persone, standardizzato per età)

Regione	Tipo di disabilità				
	Disabili	Confinamento individuale	Disabilità nelle funzioni	Difficoltà nel movimento	Difficoltà di vista, udito e parola
Piemonte	44,5	21,1	28,2	22,5	8,0
Valle d'Aosta	38,6	17,0	18,1	21,7	7,8
Lombardia	41,8	20,6	23,3	18,4	9,0
P.A. Bolzano	35,5	14,6	19,0	18,9	13,4
P.A. Trento	38,0	15,3	22,5	15,5	6,5
Veneto	40,6	17,1	22,4	18,7	10,0
Friuli-V.G.	35,5	16,7	18,6	15,9	10,4
Liguria	35,5	16,3	20,7	16,6	10,0
Emilia-Romagna	42,1	17,4	25,1	16,8	11,9
Toscana	46,0	17,0	29,8	23,1	8,5
Umbria	40,9	16,3	27,0	20,3	11,5
Marche	47,9	21,6	30,0	18,7	14,0
Lazio	43,8	17,3	24,0	18,6	11,5
Abruzzo	49,6	21,8	32,0	22,5	13,2
Molise	48,9	20,4	28,3	28,1	13,6
Campania	56,3	23,8	34,4	25,5	11,7
Puglia	61,5	30,0	36,9	27,0	13,5
Basilicata	56,4	23,5	33,6	24,9	15,2
Calabria	68,1	25,1	39,5	37,0	14,3
Sicilia	68,9	31,9	41,3	34,7	14,1
Sardegna	59,5	27,2	39,8	25,7	15,5
ITALIA	48,5	21,4	28,8	22,3	11,1

Fonte: Istat, *La condizione di salute della popolazione, 2001*

5. La mortalità generale

Da più di un secolo la sopravvivenza della popolazione italiana è in aumento, grazie alla drastica riduzione dei tassi di mortalità a tutte le età della vita (Ministero della Salute 2006). I tassi specifici di mortalità per età tendono infatti a diminuire, anche tra gli anziani, ovvero aumenta la speranza di vita. Il numero assoluto dei decessi e i tassi grezzi di mortalità, tuttavia, possono aumentare, a causa dell'invecchiamento della popolazione che tende ad ingrossare le classi estreme, dove la probabilità è più elevata.

Nel 2003 il tasso standardizzato di mortalità è stato pari in Italia a 77 per 10.000 abitanti, con una forte eterogeneità a livello regionale, ma con valori tendenzialmente migliori nel Nord-Est, al Centro e in alcune Regioni del Sud. È inferiore, infatti, per entrambi i sessi a Trento, in Veneto, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata e Calabria. È superiore alla media nazionale, invece, in Piemonte, Liguria, Campania e Sicilia. Nelle altre Regioni si verificano valori superiori alla media per gli uomini in Valle d'Aosta, Lombardia, Bolzano e Friuli-V.G., mentre per le donne non si riscontrano valori superiori (eccetto nelle quattro Regioni già citate)¹⁹. Le Regioni con i minori tassi sono le Marche e l'Abruzzo (rispettivamente 69,5 e 69,7 per 10.000 abitanti), mentre quelle con i tassi peggiori la Campania e la Sicilia (87,4 e 82,9): tra i due estremi si registra uno scarto del 25%, che probabilmente denota anche un carico di mortalità evitabile.

I tassi di mortalità per gli uomini sono superiori del 70% a quelli per le donne (101 vs. 60 per 10.000 abitanti; tab. 2.6). La Sardegna e l'Abruzzo presentano i tassi peggiori (circa 110), rispetto al Friuli-V.G. e alla Puglia (90). Per le donne lo scarto è compreso tra i valori di Toscana e Abruzzo (circa 68) e quelli di Valle d'Aosta, Molise e Trento (circa 53).

Nel decennio 1993-2003 il numero assoluto di decessi è lievemente aumentato, dopo aver registrato una crescita con un picco fino al 1998 ed una successiva diminuzione fino al 2002, con una ripresa nel 2003 a causa dell'eccezionale ondata di caldo dell'estate, che ha causato (anticipato) la morte di un elevato numero di anziani. A causa della diversa metodologia di standardizzazione impiegata dall'Istat, non è possibile effettuare confronti diretti tra i due anni, ma solo tra le posizioni relative delle Regioni. Rispetto a dieci anni prima la situazione non ha mostrato segni di cambiamento relativo, per i maschi, in Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Friuli-V.G., Liguria e Campania, Regioni che già erano superiori alla media nazionale; Bolzano e Sicilia hanno peggiorato la loro posizione relativa,

¹⁹ La Sardegna presenta valori inferiori alla media per entrambi i sessi, ma il totale risulta, seppure di poco, superiore alla media nazionale.

mentre Veneto e Trento l'hanno migliorata. Per le femmine, la situazione con i peggiori quozienti non è mutata in Piemonte, Campania e Sicilia; è peggiorata in Liguria, mentre è migliorata in Friuli-V.G., Lazio e Sardegna (tab. 2.6).

Tabella 2.6

**Mortalità per tutte le età e tutte le cause, tassi per 10.000 residenti.
Anni 1993 e 2003**

Regione	Anno 1993 (a)		Anno 2003 (a)		
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	85,2	69,3	105,9	63,1	80,8
Valle d'Aosta	88,8	67,7	110,0	58,9	81,3
Lombardia	89,8	67,9	105,1	59,3	77,3
P.A. Bolzano	81,2	63,2	102,3	57,9	75,6
P.A. Trento	84,1	61,4	100,8	52,9	72,1
Veneto	85,0	64,2	98,9	54,6	72,5
Friuli-V.G.	89,5	69,3	105,2	56,8	76,0
Liguria	85,1	68,9	103,6	62,5	79,4
Emilia-Romagna	78,1	63,1	99,6	57,7	75,2
Toscana	76,5	64,7	96,2	56,9	73,3
Umbria	76,0	65,6	97,5	54,0	72,5
Marche	72,0	61,6	91,4	53,3	69,5
Lazio	81,5	69,6	98,7	58,3	75,2
Abruzzo	73,9	68,5	90,9	53,8	69,7
Molise	75,1	67,8	91,8	56,7	72,2
Campania	90,9	83,2	112,1	69,5	87,4
Puglia	76,3	69,3	96,8	59,5	75,4
Basilicata	69,9	69,9	92,1	55,6	71,9
Calabria	74,3	72,2	92,7	59,7	74,2
Sicilia	82,0	81,1	102,7	67,9	82,9
Sardegna	81,0	69,6	101,0	59,2	77,5
ITALIA	82,5	69,2	101,0	59,8	76,9

Fonte: Ministero della Sanità, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 1996*; Istat, *Stime preliminari della mortalità per causa nelle Regioni italiane, 2006*

Note: (a) Tassi standardizzati. I dati standardizzati relativi al 1993 fanno riferimento alla popolazione del censimento 1981. Non è possibile effettuare un confronto tra i due anni a causa delle diverse popolazioni con cui è stata effettuata la standardizzazione

Per l'insieme dei due sessi, le maggiori riduzioni nei quozienti di mortalità si sono registrate in Piemonte, Valle d'Aosta, Bolzano, Emilia-Romagna, Toscana e Marche, mentre le minori riduzioni a Trento, in Veneto, Friuli-V.G., Lazio e Molise²⁰.



6. I consumi farmaceutici

Le statistiche disponibili sui consumi di farmaci riguardano il numero di ricette e di confezioni per abitante e la spesa sostenuta dalle Asl. Il numero totale di ricette per farmaci a carico del Ssn nel 2004 è pari a 444 milioni circa e il numero medio pro-capite di 7,7 (Ministero della Salute 2005). Il valore massimo si riscontra in Basilicata e Sicilia (9 ricette) e quello minimo in Liguria (4,5) e a Bolzano. Tuttavia si tratta di un indicatore piuttosto grossolano. Più significativo è il numero di confezioni pro-capite (pesate), che nel 2005 è pari a 15,5 ma presenta valori molto superiori alla media nelle Regioni del Sud (eccetto Molise e Basilicata) e in Lazio (Aifa 2006). Al contrario, nelle Regioni del Nord e del Centro i valori sono relativamente bassi. I valori minimi si osservano a Bolzano (11,2 confezioni), Trento e in Piemonte, mentre quelli massimi in Lazio (19,0), Campania, Sicilia e Calabria (tab. 2.7).

Da alcuni anni l'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco) pubblica un Rapporto con i consumi farmaceutici espressi in Ddd (dosi definite die) e calcolati sulla popolazione pesata. La Ddd rappresenta la dose media giornaliera per l'indicazione principale di un farmaco in un paziente adulto. È un valore convenzionale, stabilito internazionalmente per ogni principio attivo, che permette di esprimere i consumi di farmaci in termini di giornate di terapia prescritte mediamente in una popolazione (Vaccheri, Montanaro 1995). Nel 2005 si osserva un'accentuata variabilità tra le Regioni, non facilmente spiegabile dalle caratteristiche della popolazione o da differenti condizioni di salute. Le Regioni del Centro e del Sud consumano rispettivamente 867 e 865 Ddd per 1.000 abitanti-die contro 740 al Nord (tab. 2.7). I consumi farmaceutici maggiori si riscontrano in Lazio (979 Ddd) e Sicilia (913) e quelli minori nelle due Province autonome di Bolzano e Trento (rispettivamente 638 e 675). Fanno eccezione, tra le Regioni del Centro, la Toscana e le Marche e, tra quelle del Sud, l'Abruzzo, il Molise e la Basilicata. Nel periodo 2000-2005 non si riscontrano variazioni significative nel differenziale dei consumi farmaceutici tra Regioni del Nord e del Centro-Sud. Non si osserva alcuna convergenza e anzi Lazio e Sicilia incrementano la loro distanza rispetto alle Regioni più virtuose.

²⁰ Le due informazioni riportate non sono in contraddizione: alcune Regioni (ad es. il Piemonte), pur avendo registrato le maggiori riduzioni, rimangono su livelli molto elevati.

Un eccessivo consumo di farmaci ha effetti, oltre che sulla salute dei cittadini, anche sul bilancio regionale. Le differenze nei consumi a quantità si riflettono anche nei valori di spesa pro-capite. Sia nel 2000 che nel 2005 il Lazio e le Regioni del Sud (con le eccezioni di Abruzzo, Molise e Basilicata) presentano valori di spesa pro-capite ponderata eccezionalmente elevati (307 euro in Lazio, contro un valore di 171 a Trento). Considerando il problema della crescita della spesa farmaceutica, il Rapporto dell'Aifa 2005 osserva come il principale determinante del forte incremento di spesa siano le quantità di farmaco prescritte. Ad esempio, nel Lazio la spesa farmaceutica pro-capite è aumentata del 51%, a fronte di un aumento del 57% nelle prescrizioni.

Rispetto a queste considerazioni occorre tuttavia osservare che la spesa farmaceutica a carico del Ssn incide diversamente sul totale dei consumi farmaceutici regionali. Infatti mentre risulta attorno a valori del 60-65% nelle Regioni del Nord e del Centro, raggiunge percentuali del 70-77% in Lazio e in quelle del Sud. La maggiore disponibilità di reddito nelle Regioni centro-settentrionali conduce, infatti, ad una maggiore quota di spesa privata. Il valore massimo di spesa privata si riscontra in Toscana (39%), Trento, Emilia-Romagna e Piemonte, mentre il valore minimo in Calabria (23%), Basilicata, Sicilia e Puglia (tab. 2.7). A parità di incidenza della spesa pubblica, probabilmente le Ddd in numerose Regioni del Sud risulterebbero allineate o inferiori ai valori nazionali²¹. Da ultimo occorre ricordare che sono escluse da questi dati le Ddd dei farmaci a distribuzione diretta, particolarmente elevate in alcune Regioni del Nord e del Centro rispetto a quelle del Sud.

²¹ Ad esempio, riproporzionando le Ddd alla percentuale di spesa del Ssn, risulterebbe un valore delle Ddd totali di 1.290 in Emilia-Romagna e di 1.189 in Sicilia (contro valori osservati di 791 e di 913 rispettivamente).

Tabella 2.7

**Consumi farmaceutici territoriali a carico del Ssn (popolazione pesata).
Anni 2000-2005**

Regione	2000			
	Spesa lorda pro- capite	Scarto da media nazionale (%)	DDD/ 1.000 ab. pesati die	N. confez. pro-capite pesate
Piemonte	158,8	-8,8	539,0	12,9
Valle d'Aosta	146,5	-15,8	538,0	13,8
Lombardia	157,5	-9,6	539,0	13,2
P.A. Bolzano	132,7	-23,8	484,0	11,2
P.A. Trento	132,7	-23,8	484,0	12,4
Veneto	150,5	-13,6	551,0	13,6
Friuli-V.G.	139,8	-19,7	536,0	13,7
Liguria	171,8	-1,3	560,0	14,9
Emilia-Romagna	144,3	-17,1	539,0	14,5
Toscana	151,3	-13,1	547,0	14,6
Umbria	168,4	-3,3	608,0	15,3
Marche	162,7	-6,6	556,0	14,9
Lazio	202,4	16,3	625,0	19,0
Abruzzo	183,2	5,2	567,0	15,6
Molise	162,0	-7,0	504,0	13,9
Campania	219,2	25,9	611,0	18,8
Puglia	194,4	11,7	585,0	16,7
Basilicata	178,8	2,7	551,0	15,5
Calabria	190,5	9,4	618,0	17,8
Sicilia	206,2	18,4	603,0	18,6
Sardegna	178,7	2,7	595,0	16,1
ITALIA	174,1		569,0	15,5

Fonte: *Ns. elaborazioni su dati Osmed, Rapporto sul consumo dei farmaci, 2000 e 2005*

Note: *Nel 2000 Bolzano e Trento erano considerate congiuntamente e pertanto i dati dei due anni non sono confrontabili*



2005			Spesa farmac. pubblica sul totale 2005 (%)	Differenze 2000-2005		
Spesa lorda pro- capite	Scarto da media nazionale (%)	DDD/ 1.000 ab. pesati die		Spesa lorda pro- capite	Scarto da media nazionale (%)	% DDD/ 1.000 ab. die
195,9	-15,4	705,5	63,8	37,1	-6,6	30,9
188,6	-18,6	757,9	61,9	42,1	-2,8	40,9
207,3	-10,5	722,7	64,6	49,8	-0,9	34,1
183,4	-20,8	637,8	66,0	50,7	3,0	31,8
171,2	-26,1	674,8	60,8	38,5	-2,3	39,4
194,5	-16,0	749,9	65,0	44,0	-2,4	36,1
191,6	-17,3	754,7	66,3	51,8	2,4	40,8
225,0	-2,9	791,4	63,5	53,2	-1,6	41,3
192,2	-17,0	791,1	61,3	47,9	0,1	46,8
186,2	-19,6	768,0	60,7	34,9	-6,5	40,4
195,5	-15,6	810,2	66,2	27,1	-12,3	33,3
203,4	-12,2	776,2	66,3	40,7	-5,6	39,6
306,6	32,4	979,4	73,5	104,2	16,1	56,7
225,0	-2,9	785,9	70,2	41,8	-8,1	38,6
217,9	-5,9	699,3	74,3	55,9	1,1	38,8
258,1	11,4	889,0	74,2	38,9	-14,5	45,5
274,7	18,6	826,1	76,0	80,3	6,9	41,2
209,7	-9,5	777,9	76,9	30,9	-12,2	41,2
277,1	19,6	875,8	77,2	86,6	10,2	41,7
299,5	29,3	913,1	76,8	93,3	10,9	51,4
254,7	10,0	849,6	72,7	76,0	7,3	42,8
231,6		806,9	68,9	57,5	0,0	41,8



7. Le prestazioni specialistiche

Le prestazioni specialistiche rilevate dal Sis del Ministero della Salute riguardano le principali branche delle specialità cliniche, il laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche e la diagnostica per immagini e sono relative alle strutture pubbliche e private accreditate. Nel 2004 sono state effettuate una media di 15,6 analisi di laboratorio per abitante, 1,4 prestazioni di medicina fisica e 0,9 esami di diagnostica strumentale (tab. 2.8). La Lombardia è l'unica Regione che registra un numero di prestazioni pro-capite superiore alla media nazionale in tutte le attività specialistiche esaminate, seguita dal Molise e dal Veneto con valori superiori, eccetto in una sola specialità. Di contro, la Puglia, il Friuli-V.G. e la Toscana registrano prestazioni pro-capite inferiori alla media nazionale in tutte le attività specialistiche (tab. 2.8). Queste osservazioni, tuttavia, non tengono conto della mobilità interregionale.

Con riferimento alle singole attività specialistiche si evidenziano un maggiore numero di prestazioni nel Nord, con alcune eccezioni (Friuli-V.G. e Liguria), per le analisi di laboratorio, la diagnostica per immagini, l'ostetricia-ginecologia, l'ortopedia-traumatologia e l'otorinolaringoiatria. Il volume di attività maggiore per le analisi di laboratorio e per la diagnostica per immagini si registra in Molise, che tuttavia presenta dati apparentemente anomali²². A prescindere dal Molise, per le analisi di laboratorio il valore massimo si rileva in Lombardia (18 pro-capite) e quello minimo a Bolzano (10,2); per la diagnostica in Emilia-Romagna (1,4) e in Friuli-V.G. (0,6) (tab. 2.8).

Il numero maggiore di prestazioni per ostetricia, ortopedia e otorinolaringoiatria si registra a Bolzano (rispettivamente 33, 31 e 20 per 100 abitanti), mentre quello minore per la prima specialità in 5 Regioni (8 per 100 ab. in Campania, Puglia, Abruzzo, Toscana e Liguria) e per le altre due in Piemonte (rispettivamente 4 e 5 per 100 ab.). Con riferimento a medicina fisica e riabilitativa, cardiologia e nefrologia si evidenzia per le prime due branche il maggior numero di prestazioni in tre Regioni del Centro-Sud (rispettivamente Lazio, Basilicata e Campania; Sardegna, Campania e Molise), mentre per la terza primeggia ancora il Molise (tab. 2.8).

²² Non risulta chiaro se i dati pubblicati contengano un errore materiale o siano dovuti alla mobilità attiva.

Tabella 2.8

Attività clinica, di laboratorio, di diagnostica delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Prestazioni per 100 abitanti. Anno 2004

Regione	Laboratorio analisi	Med. fisica e riabilit.	Diag. per immagini	Cardiologia	Nefrologia	Ostetricia e gineco- logia	Ortopedia e trauma- tologia	Otorinol- ringoiatria
Piemonte	1.590	149	93	19	25	9	4	5
Valle d'Aosta	1.553	127	105	31	16	13	4	8
Lombardia	1.805	155	100	27	26	16	12	11
P.A. Bolzano	1.016	168	64	19	6	33	31	20
P.A. Trento	1.636	82	90	19	35	17	21	13
Veneto	1.687	169	104	28	16	16	15	12
Friuli-V.G.	1.354	63	60	23	10	11	6	8
Liguria	1.260	67	68	13	34	8	7	6
Emilia-Romagna	1.573	51	142	28	16	14	12	12
Toscana	1.348	65	74	24	13	8	8	8
Umbria	1.091	41	80	22	20	11	7	9
Marche	1.313	85	80	22	31	14	12	11
Lazio	1.306	275	80	23	8	9	10	8
Abruzzo	1.086	80	67	15	21	8	10	7
Molise	18.689 (a)	142	159 (a)	32	46	12	14	13
Campania	1.524	202	96	35	4	8	13	8
Puglia	1.072	141	66	16	13	8	7	6
Basilicata	1.149	266	62	19	26	10	9	7
Calabria	1.258	110	68	20	18	10	12	7
Sicilia	1.475	81	77	29	14	23	10	10
Sardegna	1.320	175	89	41	24	16	20	8
ITALIA	1.565	141	90	25	17	13	11	9

Fonte: Ministero della Salute, Attività gestionali ed economiche delle Asl, 1998 e 2005

Note: (a) Non risulta chiaro se il dato pubblicato contenga un errore materiale o sia dovuto alla mobilità attiva

8. I ricoveri ospedalieri

Il tasso di ospedalizzazione esprime la frequenza con cui la popolazione si ricovera in strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate, sia dentro che fuori Regione. La L. 405/01 e l'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 fissano come valori di riferimento, da raggiungere entro il 2007, il tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri per acuti, in regime ordinario, e di 20 ricoveri in regime diurno per 1.000 abitanti. Nel 1998 quasi tutte le Regioni si collocavano al di sopra dello standard nazionale per i ricoveri ordinari, ad eccezione di 6 Regioni (Piemonte, Friuli-V.G., Toscana, Lazio, Sicilia e Sardegna) (tab. 2.9). A distanza di cinque anni la situazione appare notevolmente cambiata, con quasi tutte le Regioni adeguate allo standard di 160 per 1.000, salvo molte Regioni del Sud (escluse Campania, Basilicata e Sardegna) e Bolzano. I valori sono particolarmente elevati in Abruzzo (193), Molise (178) e Puglia (171), mentre sono molto bassi in Piemonte (114), Trento, Veneto, Friuli-V.G. e Toscana (125-127) (tab. 2.9). Esaminando i tassi di ricovero standardizzati sulla popolazione nazionale si confermano con valori superiori allo standard programmatico tutte le Regioni del Sud (eccetto la Basilicata) e Bolzano. I tassi standardizzati risultano invece molto bassi in tutte le Regioni del Centro-Nord.

Considerando le variazioni intervenute tra il 1998 e il 2003, la Provincia autonoma di Trento (-55 punti) e il Veneto (-43) evidenziano le maggiori diminuzioni del tasso di ricovero ordinario. In Sicilia, invece, è avvenuto un forte incremento (+35 punti) e un lieve aumento anche in Lazio e Sardegna (+1). Nonostante i tassi molto elevati, si è registrata solo una modesta diminuzione in Abruzzo e Molise.

I tassi di ricovero in regime diurno hanno risentito di una forte crescita tra il 1998 e il 2003, passando dal 38 al 62 per 1.000. Nel 2003 sono molto elevati in numerose Regioni del Centro-Sud e in Liguria (tab. 2.9). Il massimo si registra in Sicilia e Liguria (94 per 1.000), seguite da Lazio, Abruzzo e Sardegna. I valori più bassi si riscontrano invece a Bolzano, in Friuli-V.G. (41) e nelle Marche (47).



Tabella 2.9

Tassi di ospedalizzazione per acuti (1). Anni 1998-2003

Regione	Tasso ospedalizzazione			Tasso ospedalizzazione			Tasso std.	Differenza 1998-2003			
	1998			2003			2003				
	Regime ordinario	Day hospital	Totale	Regime ordinario	Day hospital	Totale	Regime ordinario	Regime ordinario	Day hospital	% Totale	
Piemonte	147	28,2	176	114,7	59,4	174	110,4	-32,7	31	-1	
Valle d'Aosta	167	39,1	206	132,1	53,2	185	130,2	-35,2	14	-10	
Lombardia	170	51,0	221	140,9	58,9	200	141,1	-28,7	8	-9	
P.A. Bolzano	198	6,0	204	165,9	41,0	207	176,8	-32,2	35	1	
P.A. Trento	180	42,0	222	124,8	51,9	177	125,0	-55,4	10	-20	
Veneto	168	66,1	235	125,1	58,8	184	125,1	-43,3	-7	-22	
Friuli-V.G.	159	35,7	195	126,2	40,7	167	117,4	-32,9	5	-14	
Liguria	173	64,8	237	146,2	93,8	240	131,7	-26,5	29	1	
Emilia-Romagna	171	55,8	227	136,1	54,9	191	127,1	-34,7	-1	-16	
Toscana	153	35,6	189	127,1	52,7	180	117,9	-26,2	17	-5	
Umbria	172	55,9	228	135,4	66,6	202	127,1	-36,9	11	-11	
Marche	187	31,9	219	140,6	47,0	188	133,7	-46,9	15	-15	
Lazio	156	35,4	192	157,4	77,4	235	159,0	0,9	42	22	
Abruzzo	196	24,6	221	193,3	64,5	258	190,5	-2,9	40	17	
Molise	188	10,9	199	177,9	51,2	229	174,2	-9,8	40	15	
Campania	169	29,9	199	151,7	61,5	213	165,3	-16,9	32	7	
Puglia	208	25,0	233	170,7	33,4	204	180,1	-37,1	8	-12	
Basilicata	200	16,1	216	149,9	60,1	210	152,6	-49,9	44	-3	
Calabria	197	25,7	223	165,4	62,9	228	172,8	-31,8	37	2	
Sicilia	131	24,0	155	166,1	93,5	260	172,3	35,0	69	67	
Sardegna	160	1,4	161	160,2	65,0	225	168,9	0,2	64	40	
ITALIA	167	37,8	205	146,0	62,0	208	146,1	-21,3	24	1	

Fonte: Ns. elaborazioni su dati Ministero della Salute, Rapporto Sdo, 1998 e 2003 e su dati Assr Rapporto Drg

Note: Per i ricoveri ordinari sono indicati i valori superiori a 160 per 1.000

(1) Escluse le schede in cui non è presente la Regione di residenza o dei residenti all'estero (immigrati)



CAPITOLO 3

STRUTTURA, ATTIVITÀ E SPESA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI

La struttura dell'offerta dei Servizi sanitari regionali può essere descritta da una molteplicità di indicatori, di tipo quantitativo e monetario. Il personale del Ssn, la dotazione regionale di servizi di assistenza primaria e specialistica, la rete ospedaliera, pubblica e privata accreditata, la tecnologia medica offrono un quadro delle dotazioni strutturali e dei cambiamenti avvenuti nell'ultimo decennio. La spesa sanitaria, esaminata nella sua composizione per funzioni e nel mix pubblico-privato, nel suo livello assoluto e rispetto alle altre Regioni, e il volume degli investimenti pubblici sono ulteriori elementi che caratterizzano l'offerta regionale.

1. Il personale del Ssn nelle Regioni e Province autonome

Secondo la metodologia di rilevazione del Ministero della Salute, il personale del Ssn è costituito dai dipendenti delle Asl e delle Ao, con esclusione del personale di altri istituti pubblici²³. Nel 2004 si contavano 646.050 dipendenti, pari al 2,8% della forza lavoro occupata a livello nazionale. Il personale del Ssn è distinto in quattro ruoli, di cui il ruolo sanitario raggruppa il maggior numero (68% del totale), seguito dal ruolo tecnico (20%), amministrativo (12%) e professionale (0,2%) (tab. 3.1). Tra il ruolo sanitario la percentuale maggiore è rappresentata dagli infermieri (258.000 pari al 40%) e dai medici (103.000 pari al 16%).

Tra il 1995 e il 2004 il numero del personale dipendente si è ridotto di 20.000 unità, passando da 666.198 a 646.050 addetti (tab. 3.1). La riduzione maggiore si è registrata tra il personale del ruolo tecnico (-35.500 unità), mentre sono aumentati gli addetti negli altri ruoli (+12.800 nel ruolo sanitario, +3.000 nel ruolo

²³ In particolare il personale delle Asl comprende anche quello dei presidi ospedalieri a gestione diretta e degli Istituti psichiatrici residuali. È escluso il personale operante nelle strutture del Ssn ma dipendente dalle Università, nonché il personale operante nelle strutture equiparate alle pubbliche (Irccs, Policlinici a gestione diretta dell'università, ospedali classificati e ospedali qualificati presidi Asl).

amministrativo). La variazione sembra dovuta al processo di esternalizzazione dei servizi tecnico-economici in atto da diversi anni. Il personale sanitario ha aumentato il proprio peso relativo, passando dal 64% al 68% (in particolare gli infermieri, passati dal 37,8 al 39,9%), mentre il personale tecnico è diminuito dal 24,5% al 19,8%. Sull'andamento (e sulla composizione) del personale dipendente incidono due fenomeni collegati: il blocco delle assunzioni e il ricorso a personale con contratto di lavoro flessibile (interinale, collaborazione coordinata e continuativa) o di cooperative. Il blocco delle assunzioni è stato riproposto a più riprese (L. 425/96, L. 289/02) determinando la stasi, se non la riduzione, del numero di addetti del Ssn (-22.900 tra il 1997-99). Impossibilitate ad assumere e pressate dal contenimento dei costi, le Aziende sanitarie hanno fatto e stanno facendo sempre più ricorso a figure di collaboratori esterni a tempo determinato o al lavoro interinale fornito da cooperative. Su quest'ultimo fenomeno non esistono però dati ufficiali o aggiornati.

A livello regionale, l'entità del personale dipendente del Ssn è piuttosto eterogenea. La diversità di dotazione dipende da vari fattori, tra cui: (a) la maggiore o minore presenza di strutture private accreditate (ad es. case di cura, ospedali classificati, laboratori analisi), (b) di Irccs pubblici e privati e (c) di Policlinici universitari²⁴. Gli estremi sono rappresentati, nel 2004, da un lato, da Puglia, Campania e Sicilia con circa 9 operatori per 1.000 abitanti; dall'altro, dalla Provincia di Bolzano e dalla Valle d'Aosta con circa 16-17 operatori (tab. 3.1). Più in generale al Sud, nel Lazio e in Lombardia²⁵ il personale del Ssn è inferiore alla media nazionale, mentre è superiore nel Nord-Est e nel Centro. In valori assoluti, la maggiore numerosità si riscontra in Lombardia (95.000 dipendenti), Veneto (58.000), Campania (54.000), Toscana (49.000), Sicilia (49.000) ed Emilia-Romagna (48.000) (tab. 3.1).

La percentuale del personale sanitario, sul totale dei dipendenti, varia dal 61% di Bolzano al 74% dell'Umbria e, più in generale, è proporzionalmente maggiore nel Nord-Est e al Centro (tab. 3.1). Il personale tecnico varia dal 16% di Lazio e Umbria al 25% di Bolzano e Trento ed è maggiore al Nord e in numerose Regioni del Sud. Il personale amministrativo è compreso tra il 9% di Molise e Basilicata e il 15% di Calabria e Valle d'Aosta, con una maggiore presenza nelle Regioni del Nord-Ovest (tab. 3.1).

Osservando la dotazione del personale *sanitario*, rispetto alla popolazione

²⁴ Ad es. in Lombardia diversi ospedali sono Irccs e in Sicilia tre ospedali sono Policlinici universitari. Il personale di questi istituti è escluso dalla rilevazione.

²⁵ La minore dotazione di personale in Lombardia e Lazio è dovuta alla forte presenza di strutture pubbliche (Irccs, Policlinici universitari) o equiparate (ospedali classificati), il cui personale non è incluso tra quello delle Aziende sanitarie della tab. 3.1.



regionale, si nota una maggiore densità di medici (e odontoiatri) in Sardegna (2,3 per 1.000 abitanti), Valle d'Aosta, Umbria e Abruzzo rispetto ai minimi di Lombardia (1,4), Puglia e Campania. Gli infermieri sono compresi tra il massimo di circa 6 per 1.000 abitanti di Bolzano e Friuli-V.G. e il minimo di circa 3,5 in Sicilia, Campania e Puglia. In generale si osserva una minore dotazione di infermieri nelle Regioni del Sud (tab. 3.1).

Tra il 1995 e il 2004 il numero del personale dipendente Ssn è diminuito in 13 Regioni, significative sono le diminuzioni di circa il 10% in Puglia ed Emilia-Romagna, del 7% in Liguria e del 4,5% in Lombardia (tab. 3.1). Nelle altre 8 Regioni si è invece registrato un incremento, sensibile per alcune (Bolzano +27%, Valle d'Aosta, Piemonte) e lieve per le altre. In tutte le Regioni (eccetto Bolzano) si è registrata una riduzione del personale tecnico. In Lombardia, Emilia-Romagna e, in misura minore, Campania e Puglia, si è verificata anche una diminuzione del personale sanitario.

Le differenze regionali riscontrate risentono delle diverse organizzazioni dei Servizi sanitari regionali (mix pubblico-privato), di condizioni storiche nella maggiore o minore presenza di ospedali (ad es. nel Nord-Est), dei livelli di domanda sanitaria e, da ultimo, del sistema di rilevazione, che esclude alcuni istituti pubblici. È quindi difficile esprimere una valutazione sul grado di adeguatezza del personale del Ssn nelle diverse Regioni italiane.

Tabella 3.1
**Personale dipendente del SSN (composizione e incidenza sulla popolazione).
Anno 2004 e variazioni 1995-2004**

Regione	Personale del SSN		Composizione % (2004)				
	1995	2004	Sanitario	Profess.le	Tecnico	Ammin.	Totale
Piemonte	49.919	49.125	65	0,2	21	14	100
Valle d'aosta	1.719	1.762	63	0,3	22	15	100
Lombardia	99.130	98.999	66	0,2	22	12	100
P.A. Bolzano	6.180	6.721	61	0,3	25	14	100
P.A. Trento	6.794	6.494	63	0,2	25	12	100
Veneto	57.644	55.516	69	0,2	20	11	100
Friuli-V.G.	17.163	16.373	69	0,2	21	10	100
Liguria	23.306	22.453	70	0,2	18	12	100
Emilia-Romagna	52.987	53.661	71	0,3	18	11	100
Toscana	49.175	47.119	71	0,3	18	10	100
Umbria	11.549	11.040	74	0,3	16	10	100
Marche	17.825	17.161	71	0,2	18	10	100
Lazio	51.715	49.795	72	0,3	16	12	100
Abruzzo	15.610	14.859	69	0,2	21	10	100
Molise	3.911	3.945	71	0,1	20	9	100
Campania	57.576	55.357	68	0,3	20	11	100
Puglia	39.881	39.696	68	0,2	21	11	100
Basilicata	6.120	5.949	71	0,2	20	9	100
Calabria	24.285	23.364	65	0,2	19	15	100
Sicilia	51.189	50.123	67	0,2	21	11	100
Sardegna	22.520	21.418	70	0,2	20	10	100
ITALIA	666.198	650.930	68	0,2	20	12	100

Fonte: *Ns. elaborazioni su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN, 2005*

Personale per 1.000 ab. (2004)			Variazioni 1995-2004					
Medici	Infermieri	Totale personale	Sanitario	Medici	Infermieri	Tecnico e profess.le	Ammin.vo	Totale personale
1,9	4,6	12,7	12,9	7,8	11,4	-5,4	19,6	9,0
2,2	5,5	15,9	19,8	7,7	26,9	-7,1	25,1	13,1
1,4	4,0	10,2	-2,1	-5,8	-0,9	-17,3	11,3	-4,6
1,8	6,2	16,6	25,2	25,9	20,2	19,3	48,0	26,6
1,7	5,2	14,2	8,0	9,0	-0,8	-13,9	19,0	2,7
1,7	5,4	12,5	3,7	3,1	1,1	-15,0	15,7	0,3
1,8	6,0	13,8	-0,1	-1,9	-0,2	-21,4	23,5	-3,7
2,1	5,8	13,7	1,6	4,6	1,4	-35,6	10,2	-7,3
1,7	5,0	11,7	-7,0	-8,1	-4,4	-21,4	-2,5	-9,7
2,0	5,9	13,7	4,0	7,6	4,2	-19,4	12,2	-0,6
2,2	5,4	12,8	4,5	2,7	5,1	-28,6	-22,6	-5,7
1,8	5,0	11,8	7,0	5,6	9,8	-23,1	1,6	-0,7
1,8	4,0	9,7	11,2	19,4	8,5	-38,3	3,7	-2,5
2,2	5,1	12,4	9,4	23,9	5,5	-16,0	6,6	2,6
2,1	4,8	12,2	6,9	-2,7	11,6	-17,7	-3,1	0,1
1,7	3,7	9,3	-1,3	-3,7	-1,9	-22,6	-2,0	-6,6
1,5	3,3	8,7	-3,1	4,1	-8,5	-28,2	-16,5	-11,5
1,8	4,5	10,7	14,8	16,1	17,1	-16,4	-5,8	4,9
2,1	4,2	11,6	11,7	12,1	14,5	-33,1	-6,2	-3,7
2,0	3,5	9,7	2,5	2,9	0,4	-21,3	-10,2	-5,0
2,3	4,9	12,9	3,8	3,1	4,9	-31,0	-0,8	-6,1
1,8	4,5	11,2	3,0	3,4	2,3	-21,6	4,2	-3,0

2. Le cure primarie e l'assistenza specialistica

Il sistema delle cure primarie comprende i medici di primo intervento (Medici di medicina generale-Mmg e Pediatri di libera scelta-Pls) e le prestazioni organizzate dai distretti delle Asl, erogate da una pluralità di strutture pubbliche o private accreditate (ad es. ambulatori specialistici, consultori familiari, assistenza domiciliare integrata, strutture semi-residenziali e residenziali). L'insieme di queste attività a volte è denominato con un termine onnicomprensivo come "assistenza distrettuale".

Medicina e pediatria di base. I Mmg e i Pls, pur non essendo dipendenti del Ssn, sono parte integrante del sistema sanitario e svolgono un ruolo centrale, rappresentando per il cittadino la prima occasione di contatto con il servizio sanitario e il punto più vicino di assistenza. La convenzione con i Mmg fissa un rapporto ottimale di 1/1.000 adulti e per i Pls di 1/600 bambini, con un massimale di 1/1.500 adulti e di 1/800 bambini.

Nel 2004 il rapporto tra residenti e Mmg è abbastanza omogeneo in tutte le Regioni, con una leggera prevalenza di assistiti per Mmg al Nord. La media nazionale è di 1.068 residenti, con una punta massima nella Provincia autonoma di Bolzano di 1.507 assistiti/Mmg, dove peraltro è stato adottato un massimale di 2.000 assistiti (tab. 3.2). In numerose Regioni del Nord il rapporto è di circa 1/1.100 assistiti; solo in Lazio e Molise si registra un rapporto inferiore a quello ottimale (1/942 in Lazio).

Nel periodo 1997-04 la densità dei Mmg è rimasta sostanzialmente stabile, a livello nazionale (da 1/1.045 a 1/1.068), aumentando leggermente in cinque Regioni del Sud (Sardegna, Sicilia, Puglia, Molise e Abruzzo), in Umbria e soprattutto a Bolzano (+12%). Nel resto delle Regioni il rapporto Mmg/popolazione si è leggermente deteriorato, pur rimanendo sempre di poco superiore al valore ottimale, soprattutto a Trento (-17%), in Lombardia (-10%) e in Calabria (-6%).

Sul fronte dei pediatri, nel 2004 il rapporto tra bambini e Pls (1/1.027 bambini) eccede in tutte le Regioni il numero ottimale, denotando una scarsità di pediatri, soprattutto in numerose Regioni del Nord e del Sud. È particolarmente elevato a Bolzano (1/1.507), in Piemonte, Lombardia, Campania, mentre è prossimo al rapporto ottimale in Emilia-Romagna, Lazio, Abruzzo, Sardegna (tab. 3.2). Nel periodo 1997-2004 le Regioni del Sud, che partivano da un rapporto superiore alla media nazionale, hanno migliorato la densità dei pediatri (Campania +34%, Abruzzo +25%). A livello nazionale il rapporto è sceso da 1/1.174 a 1/1.027.

Assistenza distrettuale. Le prestazioni che vedono coinvolti, in diversi ruoli (di organizzazione, coordinamento, erogazione), i distretti delle Asl sono molteplici ed erogate sia da strutture pubbliche che private accreditate. Il Ministero

della Salute monitora, attraverso i flussi informativi, l'attività del distretto e, in particolare, l'assistenza domiciliare integrata a favore degli anziani, le strutture semi-residenziali (ad es. i centri diurni) e residenziali (ad es. le Rsa), gli istituti di riabilitazione e le altre strutture territoriali (ad es. i consultori familiari, i centri di dialisi ad assistenza limitata, ecc.).

Nel 2004 l'assistenza domiciliare integrata (Adi) è maggiormente sviluppata nel Centro-Nord, con le eccezioni delle Regioni piccole, di Liguria e Piemonte, mentre è basso il numero di casi trattati nelle Regioni del Sud, con l'eccezione di Abruzzo, Molise e Basilicata (tab. 3.2). Il numero maggiore di casi in Adi si registra in Molise e Friuli-V.G. (in entrambe il 2,2% della popolazione), mentre ha dimensioni molto ridotte (minore di 200 utenti per 100 mila abitanti) in Valle d'Aosta, Bolzano, Sardegna e Sicilia. Nel 1997 l'Adi era quasi inesistente al Sud, oggi è molto migliorata, ma è ancora molto distante dai livelli di offerta del Centro-Nord.

Come l'assistenza domiciliare, anche l'assistenza semi-residenziale e quella residenziale sono carenti al Sud. Nel 2004 il numero di posti-letto in strutture semi-residenziali e residenziali, rapportato alla popolazione regionale, è superiore alla media nazionale in tutte le Regioni del Nord (tranne Valle d'Aosta e Liguria), in Toscana e Umbria (tab. 3.2). Il numero di posti-letto varia da 932 per 100 mila abitanti a Trento a soli 31 in Molise. Nel periodo 1997-2004 il numero di strutture semi-residenziali e residenziali è aumentato in tutta Italia (da 1,5 a 3,6 per 100.000 abitanti le semi-residenziali e da 3,2 a 7,1 le residenziali), con alcune differenze territoriali: le strutture semi-residenziali sono aumentate soprattutto in Abruzzo, Calabria, Veneto, Emilia-Romagna e Lombardia, meno nelle Regioni del Centro; le strutture residenziali sono aumentate di numero soprattutto al Sud (tranne in Calabria), dove il loro numero era esiguo, in Lazio, Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna.

I posti-letto in istituti di riabilitazione (ex art. 26 L. 833/78) sono invece mediamente superiori nelle Regioni del Centro-Sud (con l'eccezione di Umbria, Sicilia, Calabria e Puglia) e in Lombardia (tab. 3.2). Nel 2004, a fronte di una media nazionale di 48 posti letto per 100 mila abitanti, si riscontrano il valore massimo di 114 posti letto in Basilicata²⁶ e il valore minimo di 6 posti letto in Piemonte e Umbria. Nel periodo 1997-2004 i posti letto sono diminuiti sensibilmente in 5 Regioni (Calabria, Basilicata, Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte), mentre sono rimasti invariati o aumentati nelle restanti Regioni, particolarmente in Sardegna e Campania.

²⁶ Dove è presente un grande centro a dimensione multiregionale.

Tabella 3.2

Assistenza sanitaria distrettuale. Anni 1997-2004

Regione	Anno 1997						
	Medicina di base		Strutture distrettuali per 100.000 abitanti				
	Adulti per MMG	Bambini per PLS	Casi in ADI	Strutture semi-residenz.	Strutture residenz.	Posti in strutture residenz. e semi-res.	Posti in istituti di riabilitaz.
Piemonte	1.057	1.140	689	1,6	5,6	8	9
Valle d'Aosta	1.064	1.071	901	0,0	16,2	0	23
Lombardia	1.058	1.255	825	1,8	4,1	83	10
P.A. Bolzano	1.813	2.174	23	0,9	2,4	18	13
P.A. Trento	943	871	-	0,0	9,3	20	3
Veneto	1.101	1.103	341	1,9	4,0	16	8
Friuli-V.G.	1.023	1.309	1.016	3,1	9,1	49	7
Liguria	1.021	869	282	1,9	4,3	26	10
Emilia-Romagna	1.078	872	312	3,3	4,7	13	5
Toscana	1.013	974	204	4,1	10,5	45	13
Umbria	1.035	989	1.156	3,7	4,0	0	9
Marche	1.056	1.047	934	1,5	2,1	35	4
Lazio	932	970	384	1,1	0,6	74	6
Abruzzo	1.054	1.184	-	0,1	0,0	58	0
Molise	1.025	1.367	-	0,0	0,3	90	2
Campania	1.054	1.846	3	0,5	0,8	34	3
Puglia	1.079	1.233	9	0,6	0,7	21	4
Basilicata	973	1.421	68	0,2	1,5	149	5
Calabria	989	1.294	33	0,1	1,5	42	3
Sicilia	1.069	1.096	6	0,3	0,6	33	5
Sardegna	1.065	1.137	95	0,3	0,5	4	4
ITALIA	1.045	1.174	353	1,5	3,2	41	9

Fonte: Ministero della Salute, Attività gestionali ed economiche delle ASL, 1998 e 2005



Anno 2004									
Specialistica	Medicina di base		Strutture distrettuali per 100.000 abitanti					Specialistica	
Ambulatori e laboratori pubblici e accreditati	Adulti per MMG	Bambini per PLS	Casi in ADI	Strutture semi-residenz.	Strutture residenz.	Posti in strutture residenz. e semi-res.	Posti in istituti di riabilitaz.	Ambulatori e laboratori pubblici e accreditati	
8,7	1.088	1.180	516	2,9	11,6	390	6	11,1	
6,8	1.060	937	45	0,8	2,5	46		6,5	
10,0	1.168	1.122	765	5,7	10,3	723	73	9	
34,4	1.598	1.507	48	1,1	4,9	439	29	39,3	
8,7	1.099	907	219	0,0	11,2	932	19	9,1	
11,0	1.140	1.087	990	7,2	12,3	753	17	10,1	
13,8	1.032	1.156	2.161	4,3	11,4	557	36	12,3	
17,0	1.003	928	340	2,9	8,4	176	37	30,7	
5,2	1.101	886	1.284	11,0	14,0	603	7	11,1	
27,2	1.030	941	724	6,4	12,8	309	52	27	
14,5	1.008	916	691	5,8	8,0	327	6	11,6	
17,1	1.082	1.039	666	2,1	5,4	143	57	16,8	
18,6	942	888	863	1,0	2,3	100	73	17,8	
6,9	1.029	888	928	0,6	3,3	127	87	15,7	
16,8	992	1.076	2.167	1,9	2,5	31	91	17,7	
22,1	1.082	1.226	204	1,3	2,2	41	75	26,4	
16,9	1.035	1.039	259	1,0	2,2	78	31	16	
21,4	1.004	1.185	959	0,5	3,4	44	114	17,2	
18,7	1.051	1.014	240	0,7	2,5	85	22	22,7	
32,7	1.029	922	172	0,7	1,9	53	43	36,1	
13,9	1.033	867	166	0,8	2,9	78	94	23,9	
16,4	1.068	1.027	645	3,6	7,1	334	48	18,2	



Nel 2004 altre strutture territoriali, quali i centri di salute mentale, i consultori materno-infantili, sono distribuite in maniera più omogenea sul territorio nazionale (8 per 100 mila abitanti), con una presenza minore nelle Regioni del Sud e maggiore in Valle d'Aosta (16), Toscana, Liguria e Bolzano (tab. 3.2). Nel periodo 1997-2004 l'aggregato delle "altre strutture territoriali" ha subito una diminuzione nella maggior parte delle Regioni del Centro-Nord, con alcune eccezioni (Emilia-Romagna, Veneto, Liguria), ed un aumento consistente in tutte le Regioni del Sud.

Assistenza specialistica. L'aggregato degli ambulatori specialistici e dei laboratori di analisi raggruppa strutture di diversa dimensione, sia pubbliche che private accreditate. Il dato numerico risulta tuttavia scarsamente significativo. Nel 2004, sono superiori alla media nazionale (18 per 100 mila abitanti) in quattro Regioni del Sud (Sardegna, Sicilia, Calabria e Campania) e due del Nord (Liguria, Bolzano), oltre alla Toscana (tab. 3.2). La maggiore densità si registra a Bolzano (39) e in Sicilia (36), mentre la minore in Valle d'Aosta (7) e Lombardia (9). Nel periodo 1997-2004 le strutture ambulatoriali e i laboratori sono diminuiti in 10 Regioni, con punte massime in Umbria e Basilicata, mentre nelle restanti Regioni sono aumentate, soprattutto in Abruzzo, Emilia-Romagna, Liguria e Sardegna.

3. La rete ospedaliera e il mix pubblico-privato

Nel 2004 il Ssn dispone di circa 269.000 posti-letto ospedalieri, di cui l'81% in ospedali pubblici o equiparati²⁷ e il 19% in case di cura private accreditate (tab. 3.3). La dotazione media di posti-letto risulta di 4,6 per 1.000 abitanti, pari all'incirca allo standard fissato in 4,5 posti-letto per 1.000 abitanti.

La dotazione di posti-letto è particolarmente carente in Campania (3,7) e altre Regioni del Sud (Puglia, Basilicata, Sicilia), mentre è alquanto superiore agli standard in Lazio (5,8), Molise, Emilia-Romagna, Abruzzo, Bolzano e Trento.

La riduzione dei posti-letto ospedalieri è un fenomeno in corso negli ultimi decenni, non solo in Italia, ma anche a livello internazionale. Tra il 1995 e il 2004 il numero dei posti letto si è ridotto di circa 70.000 unità, quasi esclusivamente nel settore pubblico, e la dotazione media è passata da 5,9 a 4,6 per 1.000 abitanti. Le maggiori contrazioni sono avvenute in Lombardia (-11.000 posti-letto, pari al 22%), Lazio (-10.000), Veneto e Puglia. Anche in Campania si è regi-

²⁷ L'Istat considera tra gli istituti pubblici anche gli ospedali religiosi classificati, i privati qualificati come presidi di Asl e gli Irccs privati, che giuridicamente sono istituti privati, e il cui totale si può stimare in circa 12.000 posti-letto. Escludendo questi posti-letto la percentuale degli ospedali pubblici risulterebbe del 75% circa.

strata una riduzione, nonostante l'insufficiente dotazione di letti. La situazione non è praticamente variata in Valle d'Aosta e Molise.

La struttura del "mercato interno" ospedaliero varia sensibilmente da Regione a Regione. Le potenzialità di un reale sviluppo del mercato interno al Ssn e della concorrenza pubblico-privato si giocano, infatti, soprattutto nel settore ospedaliero e della specialistica ambulatoriale, dove possono essere presenti in una stessa area territoriale e in uno stesso segmento di mercato istituzioni sia pubbliche che private accreditate. A livello regionale l'offerta di posti-letto si presenta molto variegata, con un'accentuata presenza di ospedali pubblici nel Nord-Est, nel Centro e in alcune Regioni del Sud (Abruzzo, Molise, Puglia e Basilicata) e, viceversa, una maggiore presenza di privati accreditati in Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia. La presenza più marcata di ospedali pubblici si riscontra in Valle d'Aosta (100%), Veneto (94%), Liguria (99%), Umbria (93%) e Basilicata (98%), mentre la maggiore incidenza di case di cura private risulta in Lazio (30%), Campania (30%) e Calabria (32%) (tab. 3.3).

Relativamente alla specialistica ambulatoriale (ivi inclusa la diagnostica strumentale) le Regioni del Sud, il Lazio, la Lombardia e il Veneto presentano un numero maggiore di strutture private accreditate rispetto a quelle pubbliche (tab. 3.3). La quota maggiore di strutture accreditate è presente in Sicilia (84%) e Campania (81%), Abruzzo e Molise, mentre la quota minore in Piemonte e a Bolzano (entrambe al 22%), a Trento e in Umbria.

Considerando congiuntamente il settore ospedaliero e la specialistica ambulatoriale, il cui "mercato" rappresenta il 55-60% del totale, si rileva che Sicilia, Calabria, Campania, Lazio e Lombardia sono le Regioni che più danno spazio ai privati accreditati.

Tabella 3.3

La rete ospedaliera e le strutture specialistiche pubbliche e private accreditate. Anni 1995 e 2004

Regione	1995 Totale p.letto SSN			2004 Totale p.letto SSN		
	Totale (2)	P.letto per 1.000 ab.	Publici	Privati accreditati	Totale	P.letto per 1.000 ab.
Piemonte	23.477	5,5	15.866	3.889	19.755	4,6
Valle d'Aosta	512	4,3	486	-	486	4,0
Lombardia	56.232	6,3	36.144	9.242	45.386	4,9
P.A. Bolzano	2.748	6,1	2.085	304	2.389	5,1
P.A. Trento	3.625	7,9	2.028	438	2.466	5,0
Veneto	28.007	6,3	19.456	1.231	20.687	4,5
Friuli-Venezia Giulia	8.627	7,2	5.192	613	5.805	4,8
Liguria	11.650	7,0	6.985	84	7.069	4,5
Emilia-Romagna	23.615	6,0	16.487	4.674	21.161	5,2
Toscana	20.583	5,8	13.735	2.163	15.898	4,5
Umbria	4.522	5,5	3.305	261	3.566	4,2
Marche	8.769	6,1	5.926	1.047	6.973	4,6
Lazio	40.065	7,7	20.972	9.040	30.012	5,8
Abruzzo	9.008	7,1	5.488	978	6.466	5,0
Molise	1.811	5,5	1.614	193	1.807	5,6
Campania	24.914	4,3	14.717	6.438	21.155	3,7
Puglia	21.831	5,4	13.910	2.237	16.147	4,0
Basilicata	3.919	6,4	2.517	60	2.577	4,3
Calabria	10.321	5,0	6.193	2.960	9.153	4,6
Sicilia	24.056	4,7	17.275	4.522	21.797	4,4
Sardegna	9.429	5,7	6.468	1.546	8.014	4,9
ITALIA	337.721	5,9	216.849	51.920	268.769	4,6

Fonte: Ministero della Salute, Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO, 2005

Note: (1) Ambulatori e laboratori analisi extra-ospedalieri

(2) Sono compresi anche i posti-letto non accreditati (circa 5% del totale)

n. di ambulatori e laboratori (1)			% Posti-letto		% di ambulatori e laboratori (1)	
Publici	Privati accreditati	Totale	Publici	Privati accreditati	Publici	Privati accreditati
261	72	333	80	20	78	22
5	2	7	100	-	71	29
206	419	625	80	20	33	67
78	22	100	87	13	78	22
20	7	27	82	18	74	26
153	244	397	94	6	39	61
84	39	123	89	11	68	32
198	161	359	99	1	55	45
181	163	344	78	22	53	47
417	328	745	86	14	56	44
52	19	71	93	7	73	27
116	83	199	85	15	58	42
254	544	798	70	30	32	68
28	108	136	85	15	21	79
14	36	50	89	11	28	72
268	1.147	1.415	70	30	19	81
212	353	565	86	14	38	62
40	46	86	98	2	47	53
156	243	399	68	32	39	61
267	1.433	1.700	79	21	16	84
168	187	355	81	19	47	53
3.178	5.656	8.834	81	19	36	64

4. La tecnologia medica

La disponibilità di grandi apparecchiature mediche costituisce un punto di forza dei sistemi sanitari regionali, con la loro capacità di attrazione dei pazienti, e contribuisce a qualificare l'offerta ospedaliera. Il Ministero della Salute rileva, attraverso i flussi informativi, le più sofisticate apparecchiature mediche presenti nelle diverse strutture di ricovero o ambulatoriali (17 tipologie), tra le quali conviene fare riferimento a cinque principali tipologie: apparecchio per emodialisi (Emd), tomografo assiale computerizzato (Tac), gamma camera computerizzata (Gcc), tomografo a risonanza magnetica (Trm), acceleratore lineare (Ali).

Nel 2004, considerando l'insieme delle strutture pubbliche e private, risulta una situazione variegata e diversa, sia per tipo di organizzazione (al Sud alcune apparecchiature sono più presenti in strutture private accreditate ed extra-ospedaliere), sia per tipo di apparecchiatura. Alcune di queste apparecchiature richiedono un bacino d'utenza molto elevato, motivo per cui possono non essere presenti nelle piccole Regioni. Si rileva in generale una minore presenza di grandi apparecchiature nel Nord-Est e nel Sud ed una maggiore dotazione nel Nord-Ovest e nel Centro (tab. 3.4).

Acceleratore lineare. La dotazione per milione di abitanti varia da 8 apparecchiature in Friuli-V.G. e a Trento, a sole 1,2 in Sardegna e 1,7 in Basilicata, contro una media nazionale di 4,6; a Bolzano è presente solo in strutture accreditate, mentre in Sicilia, Calabria, Campania, Lazio e Marche anche in strutture extra-ospedaliere.

Emodialisi. La dotazione per milione di abitanti varia da 385 a Trento a 105 in Campania, contro una media nazionale di 235; quasi tutte le Regioni, tranne Valle d'Aosta, Trento, Liguria, Umbria e Basilicata, dispongono di macchinari in case di cura accreditate, ma questo assume un peso rilevante solo in Lazio (31% del totale), mentre in Sicilia il 58% degli apparecchi per la dialisi è presente in strutture ambulatoriali, valore eccezionalmente superiore alla media nazionale.

Gamma camera. La dotazione varia da 16 apparecchiature in Valle d'Aosta a 2 nella Provincia autonoma di Trento, contro una media nazionale di 9; la presenza in case di cura accreditate assume un peso notevole in Umbria (41% del totale), mentre in Campania è elevata anche la presenza in strutture private extra-ospedaliere (26% del totale).

Tac. La dotazione varia da 50 apparecchiature in Molise a 16 a Trento, contro una media nazionale di 25; in tutte le Regioni le Tac sono presenti in strutture private, ma in Campania e Calabria supera il 50% la presenza dei macchinari in strutture private ospedaliere ed ambulatoriali.

Trm. La dotazione varia da 34 apparecchiature in Molise a 6 a Trento, contro una media nazionale di 14; in tutte le Regioni (eccetto a Trento) sono presenti

apparecchiature in strutture private, ma è superiore al 50% la loro presenza in strutture private, ospedaliere e ambulatoriali, in Campania, Calabria, Molise e Lazio.

Il confronto inter-temporale è possibile solo per le strutture di ricovero pubbliche. Nel periodo 1997-2004 il numero di apparecchiature è aumentato in tutte le Regioni, specialmente in quelle del Sud, superando gran parte del divario esistente. Nel 1997 l'acceleratore lineare non era presente in Valle d'Aosta, Abruzzo, Molise, Basilicata ed era presente un solo apparecchio in Calabria, Sardegna e nelle Marche. Nel 2004 questa carenza è stata superata, eccetto in Valle d'Aosta. Anche il Trm nel 1997 non era presente in Molise e Basilicata, mentre nel 2004 è presente ed ha una buona diffusione. Oltre che nelle Regioni del Sud, nel 1997 le apparecchiature erano sotto la media anche in Emilia-Romagna, probabilmente per una politica di controllo sulla diffusione delle tecnologie costose. Nel periodo 1997-2004 l'Emilia-Romagna ha registrato, per tutte le apparecchiature considerate, una crescita molto superiore alla media nazionale, pur assestandosi oggi su indici di diffusione ancora inferiori alla media nazionale.

Tabella 3.4
Apparecchiature di diagnosi e cura per 1.000.000 di abitanti. Anni 1997-2004

Regione	Strutture ospedaliere pubbliche					
	Anno 1997					
	Acceler. lineare	Emodia- lisi	Gamma camera	Tac	Trm	Acceler. lineare
Piemonte	2	147	8	11	2	6
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0
Lombardia	3	149	8	12	3	5
P.A. Bolzano	0	178	16	11	2	0
P.A. Trento	7	345	4	9	2	8
Veneto	3	163	6	13	3	5
Friuli-V.G.	7	196	6	12	4	8
Liguria	4	128	12	9	2	5
Emilia-Romagna	1	79	5	4	1	3
Toscana	2	182	6	9	3	5
Umbria	4	208	6	12	2	6
Marche	1	220	9	10	5	4
Lazio	2	120	7	11	2	4
Abruzzo	0	160	9	14	2	4
Molise	0	174	9	9	0	6
Campania	1	35	4	6	1	2
Puglia	1	180	6	9	3	3
Basilicata	0	222	7	5	0	2
Calabria	0	147	3	7	1	2
Sicilia	1	66	8	6	1	1
Sardegna	1	84	8	5	2	1
ITALIA	2	132	7	9	2	4

Fonte: *Ns. elaborazioni su dati del Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN, 2005*

Anno 2004				Strutture ospedaliere pubbliche, case di cura accreditate ed extra-ospedaliere				
Anno 2004				Anno 2004				
Emodia- lisi	Gamma camera	Tac	Trm	Acceler. lineare	Emodia- lisi	Gamma camera	Tac	Trm
227	8	20	8	6,6	247	8,2	27,6	16,4
238	16	16	25		287	16,4	24,6	32,8
185	8	16	6	5,7	249	8,2	25,0	15,4
178	6	15	11	4,2	212	6,4	19,0	19,1
385	2	14	6	8,1	385	2,0	16,3	6,1
160	8	16	9	5,0	164	7,7	19,9	15,5
236	7	18	8	8,3	248	6,7	20,8	13,3
267	10	18	11	5,1	267	9,5	22,8	15,9
198	7	15	5	3,7	231	7,6	19,8	9,5
231	9	15	7	5,0	241	9,5	20,2	11,5
336	4	22	9	5,9	336	5,9	28,3	13,0
288	7	15	11	4,0	288	10,0	19,9	15,9
175	8	19	8	4,4	290	11,3	29,4	20,8
214	8	16	6	3,9	240	7,8	23,4	12,4
277	19	25	12	6,2	326	21,8	49,8	34,2
67	11	11	3	3,7	105	14,9	35,8	10,7
230	8	12	6	3,0	264	8,7	19,6	9,9
261	5	15	7	1,7	261	5,0	23,5	8,4
208	5	17	4	4,0	218	7,5	34,3	10,5
100	5	15	4	3,6	243	6,6	27,4	8,2
182	11	13	10	1,2	320	12,2	18,9	12,7
186	8	16	6	4,6	235	9,1	25,3	13,5

5. La spesa sanitaria regionale

Tra il 1995 e il 2005 la spesa del Ssn è passata, in termini nominali, da 847 a 1.618 euro pro-capite, facendo segnare un incremento del 97% (tab. 3.5). Il tasso di incremento della spesa totale può essere scomposto nelle sue cause reali e monetarie, utilizzando il deflatore del Pil (pari nel decennio a 1,32), i tassi di crescita della popolazione e la popolazione ponderata per età, per valutare l'effetto dell'invecchiamento²⁸. Il tasso di crescita reale è stato pari, nel decennio, al 49,1% (4,1% medio annuo composto), di cui la crescita demografica è responsabile per il 2,8% e l'invecchiamento per il 3,7%. Il residuo della crescita (39,8%) è imputabile all'aumento della quantità di prestazioni consumate e alla loro qualità²⁹. Fatta pari a 100 la crescita totale, il 51% delle cause è imputabile alla dinamica generale dei prezzi dei fattori produttivi e delle tariffe, il 7% a cause demografiche e il 42% all'incremento della domanda di prestazioni e alla quantità dei fattori impiegati nella produzione dei servizi sanitari.

Rispetto alla media nazionale, i comportamenti delle Regioni si possono suddividere in quattro gruppi (tab. 3.5):

- Regioni con spesa pro-capite³⁰ *superiore* alla media nazionale sia nel 1995 che nel 2005: Valle d'Aosta, Bolzano, Trento, Friuli-V.G., Liguria, Emilia-Romagna, Lazio.
- Regioni con spesa pro-capite *inferiore* alla media nazionale sia nel 1995 che nel 2005: Umbria, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia.
- Regioni che hanno *incrementato* la spesa pro-capite sopra la media nazionale nel 2005: Piemonte, Abruzzo, Molise, Campania.
- Regioni che hanno *ridotto* la spesa pro-capite sotto la media nazionale nel 2005: Lombardia, Veneto, Toscana, Marche, Sardegna.

Come si può osservare, il comportamento delle Regioni non è omogeneo nelle diverse aree geografiche del Paese, ma rispecchia le scelte politiche effettuate dalle diverse Regioni. I maggiori tassi di crescita sono stati registrati in alcune Regioni e Province autonome (Valle d'Aosta +126%, Bolzano, Trento), in Lazio, Abruzzo, Molise e Campania. La minore crescita è avvenuta invece in Emilia-Romagna, Marche, Puglia, e Sardegna.

²⁸ La popolazione regionale è ponderata secondo i coefficienti utilizzati nel 2003 per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale.

²⁹ In questa componente è compreso anche l'eventuale eccesso dei prezzi e delle tariffe delle prestazioni sanitarie regionali rispetto al deflatore del Pil.

³⁰ La spesa pro-capite è stata corretta con la mobilità interregionale, perciò definita "netta" rispetto ai dati del Ministero della Salute pubblicati nel "Rapporto Sanità" della *Relazione generale sulla situazione economica del Paese*.

Tabella 3.5

Spesa sanitaria netta pro-capite e cause di incremento. Anni 1995-2005
(eurolire ed euro)

Regione	Spesa netta pro-capite		Tassi di variazione spesa totale netta 1995-05					Scarti spesa dal FSN 2002-05 (a)	Valutazione del riequilibrio
	1995	2005	nominale	reale, di cui:	popolaz.	invecch.	utilizzo serv.		
Piemonte	843	1.640	97,7	49,9	1,6	3,8	42,1	-0,3	
Valle d'Aosta	927	1.987	125,8	71,2	5,3	3,0	57,8	22,7	eccesso
Lombardia	854	1.525	89,0	43,3	5,8	3,9	30,3	-4,4	squilibrio
P.A. Bolzano	992	2.062	122,3	68,6	6,9	2,8	53,3	40,1	eccesso
P.A. Trento	922	1.752	107,5	57,3	9,1	1,4	42,2	19,2	eccesso
Veneto	850	1.591	100,1	51,7	6,8	2,9	38,1	0,2	
Friuli-V.G.	858	1.645	95,3	48,1	1,8	2,1	42,5	0,1	
Liguria	940	1.845	90,5	44,5	-3,0	3,6	43,7	-1,3	
Emilia-Romagna	958	1.621	80,3	36,7	6,6	1,8	26,0	-1,6	
Toscana	885	1.608	86,6	41,5	2,7	2,6	34,4	-3,7	squilibrio
Umbria	842	1.586	98,9	50,8	5,6	2,9	38,9	-3,4	squilibrio
Marche	895	1.571	85,7	40,8	5,8	2,9	29,4	-1,4	
Lazio	882	1.808	109,7	59,0	2,3	4,1	49,4	9,0	eccesso
Abruzzo	784	1.675	121,4	67,9	3,6	3,6	56,4	1,9	
Molise	772	1.853	134,7	78,0	-2,2	3,9	75,2	5,0	eccesso
Campania	774	1.648	116,6	64,3	1,7	4,1	55,1	4,2	eccesso
Puglia	799	1.469	84,3	39,8	0,3	4,9	32,9	-6,8	squilibrio
Basilicata	780	1.566	96,2	48,8	-2,2	5,6	44,0	-4,8	squilibrio
Calabria	777	1.509	89,0	43,3	-2,7	5,0	40,2	-4,3	squilibrio
Sicilia	787	1.595	103,0	53,9	0,2	4,1	47,6	-0,1	
Sardegna	877	1.602	82,5	38,4	-0,1	5,2	31,7	2,1	
ITALIA	847	1.618	96,5	49,1	2,8	3,7	39,8	0	

Fonte: Ns. elaborazioni sui dati della Relazione generale sulla situazione economica del Paese, vari anni

Note: Spesa netta: compresa la mobilità sanitaria interregionale

Il deflatore del Pil, considerato per calcolare l'incremento reale, è pari a 1,32

(a) V. metodologia illustrata al paragrafo 6

Le cause demografiche (crescita e invecchiamento) hanno inciso maggiormente in quasi tutte le Regioni del Nord (eccetto Friuli-V.G. e Liguria), in Umbria, Marche e Abruzzo. Al contrario, le quantità di prestazioni si sono incrementate maggiormente in tredici Regioni, particolarmente in Molise (75%), Valle d'Aosta (58%), Abruzzo (56%), Campania (55%), Lazio (49%) e Sicilia (48%).

Oltre che nei livelli di spesa pro-capite, le Regioni differiscono anche nella *composizione* della spesa e nella *gestione diretta* dei servizi sanitari. Le Regioni con prevalente gestione diretta sono soprattutto quelle del Nord e del Centro, con l'importante eccezione di Lombardia e Lazio. In Valle d'Aosta, Bolzano, Friuli-V.G., Toscana e Umbria i costi della gestione diretta assorbono oltre il 70% del totale (tab. 3.6). Al contrario, in Lazio sono solo il 49% e in Lombardia e in diverse Regioni del Sud sono il 57% circa. Nell'ambito dei costi per la gestione diretta dei servizi prevalgono i costi di personale nelle più piccole Regioni del Nord e in quelle del Sud (con percentuali del 53-57%), mentre sono maggiori i costi per i beni e servizi nelle Regioni del Nord-Est e del Centro (44-47% circa) (tab. 3.6 ultime colonne). Questo potrebbe significare un diverso approccio, che vede la produzione interna all'Azienda dei servizi di supporto tecnico-economale nelle Regioni in cui prevalgono i costi di personale e, viceversa, una maggiore esternalizzazione dove maggiori sono i costi dei beni e servizi.

Nell'ambito dei costi per le prestazioni in convenzione o accreditamento, nelle Regioni del Sud sono superiori alla media nazionale quelli per la medicina di base e la farmaceutica, mentre in Lombardia, Lazio, Campania e Puglia quelli per l'ospedaliera e la specialistica accreditata (tab. 3.6). In Lazio i costi dell'ospedaliera accreditata raggiungono quasi il 19%, in Lombardia il 13%, in Campania e Puglia il 10%. In Lazio, Campania e Sicilia sono elevati, inoltre, anche i costi per la specialistica accreditata, con valori del 5-6% rispetto alla media nazionale del 3,4%.

I costi delle prestazioni in convenzione o accreditamento illustrano anche la diversa presenza degli erogatori privati accreditati nelle diverse Regioni. La maggiore presenza si rileva in Lazio con il 51% del totale, seguito da Lombardia (44%), Campania, Puglia, Sicilia (43%) e Calabria (41%).

6. Il riequilibrio della spesa sanitaria tra le Regioni

Uno degli obiettivi fondamentali della L. 833/78 era il riequilibrio della spesa sanitaria tra le Regioni ("... superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese" art. 2 L. 833/78), principio che ha ispirato la ripartizione del Fondo sanitario nazionale fin dal 1980. Prima della creazione del Ssn la spesa sanitaria risultava infatti molto sperequata tra le Regioni, con un



divario del 110% tra la prima Regione (Lazio) e l'ultima (Molise). Lo strumento principale per l'attuazione di questo obiettivo è il processo di ripartizione del budget del Ssn (o Fondo sanitario nazionale) tra le Regioni. Il criterio di assegnazione alle Regioni è la quota capitaria ponderata³¹, con la quale si erogano le stesse risorse per abitante, a parità di età. Nonostante nel corso degli anni siano cambiati i parametri impiegati per la ripartizione delle risorse, la metodologia si è (quasi) sempre ispirata al principio di “eguali risorse per eguali bisogni sanitari”, impiegando il criterio dei consumi sanitari per età quale indicatore di bisogno sanitario.

Dopo quasi trent'anni di politiche di riequilibrio della spesa regionale risulta fondamentale valutare se ed in quale misura oggi le Regioni dispongano di eguali risorse di spesa. Il confronto si deve basare non tanto sul finanziamento *ex ante* – che rispecchia i criteri di equità territoriale – ma sulla spesa *ex post*, che include anche i deficit causati dalle Regioni e sanati, in certa misura, anche con risorse dello Stato. Con la ripartizione del Fondo sanitario il finanziamento per abitante pesato risulta, a parità di età, eguale in tutte le Regioni e il totale che ne deriva è considerato equo, anche se differisce tra le Regioni a causa della diversa struttura demografica³². Per omogeneità con i criteri di ripartizione del Fondo sanitario, il confronto deve considerare la spesa pro-capite ponderata e corretta per la mobilità sanitaria interregionale (somma algebrica dei saldi positivi o negativi)³³. Una misura del riequilibrio operato può consistere quindi nel valutare la differenza tra lo scarto (dalla media nazionale) della spesa per abitante pesata e lo scarto (dalla media nazionale) del finanziamento pro-capite pesato. Ad esempio, se lo scarto dal finanziamento nazionale della Calabria nel 2003 è +2,2% e lo scarto dalla spesa nazionale netta e pesata è -3,3%, si può dedurre che vi sia uno squilibrio nella disponibilità di risorse di questa Regione.

Per omogeneità di confronto, essendo i parametri di ripartizione cambiati nel corso degli ultimi anni, si utilizzano i pesi del Fondo sanitario del 2003 (ultimi pesi concordati), che sono pari a 0,611 per le classi di età 0-14 anni, a 0,820 per le classi centrali 15-64 anni e a 1,977 per le classi di 65 anni e oltre³⁴.

³¹ I pesi sono costituiti dalla spesa per fasce d'età per i farmaci (13% del totale), i ricoveri ospedalieri (45%) e la specialistica ambulatoriale (13%).

³² Ad esempio nel 2003 il finanziamento pro-capite di Trento (1.248 euro) e della Liguria (1.381 euro) differiva del 10%, ma rifletteva la diversa struttura demografica delle due Regioni.

³³ Si fa osservare come invece la spesa pro-capite presentata nel “Rapporto Sanità” del Ministero della Salute sia al lordo della mobilità sanitaria e la popolazione non sia pesata, potendo indurre a valutazioni non corrette nei confronti tra le Regioni.

³⁴ I pesi relativi ai farmaci, all'ospedaliera e alla specialistica sono stati aggregati e ricalcolati su tutta la spesa sanitaria e aggregati in sole tre fasce d'età.

Tabella 3.6

**Composizione dei costi del SSN per funzione e per Regione.
Anno 2005 (composizione percentuale)**

Regione	Personale	Beni e servizi	Totale gestione diretta (a)	Medicina di base	Farmaci	Ospedali accred.
Piemonte	34,2	29,4	66,7	5,4	10,1	6,6
Valle d'Aosta	42,3	30,6	73,1	5,4	9,7	3,4
Lombardia	28,9	25,6	56,0	5,8	11,2	12,9
P.A. Bolzano	41,5	29,3	71,7	4,2	6,9	1,9
P.A. Trento	36,0	28,2	64,2	5,7	9,1	5,7
Veneto	31,2	30,3	63,7	5,7	10,0	6,8
Friuli-V.G.	38,0	32,5	70,9	5,3	11,1	4,0
Liguria	37,0	28,8	66,7	4,7	12,8	6,1
Emilia-Romagna	35,0	32,5	68,2	4,9	10,9	6,0
Toscana	36,8	34,5	71,2	6,2	11,0	3,9
Umbria	36,3	33,4	72,2	5,5	11,7	2,7
Marche	37,0	31,8	69,3	6,4	12,6	3,6
Lazio	26,0	21,9	48,7	4,6	14,7	18,6
Abruzzo	32,0	27,9	62,9	5,7	12,4	7,8
Molise	32,6	22,3	63,3	6,5	11,2	9,9
Campania	30,2	23,4	56,8	6,8	12,9	10,4
Puglia	30,3	24,8	56,9	6,3	15,3	10,3
Basilicata	36,7	26,9	66,4	8,1	14,1	0,5
Calabria	39,2	19,4	59,3	7,8	17,1	6,9
Sicilia	32,6	23,6	57,3	6,3	15,8	8,8
Sardegna	36,7	26,9	67,0	6,3	14,3	3,9
ITALIA	32,3	27,0	61,0	5,8	12,5	9,0

Fonte: Ns. elaborazioni su Relazione generale sulla situazione economica del Paese, 2006

Note: (a) Comprende anche i costi straordinari

(b) Comprende la spesa per riabilitazione, integrativa, protesica e altra assistenza

Specialistica conv. e accr.	Altre prestazioni (b)	Totale costi per convenzioni e accredit.	TOTALE COSTI	Compos. % costi gestione diretta		
				Personale	Beni e servizi	Totale gestione diretta (a)
2,4	8,7	33,3	100,0	51,3	44,1	100,0
3,0	5,5	26,9	100,0	57,8	41,9	100,0
3,7	10,3	44,0	100,0	51,5	45,8	100,0
0,5	14,8	28,3	100,0	57,8	40,9	100,0
1,3	14,1	35,8	100,0	56,0	43,9	100,0
3,6	10,2	36,3	100,0	49,0	47,5	100,0
2,3	6,3	29,1	100,0	53,6	45,9	100,0
1,9	7,8	33,3	100,0	55,5	43,2	100,0
1,7	8,3	31,8	100,0	51,3	47,7	100,0
1,9	5,9	28,8	100,0	51,7	48,5	100,0
0,8	7,0	27,8	100,0	50,3	46,2	100,0
1,5	6,5	30,7	100,0	53,3	45,9	100,0
5,6	7,9	51,3	100,0	53,3	44,9	100,0
1,8	9,4	37,1	100,0	50,8	44,4	100,0
3,3	5,8	36,7	100,0	51,6	35,2	100,0
5,6	7,5	43,2	100,0	53,2	41,2	100,0
3,5	7,6	43,1	100,0	53,3	43,5	100,0
1,6	9,3	33,6	100,0	55,2	40,5	100,0
2,7	6,3	40,7	100,0	66,1	32,7	100,0
5,1	6,8	42,7	100,0	57,0	41,3	100,0
3,0	5,5	33,0	100,0	54,8	40,1	100,0
3,4	9,1	39,0	100,0	53,0	44,3	100,0



Osservando la media degli scarti del quadriennio 2002-2005 e considerando in sostanziale equilibrio le Regioni che si discostano entro un intervallo del $\pm 2\%$, la situazione oggi si presenta come segue (tab. 3.5 ultima colonna):



102

Regioni		
al di sotto	allineate	al di sopra
Lombardia	Piemonte (-)	Valle d'Aosta *
Toscana	Veneto (+)	P.A. Bolzano
Umbria	Friuli-V.G. (+)	P.A. Trento
Puglia	Liguria (-)	Lazio *
Basilicata	Emilia-Romagna (-)	Molise *
Calabria	Marche (-)	Campania *
	Abruzzo (+) *	
	Sicilia (-) *	
	Sardegna (+) *	

Note: (*) Regioni con elevato deficit (tab. 4.9)

La maggioranza delle Regioni è allineata (9) o si colloca al di sopra (6) dei valori-obiettivo stabiliti con la ripartizione del Fondo sanitario. Per queste Regioni la disponibilità di risorse (spesa) è adeguata ai fabbisogni. Alcune di esse superano in misura eccessiva il riferimento nazionale: Bolzano (+40% in media nel quadriennio), Valle d'Aosta (+23%), Trento (+19%), Lazio (+9%), Molise (+5%), Campania (+4%). La Valle d'Aosta e le due Province autonome di Trento e Bolzano possono contare su risorse fiscali proprie e presentano livelli di spesa eccezionalmente elevati; il Molise ha superato il livello di riferimento solo negli ultimi tre anni, dopo essere sempre stato al di sotto della media (-20% nei primi anni Ottanta), la Campania solo nell'ultimo decennio³⁵. Il Lazio e la Provincia autonoma di Trento sono le uniche Regioni che dal 1980 hanno sempre superato il livello di spesa media nazionale. Tra le Regioni che soffrono di bassi livelli di spesa vi sono tre Regioni del Sud (Puglia, Basilicata e Calabria) e l'Umbria, che storicamente si sono sempre collocate al di sotto della media nazionale, mentre la Toscana ha ridotto i livelli di spesa a partire dai primi anni Novanta. La Lombardia dal 1980 non ha quasi mai superato i valori di riferimento (salvo tra il 1995 e il 1999), anche perché i cittadini ricorrono con maggiore frequenza al mercato privato. In conclusione, sembra che sussista un problema di risorse per Puglia, Basilicata e Calabria, che non hanno mai raggiunto livelli più elevati di spesa, mentre per le altre Regioni il livello inferiore alla media sembra il frutto di una deliberata politica di contenimento della spesa, considerate anche le conseguenze sul piano fiscale che questa scelta comporterebbe.

³⁵ I commenti che seguono sono basati sull'analisi dei dati dal 1980 al 2005.

7. Gli investimenti in sanità



Gli investimenti in sanità sono coperti principalmente da fondi statali vincolati³⁶. Fino al 1988 alle Regioni era attribuita una quota del Fondo sanitario nazionale in conto capitale, definita su base capitaria, peraltro di modesta entità (2-3% del fondo sanitario corrente), ed era vietato alle Regioni e alle Usl accendere mutui presso il sistema bancario. Con la legge finanziaria 1988 (art. 20 L. 67/88), che stanziava fondi per un piano straordinario di investimenti in sanità, il sistema è radicalmente cambiato e la nuova disciplina prevede la definizione puntuale degli obiettivi delle politiche di investimento strutturale, i soggetti coinvolti nel processo decisionale (Regione e Asl), la validazione nazionale delle proposte di investimento, le fasi di attuazione (trienni finanziari), le risorse disponibili (30.000 miliardi di lire, previsti inizialmente per un decennio) e la compartecipazione del 5% delle Aziende beneficiarie³⁷.

Il programma di investimento ex L. 67/88 è stato articolato in due fasi di attuazione, a dispetto dei trienni finanziari previsti inizialmente, a causa dei lunghi tempi di avvio del programma. La prima fase si è conclusa nel 1996 con un impegno di 4.638 milioni di euro. La seconda fase, ancora in corso, si è aperta con una disponibilità finanziaria di 10.005 milioni di euro, a cui si sono aggiunti 1.152 milioni con le leggi finanziarie 2000 e 2001, per un totale complessivo di 11.956 milioni di euro. Gli stanziamenti complessivi della prima e seconda fase ammontano a 16.596 milioni di euro (tab. 3.7). Nella seconda fase, una prima quota di finanziamenti, pari a 1.291 milioni di euro, è già stata approvata ed assegnata alle Regioni con delibera Cipe 53/98. In seguito la L. 144/99 ha attribuito la competenza al Ministero della Salute, che ha individuato negli “accordi di programma” gli strumenti per regolare l’accesso ai fondi. Al 31 dicembre 2005 il Ministero della Salute aveva raggiunto 33 accordi di programma per un ammontare di 7.647 milioni di euro, di cui 5.229 milioni assegnati (tab. 3.7).

³⁶ Le altre fonti di finanziamento sono costituite dai fondi regionali per l’edilizia sanitaria, dai fondi della Commissione Europea (in particolar modo il Fondo europeo di sviluppo regionale), dalle fonti di autofinanziamento aziendale (ricorso ai mutui nei limiti del 15% delle entrate proprie, alienazione del patrimonio da reddito) e dagli strumenti di finanza innovativa (ad es. finanza di progetto).

³⁷ Aumentato al 15% con l’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Tabella 3.7

**Seconda fase del Programma di investimenti ex L. 67/88:
situazione al 31 dicembre 2005 (a)**

Regione	Risorse destinate 31.12.2005	Totale assegnazioni I e II fase	Totale pro-capite I e II fase (euro)	Risorse destinate* (a)
Piemonte	1.152	793	183,1	697
Valle d'Aosta	52	47	379,4	31
Lombardia	2.184	1.561	166,2	1.341
P.A. Bolzano	115	114	239,9	68
P.A. Trento	145	117	234,3	71
Veneto	1.121	786	167,3	676
Friuli-V.G.	317	214	177,9	195
Liguria	567	462	290,0	340
Emilia-Romagna	1.111	963	231,9	576
Toscana	997	764	212,4	504
Umbria	246	204	237,8	54
Marche	407	244	160,7	217
Lazio	1.350	953	180,8	835
Abruzzo	449	207	159,1	226
Molise	155	67	208,3	94
Campania	1.771	883	152,5	1.154
Puglia	1.270	517	127,2	797
Basilicata	245	144	241,7	130
Calabria	636	266	132,5	411
Sicilia	1.779	1.271	253,6	1.191
Sardegna	527	451	273,2	347
ITALIA	16.596	11.029	188,7	9.956

Fonte: Ns. elaborazioni su dati della Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2005

Note: (*) Non sono considerate le risorse della seconda fase già erogate dal Cipe con la prima quota di 1.161 milioni di euro





Seconda fase (milioni di euro)				Indicatori	
Accordi perfezionati (b)	Accordi da sottoscrivere (a-b)	Risorse assegnate (c)	Risorse da assegnare (a-c)	Accordi perfezionati (b/a) %	Finanziamenti autorizzati (c/b) %
599	99	399	298	85,9	66,7
31	0	27	4	100,0	86,9
864	477	853	488	64,4	98,7
68	0	68	0	100,0	100,0
71	0	51	20	100,0	71,6
512	163	404	272	75,9	78,8
182	13	92	103	93,3	50,6
286	54	275	65	84,1	96,1
521	55	517	60	90,4	99,2
504	0	348	156	100,0	69,1
54	0	38	16	100,0	70,6
182	35	97	120	83,7	53,3
756	79	541	294	90,5	71,6
30	196	3	223	13,4	10,3
12	83	6	88	12,5	53,1
1.110	44	347	807	96,2	31,2
239	558	99	697	30,0	41,6
125	5	58	73	95,9	46,1
61	350	41	369	14,9	67,5
1.105	86	685	505	92,8	62,0
335	12	280	67	96,6	83,5
7.647	2.309	5.229	4.727	76,8	68,4

Il processo di finanziamento degli investimenti può essere distinto in tre macro fasi: l’allocazione delle risorse per Regione, la sottoscrizione di accordi di programma e l’erogazione dei fondi. La prima fase non è controllata dalle Regioni, perché l’allocazione deve rispettare gli obiettivi generali posti dal legislatore e gli specifici accordi Stato-Regioni. Nelle successive fasi le singole Regioni avviano una negoziazione con lo Stato, nella quale approfondiscono priorità e obiettivi da raggiungere e, alla fine del processo, formalizzano l’intesa con la sottoscrizione di un accordo di programma. Per l’erogazione dei fondi statali è necessario che la Regione verifichi l’appaltabilità degli interventi previsti. I tempi di sottoscrizione e di attuazione degli accordi dipendono, dunque, dalle differenti capacità regionali, nonché dalle diverse complessità di contesto.

A livello regionale si evidenziano notevoli differenze nelle capacità di attivazione dei flussi di finanziamento. Tutte le Regioni hanno sottoscritto almeno un accordo di programma con il Ministero della Salute. Tuttavia i tempi di sottoscrizione risultano particolarmente lenti in 4 Regioni del Sud: il Molise (primo accordo nel 2005) a tutt’oggi deve sottoscrivere accordi per l’87% delle risorse stanziare, l’Abruzzo ha raggiunto un accordo per il 13% delle risorse, la Calabria per il 15%, la Puglia per il 30% (tab. 3.7). Anche la Lombardia e il Veneto risultano, seppur di poco, sotto la media nazionale (77%), registrando rispettivamente il 64% e il 76%.

Anche i tempi di attuazione degli accordi sono molto differenti e la “cantierabilità” degli interventi (risorse erogate a fronte degli accordi) risulta più lenta nelle Regioni del Sud: in Abruzzo solo il 10% dei finanziamenti è stato autorizzato, in Campania il 31%, in Puglia il 42%, in Basilicata il 46% (tab. 3.7 ultima colonna). Difficoltà ad appaltare si segnalano anche in Friuli-V.G. (51%) e nelle Marche (53%). Nonostante i maggiori fabbisogni di investimento, le Regioni del Sud risultano quindi in ritardo nella definizione delle scelte in materia di investimenti in sanità.

Analizzando l’andamento delle risorse pro-capite assegnate nella I e II fase si nota un’accentuata variabilità, che non appare facilmente spiegabile. Se da un lato le quote assegnate risultano elevate nelle piccole Regioni e nelle Province autonome per motivi tecnici (dimensione della popolazione), i valori sono particolarmente bassi in Puglia (127 euro), Campania e Calabria, rispetto alla media nazionale di 189 euro (tab. 3.7).



CAPITOLO 4

GLI STRUMENTI DI POLITICA SANITARIA REGIONALE

Illustrare i contenuti delle politiche sanitarie regionali è un'impresa quasi impossibile. Tuttavia, senza entrare nel merito, si possono descrivere gli strumenti a disposizione delle Regioni e come sono impiegati per regolare e guidare il sistema sanitario verso gli obiettivi desiderati. Gli strumenti principali sono i Piani sanitari regionali, le modalità di ripartizione delle risorse tra le Asl, le politiche fiscali e le politiche di compartecipazione alla spesa. Oltre che per guidare il sistema sanitario, questi strumenti servono per assicurare l'equilibrio di bilancio. Quasi tutte le Regioni presentano un deficit strutturale, che alcune affrontano dal lato della spesa, attraverso il controllo, e altre dal lato delle entrate, attraverso la leva fiscale. Altre ancora non sono ricorse, finora, a nessuno strumento, causando gravi dissesti.

1. La programmazione sanitaria regionale

Il metodo della programmazione è stato introdotto nel Ssn dalla L. 833/78 (articoli 8, 53, 56), che ha individuato i livelli di programmazione, i contenuti, la durata dei piani (triennale), le modalità di raccordo con la programmazione regionale e locale e le modalità di rendicontazione (relazione annuale). La programmazione sanitaria è stata rinverdata dal D.Lgs. 229/99 (art. 1), che ha definito nuove modalità procedurali di predisposizione del Piano sanitario nazionale (coinvolgimento delle Regioni, approvazione entro il 30 novembre).

Nell'ultimo decennio sono stati varati tre Piani sanitari nazionali (Psn): il Psn 1998-2000, il Psn 2003-05 e, recentemente, il Psn 2006-08. Il Psn 2003-05 è stato il primo piano ad essere varato in uno scenario politico e sociale radicalmente cambiato, nel quale la missione del Ministero della Salute si è modificata da "pianificazione e governo della sanità" a "garanzia della salute" per i cittadini. Il Piano sanitario si è posto in un'ottica nuova, rispetto ai precedenti piani, trasformandosi da atto programmatico per le Regioni in "progetto di salute", condiviso e attuato con le Regioni in modo sinergico e interattivo.

Il Psn 2006-08 parte da una disamina degli scenari che nei prossimi 3-5 anni caratterizzeranno il panorama sanitario italiano e considera gli elementi di contesto (situazione economica, demografica, epidemiologica del Paese, sviluppo scientifico e tecnologico), insieme all'attuale fase istituzionale (federalismo sanitario) e ai precedenti cicli di programmazione sanitaria nazionale e regionale. La consapevolezza che i vincoli, ma anche che le opportunità, emergenti dall'analisi dei contesti, condizioneranno fortemente il modo di essere del Ssn nei prossimi anni, evidenzia la necessità di adattare e salvaguardare i valori fondanti del Ssn, soprattutto il principio di uniformità, declinato all'interno del federalismo sanitario.

Il Piano si concentra quindi sulle scelte strategiche, affermando l'esigenza di strutturare in maniera forte le iniziative capaci di connotare in senso europeo la nostra organizzazione sanitaria: ("portare la sanità italiana in Europa e l'Europa nella sanità italiana"). I punti focali dell'azione del Ssn e le priorità a cui il Psn fa riferimento sono: 1) organizzare e potenziare la promozione della salute e la prevenzione; 2) rimodellare le cure primarie; 3) favorire la promozione del governo clinico e della qualità nel Ssn; 4) potenziare i sistemi integrati di reti, sia a livello nazionale o sovraregionale (malattie rare, trapianti), sia a livello interistituzionale (integrazione socio-sanitaria), sia tra i diversi livelli di assistenza (prevenzione, cure primarie); 5) promuovere l'innovazione e la ricerca; 6) favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del Ssn; 7) attuare una politica per la qualificazione delle risorse umane.

Successivamente vengono definiti gli obiettivi di salute da perseguire³⁸ e le risorse necessarie per implementare il Psn. L'ultimo capitolo tratta della valutazione delle *performance* del Ssn e il monitoraggio del Psn, con l'obiettivo di costruire un apparato valutativo che consentirà di monitorarne lo sviluppo, attraverso elementi di verifica³⁹.

Secondo il D.Lgs. 229/99 (art. 1 comma 13) il Piano sanitario *regionale* rappresenta "il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale, anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale". Le Regio-

³⁸ Gli obiettivi di salute da perseguire nel triennio 2006-2008 sono: 1) la salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza; 2) le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie; 3) la non autosufficienza: anziani e disabili; 4) la tutela della salute mentale; 5) le dipendenze connesse a particolari stili di vita; 6) il sostegno alle famiglie; 7) gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali; 8) il controllo delle malattie diffuse e la sorveglianza sindromica; 9) la sicurezza alimentare e la nutrizione; 10) la sanità veterinaria; 11) la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; 12) ambiente e salute.

³⁹ Appare tuttavia difficile il monitoraggio del Psn, dato che gli obiettivi non sono quantificati e, perciò, suscettibili di controllo (diversamente dal Psn 1998-2000, a cui peraltro non ha fatto seguito la verifica dei risultati raggiunti).

ni devono adottare il Psr entro 150 giorni dall'approvazione del Piano sanitario nazionale, previo parere di coerenza agli indirizzi nazionali da parte del Ministero della Salute. Trascorso un anno senza che la Regione abbia adottato il Psr, non è consentito l'accreditamento di nuove strutture.

Ad oggi tutte le Regioni, compresa la Sardegna (in cui risultava ancora vigente il Psr 1983-85)⁴⁰ sono dotate di un Piano sanitario approvato: di questi Piani 6 sono in linea con il Psn 2003-05 (Liguria, Toscana, Umbria, Marche, Calabria, Sardegna), mentre 10 sono stati approvati tra il 1999 ed il 2002, in coerenza con il precedente Psn 1998-2000 (Valle d'Aosta, Lombardia, Bolzano, Friuli-V.G., Emilia-Romagna, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Sicilia) (tab. 4.1). Le altre 6 Regioni (Piemonte, Trento, Veneto, Molise, Basilicata), che presentano Piani relativamente obsoleti, si stanno muovendo per predisporre i nuovi Psr.

Quindici Regioni hanno un'esperienza di programmazione che, per alcune, risale ai primi anni Ottanta (Piemonte, Valle d'Aosta, Bolzano, Veneto, Friuli-V.G., Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Sardegna) o al primo decennio della riforma sanitaria (Liguria). Per 5 Regioni del Sud (Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria) la prima esperienza di programmazione è recente (metà anni Novanta). Nelle restanti 5 Regioni (Lombardia⁴¹, Trento, Lazio, Molise, Sicilia) al 1980 ad oggi è stato approvato un solo Piano sanitario regionale, addirittura dopo il 2000 per Lombardia, Lazio e Sicilia.



⁴⁰ Il nuovo Psr 2006-08 è stato approvato dal Consiglio regionale il 19 gennaio 2007.

⁴¹ La Lombardia ha recentemente approvato il Pssr 2007-09 (26 ottobre 2006).



Tabella 4.1

I Piani sanitari regionali e nazionali adottati dal 1980 ad oggi

Regione	PSR dal 1980 al 1993	PSR dal 1994 al 1998	PSR dal 1999 ad oggi
Piemonte	PSSR 1982-1984 PSSR 1985-1987 PSSR 1990-1992	PSSR 1997-1999	
Valle D'Aosta	PSSR 1983-1985	PSSR 1997-1999	PSSR 2002-2004
Lombardia			PSSR 2002-2004 PSSR 2007-2009
P.A. Bolzano	PSP 1981-1983 PSP 1988-1991		PSP 2000-2002
P.A. Trento	PSP 1993-1995		
Veneto	PSSR 1984-1986 PSSR 1989-1991	PSSR 1996-1998 e Progetti-obiettivo	
Friuli-V.G.	PSR 1985-1987	PIMT "Piano di intervento a medio termine per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria" 1995-1997	PSR 2000-2002
Liguria	PSR 1989-1991		PSR 1999-2001 PSSR 2003 -2005
Emilia-Romagna	PSR 1981-1983 PSR 1990-1992		PSR 1999-2001
Toscana	PSR 1984-1986	PSR 1996-1998	PSR 1999-2001 PSR 2002-2004 PSR 2005-2007
Umbria	PSR 1985-1987 PSR 1989-1991		PSR 1999-2001 PSR 2003-2005
Marche	PSR 1983-1985	PSR 1998-2000	PSR 2003-2006

Fonte: ASSR, Ricognizione sui Piani sanitari vigenti e in fase di approvazione (giugno 2006)

PSR vigente	PSR in fase di approvazione
PSR 1997-1999 (LR 12.12.1997, n. 61)	Lo schema di PSR 2003-2005 ha ricevuto una prima approvazione da parte della Giunta regionale con atto 22.10.2001, n. 44-4195
PSSR 2002-2004 (LR 4.9.2001, n. 18)	La Regione sta elaborando (maggio 2005) il nuovo Piano socio-sanitario regionale 2006-2008
PSSR 2002-2004 (Delibera del Consiglio regionale 13.3.2002, n. VII/462)	Il nuovo PSSR 2007-09 è stato approvato il 26.10.2006
PSP 2000-2002 (Delibera di Giunta provinciale 19.7.1999, n. 3028; l'approvazione della Giunta è definitiva)	Schema di PSP 2005-07 in fase di elaborazione
PSP 1993-1995 Con Delibera di Giunta annuale sono approvati gli obiettivi dell'unica Azienda provinciale per i servizi sanitari. La Delibera riprende i contenuti del PSP 2002-04 in via di approvazione, rendendoli di fatto già operativi	Lo schema di PSP 2002-2004 è stato approvato dalla Giunta provinciale con Deliberazione n. 1354/2000, senza tuttavia superare l'esame del Consiglio provinciale
PSSR 1996-1998 (LR 3.2.1996, n. 5); aggiornato con atti deliberativi per la parte amministrativa e per il finanziamento.	Lo schema di PSR 2003-2005 è stato approvato dalla Giunta regionale come disegno di legge n. 12 del 10.6.2003
PIMT per il triennio 2000-2002; Costituisce il PSR 2000-2002 (Delibera di Giunta regionale 10.12.1999, n. 3854)	L'efficacia del PIMT 2000-2002 è stata estesa al 2003 con la Delibera di Giunta regionale 4502 del 30.12.2002 "Linee per la gestione del SSR nel 2003"
PSSR 2003-2005 (Delibera del Consiglio regionale 20-27.1.2004, n. 3)	
PSR 1999-2001 (Delibera del Consiglio regionale 22.9.1999, n. 1235)	Il Piano è tuttora in vigore. Lo schema di PSR 2005-2007 è stato approvato dalla Giunta regionale a febbraio 2005; ora all'esame del Consiglio
PSR 2005-2007 (Delibera del Consiglio regionale 16 febbraio 2005, n. 22)	
PSR 2003-2005 (Deliberazione del Consiglio regionale 23.7.2003, n. 314)	
PSR 2003-2006 (Deliberazione del Consiglio regionale 30.6.2003, n. 97)	

Tabella 4.1 (segue)

I Piani sanitari regionali e nazionali adottati dal 1980 ad oggi

Regione	PSR dal 1980 al 1993	PSR dal 1994 al 1998	PSR dal 1999 ad oggi
Lazio			PSR 2002-2004
Abruzzo		PSR 1994-96	PSR 1999-2001
Molise		PSR 1997-99	
Campania		Piano ospedaliero 1997-1999	PSR 2002-2004
Puglia		Piano ospedaliero 1999	PSR 2002-2004
Basilicata	PSR 1990-1992	PSR 1997-1999	
Calabria		PSR 1995-1997	PSR 2004-2006
Sicilia			PSR 2000-2002
Sardegna	PSR 1983-1985		PRSS 2006-2008
ITALIA		PSN 1994-1996	PSN 1998-2000 PSN 2003-2005





PSR vigente	PSR in fase di approvazione
PSR 2002-2004 (Deliberazione del Consiglio regionale 31.7.2002, n. 114)	
PSR 1999-2001 (LR 2.7.1999, n. 37)	Bozza di PSR 2005-2007 in fase di elaborazione
PSR 1997-1999 (Delibera del Consiglio regionale n. 505 del 30.12.1996)	
PSR 2002-2004 (DCR 20.6.2002, n. 129 e LR 11 luglio 2002, n. 10 "Norme per il PSR 2002-2004")	
PSR 2002-2004 e Piano regionale di salute 2002-2007 (Delibera di Giunta regionale 27.12.2001, n. 2087)	
PSR 1997-1999 (Delibera del Consiglio regionale n. 478 del 30.12.1996)	Bozza di PSR 2005-2007, in fase di preparazione da parte dell'Assessorato alla Sanità
PSR 2004-2006 (LR 19.3.2004, n. 11)	
PSR 2000-2002 (Decreto del Presidente della Regione 11.5.2000); DP Reg. 4.11.2002 "Linee guida per il Piano socio-sanitario della Regione siciliana"	Bozza di PSR 2005-2007 in fase di elaborazione
PRSS 2006-2008 (Delibera del Consiglio regionale 19.1.2007)	



Dalle ricerche svolte (tab. 4.2), solo undici Regioni (Piemonte, Bolzano, Trento, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, e Campania) ottemperano a questo impegno. Di queste, solo 5 (Bolzano, Veneto, Emilia-Romagna, Marche e Abruzzo) presentano una Relazione con dati aggiornati al 2004-2005, mentre per le altre sembra trattarsi piuttosto di una Relazione *una tantum*. Un consistente gruppo di 10 Regioni, invece, non dispone di alcuna Relazione (Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Friuli-V.G., Lazio, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna).

Tabella 4.2**Relazione sullo stato di salute della popolazione nelle Regioni (2006)**

Regione	Relazione sullo stato di salute della popolazione
Piemonte	sì (2000)
Valle d'Aosta	no
Lombardia	no
P.A. Bolzano	sì (2004)
P.A. Trento	sì (2003)
Veneto	sì (2005)
Friuli-V.G.	in corso di pubblicazione; per ora è presente il Rapporto sul Servizio sanitario regionale
Liguria	no
Emilia-Romagna	sì, anche se limitata alla salute degli anziani e ai dati sull'uso dei servizi sanitari (2005)
Toscana	sì (2000/2002)
Umbria	sì (in PSR 2003-2005), ma i dati si riferiscono al triennio 1999-2001
Marche	sì (2005)
Lazio	no
Abruzzo	sì (2004)
Molise	sì (2001-2002)
Campania	sì (in PSR 2002-2004)
Puglia	sì (2005)
Basilicata	no
Calabria	no
Sicilia	no
Sardegna	no
ITALIA	sì (2003-04)

Fonte: Ns. elaborazioni su dati delle Regioni (ricerca effettuata nel mese di giugno 2006)

2. La ripartizione del Fondo sanitario regionale

La legge finanziaria 1997 (L. 662/96) ha introdotto, quale meccanismo di ripartizione del Fondo sanitario nazionale⁴², la quota capitaria “pesata”, attraverso fattori di ponderazione legati principalmente ai consumi sanitari per età e sesso della popolazione residente e diversificati secondo le funzioni assistenziali o i Livelli essenziali di assistenza. Nel 2006, ad esempio, la proposta di suddivisione per Lea e i criteri seguiti sono riportati nella tabella 4.3.



Tabella 4.3

Proposta ministeriale di riparto del Fondo sanitario 2006

Livello e Sotto livello	Criterio adottato
Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (5%)	Quota capitaria semplice
Assistenza distrettuale (51%)	
<i>Medicina generale e pediatria, guardia medica e altra assistenza (25%)</i>	Quota capitaria semplice
<i>Assistenza farmaceutica territoriale (13%)</i>	In proporzione al 13% del totale del fabbisogno
<i>Assistenza specialistica ambulatoriale (13%)</i>	Quota capitaria ponderata in base ai consumi di prestazioni ambulatoriali per classi di età
Assistenza ospedaliera (44%)	Quota capitaria ponderata in base ai consumi di ricoveri per classi di età per metà importo; quota capitaria semplice per l'altra metà

Fonte: Dipartimento della Qualità, Ministero della Salute

Il D.Lgs. 229/99 ha confermato il meccanismo della quota capitaria pesata quale sistema per l'allocazione delle risorse tra le Regioni. Con l'abolizione del Fondo sanitario nazionale (D.Lgs 56/00) è stata comunque indicata la necessità di mantenere l'omogeneità dei criteri di trasferimento delle risorse tra i diversi livelli del Ssn, pur senza vincolare le Regioni ad applicare i fattori di correzione nazionali. Dopo l'approvazione della legge costituzionale 3/01, le Regioni hanno la completa responsabilità per la definizione delle regole di riparto del Fondo sanitario nazionale. Al Ministero della Salute è comunque riservata l'iniziativa di una proposta, che in molti casi è condivisa dalle Regioni.

⁴² Anche se il Fondo sanitario nazionale è stato formalmente abolito dal D.Lgs. 56/00, con questa espressione ci si riferisce al budget del Ssn che viene ripartito tra le Regioni.



I criteri di ripartizione del Fondo sanitario regionale tra le Aziende sanitarie variano da Regione a Regione. Solo la Toscana ha codificato i criteri di ripartizione nelle proprie leggi – il che presuppone una certa stabilità nel tempo, pur variando i parametri adottati – mentre le altre Regioni li espongono nella delibera annuale della Giunta regionale, riservandosi la facoltà di cambiare l'impostazione secondo le esigenze.

Una sintesi dei criteri è riportata nella tabella 4.4, mentre di seguito sono riasunte le procedure adottate nelle 21 Regioni e Province autonome. Nel complesso emergono le seguenti caratteristiche:

- tutte le Regioni (eccetto la Valle d'Aosta, Trento e il Molise, Regioni in cui vi è una sola Asl, senza Ao) adottano il principio della quota capitaria ponderata, a testimonianza di una piena adesione alle indicazioni nazionali;
- la ponderazione è articolata per funzioni di spesa (Livelli di assistenza) in tutte le Regioni, eccetto in Lombardia e Abruzzo dove è globale (unica); le funzioni di spesa a cui si applicano i pesi variano da un minimo di 5 in Umbria ad un massimo di 11 in Sardegna;
- i pesi sono generalmente costituiti dalla spesa per i consumi sanitari per classi di età, corretti dai rapporti standardizzati di mortalità;
- altri criteri aggiuntivi possono essere le caratteristiche geomorfologiche del territorio (montagna, piccole isole, ecc.) o le caratteristiche socio-economiche della popolazione residente;
- tutte le Regioni si riservano di distribuire una piccola quota di risorse secondo criteri differenziati (ad es. per l'emergenza sanitaria);
- la maggioranza delle Regioni – eccetto Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Umbria – assegna direttamente i finanziamenti alle Aziende ospedaliere, calcolati come sommatoria dei flussi di ricoveri, valorizzati secondo le tariffe Drg, provenienti dalle diverse Asl (tab. 4.4 e 1.3).

Il criterio demografico è l'unico utilizzato in tutte le Regioni e l'assegnazione dei pesi dipende dalla disponibilità dei dati a livello regionale (in genere dati di consumo per livelli di assistenza). Le classi di età considerate sono 7-8 (con eventuale distinzione tra maschi e femmine nella classe 15-44 anni): la metodologia può generare pertanto fino a 70 coefficienti di ponderazione (7 classi di età per 10 funzioni; ogni funzione ha una propria incidenza sul totale).

Il criterio geografico, non previsto a livello nazionale, è adottato solo in 6 Regioni (Lombardia, Abruzzo, Campania, Puglia, Veneto e Toscana). La Campania, ad esempio, alloca il 2% del proprio fondo in ragione della distribuzione della popolazione tra pianura (peso 1,0), collina litoranea (1,2), collina interna (2,0), montagna (3,0), isole (6,0). La Puglia, invece, definisce il peso attraverso un indice sintetico calcolato prendendo in considerazione le rilevazioni altimetri-

che del territorio delle singole Asl. Il criterio socio-economico è adottato solo da due Regioni, l'Emilia-Romagna e la Campania. La Campania utilizza il reddito pro-capite della popolazione residente per allocare una parte della spesa afferente alla salute mentale (80%) e all'assistenza distrettuale (dal 30 al 40%). L'Emilia-Romagna, invece, utilizza l'incidenza delle tossicodipendenze per allocare le risorse destinate alle "dipendenze patologiche" tra le Asl.

I tetti di spesa. In tutte le Regioni (ad eccezione del Friuli-V.G. e dell'Abruzzo, per cui non vi sono dati disponibili o sono molto datati) la procedura prevede – come in sede nazionale – la suddivisione del Fondo regionale per i livelli essenziali di assistenza. Per il macro-livello *Prevenzione* la maggioranza delle Regioni è allineata al valore del 5% fissato in sede di Conferenza Stato-Regioni, mentre per i macro-livelli *Assistenza distrettuale* e *Assistenza ospedaliera* solo quattro Regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Sardegna) si adeguano ai valori definiti nella ripartizione nazionale. In particolare, Valle d'Aosta, Campania, Lazio e Basilicata sono le Regioni che presentano gli scostamenti più significativi dai valori nazionali e che tendenzialmente assegnano maggiori risorse all'ospedaliera rispetto alla specialistica, come avveniva a livello nazionale negli anni precedenti.

Non è sempre possibile capire dalle delibere regionali se i tetti di spesa siano vincolanti o puramente indicativi. I tetti per macro-funzione o livello essenziale si traducono quasi sempre anche in tetti di Asl, soprattutto per quanto riguarda la spesa farmaceutica⁴³ e l'assistenza ospedaliera.

Il finanziamento delle Aziende ospedaliere. Le Aziende ospedaliere sono finanziate dalle Asl, attraverso la quota capitaria, solo in 6 Regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria), mentre ricevono direttamente i fondi dalla Regione nelle altre 10 Regioni, fatto salvo il principio che il finanziamento proviene dalla quota capitaria attribuita alle Asl⁴⁴. Questa modalità di finanziamento, pur legittima, non sembra tuttavia corrispondere allo spirito della riforma (D.Lgs. n. 502 e n. 229), che vede le Asl come destinatarie e titolari dei fondi, con i quali acquistare prestazioni dagli erogatori esterni, stipulando contratti (con i privati) e accordi contrattuali con le Aziende ospedaliere.

La riserva regionale. Tutte le Regioni si riservano una quota del fondo sanitario sia per finanziare alcune funzioni regionali, sia per operare aggiustamenti a consuntivo delle quote assegnate alle Asl o alle Ao (leggasi ripiano delle perdite di esercizio). L'assegnazione di queste quote non sempre viene effettuata con criteri espliciti e trasparenti.

⁴³ Si ricorda che per l'assistenza farmaceutica è in vigore il tetto nazionale del 13%.

⁴⁴ Nel caso delle Marche la Regione assegna direttamente il budget alle Aziende e strutture sanitarie, dopo avere condotto una negoziazione diretta.





Tabella 4.4

Criteri di ripartizione del Fondo sanitario regionale. Anni più recenti

	Piemonte (2004)	V. d'Aosta (2005) (1)	Lombardia (2005)	Bolzano (2001)
1. Criterio storico (per fattori)		X		
2. Quota capitaria		-		
- semplice				
- ponderata	X		X	X
<i>globale</i>			X	
<i>per funzioni di spesa</i>	X			X
consumi o costi per età	X		X	
tassi mortalità (SMR)			X	
altro (es. geomorfologia)	X		X	
<i>Funzioni di spesa ponder. (n.)</i>	<i>min. 6</i>		<i>n.d.</i>	<i>7</i>
- prevenzione collettiva	X		-	X
- distrettuale				
medicina di base	X		-	X
farmaceutica	X		-	X
specialistica	X		-	X
altra	X		-	X
- ospedaliera	X		-	X
<i>Classi di età (n.)</i>	<i>2</i>		<i>n.d.</i>	<i>7</i>
3. Altri criteri	X	-	X	X
Finanziamento regionale delle AO	-	n.p.	-	n.p.
Quote % per LEA				
1. Assistenza collettiva	5%	5,5%	5%	-
2. Ass. distrettuale	49%	46%	51%	-
medico-generica	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	-
farmaceutica	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	-
specialistica	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	-
Altra ass. distrettuale	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	-
3. Ass. ospedaliera	46%	45%	44%	-
Tetti per funzioni:				
- globali regionali	-	-	X	-
prevenzione	-	-	-	-
distrettuale	-	-	X	-
<i>specialistica</i>	-	-	X	-
<i>farmaceutica</i>	-	-	X	-
ospedaliera	-	-	X	-
- per Azienda sanitaria				
prevenzione		X		X
distrettuale	X	X	X	X
<i>specialistica</i>	X		X	X
<i>farmaceutica</i>	X			X
ospedaliera	X	X	X	

Fonte: Ns. elaborazioni sulle Delibere della Giunta regionale

Note: X = sì; n.d. = non disponibile; n.p. = non presente

(1) È presente una sola ASL

(2) La DGR rinvia ad un documento tecnico sui costi e ricavi predisposto dall'Agenzia regionale alla sanità, non disponibile; (a) Comprende: ass. residenz. e semi-residenz., ass. domiciliare, dipendenze patologiche, salute

Trento (2005) (1)	Veneto (2005)	Friuli-V.G. (2006) (2)	Liguria (2005)	Emilia-R. (2005)	Toscana (2005)	Umbria (2005)
X		X				
-		-				
	X		X	X	X	X
-	X X	-		X X	X X	X X
-	X 10 X	-	min. 6(c) X	X 10 X	X 10 X	5 X
	X X X X X		X X X X	X X X X (a) X	X X X X (b) X	X X X X
-	7	-	n.d.	n.d.	18	n.d.
X	X	X	X	X	X	X
n.p.	-	X	X	-	-	-
3,4%	5,1%	-	-	4,5%	5%	n.d.
-	47,1%	-	54%	50,5%	52%	n.d.
-	-	-	n.d.	5,9%	5,5%	n.d.
-	-	-	n.d.	14,3%	13%	n.d.
-	-	-	n.d.	13,8%	14%	n.d.
-	-	-	n.d.	16,5% (a)	19,5% (b)	n.d.
-	45,3%	-	46%	45%	43%	n.d.
-	X	-	X	X	X	-
-	X			X	X	-
-	X		X	X	X	-
-	X			X	X	-
-	X			X	X	-
-	X		X	X	X	-
		X				
X				X	X	-
X				X	X	-
X				X	X	-
X			X	X	X	-



mentale, consultori familiari, handicap, emergenza; (b) Comprende: assistenza distrettuale, riabilitazione, assistenza agli anziani, salute mentale, dipendenze; (c) È previsto un fondo specifico per il pronto soccorso, un fondo per il 118, un fondo per la residenzialità e assistenza domiciliare ripartito sulla base dei costi sostenuti dalle Aziende; le restanti risorse per le attività territoriali sono assegnate alle Asl in base alla quota capitolare

Tabella 4.4 (segue)

Criteri di ripartizione del Fondo sanitario regionale. Anni più recenti

	Marche (2006)	Lazio (2005)	Abruzzo (1999)	Molise (2004) (3)
1. Criterio storico (per fattori)	X			
2. Quota capitaria	-			
- semplice				
- ponderata		X	X	X
<i>globale</i>			X	
<i>per funzioni di spesa</i>				
consumi o costi per età	-	X		X
tassi mortalità (SMR)	-	X		X
altro (es. geomorfologia)		-	X	X
<i>Funzioni di spesa ponder. (n.)</i>		<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	8
- prevenzione collettiva		X	-	X
- distrettuale				
medicina di base		-	-	X
farmaceutica		-	-	X
specialistica		X	-	X
altra		-	-	X
- ospedaliera		X	-	X
<i>Classi di età (n.)</i>	-	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	2
3. Altri criteri	X	X	-	X
Finanziamento regionale delle AO	X	X	n.p.	n.p.
Quote % per LEA				
1. Assistenza collettiva	-	4,9%	n.d.	n.d.
2. Ass. distrettuale	-	46,6%	n.d.	n.d.
medico-generica	-	n.d.	n.d.	n.d.
farmaceutica	-	n.d.	n.d.	n.d.
specialistica	-	28%	n.d.	n.d.
Altra ass. distrettuale	-	n.d.	n.d.	n.d.
3. Ass. ospedaliera	-	48,5%	n.d.	n.d.
Tetti per funzioni:				
- globali regionali	-	X		X
prevenzione		X		X
distrettuale				
<i>specialistica</i>		X		X
<i>farmaceutica</i>				X
ospedaliera		X		X
- per Azienda	X	X		
prevenzione				
distrettuale				
<i>specialistica</i>		X		
<i>farmaceutica</i>				
ospedaliera		X		

Note: (3) I criteri si riferiscono alla situazione precedente la creazione dell'ASL unica regionale





	Campania (2005)	Puglia (2005)	Basilicata (2005)	Calabria (2004)	Sicilia (2002)	Sardegna (2005)
	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	X
	X					
	X					
	6	<i>n.d.</i>	6	<i>min. 6</i>	<i>n.d.</i>	11
	X		X	X	X	X
	X	X	X	X	X	-
	X	X	X	X	X	X
	X	-	X	X	X	X
	X	-	X			X
	X	X	X	X	X	X
	8	<i>n.d.</i>	7	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>
	X	X	X	-	-	X
	X	X	X	X	X	X
	5%	4,4%	5%	5%	5%	5,3%
	28,6%	48,4%	45,5%	50%	48%	51,5%
	6,7%	<i>n.d.</i>	16,1%	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	5,2%
	13,8%	<i>n.d.</i>	15,3%	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	14,8%
	4,2%	<i>n.d.</i>	10,1%	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	13,4%
	4%	<i>n.d.</i>	4%	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	18,1%
	41%	47,2%	49,5%	45%	47%	43,2%
	X	X	X			X
	X	X	X			X
	X	X	X			X
	X	X	X			X
	X	X	X			X
	X	-	-			
	X	-	X			X
	X	X	-			
	X	X	X			X

3. Le politiche fiscali

Fino al 1997 il Ssn era finanziato dai contributi di malattia e dalla fiscalità generale. Nel 1998 sono state introdotte l'Irap (imposta regionale sulle attività produttive) e l'addizionale Irpef regionale, la cui titolarità è stata assegnata alle Regioni e il cui gettito è destinato in prevalenza a finanziare il Ssr. Dal 2001, con l'avvio del federalismo fiscale, sono stati eliminati i trasferimenti erariali dello Stato e le Regioni compartecipano al gettito dell'Iva nella misura del 38,55% e delle accise sulla benzina (0,12 euro/litro). Oggi il Ssn è finanziato per quasi l'80% da due principali fonti di prelievo fiscale: l'Irap (34%), gravante sulle imprese, i liberi professionisti, gli enti della Pubblica Amministrazione, e l'Iva (43%), corrisposta dai consumatori dei beni finali⁴⁵. L'addizionale Irpef costituisce il 6% circa del finanziamento totale (tab. 4.5).

Tabella 4.5

Variazione dell'addizionale IRPEF e dell'aliquota IRAP. Anni 2002-2006

Regione	Addizionale IRPEF (fissa o progressiva)					Anno di introduz.	Aliquote IRAP	
	2002	2003	2004	2005	2006		aumento	agevolazione
Piemonte	0,9 - 1,4	0,9 - 1,4	0,9 - 1,4	0,9 - 1,4	0,9 - 1,4			
Lombardia	1,2 - 1,4	1,2 - 1,4	1,2 - 1,4	0,9 - 1,4	0,9 - 1,4	2002	1,5	-1/-4,25
Veneto	1,2 - 1,9	0,9 - 1,4	0,9 - 1,4	0,9 - 1,4	0,9 - 1,4	2002	1	-0,55/-4,25
Umbria	0,9 - 1,1	0,9 - 1,1	0,9 - 1,1	0,9 - 1,1	0,9 - 1,1			
Marche	0,9 - 1,4	0,9 - 1,4	0,9 - 1,4	0,9 - 1,4	0,9 - 1,4	2002	0,25 - 1,5	-1/-2
Calabria		1,4	1,4	1,4	1,4			
Molise				1,2	1,2	2005	1	-1
Liguria					0,9 - 1,4	2006	1	-1/-1,25
Campania					0,9 - 1,4			
Puglia	1,4	1,2	1,1					
Lazio						2002	1,5	-0,5/-3,35
Sicilia						2002	1	-1/-4,25

Fonte: Ns. elaborazioni su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento per le politiche fiscali, 2006

Note: Gli anni sono relativi alla data di approvazione della legge regionale

La legislazione nazionale prevede la possibilità per le Regioni di variare le ali-

⁴⁵ Ns. elaborazioni sui dati della *Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2005*.

quote delle due imposte. Rispetto all'aliquota base Irap del 4,25%, le Regioni hanno la facoltà di incrementare o ridurre di un punto l'aliquota (D.Lgs. 446/97), mentre per l'addizionale Irpef l'incremento (ma non la riduzione) può essere di 0,5 punti rispetto all'aliquota base dello 0,9%.

Con la revisione del Titolo V della Costituzione e l'Accordo Stato-Regioni dell'agosto 2001 è stata affermata la responsabilità delle Regioni nella copertura dei disavanzi sanitari. Il pacchetto di misure contenute nell'accordo e codificato nella L. 405/01 – condizione per l'accesso all'erogazione di cassa del 5% del Fondo sanitario – prevede la variazione delle aliquote delle imposte regionali, l'introduzione di compartecipazioni alla spesa (ticket su farmaci e pronto soccorso) e altre misure di sospensione delle prestazioni sanitarie, oltre alla distribuzione diretta di alcuni farmaci. Tuttavia, la legge finanziaria 2003 ha in seguito sospeso le maggiorazioni di aliquote deliberate dopo il 29.9.2002 (norma confermata dalla legge finanziaria 2004), mentre la legge finanziaria 2005 ha rimosso il blocco per le sole Regioni con deficit sanitario.

Addizionale Irpef. Le strategie regionali di variazione dell'addizionale Irpef e dell'Irap sono state eterogenee in termini di tempi di applicazione, tipologia di imposizione e livello di aliquota. Nel 2006 l'addizionale Irpef superiore al minimo (0,9%) è presente in 6 Regioni del Centro-Nord (Piemonte, Lombardia, Liguria, Veneto, Marche e Umbria) e in 3 del Sud (Campania, Molise e Calabria) (tab. 4.5). Le Regioni del Centro-Nord sono state più reattive alla L. 405/01 e già nel 2002 5 Regioni avevano introdotto le variazioni all'addizionale Irpef, mentre è più recente (2005-06) l'applicazione della legge nelle Regioni del Sud. La maggiorazione dell'aliquota, che rispondeva ad un'esigenza congiunturale, non è stata revocata, ma prorogata di anno in anno, divenendo una misura strutturale, con la sola eccezione della Puglia, ritornata all'aliquota-base nel 2005. Le Regioni del Centro-Nord hanno optato per aliquote progressive, articolate su 2, 3 o 4 scaglioni (soluzione abbandonata dal 2005), mentre quelle del Sud (Calabria, Molise e in precedenza Puglia) per l'aliquota fissa. Campania e Liguria hanno introdotto per la prima volta nel 2006 la variazione, optando per l'aliquota progressiva. Pur con una maggiore omogeneità tra le Regioni, permangono tuttavia alcune differenze riguardo agli scaglioni di reddito su cui si applicano.

Purtroppo non esistono statistiche ufficiali sul gettito incrementale delle maggiorazioni di aliquote.

Irap. Solo 7 Regioni (Lombardia, Veneto, Liguria, Marche, Lazio, Molise, Sicilia) a tutt'oggi hanno deliberato aumenti di aliquota Irap, relativamente ad alcune imprese particolari (ad es. banche, società finanziarie), fino ad un massimo di +1,5% (Lombardia, Marche e Lazio) e tutte (tranne Calabria e Campania) hanno previsto agevolazioni, fino all'esenzione per altre categorie produttive. La maggior parte delle Regioni non hanno quindi utilizzato la facoltà di applicare l'ad-



dizionale Irap per aumentare il gettito, ma semmai hanno diminuito l'aliquota ad una fascia ristretta di contribuenti, con lo scopo di ridistribuire il carico fiscale e di aiutare le imprese in difficoltà. L'anno di decorrenza dell'addizionale Irap, nelle Regioni che l'hanno introdotta, risale al 2002, tranne per il Molise (2005) e la Liguria (2006) (tab. 4.5). Tra le Regioni che hanno variato l'Irap, cinque (Lombardia, Veneto, Liguria, Marche, Molise) hanno anche aumentato, nello stesso anno, le aliquote dell'addizionale Irpef. Anche per l'Irap purtroppo non esistono statistiche ufficiali sul gettito incrementale delle maggiorazioni di aliquote.

In conclusione, per finanziare i deficit sanitari le Regioni hanno fatto più ricorso all'Irpef che all'Irap, andando ad incidere sui redditi personali, piuttosto che sulle attività produttive. Non sembra esservi correlazione, inoltre, tra l'entità dei disavanzi e le maggiorazioni di imposta, che una volta introdotte sono divenute una misura stabile del finanziamento regionale.

Le imposte regionali. Nel 2005 il gettito delle imposte regionali, destinate al finanziamento del Ssn, è stato di 36,4 miliardi di euro, pari al 40% circa delle entrate totali (tab. 4.6). Nell'ultimo quinquennio, anche se il gettito è costantemente aumentato, il loro contributo relativo al finanziamento del Ssn è rimasto pressoché inalterato, oscillando intorno alla percentuale del 40% (massimo del 42% nel 2003).

Il contributo delle imposte regionali al finanziamento del Ssn è estremamente variabile tra le Regioni e compreso tra il massimo della Lombardia (61%) e il minimo di Calabria, Basilicata e Molise (10-12%) (tab. 4.6). Nelle Regioni del Sud l'incidenza massima raggiunge il 28% circa (Abruzzo e Sardegna). La Sicilia e la Campania contribuiscono per il 21-24%; Regioni con un gettito modesto sono anche l'Umbria e la Liguria (31-34%). In Lazio (52%), Veneto ed Emilia-Romagna (49%) si toccano le punte più alte, mentre in gran parte delle Regioni del Nord la percentuale è intorno al 40%. In linea generale, le differenze regionali nel gettito fiscale rispecchiano il diverso livello di sviluppo economico tra Nord e Sud.

Non si possono fare considerazioni in merito all'evoluzione del gettito nel tempo, perché si registra, di anno in anno, un'ampia variabilità delle entrate Irap e Irpef, non spiegabile dal ciclo economico o dalla variazione delle aliquote.

Tabella 4.6

Finanziamento del SSN con imposte regionali. Anno 2005 (milioni di euro)

Regione	IRAP (stimata)	Addiz. IRPEF (stimata)	Totale IRAP e add. IRPEF (a)	Totale finanz. SSN (b) *	Incidenza % imposte regionali (a)/(b)
Piemonte	2.569	473	3.043	7.264	41,9
Valle d'Aosta	80	14	94	233	40,4
Lombardia	7.788	1.113	8.900	14.635	60,8
P.A. Bolzano	362	56	418	1.017	41,1
P.A. Trento	313	53	366	879	41,6
Veneto	3.176	482	3.658	7.446	49,1
Friuli-V.G.	700	130	830	2.028	40,9
Liguria	739	175	915	2.725	33,6
Emilia-Romagna	2.906	474	3.380	6.921	48,8
Toscana	2.017	360	2.377	5.961	39,9
Umbria	356	76	432	1.403	30,8
Marche	806	138	944	2.417	39,0
Lazio	3.752	569	4.321	8.244	52,4
Abruzzo	450	107	558	2.027	27,5
Molise	39	24	63	521	12,0
Campania	1.406	326	1.732	8.194	21,1
Puglia	1.198	229	1.426	6.018	23,7
Basilicata	64	38	102	910	11,2
Calabria	173	126	300	2.990	10,0
Sicilia	1.504	300	1.804	7.556	23,9
Sardegna	588	117	705	2.440	28,9
ITALIA	30.985	5.382	36.366	91.828	39,6
composizione %	33,7%	5,9%	39,6%	100,0%	

Fonte: Ns. elaborazioni su dati della Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2005

Note: (*) Il finanziamento comprende anche altre risorse delle Regioni e delle Aziende sanitarie (totale ricavi del SSN)

4. Le compartecipazioni alla spesa farmaceutica e la distribuzione diretta dei farmaci



Le compartecipazioni alla spesa farmaceutica per le classi A e B del Prontuario farmaceutico (ticket) sono state abolite dal 1° gennaio 2001 (L. 388/00). La legge di abrogazione ha disposto il monitoraggio mensile della spesa farmaceutica e la reintroduzione dei ticket soppressi da parte delle Regioni nel caso di loro responsabilità nello scostamento della spesa dagli obiettivi previsti dalla Conferenza Stato-Regioni. La L. 401/01 ha fissato inoltre un tetto del 13% alla spesa per farmaci e la L. 326/03 ha previsto la responsabilità delle Regioni nella copertura del 40% dello sfondamento, lasciando il restante 60% a carico delle industrie farmaceutiche.

Nel 2002, primo anno di applicazione della L. 405/01, 12 Regioni avevano reintrodotta i ticket sui farmaci. Negli anni successivi si è assistito ad un aggiornamento dei provvedimenti adottati in termini di modifiche delle quote, di diritto alle esenzioni, nonché di abolizione dei ticket. Con l'insediamento delle nuove Giunte regionali nel 2004-06 si è proceduto all'abolizione dei ticket in Sardegna, Abruzzo, Lazio e Calabria. Nel 2006, 7 Regioni risultano applicare i ticket sui farmaci (tab. 4.7). Il ticket è in quota fissa per confezione e non in percentuale al prezzo dei farmaci. In 7 Regioni il valore del ticket è omogeneo (pari a 2 euro per confezione), mentre sono variabili i criteri di esenzione e le eccezioni previste al pagamento.

Nel 2005 il gettito del ticket sulla spesa farmaceutica lorda varia dal 2,1% della Liguria al 7,9% del Piemonte, contro una media nazionale – delle Regioni che hanno introdotto i ticket – pari al 5% (tab. 4.7). L'ammontare del gettito è correlato, in particolare, al regime delle esenzioni. Nel 2005 Lombardia, Veneto e, soprattutto Liguria, hanno esteso le esenzioni dal ticket, con conseguente riduzione del gettito. In Sicilia, invece, le esenzioni sono state ristrette.

Confrontando la situazione di oggi con quella del 2000 (ticket nazionale), si evidenzia come allora l'incidenza delle compartecipazioni fosse notevolmente più alta (8,6%) rispetto all'attuale (3,8% totale e 5,0% per le sole Regioni con ticket) (tab. 4.7). La forbice regionale, inoltre, era meno ampia (7,7% in Puglia e 10% in Emilia-Romagna) rispetto a quella attuale (2,1% in Liguria e 7,9% in Piemonte)⁴⁶. Si può osservare ancora come le Regioni che hanno introdotto le compartecipazioni dal 2002 erano governate da Giunte di centro-destra e che nella maggior parte di esse sono poi state introdotte delle esenzioni nel 2004, per mitigarne gli effetti.

⁴⁶ Nelle Regioni in cui non è in vigore il ticket, le compartecipazioni si riferiscono alla differenza, a carico dell'assistito, tra il prezzo del generico e quello del farmaco di marca acquistato.

Oltre alla possibilità di richiedere ai cittadini una compartecipazione alla spesa farmaceutica, la L. 405/01 attribuiva alle Regioni la facoltà di attivare la distribuzione diretta dei farmaci da parte delle Asl, tramite i propri ospedali o in accordo con le farmacie convenzionate. Le politiche di distribuzione diretta del farmaco permettono un risparmio al Ssr, rappresentato dagli sconti che gli ospedali possono ottenere dall'industria farmaceutica (la L. 386/74 prevede sconti del 50% sul prezzo al pubblico). Dal 2002 diverse Regioni hanno adottato varie modalità distributive: la doppia via di distribuzione, l'erogazione diretta di farmaci per pazienti in assistenza domiciliare, semi-residenziale o residenziale, la distribuzione del primo ciclo di cura post ricovero.

Purtroppo non si dispone di informazioni quantitative sulla diffusione di queste modalità, perché il costo dei farmaci distribuiti dalle Asl non è distinguibile, nel bilancio, da quello dei farmaci impiegati negli ospedali. L'unico strumento indiretto per valutare, per differenza, la presenza e l'entità del fenomeno è l'analisi dei dati di vendita delle farmacie convenzionate, relativo ai farmaci distribuiti anche dalle Asl (doppia via). Dalle informazioni disponibili risulta che il doppio canale di distribuzione è stato privilegiato dalle Regioni (governate da Giunte di centro-sinistra) che non hanno reintrodotta le compartecipazioni alla spesa. Dal 2002 hanno optato per questa alternativa l'Emilia-Romagna, la Toscana e l'Umbria e, dal 2003, anche la Provincia autonoma di Trento e la Valle d'Aosta. Nel 2005, la vendita tramite farmacia dei farmaci a doppia via risultava particolarmente bassa in Emilia-Romagna, Toscana, Valle d'Aosta, Basilicata (3%), Umbria, Marche (4%), mentre era alta in Puglia (18%), a Bolzano (16%), in Lazio, Calabria e Sicilia – Regioni che applicavano i ticket (tab. 4.7 ultima colonna). In generale il ricorso a questo strumento per il controllo della spesa farmaceutica è aumentato in tutte le Regioni, ma in misura inferiore nelle Regioni che ricorrono ai ticket, con l'eccezione del Veneto e della Liguria (tab. 4.7).



Tabella 4.7

Compartecipazione alla spesa farmaceutica (a) e duplice via di distribuzione. Anni 2000 e 2005 (migliaia di euro)

Regione	2000		Ticket		2005			Spesa lorda duplice via 2005 (%)
	Gettito ticket	% ticket	Euro per confezione prescritta	Anno introduz. (abolizione)	Gettito ticket	Spesa lorda	% ticket	
Piemonte*	63.476	8,7%	2	apr-02	70.433	891.898	7,9%	10,0
Valle d'Aosta	1.618	9,0%			169	23.419	0,7%	2,9
Lombardia*	127.652	8,9%	2	dic-02	137.093	1.918.054	7,1%	13,0
P.A. Bolzano*	5.156	8,6%	2	lug-02	4.267	80.017	5,3%	16,5
P.A. Trento	5.494	9,1%			632	81.653	0,8%	5,9
Veneto*	64.116	9,4%	2	mar-02	57.514	897.498	6,4%	6,2
Friuli-V.G.	16.448	9,2%			1.960	245.836	0,8%	7,7
Liguria*	27.622	8,5%	2	apr-02	8.500	410.382	2,1%	6,8
Emilia-Romagna	62.879	10,0%			7.450	843.382	0,9%	2,9
Toscana	57.330	9,8%			6.710	719.645	0,9%	3,2
Umbria	13.128	8,5%			1.644	179.439	0,9%	4,0
Marche	22.883	9,0%			2.985	323.717	0,9%	4,2
Lazio*	88.907	-91,5%	1	feb-02 (gen-06)	48.326	1.581.639	3,1%	15,7
Abruzzo	19.578	8,1%	1 - 3 - 4	ago-02 (nov-02)	2.580	297.253	0,9%	9,8
Molise*	4.546	8,3%		ago-02	3.458	72.554	4,8%	16,4
Campania	88.513	7,9%			14.781	1.325.831	1,1%	7,9
Puglia*	56.070	7,7%			57.590	1.039.805	5,5%	18,2
Basilicata	8.471	8,0%			1.285	123.188	1,0%	2,9
Calabria*	28.557	7,8%	1	feb-02 (set-05)	19.236	530.088	3,6%	16,5
Sicilia*	81.831	8,3%	2	lug-02	65.433	1.423.716	4,6%	14,9
Sardegna	23.549	8,5%	1,5	ago-02 (apr-04)	2.920	399.127	0,7%	10,8
ITALIA	867.826	8,6%			514.967	13.408.139	3,8%	10,9

Fonte: Ns. elaborazioni su dati Federfarma, AIFA e Relazione generale

Note: (a) Sono esclusi gli acquisti diretti da parte delle Aziende sanitarie, sia utilizzati in ambito ospedaliero, sia dispensati sul territorio

(* Regioni che nel 2005 applicano il ticket. In Calabria il ticket è stato abolito l'1.9.2005. Nelle Regioni in cui non è in vigore il ticket, le compartecipazioni si riferiscono alla differenza, a carico dell'assistito, tra il prezzo del generico e quello del farmaco di marca acquistato

5. Le risorse regionali aggiuntive, i deficit e le politiche di bilancio

A partire dal 2002 le Regioni hanno quindi sviluppato politiche fiscali sempre più diversificate, ricorrendo ai diversi strumenti che il nuovo quadro creato dalla modifica del Titolo V della Costituzione e l'Accordo Stato-Regioni del 2001 rendevano disponibili. Gli strumenti a cui le Regioni hanno fatto maggiormente ricorso sono le compartecipazioni sulle prestazioni di pronto soccorso (12 Regioni) e farmaceutiche (10 Regioni, di cui oggi solo 6), la maggiorazione dell'addizionale Irpef (9 Regioni), le variazioni dell'Irap e della tassa di circolazione (7 Regioni per entrambe) (tab. 4.8). Le Regioni che hanno utilizzato il maggiore numero di interventi sono il Veneto (tutti i 5 interventi), la Lombardia, la Liguria, le Marche e il Molise. Al contrario la Provincia autonoma di Trento non ha utilizzato alcuno strumento fiscale, l'Emilia-Romagna, la Toscana e la Sardegna solo i ticket sul Ps.

Le risorse riscosse attraverso il prelievo fiscale sono risorse aggiuntive a disposizione della Regione, che si possono destinare al ripiano dei disavanzi o all'erogazione di prestazioni aggiuntive, non comprese tra i Lea nazionali. La Regione, inoltre, può destinare alla sanità risorse autonome del proprio bilancio. Una terza fonte di finanziamento aggiuntivo è costituita dal gettito delle compartecipazioni sui farmaci e sul pronto soccorso, che le Regioni sono libere di applicare. Una stima delle risorse aggiuntive, rispetto al budget del Ssn stabilito in sede nazionale e ripartito con delibera Cipe, non è agevole perché le Regioni adottano diversi criteri e tempi di registrazione contabile. Si è tuttavia proceduto ad una stima calcolando la differenza tra i ricavi totali delle Regioni – comprensivi delle entrate a qualsiasi titolo – e le assegnazioni dei fondi Cipe⁴⁷. Inoltre si è considerato come risorsa aggiuntiva anche il gettito dei ticket, che non è contabilizzato in bilancio, essendo una minore spesa (trattenuta al farmacista nel rimborso delle ricette)⁴⁸.

Nel 2005 le risorse aggiuntive sono stimate in 2.380 milioni di euro, su un budget del Ssn di 90.492 milioni, a cui si possono sommare 515 milioni di ticket sui farmaci (tab. 4.8). I dati mostrano che alcune Regioni possono contare su fondi aggiuntivi di qualche rilievo, mentre per altre sono inconsistenti. Le risorse aggiuntive, tuttavia, possono provenire anche da stanziamenti autonomi di bilancio delle Regioni. Tra le Regioni che hanno maggiorato le aliquote dell'addizionale Irpef e dell'Irap e reintrodotta i ticket la Lombardia può contare su 473

⁴⁷ Nel caso della Campania e della Calabria, che presentavano dati negativi, si è attribuito valore zero.

⁴⁸ Diversamente da questo, i ticket sul pronto soccorso e sulla specialistica introitati dagli ospedali pubblici costituiscono delle entrate, che tuttavia sono già decurtate dalle assegnazioni alle Regioni per una quota standard.



milioni di euro in più, la Liguria su 469, il Veneto su 201, il Piemonte su 181, il Lazio su 193 e la Sicilia su 252 milioni. Senza essere ricorso a imposizioni fiscali, la Provincia autonoma di Trento destina 340 milioni aggiuntivi al bilancio della sanità, Bolzano 159, l'Emilia-Romagna 293 e la Toscana 119 milioni.



Tabella 4.8

Gli strumenti fiscali di intervento delle Regioni e le risorse regionali aggiuntive Anni 2005-2006 (milioni di euro)

Regione	Addiz. IRPEF	IRAP	Bollo auto	Ticket farmaci	Ticket P.S.	Risorse aggiuntive (stime) 2005	Ticket sui farmaci 2005	Totale risorse agg.ve 2005 (a)	Deficit (-) 2005
Piemonte	√			√		110	70	181	-232
Valle d'Aosta					√	45	0	45	-14
Lombardia	√	√		√	√	336	137	473	31
P.A. Bolzano				√	√	155	4	159	23
P.A. Trento						340	1	340	-2
Veneto	√	√	√	√	√	143	58	201	-191
Friuli-V.G.					√	4	2	6	14
Liguria	√	√		√	√	461	9	469	-253
Emilia-Romagna					√	286	7	293	26
Toscana					√	113	7	119	18
Umbria	√				√	4	2	5	7
Marche	√	√	√		√	10	3	13	-16
Lazio		√		(√)		145	48	193	-1.397
Abruzzo			√	(√)	√	6	3	9	-183
Molise	√	√	√	√		8	3	12	-79
Campania	√		√			-	15	15	-1.433
Puglia	(√)					15	58	72	-60
Basilicata						3	1	4	-31
Calabria	√		√	(√)		-	19	19	-54
Sicilia		√				186	65	252	-516
Sardegna				(√)	√	10	3	13	-237
ITALIA	9	7	7	6	12	2.380	515	2.895	-4.577

Fonte: Ns. elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, ASSR e Rapporto OASI 2005

Note: (a) Totale comprendente il gettito dei ticket sui farmaci, contabilizzato come minore spesa farmaceutica

Al contrario, nel 2005 alcune Regioni non avevano variato l'imposizione fiscale, pur avendo un deficit elevato: l'Abruzzo (-530 e +9 milioni di risorse aggiuntive), la Campania (-1.433 e +15 milioni), la Sardegna (-237 e +13 milioni) (tab. 4.9).

Uno dei problemi strutturali del Ssn è, infatti, la costante presenza di deficit regionali e la sua concentrazione in alcune Regioni. Ad iniziare dal 1981 il Ssn ha sempre registrato tutti gli anni una spesa superiore agli stanziamenti di bilancio. Fino al 1989 il ripiano dei debiti è stato operato dallo Stato attraverso l'emissione di titoli pubblici o il ricorso al sistema creditizio. Dal 1990 è stata riconosciuta la parziale (25%) corresponsabilità delle Regioni nel ripiano dei disavanzi e con l'accordo Stato-Regioni dell'agosto 2001 è stata definita la responsabilità delle Regioni per gli sfondamenti non dovuti a provvedimenti statali, a cui ha fatto seguito il pacchetto di misure sopra descritto. Con la legge finanziaria 2006 (L. 266/05) è stato disposto l'incremento automatico (nella misura massima) delle aliquote dell'addizionale Irpef e dell'Irap per le Regioni con elevati disavanzi di bilancio. Nel 2006, a seguito dei disavanzi, la Liguria e la Campania hanno dovuto aumentare le aliquote delle imposte regionali.

Tra il 2003-05 il Ssn ha accumulato quasi 13 miliardi di disavanzo, dei quali il 30% è concentrato in Lazio, il 25% in Campania e il 13% in Sicilia (tab. 4.9). Queste tre Regioni cumulano quasi il 70% del disavanzo totale. Seguono il Piemonte con l'8% e la Sardegna con il 5%. Tuttavia in termini pro-capite altre Regioni presentano valori più elevati. Nella media del triennio 2003-05 il più elevato disavanzo pro-capite si è registrato in Lazio (253 euro), Molise (210), Campania (190), Abruzzo (137), Sardegna (126), Sicilia (111) e Valle d'Aosta (102). Le Regioni con spesa pro-capite più bassa della media nazionale – per le quali sembrerebbe esservi scarsità di risorse – sono anche quelle con i disavanzi minori: Lombardia (avanzo pro-capite di 8 euro), Toscana (-19 euro), Umbria (-36), Puglia (+8), Basilicata (-45) e Calabria (-35). Altre Regioni presentano bassi disavanzi grazie a risorse di bilancio aggiuntive (Bolzano, Trento, Emilia-Romagna). Nel triennio 2003-05 quattro Regioni presentano avanzi di gestione: Lombardia, Bolzano, Friuli-V.G. e Puglia.

Il disavanzo delle Regioni è dovuto ad una molteplicità di cause. Una causa generale risiede nelle politiche del Governo che, non solo in questi anni, ma fin dalle origini del Ssn, controlla la dinamica della spesa sanitaria attraverso il sotto-finanziamento del Ssn: attraverso la scarsità dei fondi si vorrebbe indurre le Regioni e le Aziende sanitarie a razionalizzare la spesa, eliminare sprechi ed aumentare l'efficienza e la qualità dei servizi. Le tensioni di cassa che ne derivano e l'incapacità, nel breve periodo, di ottenere i risultati sperati hanno l'effetto di creare dei disavanzi di gestione. Tuttavia, alcune Regioni riescono meglio di altre a controllare la spesa sanitaria e a contenerla su livelli prossimi a quelli del finanziamento, contenendo anche il deficit.





Tabella 4.9

Disavanzi presunti delle Regioni. Anni 2003-2005 (milioni di euro)

Regione	milioni di euro			Totale 2003-05	%
	2003	2004	2005		
Piemonte	-100	-671	-232	-1.003	7,7
Valle d'Aosta	-10	-13	-14	-37	0,3
Lombardia	64	131	31	226	-1,7
P.A. Bolzano	-25	25	23	23	-0,2
P.A. Trento	-5	-9	-2	-16	0,1
Veneto	-145	6	-191	-331	2,5
Friuli-V.G.	19	9	14	43	-0,3
Liguria	-48	-168	-253	-469	3,6
Emilia-Romagna	-40	-380	26	-394	3,0
Toscana	20	-240	18	-202	1,6
Umbria	-46	-52	7	-92	0,7
Marche	-72	-163	-16	-251	1,9
Lazio	-711	-1.855	-1.397	-3.962	30,5
Abruzzo	-216	-130	-183	-530	4,1
Molise	-73	-51	-79	-203	1,6
Campania	-556	-1.303	-1.433	-3.292	25,4
Puglia	109	42	-60	90	-0,7
Basilicata	-19	-31	-31	-81	0,6
Calabria	12	-169	-54	-211	1,6
Sicilia	-264	-879	-516	-1.660	12,8
Sardegna	-143	-242	-237	-622	4,8
ITALIA	-2.252	-6.143	-4.577	-12.972	100,0

Fonte: Ns. elaborazioni su dati della Relazione generale sulla situazione economica del Paese, vari anni

pro-capite (euro)			media (euro)	% sulla spesa		
2003	2004	2005		2003	2004	2005
-24	-157	-53	-78	-1,6	-9,4	-3,3
-86	-109	-111	-102	-5,3	-6,4	-6,0
7	14	3	8	0,5	1,0	0,2
-54	53	49	16	-2,8	2,7	2,4
-10	-18	-4	-11	-0,6	-1,1	-0,2
-32	1	-41	-24	-2,2	0,1	-2,5
16	8	12	12	1,1	0,5	0,7
-31	-106	-159	-99	-2,0	-6,2	-8,7
-10	-93	6	-32	-0,7	-5,7	0,4
6	-67	5	-19	0,4	-4,2	0,3
-55	-62	8	-36	-3,6	-3,9	0,5
-48	-108	-11	-56	-3,4	-7,1	-0,7
-138	-356	-265	-253	-8,8	-19,2	-14,6
-170	-101	-141	-137	-11,0	-6,7	-8,3
-227	-157	-247	-210	-13,9	-9,7	-13,3
-97	-226	-248	-190	-7,1	-14,9	-15,4
27	10	-15	8	2,1	0,8	-1,0
-32	-52	-52	-45	-2,5	-3,8	-3,5
6	-84	-27	-35	0,5	-6,1	-1,9
-53	-176	-103	-111	-4,0	-11,7	-6,6
-87	-147	-144	-126	-6,3	-9,9	-9,1
-39	-106	-78	-75	-2,8	-6,8	-4,8





In altri casi le Regioni possono contare su risorse addizionali, derivanti dalle manovre sulle aliquote Irpef o Irap o dalle compartecipazioni alla spesa e in questo modo neutralizzare o contenere i disavanzi. È evidente che se le Regioni non sono capaci di controllare la spesa e non dispongono di risorse aggiuntive, il deficit sarà molto elevato.

Osservando il comportamento delle Regioni nel triennio 2003-05 si possono identificare sei tipologie che sono riassunte nella tabella 4.10. Un primo gruppo di Regioni più “virtuose”, comprendente Friuli-V.G., Umbria, Puglia, Basilicata e Calabria conta solo sulla capacità di controllo della spesa e non ricorre all'imposizione fiscale: in queste Regioni il deficit si colloca su bassi livelli. All'opposto, un gruppo di Regioni meno responsabili, comprendente Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sardegna, non sembra capace di controllare la dinamica della spesa e non si affida – se non dal 2006, per obbligo di legge – all'imposizione fiscale. Sono le Regioni con i maggiori disavanzi di bilancio. Un terzo ed un quarto gruppo punta sul controllo della spesa sanitaria e in aggiunta ricorre all'imposizione fiscale (Lombardia, Veneto, Marche), oppure a risorse autonome di bilancio (Bolzano, Emilia-Romagna, Toscana) e presenta disavanzi minimi o addirittura degli avanzi. A queste Regioni si può accostare il comportamento di un quinto gruppo, costituito da Valle d'Aosta e Trento in cui le risorse aggiuntive del bilancio non bastano a compensare il mancato controllo della spesa o la pretesa di migliori livelli qualitativi (+15% oltre la media nazionale). Infine un sesto gruppo dal comportamento problematico, comprendente Piemonte, Liguria e Sicilia, pur contando sul gettito aggiuntivo delle imposte e dei ticket e pur con livelli di spesa leggermente inferiori alla media nazionale, presenta comunque disavanzi consistenti.

Nell'insieme sembra di rilevare che un gruppo di 11 Regioni agisce soprattutto attraverso il controllo della spesa, mentre un altro gruppo di 10 Regioni sembra incapace di contrastare la dinamica della spesa (tab. 4.10). Inoltre 10 Regioni non fanno ricorso all'imposizione fiscale e ai ticket, mentre altre 6 vi fanno ricorso e 5 Regioni attingono comunque a risorse autonome del proprio bilancio (tab. 4.10).

Tabella 4.10

**Politiche di imposizione fiscale, di controllo della spesa sanitaria e disavanzi.
Anni 2003-2005**

		IMPOSTE REGIONALI E TICKET		RISORSE DI BILANCIO
		NO	SÌ	
CONTROLLO SPESA	SÌ	Friuli-V.G. [°] (+) Umbria (--) Puglia [°] (--) Basilicata (--) Calabria (--)	Lombardia [°] (--) Veneto (+) Marche (-)	P.A. Bolzano ^{°°} (++) Emilia-Romagna (-) Toscana (--)
	NO	Lazio (++) Abruzzo (+) Molise (++) Campania (++) Sardegna (+)	Piemonte* (-) Liguria* (-) Sicilia* (-)	Valle d'Aosta (++) P.A. Trento (++)

Fonte: Ns. elaborazioni su dati Ministero della Salute

Note: I segni (+) e (-) indicano il livello superiore o inferiore alla media nazionale della spesa pro-capite (v. tab. 3.6)
L'area azzurra denota un elevato disavanzo regionale. Tutte le Regioni presentano disavanzi nel 2003-05, eccetto Bolzano, Lombardia, Friuli-V.G. e Puglia

([°]) Regioni con avanzo

(^{°°}) In disavanzo nel 2003

(*) Regioni con controllo della spesa, ma con elevato disavanzo





CAPITOLO 5

IL FUNZIONAMENTO E LA QUALITÀ DEI SERVIZI SANITARI



Dopo avere illustrato gli elementi strutturali e le politiche dei Servizi sanitari regionali, in questo capitolo si effettua una valutazione della loro funzionalità, considerando diverse dimensioni, per le quali sono disponibili i dati: l'efficienza (del settore ospedaliero), l'appropriatezza, le liste d'attesa, la mobilità sanitaria, i risultati di salute (speranza di vita, speranza di vita libera da disabilità, mortalità evitabile), la soddisfazione degli utenti. Una sintesi delle diverse dimensioni sarà presentata nei capitoli 6 e 10.

1. L'efficienza del settore ospedaliero

L'efficienza operativa del settore ospedaliero si può misurare attraverso un sistema di indicatori che mirano a evidenziare l'attività del servizio di cura (numero di ricoveri e giornate di degenza) in rapporto alle risorse strutturali (posti-letto) e umane (personale impiegato) e ai casi trattati (complessità clinica dei casi). Gli indicatori elementari, considerati singolarmente, non restituiscono una rappresentazione chiara dei differenziali di efficienza, perché alcune variabili sono interrelate e riflettono comunque solo aspetti parziali. Per semplicità di lettura, si riportano inizialmente i singoli indicatori dell'attività ospedaliera, svolgendo in conclusione un'analisi globale. L'analisi è condotta rispetto ai soli ospedali pubblici e riguarda il periodo 1995-2003 (ultimo dato disponibile).

La *degenza media* a livello nazionale si è ridotta, tra il 1995 e il 2003, da 9,1 a 7,4 giorni (-21,3%), continuando nel suo trend iniziato negli anni Settanta (tab. 5.1). A livello regionale, nel 2003 come nel 1995, sono le Regioni del Centro-Nord a far registrare la degenza media più lunga (con l'eccezione di Bolzano e della Puglia). Nel 2003 la degenza media più bassa si registra in Sicilia (5,9 giorni), mentre quella più alta in Piemonte (9,1). Nel periodo 1995-2003 la degenza diminuisce in tutte le Regioni con velocità eterogenea, compresa tra -0,2 giorni in Molise e -3,2 in Puglia.



Tabella 5.1

Struttura ed efficienza del settore ospedaliero pubblico. Anni 1995-2003

Regione	Anno 1995 (a)						Degenza media	Tasso utilizzo p.letto
	Degenza media	Tasso utilizzo p.letto	Indice di rotazione	Intervallo di rotazione	Personale sanitario per p.letto	Ricoveri per pers. sanit.		
Piemonte	10,0	78,1	28,4	2,8	1,3	22,4	9,1	77,4
Valle d'Aosta	9,5	88,4	34,0	1,2	1,4	23,9	8,9	79,8
Liguria	10,9	73,5	24,5	3,9	1,2	23,8	8,2	80,5
Lombardia	9,6	75,4	28,6	3,1	1,6	21,8	7,7	78,2
P.A. Bolzano	8,1	75,3	33,8	2,7	1,7	15,8	6,7	74,3
P.A. Trento	10,8	80,6	27,3	2,6	1,2	22,2	8,5	72,7
Veneto	10,0	75,5	27,7	3,2	1,3	19,4	8,7	78,8
Friuli-V.G.	9,2	64,8	25,7	5,0	1,3	18,5	8,3	69,7
Emilia-Romagna	8,9	79,0	32,5	2,4	2,5	12,8	7,9	80,8
Toscana	9,0	77,1	31,4	2,7	2,0	16,0	7,6	78,4
Umbria	8,1	73,2	33,1	3,0	1,2	26,5	6,8	79,7
Marche	8,6	73,8	31,2	3,1	1,4	22,1	7,4	76,4
Lazio	10,0	81,2	29,7	2,3	1,5	20,2	8,1	84,1
Abruzzo	8,5	72,3	31,1	3,2	1,5	21,4	6,6	81,1
Molise	8,1	76,3	34,3	2,5	1,9	18,4	7,9	81,4
Campania	8,2	69,6	31,0	3,6	1,7	17,8	6,2	82,9
Puglia	9,3	67,7	26,5	4,5	1,0	26,4	6,1	75,0
Basilicata	7,5	70,5	34,3	3,1	1,1	30,5	7,2	64,1
Calabria	6,9	63,3	33,5	4,0	1,3	24,9	6,2	51,8
Sicilia	7,6	69,4	33,3	3,4	1,3	26,0	5,9	73,3
Sardegna	8,3	59,9	26,2	5,6	1,2	21,0	7,0	71,0
ITALIA	9,1	73,9	29,6	3,2	1,4	20,4	7,4	77,1

Fonte: Istat, *Statistiche della sanità, 1995*. Istat, *Annuario statistico italiano, 1997*; Istat, *Strutture e attività Istituti di Cura, 2006*

Note: (a) Relativi al 98,1% degli istituti di cura (b) Nel 2003 gli istituti di cura pubblici comprendono anche quelli gestiti da enti privati, quali alcuni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli istituti classificati o assimilati e gli istituti privati presidi delle Asl

Glossario: Degenza media = Giornate di degenza diviso numero di ricoveri; Tasso utilizzo posti-letto = giornate di degenza diviso giornate di degenza potenziali (= p.letto x 365; in %); Indice di rotazione = n. di ricoveri diviso i posti-letto; Intervallo di rotazione = Giornate di degenza disponibili diviso il numero di ricoveri; Giornate di degenza disponibili = giornate di degenza potenziali meno giornate di degenza effettive

Anno 2003 (b)					Variazioni 1995-2003					
Indice di rotazione	Intervallo di rotazione	Personale sanitario per p.letto	Ricoveri per pers. sanit.	Degenza media	Tasso utilizzo p.letto	Indice di rotazione	Intervallo di rotazione	Personale sanitario per p.letto	Ricoveri per pers. sanit.	
31,2	2,6	2,0	15,3	-1,0	-0,7	2,8	-0,2	1,3	-7,2	
32,7	2,3	1,8	18,5	-0,6	-8,6	-1,3	1,0	0,3	-5,4	
36,0	2,0	2,0	18,4	-2,8	7,1	11,5	-2,0	1,3	-5,4	
36,9	2,2	1,9	21,6	-1,9	2,8	8,3	-1,0	1,3	-0,3	
40,6	2,3	1,7	18,0	-1,4	-1,0	6,7	-0,4	0,7	2,2	
31,4	3,2	1,8	18,8	-2,3	-7,9	4,1	0,6	0,2	-3,5	
33,1	2,3	2,0	15,1	-1,3	3,3	5,5	-0,9	0,8	-4,3	
30,8	3,6	2,3	15,7	-1,0	4,9	5,1	-1,4	1,1	-2,8	
37,3	1,9	1,9	19,6	-1,0	1,8	4,8	-0,5	-0,9	6,8	
37,5	2,1	2,2	16,7	-1,3	1,3	6,1	-0,6	0,3	0,7	
42,8	1,7	2,2	19,7	-1,3	6,6	9,7	-1,2	1,2	-6,8	
37,8	2,3	2,0	18,8	-1,3	2,6	6,6	-0,8	0,8	-3,2	
37,9	1,5	2,1	17,7	-1,9	2,9	8,2	-0,8	0,9	-2,5	
44,5	1,5	1,9	23,0	-1,8	8,7	13,4	-1,7	0,7	1,6	
37,5	1,8	1,4	26,6	-0,2	5,1	3,2	-0,7	-0,7	8,1	
48,8	1,3	2,5	19,5	-2,0	13,2	17,8	-2,3	1,1	1,7	
44,7	2,0	1,6	28,4	-3,2	7,3	18,2	-2,4	0,8	2,0	
32,6	4,0	1,9	17,3	-0,3	-6,4	-1,7	0,9	1,0	-13,2	
30,7	5,7	1,5	19,9	-0,7	-11,5	-2,7	1,7	0,0	-5,0	
45,2	2,2	1,8	24,8	-1,7	3,9	11,9	-1,2	0,9	-1,2	
37,0	2,9	1,7	22,3	-1,3	11,1	10,8	-2,7	0,6	1,3	
38,0	2,2	2,0	19,4	-1,7	3,3	8,5	-1,0	0,8	-1,0	



Di converso il *tasso di utilizzo* dei posti-letto è tendenzialmente migliore nelle Regioni del Centro-Nord, anche a causa della maggiore durata della degenza. A livello nazionale, nel periodo 1995-2003 il tasso di utilizzo è migliorato passando dal 73,9% al 77,1% (tab. 5.1). La L. 662/96 stabiliva l'obiettivo di un tasso di utilizzo minimo del 75%, ma nel 2003 quasi tutte le Regioni del Sud (escluse Abruzzo, Molise e Campania) e alcune del Nord-Est (Friuli-V.G., Bolzano e Trento) non raggiungevano ancora l'obiettivo. Il tasso di utilizzo più elevato si registra in Lazio (84,1%) e quello peggiore in Calabria (51,8%). Negli anni 1995-2003 il tasso di utilizzo peggiora in 6 Regioni, con un picco in Calabria (-11,5%), e migliora tendenzialmente più al Sud, con percentuali maggiori in Campania (+13,2) e Sardegna (+11,1).

L'*indice di rotazione* (o di *turnover*) dei posti-letto esprime il numero di pazienti che occupano uno stesso letto nel corso dell'anno ed è tanto maggiore quanto minori sono la degenza media e il tempo intercorrente tra la dimissione e la successiva occupazione. Nel 2003 l'indice di rotazione risulta mediamente più basso al Nord (tab. 5.1). A livello nazionale l'indice di rotazione è migliorato tra il 1995 e il 2003 passando da 29,6 a 38 ricoveri/posti-letto. L'incremento maggiore si è registrato nelle Regioni del Sud (+12,2) e quello minore nel Nord-Est (+5,4). Nel 2003 l'indice di rotazione più elevato si è registrato in Campania (48,8) e quello inferiore in Calabria (30,7).

L'*intervallo di rotazione* esprime i giorni oziosi che intercorrono tra la dimissione di un paziente e la successiva occupazione del letto. Nel 2003 come nel 1995 l'intervallo di rotazione risulta migliore nelle Regioni del Centro. A livello nazionale, nel periodo 1995-2003 l'intervallo di rotazione migliora passando da 3,2 a 2,2 giorni e l'incremento più significativo si registra nelle Regioni del Sud (-1,5), con un apice in Sardegna (-2,7). Nel 2003 l'intervallo di rotazione varia da 1,3 in Campania a 5,7 in Calabria.

Il numero di *personale sanitario per posti-letto* – che non misura l'efficienza, ma l'intensità dell'assistenza prestata dal personale medico e sanitario – a livello nazionale è di 2,0 addetti/posto-letto e la dotazione si è incrementata del 35% tra il 1995 e il 2003 (1,4 nel 1995) (tab. 5.1). La dotazione di personale è inferiore alla media nazionale, nel 1995 come nel 2003, nelle Regioni del Sud (eccetto in Campania). Nel 2003 la dotazione varia da 1,6 addetti/posti-letto in Calabria e Puglia, rispetto a 2,0 in Piemonte, Veneto, Liguria e Marche. Come conseguenza dell'incremento degli addetti per posto-letto è leggermente diminuito il numero di *ricoveri per addetto* (da 20,4 a 19,4), che risultano superiori alla media nazionale nelle Regioni del Sud. Nel 2003 i ricoveri per addetto variano da 28,4 in Puglia a 15,3 in Piemonte. Il rapporto ricoveri/addetto potrebbe essere assunto come indicatore grezzo della produttività del personale ospedaliero. Tuttavia va considerato che nelle Regioni del Sud i ricoveri sono di minore durata e com-

plessità (v. oltre). Ed inoltre risulta difficile giudicare se il rapporto sia indicativo di maggiore efficienza o di minore quantità (ore) di assistenza prestata, come si verifica nei confronti delle case di cura accreditate dove il rapporto tra personale sanitario e posti-letto è di 0,84 rispetto a 1,96 degli ospedali pubblici.

Il Ministero della Salute, attraverso le Schede di dimissione ospedaliera (Sdo), calcola ulteriori indicatori che consentono di completare il quadro. La totalità delle schede è riferita sia agli istituti pubblici che privati accreditati.

La *degenza media pre-operatoria* nel periodo 1998-2003 è migliorata a livello nazionale, passando da 2,4 a 2,1 giorni (tab. 5.2). A livello regionale nel 1998 (primo anno disponibile) si riscontrava una certa eterogeneità, mentre nel 2003 le Regioni del Nord (con l'eccezione della Liguria) mostrano una più bassa degenza media, compresa tra il minimo di 1,45 giorni in Friuli-V.G. e il massimo di 2,99 in Liguria.

L'*indice di case mix* (Icm) esprime la complessità della casistica trattata rispetto ad uno standard medio nazionale: valori maggiori di 1 indicano una complessità della casistica superiore al valore di riferimento. Nel periodo 1998-2003 l'Icm risulta inferiore all'unità nelle Regioni del Sud (e a Bolzano), la casistica più complessa è presente in Friuli-V.G. (1,14), la meno complessa in Calabria (0,86) (tab. 5.2). Nel periodo considerato la complessità dei casi trattati è generalmente diminuita al Sud, con l'eccezione della Basilicata.

L'*indice comparativo di performance* (Icp) esprime l'efficienza operativa, valutata attraverso la degenza media standardizzata per il *case mix* (rispetto all'intera casistica nazionale): un valore minore di 1 indica un'efficienza operativa superiore rispetto al valore di riferimento. Nel periodo considerato l'Icp è migliore (maggiore efficienza) nelle Regioni del Centro-Sud, con alcune eccezioni. Nel 2003 i valori più bassi si registrano in Sicilia (0,92), Campania e Umbria (0,93); quelli più elevati, in Lazio e Molise (1,10). Nel periodo 1998-2003, il valore dell'Icp è migliorato soprattutto in Lombardia e Abruzzo (-0,06) e peggiorato in Basilicata (0,10).

La lettura complessiva degli indicatori non è facile, anche se il quadro che emerge si presta ad alcune riflessioni. Gli indicatori di degenza media e di *case mix* appaiono correlati: al Centro-Nord, dove maggiore è la complessità dei ricoveri, più alta è anche la degenza media e, di converso, al Sud la degenza media non sembra indicativa di una maggiore efficienza, perché la casistica trattata è relativamente più semplice (i flussi di mobilità sanitaria ne sarebbero una prova indiretta). L'indice comparativo di *performance*, calcolato sulla degenza media standardizzata per *case mix*, conferma i valori migliori in numerose Regioni del Sud e del Centro (con l'inclusione di Lombardia ed Emilia-Romagna). Tuttavia, un indicatore più preciso come la degenza media pre-operatoria fa registrare migliori risultati al Nord.

Tabella 5.2

Indicatori di efficienza per Regione. Ricoveri per acuti, regime ordinario, istituti pubblici e privati. Anni 1998-2003

Regione	Anno 1998			Anno 2003		
	Degenza media pre-operatoria	Indice di case mix (ICM) (a)	Ind. compar. performance (ICP) (b)	Degenza media pre-operatoria	Indice di case mix (ICM) (a)	Ind. compar. performance (ICP) (b)
Piemonte	2,58	1,06	1,09	2,07	1,11	1,07
Valle d'Aosta	2,05	1,01	1,01	2,28	1,06	1,07
Lombardia	2,44	1,08	1,03	1,75	1,09	0,97
P.A. Bolzano	1,69	0,93	1,00	1,51	0,92	1,03
P.A. Trento	0,72	1,02	0,98	1,70	1,02	1,06
Veneto	2,24	1,06	1,08	1,99	1,08	1,08
Friuli-V.G.	1,65	1,12	0,98	1,46	1,14	1,01
Liguria	2,73	1,09	1,04	2,99	1,11	1,03
Emilia-Romagna	1,99	1,10	0,93	1,92	1,09	0,95
Toscana	2,46	1,09	0,97	2,15	1,13	0,99
Umbria	2,19	1,00	0,94	2,09	1,05	0,93
Marche	2,04	1,02	1,03	1,61	1,03	1,02
Lazio	3,15	1,01	1,08	2,82	0,98	1,10
Abruzzo	2,30	0,95	1,03	1,92	0,93	0,97
Molise	2,72	0,93	1,09	2,36	0,91	1,10
Campania	2,35	0,90	0,92	2,22	0,89	0,93
Puglia	2,31	0,89	0,95	2,07	0,89	0,98
Basilicata	2,87	0,90	0,93	2,93	0,94	1,03
Calabria	2,03	0,87	0,96	2,02	0,86	1,01
Sicilia	2,29	0,90	0,90	2,02	0,89	0,92
Sardegna	2,64	0,93	1,03	2,19	0,88	1,06
ITALIA	2,39	1,00	1,00	2,08	1,00	1,00

Fonte: Ministero della Salute, Rapporto Sdo, 1998 e 2003

Note: (a) L'icm esprime la complessità della casistica trattata; valori dell'icm superiori ad 1 indicano una complessità superiore alla media dello standard di riferimento

(b) L'indice comparativo di performance (ICP) esprime l'efficienza operativa, valutata attraverso la degenza media, standardizzata per il case mix (rispetto all'intera casistica nazionale). Un valore di ICP minore di 1 indica un'efficienza operativa superiore rispetto al valore di riferimento





Il tasso di utilizzo dei posti-letto è superiore nelle Regioni del Centro-Nord, dove più lunga è la degenza media. Non sembra invece significativa, per spiegare il fenomeno, la densità dei posti-letto, anche se in alcuni casi i due fenomeni si possono sommare, come ad esempio in Calabria dove il tasso di utilizzo è solo del 52%, a fronte di una degenza media molto breve (6,2 giorni) e di un elevato numero di posti-letto (5 per 1.000). Maggiore nelle Regioni del Nord e nel Centro è anche la complessità dei casi trattati, testimoniata dall'indice di *case mix* superiore a 1.

L'indice e l'intervallo di rotazione sono correlati alla degenza media e al tasso di ospedalizzazione, per cui si registrano valori migliori nelle Regioni del Centro-Sud. La produttività del personale ospedaliero (ricoveri/addetto) sembra migliore nelle Regioni del Sud, a fronte però di una dotazione di personale medico e sanitario inferiore alla media in quasi tutte le Regioni del Sud e molto bassa rispetto al Nord.

2. L'appropriatezza dei ricoveri

Il Programma Nazionale Linee Guida (Pnlg) dell'Istituto Superiore di Sanità distingue due macro aree in cui misurare l'appropriatezza degli interventi sanitari: l'area clinica o specifica e l'area organizzativa o generica. L'appropriatezza *clinica* o *specific*a (diagnostica, terapeutica, ecc.) consiste nel misurare se un particolare intervento è efficace e indicato per la persona che lo riceve. Perché un intervento sia appropriato è necessario che (i) i benefici attesi siano superiori ai possibili effetti negativi e ai disagi derivabili dal suo impiego e (ii) il rapporto benefici/danni sia più elevato rispetto ad altri interventi. L'appropriatezza *organizzativa* o *generica* fa riferimento, invece, alla struttura di erogazione delle prestazioni (ad es. domicilio, ambulatorio, *day hospital*, ricovero) e valuta se l'organizzazione e l'intensità dell'assistenza prestata sono congrue rispetto all'intervento oppure se altre soluzioni organizzative non sarebbero più adatte e meno costose.

2.1 L'appropriatezza specifica

La frequenza di ricorso ad alcuni interventi chirurgici e alle cure per alcune diagnosi specifiche è considerata dal Ministero della Salute un indicatore robusto per la valutazione dell'appropriatezza. Per tali interventi esistono evidenze che indicano come la variabilità tra aree geografiche sia dovuta più a comportamenti dell'offerta o ad atteggiamenti sociali e culturali della domanda, che non alla diversa distribuzione epidemiologica del bisogno sanitario (Ministero della Salute 2004).

Tabella 5.3
**Frequenza di ricorso ad alcuni interventi critici. Ricoveri per acuti.
Anni 1998-2003**

Regione	% Parti cesarei su totale parti			% Dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dimessi da reparti chirurgici		
	1998	2003	Var. 1998-2003	1998	2003	Var. 1998-2003
Piemonte	26,9	30,17	3,3	38,5	31,5	-7,1
Valle d'Aosta	21,5	27,21	5,7	50,7	43,2	-7,5
Lombardia	23,3	26,61	3,3	38,4	30,4	-8,0
P.A. Bolzano	17,3	19,58	2,3	44,3	41,8	-2,5
P.A. Trento	22,5	27,09	4,6	42,1	43,3	1,3
Veneto	24,5	27,9	3,4	41,9	35,0	-6,9
Friuli-V.G.	19,0	22,42	3,4	36,1	29,7	-6,4
Liguria	28,5	32,43	4,0	40,5	39,8	-0,6
Emilia-Romagna	29,3	30,39	1,1	34,5	29,0	-5,5
Toscana	22,5	25,43	2,9	41,5	37,2	-4,3
Umbria	25,4	30,58	5,1	47,3	41,9	-5,4
Marche	33,2	35,43	2,2	40,2	32,2	-8,1
Lazio	35,5	37,55	2,1	43,4	37,6	-5,8
Abruzzo	33,5	39,61	6,1	51,1	44,3	-6,8
Molise	33,5	42,28	8,8	48,9	41,1	-7,8
Campania	48,0	58,16	10,1	53,4	45,4	-7,9
Puglia	35,1	43,47	8,4	52,9	45,0	-7,9
Basilicata	41,8	51,41	9,7	64,4	48,5	-15,8
Calabria	34,2	41,09	6,9	56,4	50,2	-6,2
Sicilia	36,6	48,15	11,6	54,4	47,8	-6,6
Sardegna	26,0	36,79	10,8	50,1	43,5	-6,6
ITALIA	31,4	36,67	5,3	44,9	38,5	-6,4

Fonte: Ministero della Salute, Rapporto Sdo 2003

Note: (a) Diagnosi principale corrispondente al codice ICD9CM 250.xx

(b) Diagnosi principale corrispondente al codice ICD9CM 493.xx





Ricoveri per diabete per 100 mila abitanti (a)			Ricoveri per asma per 100 mila abitanti (b)		
1998	2003	Var. 1998-2003	1998	2003	Var. 1998-2003
124,4	76,6	-47,9	50,3	29,8	-20,5
68,6	24,0	-44,6	59,4	14,1	-45,3
125,8	102,3	-23,5	59,6	44,1	-15,5
139,1	127,5	-11,5	77,2	59,1	-18,1
138,4	109,9	-28,5	58,0	33,9	-24,1
133,2	100,3	-33,0	59,5	35,6	-23,9
117,6	81,6	-36,0	29,9	18,0	-11,8
151,5	100,7	-50,8	73,4	56,5	-16,9
128,1	93,1	-35,0	46,3	30,3	-16,1
106,9	69,7	-37,3	66,5	35,4	-31,1
156,5	93,7	-62,8	57,8	48,8	-9,0
127,8	60,3	-67,5	50,5	38,7	-11,9
159,4	130,1	-29,3	75,9	45,4	-30,5
150,3	136,5	-13,8	62,8	49,6	-13,2
165,8	151,1	-14,7	59,4	53,6	-5,8
153,5	108,6	-45,0	71,8	58,3	-13,6
227,5	173,5	-54,0	73,3	52,3	-21,0
430,8	122,0	-308,8	83,9	38,4	-45,5
188,1	137,6	-50,5	68,9	46,9	-22,0
175,0	190,4	15,4	65,1	60,2	-4,8
143,9	120,2	-23,7	67,7	60,2	-7,5
150,6	114,7	-35,9	63,1	44,7	-18,4

A livello nazionale si evidenzia come nell'arco del quinquennio 1998-2003 tutti gli indicatori di "interventi critici" considerati siano comunque migliorati, ad eccezione dei parti cesarei (tab. 5.3). La percentuale di parti cesarei rispetto al totale dei parti è salita al 37% nel 2003, contro il 31% del 1998. Al contrario l'indicatore "dimessi con Drg medico da reparti chirurgici" registra una diminuzione dal 44% al 39%. Il tasso di ospedalizzazione per diabete si riduce del 24% passando da 151 a 115 ricoveri per 100 mila abitanti e ancora maggiore è la riduzione di quello per asma, che è pari nel 2003 a 45 per 100 mila abitanti, contro 63 nel 1998 (-29%). Questi due indicatori rappresentano un miglioramento nell'organizzazione dei servizi territoriali, piuttosto che una riduzione dei tassi di malattia.

Per tutti gli indicatori considerati esistono forti differenziazioni tra le Regioni del Nord e quelle del Sud. Per i parti cesarei nel 2003 l'intervallo è compreso tra il 20% della Provincia autonoma di Bolzano e il 58% della Campania. Pur essendo aumentati ovunque i tassi tra il 1998 e il 2003, la differenza tra Nord e Sud si è allargata, perché le Regioni del Sud registrano incrementi superiori alla media nazionale: in Campania, il valore già massimo nel 1998 (48%) è aumentato di 10 punti percentuali; analogo incremento anche in Sicilia e Sardegna (tab. 5.3).

Rispetto alla proporzione dei dimessi da reparti chirurgici con diagnosi medica nel 2003 la maggiore appropriatezza si registra in Friuli-V.G. (30% dei casi) e la minore in Calabria (50%) e nelle altre Regioni del Sud. Tuttavia le Regioni meridionali, che partivano da valori più elevati, mostrano i migliori guadagni, con il picco della Basilicata (-15,8%).

Il tasso di ospedalizzazione per diabete mostra un intervallo di variazione molto ampio, compreso tra 24 casi per 10.000 abitanti in Valle d'Aosta e 190 in Sicilia. In tutte le Regioni del Sud (eccetto in Campania) i tassi sono superiori alla media nazionale. In alcune Regioni meridionali i tassi migliorano più della media (-308 in Basilicata, il massimo), in altre meno. Anche il tasso di ospedalizzazione per asma conferma il primato positivo della Valle d'Aosta (14 ricoveri per 100 mila) e della Basilicata rispetto al Sud (unica Regione dell'area sotto la media nazionale), e negativo della Sicilia e Sardegna (60). Anche i miglioramenti del quinquennio sono inferiori nel Sud rispetto alle altre Regioni (tab. 5.3).

2.2 L'appropriatezza organizzativa

Le situazioni di inapproprietezza individuate riguardano: (a) i 43 Drg indicati dal decreto sui Lea come a rischio di inapproprietezza, (b) i tassi di ricovero per gli anziani oltre 74 anni, (c) alcune modalità di dimissione ospedaliera.

I 43 Drg a rischio di inapproprietezza. È stato ampiamente documentato nella



letteratura scientifica che una quota non trascurabile di ricoveri ospedalieri, effettuati in regime ordinario con una degenza di più giorni, siano sostituibili da trattamenti in regime diurno (*day hospital, day surgery*) o persino ambulatoriale. Per questo motivo il Dpcm 29 novembre 2001 ha individuato 43 Drg “ad alto rischio di non appropriatezza” in regime di degenza ordinaria. Nel breve arco di tempo considerato (2001-2003 per il quale esistono dati) il totale dei ricoveri per i 43 Drg potenzialmente inappropriati è diminuito del 9% ed i ricoveri in *day hospital* sono aumentati dal 34% al 46% (tab. 5.4 prime colonne). L’incremento percentuale dei ricoveri in *day hospital* e la diminuzione di quelli ordinari è riscontrabile in tutte le Regioni, con l’unica eccezione dell’Emilia-Romagna, che tuttavia conserva una delle più alte percentuali di ricoveri diurni. I più bassi valori di ricorso al *day hospital* si riscontrano nelle Regioni del Sud, con l’eccezione della Sicilia (53%) e della Basilicata; valori bassi si riscontrano anche in Lombardia e a Bolzano. I maggiori incrementi nell’utilizzo del *day hospital* si sono verificati nelle Regioni del Sud, che partivano da bassi livelli, anche se sono tuttora posizionate sotto la media nazionale (ad es. Molise +500%).

Il tasso di ospedalizzazione degli anziani oltre 74 anni. Il Psn 2003-05 ha affermato la necessità di sviluppare strutture territoriali extra-ospedaliere per migliorare l’appropriatezza della risposta al bisogno, ad un costo inferiore. Analizzando i dati relativi all’ospedalizzazione degli ultra 74enni emerge, in effetti, una correlazione negativa tra assenza di posti in strutture residenziali socio-sanitarie e maggiore ricorso all’ospedale (tab. 5.4): al Sud dove maggiore è il tasso di ospedalizzazione per gli anziani, decisamente minore è la presenza di posti-letto in Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) o in altre strutture residenziali a carattere parzialmente sanitario. Fanno eccezione la Provincia autonoma di Bolzano, che ha comunque un’elevata dotazione di posti in Rsa e il Piemonte che, nonostante una sistema di offerta residenziale poco sviluppato, mantiene basso il tasso di ospedalizzazione degli ultra 74enni.

Le modalità di dimissione ospedaliera. Altre indicazioni relative all’appropriatezza del sistema sanitario sono ricavabili dalle modalità di dimissione ospedaliera. Un primo aspetto si evince dalle dimissioni volontarie, che denotano la scarsa fiducia degli assistiti nei confronti delle strutture ospedaliere. Queste prevalgono al Sud, con valori massimi in Campania (10%) e Sicilia (7%), contro una media nazionale del 4% (tab. 5.4). Un secondo aspetto emerge dall’analisi delle dimissioni presso strutture o servizi territoriali (Rsa, Adi, Idr, ospedalizzazione a domicilio), che evidenzia anche in questo caso le differenze tra Nord e Sud, con una scarsa integrazione nelle Regioni del Sud (ad es. in Sicilia solo lo 0,2% contro il 5,4% a Trento) (tab. 5.4).



Tabella 5.4

DRG a rischio inappropriatelyzza; tassi di ospedalizzazione ultra 74enni; dimissioni totali presso servizi territoriali e dimissioni volontarie. Anno 2003

Regione	% Ricoveri in ospedale diurno 43 DRG a rischio inappropriatelyzza			Tasso di ospedaliz. (>74 anni) per 1.000	Pleto in RSA per 1.000	Dimissione volontaria (%)	Dimissione presso struttura o servizio territoriale % (a)
	2001	2003	Variaz. 2001-2003				
Piemonte	37,7	58,2	20,5	274	10,4	1,2	2,2
Valle d'Aosta	42	64,7	22,7	332	6,0	2,5	2,8
Lombardia	33,5	44,2	10,7	371	64,2	1,3	1,3
P.A. Bolzano	15,1	30,1	15,0	555	13,5	1,2	1,5
P.A. Trento	33,8	53,8	20,0	374	103,1	1,1	5,4
Veneto	42,9	57,1	14,2	380	16,2	0,8	1,3
Friuli-V.G.	36,5	47,1	10,6	371	21,4	0,8	3,1
Liguria	36,6	62,9	26,3	346	9,7	1,9	1,6
Emilia-Romagna	51,1	49,4	-1,7	355	4,6	1,3	2,7
Toscana	41,4	53,3	11,9	348	24,9	1,9	2,1
Umbria	47,3	58,1	10,8	330	3,0	2,7	0,5
Marche	37,7	47,3	9,6	373	7,5	1,2	1,3
Lazio	31,6	49,5	17,9	423	6,7	4,2	0,4
Abruzzo	25,1	32,5	7,4	487	13,9	2,5	0,8
Molise	4,8	28,8	24,0	434	0,0	4,8	0,2
Campania	23,2	38,9	15,7	394	2,9	10,3	1,2
Puglia	24,5	27,2	2,7	448	1,1	6,5	0,5
Basilicata	28,7	48	19,3	392	2,8	5,0	1,7
Calabria	22,1	36,3	14,2	429	3,0	6,2	0,1
Sicilia	35,3	52,8	17,5	403	0,7	7,1	0,2
Sardegna	31,4	33,4	2,0	472	2,3	2,7	0,6
ITALIA	33,6	46,3	12,7	381	17,7	3,8	1,2

Fonte: Ns. elaborazioni su dati Ministero della Salute, Rapporto Sdo 2003 (tasso di ospedalizzazione); Istat, L'assistenza residenziale in Italia, 2006

Note: (a) IDR, RSA, ADI, Ospedalizzazione a domicilio

3. Le liste di attesa



Il tema delle liste d'attesa trascende l'aspetto operativo per investire il governo clinico, in quanto la lista d'attesa è lo strumento di promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa. Il problema dei tempi di attesa, infatti, ha molte componenti, alcune delle quali si possono leggere dal lato della domanda (educazione sanitaria, appropriatezza della domanda, strumenti di tutela dei diritti dei cittadini) e altre dal lato dell'offerta (capacità di filtro dei medici di base e specialisti, razionalizzazione dei sistemi di prenotazione, linee guida e profili di assistenza, ottimizzazione dell'uso delle risorse, organizzazione dei servizi erogatori).

Nel nostro Paese sono state numerose le disposizioni normative in merito, essendo il problema già citato nella legge istitutiva del Ssn e ripetutamente ripreso in molte norme, specialmente verso la fine degli anni Novanta. Tra i documenti più recenti si ricordano il D.Lgs. 124/98, secondo cui le Regioni devono disciplinare i criteri di fissazione dei tempi massimi da parte dei Direttori generali delle Asl e delle Ao, dandone comunicazione all'assistito al momento della richiesta della prestazione, e l'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 che definisce i tempi massimi di attesa (per almeno l'80% dei richiedenti) per alcune prestazioni molto diffuse: rmn della colonna (60 giorni), tac cerebrale (60 giorni), ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici (60 giorni), esofago-gastroduodenoscopia (60 giorni), ecografia addome (60 giorni), visita cardiologica (30 giorni), visita oculistica (30 giorni). L'accordo prevedeva inoltre che, in attesa dell'attivazione di un flusso informativo specifico sui tempi e le liste di attesa, le Regioni avrebbero fornito dati attraverso rilevazioni *ad hoc*, coordinate da un gruppo tecnico istituito presso l'Assr, con lo scopo di predisporre un'adeguata metodologia di rilevazione.

La L. 266/05 (legge finanziaria 2006) ha previsto l'adozione, d'intesa con le Regioni (Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 28 marzo 2006), di un Piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008. Le Regioni hanno l'obbligo di dotarsi di uno strumento programmatico unico e integrato, nel quale fare confluire e rendere coerenti tutti gli atti e provvedimenti già adottati sul tema delle liste di attesa. Sul piano pratico vengono individuate 100 prestazioni prioritarie, soggette a revisione periodica, e si stabilisce che al cittadino è comunque assicurata l'erogazione di queste prestazioni, presso strutture pubbliche o accreditate, nei tempi di attesa fissati dalla Regione o, comunque, dal Ministero della Salute.

Il Piano nazionale prevede che le Regioni, entro il 30 giugno 2006, devono tradurre le indicazioni nazionali in Piani regionali di attuazione, con i quali garantire al paziente l'inserimento nelle liste di attesa, nei tempi massimi fissati, aven-

do come riferimento classi di priorità definite in relazione al quadro clinico. Le classi di priorità sono:

- Classe A: Prestazioni da assicurare comunque entro pochi giorni (max 10 giorni);
- Classe B: Prestazioni differibili nel breve periodo (30-60 giorni);
- Classe C: Prestazioni per patologie con dolore, disfunzione o disabilità minimi, il cui differimento non influenza la prognosi ma comunque da garantire entro 180 giorni;
- Classe D: Solo per i ricoveri ospedalieri, prestazioni, per patologie che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità, rinviabili, ma comunque non oltre 12 mesi.

Le prestazioni ambulatoriali da monitorare nel 2006 sono divenute dieci: ecografia addome, ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici, esofago-gastroduodenoscopia, rmn della colonna, rmn cerebrale, tac cerebrale, tac dell'addome, visita cardiologica, visita oculistica, visita ortopedica. Nel 2007 il numero di prestazioni da monitorare sarà incrementato, secondo un protocollo definito con l'Assr, e saranno inseriti nella Sdo due nuovi campi riguardanti la data di prenotazione e la classe di priorità, così da permettere una lettura dei tempi di attesa per i ricoveri.

Allo stato attuale sono disponibili solo le informazioni sui tempi di attesa, rilevati dalle Regioni con riferimento ad un giorno preciso (21 gennaio 2004), in uno studio coordinato dall'Assr. La rilevazione ha evidenziato una serie di criticità nei livelli di controllo, che in alcuni casi sono stati molto precisi ed esaurienti, in altri assai meno, e di disomogeneità tra le Regioni nell'assegnazione dei giorni di attesa. Le prestazioni ambulatoriali monitorate sono quelle previste dall'Accordo dell'11 luglio 2002.

A titolo di esempio si riportano i tempi di attesa relativi alla visita cardiologica (standard 30 giorni): lo standard è rispettato per l'80% dei prenotati in 5 Regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Sicilia, Umbria), per almeno il 60% in altre 11 Regioni (Basilicata, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Bolzano, Puglia, Sardegna, Toscana) e per almeno il 50% in altre 3 Regioni (Emilia-Romagna, Trento e Friuli-V.G.), mentre lo standard di 30 giorni non è rispettato per oltre il 50% dei pazienti in Valle d'Aosta e Veneto.

Della rilevazione dei tempi e delle liste di attesa si sta occupando anche il progetto "Mattoni del Ssn", i cui risultati dovrebbero essere disponibili entro il 2007.

4. La mobilità sanitaria



Secondo l'indagine Istat (2002a) sulle dimissioni dagli istituti di cura in Italia il motivo che induce gli utenti a scegliere un ospedale appartenente ad una Regione diversa dalla propria è essenzialmente la maggiore fiducia verso la struttura prescelta e/o la scarsa fiducia nella qualità del servizio offerto dalla propria. Tra le motivazioni che inducono alla mobilità segue per ordine di importanza la mancanza di un ospedale o reparto adatto alle proprie esigenze. L'analisi dei flussi di mobilità degli utenti può essere dunque utilizzata per ricavare indicazioni indirette sulla percezione della qualità dei servizi sanitari della propria Regione e dell'assenza di risposte adeguate alla domanda di cura.

I cittadini che nel 2003 si rivolgono agli ospedali di altre Regioni sono circa 590.000 e sono in calo rispetto al 1998, quando erano 625.000 (tab. 5.5). Nel periodo 1998-2003 si registra un saldo di mobilità passivo in tutte le Regioni del Sud (tranne il Molise e, in parte, l'Abruzzo), nelle Marche, in Piemonte, Valle d'Aosta e Trento (tab. 5.5). In termini assoluti nel 2003 i saldi negativi maggiori si registrano in Campania (-44.000), Sicilia (-35.000) e Calabria (-34.000). Nel 2003 il flusso di utenti, provenienti soprattutto dalle Regioni del Sud, è assorbito principalmente da Lombardia (22,5%), Emilia-Romagna (13,3%) e Lazio (11,9%). Di contro la mobilità è generata soprattutto dalla Campania (11,6%), dalla Lombardia e dal Lazio (entrambe 8,6%).

Questi dati tuttavia scontano le dimensioni relative delle diverse Regioni, perché minore è la dimensione, maggiori sono i flussi in uscita. Per rappresentare l'attrazione e la fuga dei/dai sistemi sanitari regionali è necessario rapportare i dati della mobilità all'entità dei ricoveri regionali. Rispetto ai ricoveri dei residenti in Regione, le Regioni più attrattive sono il Molise (23,8% il tasso di attrazione), l'Umbria (16,8%) e l'Emilia-Romagna (13,4%). Tuttavia Molise e Umbria, a differenza dell'Emilia-Romagna, hanno anche una forte mobilità in uscita.

Incrociando i dati relativi all'attrazione di utenti da altre Regioni e alla fuga verso ospedali di altre Regioni, il *Rapporto Oasi 2005* (Anessi Pessina, Cantù 2005) classifica le Regioni in quattro categorie: attrattive, le Regioni i cui servizi sanitari sono percepiti di alta qualità; in deficit, le Regioni i cui livelli di offerta sono inferiori rispetto alla domanda o sono percepiti di bassa qualità; specializzate, le Regioni tendenzialmente piccole con forte mobilità sia attiva (per la presenza di alcune specialità) che passiva; autosufficienti, quelle con bassa mobilità in entrata e in uscita. Sono prevalentemente attrattive, nell'ordine, Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Friuli-V.G., Lazio, Veneto e Bolzano. Sono prevalentemente in deficit la Calabria, il Piemonte e la Campania. Sono prevalentemente autosufficienti, anche per ragioni geografiche, la Sardegna, la Sicilia e la Puglia. Le restanti Regioni, prevalentemente piccole, hanno una forte mobilità sia in uscita che in entrata.

Tabella 5.5

Mobilità ospedaliera tra Regioni (istituti pubblici e privati accreditati), acuti in regime ordinario. Anni 1998-2003

Regione	Anno 1998					
	Saldo mobilità	Tasso di attrazione	Tasso di fuga	Assorbimento da altre Regioni	Generazione mobilità	Saldo mobilità
Piemonte	-9.038	6,0	7,3	5,9	7,3	-6.548
Valle d'Aosta	-988	11,7	16,0	0,4	0,5	-1.896
Lombardia	72.392	8,4	4,0	21,2	9,6	82.054
P.A. Bolzano	6.524	11,1	4,2	1,7	0,6	6.815
P.A. Trento	-1.747	10,9	12,6	1,4	1,7	-4.475
Veneto	38.652	8,7	3,9	10,9	4,7	26.343
Friuli-V. G.	11.122	11,3	5,6	3,5	1,7	4.248
Liguria	14.318	13,1	8,5	6,1	3,9	5.113
Emilia-Romagna	53.992	12,3	5,1	14,1	5,5	45.311
Toscana	42.472	12,4	5,0	11,1	4,3	26.460
Umbria	8.288	14,2	9,2	3,4	2,1	8.513
Marche	-245	8,4	8,4	3,6	3,7	-2.364
Lazio	17.070	7,8	5,8	10,3	7,6	19.345
Abruzzo	-2.163	8,5	9,3	3,4	3,7	8.549
Molise	2.829	22,7	19,1	2,3	1,9	1.442
Campania	-49.454	2,3	7,3	3,4	11,3	-44.401
Puglia	-5.628	4,8	5,5	6,5	7,4	-14.303
Basilicata	-19.034	9,4	23,5	1,5	4,6	-13.705
Calabria	-33.009	3,6	11,4	2,2	7,4	-34.384
Sicilia	-41.563	2,2	8,3	2,2	8,9	-35.517
Sardegna	-5.108	0,5	3,6	0,7	1,6	-5.040
ITALIA	625.455*	9,1	8,7	5,5	4,8	590.251*

Fonte: Ns. elaborazioni su dati del Ministero della Salute, Rapporto Sdo 1998 e 2003

Note: (*) Totale dei ricoveri fuori Regione, esclusi i cittadini stranieri



Anno 2003				Differenza 1998-2003			
Tasso di attrazione	Tasso di fuga	Assorbimento da altre Regioni	Generazione mobilità	Tasso di attrazione	Tasso di fuga	Assorbimento da altre Regioni	Generazione mobilità
7,4	8,6	5,9	7,0	1,5	1,4	0,0	-0,3
11,6	21,9	0,3	0,6	-0,2	6,0	-0,1	0,1
9,9	4,0	22,5	8,6	1,5	0,0	1,3	-1,1
12,6	4,2	1,7	0,6	1,5	0,0	0,1	-0,1
11,0	17,4	1,0	1,8	0,1	4,8	-0,4	0,1
9,1	4,8	9,1	4,7	0,4	0,9	-1,7	0,0
9,1	6,4	2,4	1,6	-2,2	0,8	-1,1	-0,1
13,3	11,1	5,2	4,3	0,2	2,7	-0,9	0,5
13,4	6,1	13,3	5,6	1,2	1,0	-0,8	0,1
11,2	5,7	8,7	4,3	-1,2	0,7	-2,4	0,0
16,8	10,2	3,4	2,0	2,6	1,1	0,0	-0,1
9,1	10,1	3,2	3,6	0,7	1,6	-0,5	-0,1
8,9	6,6	11,9	8,6	1,2	0,8	1,6	1,0
12,2	9,1	5,3	3,8	3,7	-0,2	1,9	0,1
23,8	21,7	2,3	2,1	1,1	2,7	0,0	0,2
2,9	7,8	4,0	11,5	0,6	0,6	0,6	0,2
4,8	6,8	5,4	7,8	0,0	1,3	-1,1	0,4
10,8	24,5	1,4	3,7	1,5	1,0	-0,2	-0,9
3,9	13,9	2,0	7,8	0,3	2,5	-0,2	0,4
1,7	6,0	2,3	8,3	-0,5	-2,3	0,1	-0,5
2,0	3,9	0,9	1,7	1,5	0,3	0,2	0,2
9,8	10,0	5,3	4,8	0,7	1,3	-0,2	0,0

Dal 1998 al 2003 solo l'Abruzzo ha significativamente migliorato il saldo di mobilità, passando da un saldo passivo nel 1998 (-2.163) ad un saldo attivo nel 2003 (+8.549) (tab. 5.5). Rispetto al tasso di fuga, solo la Sicilia è riuscita a diminuire in maniera significativa il proprio tasso, passando da -8,3% a -6%. Di contro è aumentato significativamente il tasso di fuga, non compensato da un adeguato flusso attrattivo, in Valle d'Aosta (+6 punti), Provincia autonoma di Trento (+4,8), Liguria (+2,7) e Calabria (+2,5). D'altra parte il tasso di attrazione è aumentato notevolmente in Abruzzo (+3,7) e in Umbria (+2,6). Da segnalare, infine, la diminuzione del tasso di attrazione in Friuli-V.G. (-2,2) e Toscana (-1,2).

La mobilità sanitaria tra le Regioni è determinata da diversi fattori, non solo dalla mancanza di strutture ad alta tecnologia: la percezione della qualità dei servizi da parte dei cittadini, la disponibilità del sistema di offerta regionale, la posizione geografica/accessibilità delle Regioni confinanti, i flussi migratori per turismo o lavoro. Tuttavia dalla letteratura emerge come la reputazione dei sistemi sanitari regionali sia la variabile maggiormente esplicativa. In effetti, dall'osservazione dei flussi migratori e della soddisfazione degli utenti si rileva una minore fiducia nei confronti delle strutture del Sud, soprattutto in Calabria (e con l'eccezione dell'Abruzzo) ed una maggiore attrazione da parte delle Regioni del Nord, soprattutto Emilia-Romagna e Lombardia (con l'eccezione del Piemonte).

5. La speranza di vita

La speranza di vita rappresenta il numero di anni che mediamente restano da vivere alla nascita o ai sopravvissuti ad una età x . Da più di un secolo la sopravvivenza della popolazione italiana è in aumento, grazie alla drastica riduzione dei tassi di mortalità a tutte le età della vita. Nel corso del XX secolo la speranza di vita si è raddoppiata, sia negli uomini che nelle donne (Istat 2004). La speranza di vita alla nascita era di 42,8 anni nel triennio 1899-1902, mentre nel 2003 è di 76,8 anni per gli uomini e 82,5 anni per le donne. Anche le tendenze più recenti confermano questo positivo andamento della sopravvivenza. Nel periodo considerato, tra il 1996 e il 2003, la speranza di vita alla nascita è aumentata di 0,7 anni per le donne e di 1,5 anni per gli uomini (tab. 5.6). La maggiore longevità femminile, rispetto a quella maschile, è il risultato della minore mortalità delle donne.

Nel 2003 la vita media nelle Regioni mostra condizioni di sostanziale omogeneità, anche se si possono cogliere alcune differenze significative. La vita media maggiore, sia per gli uomini che per le donne, si registra in Toscana, mentre i valori peggiori in Campania. La differenza tra le due Regioni è di 2,2 anni per gli



uomini e 1,9 anni per le donne, un distacco rilevante. Il valore della Campania risulta particolarmente negativo anche se confrontato con le Regioni della stessa area geografica. Le Regioni nelle quali si vive più a lungo sono quelle del Centro per gli uomini (77,3) e quelle del Nord-Est per le donne (83,1). Le Regioni del Mezzogiorno sono quelle più svantaggiate per entrambi i sessi, con una speranza di vita alla nascita di 76,7 anni per i maschi e di 82,1 anni per le femmine (tab. 5.6).

Tra il 1996 e il 2003 la speranza di vita alla nascita è aumentata in tutte le Regioni, soprattutto al Sud per le femmine, che presentano comunque un'attesa di vita più bassa rispetto al Centro-Nord. Nei sette anni considerati l'aumento maggiore è stato per i maschi in Calabria (+2 anni) e per le femmine in Sicilia, Basilicata e Umbria (+1,4 anni). Al contrario i minori incrementi si evidenziano in Campania per i maschi (+1) e in Liguria per le femmine (+0,1).

La speranza di vita libera da disabilità, calcolata secondo il metodo di Sullivan (*Disability-free life expectancy*), è un indicatore che esclude dal calcolo gli anni di vita trascorsi con una disabilità. Con riferimento all'età anziana può essere un indicatore della capacità dei servizi sanitari di evitare o ritardare l'insorgere della disabilità. Negli anni fra il 1990 e il 1999 l'aspettativa di vita libera da disabilità è aumentata.

L'indicatore fornisce un quadro speculare a quanto visto sulla diffusione della disabilità tra la popolazione generale. Nel 1999-2000 la speranza di vita libera da disabilità (a 65 e a 75 anni) risulta peggiore al Sud, in Piemonte e in Valle d'Aosta (tab. 5.6). I risultati variano: per i maschi a 75 anni, gli anni di vita rimanenti sono compresi tra 6,1 anni in Sicilia a 9,0 in Trentino-A.A.; per le femmine tra 5,3 anni in Sicilia e 9,8 in Lombardia. In Sicilia sono presenti i valori peggiori, sia a 65 che a 75 anni, per entrambi i sessi. Il dato siciliano contiene un'altra peculiarità, che condivide con la Calabria e il Molise: per le donne la speranza di vita libera da disabilità è inferiore a quella degli uomini, a differenza di tutte le altre Regioni.

La popolazione delle Regioni del Centro-Nord gode quindi di un doppio vantaggio, perché non solo la speranza di vita è più lunga, ma sono anche maggiori gli ultimi anni di vita trascorsi in piena autosufficienza.

Tabella 5.6

Speranza di vita alla nascita per Regione. Anni 1996-2003
Speranza di vita libera da disabilità in età anziana. Anni 1999-2000

Regione	Speranza di vita alla nascita			
	Anno 1996		Anno 2003 (c)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte (a)	75,0	81,5	76,3	82,2
Valle d'Aosta (a)	75,0	81,5	76,3	82,2
Lombardia	74,7	82,1	76,6	82,7
Trentino-A.A.	76,0	83,0	77,0	83,3
Veneto	75,4	82,5	77,2	83,4
Friuli-V.G.	75,1	82,0	76,4	82,7
Liguria	74,9	81,8	76,6	81,9
Emilia-Romagna	76,0	82,4	77,1	82,9
Toscana	75,9	82,5	77,7	83,1
Umbria	76,3	82,4	77,9	83,8
Marche	76,7	82,8	78,0	83,7
Lazio	75,3	81,3	76,8	82,0
Abruzzo (b)	75,6	82,0	77,4	83,1
Molise (b)	75,6	82,0	77,4	83,1
Campania	74,5	80,0	75,5	81,2
Puglia	75,8	81,6	77,6	82,8
Basilicata	75,7	81,4	77,3	82,8
Calabria	75,4	81,5	77,4	82,3
Sicilia	75,0	80,2	76,7	81,6
Sardegna	75,2	82,2	76,5	82,8
ITALIA	75,3	81,7	76,8	82,5

Fonte: Istat, *Statistiche e indicatori sociali*; Istat, *Indagine sulle cause di morte, 2005*

Note: (a) Relativo a Piemonte e Valle d'Aosta

(b) Relativo ad Abruzzo e Molise

(c) Stime





Variaz. 1996-2003		Speranza di vita libera da disabilità a >64 anni 1999-2000			
		Maschi		Femmine	
Maschi	Femmine	65	75	65	75
1,3	0,7	13,2	6,7	16,1	8,2
1,3	0,7	13,6	7,4	16,2	8,6
1,9	0,6	13,8	7,4	17,5	9,8
1,0	0,3	14,9	9,0	16,5	8,9
1,8	0,9	14,0	7,8	16,5	9,0
1,3	0,7	13,8	7,5	16,4	8,8
1,7	0,1	14,3	7,5	16,4	8,6
1,1	0,5	14,5	8,1	16,2	8,3
1,8	0,6	14,2	7,5	15,4	7,6
1,6	1,4	14,6	7,9	15,4	7,5
1,3	0,9	14,3	7,6	15,8	7,8
1,5	0,7	13,6	7,3	16,0	8,1
1,8	1,1	13,5	6,7	15,5	7,6
1,8	1,1	14,7	8,1	14,6	7,3
1,0	1,2	12,8	7,0	13,8	6,7
1,8	1,2	13,3	6,8	13,9	6,7
1,6	1,4	13,7	7,3	14,0	6,7
2,0	0,8	13,6	7,3	13,1	6,2
1,7	1,4	12,7	6,1	12,1	5,3
1,3	0,6	13,1	6,7	14,4	6,9
1,5	0,8	13,7	7,3	15,2	7,7

6. La mortalità evitabile

Una causa di morte è detta “evitabile” quando si disponga delle conoscenze tecniche e di interventi sanitari capaci di ridurre o evitare il rischio di morte per quella causa. La mortalità evitabile è costituita dai decessi che si sarebbero potuti evitare grazie a tre tipologie di interventi del sistema sanitario: (i) la prevenzione primaria, ovvero la rimozione dei fattori di rischio che possono minacciare la salute (fattori ambientali, stili di vita disordinati), (ii) la diagnosi precoce e la terapia (ad es. screening e interventi per alcuni tipi di tumore) e (iii) gli interventi di igiene e di assistenza sanitaria, disponibili grazie al buon funzionamento dei servizi sanitari (ad es. terapia intensiva in caso di infarto). Mentre è dubbio il contributo del sistema sanitario nell’eliminare alcuni fattori di rischio (ad es. eliminazione del fumo, degli incidenti stradali), è invece determinante per il secondo e terzo tipo di cause, che sono legate alla disponibilità ed efficacia degli interventi sanitari. L’indicatore di mortalità evitabile permette quindi di evidenziare il carico di mortalità che si sarebbe potuto evitare con appropriati interventi.

È stato calcolato che nel 2002 in Italia si sarebbero potuti evitare 68.771 decessi, pari al 12,4% di tutti i decessi (Era 2006). Il numero di decessi evitabili è in continua riduzione ed è passato dal 15,3% nel 1995 al 12,4% nel 2002. Rispetto ai tre gruppi di interventi, le cause riconducibili alla prevenzione primaria incidono per il 63%, quelle relative alla prevenzione secondaria e alle terapie per l’11% e quelle legate all’igiene e assistenza sanitaria per il 26%. Il quadro nazionale dell’indice generale di mortalità evitabile⁴⁹ (comprendente tutte le cause di morte) è eterogeneo, ma mostra un vantaggio a favore delle Regioni del Centro-Sud: 10 delle prime 11 Regioni con il minor numero di giorni perduti sono del Centro-Sud (con l’eccezione di Campania e Sardegna) (tab. 5.7). Esiste uno scarto significativo tra il valore minimo di 9,9 giorni perduti nelle Marche e in Liguria e il valore massimo di 15,7 giorni della Valle d’Aosta. Nell’arco di tempo tra il 1996-98 e il 2000-02 le maggiori riduzioni, tuttavia, sono state ottenute nelle Regioni del Nord: in Friuli-V.G. (-1,5 giorni), Trentino-A.A. (-1,0 giorni), mentre solo due Regioni (Valle d’Aosta e Abruzzo) mostrano un peggioramento dell’indice (tab. 5.7). Dall’analisi per Asl si evidenzia, inoltre, che i territori con i risultati peggiori si trovano nelle zone montane (Valle d’Aosta e i territori settentrionali di Lombardia e Veneto).

⁴⁹ L’indicatore è calcolato come il numero (medio) di giorni perduti per abitante, di età compresa fra 5 e 69 anni, ogni anno per decessi evitabili. Il numero di giorni persi è stato calcolato, convenzionalmente, come distanza fra il momento del decesso evitabile e l’età media della morte generale rilevata nel triennio in esame (2000-02). Data la sua costruzione, l’indicatore attribuisce maggiore peso alle morti in età precoce.





Tabella 5.7

**Giorni perduti per cause evitabili pro-capite (5-69 anni) e Regione.
Anni 1996-1998 e 2000-2002**

Regione	Tutte le cause			Diagnosi precoce e assistenza sanitaria
	1996-98	2000-02	Differenza	2000-02
Piemonte	12,7	12,3	-0,5	4,2
Valle d'Aosta	15,0	15,7	0,7	4,7
Lombardia	12,3	11,5	-0,8	4,1
P.A. Bolzano	12,9*	12,2	-1,0	3,7
P.A. Trento	12,9*	11,5	-1,0	3,8
Veneto	12,1	11,2	-0,9	3,6
Friuli-V.G.	13,5	12,1	-1,4	4,0
Liguria	10,0	9,9	-0,1	3,9
Emilia-Romagna	11,9	11,3	-0,6	3,9
Toscana	10,0	10,0	0,0	3,6
Umbria	10,7	10,0	-0,7	3,8
Marche	10,0	9,9	-0,1	3,5
Lazio	11,1	11,1	0,0	4,4
Abruzzo	10,0	10,4	0,4	3,9
Molise	11,6	10,9	-0,7	4,3
Campania	12,4	11,6	-0,8	5,1
Puglia	10,6	10,2	-0,4	4,1
Basilicata	11,1	10,6	-0,5	4,0
Calabria	10,6	10,0	-0,6	4,1
Sicilia	11,1	10,6	-0,5	4,5
Sardegna	12,9	12,1	-0,8	4,2
Italia	11,6	11,1	-0,5	4,2

Fonte: Elaborazioni Era 2006 su dati Istat, triennio 2000-2002

Note: L'indicatore è calcolato come il numero (medio) di giorni perduti per abitante, di età compresa fra 5 e 69 anni, ogni anno per decessi evitabili. Il numero di giorni persi è calcolato, convenzionalmente, come distanza fra il momento del decesso evitabile e l'età media della morte generale rilevata nel triennio in esame (2000-2002)

(*) Dati relativi al Trentino-A.A.

Il quadro regionale cambia profondamente se si considerano invece solo il gruppo di cause diagnosi precoce e assistenza sanitaria, la cui responsabilità è riconducibile al funzionamento dei servizi sanitari. Le Regioni del Centro-Nord, ad eccezione di Valle d'Aosta, Piemonte e Lazio, presentano i più bassi valori di mortalità evitabile, mentre quattro Regioni del Sud – Molise, Campania, Sicilia e Sardegna – i valori peggiori (tab. 5.7). In Campania (5,1 giorni) il valore supera la media nazionale del 23%. Valori elevati sono presenti anche in Lombardia, Puglia e Calabria.

7. La mortalità infantile

La mortalità infantile è il rapporto tra i deceduti nel primo anno di vita e i nati vivi ed è un indicatore utilizzato per rappresentare il funzionamento dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri, anche se la mortalità infantile è un fenomeno abbastanza circoscritto (circa 2.000 decessi all'anno).

Tra il 1993 e il 2002 il tasso di mortalità infantile è diminuito di circa 25 punti per 10.000 nati vivi, sia per le femmine che per i maschi. Il tasso di mortalità infantile è superiore per i maschi (46,8) rispetto alle femmine (39,7).

La mortalità infantile segna un netto divario tra Nord e Sud, perché nelle Regioni meridionali si registrano ancora quozienti più alti che nel resto del Paese. La Sicilia è la Regione dove si riscontra il valore più elevato di decessi: 69 per i maschi e 63 per le femmine, contro una media nazionale di 47 per i maschi e 40 per le femmine (tab. 5.8). Seguono nella graduatoria altre Regioni del Sud, la Basilicata per i maschi (64) e la Puglia per le femmine (58).

Negli ultimi dieci anni (1993-2002), nonostante la riduzione generalizzata, non si è ancora verificata una convergenza tra le Regioni. Per i maschi i decrementi maggiori si sono verificati al Centro-Sud (Campania, Umbria e Molise) e così pure per le femmine (Basilicata, Toscana, Abruzzo, Campania, Sardegna). In 3 Regioni, inoltre, il tasso di mortalità femminile è peggiorato (Molise, Friuli-V.G. e Trento) (tab. 5.8).



Tabella 5.8

Mortalità infantile per tutte le cause (a). Anni 1993-2002
(quozienti per 10.000 nati vivi)

Regione	Anno 1993		Anno 2002 (b)		Decrementi di mortalità 1993-02	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte e V. d'Aosta	59,9	63,2	36,8	33,7	-23,1	-29,5
Lombardia	54,1	46,9	39,5	31,0	-14,6	-15,9
P.A. Bolzano	52,5	42,3	35,8	25,3	-16,7	-17,0
P.A. Trento	51,4	22,4	35,8	25,3	-15,6	2,9
Veneto	62,0	47,6	33,4	24,7	-28,6	-22,9
Friuli-V.G.	50,0	23,9	26,2	28,2	-23,8	4,4
Liguria	61,2	62,0	41,5	41,4	-19,7	-20,6
Emilia-Romagna	60,8	56,5	43,1	27,3	-17,7	-29,2
Toscana	60,1	62,5	31,8	25,7	-28,3	-36,8
Umbria	68,7	47,6	30,2	30,0	-38,5	-17,6
Marche	53,6	41,3	39,3	35,9	-14,3	-5,4
Lazio	74,9	54,4	48,2	40,8	-26,7	-13,6
Abruzzo	72,2	75,3	50,2	41,7	-22,0	-33,6
Molise	81,9	31,2	50,2	41,7	-31,7	10,5
Campania	96,4	81,5	55,0	48,0	-41,4	-33,5
Puglia	87,6	72,9	62,6	57,8	-25,0	-15,1
Basilicata	74,8	86,4	63,8	42,6	-11,0	-43,8
Calabria	89,4	75,8	59,9	55,8	-29,5	-20,0
Sicilia	94,7	71,4	69,0	63,4	-25,7	-8,0
Sardegna	69,7	66,4	44,2	35,8	-25,5	-30,6
ITALIA	74,2	62,4	46,8	39,7	-27,4	-22,7

Fonte: Ns. elaborazioni su dati Ministero della Salute, Relazione sullo stato sanitario del Paese 1996; Istat, Indagini su cause di morte, 2005

Note: (a) Tasso di mortalità infantile: rapporto tra il numero di decessi avvenuti nel primo anno di vita ed il numero di nati vivi (per 10.000 nati vivi)

(b) Nel 2002 sono accorpate i dati di Bolzano e Trento, e di Abruzzo e Molise (oltre che, come negli anni precedenti, di Valle d'Aosta e Piemonte)

8. La soddisfazione per i servizi sanitari

L'Istat, attraverso l'Indagine Multiscopo, rileva periodicamente il grado di soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi ricevuti durante il ricovero ospedaliero e al medico di base. I dati delle ultime due indagini (Istat 2002b) mostrano un gradimento elevato nelle Regioni del Nord, mentre le percentuali sono inferiori alla media nazionale nel Sud (eccetto in Molise) e in alcune Regioni del Centro (Marche e Lazio) (tab. 5.9). Le più alte percentuali di gradimento si registrano a Trento e Bolzano per l'assistenza medica in ospedale (circa 65%, il doppio della media nazionale) e per l'assistenza infermieristica (circa 70%, il doppio della media nazionale), per i servizi igienici (circa il 68%; tre volte la media nazionale a Bolzano) e per la comodità degli orari (l'80%). Al contrario i valori più bassi si registrano in Campania per l'assistenza medica (18,4%), in Calabria per l'assistenza infermieristica (19%), in Sicilia e Puglia per i servizi igienici (16%), in Sardegna per la comodità di orario (51%).

Rispetto all'indagine del 1998 si evidenzia il netto miglioramento nella percezione dell'utenza riguardo all'assistenza medica e infermieristica in Umbria e Molise, tra le peggiori nel 1998, i cui valori sono raddoppiati nel 2001 e sono sopra la media nazionale (tab. 5.9). Nello stesso periodo è peggiorata notevolmente la percezione dell'assistenza medica in Emilia-Romagna (da 46% a 33%) e Valle d'Aosta (da 52% a 38%).



Tabella 5.9

Persone molto soddisfatte dei servizi ospedalieri (per 100 ricoverati). Anno 2001

Regione	Anno 2001			
	Assistenza medica	Assistenza infermieristica	Servizi igienici	Comodità degli orari
Piemonte	45,0	45,6	36,0	71,8
Valle d'Aosta	38,2	49,3	47,1	81,0
Lombardia	42,0	43,0	33,7	74,2
P.A. Bolzano	67,5	65,9	76,8	79,9
P.A. Trento	63,7	74,2	55,1	80,7
Veneto	49,9	51,2	45,7	75,7
Friuli-V.G.	50,2	48,7	46,6	74,4
Liguria	52,7	44,8	32,7	75,5
Emilia-Romagna	33,1	35,1	30,1	73,9
Toscana	34,9	37,4	19,8	69,2
Umbria	45,4	47,7	47,4	66,8
Marche	33,9	36,4	26,5	66,9
Lazio	33,8	27,2	18,3	61,7
Abruzzo	25,0	22,4	20,2	66,4
Molise	37,7	38,1	37,1	71,2
Campania	18,4	20,1	16,3	63,2
Puglia	21,2	21,7	15,7	53,3
Basilicata	21,9	23,2	20,4	60,5
Calabria	18,6	18,7	16,8	52,8
Sicilia	26,6	23,8	15,6	56,4
Sardegna	35,2	33,4	22,5	51,4
ITALIA	34,5	34,1	26,8	67,9

Fonte: Istat, Servizio "Struttura e dinamica sociale"



CAPITOLO 6

LA COERENZA INTERNA E I RISULTATI DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI



Dopo avere esaminato i principali dati di struttura, attività, spesa e la loro evoluzione nel periodo 1995-2005, si effettua una sintesi degli indicatori per ogni area di indagine e, attraverso questi, una valutazione di coerenza dei sistemi sanitari regionali nel rispondere ai bisogni e alla domanda di salute.

1. Il metodo di confronto

I sistemi sanitari regionali sono organizzazioni sociali complesse, la cui ragione d'essere è la capacità di rispondere ai bisogni di salute della popolazione. I bisogni di salute possono variare tra le Regioni e le risorse necessarie per fronteggiarli dovrebbero essere proporzionate alla loro intensità (il che richiederebbe non uno standard unico nazionale, come ad esempio per i posti-letto ospedalieri, ma diversificato). Tuttavia la funzionalità dei servizi – in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza, qualità – dovrebbe essere tendenzialmente uniforme su tutto il territorio nazionale e l'impatto sullo stato di salute il più elevato possibile. Lo schema interpretativo a cui si fa riferimento per giudicare la coerenza dei sistemi regionali è del seguente tipo:

*Popolazione → Bisogni → Domanda → Risorse → Efficienza → Spesa → Risultati
(Offerta)*

La popolazione regionale, più o meno anziana, esposta a fattori di rischio e affetta da malattie croniche, genera un *bisogno* di salute, che si traduce in una *domanda* di prestazioni sanitarie. Qualora sussista uno scarto tra i due valori, si possono evidenziare situazioni di bisogni insoddisfatti o di eccesso di domanda (ad es. per induzione dall'offerta). Le *risorse* umane e tecnologiche – l'offerta – dovrebbero essere commisurate al livello di bisogno/domanda ed essere utilizzate in modo *efficace, efficiente e appropriato*, erogando servizi di buona qualità. La domanda di prestazioni e l'efficienza produttiva del sistema di erogazione deter-

minano, quindi, il livello di *spesa* e la sua composizione, che può essere valutato come valore medio per abitante. Da ultimo, risorse e spesa influiscono sullo stato di salute della popolazione, producendo *risultati* di salute (*outcomes*) valutabili in termini di allungamento e/o miglioramento della qualità di vita.

Il processo che lega queste variabili è di tipo circolare (*loop*), perché se i servizi sono inadeguati, inefficienti o inefficaci producono liste d'attesa e il ritorno dei bisogni di salute, che di nuovo richiedono di essere soddisfatti. Inoltre lo schema interpretativo può essere letto anche in senso inverso, perché il conseguimento di buoni risultati di salute o il buon funzionamento del sistema possono ridurre l'ammontare dei bisogni e il volume delle risorse necessarie per soddisfarli.

Un approccio di questo tipo, imperniato sulla lettura “in orizzontale” degli indicatori, richiede uno sforzo di interpretazione basato più sull'analisi qualitativa dei dati, che non sulle tecniche statistiche⁵⁰. L'approccio impiegato, infatti, è abbastanza semplice e basato: (i) sulla suddivisione delle Regioni in quartili per ognuno degli indicatori elementari, (ii) sulla successiva aggregazione degli indicatori nelle aree dei fenomeni indagati (ad es. bisogni, offerta, risultati) attraverso *pesi* attribuiti agli indicatori elementari e (iii) sul confronto tra due o più aree di fenomeno (ad es. bisogni e domanda). Dal confronto può scaturire un giudizio di *coerenza* quando i due fenomeni ricadono nello stesso quartile e sono quindi “proporzionati”, mentre sono valutati come incoerenti se sussiste uno scarto di almeno 0,25 punti tra di essi, l'equivalente di un quartile. Ad esempio, se una Regione presenta un indicatore sintetico di bisogno di 0,73 e di domanda di 0,35 si può supporre che vi siano bisogni insoddisfatti e quindi un'incongruenza del sistema. Si è preferito il metodo per quartili, definiti attorno alla mediana, piuttosto che il metodo basato sulla media e la deviazione standard ($\pm\sigma$), perché in quest'ultimo caso il dato medio nazionale avrebbe assunto un significato di ottimalità, giudizio che non sempre è legittimo (ad es. riguardo alla prevalenza dei bisogni di salute tra le Regioni)⁵¹. La distribuzione delle Regioni per quartili ha il significato di un “posizionamento” relativo (alto/basso) rispetto al comportamento di tutte le altre, e non di valore cardinale. I pesi sono stati definiti all'interno del gruppo di ricerca e possono risentire di una certa soggettività di giudizio, anche se sono state esplorate diverse ipotesi di ponderazione. Nella tabella 6.1 sono illustrati gli indicatori impiegati, il loro peso e il significato del valore massimo (1) dei quartili, mentre nella figura 6.1 si evidenzia come

⁵⁰ Sono state condotte anche elaborazioni statistiche, attraverso le correlazioni lineari multiple e l'analisi delle componenti principali, con classificazione gerarchica per *cluster*, senza peraltro pervenire a risultati soddisfacenti, in chiave di politica sanitaria.

⁵¹ In diversi casi, inoltre, le Regioni collocate oltre la deviazione standard sono poco numerose.



si procede alla costruzione degli indicatori sintetici, relativamente all'area dei bisogni di salute.

Il confronto tra i sistemi sanitari regionali si sviluppa attraverso i seguenti passaggi:

- a) livello dei bisogni sanitari e domanda di prestazioni
- b) domanda e offerta di servizi
- c) bisogni, domanda, offerta di servizi e spesa sanitaria
- d) spesa sanitaria, funzionalità dei servizi e risultati di salute
- e) coerenza o incoerenza dei sistemi sanitari regionali.

I dati impiegati nel confronto tra le Regioni sono quelli più recenti disponibili e sono tratti dai capitoli precedenti.

2. I bisogni di salute e la domanda di prestazioni

I bisogni di salute della popolazione sono rappresentati da diversi indicatori (tra parentesi sono indicati i pesi utilizzati per l'indicatore di sintesi) (tab. 6.1):

- Fragilità (0,3)
 - anziani oltre 64 anni (0,2)
 - persone in condizioni di povertà (0,1)
- Fattori di rischio (0,15)
 - forti fumatori (0,05)
 - forti consumatori di alcool (0,05)
 - obesi (0,05)
- Morbosità (0,15)
 - persone con o più malattie croniche (0,15)
- Disabilità (0,20)
 - somma di disabili con almeno 1 Adl e ricoverati in Rsa (0,20)
- Mortalità (0,20)
 - tassi di mortalità per tutte le cause (0,20).

Tabella 6.1

Indicatori semplici e sintetici per la valutazione della coerenza dei sistemi sanitari. Anno più recente

Aree di coerenza	Peso indicatori		Significato del valore 1
	parziale	totale	
BISOGNO		1	<i>maggiore bisogno di assistenza sanitaria</i>
<i>Fragilità</i>		0,30	<i>maggiore fragilità</i>
Anziani >64 anni (% su popolazione)	0,20		<i>indice maggiore</i>
Persone in povertà (%)	0,10		<i>indice maggiore</i>
<i>Fattori di rischio</i>		0,15	<i>maggiore rischio di malattie</i>
Consuma oltre 20 sigarette/giorno (%)	0,05		<i>indice maggiore</i>
Consuma oltre 1/2 litro vino/giorno (%)	0,05		<i>indice maggiore</i>
Obesi > 18 anni (%)	0,05		<i>indice maggiore</i>
<i>Morbosità, disabilità, mortalità</i>		0,55	<i>peggiori condizioni di salute</i>
Persone con 2+ malattie croniche	0,15		<i>indice maggiore</i>
Disabili in almeno 1 Adl	0,20		<i>indice maggiore</i>
Mortalità per tutte le cause	0,20		<i>indice maggiore</i>
DOMANDA (a)		1	<i>maggiore domanda di assistenza sanitaria</i>
<i>Farmaci</i>		0,18	<i>maggiore consumo di farmaci</i>
Ddd pesate pro-capite	0,18		<i>indice maggiore</i>
<i>Ospedale</i>		0,52	<i>maggiore ricorso all'ospedale</i>
T. ospedalizzazione ricoveri ordinari	0,44		<i>indice maggiore</i>
T. ospedalizzazione ricoveri diurni	0,08		
<i>Specialistica</i>		0,15	<i>maggiore utilizzo di prestazioni</i>
Branche specialistiche principali pro-capite	0,08		<i>indice maggiore</i>
Analisi laboratorio pro-capite	0,04		<i>indice maggiore</i>
Medicina fisica e riabil. pro-capite	0,03		<i>indice maggiore</i>
<i>Rsa</i>		0,10	<i>maggiore ricorso alle strutture residenziali</i>
Ospiti in presidi residenziali per 1.000 anziani	0,10		<i>indice maggiore</i>
<i>Adi</i>		0,05	<i>maggiore ricorso all'Adi</i>
Casi in Adi	0,05		<i>indice maggiore</i>
OFFERTA		1	<i>maggiore dotazione di servizi</i>
<i>Cure primarie</i>		0,35	<i>maggiore disponibilità</i>
Adulti per Mmg	0,06		<i>minore numero di assistiti</i>
Bambini per Pls	0,02		<i>minore numero di assistiti</i>
Ambulatori e labor. pubb. e accred. per 1.000 ab.	0,17		<i>indice maggiore</i>
Posti in strutt. residenziali e semires. per 1.000 ab.	0,10		<i>indice maggiore</i>
<i>Ospedali</i>		0,40	<i>maggiore disponibilità</i>
Posti-letto ordin. pubblici e accreditati per 1.000	0,34		<i>indice maggiore</i>
Posti-letto diurni pubblici e accreditati per 1.000	0,06		<i>indice maggiore</i>



Aree di coerenza	Peso indicatori		Significato del valore 1
	parziale	totale	
<i>Personale e tecnologie (per 1.000 ab.)</i>		0,25	<i>maggiore disponibilità</i>
Personale SSN	0,20		<i>indice maggiore</i>
Acceleratore lineare	0,01		<i>indice maggiore</i>
Apparecchio per emodialisi	0,01		<i>indice maggiore</i>
Gamma camera	0,01		<i>indice maggiore</i>
Tac	0,01		<i>indice maggiore</i>
Trm	0,01		<i>indice maggiore</i>
GESTIONE		1	<i>migliore funzionalità e qualità dei servizi</i>
<i>Efficienza (ospedaliera)</i>	1	0,34	<i>migliore efficienza</i>
Tasso utilizzo p.letto	0,225		<i>indice maggiore</i>
Indice di rotazione	0,225		<i>indice maggiore</i>
Ricoveri per addetto ponderati per lcm	0,225		<i>indice maggiore</i>
Degenza media pre-operatoria	0,100		<i>indice minore</i>
lcm - Indice di case mix	0,225		<i>indice maggiore</i>
<i>Appropriatezza</i>	1	0,33	<i>migliore appropriatezza</i>
Parti cesarei su totale parti	0,10		<i>percentuale minore</i>
Dimessi da reparti chirurgici con Drg medico	0,10		<i>percentuale minore</i>
Ricoveri per diabete	0,10		<i>percentuale minore</i>
Ricoveri per asma	0,10		<i>percentuale minore</i>
Tasso di ospedalizzazione (> 74)	0,10		<i>percentuale minore</i>
Dimissione volontaria	0,10		<i>percentuale minore</i>
Dimissione presso struttura o servizio territoriale	0,10		<i>percentuale maggiore</i>
Ricoveri in Dh di 43 Drg	0,30		<i>percentuale minore</i>
<i>Qualità dei servizi e soddisfazione</i>	1	0,33	<i>migliore qualità e soddisfazione</i>
Personale sanitario (med+infern) per p.letto	0,30		<i>maggiore dotazione</i>
Saldo mobilità ricoveri (%)	0,40		<i>saldo positivo maggiore</i>
Soddisfaz. assistenza medica	0,08		<i>maggiore soddisfazione</i>
Soddisfaz. assistenza infermieristica	0,08		<i>maggiore soddisfazione</i>
Soddisfaz. servizi igienici	0,08		<i>maggiore soddisfazione</i>
Soddisfaz. comodità degli orari	0,08		<i>maggiore soddisfazione</i>
SPESA		1	<i>maggiore spesa</i>
<i>Spesa per abitante (compresa mobilità)</i>	1,00		<i>valore maggiore</i>
RISULTATI (esiti)		1	
Speranza di vita alla nascita (M+F)	0,10		<i>maggiore speranza di vita</i>
Speranza di vita libera da disabilità a 75 anni	0,40		<i>maggiore speranza di vita</i>
Mortalità evitabile	0,30		<i>indice minore</i>
Tasso di mortalità infantile	0,20		<i>indice minore</i>

Fonte: Indicatori elaborati sui dati delle tabelle dei cap. da 1 a 5

Note: (a) I pesi sono stati desunti dalla composizione della spesa sanitaria (escluse le componenti non considerate)

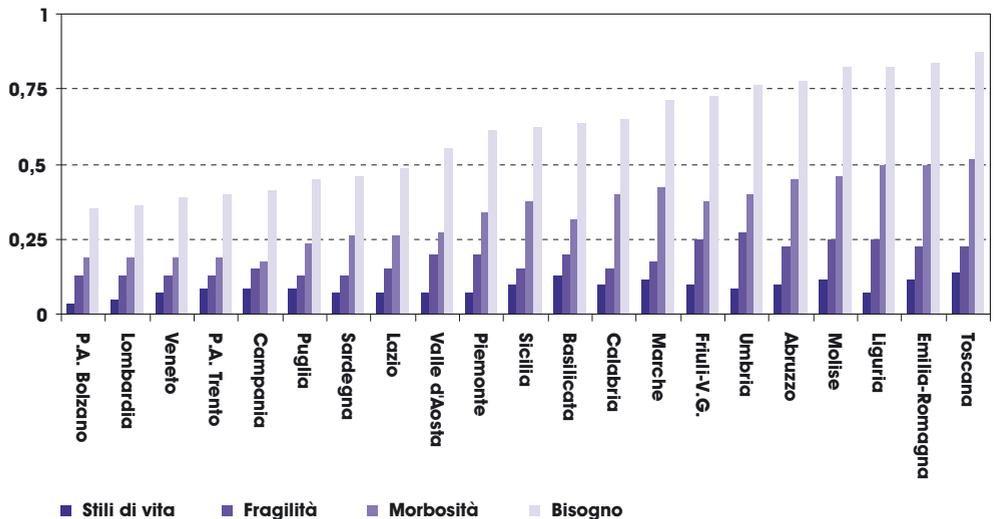
I valori percentuali che rappresentano i diversi livelli di bisogno e la classificazione delle Regioni per quartili sono illustrati nella figura 6.1. Secondo l'indice sintetico, le Regioni che presentano i valori più elevati di bisogno (4° quartile) sono una Regione del Nord, due del Centro e due del Sud:

- Abruzzo
- Molise
- Liguria
- Emilia-Romagna
- Toscana (max: 0,88).

I valori particolarmente elevati di queste Regioni sono dati dagli indici di fragilità (anziani) e di morbosità-mortalità (fig. 6.1). Al contrario, le Regioni con i valori più bassi sono quattro Regioni del Nord e due del Sud, nelle quali la struttura demografica relativamente giovane si accompagna a bassi valori di morbosità/mortalità:

- Campania
- P.A. Trento
- Veneto
- Lombardia
- P.A. Bolzano (min: 0,35).

Figura 6.1
Bisogni sanitari



Nell'insieme, 9 Regioni presentano livelli di bisogno inferiori alla mediana (indicatore $< 0,50$)⁵² e 12 superiori. La domanda di prestazioni sanitarie è espressa dai seguenti indicatori (quantità di prestazioni/abitante)⁵³:

- Farmaci (0,18)
 - *Ddd (dosi definite die) (0,18)*
- Ricoveri ospedalieri (0,52)
 - *ordinari (0,44)*
 - *diurni (0,08)*
- Specialistica (0,17)
 - *branche specialistiche principali (0,08)*
 - *laboratorio (0,04)*
 - *medicina fisica e riabilitativa (0,03)*
- Ricoveri in Rsa (0,10)
 - *numero di ospiti (0,10)*
- Assistenza territoriale (0,05)
 - *casi in Adi (0,05)*.

Le Regioni che evidenziano i livelli di domanda più elevata sono:

Bolzano

Abruzzo

Lazio

Molise

Sicilia (max: 0,84)

dove, in particolare, la domanda di ricovero ospedaliero è molto accentuata; il Molise e Bolzano presentano un basso consumo di farmaci, ma un'elevata domanda di prestazioni specialistiche. Al contrario, le Regioni con i valori più bassi risultano essere:

Veneto

Piemonte

P.A. Trento

Toscana

Valle d'Aosta (min: 0,39).

In queste Regioni risultano molto basse, rispetto alle altre, sia la domanda di ricoveri ospedalieri (comprensiva della mobilità inter-regionale), che di farmaci e di prestazioni specialistiche.

⁵² La Valle d'Aosta pur avendo un indicatore di quartile pari a 0,55 è considerata tra quelle con bassi livelli di bisogno.

⁵³ I pesi sono stati desunti dalla spesa per i Lea del 2000, escludendo le prestazioni non presenti negli indicatori.

Il giudizio sulla congruenza tra i livelli di bisogno e di domanda espressa si può ottenere dal confronto tra i rispettivi indici sintetici e la posizione nei quartili. Accostando i livelli di bisogno a quelli di domanda (fig. 6.2) emergono tre tipologie di comportamenti:

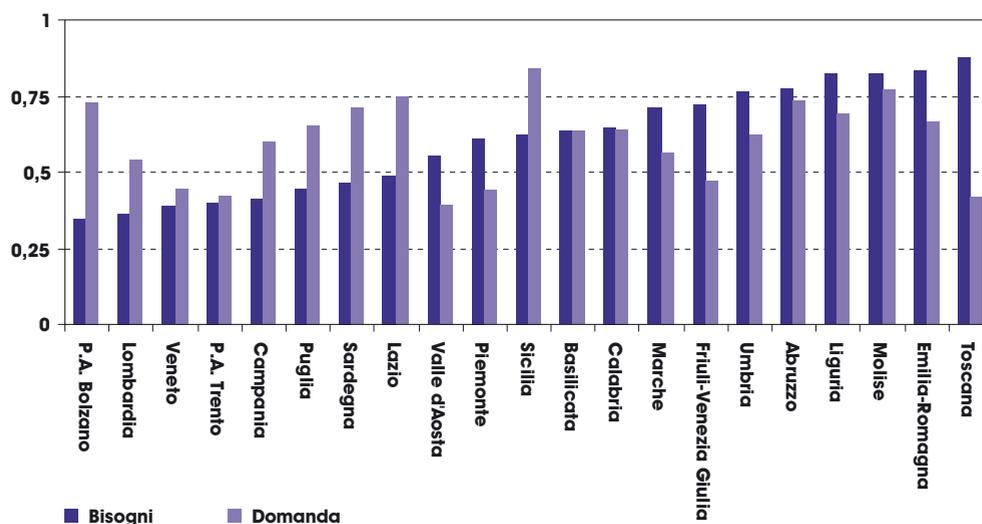


178

Bisogni potenzialmente insoddisfatti	Equilibrio	Eccesso potenziale di domanda
Friuli-V.G. Toscana	Lombardia Veneto P.A. Trento Valle d'Aosta Piemonte Sicilia Basilicata Calabria Marche Umbria Abruzzo Liguria Molise Emilia-Romagna Campania Puglia	P.A. Bolzano Sardegna Lazio

La maggioranza delle Regioni (16) presenta un sostanziale equilibrio tra i bisogni e la domanda espressa, anche se con situazioni al limite per Sicilia (+) ed Emilia-Romagna (-). In 3 Regioni si verifica invece un probabile eccesso di domanda, rispetto ai bisogni, e in 2 Regioni una situazione di bisogni potenzialmente insoddisfatti (Friuli-V.G. e Toscana). Per i 3/4 delle Regioni si registra quindi una situazione in cui i bisogni si possono esprimere in un adeguato livello di domanda.

Figura 6.2
Confronto tra bisogni e domanda



3. La domanda di prestazioni e l'offerta di servizi sanitari

L'offerta di servizi sanitari si può rappresentare come l'offerta di cure primarie, di servizi ospedalieri e la dotazione di personale e di grandi apparecchiature sanitarie:

- Cure primarie (0,35)
 - *Adulti per Mmg (0,06)*
 - *Bambini per Pls (0,02)*
 - *Ambulatori e laboratori pubblici e accreditati (0,17)*
 - *Posti in strutture residenziali e semi-residenziali (0,10)*
- Strutture ospedaliere (0,40)
 - *posti-letto ordinari pubblici e privati accreditati (0,34)*
 - *posti-letto day hospital pubblici e privati accreditati (0,6)*
- Personale e tecnologie (0,25)
 - *personale del Ssn per 1.000 abitanti (0,20)*
 - *grandi apparecchiature tecnologiche per 1.000 abitanti (0,05).*

Le Regioni che presentano l'offerta di servizi sanitari più elevata sono:
Emilia-Romagna
Toscana

Molise
Abruzzo
Lazio (max: 0,95).

In queste Regioni la componente di servizi ospedalieri è particolarmente elevata, rispetto alle altre Regioni (eccetto in Toscana); risulta elevata anche la dotazione di personale e tecnologie. Le Regioni con le dotazioni inferiori presentano una bassa presenza anche di posti-letto e sono:

Veneto
Piemonte
Campania
Puglia
Valle d’Aosta (min: 0,39).

Un primo tipo di confronto riguarda la congruità tra domanda e offerta di servizi (dati non presentati), che rivela una situazione di sostanziale equilibrio in 18 Regioni, un apparente eccesso di offerta in Friuli-V.G. e Toscana e un reale eccesso a Trento.

Se tuttavia il confronto viene effettuato anche con i bisogni sanitari e la loro congruità con la domanda, la situazione finale appare leggermente diversa dalla precedente (fig. 6.3):

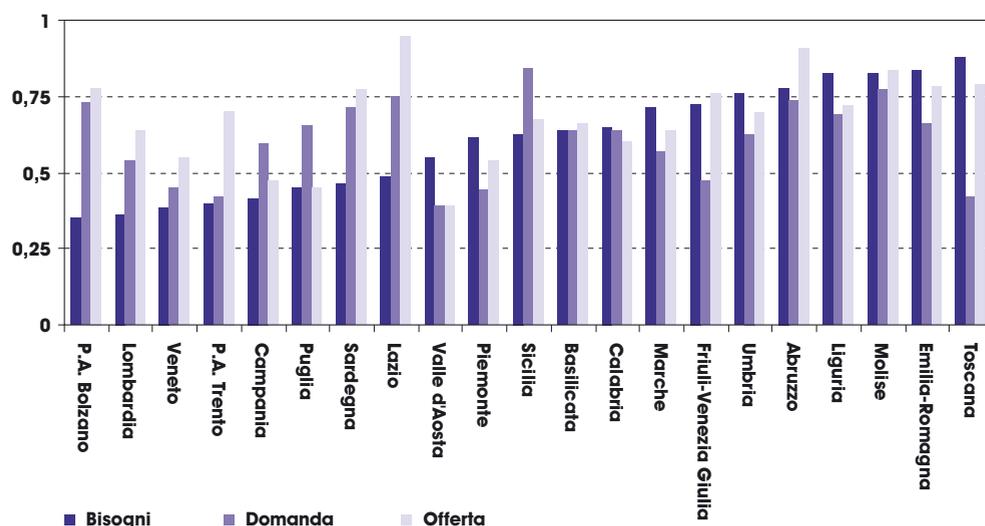
Carenza di offerta	Equilibrio	Eccesso di offerta
	Veneto	P.A. Bolzano
	Campania	Lombardia
	Puglia	P.A. Trento
	Valle d’Aosta	Sardegna
	Piemonte	Lazio
	Sicilia	
	Basilicata	
	Calabria	
	Marche	
	Friuli-V.G.	
	Umbria	
	Abruzzo	
	Liguria	
	Molise	
	Emilia-Romagna	
	Toscana	

In 16 Regioni si riscontra una situazione di sostanziale equilibrio tra bisogni-domanda-offerta di servizi, mentre appare un eccesso di offerta in tre Regioni del



Nord (Lombardia, Bolzano e Trento), in Lazio e in Sardegna. Mentre a Trento l'offerta sembra eccessiva rispetto sia ai bisogni che alla domanda, a Bolzano, in Lombardia, Lazio e Sardegna l'offerta risulta adeguata alla domanda, che tuttavia è giudicata eccessiva rispetto ai bisogni (si potrebbe ipotizzare un'induzione della domanda da parte dell'offerta).

Figura 6.3
Confronto tra bisogni-domanda-offerta



4. La gestione e la funzionalità dei servizi sanitari

La gestione dei servizi sanitari si può rappresentare attraverso le dimensioni dell'efficienza, dell'appropriatezza organizzativa, della qualità assistenziale e della soddisfazione dei pazienti. Gli indicatori prescelti, che di fatto riguardano il settore ospedaliero, sono:

- Efficienza ospedaliera (0,34)
 - tasso di utilizzo dei posti-letto (0,225)⁵⁴
 - indice di rotazione (0,225)
 - ricoveri per addetto ponderati per Icm (0,225)
 - degenza media pre-operatoria (0,10)

⁵⁴ I pesi degli indicatori elementari sono relativi alla loro area specifica.

- *indice di case mix (0,225)*
- *Appropriatezza (0,33)*
 - *parti cesarei (0,10)*
 - *dimessi da reparti chirurgici con Drg medico (0,10)*
 - *ricoveri per diabete (0,10)*
 - *ricoveri per asma (0,10)*
 - *tasso ospedalizzazione >74 anni (0,10)*
 - *dimissioni volontarie (0,10)*
 - *dimissioni presso servizi territoriali (0,10)*
 - *ricoveri in Dh dei 43 Drg (0,30)*
- *Qualità dei servizi e soddisfazione (0,33)*
 - *personale sanitario per posti-letto (0,30)*
 - *saldo mobilità dei ricoveri (0,40)*
 - *soddisfazione per assistenza medica (0,08)*
 - *soddisfazione per assistenza infermieristica (0,08)*
 - *soddisfazione per servizi igienici (0,08)*
 - *soddisfazione per comodità orari (0,08).*

Le Regioni del Sud presentano i peggiori indici di efficienza, appropriatezza e qualità dei servizi sanitari (ospedalieri). Tutte le 8 Regioni sono, infatti, posizionate sui livelli più bassi e, in particolare:

Basilicata

Sicilia

Sardegna

Puglia

Calabria (min: 0,31)

mentre le Regioni del Centro-Nord si collocano sui valori più elevati:

Piemonte

Liguria

Friuli-V.G.

Umbria

Toscana (max: 0,79).

I valori di eccellenza per l'efficienza ospedaliera sono detenuti da Toscana, Bolzano, Campania, Lazio e Liguria, quelli di appropriatezza da Piemonte, Valle d'Aosta, Toscana, Friuli-V.G., Emilia-Romagna, mentre quelli della qualità da Umbria, Lombardia, Toscana, Friuli-V.G. e Liguria.

5. La spesa sanitaria, i bisogni, la domanda e l'offerta di prestazioni



La spesa sanitaria considerata è la media per abitante degli anni 2003-05, corretta con le compensazioni per la mobilità interregionale⁵⁵. Anche per la spesa si sono esaminati i quartili e non gli scostamenti dalla media nazionale. Il livello assoluto di spesa per abitante e lo scostamento dalla media nazionale, infatti, non sono di per sé significativi, se non si accostano agli indicatori di bisogno e di domanda. Un primo tipo di confronto viene effettuato, quindi, in ogni Regione rispetto ai bisogni di salute, passando attraverso il livello di domanda e di offerta dei servizi (fig. 6.4). Il confronto dev'essere considerato parziale, perché il livello di spesa va rapportato anche agli indicatori di funzionalità dei servizi e, soprattutto, ai risultati di salute. La situazione appare la seguente:

Carenza di spesa	Equilibrio	Eccesso di spesa
Toscana (+B+O)	Piemonte (-D-O)	Valle d'Aosta (-B-D-O)
Umbria (+B)	Lombardia (+D+O)	P.A. Bolzano (-B-D-O)
Puglia (+D+O)	Veneto (+O)	P.A. Trento (-B-D-O)
Basilicata (+B+D+O)	Friuli-V.G. (-D)	Lazio (-B-D)
Calabria (+B+D+O)	Liguria (-D-O)	
Sicilia (+B+D+O)	Emilia-Romagna	
	Marche	
	Abruzzo	
	Molise	
	Campania	
	Sardegna (+D+O)	

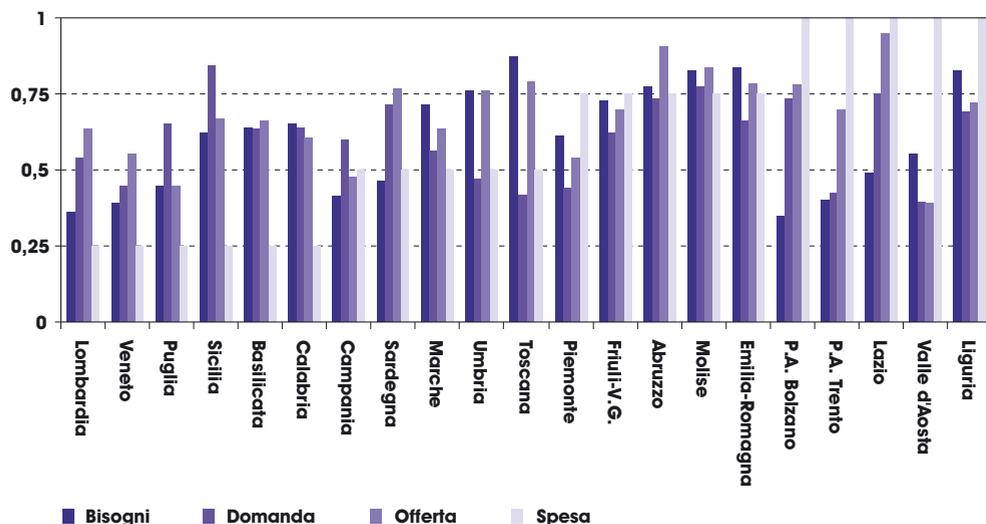
Note: B=bisogni sanitari, D=domanda, O=offerta; + =valore elevato, - = valore basso rispetto alla spesa

La situazione tra bisogni di salute, domanda di prestazioni, offerta di servizi e spesa appare bilanciata in 11 Regioni, anche se in alcune si evidenziano problemi di bassa domanda rispetto ai bisogni o alla spesa registrata. Sembra vi siano invece problemi di scarsi livelli di spesa, rispetto ai bisogni e alla domanda espressa, in 2 Regioni del Centro e in 4 del Sud. Nelle due Province autonome, in Valle d'Aosta e in Lazio si rilevano invece problemi opposti di elevati livelli di spesa a fronte di bassi livelli di bisogni e domanda di prestazioni.

⁵⁵ La spesa non è stata pesata perché in questa sede interessa il valore pro-capite da contrapporre ai bisogni e alla domanda sanitaria.

Figura 6.4

Confronto tra bisogni-domanda-offerta-spesa



6. Spesa sanitaria, funzionalità dei servizi e risultati di salute

Una valutazione più completa circa l'adeguatezza del livello di spesa regionale si ottiene accostando la spesa sanitaria, da un lato, agli indicatori gestionali (efficienza, appropriatezza, qualità) e, dall'altro, agli indicatori di risultato o di impatto sulla salute.

Come indicatori di risultato sono stati individuati quelli che sembrano avere maggiore attinenza con il funzionamento del servizio sanitario (tab. 6.1):

- Risultati di salute (1,0)
 - speranza di vita alla nascita (0,10)
 - speranza di vita libera da disabilità a 75 anni (0,40)
 - mortalità evitabile per diagnosi precoce e assistenza sanitaria (0,30)
 - tasso di mortalità infantile (0,20).

Le Regioni che offrono i migliori risultati di salute sono:

Toscana

Umbria

P.A. Bolzano

P.A. Trento

Veneto (max: 0,99)

mentre quelle con i risultati peggiori sono:

Sardegna

Calabria

Puglia

Sicilia

Campania (min: 0,25).



Umbria e Toscana presentano anche i migliori indici gestionali, mentre Sardegna, Sicilia, Puglia e Calabria i peggiori indici, a riprova che l'efficienza, l'appropriatezza e la qualità dei servizi sanitari (ospedalieri) possono avere un impatto sulle condizioni di salute.

Diversamente dalle precedenti valutazioni, la relazione tra il livello di spesa pro-capite e gli indicatori di funzionalità e di salute non è di tipo proporzionale, ma "normativo". Si assume, in altri termini, che a prescindere dal livello di offerta e di spesa regionale il sistema sanitario debba garantire elevati standard di funzionalità e di salute. La relazione tra queste variabili può essere, infatti, sia di tipo diretto che indiretto: la maggiore disponibilità di risorse reali e monetarie può favorire migliori risultati gestionali e di salute, ma anche una bassa spesa può essere la conseguenza di un'elevata efficienza dei servizi e di bassi livelli di bisogni sanitari, espressione di buone condizioni di salute. Rispetto a queste variabili dicotomizzate⁵⁶ le Regioni si possono suddividere in quattro gruppi (fig. 6.5 e tab. 6.2).

Tra le Regioni con bassi livelli di spesa, ma elevati risultati, sono paradigmatici i casi di Lombardia, Veneto, Marche, Umbria e Toscana. Al contrario le Regioni con bassa spesa e bassi risultati sono tutte nel Sud: Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna. Tra le Regioni con elevata spesa ed elevati risultati si trovano Piemonte, Friuli-V.G., Emilia-Romagna e le due Province autonome di Bolzano e Trento. Invece le Regioni che presentano elevati livelli di spesa, ma scarsi risultati sono, in particolare, Valle d'Aosta, Lazio e Liguria.

⁵⁶ Si considera come "bassa" la spesa pro-capite compresa nei primi due quartili (da 0 a 0,5) e come "alta" quella nei due quartili più alti (da 0,51 a 1,0). I risultati sono considerati alti o bassi se rispetto al livello di spesa si collocano almeno in un quartile superiore o inferiore.



Figura 6.5
Confronto tra spesa-gestione-risultati di salute

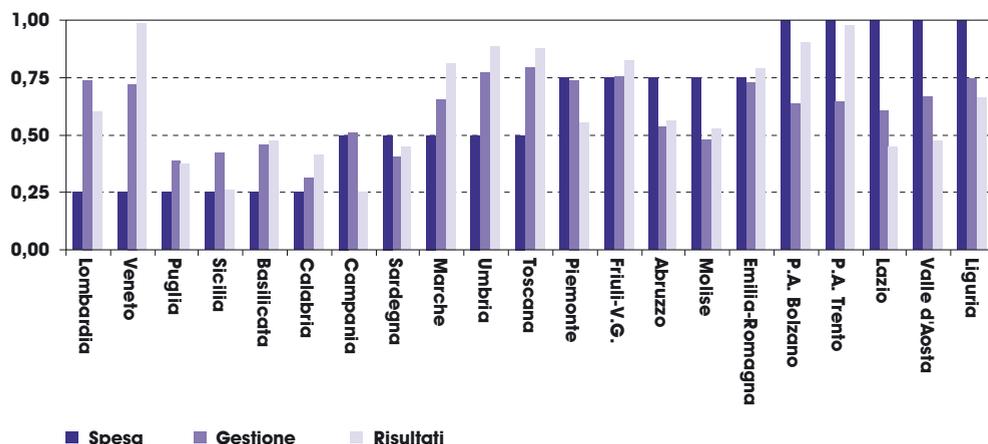


Tabella 6.2
Livelli di spesa sanitaria e risultati (funzionalità e salute)

		RISULTATI	
		BASSI	ALTI
SPESA PRO-CAPITE	ALTA (> 0,5)	Valle d'Aosta Liguria Lazio Abruzzo Molise	Piemonte P.A. Bolzano P.A. Trento Friuli-V.G. Emilia-Romagna
	BASSA (< 0,5)	Puglia Basilicata Calabria Sicilia Sardegna	Lombardia Veneto Marche Umbria Toscana Campania

Fonte: Ns. elaborazioni sui dati dei cap. 1-5

Note: Le aree evidenziate in azzurro rappresentano delle criticità per i risultati

7. Un tentativo di valutazione della coerenza intrinseca dei sistemi sanitari regionali

Coerentemente con il modello interpretativo proposto e sulla base degli indicatori sintetici illustrati si può procedere ad una valutazione della coerenza



interna dei sistemi sanitari nel rispondere ai bisogni di salute. Il confronto è basato su due passaggi logici: (i) la congruenza tra bisogni-domanda-offerta e livello di spesa sanitaria e (ii) il rendimento della spesa sotto il profilo della funzionalità dei servizi e dei risultati di salute prodotti. I due passaggi non sono altro che quelli esposti nei due paragrafi precedenti. Gli indicatori di sintesi e la valutazione dei sistemi sanitari regionali sono illustrati nella tabella 6.3, nella quale sono anche indicati i punti di forza e di debolezza delle varie Regioni. In questa sede il confronto è circoscritto al Servizio sanitario pubblico, anche se si è consapevoli che la salute dei cittadini dipende altresì dalla disponibilità di reddito e dall'accesso ai servizi privati a pagamento.

I sistemi sanitari regionali si possono classificare in tre gruppi (tab. 6.3):

I. Sistemi *coerenti* (10):

Piemonte
Lombardia
Veneto
Friuli-V.G.
Liguria
Emilia-Romagna
Toscana
Umbria
Marche
Abruzzo

II. Sistemi *parzialmente incoerenti* (5):

a) per eccesso di spesa
P.A. Bolzano
P.A. Trento
b) per scarsità di risultati
Molise
Campania
Sardegna

III. Sistemi *incoerenti* (6):

a) per eccesso di spesa
Valle d'Aosta
Lazio
b) per difetto di spesa
Puglia
Basilicata
Calabria
Sicilia.

Tabella 6.3

Valutazione di coerenza dei sistemi sanitari regionali

Regione	INDICATORI SINTETICI						POSIZIONAMENTO				
	Bisogni	Domanda	Offerta	Gestione	Spesa	Esiti	Bisogni	Domanda	Offerta	Gestione	Spesa
Piemonte	0,61	0,44	0,54	0,74	0,75	0,55	+++	++	+++	+++	+++
Valle d'Aosta	0,55	0,39	0,39	0,67	1,00	0,48	+++	++	++	+++	++++
Lombardia	0,36	0,54	0,64	0,74	0,25	0,60	++	+++	+++	+++	+
P.A. Bolzano	0,35	0,73	0,78	0,64	1,00	0,90	++	+++	++++	+++	++++
P.A. Trento	0,40	0,42	0,70	0,64	1,00	0,98	++	++	+++	+++	++++
Veneto	0,39	0,45	0,55	0,72	0,25	0,99	++	++	+++	+++	+
Friuli-V.G.	0,73	0,47	0,76	0,75	0,75	0,83	+++	++	++++	++++	+++
Liguria	0,83	0,69	0,72	0,75	1,00	0,66	++++	+++	+++	++++	++++
Emilia-Romagna	0,84	0,66	0,79	0,73	0,75	0,79	++++	+++	++++	+++	+++
Toscana	0,88	0,42	0,79	0,79	0,50	0,88	++++	++	++++	++++	++
Umbria	0,76	0,63	0,70	0,77	0,50	0,89	++++	+++	+++	++++	++
Marche	0,71	0,57	0,64	0,65	0,50	0,81	+++	+++	+++	+++	++
Lazio	0,49	0,75	0,95	0,61	1,00	0,45	++	++++	++++	+++	++++
Abruzzo	0,78	0,74	0,91	0,54	0,75	0,56	++++	+++	++++	+++	+++
Molise	0,83	0,77	0,84	0,48	0,75	0,53	++++	++++	++++	++	+++
Campania	0,41	0,60	0,48	0,51	0,50	0,25	++	+++	++	+++	++
Puglia	0,45	0,65	0,45	0,39	0,25	0,38	++	+++	++	++	+
Basilicata	0,64	0,64	0,66	0,46	0,25	0,48	+++	+++	+++	++	+
Calabria	0,65	0,64	0,61	0,31	0,25	0,41	+++	+++	+++	++	+
Sicilia	0,63	0,84	0,67	0,42	0,25	0,26	+++	++++	+++	++	+
Sardegna	0,46	0,71	0,77	0,40	0,50	0,45	++	+++	++++	++	++

Fonte: Ns. elaborazioni sui dati dei cap. 1-5



Salute	VALUTAZIONE del SISTEMA	Modello istituzionale	Punti di debolezza	Punti di forza
+++	coerente	misto-quasi integrato	bisogni insoddisfatti?	gestione, esiti
++	incoerente	integrato	domanda insoddisfatta?, eccesso spesa, esiti	gestione
+++	coerente	separato	eccesso di offerta, bassa spesa (pubblica)	gestione, esiti
++++	parz. incoerente	integrato	eccesso domanda e spesa	gestione, esiti
++++	parz. incoerente	integrato	eccesso offerta e spesa	gestione, esiti
++++	coerente	integrato		gestione, esiti
++++	coerente	misto-quasi separato	bisogni insoddisfatti?	gestione, esiti
+++	coerente	misto-quasi integrato	bisogni insoddisfatti?	gestione, esiti
++++	coerente	misto-quasi integrato	bisogni insoddisfatti?	gestione, esiti
++++	coerente	misto-quasi integrato	bisogni insoddisfatti?, bassa spesa	gestione, esiti
++++	coerente	misto-quasi integrato	bassa spesa	gestione, esiti
++++	coerente	misto-quasi integrato	bassa spesa?	gestione, esiti
++	incoerente	misto-quasi separato	eccesso domanda, offerta, spesa, esiti	gestione
+++	coerente	integrato	esiti	gestione, esiti
+++	parz. incoerente	integrato	gestione, esiti	esiti
+	parz. incoerente	misto-quasi separato	gestione, esiti	gestione
++	incoerente	misto-quasi integrato	gestione, bassa spesa, esiti, domanda insodd.?	
++	incoerente	misto-quasi integrato	gestione, bassa spesa, esiti	
++	incoerente	misto-quasi integrato	gestione, bassa spesa, esiti	
++	incoerente	misto-quasi separato	gestione, bassa spesa, esiti, domanda insodd.?	
++	parz. incoerente	integrato	gestione, esiti, induzione domanda?	



Il gruppo dei sistemi sanitari *coerenti* è il più numeroso (10 Regioni) e comprende i sistemi nei quali sussiste proporzionalità tra livelli di bisogno sanitario alto (ad es. Toscana, Umbria) o basso (ad es. Lombardia, Veneto) e livello di spesa. La spesa può essere relativamente bassa (ad es. nei quattro casi citati) perché gli indicatori di funzionalità sono molto elevati e consentono il controllo della spesa sanitaria. In tutti i sistemi, comunque, i risultati sullo stato di salute sono molto adeguati o comunque superiori alla mediana.

Il gruppo dei sistemi *parzialmente incoerenti* comprende le due Province autonome di Trento e Bolzano che presentano livelli di spesa eccessivi, rispetto ai bisogni di salute di una popolazione relativamente giovane, ma offrono eccellenti servizi sotto il profilo gestionale e dei risultati di salute. Comprende anche tre Regioni del Sud (Molise, Campania, Sardegna), nelle quali il livello di spesa è adeguato ai bisogni, ma sono piuttosto scarsi i risultati gestionali e, soprattutto, di salute.

Infine il gruppo dei sistemi *incoerenti* comprende 2 Regioni (Valle d'Aosta e Lazio) che evidenziano livelli di spesa eccessivi, rispetto ai bisogni presenti, con risultati gestionali e di salute non eccezionali. Comprende anche 4 Regioni del Sud (Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia) che, a fronte di bisogni sanitari nella media del Paese, dispongono di bassi livelli di spesa e, oltretutto, con scarsi risultati nella funzionalità dei servizi e per la salute della popolazione.

Come si può osservare non esiste una netta distinzione *geografica* tra Regioni del Nord e del Sud nella coerenza/incoerenza dei sistemi sanitari, anche se il maggior numero di sistemi coerenti sono riscontrabili nel Centro-Nord e quelli incoerenti nel Sud (tab. 6.3). Diversi sistemi regionali si possono assumere come esempi di giusto equilibrio tra le diverse componenti e di eccellenza nei risultati (Friuli-V.G., Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche), ma su tutti sembra prevalere quello del Veneto, che è capace di graduare la risposta ai bisogni di salute, non particolarmente elevati, con un'adeguata offerta ed una bassa spesa sanitaria (con risorse aggiuntive e ridotti deficit), e soprattutto con una funzionalità dei servizi e con risultati di salute di assoluto rilievo.

Da ultimo, la coerenza non sembra una prerogativa di un particolare modello *istituzionale* di organizzazione delle Aziende sanitarie, perché tra i modelli integrati sono presenti alcuni sistemi incoerenti (Valle d'Aosta, Lazio, Puglia, Calabria), così come tra quelli misti (Basilicata) (tab. 6.3). Il modello separato della Lombardia è coerente, offre buoni risultati gestionali e di salute, ma sembra sovra-dimensionato nell'offerta, rispetto ai bisogni.

PARTE SECONDA

LA CAPACITÀ DI GOVERNANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI





CAPITOLO 7

LA STRUTTURA E I MECCANISMI DI GOVERNANCE DELLE REGIONI

In questo capitolo si riportano le interviste e le risposte al questionario dei Direttori generali dell'Assessorato alla Sanità (v. Allegato 3).

1. L'organizzazione e le risorse umane degli Assessorati regionali alla Sanità

L'organizzazione e la dotazione di risorse umane degli Assessorati alla Sanità (o alla Salute o come sono denominati nelle varie Regioni) sono un elemento cruciale per la capacità di governo del sistema sanitario. Se la Regione è la capogruppo della rete aziendale, l'Assessorato rappresenta il punto di snodo delle relazioni e il centro delle operazioni di indirizzo, programmazione e controllo delle Aziende sanitarie. Il volume di risorse finanziarie che l'Assessorato deve controllare è equiparabile a quello delle grandi imprese: la Lombardia governa un volume di spesa di circa 15 miliardi di euro, il Lazio e la Campania di 10 miliardi e anche le più piccole Regioni come la Basilicata e le due Province autonome di Trento e Bolzano arrivano a circa 1 miliardo di euro. Le principali strutture di supporto all'Assessorato sono l'Agenzia per i servizi sanitari e l'Osservatorio epidemiologico regionale.

Assessorato alla Sanità. Le risposte al questionario sul personale dell'Assessorato sono assolutamente carenti e non si comprende se sia per difficoltà di calcolo o per ritegno a diffondere l'informazione. Gli unici dati raccolti riguardano la Toscana (che dichiara 285 addetti), la Basilicata (circa 60 addetti) e la Sardegna (94 addetti) (tab. 7.1)⁵⁷.

⁵⁷ Da informazioni ufficiose si conosce inoltre che i dipendenti dell'Assessorato alla Sanità in Lombardia sono circa 250 e in Campania circa 400.



Tabella 7.1

La struttura organizzativa regionale

Regione	Assessorato		
	Addetti	Punti di forza	Punti di debolezza
Lombardia	n.d.	- Elevata professionalità - Esperienza - Conoscenza approfondita del sistema sanitario regionale	- La ricerca di ulteriori professionalità da integrare per il presidio delle relazioni con il governo centrale
Veneto	n.d.	- Compattezza gruppo dirigenziale - Chiara divisione compiti	- Mancanza organo controllo organizzativo - Mancanza collegamento tra Segreteria e Direzioni
Emilia-Romagna	n.d.	- Integrazione fra servizi - Concertazione con le Aziende sanitarie - Elevato sviluppo di strumenti per la programmazione	- Tempistica, legata alla scelta di una politica di concertazione - Non eccellente integrazione con gli altri Assessorati della Regione
Toscana	285	n.d.	n.d.
Lazio	n.d.	- Presenze di alcune eccellenze in campo clinico, diagnostico e terapeutico - Presenza di ottimi professionisti - Consolidata buona pratica della maggior parte delle grandi strutture ospedaliere	- Un'unica Direzione regionale articolata in 19 aree, senza livelli di dirigenza intermedi tra il Direttore regionale e i Direttori delle singole aree
Campania	n.d.	n.d.	n.d.
Puglia	n.d.	- Esperienza professionale da parte degli operatori maturata negli anni (Assessorato ha un organico dove molti operatori sono in prossimità della pensione)	- Scarsità di personale; l'Assessorato ha in organico poche decine di persone
Basilicata	60	- Organizzazione del processo - Coinvolgimento degli uffici mediante riunioni frequenti del Comitato di direzione - Coinvolgimento di risorse umane delle ASL secondo metodiche di rete	- Carenza di risorse umane, vari profili professionali - Basso livello di interazione tra uffici dell'area sanitaria ed uffici dell'area sociale - Basso presidio delle problematiche ispettive
Sardegna	94	- Costituzione di due Direzioni generali per la sanità e per le politiche sociali - Sviluppo del lavoro intersettoriale - Processo di adeguamento del sistema informativo - Adeguamento professionale e culturale del personale	- Carenza della dotazione organica - Assenza di figure specialistiche



Agenzia sanitaria regionale			Osservatorio epidemiol. regionale		
Presenza	Addetti	Organizzazione	Presenza	Addetti	Organizzazione
no non è prevista	-	-	sì	n.d.	È strettamente collegato agli uffici aventi analoghe funzioni ed attività a livello territoriale, nelle ASL
sì (2003)	2	- Accreditamento-qualità - Economico-finanziario	sì	15	- Epidemiologia - Statistica
sì (1995)	n.d.	http://asr.regione.emilia-romagna.it/ast/index.htm L'Agenzia si occupa di ricerca, sviluppo ed innovazione	-	-	Le funzioni sono state in parte assorbite dall'Agenzia, in parte dal S.I. dell'Assessorato
sì (1998)	n.d.	LR 24/2/2005 n. 40 - Titolo VII - capo I	-	-	-
sì (1999)	n.d.	- Gestione sistemi informativi - Analisi tecnica dei dati sulla produzione e sul funzionamento delle strutture eroganti delle prestazioni sanitarie	sì (1985)	n.d.	n.d.
sì (1996)	54	n.d.	sì (1990)	4	n.d.
sì (2001)	n.d.	Supporto tecnico-amministrativo e di rappresentanza della Regione a livello nazionale	sì (1986)	n.d.	n.d.
-	-	-	sì	3	- Mortalità - Morbosità - Registri di patologia
no ma è prevista	-	-	sì	7	Organizzato all'interno dell'Assessorato, in un unico settore, con un budget per il 2006 di 40 mila euro

La scarsità di personale e la mancanza di professionalità specifiche sono denunciate come i principali punti di debolezza dalle Regioni del Sud (Puglia, Basilicata e Sardegna). La Lombardia, invece, lamenta la difficoltà di reperire professionalità “per il presidio delle relazioni con il governo centrale”. Gli altri problemi denunciati riguardano soprattutto la scarsa integrazione e la mancanza di coordinamento interno (Veneto, Basilicata), o con gli altri Assessorati (Emilia-Romagna) o l’inadeguata struttura organizzativa (unica Direzione articolata in 18 aree in Lazio; due Direzioni in Campania e 16 settori).

I punti di forza dell’organizzazione dell’Assessorato sono indicati nell’elevata professionalità (Lombardia), compattezza del gruppo dirigenziale con chiara divisione dei compiti (Veneto), nell’integrazione fra i servizi, nella capacità di concertazione con le Aziende sanitarie e, quindi, nell’elevato sviluppo di strumenti di programmazione (Emilia-Romagna), nell’esperienza professionale (Puglia, Lombardia), nel coinvolgimento degli uffici mediante riunioni frequenti (Basilicata).

La valutazione degli Assessori sull’adeguatezza e la funzionalità dello staff dell’Assessorato si esprime in alcuni casi con giudizi estremamente lusinghieri (ottimo in Lombardia, eccellente in Campania), in altri con giudizi più cauti (buono in Veneto e Lazio, adeguato in Toscana) e realistici nelle Regioni del Sud, che tengono conto di alcune criticità: in Puglia, Basilicata e Sardegna si sottolineano le carenze numeriche, ma anche l’esperienza che garantisce comunque il funzionamento (Puglia), l’esigenza di nuove figure apicali e professionalità (Basilicata) e l’impreparazione alla programmazione (Sardegna) (tab. 8.3).

Agenzia sanitaria regionale. L’Agenzia (variamente denominata) è presente in quasi tutte le Regioni (Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania) o è prevista (Sardegna), mentre è assente in Basilicata e, per propria scelta, in Lombardia. La dotazione di personale e l’organizzazione dell’Agenzia, tuttavia, sono molto diverse tra le Regioni. È stata costituita tra il 1995 e il 1999 ed è molto bene strutturata in Emilia-Romagna, Lazio e Campania (54 unità di personale), mentre è più recente (2001-03) e ancora scarsamente dotata di personale in Veneto (2 addetti) e Puglia. L’organizzazione interna e le sue funzioni sono diversificate. In Toscana l’Agenzia si occupa di ricerca e sviluppo e di innovazione. In Lazio gestisce i sistemi informativi e svolge analisi tecniche dei dati sulla produzione e il funzionamento delle strutture erogatrici. In Puglia esercita un supporto tecnico-amministrativo e di rappresentanza della Regione a livello nazionale (tab. 7.1).

Il giudizio dell’Assessore sulla funzionalità dell’Agenzia è molto positivo nelle Regioni del Centro-Sud (“eccellente” in Campania, “buono” in Lazio e in Puglia “svolge un ruolo fondamentale”), mentre è più critico in Veneto (“buono, ma da incrementare in professionalità e risorse”) e, soprattutto, in Toscana dove emergono alcuni aspetti critici (“funzionamento problematico per le relazioni con gli

uffici regionali”) (tab. 8.3). Quest’ultima valutazione – la criticità dei rapporti e il rischio di sovrapposizione con gli uffici dell’Assessorato – sembra alla base del rifiuto della Lombardia di dotarsi di un’Agenzia autonoma.

Osservatorio epidemiologico regionale. Nelle Regioni in cui non è presente l’Agenzia, alcune funzioni sono svolte dall’Osservatorio epidemiologico regionale, che non è una struttura separata, ma un ufficio dell’Assessorato alla Sanità (Lombardia, Basilicata e Sardegna) (tab. 7.1). Nelle Regioni in cui funziona l’Agenzia si hanno casi in cui le funzioni dell’Oer sono state assorbite da questa (Emilia-Romagna, Toscana) e casi in cui le due strutture coesistono, come in Veneto e Campania. La dotazione di personale varia da un minimo di 3 unità in Basilicata, 4 unità in Campania, 7 in Sardegna e 15 in Veneto. La Sardegna dichiara un budget dell’Osservatorio pari a 40 milioni di euro. Non sono note le situazioni di Lazio e Puglia.

Molto positiva è in generale la valutazione degli Assessori nei confronti dell’Osservatorio epidemiologico. Il suo funzionamento è valutato ottimo in Lombardia, eccellente in Campania, fondamentale in Puglia, buono in Lazio e adeguato in Basilicata (tab. 8.3).

2. Il sistema di programmazione e controllo a livello regionale e locale

Il sistema di programmazione e controllo – a livello regionale e locale – presenta diversi gradi di sviluppo nelle Regioni esaminate. Alcune Regioni dispongono di un Piano sanitario regionale molto aggiornato (Lombardia 2007-09, Toscana 2005-07), altre di un Piano recente, relativo al triennio 2002-04 (Lazio, Campania, Puglia), altre ancora di un Piano approvato alla fine degli anni Novanta (Veneto 1996-98, Emilia-Romagna 1999-2001, Basilicata 1997-99). La Sardegna sta deliberando il nuovo Psr (2006-08 approvato dalla Giunta regionale nel novembre 2005), perché quello attualmente in vigore risale al 1985. Tuttavia quattro di queste Regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Puglia), pur avendo un Piano molto aggiornato, sono alle prime esperienze di programmazione – almeno in senso formale – perché il Piano approvato nel 2002 è il primo Piano sanitario dall’istituzione del Ssn (tab. 4.1).

Il Psr si traduce, a sua volta, in una serie di obiettivi annuali da raggiungere (per il sistema sanitario e per i Direttori generali delle Aziende sanitarie) e di Piani attuativi (o strategici) locali, adottati dalle Asl e dalle Aziende ospedaliere.

Tutte le Regioni esplicitano gli obiettivi annuali del Servizio sanitario regionale in vari documenti politici, adottati annualmente (le “regole di funzionamento del Ssr” in Lombardia, il documento di programmazione sanitaria in Veneto,



Emilia-Romagna, Sardegna), o per un triennio (Campania, Basilicata) (tab. 7.2).

Inoltre ai Direttori generali delle Aziende sanitarie sono assegnati annualmente degli obiettivi, stabiliti dalla Giunta regionale, per l'incentivazione economica prevista dal contratto. Purtroppo le informazioni su questo punto sono risultate piuttosto lacunose (tab. 7.8).

A differenza degli anni Novanta, il processo di programmazione annuale o, nei termini di Anthony (1990), di controllo direzionale, è divenuto oggi molto più partecipato e più governato da parte della Regione. Il processo di programmazione annuale prevede tre momenti cruciali che sono: (i) in fase di impostazione del bilancio per il nuovo esercizio, l'esposizione degli obiettivi regionali ai Dg delle Aziende sanitarie e la loro condivisione, (ii) il monitoraggio periodico dei risultati (trimestralmente per il conto economico) e (iii) la verifica finale a consuntivo. Il processo può risultare più o meno partecipato, secondo che la Regione intavoli con i Dg delle Aziende sanitarie discussioni e negoziazioni sugli obiettivi e le risorse conseguenti, oppure che il rapporto tra Regione e Aziende sia di tipo discendente (*top down*) e in certa misura impositivo, volto alla semplice comunicazione degli obiettivi regionali (capitolo 9; Longo et al. 2003).

Il coinvolgimento delle Aziende sanitarie, nella sua forma più completa e partecipata, è descritto e attuato dall'Emilia-Romagna in quattro fasi (tab. 7.2):

- 1) proposta di riparto annuale delle risorse tra le Asl;
- 2) discussione sulle risorse, concertazione sugli indirizzi di programmazione;
- 3) monitoraggio trimestrale dell'andamento economico-finanziario e verifica infra-annuale (settembre) sia economica, sia degli obiettivi;
- 4) verifica a consuntivo, a seguito della presentazione del bilancio d'esercizio.

Il processo ha inizio con la proposta regionale di ripartizione del Fondo sanitario tra le Asl e la comunicazione degli obiettivi alle Aziende sanitarie, a cui segue una fase interlocutoria di condivisione degli obiettivi (anche sulla base dei risultati conseguiti nel ciclo precedente) e di assegnazione delle risorse. In questa fase avviene la concertazione con la Regione e tra le Aziende e la formalizzazione degli impegni nel "Piano delle attività". Nel corso dell'esercizio sono programmati incontri mensili con i Dg e il monitoraggio del progressivo di bilancio, che culmina con la verifica di settembre, sia sugli obiettivi economici, sia sugli altri obiettivi. Nel corso dell'esercizio successivo avviene la verifica formale dei risultati, con la presentazione del bilancio consuntivo. Si tratta di un processo molto strutturato e bi-direzionale, nel quale è sviluppata la fase di "ascolto" da parte della Regione.

Un processo simile, seppure meno formalizzato, ha luogo anche in Toscana e, dal 2003, in Lombardia, mentre la Basilicata si sta muovendo in questa direzione dal 2005-06. In Toscana la concertazione degli obiettivi locali, anche di carat-

tere socio-assistenziale, spetta alle “Società della salute”⁵⁸, mentre quella dell’attività ospedaliera all’Area vasta⁵⁹ (tab. 7.8).

In quasi tutte le Regioni del campione il processo di programmazione annuale risulta molto partecipato, sia in fase di impostazione e condivisione degli obiettivi, sia in fase di monitoraggio nel corso dell’esercizio, che prevede una verifica formale sui rendiconti trimestrali e incontri mensili con i Direttori generali delle Aziende sanitarie (addirittura quindicinali in Basilicata) (tab. 7.8) per discutere le problematiche emergenti. In alcune Regioni l’informazione sul coinvolgimento delle Aziende sanitarie non risulta disponibile (Lazio), oppure i rapporti appaiono più formali e affidati alla Relazione annuale aziendale sull’attuazione del Psr (Puglia) o delegati alla direzione dell’area 19 “Programmazione sanitaria”, non alla Direzione generale dell’Assessorato (Campania) (tab. 7.2).

Il processo di programmazione annuale si conclude con una verifica formale sui risultati raggiunti e sul bilancio d’esercizio solo in Emilia-Romagna, Basilicata e Sardegna, mentre in tutte le altre Regioni la verifica coincide con quella dell’operato del Direttore generale (Lombardia, Veneto, Toscana, Puglia, Basilicata). Manca l’informazione per il Lazio.

Molte Regioni sembrano attribuire scarso rilievo alla predisposizione della “Relazione annuale sullo stato sanitario e sui risultati di gestione” (prevista dall’art. 1 D.Lgs. 229/99), perché non ottemperano a questo obbligo (Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Campania, Basilicata, Sardegna). La Relazione costituisce un importante momento di rendicontazione alla popolazione e allo Stato sull’utilizzo delle risorse e sui risultati di salute raggiunti.

Stando alle dichiarazioni degli intervistati sembra invece che la presentazione di una Relazione annuale sia più frequente da parte delle singole Aziende sanitarie. In Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Puglia risulta che tutte le Asl e le Ao predispongono una relazione annuale. In Basilicata è predisposta da una sola Asl. Non si hanno informazioni per Lazio, Campania e Sardegna. Molte Aziende pubblicano sul proprio sito Internet la Relazione annuale o il Bilancio sociale, che quindi è facilmente accessibile a chi ha familiarità con questi strumenti di informazione. Tuttavia a gran parte della popolazione non è offerta una comunicazione diretta dei risultati raggiunti.

⁵⁸ Le Società della salute rappresentano una soluzione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi socio-sanitari territoriali di zona-distretto; sono oggetto di sperimentazione nel corso del Psr 2005-07 e attualmente sono 19 (www.salute.toscana.it/sst/societa_salute.shtml).

⁵⁹ Gli “Enti per i Servizi Tecnico-Amministrativi di Area Vasta” (già consorzi) sono gli enti del Ssr, dotati di personalità giuridica pubblica ed autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale, le cui funzioni riguardano gli approvvigionamenti, la gestione dei magazzini e della logistica, delle reti informative, del patrimonio, delle attività di formazione del personale, delle procedure concorsuali e del pagamento delle competenze del personale (www.salute.toscana.it/sst/consorzi-area-vasta.shtml).



Tabella 7.2

Il sistema regionale di programmazione

Regione	PSR in vigore	Obiettivi annuali	Coinvolgimento Aziende sanitarie
Lombardia	2002-2004 (approvato 2007-09)	Delibera annuale sulle regole di funzionamento del SSR. Obiettivi derivanti dalle indicazioni contenute nei documenti di programmazione regionale (Piano Regionale di Sviluppo e DPEFR, periodicamente aggiornato)	Attraverso incontri mensili ed incontri specifici finalizzati alla condivisione degli obiettivi e delle regole di sistema
Veneto	1996-98	Doc. progr. sanit. della Giunta regionale (DGR 1051/06)	Incontri con DG, Audizioni V Commissione, incontri trimestrali su bilancio
Emilia-Romagna	1999-2001	Delibera di programmazione annuale, nella quale vengono indicati gli indirizzi che le Aziende devono seguire	Fasi: 1) proposta di riparto annuale delle risorse tra le ASL; 2) discussione sulle risorse, concertazione sugli indirizzi di programmazione; 3) monitoraggio trimestrale dell'andamento economico-finanziario e verifica infra-annuale (settembre) sia economica sia degli obiettivi; 4) verifica a consuntivo, a seguito della presentazione del bilancio d'esercizio
Toscana	2005-2007	In PSR 2005-2007	Incontri mensili tra Assessore e DG
Lazio	2002-2004	n.d.	n.d.
Campania	2002-2004	DGRC n. 3330 del 21/11/03	Coordinamento dei DG nelle ASL e AO, allocato presso l'area 19
Puglia	2002-2004	Documento di indirizzo economico-finanziario	Relazione annuale aziendale sullo stato di attuazione del PSR
Basilicata	1997-1999	DGR 366/2002; inoltre in direttive vincolanti; e nei contratti dei DG	In fase di concertazione degli obiettivi di salute e di carattere economico-finanziario, iniziato a partire dal 2006 ed è esitato nella DGR 893/2006 di riparto delle risorse del SSR per gli anni 2005 e 2006. L'operato dei DG è inoltre soggetto a valutazione dopo i primi 18 mesi, previa relazione di autovalutazione e senza contraddittorio, ai fini dell'erogazione della retribuzione di risultato
Sardegna	1985	Nel documento di programmazione economico-finanziaria; nella legge finanziaria regionale; nelle deliberazioni della Giunta regionale che hanno approvato tra gli altri, il piano di rientro e riqualificazione della spesa sanitaria, il piano della prevenzione, i tempi di attesa, ecc.	- Documento di programmazione sanitaria annuale e pluriennale e budget annuale e triennale - Bilancio di esercizio - Riunioni periodiche con i Direttori generali



Verifica dei risultati	Piano prevenz.	Relazione stato sanitario		Relazione sanitaria	
		pubb. regolare	ultima	ASL	AO
Si collegano gli obiettivi dei DG e dei dirigenti regionali agli obiettivi fissati dal PR di Sviluppo e dal PSSR. Gli obiettivi sono definiti annualmente e verificati con medesima frequenza	√	√	n.d.	15 (tutte)	n.d.
-	√	√	2005	21 (tutte)	1 (PD) su 2
√	√	No, solo su qualche aspetto specifico	-	11 (tutte)	5 (tutte) IRCCS Ist. Ortopedico Rizzoli
Annuale, in sede di valutazione dei DG	√	√	2000-2002	12 (tutte)	4 (tutte)
n.d.	√ in discussione	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Annuale, con relazione dei DG	√	√	n.d.	n.d.	n.d.
Sì, alla scadenza di legge (18 mesi prima verifica e poi alla conclusione)	n.d.	√	2005	12 (tutte)	2 (tutte)
Oltre che in sede di valutazione dei DG, la verifica avviene in sede di controllo di bilancio ex art. 44 LR 39/01; non sono invece sottoposte a verifica le Relazioni sanitarie annuali	√ in discussione	-	n.d.	1	-
Tramite il bilancio di esercizio	√	-	-	n.d.	n.d.

3. Il controllo di gestione nelle Aziende sanitarie

Le variabili che la Regione monitora con maggiore attenzione sono la spesa per il personale, per la farmaceutica e per gli acquisti di beni e servizi, che costituiscono i principali capitoli di bilancio (tab. 7.3). La spesa per il personale è la prima preoccupazione per Veneto, Emilia-Romagna e Toscana e la seconda per Lombardia e Sardegna. La spesa farmaceutica è al primo posto per la Lombardia, che comunque ha una spesa pro-capite relativamente bassa (tab. 2.7), e la Sardegna i cui valori sono elevati. È invece solo al quarto posto per la Campania, una Regione che ha tra i più alti livelli di spesa farmaceutica. La spesa per acquisto di beni e servizi figura al terzo posto per Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Campania e al quarto posto per la Sardegna (tab. 7.3).

In Lazio tutti i flussi di spesa rivestono eguale importanza, mentre non si hanno informazioni per la Puglia.

Le priorità della Basilicata sembrano riflettere più gli obblighi istituzionali che le reali attenzioni. In Campania le preoccupazioni sono diverse da quelle delle altre Regioni e vedono al primo posto la spesa per ricoveri e al secondo quella per prestazioni ambulatoriali e riabilitative, data l'elevata presenza in Regione di strutture private accreditate. L'Emilia-Romagna osserva con attenzione anche la composizione della spesa secondo i Lea, attraverso appositi flussi alimentati dalla contabilità analitica aziendale. In Sardegna tra le preoccupazioni figura anche la mobilità passiva.

Cinque Regioni hanno predisposto un piano di rientro dal deficit: il Veneto sin dal 1994, l'Emilia-Romagna dal 2002 e la Campania dal 2005, mentre per il Lazio e la Sardegna non è indicato l'anno (tab. 7.3). Il piano di rientro non è invece presente in Lombardia, Toscana, Basilicata, mentre non si hanno informazioni per la Puglia.

Gli strumenti principali per il controllo di gestione a livello aziendale sono costituiti dalla contabilità analitica per centri di responsabilità, dal sistema di *budgeting* e dal monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche dei medici di base.

Un'importante disposizione del D.Lgs. 502/92 (art. 4 comma 9) è l'obbligo da parte delle Asl di esporre, nell'ambito del bilancio aziendale, la contabilità separata per i singoli presidi ospedalieri, costruita a costi e ricavi. La norma consente di evidenziare le situazioni di eventuale squilibrio economico dei presidi e di effettuare, inoltre, valutazioni circa la convenienza a produrre, attraverso strutture a gestione diretta, le prestazioni di ricovero e specialistiche, rispetto al loro acquisto a tariffa prestabilita da erogatori pubblici o privati accreditati. La contabilità separata dei presidi ospedalieri viene predisposta in 5 Regioni del campione: Lombardia (per i 99 presidi delle Ao), Veneto, Toscana (38 presidi), Cam-



pania (53) e Basilicata (7) (tab. 7.3). Non si hanno informazioni per Emilia-Romagna, Lazio, Puglia e Sardegna.

La contabilità analitica per centri di costo è presente in tutte le Asl (e, si suppone, nei loro presidi ospedalieri) delle Regioni intervistate, salvo in Lazio e Puglia, per le quali mancano le informazioni. Essa prevede anche la valorizzazione dei ricavi in Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, mentre è solo ai costi in Toscana, Campania, Basilicata e Sardegna.

La contabilità analitica è operativa anche in tutte le Aziende ospedaliere delle Regioni intervistate, salvo in Lazio e Puglia per le quali non si hanno informazioni (tab. 7.3). La contabilità analitica delle Ao valorizza anche i ricavi in Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna, mentre è solo ai costi in Toscana, Campania, Basilicata e Sardegna.

In quasi tutte le Regioni si dichiara che le Asl e le Aziende ospedaliere adottano il sistema di *budgeting* annuale (in Lazio una gran parte) (tab. 7.3). Tuttavia su questo aspetto sembrano emergere alcune perplessità (v. paragrafo 5).

Infine, uno strumento rivelatosi utile per il monitoraggio delle prescrizioni e della spesa farmaceutica è l'invio ai Medici di medicina generale di periodici rapporti (mensili o trimestrali) contenenti il numero e la spesa per le loro prescrizioni, confrontate con quelle dei colleghi (Cavallo et al. 2001). Le Regioni intervistate dichiarano che tutte le Asl inviano ai medici generalisti rapporti periodici, eccetto Lazio e Puglia per le quali mancano le informazioni (tab. 7.3). Qualche dubbio sull'efficacia di questo strumento si può sollevare per quelle Regioni che presentano livelli di spesa particolarmente elevati (Lazio, Campania, Sardegna).



Tabella 7.3

Il controllo di gestione delle Aziende sanitarie

Regione	Flussi spesa monitorati prioritariamente	Piano di rientro dal deficit	Presidi osped. con contabilità separata
Lombardia	1. Farmaceutica 2. Personale 3. Beni e servizi 4. Ricoveri 5. Specialistica	No	99 (tutti)
Veneto	1. Personale 2. Farmaceutica 3. Beni e servizi	Sì, dal 1994	Tutti
Emilia-Romagna	1. Personale 2. Farmaceutica 3. Beni e servizi 4. Costi per LEA, attraverso uno specifico modello di rilevazione, alimentato con la contabilità analitica aziendale	Sì, dal 2002	n.d.
Toscana	1. Personale 2. Farmaceutica 3. Acquisti	Monitoraggio mensile	38 (tutti)
Lazio	Tutti i flussi di spesa	Sì	n.d.
Campania	1. Spese per ricovero ambulatoriali e riabilitative 2. Spese per prestazioni per personale e acquisto beni e servizi 3. Spese per farmaceutica 4. Spese per farmaceutica	Sì, dal 2005 (DGR 1843/05)	53 (tutti)
Puglia	n.d.	n.d.	n.d.
Basilicata	1. Conto economico modello CE, preventivo, trimestrali, consuntivo 2. Spesa farmaceutica, con cadenza trimestrale 3. Spesa per assistenza specialistica e riabilitativa, con cadenza annuale 4. Modello LA, annuale 5. Modello SP, annuale	No	7 (tutti)
Sardegna	1. Farmaceutica 2. Spesa per il personale 3. Mobilità 4. Acquisto di beni e servizi	Sì	n.d.

Fonte: Indagine campionaria

Aziende con contabilità analitica e budgeting						
c. di costo	ASL		c. di costo	AO		ASL con report ai MMG su farmaci
	costi e ricavi	budgeting		costi e ricavi	budgeting	
15 (tutte)	15 (tutte)	15 (tutte)	29 (tutte)	29 (tutte)	29 (tutte)	15 (tutte)
21 (tutte)	21 (tutte)	21 (tutte)	2 (tutte)	2 (tutte)	2 (tutte)	21 (tutte)
11 (tutte)	11 (tutte)	11 (tutte)	5 (tutte) + IRCCS	6 (tutte) + IRCCS	7 (tutte) + IRCCS	11 (tutte)
12 (tutte)	-	12 (tutte)	4 (tutte)	-	4 (tutte)	12 (tutte)
n.d.	n.d.	Quasi tutte	n.d.	n.d.	Quasi tutte	n.d.
13 (tutte)	-	13 (tutte)	10 (tutte) + Fondaz. Pascale	-	10 (tutte) + Fondaz. Pascale	13 (tutte)
n.d.	n.d.	12 (tutte)	n.d.	n.d.	2 (tutte)	n.d.
5 (tutte)	-	5 (tutte)	2 (tutte)	-	2 (tutte)	5 (tutte)
8 (tutte)	-	8 (tutte)	1 (tutte)	-	1 (tutte)	Tutte

4. Il sistema informativo sanitario regionale

Il sistema informativo è lo strumento che permette lo sviluppo di fondamentali capacità di governo del sistema sanitario – programmazione e controllo, valutazione dei risultati, scelta tra alternative, assunzione di decisioni – e che condiziona, al tempo stesso, lo stile di *governance* e la sua evoluzione verso forme di maggiore coinvolgimento e partecipazione delle Aziende sanitarie. Da alcuni anni è in atto la costruzione del “Nuovo sistema informativo sanitario” (Nsis) attraverso il cosiddetto progetto “Mattoni del Ssn”, articolato in 15 aree, che ha lo scopo, tra l’altro, di classificare le strutture e le prestazioni sanitarie, misurare l’appropriatezza, l’*outcome*, i tempi di attesa e i costi del Ssn, approfondire le conoscenze dei Lea e realizzare il file del paziente (per una descrizione approfondita si rinvia Assr 2005). Tutte le Regioni sono state coinvolte in uno o più “mattoni” per la costruzione del Nsis.

Nelle Regioni campione il sistema informativo si presenta a diversi gradi di evoluzione. Questa si può valutare (a) dalla presenza e dalla ricchezza di flussi informativi aggiuntivi, rispetto a quelli richiesti dal Ministero della Salute, e (b) dalla possibilità di collegamento dei dati sulle prestazioni e la spesa tariffata alle caratteristiche individuali degli assistiti (età, sesso, presenza di patologie croniche). I dati prodotti per esigenze amministrative (pagamento degli erogatori esterni all’Asl) o con la valorizzazione economica delle prestazioni interne si possono, infatti, prestare ad analisi sulle caratteristiche epidemiologiche e sui consumi sanitari dell’intera popolazione (Saniteia 2002; Asl di Pavia 2002; Mapelli 2004).

La domanda del questionario riguardava i flussi informativi aggiuntivi, ma le risposte sono state eterogenee e non sempre decifrabili, perché fanno riferimento a particolari codici o sistemi regionali. Tra i flussi autonomi delle Regioni, il più diffuso è quello riguardante la distribuzione diretta dei farmaci da parte delle Asl e Ao, che è presente in Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Campania e Sardegna (tab. 7.4). Diffusa è anche la rilevazione della mobilità dei pazienti all’interno e all’esterno della Regione (Emilia-Romagna, Campania), dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale (Lombardia, Toscana), delle prestazioni di medicina di base (Toscana e Basilicata), delle dipendenze (Toscana e Campania), dell’assistenza domiciliare integrata (Emilia-Romagna), dell’elisoccorso (Toscana e Sardegna). L’elenco dei flussi regionali presenti non può dirsi completo perché alcune informazioni non sono state citate nelle risposte, pur essendo presenti in Regione (tab. 7.4).

Tra i dati a carattere epidemiologico sono da segnalare il registro di mortalità, presente in Emilia-Romagna e Toscana, la somministrazione della carta di rischio cardiovascolare in Lombardia, la certificazione di assistenza al parto in Emilia-Romagna.

Non sono disponibili le risposte del Veneto e del Lazio. Sembra in generale che il sistema informativo sia più ricco di dati nelle Regioni del Nord e alcune del Centro, che non in quelle del Sud. Il giudizio dell'Assessore sull'adeguatezza del sistema informativo è positivo solo in Lombardia ("ottimo"), Toscana ("buon livello e sviluppo dei flussi") e Basilicata ("adeguato"), mentre è critico nella gran parte delle Regioni: in Veneto ("da sviluppare ulteriormente"), Lazio ("buono, ma da coordinare e integrare"), Campania ("buono, in fase di completamento"), Puglia ("buono, ma da implementare con altri flussi"), Sardegna ("da rifare *ex novo*") (tab. 8.3). Manca il parere dell'Emilia-Romagna.

Come elemento di giudizio sull'evoluzione dei sistemi informativi si è quindi considerata la possibilità di aggancio delle informazioni sulle principali prestazioni sanitarie al codice individuale dell'assistito (codice fiscale o sanitario) e la disponibilità del dato, oltre che presso l'Asl, anche aggregato per tutta la Regione. Si sono esclusi i ricoveri ospedalieri, perché il flusso delle Sdo già contiene queste informazioni ed è obbligatorio.

Per i farmaci la possibilità di collegamento al codice individuale dell'assistito è presente in molte Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Puglia e Sardegna), ma non in tutte (Campania e Basilicata) (tab. 7.4). Per i farmaci a distribuzione diretta l'informazione è presente a livello di Asl in tutte le Regioni, eccetto in Lazio e Campania, dove è aggregata a livello regionale e collegata al codice assistito, eccetto in Veneto. Per la specialistica ambulatoriale il collegamento al codice individuale manca solo in Campania e Basilicata. Per i ricoveri in Rsa l'aggregazione delle prestazioni è possibile in tutte le Regioni, eccetto in Basilicata e Sardegna, mentre il collegamento al codice assistito manca in Campania (oltre che nelle due precedenti Regioni). Per le prestazioni riabilitative l'aggregazione a livello regionale è possibile ovunque, salvo in Emilia-Romagna, Basilicata e Sardegna, mentre l'aggancio al codice individuale non è possibile in Campania. Infine, per la protesica le informazioni sono disponibili a livello di Asl solo in Lombardia, Veneto, Toscana, Campania e Puglia, ma collegabili al codice individuale solo in Veneto, Toscana e Puglia (tab. 7.4).

Un'altra informazione richiesta è la presenza di una banca dati regionale sugli esenti dal ticket per patologia, che risulta attivata in tutte le Regioni, eccetto in Campania e Sardegna.

Infine, le informazioni sulle liste d'attesa per i ricoveri e la specialistica ambulatoriale, richieste anche dal Ministero della Salute, sono presenti a livello di Asl o a livello regionale in tutte le Regioni del campione. Per il Lazio manca l'informazione (tab. 7.4).

Una valutazione sul grado di evoluzione dei sistemi informativi regionali è presentata nel capitolo 9, paragrafo 4.



Tabella 7.4

Il sistema informativo sanitario regionale

Regione	Altri flussi regionali (a)	Farmaci	Farm. distr. diretta		Spec.	
		codice indiv.	ASL	aggr. codice reg.le	codice indiv.	codice indiv.
Lombardia	File F; Endoprotesi (diverse); CeDAP; attività di controllo dei NOC; tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali; somministrazione della carta del rischio cardiovascolare	√	√	√	√	√
Veneto	V. oltre	√	√	-	-	√
Emilia-Romagna	Farmaceutica ospedaliera, mortalità (registro), ADI, certificazione di assistenza al parto, mobilità intra/intra	√	√	√	√	√
Toscana	Scheda nosologica, prestazioni termali, prestazioni di assistenza medica di base, assistenza protesica, trasporti con elisoccorso, schede di morte (registro di mortalità), farmaci erogati direttamente, anagrafe, organizzazione e prestazioni della diagnostica per immagini, organizzazione, utenza e prestazioni dei Serf (dipendenze), organizzazione, utenti e prestazioni dei dipartimenti di salute mentale, monitoraggio sistematico delle campagne di screening oncologico (a livello di singolo utente), monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali	√	√	√	√	√
Lazio	Il sistema informativo sanitario è gestito dall'Asp	√	-	-	-	√
Campania	Compensazione mobilità; dipendenze; farmaci a prestazione diretta	-	-	-	-	-
Puglia	Farmaceutica (particolari tipologie di prescrizioni)	√	√	√	√	√
Basilicata	Prestazioni di ricovero e pronto soccorso attraverso procedura AIRO; specialistiche e strumentali ambulatoriali pubbl. e priv. accreditate tramite CUP e CEA; CeDAP, assistenza medica di base/anagrafe assistiti	-	√	-	-	-
Sardegna	File B (Medicina generale); File C (Specialistica ambulatoriale); File F (Somministrazione diretta di farmaci); File G (Trasporti con ambulanze ed elisoccorso); Depenalizzazione	√	√	√	√	√

Fonte: Indagine campionaria

Note: (a) Sono escluse le anagrafi degli assistiti, del personale, dei MMG e i flussi ministeriali



								Banca dati esenti per patologia		Liste e tempi di attesa			
RSA		Riabilitativa		Protesica						ricoveri		specialistica	
aggr. codice reg.le	codice indiv.	aggr. codice reg.le	codice indiv.	ASL	aggr. codice reg.le	codice indiv.		ASL region.		ASL region.		ASL region.	
√	√	√	√	√	√	√	-	√	√	n.d.	√	n.d.	√
√	√	√	√	√	-	√	√	√	√	√	√	√	√
√	√	-	√	-	-	-	-	√	√	√	√	√	√
√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
√	√	√	√	-	-	-	-	√	√	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
√	-	√	-	√	√	-	-	√	-	n.d.	√	n.d.	√
√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	n.d.	√	n.d.
-	-	-	-	-	-	-	-	√	√	√	√	√	√
-	-	-	-	-	-	-	-	√	-	√	√	√	√

5. I meccanismi di definizione e di controllo dei budget degli ospedali



Il sistema di assegnazione delle risorse dalla Regione alle Aziende sanitarie e di formulazione dei budget per struttura procede attraverso varie fasi e con diversi gradi di libertà. Il primo passo consiste nella definizione di vincoli su determinati settori di spesa, che abitualmente sono la spesa farmaceutica, ospedaliera e specialistica (tab. 4.4). Tra le Regioni del campione solo tre applicano dei vincoli sui principali settori di spesa: la Lombardia, il Lazio e la Campania (tab. 7.5). Mentre la Lombardia attua la politica del “tetto di sistema”, iniziata alla fine degli anni Novanta per l’ospedaliera ed estesa poi alla specialistica, per le altre due Regioni la procedura è recente, in seguito ai pesanti deficit registrati. Tra le altre Regioni del campione il Veneto, la Toscana e la Basilicata fissano dei tetti indicativi per la farmaceutica, l’ospedaliera e la specialistica. L’Emilia-Romagna non fissa tetti di spesa, mentre le informazioni non sono disponibili per la Puglia e la Sardegna.

La fase successiva consiste nella definizione dei budget delle Aziende ospedaliere, dei presidi ospedalieri e delle case di cura accreditate. Al termine dell’esercizio di bilancio si svolge la verifica del rispetto degli accordi contrattuali o degli obiettivi concordati.

Il budget delle Aziende ospedaliere. La procedura di definizione del budget delle Ao è diversificata tra le Regioni e questo elemento è ritenuto discriminante per i vari modelli di *governance*. In cinque Regioni (Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Sardegna) infatti il finanziamento delle Ao è stabilito direttamente dalla Regione in sede di ripartizione del Fondo sanitario regionale e scaturisce dalla somma della mobilità (valorizzata secondo le tariffe per Drg) dei pazienti delle diverse Asl (tab. 7.6). In altre quattro Regioni (Lombardia, Veneto⁶⁰, Emilia-Romagna, Toscana) il budget delle Ao è negoziato con le Asl nell’ambito della quota capitaria loro assegnata dalla Regione. In Emilia-Romagna e Toscana la Regione svolge un ruolo di arbitro e di facilitatore degli accordi interaziendali, nell’ambito di un complesso sistema di obiettivi e di attività da perseguire (Longo et al. 2003), mentre in Lombardia è la Regione a fissare regole comuni e stringenti per la stipula dei contratti da parte delle Asl.

Il budget delle Ao è solo di tipo finanziario in Lombardia (la contrattazione riguarda infatti solo gli aspetti finanziari) e Sardegna, mentre abbraccia la considerazione dei costi, dei ricavi e delle attività in tutte le altre Regioni⁶¹.

⁶⁰ Anche se le due Ao sono finanziate dalle Asl per i ricoveri dei rispettivi residenti, non esiste una vera e propria fase di negoziazione tra le due Aziende.

⁶¹ Le informazioni per l’Emilia-Romagna non sono state ricavate dal questionario; dalla letteratura si desume però che il budget riguarda anche i volumi di attività.

La verifica a consuntivo riguarda, in tutte le Regioni, il rispetto del finanziamento concordato e, inoltre, il volume di attività in Veneto, Toscana, Lazio, Puglia e Basilicata; non esiste verifica sul volume di prestazioni in Campania e, perché non fissato preventivamente, in Lombardia e Sardegna. Il superamento del tetto finanziario dà luogo all'abbattimento delle tariffe in Lombardia, Veneto e Basilicata. Nelle altre Regioni del Centro-Sud invece si procede ad ulteriori finanziamenti da parte della Regione (Lazio, Campania, Basilicata e Sardegna). In Lombardia lo squilibrio di bilancio è fissato a preventivo (attraverso la voce "perdita programmata") e non ammette un superamento a consuntivo. Mancano le ultime informazioni per Emilia-Romagna, Toscana e Puglia.

Budget dei presidi ospedalieri. La procedura di definizione del budget dei Po si suddivide in due modalità fondamentali, secondo che non vi sia alcun processo formale di definizione del budget (finanziamento storico) o che questo processo sia esplicito e si instauri tra la direzione dell'Asl e il responsabile di presidio o i singoli responsabili di dipartimento.

Dall'indagine emerge che i Po sono finanziati sulla base dei costi sostenuti (personale, beni e servizi), senza definizione di un budget preventivo, in Lazio⁶², Puglia e Basilicata, mentre negli altri casi esiste un processo di *budgeting* (tab. 7.6). Non sono disponibili informazioni per la Campania. Nella definizione del budget di presidio o dipartimento si possono considerare i volumi e la valorizzazione dei Drg, che si prevede di erogare (ricavi teorici), il livello dei costi ed altre variabili specifiche di presidio. Questa previsione più completa viene attuata in Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana, mentre in Sardegna si considerano solo il costo dei fattori e il volume di attività.

La verifica a consuntivo prevede il controllo sul tetto di spesa concordato in cinque Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Sardegna), più in altre due (Lazio e Basilicata) che avevano dichiarato un finanziamento a piè di lista. La verifica non riguarda i volumi di attività in Lombardia (ma solo la variabile finanziaria), mentre è volta anche alle attività in Veneto e Sardegna (tab. 7.6). Si rileva un'ambiguità di risposta per Lazio e Basilicata, che affermano di verificare il tetto di spesa e i volumi di attività dei Po, avendo prima dichiarato che non esiste una procedura di *budgeting*. Mancano le informazioni sulla fase di verifica per Campania, Puglia e in parte per la Toscana.

⁶² La risposta del questionario è ambigua, perché dopo avere dichiarato che non si fissa un budget, si asserisce anche che il Direttore generale fissa o negozia i volumi di attività del presidio.



Tabella 7.5
Il finanziamento e il sistema tariffario

Regione	Tetto regionale di spesa							
	Farmaci		Ospedali		Specialistica		Ospedaliera	
	vincol.	indic.	vincol.	indic.	vincol.	indic.	naz.le o adatt.	reg.
Lombardia	-	√	√	-	√	-	-	√
Veneto	-	√	-	√	-	√	-	√
Emilia-Romagna	-	-	-	-	-	-	-	√
Toscana	-	√	-	√	-	√	-	√
Lazio	√	-	√	-	√	-	-	√
Campania	√	-	√	-	√	-	-	√
Puglia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	√	-
Basilicata	-	√	-	√	-	√	-	√
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	√

Fonte: Indagine campionaria

Tabella 7.6
Il finanziamento degli ospedali e il sistema di budget

Regione	Budget delle AO								
	fissato da Reg.	negoziato con		tipo			verifica finale		
		Reg.	ASL	solo finan.	C/R e attività	budget	attiv.	abbat. tariff.	ulter. finanz.
Lombardia	-	-	√	√	-	√	-	√	(a)
Veneto	√	-	-	-	√	√	√	√	-
Emilia-Romagna	-	√	√	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Toscana	-	√	√	-	√	√	√	n.d.	n.d.
Lazio	√	-	-	-	√	√	√	-	√
Campania	√	-	-	-	√	√	-	-	√
Puglia	√	-	-	-	√	√	√	-	n.d.
Basilicata	√	-	-	-	√	√	√	√	√
Sardegna	√	-	-	√	-	√	-	-	√

Fonte: Indagine campionaria

Note: (a) Accordo preventivo sulla perdita programmata (b) Gli obiettivi di budget vengono verificati in corso d'anno e vengono attivate azioni correttive in caso di scostamento oppure revisione degli obiettivi se si verifica che non sono più attuali. In caso, comunque, di non raggiungimento a fine anno vi sono molteplici interventi che pos-



Tariffario				Aggiorn. tariffe DRG	Equiparaz. a tariffa DH dei ricoveri		DRG diversif. per istit.	Abbatt. tariffari c.cura
Specialistica		PS			1 gg	2 gg		
naz.le o adatt.	reg.	naz.le o adatt.	reg.					
-	√	-	√	annuale	√	-	-	√ (altre modalità)
-	√	-	√	annuale	√	√	-	√
-	√	-	√	annuale	√	√	√	-
-	√	-	√	2002-2004-2005	√	√	√	√
√	-	-	√	2001 e 2006	n.d.	n.d.	√	√
-	√	√	-	2005	-	-	√	√
√	-	√	-	annuale	n.d.	n.d.	√	√
√	-	√	-	due o tre anni	√	-	√	-
-	√	n.d.	n.d.	2004 e 2005	n.d.	n.d.	-	n.d.

Budget dei PO						Case di cura accreditate						
a fattori produtt.	negozi. con Resp. PO/Dip.		verifica finale			contratto reg. plurienn.			senza ctr.to (budget annuale)	verifica finale		
	a DRG (ricavi)	costo fattori	vol. attiv.	tetto spesa	vol. attiv.	contr.	tetto (budg.)	n. ric.		tetto spesa	vol. attiv.	abbatt. tariff.
-	√	√	√	√	-	--	--	-	√	√	-	√
-	√	√	√	√	√	-	-	-	√	√	√	√
-	√	√	√	√ (b)	√ (b)	√	√	-	-	√	-	√
-	√	√	√	√	n.d.	√ (c)	√ (c)	-	-	√	√	√
√	-	-	√	√	√	-	-	-	√	√	√	√
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
√	-	-	-	n.d.	n.d.	√	√	-	-	√	-	√
√	-	-	-	√	√	-	-	-	√	√	-	√
-	-	√	√	√	√	√	√	√	-	√	√	√

sono riguardare azioni correttive per il periodo seguente, lo stipendio di risultato, la posizione (c) Concertazione regionale che definisce le linee per la contrattazione aziendale e successivi accordi di livello aziendale; controllo a consuntivo da parte delle ASL

Budget delle case di cura accreditate. Il processo di definizione del budget delle case di cura accreditate può prevedere (i) un accordo pluriennale tra Regione e rappresentanze delle Associazioni di categoria e (ii) la negoziazione e stipula del contratto annuale tra l'Asl e le case di cura presenti nel territorio. La fase di accordo tra Regione e Associazioni dell'ospitalità privata, tesa a garantire stabilità di collaborazione e trasparenza di rapporti, è presente in quattro Regioni (Emilia-Romagna, Toscana, Puglia e Sardegna) (tab. 7.6). Mancano informazioni per la Campania. Successivamente all'accordo regionale, la stipula del contratto e la definizione del budget delle singole case di cura spetta alle Asl.

In assenza di accordi regionali sono definiti annualmente dei budget tra le Asl e le case di cura e questo avviene in Lombardia, Veneto, Lazio e Basilicata. In alcuni casi la Regione fissa le direttrici degli accordi decentrati (Lombardia e Veneto). Si ricorda che in Basilicata è presente una sola casa di cura accreditata, mentre in Lazio sono circa 120.

La verifica a consuntivo prevede, in tutte le Regioni, il rispetto del tetto di spesa concordato (tab. 7.6). In Veneto, Toscana, Lazio e Sardegna è prevista anche una verifica del volume di attività. Mancano informazioni per la Campania. Al verificarsi di un eccesso di spesa tutte le Regioni applicano gli abbattimenti (o regressioni) tariffari previsti dalla normativa regionale.

Il processo di *budgeting* appare quindi abbastanza consolidato e diffuso in quasi tutte le Regioni del campione. Il cambiamento più significativo riguarda la Lombardia, che fino al 2002 definiva solo un tetto di sistema vincolante e un tetto globale per Asl per l'assistenza ospedaliera – senza alcun budget preventivo – per lasciare spazio al libero gioco della concorrenza tra Ao e privati accreditati. La coerenza tra fatturato teorico e tetto per Asl era assicurata da abbattimenti tariffari *a posteriori* proporzionali al superamento del tetto ed eguali per tutti gli erogatori, a prescindere dalla loro percentuale di esubero. Dal 2003 il tetto è fissato *ex ante*, è uniforme per tutti gli erogatori (salvo l'integrazione per la perdita programmata delle Ao) ed è elemento fondamentale del contratto tra Asl ed erogatori (Dgr 12287/03).

6. L'accreditamento e il sistema tariffario

L'accreditamento degli erogatori di prestazioni è inteso a garantire ai cittadini standard di dotazioni tecnologiche e strutturali di adeguata qualità. L'accreditamento istituzionale, insieme al sistema di pagamento a tariffa, sono i due strumenti introdotti dalla riforma del Ssn del 1992-93 che possono favorire lo svolgimento della competizione tra gli erogatori pubblici e privati. Tuttavia l'uso di questi strumenti è diversificato tra le Regioni.

Sei Regioni del campione hanno, a tutt'oggi, emanato i criteri definitivi per l'accREDITAMENTO degli erogatori (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Puglia e Basilicata). Lazio e Sardegna non vi hanno ancora provveduto, mentre la Campania lo ha fatto solo per la dialisi e la riabilitazione (tab. 7.7).

Nei confronti delle principali tipologie di erogatori (8), solo la Lombardia ha provveduto all'accREDITAMENTO definitivo di tutti gli erogatori (tab. 7.7). La Toscana ha accREDITATO definitivamente le case di cura, i laboratori di analisi, gli studi di radiologia, gli ambulatori specialistici, gli istituti di riabilitazione e, parzialmente, i presidi ospedalieri pubblici. L'Emilia-Romagna ha accREDITATO in via definitiva i presidi ospedalieri, le case di cura, gli istituti di riabilitazione e, parzialmente, gli ambulatori specialistici. Tutte le altre Regioni del campione (Veneto, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Sardegna) a tutt'oggi hanno accREDITATO gli erogatori solo in via transitoria (tab. 7.7).

Tabella 7.7

L'accREDITAMENTO degli erogatori di prestazioni sanitarie

Regione	Emanati criteri definitivi	AccREDITAMENTO								
		PO	Case di cura	Labor. analisi	Studi radiol.	Ambul. special.	Studi fkt	RSA	IdR	Tot. defin.
Lombardia	√	D	D	D	D	D	D	D	D	8
Veneto	√	T	T	T	T	T	T	T	T	-
Emilia-Romagna	√	D	D	T	T	D/T	T	-	D	4
Toscana	√	D (a)	D	D	D	D	-	-	D	6
Lazio	-	T	T	T	T	T	T	T	T	-
Campania	solo per dialisi e riabilitazione	T	T	T	T	T	T	T	T	-
Puglia	√	T	T	T	T	T	T	T	T	-
Basilicata	√	T	T	T	T	T	T	T	T	-
Sardegna	-	T	T	T	T	T	T	T	T	-

Fonte: Indagine campionaria

Note: T=transitorio; D=definitivo

(a) Solo parziale

Secondo la normativa in vigore, le Regioni possono adottare un proprio tariffario se provvedono al calcolo dei costi specifici delle prestazioni erogate *in loco* (ad es. per i Drg), oppure possono adottare il tariffario nazionale variando (riducendo) entro certi limiti il valore della tariffa nazionale.

Nel campione esaminato solo la Puglia adotta il tariffario nazionale (i cui valo-

ri sono stati emanati nel 1997) per i ricoveri ospedalieri, mentre tutte le altre Regioni hanno un proprio tariffario regionale (tab. 7.5). Per la specialistica ambulatoriale, la maggioranza delle Regioni dispone di un proprio tariffario, mentre ricorrono a quello nazionale il Lazio, la Puglia e la Basilicata. Per le prestazioni di pronto soccorso ricorrono al tariffario nazionale la Campania, la Puglia e la Basilicata, mentre l'informazione non è disponibile per la Sardegna. Le Regioni del Nord (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna) e la Toscana dispongono quindi di un proprio tariffario regionale, mentre il Lazio e le Regioni del Sud si avvalgono con maggiore frequenza dei tariffari nazionali.

L'aggiornamento delle tariffe dei Drg è annuale in Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Puglia, mentre è biennale in Toscana, Basilicata e Sardegna. Nel Lazio è avvenuto nel 2006, dopo cinque anni, in Campania nel 2005, ma non si conosce a distanza di quanti anni (tab. 7.5).

Per scoraggiare i ricoveri brevi in regime ordinario alcune Regioni hanno equiparato il valore tariffario dei ricoveri di 1 o 2 giorni a quello dei ricoveri diurni. Cinque Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Basilicata) hanno equiparato la tariffa dei ricoveri di un giorno a quella del regime diurno, mentre la Campania mantiene tariffe differenziate (tab. 7.5). Non si hanno informazioni per Lazio, Puglia e Sardegna. Per i ricoveri di 2 giorni l'equiparazione esiste in Veneto, Emilia-Romagna e Toscana, ma non in Lombardia, Campania e Basilicata (per le altre Regioni manca l'informazione).

Sei Regioni (Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata) diversificano le tariffe, in relazione alla dimensione o ad altre caratteristiche (ad es. presenza del Ps o del Dipartimento di emergenza, numero e tipo di discipline specialistiche), mentre Lombardia, Veneto e Sardegna mantengono una tariffa uniforme (tab. 7.5).

Infine, quasi tutte le Regioni prevedono abbattimenti tariffari in caso di superamento del tetto di spesa concordato, eccetto in Emilia-Romagna e Basilicata (per la Sardegna non è disponibile l'informazione) (tab. 7.5).

7. I rapporti con gli enti locali e i Direttori generali delle Aziende sanitarie

Con il processo di aziendalizzazione delle Usl, iniziato nel 1993, si è instaurato un rapporto diretto e sempre più stretto fra Aziende sanitarie e Regione, investita del ruolo di capogruppo, che ha condotto ad una progressiva marginalizzazione degli enti locali. Tuttavia in alcune Regioni si è sempre mantenuto un legame molto forte con gli enti locali (Emilia-Romagna, Toscana), oppure si sta riscoprendo un ruolo maggiore dei Comuni nella programmazione sanitaria (in Lom-

bardia con il nuovo Pssr 2007-09). I maggiori punti di contatto delle Aziende sanitarie con gli enti locali riguardano la programmazione socio-sanitaria e l'integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

Le risposte del questionario risultano abbastanza formali, riproponendo quanto la normativa prevede, senza esprimere valutazioni sul ruolo effettivo svolto dagli enti locali. La forma più comune è la partecipazione degli enti locali alla programmazione regionale e locale, con un ruolo propositivo (Lombardia, Veneto, Puglia, Basilicata). In altre Regioni si sottolinea il ruolo di integrazione nella gestione dei servizi socio-sanitari a livello distrettuale (Veneto, Emilia-Romagna, Campania, Basilicata) (tab. 7.8). In alcune Regioni si arriva a maggiori coinvolgimenti e responsabilizzazioni degli enti locali, come nella verifica dei risultati di salute (Sardegna) o nella gestione delle Società della salute (Toscana), gli organismi che programmano e gestiscono in modo integrato le attività sanitarie e socio-assistenziali del distretto. Per il Lazio manca l'informazione, mentre per Campania e Puglia si registrano risposte abbastanza formali (tab. 7.8).

La programmazione sanitaria regionale viene tradotta, a livello aziendale, nei Piani attuativi locali (Pal) e negli obiettivi annuali da raggiungere. Nella maggioranza delle Regioni del campione le Asl sono dotate di un Pal (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Campania, Basilicata) (tab. 7.8). In Toscana, data la configurazione assunta dai livelli di governo locale – le Società della salute per le attività distrettuali e l'Area vasta per l'attività ospedaliera – le funzioni di programmazione locale sono decentrate a queste due istituzioni. In Puglia non sono stati predisposti i Pal da nessuna Asl, mentre le informazioni sono mancanti per Lazio e Sardegna.

I rapporti tra l'Assessore e i Direttori generali delle Aziende sanitarie sono molto frequenti in tutte le Regioni (almeno mensili) e spaziano sui temi di maggiore interesse (tab. 7.8). Manca il dato per il Lazio. La stessa informazione proviene dal questionario degli Assessori, dove si sottolinea l'elevata frequenza degli incontri, che sono almeno mensili, e arrivano ad essere bimensili nelle Regioni più piccole, come la Basilicata e la Sardegna (tab. 8.3). Gli incontri sono collegiali e vertono sul monitoraggio del budget, dei piani e programmi (Toscana, Lazio, Basilicata) o anche su specifici tavoli di lavoro (Lombardia). Vi sono incontri anche su problematiche specifiche di singole Aziende sanitarie (Lazio). Gli incontri collegiali sono visti anche come un momento di scambio di esperienze diverse e occasione per instaurare un buon clima relazionale (Sardegna).





Tabella 7.8

Rapporti con gli enti decentrati e programmazione locale

Regione	Ruolo dei Comuni nella programmazione	N. PAL in vigore
Lombardia	La LR 31/97 prevede la partecipazione degli enti locali all'attività di programmazione sanitaria regionale e locale. Per l'anno in corso le regole di partecipazione sono definite dalla DGR VIII/1375/05 (Delibera delle regole di funzionamento del SSR per l'anno 2006)	In tutte le 15 ASL
Veneto	- Propositivo su parte sanitaria - Programmazione, gestione e controllo sul socio-sanitario	In tutte le 21 ASL
Emilia-Romagna	Responsabilizzazione degli enti locali a livello distrettuale nella programmazione sanitaria e socio-sanitaria	In tutte le 11 ASL
Toscana	Sperimentazione delle Società della salute	La progr. ospedaliera (con valore reg.le) compete all'Area Vasta; la progr. integrata di zona alle Società della salute
Lazio	n.d.	n.d.
Campania	Integrazione socio-sanitaria	In tutte le 13 ASL
Puglia	La conferenza dei sindaci ha un ruolo propositivo	Nessuno
Basilicata	I Comuni partecipano alla predisposizione del PSR nell'ambito della Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale (LR 39/01). A livello locale, i Comuni partecipano alla programmazione delle Aziende sanitarie nell'ambito della Conferenza dei Sindaci (LR n. 39/01). Non sono ad oggi previsti momenti di valutazione congiunta e di adozione condivisa tra Regioni ed enti locali di azioni correttive. È previsto inoltre che i Comuni partecipino alla programmazione delle attività socio-sanitarie a livello distrettuale nell'ambito dei Comitati dei Sindaci del distretto (LR 39/01). Anche in questo caso, manca la chiusura del ciclo di governance, e più in generale la partecipazione è debole anche per la mancata integrazione tra strumenti e risorse dell'assistenza sanitaria e della assistenza sociale	In tutte le ASL e AO
Sardegna	Partecipano alla programmazione delle attività e alla verifica dei risultati di salute	n.d.

Fonte: Indagine campionaria

Note: (a) Si è votato nel 2005. Non è quindi possibile effettuare delle valutazioni visto che la presa in carico delle Aziende non ha ancora raggiunto i tempi tecnici



Frequenza incontri Ass. con DG	N. di Direttori generali		Obiettivi assegnati per il 2006
	incentivati per obiettivi	rimossi dal 2000	
Frequentemente, sull'attuazione delle regole di sistema	Tutti (44)	1	DGR VIII/1524 e 1525/2005 (per ASL e AO)
Mensile, su tutti i temi	Tutti	Nessuno	n.d.
Mensile, su gestione economico-finanziaria; sviluppo organizzativo di specifiche strategie reg.li	Tutti	Nessuno	DGR 1051/06: "Linee di programmazione e finanziamento del SSR per l'anno 2006"
Mensile, su equilibrio di bilancio, verifica degli obiettivi assegnati	Nessuno	1	In corso di definizione
n.d.	n.d.	Nessuno	n.d.
Mensile, su verifica e controllo attività, e budget	Tutti	1, alla Asl Na/4	DGRC 1843/05
Mensile	(a)	Nessuno	n.d.
Frequentemente (almeno mensilmente), su problem solving, problematiche di investimento, rapporti con privati accreditati	Tutti	Nessuno	n.d.
Spesso: ogni volta che si renda necessario o lo richiedano le Aziende	Nessuno	Si, 2	Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005

In quasi tutte le Regioni tutti i Direttori generali sono stati incentivati economicamente per il raggiungimento degli obiettivi nel 2005 (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Campania, Basilicata) (tab. 7.8). Nessuno è stato invece (ancora) incentivato in Toscana e Sardegna. In Puglia questo non è stato possibile a causa dell'avvicendamento seguito alle elezioni politiche. Mancano le informazioni per il Lazio. Un altro elemento che descrive i rapporti tra Regione e Asl è l'eventuale rimozione dei Direttori generali per "gravi motivi" o per "grave disavanzo", come prescrive il decreto di riforma. Nessuno dei Direttori generali è mai stato rimosso, a partire dal 2000, in Veneto, Emilia-Romagna, Lazio, Puglia e Basilicata, mentre in Lombardia, Toscana e Campania ne è stato rimosso uno, e in Sardegna due (tab. 7.8). L'interpretazione di questi dati appare problematica per due Regioni (Lazio e Campania) che in questi anni hanno accusato pesanti deficit di gestione: non solo non sono stati rimossi i Direttori generali, ma sono anche stati incentivati (almeno in Campania).

Tabella 7.9

Gli investimenti in sanità

Regione	Investimenti (milioni euro) (a)					Destinazione (%)	
	Bilancio reg.	Mutui reg.	Project financing	Fondi ASL-AO	Totale	Edilizia e impianti	Tecnologia sanitaria
Lombardia							
2003	18,1				18,1		
2004	118,7		130,6	133,9	383,2		
2005	47,1		119,9	37,8	204,8		
Totale	183,9	0	250,5	171,7	606,1	89%	11%
%	30,3%	0,0%	41,3%	28,3%	100,0%		
Veneto							
2003	18,6						
2004	1,2						
2005	31,0	4,9					
Totale	50,8	4,9	402,2	73,4	531,2	86%	14%
%	9,6%	0,9%	75,7%	13,8%	100,0%		
Emilia-Romagna							
2003							
2004							
2005							
Totale	122,0	0,0	0,0	210,0	332,0	95%	5%
%	36,7%	0,0%	0,0%	63,3%	100,0%		
Toscana							
2003	11,2			180,0	191,2		
2004	13,0			220,0	233,0		
2005	21,8			250,0	271,8		
Totale	46,0	0,0	0,0	650,0	696,0	80%	20%
%	6,6%	0,0%	0,0%	93,4%	100,0%		
Lazio							
	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Campania							
	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Puglia							
	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Basilicata							
2003	0,6	16,1			16,7		
2004	2,8	11,2			14,1		
2005	2,6	8,7			11,3		
Totale	6,1	36,0			42,1	56%	44%
%	14,4%	85,6%	0,0%	0,0%	100,0%		
Sardegna							
2003	17,0				17,0		
2004	5,5				5,5		
2005	2,0				2,0		
Totale	24,5	0,0	0,0	0,0	24,5	n.d.	n.d.
%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%		

Fonte: Indagine campionaria

Note: (a) Sono esclusi i finanziamenti statali ex L. 67/88 (183,9 milioni in Lombardia, 246,9 milioni in Toscana e 132 milioni in Sardegna)

Tabella 7.10
Distretti socio-sanitari e altri servizi

Regione	Funzionalità distretti	Integrazione servizi socio-sanitari	ASL attivato con i MMG Linee-guida o PDT	Aziende con CUP		Anno di attivazione 118
				ASL	AO	
Lombardia	buona	buona	15 ASL (tutte)	(vedi AO)	29 (tutte)	1998
Veneto	buona	buona	10 ASL (su 21)	21 (tutte)	2 (tutte)	1998
Emilia-Romagna	buona	buona	11 (tutte)	11 (tutte)	5 (tutte)	1991
Toscana	buona	buona	7 (su 12)	12 (tutte)	4 (tutte)	1997
Lazio	insoddisfacente	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Campania	buona	buona	3 su 13	13 (tutte)	10 (tutte)	1999
Puglia	insoddisfacente	n.d.	12 (tutte)	12 (tutte)	2 (tutte)	2002
Basilicata	insoddisfacente	insoddisfacente	1 su 5	tutte+ cup regionale	tutte+ cup regionale	2004
Sardegna	insoddisfacente	insoddisfacente	8 (tutte)	8 (tutte)	1 (tutte)	1998

Fonte: Indagine campionaria

Note: MMG = medici di medicina generale PDT = percorsi diagnostico-terapeutici CUP = centro unico di prenotazione



CAPITOLO 8

LE POLITICHE DI GOVERNO DELLE REGIONI

In questo capitolo si riportano le interviste e le risposte al questionario degli Assessori alla Sanità (v. Allegato 2).

1. Le priorità di intervento regionale

Le priorità di intervento indicate dagli Assessori si possono classificare in tre gruppi principali: (i) obiettivi centrati sulla popolazione, (ii) obiettivi di sistema e (iii) obiettivi di carattere più strettamente politico. Alcuni Assessori hanno indicato esclusivamente obiettivi di uno dei tre raggruppamenti, mentre altri Assessori obiettivi di differenti categorie (tab. 8.2).

Gli obiettivi centrati sulla popolazione sono indicati dai due Assessori della Lombardia e del Veneto (appartenenti allo stesso partito, la Lega Nord) e sono gli interventi per le malattie oncologiche, cardiocircolatorie, cronico-degenerative (Veneto), oppure volti allo sviluppo del governo clinico e dei percorsi diagnostico-terapeutici (Lombardia).

L'Assessore della Basilicata indica l'effettuazione degli screening oncologici e l'educazione sanitaria, mentre l'Assessore della Sardegna indica 5 priorità (malattie ad alta specificità per la Sardegna, patologie di particolare rilevanza sociale, patologie con maggiore incidenza epidemiologica, malattie oncologiche, salute mentale).

Tra gli obiettivi di sistema, i due più citati riguardano il riassetto della rete ospedaliera (Lazio, Puglia, Sardegna) e lo sviluppo dei servizi territoriali (Lombardia, Lazio, Puglia, Basilicata, Sardegna). L'Assessore del Lazio indica anche un obiettivo molto generale (risanamento, sviluppo, riequilibrio e modernizzazione del sistema sanitario), quello della Campania la realizzazione di nuove strutture, mentre quello della Toscana l'ottimizzazione delle funzioni tecnico-amministrative delle Aziende di Area vasta (tab. 8.2).

Gli obiettivi di contenuto più politico sono espressi soprattutto dall'Assessore della Toscana (attenzione al cittadino, coinvolgimento degli enti locali nel gover-

no dei servizi regionali) e della Campania (politica di contenimento dei costi; accreditamento delle strutture pubbliche e private).

Le priorità indicate sono molto eterogenee – salvo il potenziamento dei servizi territoriali e il riordino della rete ospedaliera – e riflettono le principali istanze regionali, oltre che le diverse sensibilità personali degli Assessori.

Le *azioni prioritarie* di intervento si possono anch'esse ricondurre ai tre raggruppamenti precedenti.

L'effettuazione di screening oncologici, la promozione attiva di stili ed ambienti di vita sani, le vaccinazioni, le azioni di prevenzione degli atteggiamenti rivolti alla guida in stato di ebbrezza sono le azioni indicate dall'Assessore del Veneto, mentre il rapporto salute-ambiente e la sanità animale da quello della Sardegna.

Tra le azioni rivolte alla riorganizzazione del sistema sanitario si ritrovano l'integrazione dei servizi nell'ottica della continuità assistenziale (ospedale-territorio) in Veneto; la razionalizzazione della rete dei laboratori di analisi e delle funzioni dei piccoli ospedali in Toscana; gli interventi per la riqualificazione della rete ospedaliera e il controllo e il monitoraggio della spesa farmaceutica in Lazio; la realizzazione della struttura "ospedale del mare" in Campania; l'organizzazione del distretto socio-sanitario in Puglia; lo sviluppo della rete di radioterapia, dell'attività di riabilitazione e del sistema informativo regionale in Sardegna.

La maggioranza delle azioni indicate sembra, tuttavia, rivestire un carattere politico generale. Sono l'attuazione dei piani di settore e il governo e controllo delle risorse in Lombardia; la creazione di enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area vasta e la sperimentazione delle Società della salute con gli enti locali in Toscana; gli interventi per la determinazione della produzione dei soggetti pubblici e privati, con le connesse azioni di controllo in Lazio; la predisposizione del Piano sanitario regionale in Puglia e Basilicata; l'integrazione dei servizi socio-sanitari a livello degli enti locali e la riduzione del numero di Aziende sanitarie in Basilicata; il piano strategico per il rientro dal disavanzo da parte delle Aziende sanitarie, la pianificazione sanitaria e sociale integrata e la formazione rivolta anche alla dirigenza in Sardegna.

2. La visione e gli strumenti di governo del sistema

La domanda su quali siano i principali strumenti a disposizione dell'Assessore per il governo del Ssr rivela anche (e soprattutto) la visione che è sottesa ai rapporti tra Regione e Aziende sanitarie. Emergono diverse visioni (tab. 8.3):

- i. un sistema guidato dalle *regole*, annualmente riviste (Lombardia), da contrapporre all'inerzia e ai particolarismi locali (Sardegna), e fondato su una logica coerente e armonica (Basilicata) in cui la Regione guida i processi

- attraverso la progettualità strategica e specifica (Lombardia);
- ii. un sistema in cui la Regione è la *holding* e la struttura tecnica centrale che intrattiene rapporti con le strutture amministrative aziendali, basati sulla pianificazione strategica a medio-lungo termine (Veneto), attraverso la condivisione con le Aziende degli obiettivi e dei budget annuali, e che monitora e valuta i risultati (Toscana);
 - iii. un sistema guidato dalla struttura organizzativa dell'Assessorato (peraltro carente di organico) (Puglia), attraverso iniziative legislative, emanazione di disposizioni (delibere, circolari) per il miglioramento dell'assistenza (Campania);
 - iv. nessuna visione particolare dei rapporti tra Regione e Aziende sanitarie (Lazio).

Tra gli strumenti più specifici sono indicati gli accordi integrativi regionali degli accordi nazionali di lavoro (Lombardia), le manovre tariffarie (Lombardia e Lazio) per governare la separazione tra produttori e finanziatori o la forte presenza del privato accreditato, la riorganizzazione e riconversione della rete ospedaliera (Lazio), la formazione e il sostegno al cambiamento culturale (Sardegna).

Logica di sistema e regole, programmazione e verifica dei risultati, struttura tecnocratica centrale (regionale), regolazione del sistema attraverso norme e circolari sono visioni antitetiche che danno luogo, insieme agli strumenti più specifici (oltre quelli indicati), a diversi modelli di *governance* (cap. 9).

3. La politica fiscale e il finanziamento delle Aziende sanitarie

Gli interventi di politica sanitaria della Regione si esplicano in diversi ambiti, ad iniziare dall'uso della leva fiscale per il ripiano dei disavanzi e dalle modalità di assegnazione dei fondi alle Aziende sanitarie.

La politica fiscale e di ripiano dei disavanzi. Le situazioni regionali si presentano diversificate in relazione ai deficit accumulati dalle Aziende sanitarie. Alcune Regioni hanno attivato nei primi anni Duemila la leva fiscale per ripianare i deficit aziendali (Lombardia, Veneto), altre sono ricorse alle risorse di bilancio (Sardegna) o alla razionalizzazione della spesa (Lombardia, Basilicata), altre ancora hanno attuato solo recentemente interventi di risanamento della finanza sanitaria (Lazio, Campania).

Nelle valutazioni degli Assessori emergono le diverse posizioni e le diverse politiche attuate dalla Regione. In Lombardia il pareggio di bilancio è conseguito attraverso "correttivi e compartecipazioni", oltre che attraverso la politica di razionalizzazione dei costi (tab. 8.2). Non viene menzionata esplicitamente la politica fiscale, che ha introdotto nel 2002 la maggiorazione dell'addizionale

Irpef. La politica fiscale di aumento dell'addizionale Irpef e dell'aliquota Irap è citata in modo molto discreto anche dall'Assessore del Veneto, che ricorda come il deficit sia stato affrontato con il ripiano delle perdite delle Aziende sanitarie.

Le due Regioni che hanno affrontato solo nel 2006 il cronico problema del deficit in sanità (Lazio e Campania) citano i provvedimenti adottati con l'approvazione del bilancio 2006 (Lazio), la creazione di una società per il pagamento dei debiti delle Asl e delle Ao e l'adozione di misure di taglio della spesa (Campania) (tab. 8.2). Anche in questo caso non è ricordato il recente aumento dell'addizionale Irpef (tab. 4.5).

In Sardegna il problema del deficit è stato affrontato attraverso il recupero di residui del bilancio regionale, misure di razionalizzazione della spesa farmaceutica (prontuario terapeutico regionale), senza ricorrere alle compartecipazioni.

Con un certo orgoglio gli Assessori di Toscana e Puglia dichiarano che la Regione non ha aumentato la pressione fiscale, né introdotto ticket; in Puglia "non è presente deficit" (N.B. nel 2005 era presente, anche se modesto) per cui non si rende necessaria una politica fiscale *ad hoc*. La Basilicata finora ha fatto fronte al deficit attraverso la razionalizzazione della spesa, senza ricorrere alla politica delle compartecipazioni, che è vista sfavorevolmente.

La ripartizione del Fondo sanitario regionale. Il quesito sulla fase di ripartizione del Fondo sanitario regionale e di definizione del budget delle Aziende sanitarie non ha ricevuto, in generale, risposte approfondite. In tutte le Regioni si segue la ripartizione basata sulla quota capitaria; il metodo riceve apprezzamenti perché tiene conto dei bisogni della popolazione (Lombardia) e delle esigenze del territorio (Veneto), è equo (Puglia) e rappresenta l'occasione per operare scelte di riequilibrio tra funzioni (Lea) e territori (Lazio) (tab. 8.3). Unica Regione che esprime una valutazione negativa è la Campania, ma non risulta chiaro se sia riferita alla procedura nazionale (ritenuta penalizzante per la Regione) oppure alla situazione locale. In Basilicata il processo è concertato con le Aziende sanitarie e in Sardegna si va introducendo la programmazione del budget aziendale, anche se non si tratta ancora di una vera e propria negoziazione.

4. La politica del personale e degli investimenti

Le politiche più incisive per la qualità dei servizi sanitari riguardano le risorse umane e gli investimenti.

Il personale del Ssr. Alcune Regioni lamentano il blocco degli organici conseguente alla legge finanziaria (Lombardia, Puglia) e le carenze di personale (Veneto per l'area sanitaria, Puglia, Basilicata e Sardegna) (tab. 8.2). La qualità del personale è giudicata ottima in Lombardia, adeguata in Toscana, buona in

Sardegna. Si sottolinea la disorganizzazione (Sardegna), lo squilibrio tra numero, qualità e competenze (Lazio), l'esigenza di riordino e razionalizzazione (Veneto) e di revisione delle dotazioni organiche (Lazio). In Veneto è avvertita l'esigenza di valorizzazione professionale, mentre in Puglia è denunciata una situazione di precariato e in Sardegna l'esistenza di contratti atipici. Non è disponibile la valutazione della Campania.

Gli investimenti. Nel triennio 2003-05 la Toscana è la Regione che ha realizzato i maggiori investimenti in sanità (696 milioni di euro) – escludendo i finanziamenti ex L. 67/88⁶³ – seguita dalla Lombardia (606 milioni), dal Veneto (531 milioni) e dall'Emilia-Romagna (332 milioni) (tab. 7.9). Nelle due Regioni del Sud sono stati realizzati modesti investimenti (42 milioni in Basilicata e 25 in Sardegna). La quota preponderante (tra 80 e 95%) è stata destinata alle opere edilizie e agli impianti in Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana ed il restante 5-20% alle tecnologie sanitarie. Al contrario, in Basilicata la quota dell'edilizia è stata pari al 56% e quella delle tecnologie al 44% (tab. 7.9). La Toscana ha destinato il 65% degli investimenti agli ospedali e il 35% agli altri servizi. Non sono disponibili dati per Lazio, Campania e Puglia.

Rispetto alle fonti di finanziamento, emergono quattro distinte forme (tab. 7.9):

- la prevalenza di fondi del bilancio regionale (100% in Sardegna) o di mutui regionali (85% in Basilicata);
- il consistente ricorso alla finanza di progetto in Veneto (75%);
- l'elevato utilizzo di fondi propri delle Asl e delle Ao in Emilia-Romagna (63%) e Toscana (93%);
- l'equilibrato ricorso alle diverse fonti in Lombardia (30% bilancio regionale, 41% *project financing* e 28% fondi aziendali).

Oltre alle fonti autonome regionali, va ricordato il decisivo finanziamento dello Stato, derivante dalla L. 67/88 che ha contribuito per 757 milioni di euro in Lombardia, 247 milioni in Toscana e 132 milioni in Sardegna.

Dai questionari degli Assessori non emergono informazioni aggiuntive, se non per la Toscana in cui si conferma l'importante ricorso alle alienazioni del patrimonio aziendale, la prevista destinazione di 200 milioni di euro alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere in Lazio e analogamente in Sardegna, mentre in Basilicata si punta alla rifunzionalizzazione degli ospedali esistenti, alla creazione di centri di eccellenza e agli investimenti in tecnologie (tab. 8.2).

⁶³ Sono stati esclusi perché non indicati da tutte le Regioni (tab. 7.9).



Tabella 8.1

I punti di forza e di debolezza del Servizio sanitario regionale

Regione	Punti di forza
Lombardia	1. Qualità del servizio 2. Eccellenze (assistenza e ricerca)
Veneto	1. Capacità di sviluppare ed applicare modelli innovativi sulle frontiere più avanzate. Alcuni esempi: la creazione del Sistema Regionale Trapianti, ai primi posti tra i modelli europei (Banche dei tessuti, Banca degli occhi, cell-factory per le cellule staminali) e il nascente sistema interregionale sulle malattie rare 2. Promozione della ricerca anche attraverso la creazione di IRCCS, come il recentemente costituito Istituto Oncologico Veneto 3. Forte integrazione dell'assistenza territoriale sanitaria, socio-sanitaria e sociale 4. Sviluppo e applicazione di sistemi di Total Quality Management e metodiche di miglioramento continuo della qualità, in particolar modo unite allo sviluppo del sistema veneto di autorizzazione e accreditamento delle strutture
Emilia-Romagna	<i>Non è stato compilato il questionario</i>
Toscana	1. Forte orientamento alla programmazione 2. Coinvolgimento attivo degli enti locali e delle forze sociali 3. Sviluppo delle capacità gestionali delle Aziende sanitarie
Lazio	1. Presenza di alcune eccellenze in campo clinico 2. Presenza di ottimi professionisti 3. Consolidata buona pratica della maggior parte delle grandi strutture ospedaliere
Campania	1. Professionalità della forza lavoro 2. Investimenti in strutture con tecnologie avanzate e centri di eccellenza
Puglia	1. Rete di servizi e di operatori che permette la realizzazione efficace ed efficiente degli interventi (vero e proprio coordinamento) 2. Garantisce livelli di qualità 3. Pone grande attenzione al rapporto tra Stato e Regione
Basilicata	1. Governabilità del territorio grazie alla dimensione contenuta della Regione 2. Forte ruolo della Regione verso gli enti locali 3. Capacità di monitoraggio
Sardegna	1. Senso di responsabilità che gli operatori hanno dimostrato anche in situazioni di disagio organizzativo 2. Interventi realizzati per la riduzione della talassemia 3. Efficienza delle strutture utilizzate per trapianti e donazioni

Fonte: Indagine campionaria



Punti di debolezza	Valutazione performance SSR
1. Costi	Eccellente
1. Ancora bassa la compliance in alcune zone dell'integrazione sociale e sanitaria 2. Sviluppo continuità di cura territorio-ospedale 3. Potenziamiento degli screening in prevenzione	Eccellente
1. Relazioni tra Aziende 2. Eccessiva autoreferenzialità delle Aziende sanitarie	Buona
1. Elevata presenza di posti-letto per acuti e riabilitazione 2. Concentrazione dell'offerta ospedaliera nella città di Roma con conseguente squilibrio nelle province 3. Rapporto squilibrato tra i livelli di assistenza (forte presenza del livello ospedaliero a danno del territorio) 4. Grave situazione finanziaria in presenza di un disavanzo strutturale di ampie dimensioni non ancora del tutto ripianato o ripianabile	Buona
1. Difficoltà per il contenimento della spesa 2. Finanziamento nazionale ridotto 3. Ottimizzazione dei servizi	Buona
1. Scarsità di finanziamento 2. Scarsità di personale 3. Scarsità di specifiche figure professionali (anestesisti e tecnici)	Sufficiente
1. Spirito localistico 2. Difficoltà nel riaccorpamento dei servizi	Buona
1. Storica carenza di programmazione 2. Poca razionalizzazione nell'area della salute mentale (critico il tasso di TSO riscontrato) 3. Per le malattie oncologiche esiste una fuga dell'utenza per carenza di strutture specializzate 4. Carenza nei servizi di prevenzione 5. Deficit economico medio 6. Ritardi nel recepire la normativa nazionale 7. Sistema informativo inadeguato	Sufficiente

Tabella 8.2
Le politiche sanitarie regionali

Regione	Priorità di intervento	Azioni prioritarie
Lombardia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Governo clinico 2. Sviluppo servizi territoriali 3. Percorsi diagnostico-terapeutici 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attuazione dei piani di settore 2. Governo e controllo delle risorse in attuazione del PSSR 2007-09 approvato il 26.10.2006
Veneto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Malattie oncologiche 2. Malattie cardiocircolatorie 3. Malattie cronicodegenerative 	Screening oncologici; promozione attiva di stili ed ambienti di vita sani; integrazione dei servizi nell'ottica della continuità dell'assistenza (ospedale territorio); vaccinazioni; azioni di prevenzione degli atteggiamenti rivolti alla guida in stato di ebbrezza
Emilia-Romagna	<i>Non è stato compilato il questionario</i>	
Toscana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attenzione al cittadino 2. Ottimizzazione funzioni tecnico-amministrative Aziende Area vasta 3. Coinvolgimento enti locali nel governo dei servizi regionali 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creazione enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area vasta 2. Sperimentazione Società della salute con enti locali 3. Razionalizzazione rete laboratori analisi e funzioni piccoli ospedali
Lazio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potenziamento dell'assistenza territoriale 2. Risanamento, sviluppo, riequilibrio e modernizzazione del sistema sanitario 3. Ammodernamento della rete ospedaliera attraverso la riconversione di strutture e la costruzione di nuove zone ad alta intensità abitativa totalmente carenti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interventi per il controllo e monitoraggio della spesa farmaceutica 2. Interventi per la determinazione della produzione dei soggetti pubblici e privati e connessi alle azioni di controllo 3. Interventi per la riqualificazione della rete ospedaliera
Campania	<ol style="list-style-type: none"> 1. Politica di contenimento dei costi 2. Realizzazione di nuove strutture 3. Accreditemento strutture pubbliche e private 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzazione della struttura "ospedale del mare" 2. Abbattimento del debito pregresso 3. Definizione dei criteri di accreditemento
Puglia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potenziamento dei servizi territoriali 2. Razionalizzazione del sistema ospedaliero, destinato esclusivamente alle acuzie e alle eccellenze 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Predisposizione del PSR 2. Organizzazione del distretto socio-sanitario
Basilicata	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riequilibrio della rete dei servizi tra ospedale e territorio 2. Sviluppo della prevenzione (screening oncologici su tutta la popolazione) e dell'educazione sanitaria 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integrazione dei servizi socio-sanitari a livello degli enti locali 2. Riduzione del numero di Aziende sanitarie (reti di governo unitario) 3. Sviluppo del PSSR e di obiettivi convergenti con quelli nazionali ed europei 4. Regolazione delle attività in convenzione
Sardegna	<p>Si è preferito puntare sulle priorità reali. Sono 5 obiettivi di salute (malattie ad alta specificità per la Sardegna, patologie di particolare rilevanza sociale, patologie con maggiore incidenza epidemiologica, malattie oncologiche, salute mentale) e 3 di sistema (prevenzione, distretto, rete ospedaliera)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costruzione della rete di radioterapia 2. Piano strategico per le Aziende per rientro dal disavanzo 3. Rapporto salute-ambiente 4. Sanità animale 5. Attività di riabilitazione 6. Sistema informativo regionale 7. Pianificazione sanitaria e sociale integrata 8. Formazione rivolta anche alla dirigenza

Fonte: Indagine campionaria



Governo clinico	Politica degli investimenti
A livello provinciale in capo alle singole ASL	Le risorse ex art. 20 L. 67/88 integrate da risorse regionali; sono in corso approfondimenti e valutazioni per individuare le modalità innovative alternative di reperimento delle risorse all'uopo necessarie
Iniziative presenti sia in ambito regionale che aziendale	La politica regionale risponde a criteri di sicurezza e qualità mediante il rispetto delle normative (ad es. legge 626) e dei requisiti di accreditamento ed autorizzazione delle strutture (LR 20/02). Le fonti finanziarie sono: statale art. 20 legge 677/88 ed art. 71 legge 448/98; fonte regionale mediante emissione di mutui
La LR 40/05 disciplina gli organi del GC a livello aziendale, di Area vasta e regionale	La Regione ha utilizzato in toto i finanziamenti ex art. 20, rinnovando la rete ospedaliera, utilizzando, oltre i finanziamenti statali, l'indebitamento e i proventi da alienazione
n.d.	È prevista per aree territoriali specifiche la realizzazione di strutture ospedaliere con un investimento di 200 milioni di euro sostitutive di altre che andranno riconvertite
n.d.	Fondi ex art. 20
n.d.	Art. 20. La Regione attinge a fonti proprie e le Aziende sanitarie alle fonti derivate dalla Regione
n.d.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rifunionalizzazione delle strutture (ospedaliere) esistenti 2. Sviluppo di centri di eccellenza 3. Piano di investimenti in tecnologia
n.d.	<p>Art. 20; accordo di programma del 2001: azione di recupero dei fondi e di riorganizzazione e finalizzazione degli stessi. 66 milioni di euro della Regione per l'ospedale di Olbia; è in fase di programmazione la costruzione di un nuovo ospedale a Cagliari, mentre a Sassari è stata installata una PET.</p> <p>Per la radioterapia si punta ad almeno tre poli di radioterapia sul territorio</p>

Tabella 8.2 (segue)
Le politiche sanitarie regionali

Regione	Politica del personale	Politiche fiscali
Lombardia	La qualità è ottima, il numero è sufficiente anche se i vincoli posti dalla legge finanziaria trattano in modo indifferenziato tutte le Regioni, mentre la Regione Lombardia da quattro anni ha già impostato politiche di riorganizzazione	In relazione all'adozione di correttivi e compartecipazioni alla spesa sanitaria, il bilancio del SSR si è chiuso in pareggio. Ciò ovviamente si è reso possibile anche grazie ad una politica di razionalizzazione dei costi, nonché all'obbligo, sancito dalla legge regionale, in capo alle Aziende di garantire l'equilibrio economico finanziario dei bilanci
Veneto	Valorizzazione professionale, individuazione percorsi di riordino e razionalizzazione. È carente nell'area sanitaria e rivedibile qualitativamente in quella amministrativa	Finanziamento del sistema sanitario regionale mediante risorse provenienti da addizionale regionale IRAP, compartecipazione IVA e addizionale IRPEF. Provvedimento deficit mediante ripiano perdite
Emilia-Romagna	<i>Non è stato compilato il questionario</i>	
Toscana	Ritenuto adeguato	La Regione non ha imposto né tasse né ticket per il ripiano del deficit
Lazio	È presente una situazione di squilibrio tra numero, qualità e competenze. Sono previste iniziative per la revisione delle dotazioni organiche delle AS a seguito della ridefinizione degli atti aziendali, da rendere compatibili con il piano di rientro di recente approvato	La legge regionale che ha approvato il bilancio 2006 ha tracciato le linee della politica fiscale da attuare anche in rapporto ai problemi derivanti da ripianamento del deficit delle Aziende sanitarie
Campania	n.d.	1. Creazione della SORESA Spa per il pagamento dei debiti ASL e AO 2. Provvedimenti per il taglio della spesa
Puglia	Si sta provvedendo a sbloccare le assunzioni e a ridurre il precariato in modo da migliorare qualità e competenza	Non essendoci problemi di politica fiscale non è necessario aumentare la pressione fiscale. Il deficit non è presente in Regione
Basilicata	Il personale è carente e non adeguatamente utilizzato (la spesa incide solo per il 31%) Carenze di medici, anestesisti	Si preferisce una politica di recupero e di razionalizzazione delle risorse, piuttosto che ricorrere alla leva fiscale. I ticket sono visti sfavorevolmente
Sardegna	Il personale è teoricamente adeguato alle esigenze, ma di fatto si scontano problemi di distribuzione delle qualifiche e di maturità del personale. Le competenze professionali appaiono mediamente buone. Si verificano contratti atipici. Maggiori criticità sul lato infermieristico. Il senso di responsabilità che ha permesso di garantire l'erogazione dei servizi anche in situazioni di grandi carenze organizzative	Sono state recuperate risorse pregresse di bilancio per appianare il deficit delle Aziende sanitarie; non sono applicati ticket sui farmaci, rimane quello per il pronto soccorso; è stato predisposto un prontuario terapeutico regionale

Ruolo del privato accreditato	Orientamento su competizione
<p>Secondo la LR 31/97 le strutture pubbliche e private accreditate a contratto partecipano con eguali diritti e doveri al perseguimento degli obiettivi di salute posti dalla programmazione sanitaria regionale. Tramite l'istituto dell'accreditamento a contratto tutti gli enti erogatori per conto del SSR sono soggetti alle medesime regole</p>	<p>Nel sistema sanitario lombardo è presente un sistema di competizione regolata. Le regole del sistema trovano riscontro, tra l'altro, in meccanismi di governo clinico e di valutazione ed implementazione dell'appropriatezza, con particolare attenzione alla qualità dei servizi</p>
<p>Fornitore di servizi</p>	<p>Favorevole, sulla base di oggettivi parametri qualitativi, comunque sempre all'interno di un sistema di forte integrazione pubblico/privato</p>
<p>Il privato rappresenta una quota non rilevante dell'attività e svolge funzioni integrative con il pubblico mediante la contrattazione di volumi con le Aziende sanitarie</p>	<p>Si privilegia la programmazione</p>
<p>La presenza storicamente consistente del privato accreditato è per il Lazio un punto di forza e di debolezza. Il settore privato è complessivamente qualificato ad agire secondo regole analoghe a quelle vigenti per gli altri erogatori, cioè a parità tariffaria</p>	<p>Parità tariffaria tra soggetti erogatori. Una vera competizione non si è mai realizzata: troppe le presenze con vincoli esterni (pubblico) e troppe le presenze con margini di maggiore autonomia (privato)</p>
<p>1. Supporto al pubblico per offrire servizi migliori all'utente 2. Funzione di integrazione</p>	<p>Positiva: più come sinergia che come mera competizione</p>
<p>Paritetico con il servizio pubblico al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza</p>	<p>Non esiste competizione. Tutto il sistema è integrato e non competitivo</p>
<p>La presenza del privato è ridotta nel settore ospedaliero. Per la specialistica, il laboratorio e la diagnostica è in atto un tavolo di contrattazione sulle tariffe e sui tetti</p>	<p>Il mercato privato è debole, per scarsità di imprenditoria privata. La competizione potrebbe fare bene anche al pubblico</p>
<p>La presenza del privato non è molto sviluppata; gli accordi per ora avvengono annualmente: nel 2005 c'è stato un primo accordo con l'AIOP che fissava i tetti di spesa e i volumi. Si fa in modo che i privati siano coautori del processo e attuatori. Sono state anche elaborate delle linee guida sulla riabilitazione</p>	<p>La Regione Sardegna è per la sussidiarietà e la cooperazione ed ha una visione integrativa del privato e non competitiva</p>

5. I rapporti con i privati accreditati e la concorrenza

La presenza del privato accreditato è diversa nelle Regioni del campione e anche diversa è la visione dei rapporti che la Regione deve intrattenere con le case di cura (gli specialisti e i laboratori) e l'orientamento sulla concorrenza.

Il ruolo del privato accreditato. La visione dei rapporti con il privato accreditato è duplice (tab. 8.2):

- il privato accreditato e a contratto partecipa con *eguali diritti e doveri* al perseguimento degli obiettivi di salute ed è soggetto alle stesse regole (Lombardia); è qualificato ad agire secondo regole analoghe a quelle degli altri erogatori, cioè a parità tariffaria (Lazio); è *paritetico* con il servizio pubblico al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza (Puglia);
- svolge funzioni *integrative* del pubblico mediante la contrattazione di volumi con le Aziende sanitarie (Toscana); è di *supporto* al pubblico per offrire servizi migliori all'utente e svolge una funzione di *integrazione* (Campania).

La prima visione scaturisce dal decreto di riforma del Ssn del 1992 (D.Lgs. 502/92) e dall'abolizione del ruolo "integrativo" delle case di cura ad opera della legge finanziaria 1995 (L. 724/94), che hanno attribuito "pari dignità" al privato accreditato.

Le regole comuni a cui sono soggetti i privati riguardano l'accreditamento istituzionale e il pagamento a tariffa, non certo la gestione interna, che continua ad essere regolata dal diritto civile per i privati accreditati e dal diritto amministrativo per i pubblici.

La seconda visione è quella tradizionale, precedente alle riforme degli anni Novanta, che concepisce il privato come subordinato alle esigenze di programmazione dell'offerta ospedaliera (e specialistica) da parte del pubblico. È una concezione che prevale nelle Regioni in cui la presenza del privato è ridotta.

La visione del Veneto è neutra e indica il ruolo del privato come "fornitore di servizi" (tab. 8.2), ma nell'orientamento sulla concorrenza traspare un ruolo di "forte integrazione pubblico/privato", che non indica soggezione del privato, ma pariteticità di rapporti (tab. 8.3).

Gli Assessori rilevano che la presenza di case di cura è ridotta in Toscana, Basilicata e Sardegna. Quest'ultima riferisce degli accordi sottoscritti a livello regionale con l'Associazione dell'ospitalità privata (tab. 8.2).

I rapporti con i privati accreditati sono dichiarati buoni dalla maggioranza degli Assessori (Lombardia, Lazio "relazioni buone e proficue", Campania), col-laborativi (Basilicata) e "di sereno confronto" (Veneto) (tab. 8.3). In Sardegna e Puglia i privati sono temporaneamente accreditati e si sta lavorando per l'accreditamento istituzionale.

Il ruolo della concorrenza. Anche nei confronti della concorrenza tra pubblico e privato emergono due diverse visioni (tab. 8.2):

- un orientamento *favorevole* alla *competizione regolata* tra pubblico e privato accreditato a contratto, basata sulle stesse regole (accreditamento e tariffe) e concepita come elemento costitutivo del Ssr, con il dovere per i privati di impegnarsi sul governo clinico, l'appropriatezza e la qualità dei servizi (Lombardia); favorevole sulla base di oggettivi parametri qualitativi, comunque sempre all'interno di un sistema di forte integrazione pubblico/privato (Veneto); concepita più come *sinergia* che come mera competizione (Campania), come *stimolo* al settore pubblico, se il privato è poco presente e influente (Basilicata), o come *occasione persa* dove il privato è oggettivamente forte, ma prevalgono i troppi vincoli esterni per il pubblico e i maggiori margini di autonomia per il privato (Lazio);
- un orientamento che privilegia la programmazione (Toscana), la sussidiarietà e la cooperazione (Sardegna) e nega la concorrenza (Puglia) o implicitamente la rifiuta.

In tutte le Regioni prevale comunque una visione dei rapporti contrattuali tra pubblico e privato fondata non solo sulle clausole economiche (budget, tariffe, volumi di attività, abbattimenti tariffari), ma anche su impegni di tipo clinico (appropriatezza, percorsi diagnostico-terapeutici) e di qualità dei servizi. A partire dal 2003 la Lombardia ha compiuto la maggiore "conversione" verso un sistema di contratti a quota vincolata con tutti gli erogatori (Dgr 12287/03), abbandonando nei fatti il metodo della concorrenza tra pubblico e privato. Essendo prefissati i budget per singolo erogatore e risultando invalicabili⁶⁴, oggi la competizione ha scarsi margini per esplicarsi e riguarda alcuni Drg (ad es. per tumori), la dialisi, la radioterapia, il potenziamento delle prestazioni ambulatoriali con tempi di attesa critici o per particolari necessità clinico-epidemiologiche e quelle a favore dei pazienti di altre Regioni (Allegato 7 Dgr 1524). Tuttavia nei contratti con i privati è riconosciuta la possibilità di sottoscrivere percorsi diagnostico-terapeutici e si va verso la progressiva incorporazione di variabili anche non-economiche.

A prescindere dalle scelte di principio circa la concorrenza in sanità, emerge una visione comune dei rapporti tra pubblico e privato come sinergici, integrati, cooperativi e una strutturazione dei Ssr come sistemi misti ed orientati al superiore interesse dei cittadini.

⁶⁴ "Al raggiungimento della predetta quota (N.B. 97,5% del contratto 2005 incrementato dell'1,5%) la struttura erogatrice accreditata, in assenza di previo accordo, non è autorizzata ad erogare prestazioni per conto del Servizio sanitario regionale" (Allegato 7 Dgr 1375/05 p. 10).

Tabella 8.3

Gli strumenti di governo del Servizio sanitario regionale

Regione	Principali strumenti per il governo del SSR	Staff Assessorato
Lombardia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regole di sistema annualmente riviste 2. Accordi collettivi nazionali di lavoro, attuati a livello regionale con accordi integrativi 3. Progettualità specifiche e strategiche, coerenti con lo sviluppo del PSSR e degli atti di programmazione regionale 4. Manovra tariffaria 	Ottimo
Veneto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmazione di buona qualità su base almeno quinquennale 2. Visione dei rapporti tra strutture tecniche centrali e amministrative aziendali paragonabili a quelli di una "holding" regionale 	Buono, da incrementare in professionalità e risorse
Emilia-Romagna	<i>Non è stato compilato il questionario</i>	
Toscana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Piano sanitario regionale 2. Definizione obiettivi e budget annuali con le Aziende 3. Monitoraggio e valutazione raggiungimento obiettivi 	Adeguito, con riunioni settimanali
Lazio	Sistema tariffario; riorganizzazione e riconversione della rete ospedaliera	Buono
Campania	<ol style="list-style-type: none"> 1. Iniziativa nelle proposte di leggi regionali 2. Emanazioni di disposizioni per il miglioramento dell'assistenza (delibere, circolari) 	Eccellente
Puglia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Struttura organizzativa dell'Assessorato 2. ARES Puglia 	Nonostante la carenza di organico, lo staff garantisce il funzionamento in virtù dell'esperienza di coloro che operano al suo interno
Basilicata	<ol style="list-style-type: none"> 1. Logica di sistema sul sistema 2. Capacità di controllo 3. Capacità di resistere alle pressioni (assedio) delle Aziende 	Non adeguato numericamente; esigenza di nuove professionalità e funzioni apicali
Sardegna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione di un sistema di regole 2. Formazione 3. Sostegno al cambiamento culturale 	Buono, ma non è ancora pronto all'attività di programmazione



Valutazione			
ASR	OER	Sistema informativo	Ripartizione FSR
Non presente	Ottimo	Ottimo	Buona in quanto impostata sulla definizione della quota capitaria pesata per età e patologia e sul confronto rispetto ai bisogni dei vari settori del sistema sanitario regionale
Buono da incrementare in professionalità e risorse	n.d.	Da sviluppare ulteriormente	La ripartizione del Fondo sanitario regionale avviene su base capitaria in relazione alle fasce di età della popolazione residente. Tale sistema, con opportuni correttivi, inerenti situazioni peculiari, consente una ripartizione che rispecchia le reali esigenze esistenti nel territorio regionale
Problematico per le relazioni con gli uffici regionali	Affidato all'agenzia regionale	Buon livello e sviluppo dei flussi	Disciplinato dal Piano sanitario regionale sulla base della popolazione pesata
Buono	Buono	Buono, ma da coordinare ed integrare	Strumento ed occasione per operare scelte di riequilibrio tra funzioni (LEA) e territori
Eccellente	Eccellente	Buono, in fase di completamento	Valutazione negativa
Svolge un ruolo fondamentale sul piano tecnico	Svolge un ruolo fondamentale sul piano tecnico	Buono, ma va implementato con altri flussi necessari ad avere una visione del sistema più complessiva	Per quota capitaria, secondo criteri di equità nella distribuzione delle risorse
Non presente	Adeguate	Adeguate	Il processo è concertato con le AS; si utilizzano diversi parametri per la quota capitaria
Non presente	n.d.	Da rifare ex novo	È prevista una programmazione del budget; non c'è una vera e propria negoziazione da parte delle Aziende. La Regione stabilisce il budget da assegnare alle ASL. Di seguito è la ASL che negozia con le altre strutture private accreditate sul territorio sempre sulla base del budget relativo all'anno precedente

Tabella 8.3 (segue)

Gli strumenti di governo del Servizio sanitario regionale

REGIONI	Incontri con i Direttori generali AS	Rapporti con i privati accreditati
Lombardia	Frequentemente, anche in occasione di riunioni di tavoli di lavoro e/o conferenze mensili dei Direttori generali	Buoni
Veneto	Mensilmente	Sereno confronto a) Case di cura: rapporto di precontrattazione (accordo contrattuale sulla fornitura di prestazioni per conto del Servizio sanitario regionale) b) Laboratori e specialisti: vedi sopra
Emilia-Romagna	<i>Non è stato compilato il questionario</i>	
Toscana	Monitoraggio mensile dell'andamento gestionale e del raggiungimento degli obiettivi	Le relazioni dirette sono affidate alle Aziende sanitarie
Lazio	Spesso sia in occasioni formali (budget, piani, programmi, inaugurazioni ecc.), sia in occasioni specifiche riguardanti le problematiche delle singole Aziende	Case di cura, specialisti, laboratori analisi: relazioni buone e proficue con le rappresentanze dei soggetti
Campania	Mensile, o inferiore in caso di necessità	Buoni, sia per le case di cura che per i laboratori privati
Puglia	Mensile	Si sta lavorando per l'accreditamento istituzionale delle case di cura. C'è un buon rapporto con i laboratori specialistici
Basilicata	Due volte al mese, per la valutazione del budget e del rispetto dei programmi	Collaborativi
Sardegna	La frequenza degli incontri va da 15 gg a 21 gg e i DG sono tutti presenti. Questi incontri sono utili per condividere le diverse esperienze dei DG riguardo alle diverse problematiche e permettono di tracciare con maggiore efficacia alcune linee guida. Tutto ciò è permesso dal buon clima relazionale che regna tra Assessorato e DG	Le case di cura e i laboratori sono temporaneamente accreditati

6. La valutazione del Ssr, delle Aziende sanitarie e dei distretti

Gli Assessori hanno manifestato anche le loro valutazioni sui punti di forza e di debolezza dei rispettivi Ssr, delle Asl e dei distretti.

Le performance del Servizio sanitario regionale. Rispetto ai *punti di forza* del Ssr (tab. 8.1):

- emergono situazioni di *eccellenza* nell'assistenza e nella ricerca in Lombardia, nella capacità di posizionarsi sulle frontiere più avanzate in Veneto (sistema regionale dei trapianti, delle malattie rare, nella creazione di Irccs, come l'Istituto oncologico veneto), nelle eccellenze cliniche in Lazio, negli investimenti in centri di eccellenza e tecnologie avanzate in Campania, nella riduzione della talassemia e nell'efficienza delle strutture per trapianti e donazioni in Sardegna;
- sono enfatizzate le capacità "ordinarie" di gestione del sistema sanitario in Toscana (forte orientamento alla programmazione, sviluppo delle capacità gestionali delle Aziende sanitarie), in Lazio ("presenza di ottimi professionisti e consolidata buona pratica della maggior parte delle grandi strutture ospedaliere"), in Campania ("professionalità della forza lavoro"), in Puglia ("rete di servizi e operatori che permette un vero e proprio coordinamento per la realizzazione efficace ed efficiente degli interventi"), in Sardegna ("senso di responsabilità degli operatori anche in situazioni di disagio organizzativo"), in Veneto ("sviluppo e applicazione di sistemi di *Total Quality Management*");
- si indica la forte integrazione dell'assistenza territoriale sanitaria, socio-sanitaria e sociale in Veneto;
- si sottolineano gli aspetti più politici in Toscana ("coinvolgimento degli Enti locali e delle forze sociali"), in Puglia ("la grande attenzione ai rapporti tra Stato e Regione"), in Basilicata ("la governabilità della Regione grazie alla ridotta dimensione del territorio, il forte ruolo verso gli Enti locali").

Tra i *punti di debolezza* emergono invece (tab. 8.1):

- sul piano economico, le difficoltà di controllo dei costi (Lombardia), di contenimento della spesa (Campania), la scarsità dei finanziamenti nazionali (Campania e Puglia), la grave situazione finanziaria in presenza di un disavanzo strutturale di ampie dimensioni non ripianato o ripianabile (Lazio);
- sul piano gestionale, la scarsità di personale e di specifiche figure professionali (Puglia);
- sull'organizzazione dei servizi regionali, la bassa integrazione sociale e sanitaria in alcune zone e lo scarso sviluppo della continuità di cura territorio-ospedale (Veneto), le difficoltà di relazioni interaziendali e l'eccessiva autoreferenzialità delle Aziende sanitarie (Toscana), l'elevata presenza di posti-letto



per acuti e per riabilitazione, la concentrazione dell'offerta ospedaliera nella città di Roma e il rapporto squilibrato tra ospedale e territorio (Lazio), le difficoltà nel riaccorpamento dei servizi (Basilicata);

- sul piano dei servizi specifici, la necessità di potenziamento degli *screening* di prevenzione (Veneto), la scarsa razionalizzazione nell'area della salute mentale, la fuga dei pazienti oncologici per carenza di strutture specializzate, la carenza nei servizi di prevenzione (Sardegna);
- sul piano generale, la storica carenza di programmazione e i ritardi nel recepire la normativa nazionale (Sardegna).

Il giudizio sintetico sul funzionamento del Ssr è elevato nelle Regioni del Nord e peggiora andando verso Sud. Il giudizio è infatti “eccellente” per Lombardia e Veneto, “buono” per Toscana, Lazio, Campania e Basilicata e “sufficiente” per Puglia e Sardegna (tab. 8.1).

Il funzionamento delle Asl. Il giudizio sugli aspetti *positivi* delle Asl riguarda (tab. 8.4):

- la costante attenzione ad appropriatezza, qualità ed economicità (Lombardia);
- la capacità di intercettare i bisogni emergenti del territorio di riferimento (Veneto);
- l'ottimo sviluppo delle capacità di controllo di gestione (Toscana);
- il miglioramento delle prestazioni ospedaliere e territoriali (Campania);
- la presenza di rapporti di collaborazione e competizione, in un clima di scambi regolari, incoraggiati dall'Assessorato (Basilicata);

mentre tra gli aspetti *negativi* vi sono:

- l'autonomia istituzionale e gestionale, talora eccessiva rispetto a quella che dovrebbe essere la visione di un sistema sanitario regionale fortemente integrato (Veneto);
- l'applicazione degli scambi tariffari tra Asl e Ao e l'autoreferenzialità delle Aziende (Toscana);
- la scarsità dei presidi territoriali e la difficoltà di aggiornamento tecnologico (Campania);
- la dimensione regionale ridotta (Basilicata).

Per le altre Regioni non sono disponibili i giudizi dell'Assessore. Come per i Ssr, le valutazioni peggiorano passando da Nord a Sud e sono meno entusiastiche: è “buono” il giudizio sul funzionamento delle Asl in Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, Campania, Basilicata, mentre è “sufficiente” in Puglia e Sardegna (tab. 8.4).

I distretti sanitari e l'integrazione dei servizi socio-sanitari. Il giudizio sintetico sulla funzionalità dei distretti sanitari e sull'integrazione tra i servizi

socio-sanitari è stato richiesto ai Direttori generali degli Assessorati. Le valutazioni sono simili a quelle delle Aziende sanitarie e sono per entrambe le domande “buona” in Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Campania, mentre è “insoddisfacente” in Lazio, Puglia, Basilicata e Sardegna.

Le linee-guida e i percorsi diagnostico-terapeutici. La diffusione di linee-guida e percorsi diagnostico-terapeutici è diversa tra le Regioni e indipendente dall’area geografica. È presente in tutte le Asl in Lombardia, Emilia-Romagna, Puglia e Sardegna, mentre nella metà circa delle Asl in Veneto (10 su 21), Toscana (7 su 12) e in 1/4 circa in Campania e Basilicata (tab. 7.10).

La presenza dei Cup. I Centri unici di prenotazione sono diffusi in tutte le Asl e tutte le Ao delle Regioni del campione. In Basilicata è presente un Cup regionale, mentre in Lombardia, data la configurazione istituzionale, i Cup sono presenti nelle Aziende ospedaliere (tab. 7.10).

Il servizio 118. L’attivazione del numero unico di chiamata per l’emergenza/urgenza sanitaria è presente in tutte le Regioni del campione, anche se è avvenuta in periodi diversi. La prima attivazione (nel 1991) è stata realizzata in Emilia-Romagna; molte Regioni hanno attivato il servizio intorno al 1998 (Lombardia, Veneto, Toscana, Campania, Sardegna), mentre in Puglia nel 2002 e in Basilicata nel 2004 (tab. 7.10).

Tabella 8.4
Il funzionamento delle Aziende sanitarie

Regione	Valutazione funzionamento AS	Aspetti delle Aziende sanitarie	
		Positivi	Negativi
Lombardia	Buono	Suddivisione dei ruoli tra Aziende sanitarie locali, responsabili delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni erogate all'utenza e Aziende ospedaliere preposte all'erogazione delle prestazioni. Costante attenzione ad appropriatezza, qualità ed economicità	È necessaria una maggiore integrazione
Veneto	Buono	Capacità di intercettare i bisogni emergenti del territorio di riferimento	Autonomia istituzionale e quindi gestionale, talora eccessiva rispetto a quella che dovrebbe essere la visione attuale di un sistema sanitario regionale fortemente integrato
Emilia-Romagna	<i>Non è stato compilato il questionario</i>		
Toscana	Buono	Ottimo sviluppo delle capacità di controllo di gestione	Applicazione degli scambi tariffari tra ASL e AO; autoreferenzialità delle Aziende
Lazio	Buono	La recente nomina dei nuovi Direttori generali che stanno lavorando a pieno ritmo non consente al momento una valutazione	
Campania	Buono	Miglioramento delle prestazioni ospedaliere e territoriali	Pochi presidi territoriali e poca possibilità di aggiornamento tecnologico
Puglia	Sufficiente	n.d.	n.d.
Basilicata	Buono	Rapporti di collaborazione e competizione in un clima di scambi regolari, incoraggiati dall'Assessorato	Dimensione regionale ridotta
Sardegna	Sufficiente	n.d.	n.d.

Fonte: Indagine campionaria



CAPITOLO 9

I MODELLI E I FATTORI DI SUCCESSO DELLA GOVERNANCE REGIONALE



La governance in sanità può assumere vari significati e manifestarsi in diversi modi. Dopo averne identificato gli elementi costitutivi, si definiscono tre principali modelli e si cerca di classificare i sistemi di governo delle Regioni del campione nelle tipologie definite, evidenziando quali sono gli elementi caratteristici e di maggiore successo.

1. Le diverse accezioni di governance

Il tema della *corporate governance* e della *public governance* ha assunto un posto di grande rilievo negli studi che cercano di analizzare e valutare le *performance* delle imprese e dei governi nazionali o locali. Dallo studio del governo societario, il termine *governance* si è esteso ad altri ambiti ed ha assunto diverse connotazioni, ma con esso si intende sempre il sistema di direzione e controllo aziendale, costituito dal complesso delle strategie, dei valori, delle regole (economiche e giuridiche) e dei processi con cui le aziende sono amministrate e controllate e cercano di rispondere ai portatori di interesse (*stakeholder*). La Regione può essere concepita come la “capogruppo” che esercita queste funzioni nei confronti delle Aziende sanitarie regionali (Longo et al. 2003).

Tuttavia il termine *governance* è tra i più controversi (Bariletti, Zoli 2006) e a maggiore variabilità definitoria nel linguaggio del management pubblico, perché si possono riscontrare almeno tre utilizzi diversi (Longo 2005):

- a) un primo utilizzo è riconducibile al filone della *corporate governance* ed è rivolto all’analisi e alla progettazione di regole di funzionamento interne alle istituzioni e ai loro organi e, in particolare, nelle imprese, ai meccanismi di regolazione dei contributi apportati e delle ricompense ottenute da tutti i portatori di interessi;
- b) una seconda accezione contrappone il termine *governance* al termine *government* per sottolineare come nel *government* prevalga l’utilizzo di strumenti gerarchici o proprietari, soprattutto dove predomina la produzione diretta di servizi, mentre con la *governance* prevalgono gli strumenti di indirizzo, pro-

mozione e di influenza dei processi societari. “La logica del *government* è legata al modello di ente/istituto pubblico che esercita prevalentemente poteri sovraordinati, privilegiando il principio della legalità e affidandosi al ruolo delle ‘leggi’ o degli ‘atti amministrativi’, che devono essere eseguiti e rispettati...La logica di *governance* è più coerente con il modello di ente/istituto che emana politiche economiche, produce servizi o regola le attività economiche di altri soggetti (che regola il mercato) privilegiando i principi del consenso, dell’economicità e funzionalità e i criteri della ‘concreta fattibilità’ tecnica, organizzativa, economica, sociale” (Borgonovi 2002 p. 41-42);

- c) un terzo approccio è focalizzato sulle reti di pubblico interesse e si propone di promuovere l’utilità sociale e l’efficacia dell’azione di tutti gli istituti (anche privati) che in qualche modo influenzano gli interessi pubblici, cercando di interconnettere in una logica collaborativa tutte le forze, della Pubblica Amministrazione e della società.

“Il paradigma della *governance* è caratterizzato: (a) dalla presenza di una pluralità di istituti autonomi; (b) da un contesto di costruzione di fiducia reciproca e di ricerca di sinergie; (c) da una geometria variabile di poteri di influenza o gerarchici reciproci” (Longo 2005, p. 18).

Per *governance interna* si intende la capacità della Pubblica Amministrazione di orientare le scelte politiche di fondo e i programmi espressi dalla struttura amministrativa verso visioni strategiche e ad informarli alla cultura del risultato (www.formez.it). Questo approccio è riconducibile alla seconda accezione del termine *governance* e in questo senso sarà utilizzato anche nel contesto di questa ricerca.

2. Gli elementi costitutivi della governance regionale

Gli studi che applicano l’approccio della *governance* al sistema sanitario nel nostro Paese sono abbastanza numerosi, ma forse ciò che più manca è, da un lato, una rigorosa individuazione degli elementi costitutivi e distintivi dei diversi modelli di *governance* nelle varie Regioni e, dall’altro, una valutazione del funzionamento (*performance*) dei sistemi sanitari regionali in rapporto al modello di *governance* o, comunque, alla presenza di strumenti e capacità di governo del sistema. In questo studio il termine *governance* è a volte sostituito dall’espressione “governo del sistema sanitario”, anche perché non sempre e non dappertutto si possono rintracciare le caratteristiche della *governance*.

Benché gli elementi costitutivi di un sistema di *governance* siano molteplici, gli stili o i modelli di *governance* si possono ricondurre ad alcune tipologie ele-



mentari o “prototipi ideali”, anche se nella pratica si possono riscontrare modelli incompleti o diverse contaminazioni delle tipologie ideali. Infatti, definire dei modelli precisi è piuttosto difficile, perché spesso si tratta di un *continuum* di situazioni comprese tra due estremi opposti, in termini di concezioni e di relazioni tra centro e periferia. Gli elementi costitutivi e che differenziano i modelli sembrano rappresentati da:

- *visione* dei rapporti tra Regione e Aziende sanitarie;
- *condivisione/imposizione* degli obiettivi e modalità di composizione degli interessi;
- disponibilità di numerosi e diversificati *strumenti* e *capacità* di governo del sistema;
- stipula di *contratti* interaziendali ed eventualmente regionali.

La visione. Gli elementi caratteristici dei diversi modelli vanno ricercati, innanzitutto, nella visione che la Regione ha dei rapporti con le Aziende sanitarie a livello istituzionale, dei meccanismi operativi necessari (utili) al governo e delle relazioni con le Aziende della rete regionale. I decreti di riforma del 1992-93 (art. 3 D.Lgs. 502/92, poi abolito) e le successive applicazioni della riforma hanno, di fatto, configurato le Aziende sanitarie come enti strumentali della Regione, che ne è la capogruppo. La visione del ruolo della Regione nei riguardi delle Aziende sanitarie oscilla tra quella: (a) dell’“ente sovraordinato” (secondo la visione burocratico-weberiana) che governa le Aziende attraverso le norme e gli atti amministrativi, con rapporti formali con gli enti subordinati e scarsa (o nulla) collegialità e condivisione delle decisioni; (b) di una *holding* operativa (capogruppo) che agisce come organo di governo della “proprietà” nei confronti delle Aziende sanitarie, definendo obiettivi e standard da rispettare, tetti di spesa e di attività per Azienda e verificando strettamente i risultati; (c) di “perno” della rete, che governa il gruppo aziendale attraverso il consenso, e di “arbitro” per la composizione degli interessi aziendali contrastanti. Mentre le ultime due visioni sono orientate al governo manageriale della rete aziendale, la visione burocratica è più centrata invece sull’esercizio dell’autorità, anche a causa dello scarso sviluppo degli strumenti manageriali.

Le relazioni di ascolto e di concertazione. Le relazioni tra Regione e Aziende sanitarie sono necessariamente connotate da asimmetria di poteri e da un processo decisionale e di programmazione di tipo discendente (*top-down*). Tuttavia anche in questo caso le relazioni possono essere contrassegnate da tre modalità di rapporti: (a) la semplice *comunicazione* unidirezionale delle volontà e degli obiettivi della Regione capogruppo alle Aziende sanitarie; (b) la comunicazione e l’*ascolto* delle istanze dal basso, che possono portare la Regione ad una revisione degli obiettivi e ad aspettative più realistiche; (c) la condivisione, la ricer-

ca del consenso su obiettivi e strategie e la composizione finale degli interessi nella *concertazione* degli impegni. I primi due tipi di rapporti sono connotati da uno stile autoritativo, se non impositivo, mentre il terzo da rapporti aperti e collaborativi, in cui le istanze dal basso sono considerate, fino a definire degli obiettivi “personalizzati” per Azienda.

Lo stile della concertazione o partecipativo è descritto bene nella risposta al questionario dell’Emilia-Romagna (tab. 7.2) ed è composto da quattro fasi: 1) proposta di riparto annuale delle risorse tra le Asl; 2) discussione sulle risorse, concertazione sugli indirizzi di programmazione; 3) monitoraggio trimestrale dell’andamento economico-finanziario e verifica infra-annuale (settembre), sia economica, sia degli obiettivi; 4) verifica a consuntivo, a seguito della presentazione del bilancio d’esercizio. In questo tipo di rapporti sono presenti i momenti della comunicazione, dell’ascolto e della negoziazione/consenso sugli obiettivi.

Gli strumenti e le capacità di governo del sistema. La *governance* è resa possibile, oltre che dalla visione e dallo stile dei rapporti, anche e soprattutto dalla disponibilità di strumenti operativi e dalle capacità gestionali dell’apparato centrale e locale. Sempre dal questionario si possono identificare i principali strumenti:

- organizzazione dell’Assessorato (struttura organizzativa direzionale, presenza dell’Agenzia sanitaria regionale e/o dell’Osservatorio epidemiologico);
- sistema di programmazione strategica e operativa (Psr aggiornato, documento di programmazione annuale, piani attuativi locali di Asl e di Ao, obiettivi dei Direttori generali, strutturazione del processo annuale di programmazione/verifica);
- sistema informativo regionale (sistema evoluto e integrato, flussi informativi aggiuntivi a quelli ministeriali, banche dati regionali);
- accreditamento definitivo degli erogatori;
- controllo di gestione (Aziende sanitarie con contabilità analitica per centri di costo e di ricavo);
- sistema di *budgeting* aziendale (definizione del budget a costi, volumi e ricavi e verifica a consuntivo nelle Asl, nelle Ao e nei Po).

È abbastanza intuitivo come una maggiore disponibilità di strumenti – che implica l’interesse e la capacità di progettarli e saperli impiegare – renda possibile la *governance* da parte della Regione e come invece la loro mancanza non possa permettere che un’amministrazione delle Aziende basata solo sugli strumenti di imperio e di sanzione.

I contratti e gli accordi contrattuali. Con i decreti di riordino del Ssn del 1992-93 e del 1999 è stato codificato il processo di autorizzazione-accreditamento-accordi contrattuali (e contratti) con gli erogatori pubblici e privati. In particolare, l’art. 8-quinquies del D.Lgs. 229/99 prevede le seguenti procedure:

- predisposizione e negoziazione del budget per singolo erogatore pubblico (Po, Ao), con definizione del volume di attività e di finanziamento;
- stipula di accordi contrattuali tra Asl e Ao;
- sottoscrizione di accordi regionali con le Associazioni di categoria degli erogatori privati accreditati;
- definizione del budget annuale e stipula del contratto tra Asl e singole strutture private accreditate;
- verifica a consuntivo del rispetto del budget concordato per tutti gli erogatori.



Il mancato rispetto del budget di ogni struttura dà luogo a penalizzazioni finanziarie *ex post*, sotto forma di abbattimenti tariffari (non potendo non riconoscere le prestazioni già erogate) o di accettazioni *ex ante* del non riconoscimento futuro delle prestazioni in eccesso.

Da questo si evince che le Asl integrate possono applicare la procedura di budget solo nei confronti dei propri presidi ospedalieri e che le Asl miste devono applicarla anche nei confronti delle Ao e delle case di cura accreditate. Purtroppo però si possono verificare due tipi di violazione della norma: (i) il pagamento dei Po a piè di lista da parte delle Asl, in assenza di un budget preventivo, e (ii) la mancata attivazione degli accordi contrattuali tra Asl e Ao (spesso definiti “contratti interaziendali”, anche se non hanno alcuna validità giuridica), perché la Regione finanzia centralmente le Ao con la mobilità delle singole Asl.

Un ulteriore elemento che contraddistingue i diversi modelli di *governance* è quindi la presenza o assenza di contratti interaziendali (Fiorentini, Ugolini 2000). L'attivazione dei contratti è il segno distintivo di una volontà di governo del sistema attraverso il *decentramento* e la delega di responsabilità alle unità locali, mentre la mancata attivazione implica un giudizio sfavorevole sulle capacità di governo da parte delle Asl. Si possono verificare anche situazioni ibride in cui le Asl attivano un sistema di budgeting dei Po, ma non di contratti con le Ao, che ricevono indirizzi direttamente dalla Regione (Jommi 2004).

3. I tre modelli di governance dei sistemi sanitari regionali

Delle quattro dimensioni che costituiscono e differenziano i modelli di *governance*, le prime due (visione e tipo di relazioni) sono intimamente connesse tra di loro, mentre le altre due sono più indipendenti, perché pur disponendo di numerosi strumenti e capacità di governo la Regione può non ritenere opportuno delegare una parte rilevante del controllo sulle variabili economico-finanziarie alle unità locali. Le due dimensioni che diversificano i modelli regionali di *governance* sono quindi (i) la disponibilità di scarsi/numerosi strumenti di

governo e (ii) l'attivazione dei contratti interaziendali. La combinazione di queste diverse dimensioni genera tre modelli di *governance* (essendo il quarto praticamente impossibile o molto velleitario, se realizzato), che sono rappresentati nella figura 9.1.



Figura 9.1

Schema dei modelli di governance

		STRUMENTI DI GOVERNO	
		pochi	molti
CONTRATTI con AO e CASE DI CURA	con		3. Contrattuale Visione: <i>Regione perno e arbitro</i> Relazioni: <i>concertazione</i>
	senza	1. Burocratico Visione: <i>Regione ente superiore</i> Relazioni: <i>comunicazione</i>	2. Accentrato Visione: <i>Regione holding</i> Relazioni: <i>comunicazione e ascolto</i>

Il modello *burocratico* è il più tradizionale e scaturisce dalla stessa L. 833/78, nella sua versione primi anni Ottanta, che prevedeva un rapporto tendenzialmente gerarchico tra la Regione e le Usl, un modello di programmazione impositiva che faceva derivare gli obiettivi locali dalla programmazione nazionale e regionale, e il governo del settore attraverso decreti-legge, standard nazionali e sanzioni, tanto più severe quanto meno efficaci. Oggi questo modello sopravvive nelle Regioni che non hanno pienamente compreso e attuato il governo manageriale, il processo di programmazione negoziata e di contrattazione dei budget (D.Lgs. 229/99), non hanno accreditato definitivamente gli erogatori e non si sono dotate di un sistema informativo direzionale evoluto, anche perché non dispongono di risorse professionali adeguate ai nuovi compiti. A livello periferico il processo e la cultura di Azienda non si sono ancora consolidate e non sono disponibili strumenti di controllo manageriale e di *budgeting*. Mancando di strumenti e di capacità negoziali, le relazioni con le Aziende sanitarie finiscono per essere di tipo autoritario e scarsamente interattive. Le Aziende ospedaliere sono governate con finanziamenti diretti dalla Regione e le case di cura (fortunatamente) con accordi regionali o con delibere assessorili che fissano i tetti di spesa. Questo modello è prevalentemente diffuso nelle Regioni del Sud, che scontano anche un contesto sociale e sanitario più difficile, dove la presenza dei privati accreditati è più forte e le Aziende sanitarie subiscono una “concorrenza passi-

va” del privato. In questo modello possono rientrare sia i sistemi sanitari integrati che quelli misti (cap. 1 e tab. 1.3), con maggiori problemi di governabilità se le Ao sono numerose, come in Sicilia. Il modello che meglio riassume queste caratteristiche è quello della Campania (e della Sicilia, qui non esaminato) (v. paragrafo 4).

Il modello *accentrato* è un modello altamente dotato di risorse, strumenti e capacità, a livello centrale e periferico, e in sintonia con l’ultima riforma del Ssn (D.Lgs. 229/99). È un modello basato sui principi: (i) della crescita controllata – attraverso la programmazione strategica centrale e attuativa locale, il processo di *budgeting* e di verifica dei risultati –, (ii) della logica di sistema, della sussidiarietà verticale e orizzontale, della cooperazione tra tutte le componenti, pubbliche e private, e (iii) della responsabilizzazione finanziaria e fiscale riguardo alle scelte operate. Ciò che lo distingue è lo stile dei rapporti con le Aziende sanitarie, basato sull’ascolto, ma non disposto a negoziare sugli obiettivi, e sulla visione delle responsabilità di governo del sistema (la Regione come *holding* operativa), con le conseguenze che ciò comporta sul piano fiscale e politico. Coerentemente con questa visione, la Regione è orientata verso un sistema possibilmente integrato, con poche Aziende ospedaliere, che governa centralmente, senza delegare alle Asl la contrattazione. Il modello che meglio esprime queste caratteristiche è quello del Veneto (v. paragrafo 4).

Il modello *contrattuale* è l’espressione più compiuta della riforma del 1999, che cerca di coniugare stabilità e prevedibilità della crescita del sistema sanitario, equilibrio nelle sue componenti (ospedale-territorio), partecipazione e condivisione delle scelte tra Regione e Aziende sanitarie, delega di responsabilità a livello locale, cooperazione tra i livelli istituzionali, logica di sistema, stabilità di rapporti tra acquirenti e fornitori (contratti-programma), anche privati, che possono così tracciare piani di investimento a medio termine. Per funzionare senza il rischio di ingovernabilità, il sistema richiede una forte capacità centrale di concepire strategie, un sistema strutturato di programmazione, monitoraggio, verifica dei risultati e, a livello periferico, una cultura di *budgeting* e controllo manageriale e un forte orientamento ai risultati. I modelli che meglio esprimono queste caratteristiche sono quelli dell’Emilia-Romagna e della Toscana (v. paragrafo 4).

Il modello lombardo *delle regole*, che in passato costituiva una specie a sé (Mapelli 2000), ha perso in questi ultimi anni numerosi connotati originari e oggi è assimilabile a quello contrattuale. Risulta ormai allineato con le previsioni del D.Lgs. 229/99, salvo la completa separazione tra Asl e Ao. Con l’attivazione dei contratti interaziendali, a partire dal 2003 (previsti dalla Lr 31/97, ma fino ad allora rimasti inattuati), il sistema lombardo ha completato la sua architettura ed è divenuto più stabile e coerente. La separazione tra Asl e Ao, fino al 2002 regolata dalla concorrenza e resa compatibile imperativamente dalla Regione, attraverso i “tetti di sistema” e l’abbattimento *a posteriori* delle tariffe, nei fatti costi-

tuiva un ritorno al passato, quando gli enti mutualistici finanziavano gli enti ospedalieri – acquirenti e produttori separati – senza la mediazione di un contratto e di un budget concordato di spesa. Con l’attivazione delle funzioni di Pac (programmazione, acquisto e controllo) le Asl lombarde hanno finalmente riacquisito il loro ruolo naturale e, se lo sapranno giocare al meglio nei prossimi anni, potranno ambire ad un modello più sofisticato e performante di quello del *Nhs* inglese, che aveva ispirato la separazione tra produttori e finanziatori.

4. I sistemi di governance nelle Regioni del campione

Il paradigma interpretativo dei diversi modelli di *governance* può essere impiegato per classificare i sistemi sanitari delle Regioni del campione. Nella tabella 9.1 sono riassunti gli elementi caratteristici dei diversi modelli, che sono tratti dai questionari delle interviste all’Assessore e ai Direttori generali dell’Assessorato alla Sanità. Una descrizione più dettagliata dei meccanismi di programmazione e controllo in alcune Regioni del campione (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Campania) è contenuta in Longo et al. (2003), anche se le categorie sono diverse da quelle qui introdotte.

1. *Visione del ruolo della Regione e dei rapporti con le Asl.* Le tre diverse visioni sono esemplificate per il modello burocratico dalla Campania (“Emanazioni di disposizioni per il miglioramento dell’assistenza: *delibere, circolari*”), per il modello accentrato dal Veneto (“Visione dei rapporti tra strutture tecniche centrali e amministrazioni aziendali paragonabili a quelli di una *holding* regionale”) e per il modello contrattuale dall’Emilia-Romagna (descrizione delle 4 fasi di interazione e, in particolare, per la 2^a fase: “Discussione sulle risorse, *concertazione* sugli indirizzi di programmi”) (tab. 9.1).

2. *Le relazioni di ascolto e di concertazione.* Per il modello contrattuale vale la descrizione precedente e ancora: “Attraverso incontri mensili ed incontri specifici finalizzati alla *condivisione* degli obiettivi e delle regole di sistema” a proposito della Lombardia (tab. 9.1). Per gli altri modelli, non essendo sufficienti le risposte dei questionari (ad es. “incontri mensili”), sembrano esemplificative le dichiarazioni riportate in Longo et al. (2003) per il modello burocratico: “La gestione delle fasi decisionali avviene *senza incontri formali programmati*... (corsivo ns.) non sono invece previsti momenti formalizzati di indirizzo ‘in plenaria’” (p. 149) a proposito della Campania e, per il modello accentrato: “..la ‘Segreteria Sanità e sociale’ elabora internamente una bozza di riparto e fissa un incontro di *comunicazione* alle Aziende (convocate singolarmente)...L’incontro non rappresenta un momento di negoziazione degli obiettivi... ” (p. 134), a proposito del Veneto.

Nella tabella 9.1 sono riportate le informazioni relative al coinvolgimento delle Asl (Direttori generali) nel processo di definizione e condivisione degli obiettivi annuali, di incontro e monitoraggio degli obiettivi e di verifica finale a consuntivo. In quasi tutte le Regioni si dichiarano incontri mensili con i Direttori generali delle Aziende sanitarie. In alcune (Veneto, Emilia-Romagna) si verificano incontri trimestrali di monitoraggio dell'andamento di bilancio. La verifica annuale dei risultati avviene in tutte le Regioni tramite la valutazione dei Direttori generali, ai fini dell'incentivazione di legge; in alcune (Emilia-Romagna, Basilicata, Sardegna) esiste inoltre una valutazione dell'Azienda, condotta tramite il bilancio consuntivo.

3. *Gli strumenti e le capacità di governo del sistema.* A proposito dell'organizzazione e della dotazione di personale dell'Assessorato alla Sanità, purtroppo le informazioni dei questionari sono lacunose (tab. 7.1). Sono invece significative le altre informazioni indicate sopra (paragrafo 2) e riassunte nella tabella 9.1. La sintesi delle informazioni sugli strumenti è stata così elaborata:

- sistema informativo evoluto: sono state considerate le risposte in tabella 7.4 e, in particolare, la possibilità di aggancio delle informazioni sulle prestazioni sanitarie ai codici individuali degli assistiti (in tab. 9.1 ogni + rappresenta una caratteristica evoluta del sistema informativo);
- accreditamento definitivo: numero di strutture definitivamente accreditate in tabella 7.7 (+ per ogni tipologia di struttura);
- piani attuativi locali: presenza nelle Asl;
- controllo di gestione: presenza della contabilità per centri di costo e di ricavo nelle Ao;
- budget delle Ao: elaborato a costi, ricavi e volumi (vs. solo finanziario) e verificato a consuntivo anche sui volumi di attività;
- budget dei Po: negoziato (vs. finanziamento a piè di lista); negoziato a costi, ricavi e volumi e verificato a consuntivo anche sui volumi di attività (vs. verifica solo finanziaria).

Il numero totale di strumenti a disposizione è risultato di 7 e si sono considerate come dotate di pochi strumenti di governo le Regioni con meno di 3 strumenti.

4. *I contratti e gli accordi contrattuali.* La prima distinzione è stata tra il finanziamento delle Ao da parte della Regione o da parte dell'Asl, sulla base di una negoziazione iniziale con la Regione e successivamente con l'Asl (tab. 9.1). La seconda caratteristica è stata la definizione del contratto pluriennale/annuale tra la Regione e le associazioni delle case di cura o la definizione di un tetto globale regionale. Tra i due elementi ha prevalso comunque la considerazione dei contratti tra Asl e Aziende ospedaliere.

Tabella 9.1

Principali caratteristiche dei sistemi regionali di governance

Regione	1. VISIONE	2. RELAZIONI REGIONE/ASL			
	Visione e strumenti per il governo del SSR (Assessore)	Coinvolgimento Aziende sanitarie	Verifica sui risultati	Sistema informat. evoluto (a)	Accredit. definitivo erogatori (a)
Lombardia	1. Regole di sistema annualmente riviste 2. Progettualità specifiche e strategiche, coerenti con il PSSR e gli atti di progr. regionale	Attraverso incontri mensili ed incontri specifici finalizzati alla condivisione degli obiettivi e delle regole di sistema	Gli obiettivi sono definiti annualmente e verificati con medesima freq.	+++++	+++++++
Veneto	1. Programmazione di buona qualità su base almeno quinquennale 2. Visione dei rapporti tra strutture tecniche centrali e ammin. aziendali paragonabili a quelli di una "holding" regionale	Incontri con DG, Audizioni V Commissione, incontri trimestrali su bilancio	- (non c'è verifica formale, salvo per i DG)	+++++	-
Emilia-Romagna	<i>Non è stato compilato il questionario</i>	Fasi: 1) proposta di riparto annuale delle risorse tra le ASL; 2) discussione sulle risorse, concertazione sugli indirizzi di progr.; 3) monitoraggio trimestr. dell'andamento economico-finanziario; 4) verifica a consuntivo, con la presentazione del bilancio	√	+++++	++++
Toscana	1. Piano sanitario regionale 2. Definizione obiettivi e budget annuali con le Aziende 3. Monitoraggio e valutazione ragg. obiettivi	Incontri mensili tra Assessore e DG	Annuale, in sede di valutazione dei DG	+++++	+++++
Lazio	Sistema tariffario; riorganizzazione e riconversione della rete ospedaliera	n.d.	n.d.	+++++	-
Campania	1. Iniziativa nelle proposte di leggi regionali 2. Emanazioni di disposizioni per il miglioramento dell'assistenza (delibere, circolari)	Coordinamento dei DG nelle ASL e AO, allocato presso l'area 19	Annuale, con relazione dei DG	-	-
Puglia	1. Struttura organizzativa dell'Assessorato 2. ARES Puglia	Relazione annuale aziendale sullo stato di attuazione del PSSR	Alla scadenza di legge per i DG	+++++	-
Basilicata	1. Logica di sistema 2. Capacità di controllo sul sistema 3. Capacità di resistere alle pressioni delle aziende	In fase di concertazione degli obiettivi di salute e di carattere economico finanziario, iniziato a partire dal 2006	Valutazione dei DG in sede di controllo di bilancio	+	-
Sardegna	1. Definizione di un sistema di regole 2. Formazione 3. Sostegno al cambiamento culturale	Documento di programm. sanitaria annuale e plurienn. e budget annuale e triennale - Bilancio di esercizio - Riunioni periodiche con DG	Tramite il bilancio di esercizio	++	-

Fonte: Indagine campionaria

Note: (a) Strumenti di programmazione e controllo

(b) Variabili contrattuali



3. STRUMENTI e 4. CONTRATTI

Piani attuativi locali (a)	AO con CdR a costi e ricavi (a)	Budget delle AO							Budget dei PO					C. cura accred.		
		fissato da Reg. (b)	negoziato con		tipo		verifica finale		a fattori produtt. (a)	negoz. con Resp. PO/Dip.		verifica finale		contr. reg.le (b)	tetto ASL annuale	
			Reg. (b)	ASL (b)	solo finan. (a)	C/R e attiv. (a)	budget (a)	attiv. (a)		a DRG (a)	costo fattori (a)	vol. attiv. (a)	tetto spesa (a)			vol. attiv. (a)
In tutte le 15 ASL	29 (tutte)	-	-	√	√	-	√	-	-	√	√	√	√	-	-	√
In tutte le 21 ASL	2 (tutte)	√	-	-	-	√	√	√	-	√	√	√	√	√	-	√
In tutte le 11 ASL	6 (tutte)	-	√	√	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	√	√	√	n.d.	n.d.	√	√
Vedi Società della salute	-	-	√	√	-	√	√	√	-	√	√	√	√	n.d.	√	√
n.d.	n.d.	√	-	-	-	√	√	√	√	-	-	√	√	√	-	√
In tutte le 13 ASL	-	√	-	-	-	√	√	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
-	n.d.	√	-	-	-	√	√	√	√	-	-	-	n.d.	n.d.	√	√
In tutte le ASL e AO	-	√	√	-	-	√	√	√	√	-	-	√	√	√	-	√
n.d.	-	√	-	-	√	-	√	-	-	-	√	√	√	√	√	-

Sulla base di questi elementi, i modelli regionali di *governance* sono stati così classificati:

I. Modello burocratico

Campania

Puglia

Sardegna (in transizione verso il modello accentrato)

II. Modello accentrato

Veneto

Lazio

Basilicata (in transizione verso il modello contrattuale)

III. Modello contrattuale

Lombardia

Emilia-Romagna

Toscana.

La classificazione non è esente da qualche forzatura per alcune Regioni, anche perché non sempre le risposte del questionario erano disponibili o complete. Inoltre nella classificazione hanno prevalso le due dimensioni degli strumenti e dei contratti, rispetto alle altre due della visione e del tipo di relazioni.

Le Regioni con un modello *burocratico* sono caratterizzate da una scarsa dotazione di strumenti di governo e dall'assenza di contratti. In Campania i soli strumenti utilizzati sono il budget delle Ao a costi, ricavi e attività, e i Pal in tutte le Asl (1,5 strumenti; tab. 9.1). In Puglia un sistema informativo relativamente evoluto e il budget delle Ao a costi, ricavi e attività, con relativa verifica finale (2 strumenti). In Sardegna la programmazione dei volumi di attività dei Po e la loro verifica finale (1,5 strumenti; non risultano disponibili le informazioni sui Pal).

Le Regioni con modello *accentrato* dispongono di una maggiore dotazione di strumenti di governo, ma non si avvalgono dei contratti con le Ao. Il Veneto dispone di 6 strumenti, su 7 considerati, poiché ancora manca l'accreditamento definitivo degli erogatori. Il Lazio dispone di un sistema informativo evoluto, del budget delle Ao costruito a costi, ricavi e attività, con verifica finale anche delle attività, e della verifica dei volumi di attività dei Po (peraltro non programmati) (3,5 strumenti). La Basilicata dispone dei Piani attuativi locali in tutte le Asl, del budget delle Ao costruito a costi, ricavi e attività, con verifica finale, e della programmazione e verifica dei volumi di attività dei Po (3,5 strumenti) (tab. 9.1).

Le Regioni con modello *contrattuale* sono dotate di molti strumenti di governo e hanno attivato i contratti tra Asl e Ao; in alcuni casi vengono stipulati contratti anche tra la Regione e le Associazioni dell'ospitalità privata. La Lombardia dispone di 5 strumenti, tra quelli considerati, ed è l'unica Regione ad avere definitivamente accreditato tutti gli erogatori (8 tipologie) e gli strumenti man-



canti – ma per autonoma decisione – sono i contratti per volumi di attività con le Ao e le case di cura (sono solo finanziari). L’Emilia-Romagna si avvale di un sistema informativo evoluto, della contabilità a costi e ricavi per le Ao, negozia i budget dei Po a costi, ricavi e volumi di attività (ma manca l’informazione sulla loro verifica a consuntivo), dispone di Pal e piani di attività in tutte le Asl, ma ha attivato l’accreditamento definitivo solo per 4 tipologie di erogatori (4,5 strumenti). La Toscana si avvale di budget delle Ao e dei Po negoziati a costi, ricavi e volumi, che verifica anche sulle prestazioni erogate (non è noto se anche per i Po), stipula accordi contrattuali a livello regionale con le organizzazioni delle case di cura e dispone dei Pal in tutte le Asl (la programmazione locale è in fase di riorganizzazione a seguito dell’esperienza delle Società della salute e dell’Area vasta). Anche in Toscana il processo di accreditamento definitivo degli erogatori non è stato completato (per le Rsa e la medicina fisica) (4,5 strumenti) (tab. 9.1).

5. I fattori di successo e gli elementi di criticità nei sistemi di governance

Tra le Regioni esaminate, i modelli di *governance* più completi e coerenti sembrano quelli di Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana. Questa valutazione risulta suffragata anche dalle migliori *performance* dei loro Servizi sanitari regionali (v. cap. 10). Sul piano istituzionale il primo modello è stato definito come “separato”, il secondo come “integrato” e gli altri due come “misti-quasi integrati”. I modelli meno dotati di strumenti e attestati su una visione di *government* più che di *governance* – sia pure in fase di transizione – sono quelli della Campania e di numerose Regioni del Sud, che sono di tipo “misto-quasi separato” o all’opposto “integrati”. I modelli regionali di *governance* si possono quindi interfacciare con diversi gradi di integrazione/separazione delle Asl e persino con la separazione completa tra Asl e Ao.

L’*integrazione* sotto un’unica proprietà delle funzioni di finanziamento e produzione dei servizi sanitari abbrevia la catena di comando tra Regione, Asl ed erogatori di prestazioni (presidi ospedalieri), e favorisce inoltre i processi gerarchici di comando-e-controllo all’interno dell’Azienda locale. Il modello, tuttavia, limita fortemente l’autonomia “imprenditoriale” e gestionale delle Asl e la funzionalità degli ospedali di grandi dimensioni. La *separazione* tra Asl e Ao – totale o di un numero consistente di Ao – risolve il problema della funzionalità dei grandi ospedali o di quelli specialistici, ma introduce nuovi problemi di continuità assistenziale tra ospedale e territorio e di interconnessione tra i nodi della rete, notevolmente ampia, senza contare l’aumento dei costi di transazione e del contenzioso tra le Aziende che ne derivano. Sul piano ideale (o ideologico) la

separazione è concepita come lo strumento per aumentare il tasso di democrazia e di risposta agli interessi locali (Emilia-Romagna, Toscana) o come il requisito per l'instaurazione di un sistema di concorrenza pubblico-pubblico e pubblico-privato (Lombardia). Da queste legittime opzioni istituzionali discende che la Regione può governare il Ssr attraverso:

- l'*integrazione* e le *norme*, ma con povertà di strumenti e di risultati (ad es. Puglia) (v. cap. 10); le regole burocratiche risultano ancora meno efficaci quando la separazione delle Ao cresce ed aumenta la presenza dei privati accreditati (ad es. Campania); uno strumento di controllo diviene il finanziamento diretto delle Ao da parte della Regione e la fissazione di tetti alle case di cura attraverso delibere regionali;
- l'*integrazione* delle Aziende e l'*accentramento* delle decisioni in capo alla *holding*-Regione, attraverso il finanziamento centrale delle Ao (budget fissato dalla Regione) e lo sviluppo di strumenti di governo manageriale a livello locale (ad es. Veneto);
- la *separazione parziale* delle Ao e l'integrazione nel sistema attraverso gli strumenti della programmazione partecipata, della *concertazione* e dei contratti (ad es. Emilia-Romagna, Toscana);
- la *separazione totale* tra Asl e Ao e l'integrazione attraverso le *regole di sistema*, la programmazione, i contratti uniformi, anche senza la concertazione (ad es. Lombardia).

La Lombardia e il Veneto sono le due Regioni con la maggiore ricchezza di strumenti di governo, anche se seguono due approcci diversi, rispetto ai contratti interaziendali: la prima facendovi ampio ricorso e la seconda non attivandoli (anche per la presenza di due sole Ao). Gli stili di relazione sono abbastanza simili, con un forte accentramento regionale, l'assegnazione autoritativa degli obiettivi aziendali, l'esercizio del monitoraggio e della verifica dei risultati. La condivisione degli obiettivi regionali non arriva fino alla concertazione. La Lombardia ricorre ai contratti per necessità, dovendo governare i volumi degli scambi tra le Aziende, controllare la dinamica della spesa e la domanda di prestazioni. Il modello decentrato-contrattuale ha comunque una diffusione limitata a Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana (tra quelle del campione)⁶⁵, perché sono Regioni che non finanziano centralmente le Aziende ospedaliere.

Dopo avere descritto gli elementi costitutivi e differenziali dei vari modelli di *governance* è ora necessario effettuare una valutazione delle loro *performance*.

⁶⁵ Non si conosce se in altre Regioni (Piemonte, Umbria) (tab. 4.4), in cui le Ao sono finanziate dalle Asl, tramite la mobilità ospedaliera, vengano instaurati anche accordi contrattuali tra le due Aziende; nel caso del Veneto, la risposta del questionario è risultata negativa.



CAPITOLO 10

LE CAPACITÀ DI GOVERNO E LE PERFORMANCE DEI 21 SERVIZI SANITARI REGIONALI

dalle capacità di visione politica e di gestione manageriale. I *risultati* attesi riguardano la gestione del sistema e la sua sostenibilità, la qualità dei servizi sanitari erogati (efficacia, appropriatezza, efficienza), la capacità di rispondere alle aspettative della popolazione (responsività, che traduce il termine inglese *responsiveness*) e la responsabilità del controllo della spesa nei riguardi dello Stato.

Il contesto. Il governo del sistema sanitario è influenzato, innanzitutto, dalla stabilità e continuità della maggioranza politica del governo regionale, che favorisce la costanza delle scelte strategiche e la loro attuazione nel tempo. Un fattore di difficile quantificazione, ma sicuramente rilevante, è anche la storia della Regione e la cultura dell'apparato amministrativo regionale (ad es. influenze austro-ungariche vs. borboniche). Ulteriori elementi che possono facilitare l'azione di governo sono il numero delle Aziende sanitarie e ospedaliere presenti, che rappresentano centri decisionali autonomi con cui la Regione deve continuamente confrontarsi, e la maggiore o minore presenza di strutture private accreditate (ospedali, laboratori, residenze assistenziali) con cui si intrattengono rapporti contrattuali.

I fattori o le risorse. I componenti di un sistema di *governance* sono dati (i) dagli strumenti e (ii) dalle capacità. Gli *strumenti* sono le risorse umane e tecnologiche (tecnologia dell'informazione e della comunicazione), l'organizzazione, il sistema informativo dell'Assessorato e delle agenzie che vi collaborano (Agenzia per i servizi sanitari, Osservatorio epidemiologico). Le risorse aggiuntive, a cui la Regione può attingere attraverso l'imposizione fiscale, permettono una maggiore libertà o possono rappresentare un limite per l'azione regionale. Analogamente la disponibilità locale e l'utilizzo dei fondi statali di investimento possono facilitare il miglioramento dei servizi sanitari e l'efficacia dell'azione regionale. Gli strumenti illustrati si possono concepire come i canali attraverso cui passano i contenuti – le politiche e le strategie della Regione – o i mezzi che facilitano l'attuazione delle scelte regionali. Per *capacità* si intendono gli elementi immateriali – conoscenze, professionalità, relazioni, stili autoritari o partecipativi – che fanno funzionare i processi di governo. È la capacità di avere una visione strategica (Piano sanitario triennale) e di attuare gli obiettivi (piani attuativi locali), di controllare la gestione delle Aziende sanitarie (processo di *budgeting* e contabilità per centri di costo), di negoziare obiettivi e risorse con le Aziende e le strutture private e, infine, la responsabilità sociale di rendere conto ai portatori di interessi dei risultati ottenuti (Relazione sanitaria annuale).

I risultati. Le *performance* di un sistema di *governance* si possono cogliere dai risultati conseguiti in diversi ambiti. Innanzitutto l'efficacia, la qualità, l'appropriatezza e l'efficienza dei servizi sanitari erogati alla popolazione, insieme alla capacità di innovazione e di risposta (*responsiveness*) alle istanze degli utilizzatori dei servizi (libertà di scelta, soddisfazione, liste d'attesa). Secondariamente

la capacità di controllo della dinamica della spesa (deficit) e di erogazione di appropriati volumi di Lea (equilibrio nella spesa). Da ultimo, ma sicuramente più importanti, sono i risultati finali prodotti, in termini di miglioramento dello stato di salute e di eguaglianza di accesso. Gli indicatori impiegati per la descrizione e valutazione dei sistemi sanitari regionali sono in totale 54 e sono elencati in tabella 10.1. Per ogni area di fenomeno gli indicatori elementari sono stati aggregati secondo i pesi contenuti nella stessa tabella.

2. Il contesto regionale e le risorse di governance

Il contesto regionale, generale e specifico, è rappresentato da diversi indicatori (tra parentesi i pesi utilizzati per l'indicatore di sintesi), il cui valore elevato rappresenta un contesto favorevole al governo del sistema sanitario (tab. 10.1):

- Contesto socio-economico (0,35)
 - *dimensione regionale* (0,15)
 - *Pil pro-capite* (0,60)
 - *tasso istruzione superiore* (0,25)
- Contesto specifico (0,65)
 - *stabilità politica* (0,20)
 - *n. Aziende sanitarie/popolazione* (0,15)
 - *tipo Aziende* (0,25)
 - *gestione diretta servizi* (0,15)
 - *stabilità Direttori generali delle Aziende sanitarie* (0,15)
 - *spesa sanitaria privata* (0,10).

La classificazione delle Regioni per quartili è illustrata nella figura 10.1. Secondo l'indice sintetico, le Regioni che presentano i valori più favorevoli (4° quartile) sono tutte del Nord (tab. 10.2):

Veneto

Valle d'Aosta

Emilia-Romagna

P.A. Bolzano

P.A. Trento (max: 0,89)

mentre quelle con i valori sfavorevoli sono prevalentemente del Sud:

Sardegna

Puglia

Campania

Calabria

Sicilia (min: 0,43).

Tabella 10.1

Indicatori semplici e sintetici per la valutazione dei sistemi di governance

	<i>Peso indicatori</i>		<i>Significato del valore 1</i>
	<i>parziale</i>	<i>totale</i>	
CONTESTO		1,0	<i>contesto favorevole</i>
<i>Contesto socio-economico</i>	<i>1,00</i>	<i>0,35</i>	<i>contesto favorevole</i>
Dimensione regionale (n. abitanti)	0,15		<i>dimensione ridotta</i>
Pil pro-capite	0,60		<i>valore maggiore</i>
Tasso istruzione superiore	0,25		<i>valore maggiore</i>
<i>Contesto specifico</i>	<i>1,00</i>	<i>0,65</i>	<i>contesto favorevole</i>
Stabilità politica	0,20		<i>alta stabilità</i>
N. Aziende sanitarie/popolazione	0,15		<i>numero ridotto</i>
Tipo Aziende (integrate, separate, miste)	0,25		<i>aziende integrate</i>
Gestione diretta servizi (spesa) SSN	0,15		<i>elevata gestione diretta</i>
Stabilità DG Aziende sanitarie (durata media)	0,15		<i>maggiore durata</i>
Spesa sanitaria privata	0,10		<i>valore maggiore</i>
RISORSE di GOVERNANCE		1,0	<i>elevate risorse</i>
<i>Strumenti</i>	<i>1</i>	<i>0,2</i>	<i>elevata disponibilità</i>
Organizzazione Assessorato Sanità (integrazione)	0,35		<i>integrazione sanitario-sociale</i>
ASR (presenza e anno)	0,20		<i>presenza e durata</i>
OER (presenza e anno)	0,10		<i>presenza e durata</i>
Sforzo fiscale (risorse aggiuntive)	0,35		<i>risorse aggiuntive da IRAP-IRPEF-ticket</i>
<i>Capacità</i>	<i>1,00</i>	<i>0,8</i>	<i>elevata capacità</i>
Legislativa: L. org. ASL, L. contab. L. accred., D. accred.	0,25		<i>tempestività emanazione leggi</i>
N. PSR e anni	0,20		<i>numero piani-anno</i>
Capacità contratti interaziendali	0,15		<i>elevata capacità</i>
Ufficio budget nelle Aziende sanitarie	0,15		<i>anzianità di presenza Ufficio budget</i>
Capacità uso leva fiscale (n. strumenti e anni)	0,10		<i>varietà e durata strumenti</i>
Capacità di investire su fondi statali	0,10		<i>capacità di utilizzo fondi statali</i>
Relazione sanitaria Regione	0,05		<i>presenza relazione</i>
RISULTATI GESTIONALI		1,0	<i>migliori risultati</i>
<i>Economici</i>	<i>1</i>	<i>0,5</i>	<i>economicità di gestione</i>
Deficit p-c e persistenza (2003-05)	0,50		<i>assenza di deficit</i>
Equilibrio spesa rispetto LEA programmati	0,25		<i>maggiore aderenza ai LEA</i>
Saldo mobilità sanitaria (€)	0,25		<i>saldo positivo</i>
<i>Efficienza (ospedaliera)</i>	<i>1</i>	<i>0,5</i>	<i>maggiore efficienza</i>
Tasso utilizzo p.letto	0,23		<i>indice maggiore</i>
Indice di rotazione	0,23		<i>indice maggiore</i>
Ricoveri per addetto ponderati per lcm	0,23		<i>indice maggiore</i>
Degenza media pre-operatoria	0,10		<i>indice minore</i>
ICM - Indice di case mix	0,23		<i>indice maggiore</i>





	Peso indicatori parziale	totale	Significato del valore 1
RISULTATI di PROCESSO		1,0	<i>migliori risultati</i>
<i>Appropriatezza</i>	1	0,4	<i>maggiore appropriatezza</i>
Parti cesarei su totale parti	0,10		<i>percentuale minore</i>
Dimessi da reparti chirurgici con DRG medico	0,10		<i>percentuale minore</i>
Ricoveri per diabete	0,10		<i>percentuale minore</i>
Ricoveri per asma	0,10		<i>percentuale minore</i>
Tasso di ospedalizzazione (oltre 74)	0,10		<i>percentuale minore</i>
Dimissione volontaria	0,10		<i>percentuale minore</i>
Dimissione presso struttura o servizio territoriale	0,10		<i>percentuale maggiore</i>
Ricoveri in DH di 43 DRG	0,30		<i>percentuale minore</i>
<i>Qualità dei servizi</i>	1	0,4	<i>maggiore qualità</i>
Personale sanitario (med+infern) per p.letto	0,30		<i>maggiore dotazione</i>
Saldo mobilità ricoveri (%)	0,40		<i>saldo positivo maggiore</i>
Soddisfaz. assistenza medica	0,08		<i>maggiore soddisfazione</i>
Soddisfaz. assistenza infermieristica	0,08		<i>maggiore soddisfazione</i>
Soddisfaz. servizi igienici	0,08		<i>maggiore soddisfazione</i>
Soddisfaz. comodità degli orari	0,08		<i>maggiore soddisfazione</i>
<i>Responsività</i>	1	0,2	<i>maggiore responsività</i>
Prenotazioni CUP	0,34		<i>maggiore diffusione</i>
Libertà di scelta (% per necessità)	0,33		<i>percentuale minore</i>
Emergenza 118	0,33		<i>maggiore diffusione</i>
RISULTATI FINALI		1,0	
<i>Equità</i>	1	0,4	<i>maggiore equità</i>
Spesa LEA % Ass. collettiva	0,15		<i>percentuale maggiore</i>
Spesa LEA % Distrettuale	0,15		<i>percentuale maggiore</i>
Equità fiscale (ticket e add. Irpef)	0,30		<i>assenza di ticket e add. Irpef</i>
Mobilità sanitaria (tasso di fuga)	0,30		<i>percentuale minore</i>
Distanza dagli ospedali (Ps)	0,10		<i>minore distanza</i>
<i>Risultati di salute (esiti)</i>	1	0,60	<i>migliori risultati</i>
Speranza di vita alla nascita	0,10		<i>maggiore speranza di vita</i>
Speranza di vita libera da disabilità a 75 anni	0,30		<i>maggiore speranza di vita</i>
Mortalità evitabile per ass. sanit.	0,30		<i>indice minore</i>
Tasso di mortalità infantile	0,30		<i>indice minore</i>

Tabella 10.2

Indicatori di contesto, governance e risultato (in ordine crescente delle risorse di governance; posizione nei quartili)

Regione	Contesto generale e specifico	Risorse di governance	Gestionali		Tot. gestionali	Qualità
			Economici	Efficienza osped.		
Abruzzo	0,68	0,35	0,31	0,69	0,50	0,60
Campania	0,46	0,36	0,22	0,70	0,46	0,49
Basilicata	0,56	0,45	0,13	0,48	0,30	0,34
Sardegna	0,55	0,46	0,22	0,39	0,30	0,44
Molise	0,65	0,46	0,43	0,53	0,48	0,60
Lazio	0,55	0,46	0,34	0,70	0,52	0,68
Puglia	0,51	0,49	0,25	0,50	0,38	0,35
Calabria	0,48	0,51	0,14	0,41	0,28	0,29
Sicilia	0,43	0,52	0,31	0,47	0,39	0,36
Friuli-V.G.	0,65	0,53	0,94	0,66	0,80	0,77
Umbria	0,69	0,58	0,41	0,67	0,54	0,93
P.A. Trento	0,93	0,59	0,46	0,55	0,51	0,51
Lombardia	0,68	0,60	0,59	0,66	0,63	0,85
Piemonte	0,64	0,62	0,25	0,67	0,46	0,65
Veneto	0,73	0,63	0,42	0,64	0,53	0,69
Marche	0,67	0,63	0,37	0,66	0,52	0,58
Valle d'Aosta	0,79	0,65	0,24	0,53	0,38	0,49
Liguria	0,65	0,66	0,31	0,70	0,50	0,76
P.A. Bolzano	0,82	0,73	0,32	0,72	0,52	0,75
Emilia-Romagna	0,84	0,76	0,45	0,64	0,54	0,72
Toscana	0,71	0,77	0,43	0,73	0,58	0,79

Fonte: Ns. elaborazioni sugli indicatori di tab. 10.1

Note: (a) Media aritmetica degli indicatori di gestione, processo e risultato finale

RISULTATI		Tot. processo	Risultati finali		Tot. risultati finali	TOTALE performance (a)	Spesa SSN pro-capite
Processo			Equità	Salute			
Appropriatezza	Responsività						
0,35	0,84	0,55	0,69	0,56	0,61	0,55	0,75
0,40	0,39	0,44	0,66	0,25	0,42	0,44	0,50
0,48	0,69	0,47	0,59	0,48	0,52	0,43	0,25
0,38	0,23	0,37	0,81	0,45	0,59	0,42	0,50
0,30	0,60	0,48	0,39	0,53	0,47	0,48	0,75
0,55	0,51	0,59	0,54	0,45	0,49	0,53	1,00
0,28	0,50	0,35	0,43	0,38	0,40	0,37	0,25
0,28	0,42	0,31	0,21	0,41	0,33	0,31	0,25
0,43	0,36	0,39	0,40	0,26	0,32	0,36	0,25
0,83	0,70	0,78	0,78	0,83	0,81	0,79	0,75
0,73	0,65	0,79	0,55	0,89	0,75	0,69	0,50
0,80	0,88	0,70	0,70	0,98	0,87	0,69	1,00
0,70	0,50	0,72	0,59	0,60	0,60	0,65	0,25
0,98	0,78	0,81	0,53	0,55	0,54	0,60	0,75
0,80	0,44	0,69	0,60	0,99	0,83	0,68	0,25
0,73	0,72	0,66	0,59	0,81	0,72	0,63	0,50
0,88	0,84	0,71	0,65	0,48	0,55	0,55	1,00
0,78	0,67	0,75	0,56	0,66	0,62	0,63	1,00
0,48	0,63	0,62	0,81	0,90	0,87	0,67	1,00
0,83	0,89	0,80	0,94	0,79	0,85	0,73	0,75
0,83	0,95	0,84	0,98	0,88	0,92	0,78	0,50



Le risorse di *governance* sono rappresentate dalle seguenti variabili:

- Strumenti (0,20)
 - *Organizzazione Assessorato Sanità (0,35)*
 - *Agenzia sanitaria regionale (0,20)*
 - *Osservatorio epidemiologico (0,10)*
 - *Sforzo fiscale (0,35)*
- Capacità (0,80)
 - *Legislativa (0,25)⁶⁶*
 - *Piani sanitari regionali (0,20)*
 - *Contratti interaziendali (0,15)*
 - *Ufficio budget nelle Asl (0,15)*
 - *Uso leva fiscale (0,10)*
 - *Investimento (0,10)*
 - *Relazione sanitaria annuale (0,05).*

Gi indicatori per rappresentare la *governance* sono limitati dalla disponibilità dei dati e coprono solo alcuni aspetti. Gli strumenti includono l'organizzazione dell'Assessorato alla Sanità in un'unica direzione per il sanitario e il sociale, la presenza o meno dell'Agenzia sanitaria regionale e dell'Osservatorio epidemiologico e lo sforzo fiscale, che garantisce alla Regione risorse aggiuntive. Prevale comunque il peso delle capacità (0,80), che riflettono la tempestività nell'adeguarsi alla normativa nazionale di riforma (decreti legislativi del 1992 e del 1999) e nell'accreditamento degli erogatori, la capacità di programmazione (numero di Psr dal 1980), di sviluppare contratti interaziendali (vs. il finanziamento regionale delle Ao), di usare gli strumenti fiscali, investire e attivare il controllo di gestione nelle Aziende sanitarie.

Le Regioni che presentano la migliore dotazione di strumenti e di capacità di *governance* sono prevalentemente del Centro-Nord (fig. 10.1 e tab. 10.2):

Liguria

Marche

P.A. Bolzano

Emilia-Romagna

Toscana (max: 0,77)

mentre quelle con le minori risorse di *governance* sono tutte del Centro-Sud:

Molise

Sardegna

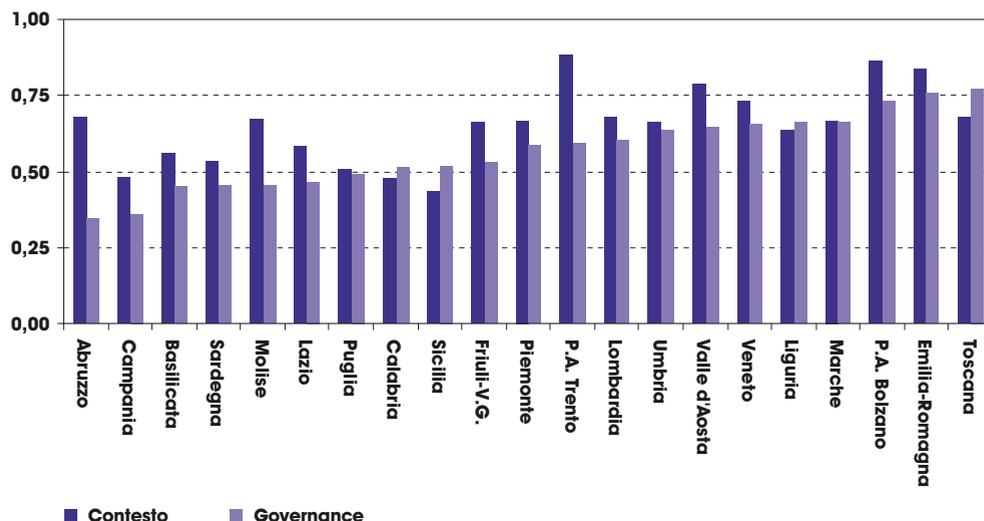
Basilicata

⁶⁶ Anni di ritardo nell'emanazione di leggi regionali, rispetto al 1992 e al 1999, sull'organizzazione delle Aziende sanitarie, il bilancio e la contabilità, l'accreditamento degli erogatori.

Campania
Abruzzo (min: 0,35).

Figura 10.1

Contesto regionale - Risorse di governance



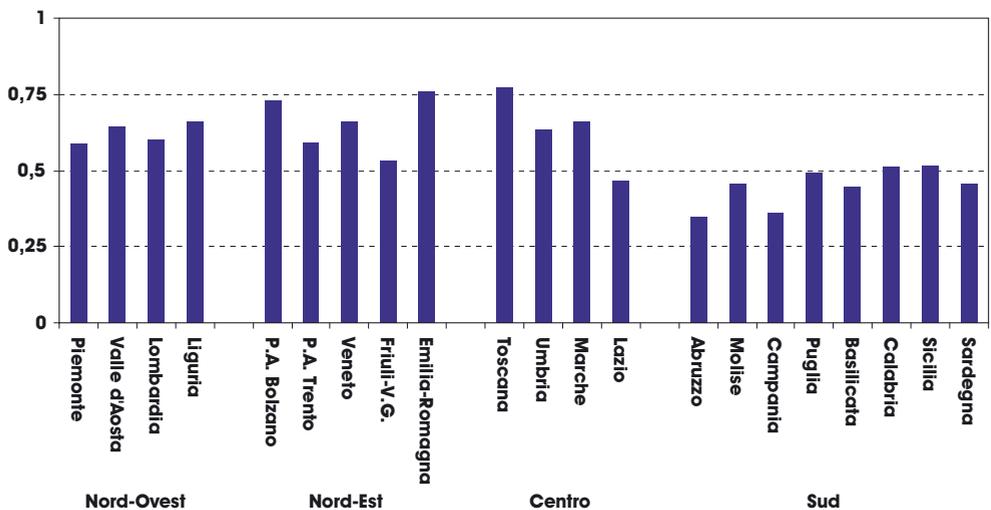
Le risorse di *governance* appaiono strettamente correlate al contesto socio-economico e specifico delle Regioni: al migliorare del contesto aumentano anche le capacità di governo. Si osservano solo due eccezioni, rappresentate dall'Abruzzo e dalla Provincia autonoma di Trento, dove il contesto è molto più favorevole rispetto all'effettiva dotazione di capacità di governo (ad es. in Abruzzo l'indice di contesto è pari a 0,68 e quello di *governance* a 0,35) (fig. 10.1).

Le risorse di *governance* risultano inoltre correlate all'*area geografica*, perché sembrano decrescere passando da Nord a Sud (fig. 10.2). Nelle Regioni del Nord-Ovest le risorse di *governance* si collocano nella fascia medio-alta (indice sintetico superiore a 0,50). In quelle del Nord-Est gli indici sono ancora maggiori, in particolare per la Provincia autonoma di Bolzano e l'Emilia-Romagna (0,76), e anche in tre Regioni del Centro, con il valore massimo della Toscana (0,77). Ad iniziare dal Lazio (0,46) e nelle Regioni del Sud i valori tendono a diminuire, toccando i valori minimi in Abruzzo (0,35) e Campania (0,36). Fanno in parte eccezione la Calabria (0,51) e la Sicilia (0,52). Si riscontra, quindi, anche in sanità ciò che è definito come il "dualismo amministrativo", che si accompagna allo storico "dualismo economico" che divide l'Italia tra Nord e Sud (France 2006).

Non sembra invece una discriminante la *dimensione* della Regione, piccola o

grande. Nelle 12 piccole Regioni (con meno di 2 milioni di abitanti) le risorse di *governance* sono elevate in quelle del Nord e del Centro (Valle d'Aosta, Bolzano, Trento, Friuli-V.G., Liguria, Umbria e Marche), ma scarse in quelle del Sud (Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria, Sardegna). Analogamente, nelle grandi Regioni le risorse sono maggiori in quelle del Nord e del Centro (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana) che in Lazio e in quelle del Sud (Campania, Puglia, Sicilia).

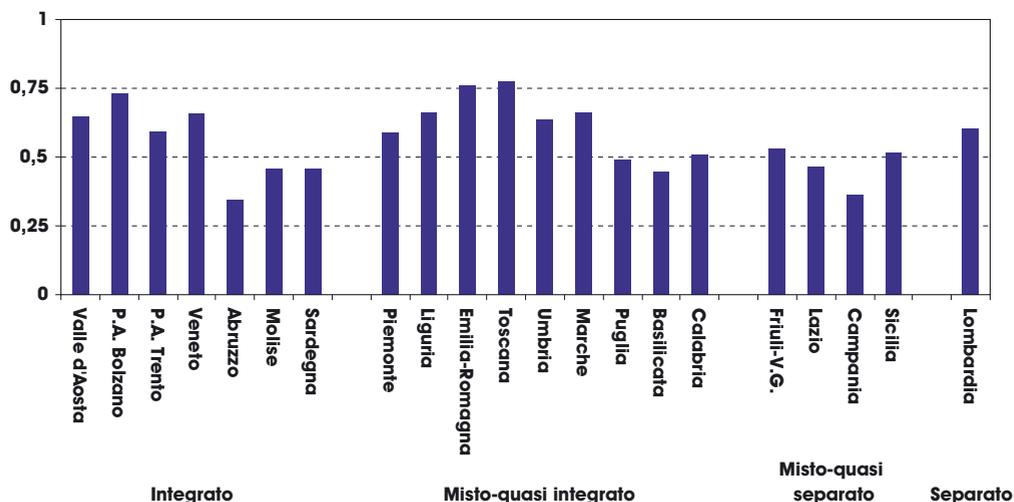
Figura 10.2
Risorse di governance per aree geografiche



Infine, le migliori capacità di governo del sistema non dipendono neppure dall'assetto *istituzionale* scelto dalla Regione per la rete delle Aziende, essendo ancora prevalente l'influsso dell'area geografica (fig. 10.3). Tra le Regioni con sistemi integrati si trovano infatti Regioni con assetti di *governance* bene strutturati al Nord (Valle d'Aosta, Bolzano, Trento, Veneto) ed altre con assetti scarsamente dotati al Sud (Abruzzo, Molise, Sardegna). Tuttavia, tra le Regioni con sistemi misti, ma molto integrati, risultano prevalenti quelle con buone risorse di *governance* (Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche), rispetto a quelle meno dotate (Puglia, Basilicata, Calabria), che comunque presentano indici attorno al valore 0,5. Tra quelle con sistemi misti, ma molto separati, le capacità di governo appaiono più scarse (Friuli-V.G., Lazio, Campania, Sicilia), mentre nell'unico sistema totalmente separato (Lombardia) le capacità di governo sono buone (fig. 10.3).

Figura 10.3

Risorse di governance e modello istituzionale



3. Le capacità di governo e i risultati dei Ssr

I risultati dei sistemi di governo sono valutati secondo diverse dimensioni, alcune delle quali già esaminate per valutare la coerenza dei sistemi sanitari (cap. 6), anche se con un peso differente. I risultati sono raggruppati in tre diverse aree: (a) risultati sul piano gestionale, (b) risultati di processo, (c) risultati finali per la salute e l'equità di accesso ai servizi.

3.1 I risultati gestionali

L'area dei *risultati gestionali* comprende due dimensioni (tab. 10.1):

- Gestione (0,50)
 - *deficit di gestione e persistenza (0,50)*
 - *equilibrio nella spesa per Lea (0,25)*
 - *saldo economico della mobilità sanitaria (0,25)*
- Efficienza ospedaliera (0,50)
 - *tasso di utilizzo dei posti-letto (0,225)*
 - *indice di rotazione (0,225)*
 - *ricoveri per addetto ponderati per Icm (0,225)*
 - *degenza media pre-operatoria (0,10)*
 - *indice di case mix (0,225)*

Le Regioni con i migliori indici gestionali sono (fig. 10.4 e tab. 10.2):

Emilia-Romagna

P.A. Bolzano

Toscana

Friuli-V.G.

Lombardia (max: 0,83)

che non presentano, in generale, i migliori sistemi di *governance*, mentre quelle con i peggiori indici sono:

Valle d'Aosta

Sicilia

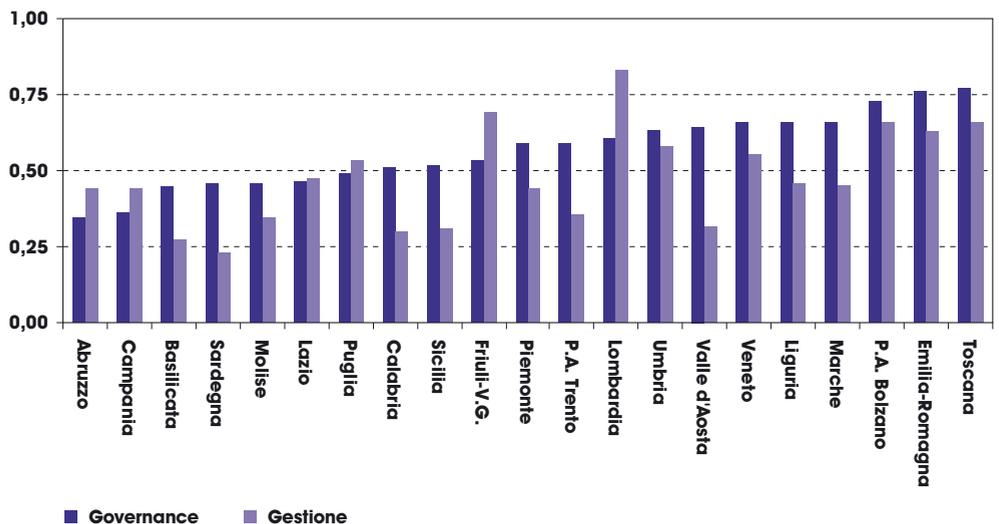
Calabria

Basilicata

Sardegna (min: 0,23)

ed anche in questo caso non coincidono con quelle con sistemi di *governance* meno dotati. In generale si osserva che i risultati della gestione economica sono al di sotto delle potenzialità di *governance* per quasi tutte le Regioni (in particolare per Valle d'Aosta, Trento, Molise, Basilicata, Sardegna, ma anche per Piemonte, Bolzano, Emilia-Romagna, Marche, Abruzzo). Fanno eccezione la Lombardia, che esprime una capacità di gestione economica superiore alla sua capacità generale di *governance*, e il Friuli-V.G. (fig. 10.4).

Figura 10.4
Governance-gestione economica, efficienza



3.2 I risultati di processo

L'area dei risultati di processo comprende tre dimensioni (tab. 10.1):

- Appropriatelyzza (0,40)
 - *parti cesarei (0,10)*
 - *dimessi da reparti chirurgici con Drg medico (0,10)*
 - *ricoveri per diabete (0,10)*
 - *ricoveri per asma (0,10)*
 - *tasso ospedalizzazione >74 anni (0,10)*
 - *dimissioni volontarie (0,10)*
 - *dimissioni presso servizi territoriali (0,10)*
 - *ricoveri in Dh dei 43 Drg (0,30)*
- Qualità dei servizi e soddisfazione (0,40)
 - *personale sanitario per posti-letto (0,30)*
 - *saldo mobilità dei ricoveri (0,40)*
 - *soddisfazione per assistenza medica (0,08)*
 - *soddisfazione per assistenza infermieristica (0,08)*
 - *soddisfazione per servizi igienici (0,08)*
 - *soddisfazione per comodità orari (0,08)*
- Responsività (0,20)
 - *diffusione dei Cup (0,34)*
 - *libertà di scelta (0,33)*
 - *diffusione 118 (0,33)*.

I sistemi sanitari con i migliori risultati di processo, nell'erogazione dei servizi sanitari, sono gli stessi con i migliori risultati gestionali, eccetto Lombardia e Bolzano (fig. 10.5 e tab. 10.2):

Valle d'Aosta

Friuli-V.G.

Umbria

Emilia-Romagna

Toscana (max: 0,84)

mentre quelli con i risultati peggiori sono:

Campania

Sicilia

Sardegna

Puglia

Calabria (min: 0,29).

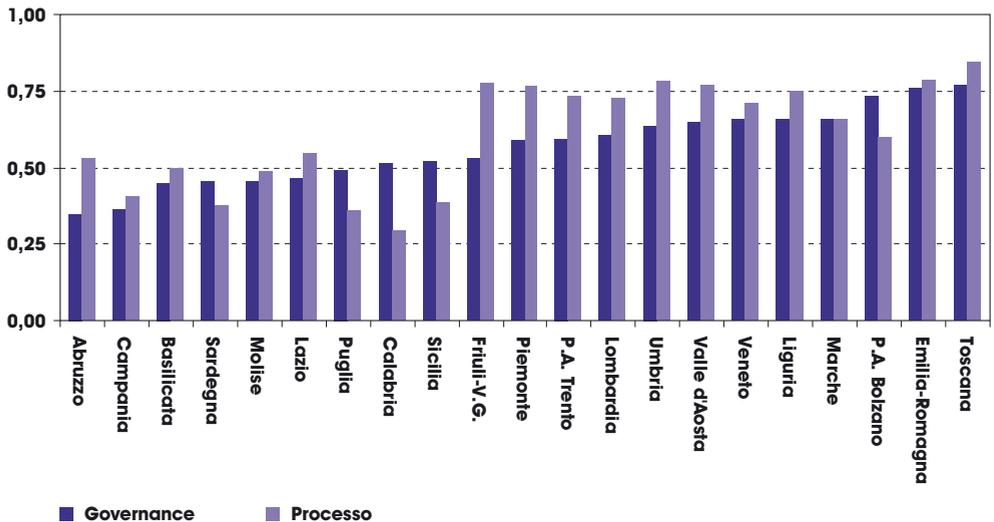
In generale si osserva un andamento lineare tra risorse di *governance* e risul-



tati di processo: all'aumentare delle capacità di governo migliora la qualità dei servizi sanitari, mentre permangono problemi per le Regioni del Sud, che presentano risultati inferiori alle potenzialità di governo (fig. 10.5).

Figura 10.5

Governance-processo (appropriatezza, qualità, responsività)



3.3. I risultati finali di salute e di eguaglianza

L'area dei risultati finali è costruita su due dimensioni diverse, ma altrettanto rilevanti (tab. 10.1):

- Risultati di salute (0,60)
 - speranza di vita alla nascita (0,10)
 - speranza di vita libera da disabilità a 75 anni (0,30)
 - mortalità evitabile per diagnosi precoce e assistenza sanitaria (0,30)
 - tasso di mortalità infantile (0,30)
- Equità (0,40)
 - spesa per Lea: assistenza collettiva (0,15)
 - spesa per Lea: assistenza distrettuale (0,15)
 - equità fiscale (ticket e addizionale Irpef) (0,30)
 - mobilità sanitaria (tasso di fuga) (0,30)
 - distanza dagli ospedali (0,10).

Gli indicatori semplici dei risultati di salute sono gli stessi di quelli impiegati

per la valutazione di coerenza dei sistemi sanitari e mostrano ai primi posti (fig. 10.6 e tab. 10.2):

Toscana

Umbria

P.A. Bolzano

P.A. Trento

Veneto (max: 0,99)

mentre le Regioni con i risultati peggiori sono:

Lazio

Calabria

Puglia

Sicilia

Campania (min: 0,25).

La dimensione dell'*equità* è composita e comprende una spesa adeguata per i livelli essenziali dell'assistenza collettiva e territoriale – le due aree di servizi più carenti – l'*equità* fiscale, sotto forma di ticket regionali e di maggiorazione dell'addizionale Irpef, la distanza dagli ospedali e il tasso di fuga per l'assistenza ospedaliera. Le Regioni con i migliori indici di equità sono (tab. 10.2 e fig. 10.6):

Abruzzo

Emilia-Romagna

Basilicata

Valle d'Aosta

P.A. Trento (max: 0,93)

mentre quelle con gli indici peggiori sono:

Calabria

Veneto

Lombardia

Puglia

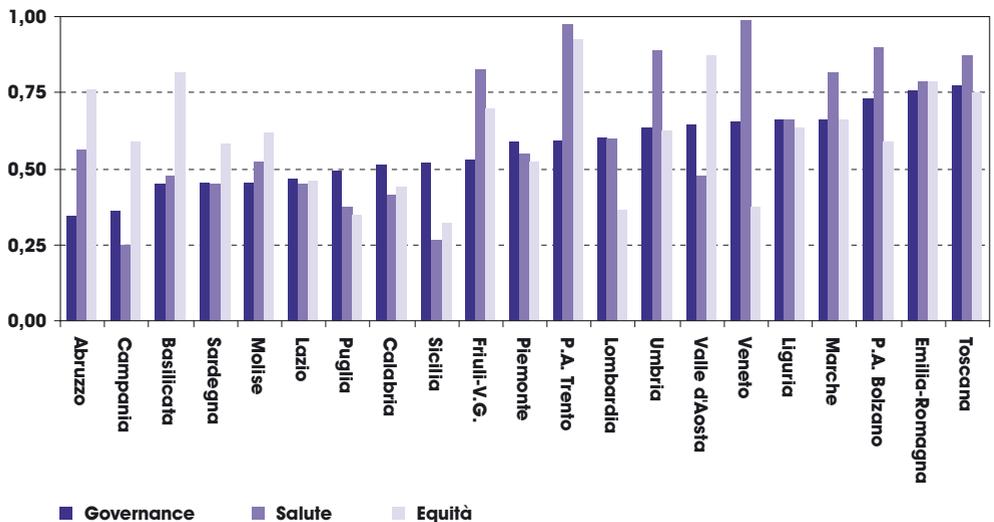
Sicilia (min: 0,33).

Le Regioni con gli indici migliori presentano in generale valori elevati in entrambe le aree, mentre le Regioni meridionali con indici bassi evidenziano i noti problemi di mobilità sanitaria, difficoltà di accesso agli ospedali e squilibri nella spesa sanitaria; il Veneto e la Lombardia mostrano solo problemi di equità fiscale.

I risultati di salute e di equità sono proporzionati alle risorse di *governance* in quasi tutte le Regioni; sono superiori in Friuli-V.G., Umbria, Trento, Veneto (per la salute), Valle d'Aosta, Trento, Abruzzo, Campania, Basilicata (per l'*equità*); sono invece al di sotto delle potenzialità in Puglia, Calabria e Sicilia (fig. 10.6).



Figura 10.6
Governance-risultati finali (salute-equità)



4. Contesto, risorse di governance, spesa e performance dei Ssr

Una valutazione concisa delle tre dimensioni considerate – gestione economica, indicatori di processo e di risultato finale – può essere fatta attraverso la media aritmetica dei tre indicatori di area, in un indice di *performance* totale (fig. 10.7, 10.8 e tab. 10.2).

Le Regioni con i migliori indici di *performance* totale sono ubicate nel Nord e nel Centro:

Lombardia

Umbria

Emilia-Romagna

Friuli-V.G.

Toscana (max: 0,78)

mentre quelle con gli indici peggiori sono nel Sud:

Puglia

Campania

Sardegna

Calabria

Sicilia (min: 0,33).

Figura 10.7

Governance-performance totale

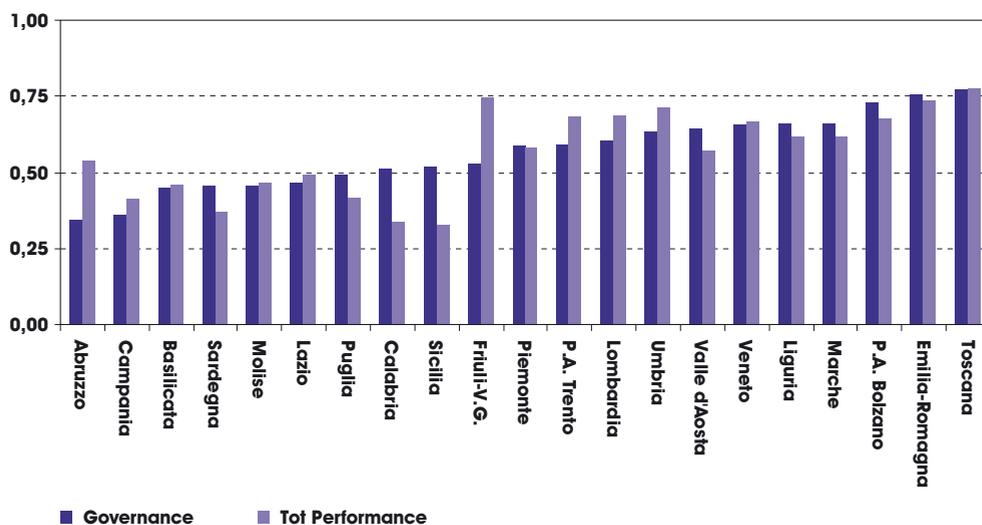
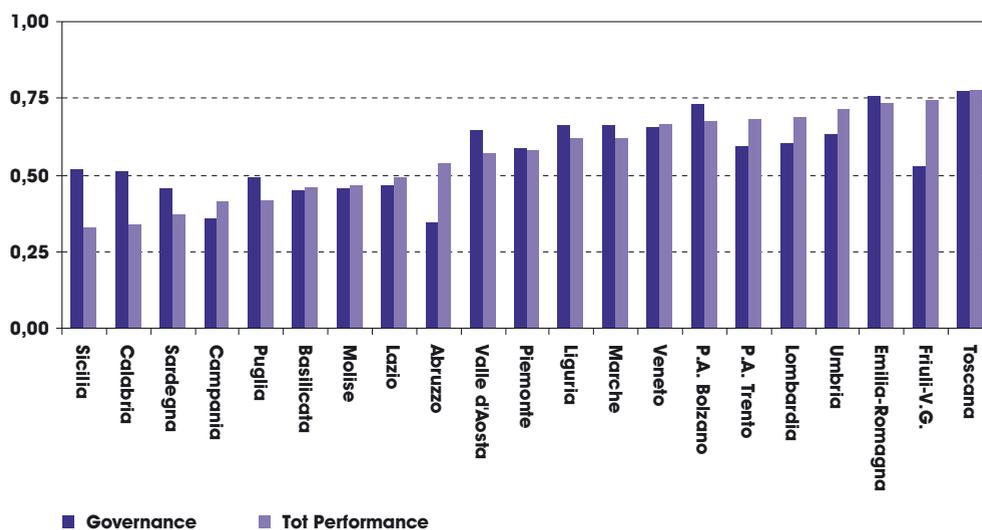


Figura 10.8

Governance-performance totale (ordinato secondo performance)



Le *performance* globali dei sistemi sanitari sono proporzionate alle capacità di *governance*, con l'eccezione positiva di Friuli-V.G. e Abruzzo e negativa di Calabria e Sicilia.

Tuttavia la valutazione globale dei risultati dei Ssr non può limitarsi alle sole risorse di *governance*, ma deve allargare l'orizzonte anche al contesto in cui operano i sistemi sanitari e alle risorse rappresentate dalla spesa sanitaria. Inoltre, poiché alcune variabili si influenzano reciprocamente, è utile guardare all'insieme delle interazioni esistenti per poter trarre conclusioni significative.

Le correlazioni lineari esistenti tra gli indicatori sintetici (rho di Spearman)⁶⁷ sono illustrate nella matrice di tabella 10.3, dalla quale si possono trarre alcune conclusioni di grande interesse:

Tabella 10.3

Matrice delle correlazioni lineari tra gli indicatori sintetici

	Contesto	Governance	Gestione	Processo	Risultati f.	Tot. Perf.	Spesa
Contesto	1,00	0,60	0,44	0,64	0,77	0,73	0,49
Governance		1,00	0,58	0,70	0,66	0,72	0,20
Gestione			1,00	0,70	0,46	0,80*	0,05
Processo				1,00	0,78	0,89*	0,40
Risultati finali					1,00	0,86*	0,41
Tot. Performance (a)						1,00	0,27
Spesa							1,00

Note: (*) variabili autocorrelate

(a) Media aritmetica degli indicatori sintetici di gestione, processo e risultato finale

1. Il contesto generale e specifico della sanità regionale esercita un significativo influsso sulle capacità di *governance* ($\rho=0,60$), sui risultati di processo (0,64) e sui risultati finali (0,77).
2. Le risorse di *governance* esercitano anch'esse un influsso significativo sui risultati di processo (0,70), sui risultati finali (0,66) e, in misura minore, sulle capacità di gestione economica dei servizi sanitari (0,58). Inoltre la capacità di *governance* non dipende dalla disponibilità delle risorse finanziarie (spesa: 0,20).
3. I buoni risultati gestionali producono (o sono correlati con) buoni risultati di processo (0,70), ma non tanto di salute/equità (0,46) e, a loro volta, non dipen-

⁶⁷ Essendo gli indicatori di sintesi dei valori di posizione, e non dei numeri cardinali, il coefficiente rho misura la correlazione tra i ranghi delle variabili.

- dono dal livello di spesa sanitaria (0,05): maggiore è la spesa, più alto è il rischio di deficit e più diffuse sono le inefficienze.
4. Il livello di spesa sanitaria pro-capite è scarsamente correlato con tutti i tipi di risultato, gestionali (0,05), di processo (0,40) e finali (0,41).
 5. La *performance* complessiva dei Servizi sanitari regionali dipende sia dal contesto regionale (0,73), sia dalle capacità di *governance* (0,72).



5. I fattori di successo dei sistemi di governance e la trasferibilità delle migliori pratiche

L'analisi dei nove casi regionali ha mostrato come esistano tre diversi modelli di *governance* nelle Regioni italiane, localizzati in diverse aree geografiche del Paese. L'indicatore sintetico di *performance* mostra che il modello contrattuale si colloca sui valori più elevati:

I. Modello burocratico

Campania (0,41)

Puglia (0,42)

Sardegna (0,37)

II. Modello accentrato

Veneto (0,67)

Lazio (0,49)

Basilicata (0,46)

III. Modello contrattuale

Lombardia (0,69)

Emilia-Romagna (0,74)

Toscana (0,78).

Un'elevata *performance*, paragonabile a quella dei modelli contrattuali, si riscontra anche in Veneto. I modelli di tipo burocratico e accentrato, ma con scarsi strumenti di *governance*, presentano, invece, *performance* meno soddisfacenti. I modelli di maggiore successo sembrano dunque quelli di Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana, che sono, sotto il profilo della *governance*, di tipo accentrato e contrattuale e, sotto il profilo istituzionale, di tipo integrato, misto-quasi integrato e separato. Nonostante le diversità dei modelli, le ragioni del successo si possono riscontrare sia nelle variabili "macro", sia in quelle "micro" ricavate dai questionari e riassunte nella tabella 10.4.

Tabella 10.4

I fattori di successo dei modelli regionali di governance

Variabili di governance	Accentrato	Contrattuale		
	Integrato	Misto-quasi integrato		Separato
	Veneto	Emilia-R.	Toscana	Lombardia
Contesto generale (favorevole)	medio	alto	medio	alto
Contesto specifico (favorevole)	alto	alto	alto	medio
Personale Assessorato	n.d.	n.d.	285	n.d.
Agenzia sanitaria regionale	√	√	√	-
Osservatorio epidemiologico	√	-	-	√
Capacità legislativa	bassa	alta	alta	media
Cultura programmazione	media	media	alta	media
Piani attuativi locali (ASL)	tutte	tutte	tutte	tutte
Accreditamento definitivo erogatori	-	4/8	6/8	8/8
Ciclo programmazione e verifica	√	√	√	√
Stile relazioni con Aziende sanitarie	comunicazione	concertazione	concertazione	comunicazione e ascolto
Sistema informativo evoluto	√	√	√	√
Budgeting nelle Aziende osped.	√	√	√	√
Budgeting nei presidi osped.	√	√	√	√
Contratti interaziendali	-	√	√	√
Governo clinico (Linee-guida e PDT)	10/21	11/11	7/12	15/15
Capacità di investire (ex art. 20)	media	alta	alta	media
Uso leva fiscale	alta	nessuna	nessuna	alta
Spesa sanitaria	bassa	alta	media	bassa

Fonte: Elaborazioni sulla tab. 10.2 e sui questionari

Dalle analisi svolte si possono trarre tre tipi di conclusioni.

La prima riguarda la relativa *indifferenza*, se le *performance* sono elevate, (i) dei *modelli istituzionali*, se integrati o separati, (ii) del *tipo di governance*, se per accentrato o decentramento, (iii) dello *stile delle relazioni* tra Regione e Aziende sanitarie, se di comunicazione e ascolto o di concertazione, (iv) della presenza o assenza di *contratti interaziendali* e, infine, (v) del livello di *spesa sanitaria*. Delle quattro Regioni con le migliori *performance* due presentano bassi livelli di spesa e altre due livelli medio-alti. La spesa sanitaria può risulta-





re bassa, come conseguenza di una buona capacità di controllo, ma anche di un'elevata spesa privata, che va ad integrare quella pubblica.

La seconda è che i fattori di successo vanno ricercati al di fuori dell'architettura istituzionale e risiedono (vi) nella forte capacità di *regia* da parte della Regione, che concepisce una visione di capogruppo o di perno del sistema sanitario e si assume un ruolo attivo, attraverso il ciclo annuale di programmazione e controllo sulla rete aziendale, e (vii) nella *ricchezza* degli *strumenti* e delle *capacità* di governo del Ssr, a livello centrale e periferico. Numerosi strumenti sono stati enumerati e quantificati, ma altri ancora di tipo *culturale* e *valoriale* esistono e sono forse più importanti, perché consentono di sviluppare risorse e capacità di governo.

Da ultimo la *governance* cresce e si sviluppa se (viii) il *contesto* generale e specifico è favorevole e, quindi, per almeno otto Regioni italiane (ix) essa coincide con il problema dell'arretratezza del *Sud* del Paese. Non si sono trovati modelli di *governance* molto sviluppati nelle Regioni meridionali e le loro *performance* sono risultate piuttosto insoddisfacenti. La *governance* si può sviluppare nella misura in cui si evolve la società civile e politica, che governa la sanità.

La capacità di *governance*, tuttavia, può essere accelerata o stimolata attraverso la diffusione delle *buone pratiche*, con l'affiancamento – non dello Stato che è principalmente interessato al patto di stabilità interno, azione peraltro necessaria – ma delle Regioni che dispongono di un buon sistema di governo, anche tra quelle non studiate nella ricerca, e possono trasmettere la loro esperienza alle altre Regioni. Per recuperare il ritardo probabilmente serve uno sforzo straordinario di *investimenti* in cultura e capacità di governo e, quindi, nello sviluppo di un *sistema informativo* adeguato e nella *formazione* manageriale di tutto il personale, orientata alla qualità e ai risultati, per superare la visione burocratica dei rapporti oggi predominante. Ma questi aspetti eccedono la mera osservazione dei dati della ricerca e investono il ruolo stesso della politica sanitaria, alla quale si offrono questi spunti per una pacata riflessione.



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Aifa-Agenzia Italiana del Farmaco (2006), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto 2005*, Roma
- Anessi Pessina E., Cantù E. (2005), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2005*, Milano, Egea
- Anthony R.N. (1990), *Il controllo manageriale*, Milano, FrancoAngeli
- Asl Pavia (2002), *Il governo della domanda nei sistemi socio-sanitari. Un metodo di mappatura della patologia cronica e dei consumi sanitari*, Pavia
- Assr (2005), *Il programma "Mattoni del SSN"*, in "Monitor", n. 13, numero monografico
- Bariletti A., Zoli M. (2006), *On concepts of governance: a survey and interpretation*, in "Economia, società e istituzioni", vol. 18, n. 2, pp. 313-343
- Borgonovi E. (2002), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea
- Cavallo M.C., Gerzeli S., Vendramini E. (2001), *Organizzazione e gestione delle cure primarie. Un'indagine nazionale*, McGraw-Hill, Milano
- Era-Epidemiologia e Ricerca Applicata (2006), *Mortalità evitabile e contesto demografico per Usl. Atlante 2006*, Roma
- Fiorentini G., Ugolini C. (2000), *Accordi contrattuali tra produttori e finanziatori in un contesto di programmazione sanitaria*, in "Politica economica", vol. 16, n. 2, pp. 169-194
- France G. (2006), *Federalismi e sanità*, Milano, Giuffrè
- Istat (2002a), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari*, Roma
- Istat (2002b), *Le condizioni di salute della popolazione. Indagine multiscopo su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anni 1999-2000*, Roma
- Istat (2004), *La mortalità per cause nelle Regioni italiane*, Roma
- Istat (2005), *Stili di vita e condizioni di salute*, Roma
- Jommi C. (a cura di) (2004), *Il sistema di finanziamento delle Aziende sanitarie pubbliche*, Milano, Egea
- Longo F., Carbone C., Cosmi L. (2003), "La Regione come capogruppo del SSR: modelli e strumenti a confronto i sei Regioni", in Anessi Pessina E., Cantù E.

- (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2003*, Milano, Egea
- Longo F. (2005), *Governance dei network di pubblico interesse*, Milano, Egea
 - Mapelli V. (2000), “Tre riforme sanitarie e ventuno modelli regionali”, in Bernardi L. (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2000*, il Mulino, Bologna, pp. 299-327
 - Mapelli V. (2004), “Bisogni sanitari, consumi e spesa nella base dati di un’Asl lombarda”, in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2004*, Bologna, il Mulino, pp. 147-170
 - Ministero della Salute (2004), *Rapporto annuale sulla attività di ricovero ospedaliero. Anno 2003*, Roma
 - Ministero della Salute (2005), *Attività gestionali ed economiche delle A.S.L. e Aziende Ospedaliere. Anno 2004*, Roma
 - Saniteia (2002), *Analisi della domanda sanitaria della Asl della Provincia di Milano 1. Anno 2000*, Milano
 - Vaccheri A., Montanaro N. (1995), *Il metodo della dose definita giornaliera (Ddd) per valutare il consumo di farmaci*, in “Farmacoeconomia”, vol. 2, 3, pp. 16-22

APPENDICI

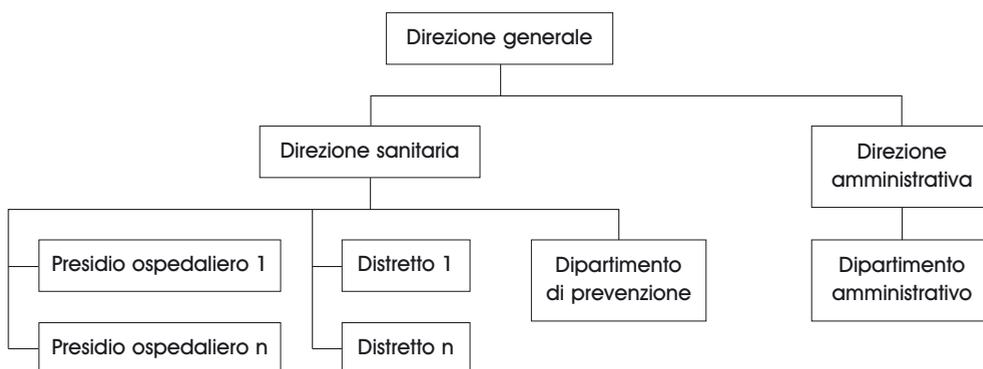


Appendice 1

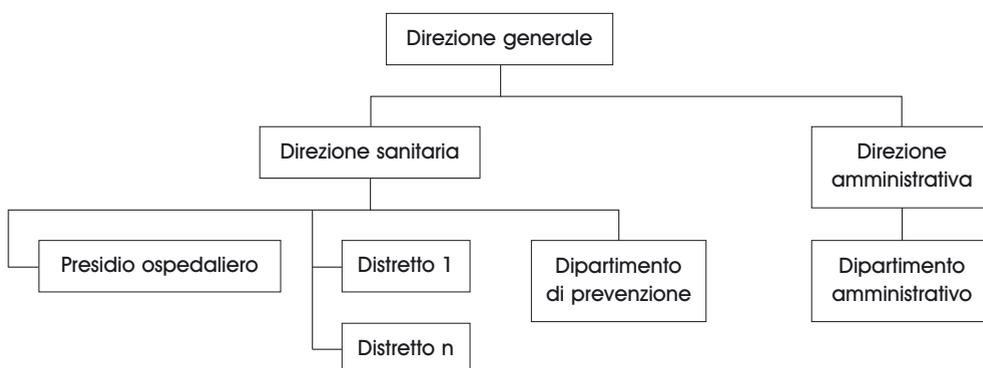
L'organizzazione delle Aziende sanitarie locali nelle 21 Regioni e Province autonome



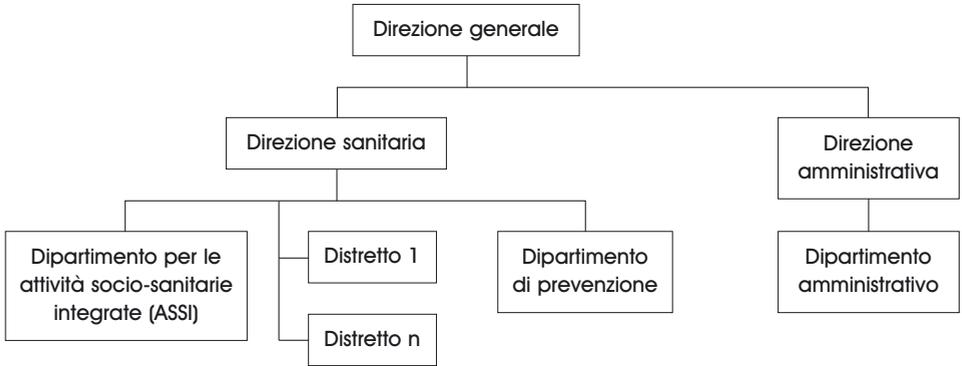
Regione Piemonte (LR 10/95)



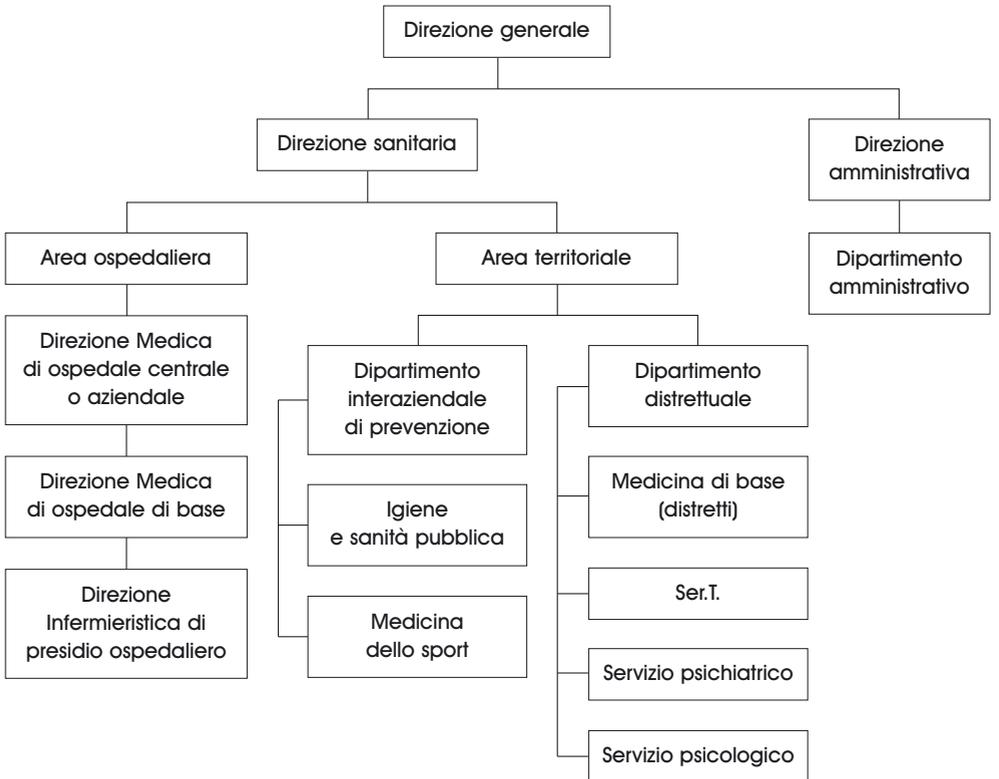
Regione Valle d'Aosta (LR 5/00)



Regione Lombardia (LR 31/97)

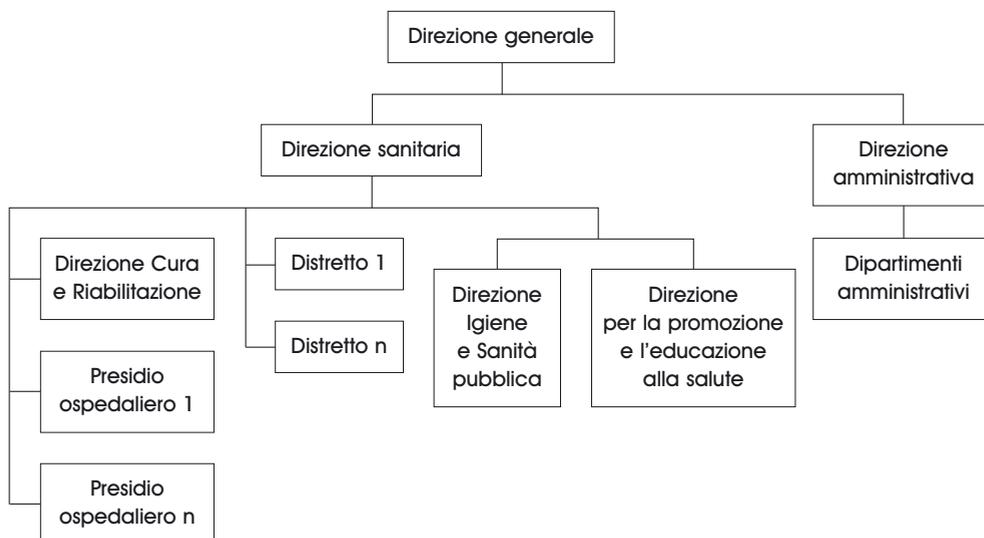


P.A. Bolzano (PSP 2000-2002)

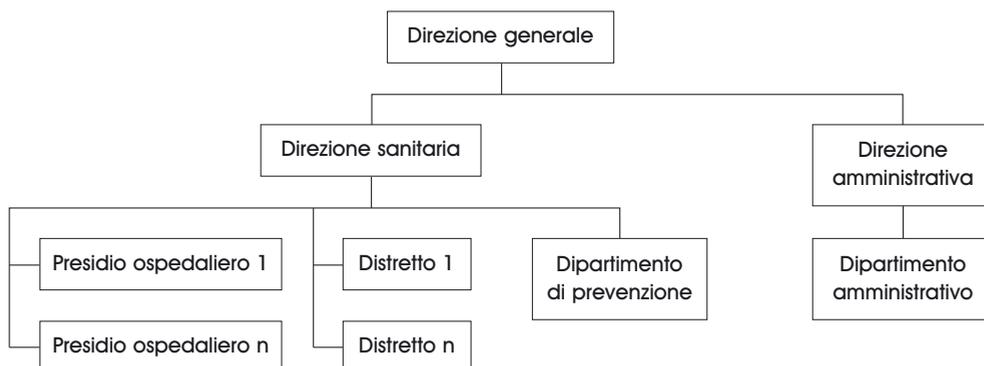




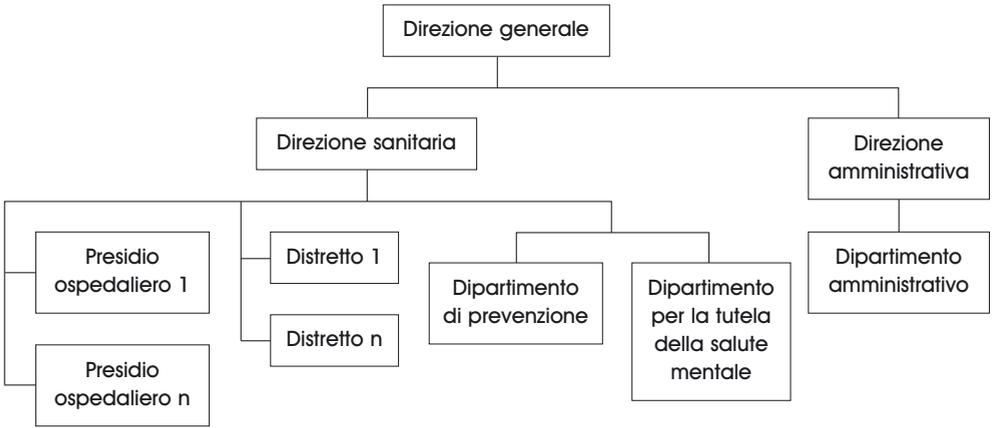
PA. Trento (Carta dei servizi Azienda provinciale per i Servizi sanitari)



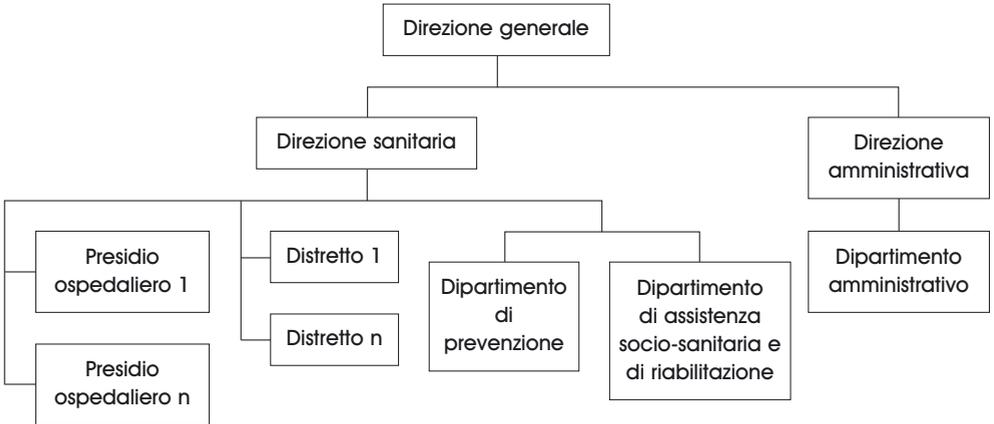
Regione Veneto (DGR 3415/02)



Regione Friuli Venezia Giulia (LR 12/94)

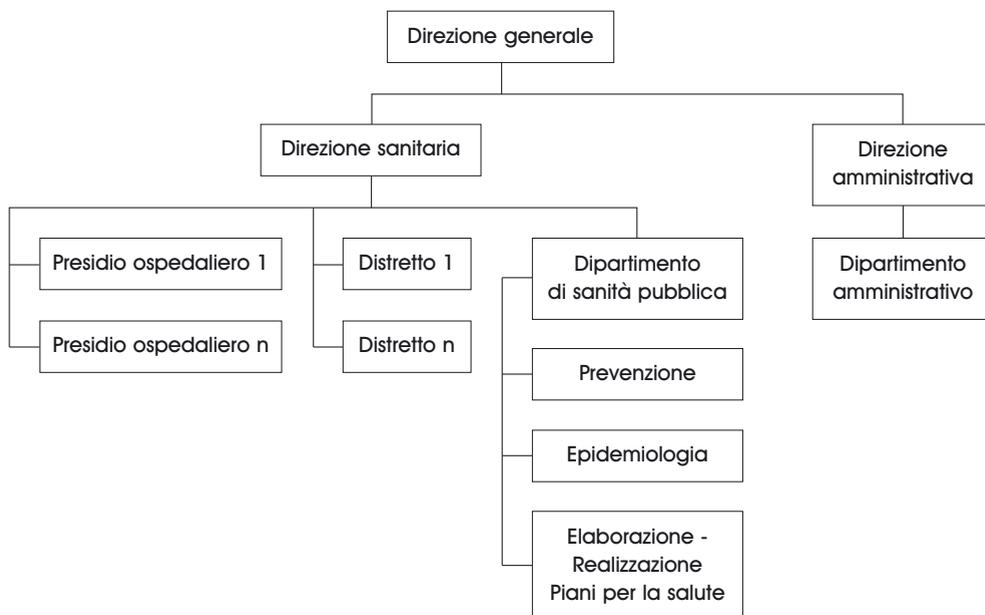


Regione Liguria (LR 42/94, 2/97)



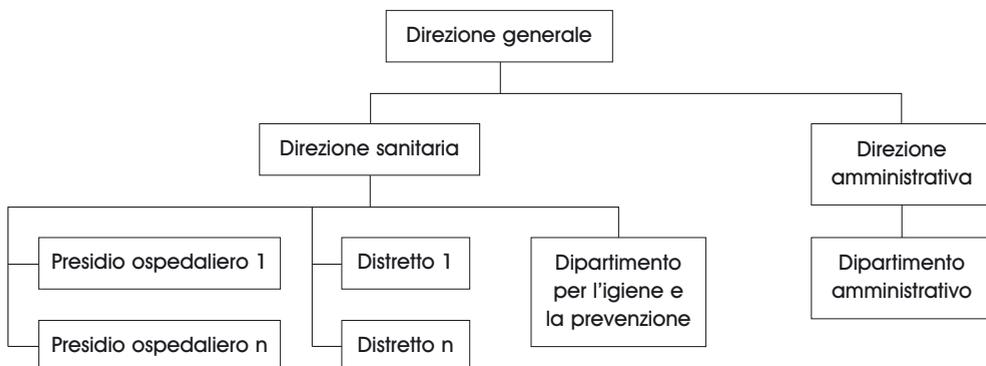
Regione Emilia-Romagna (LR 19/94, 11/00)

297

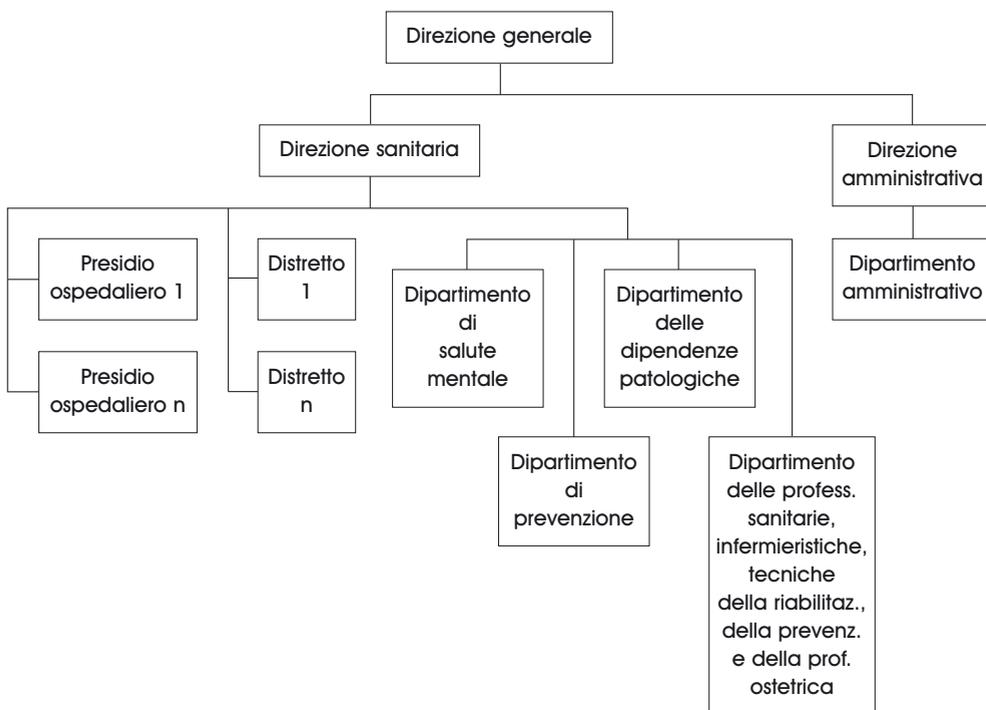
**Regione Toscana (LR 40/05)**



Regione Umbria (LR 3/98)



Regione Marche (Atto aziendale ASUR)

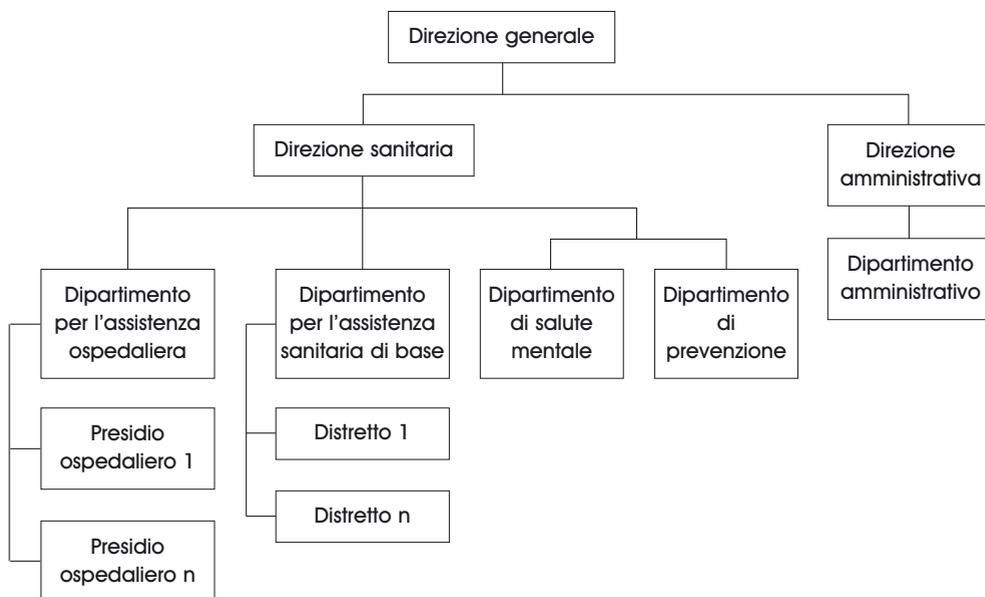


Regione Lazio (LR 18/94 e DGR 3140/95)

La DGR 3140/95 non definisce un organigramma unico per tutte le ASL, ma stabilisce solo delle linee-guida



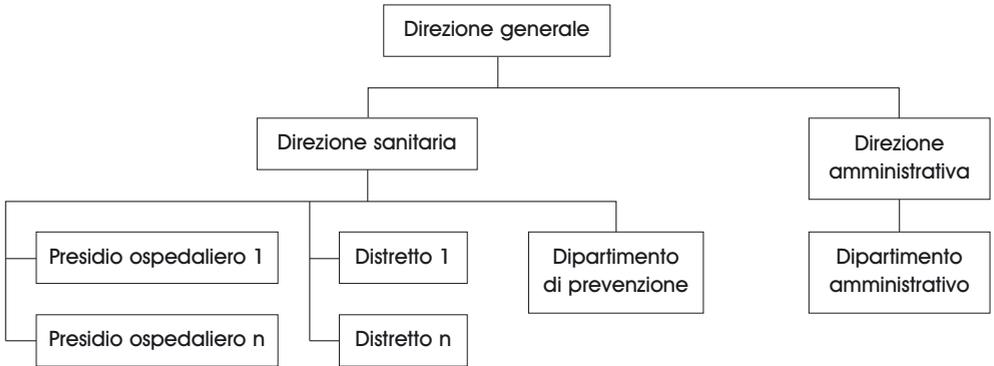
Regione Abruzzo (PSR 1994-96)



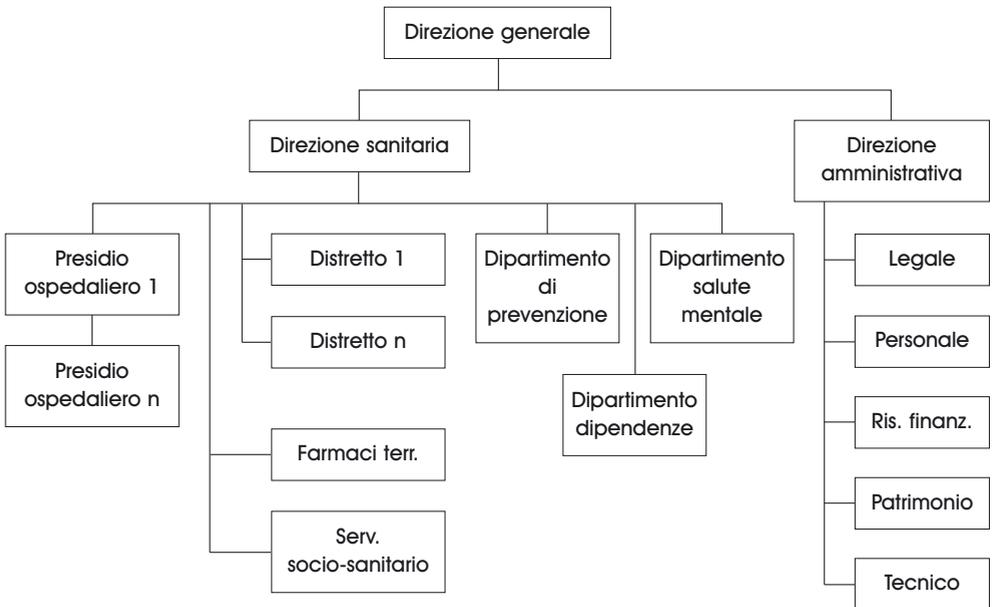
Regione Molise (LR 2/97)



Regione Campania (Linee-guida 1364/2001)



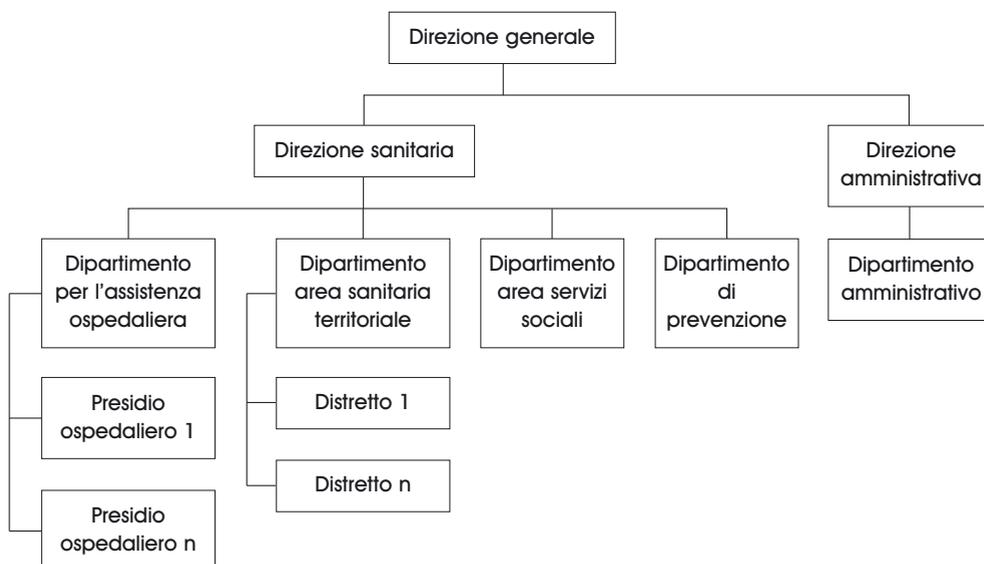
Regione Puglia (LR 36/94 e 27/99)



Regione Basilicata (LR 27/96; 38/01)



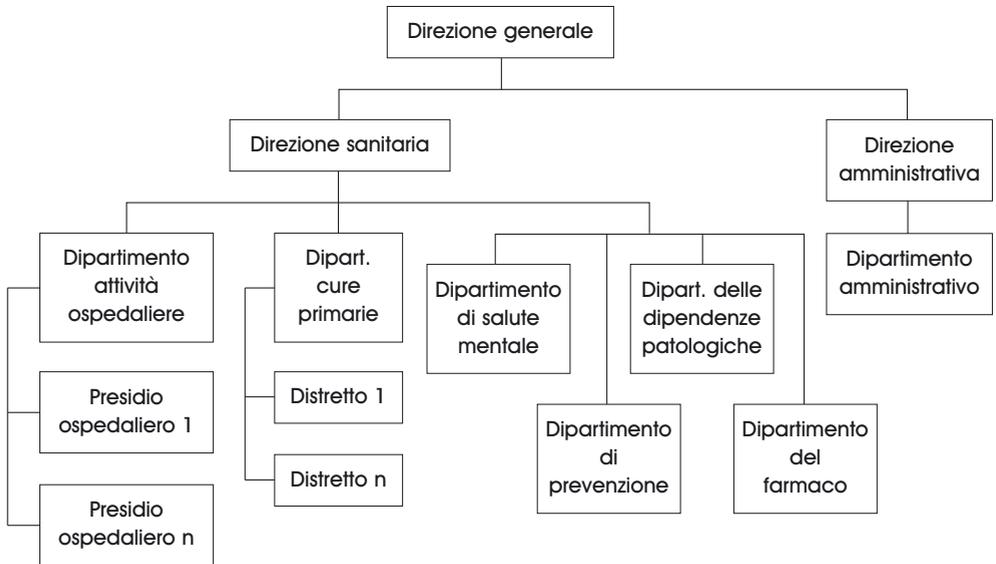
Regione Calabria (LR 2/96)



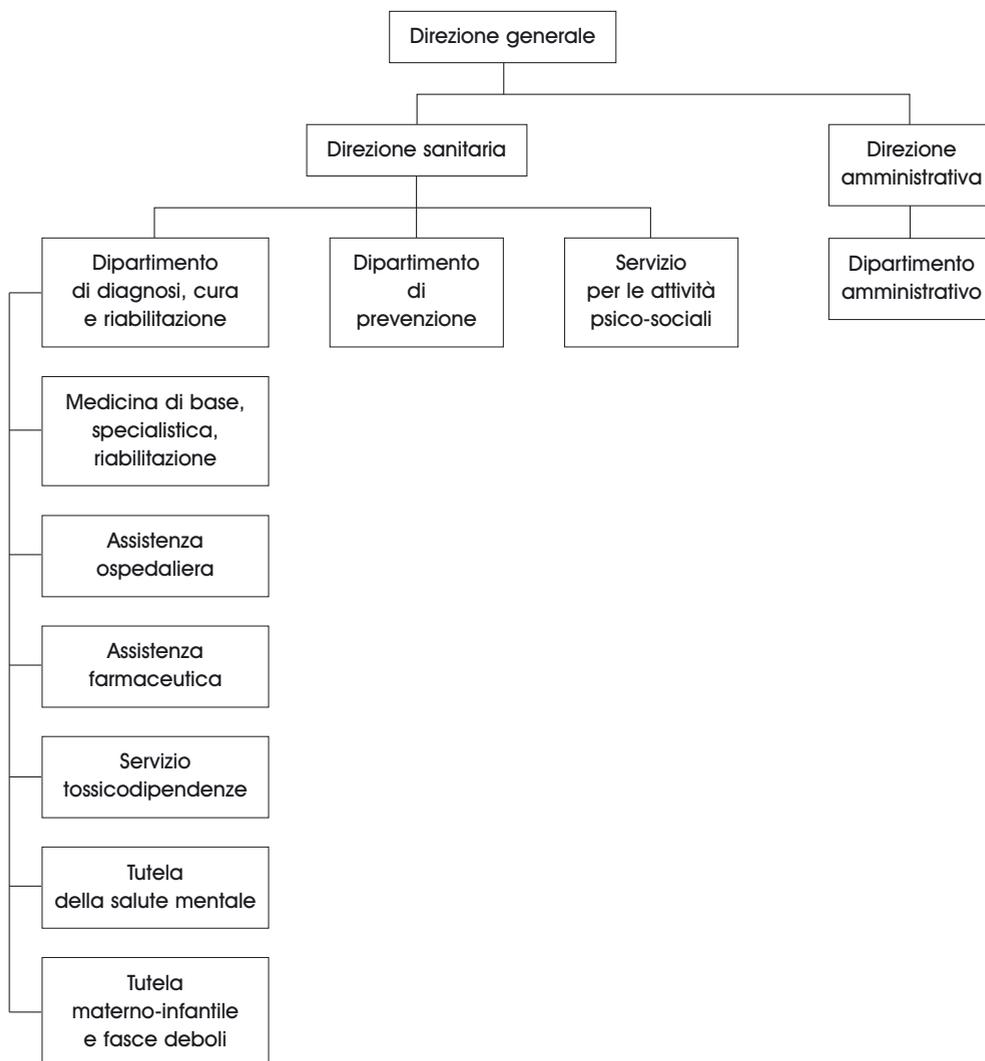
Regione Sicilia (PSR 2000-02)



302



Regione Sardegna (LR 5/95)



Appendice 2

Questionario per l'intervista all'Assessore regionale alla Sanità



1. I punti di forza e di debolezza del sistema sanitario regionale

- 1.1 Con riguardo al Servizio sanitario regionale, quali ritiene che siano:
i punti di forza
- a).....
b).....
c).....
- i punti di debolezza, i maggiori problemi
- d).....
e).....
f).....
- 1.2 In sintesi, come valuta la *performance* del Servizio sanitario regionale:
- eccellente
 buona
 sufficiente
 insoddisfacente

2. Le politiche sanitarie regionali

- 2.1 Quali sono attualmente le **priorità** di intervento della politica sanitaria regionale?
- 1).....
2).....
3).....

- 2.2 A livello operativo, quali sono le principali **azioni** in corso?.....
.....
.....
- 2.3 Esistono iniziative sul **governo clinico** e quanto sono diffuse?.....
.....
.....
- 2.4 Qual è la politica regionale nel settore degli **investimenti** e dell'**innovazione**? A quali fonti finanziarie attinge la Regione? E le Aziende sanitarie?.....
.....
.....
- 2.5 Qual è la politica regionale per il **personale** del SSN? È ritenuto adeguato per numero, qualità e competenza?.....
.....
.....
- 2.6 Quali sono le **politiche fiscali** della Regione in merito al Servizio sanitario? Quali sono i provvedimenti adottati nei riguardi dei **deficit** delle Aziende sanitarie?.....
.....
.....
- 2.7 Quale ruolo attribuisce al **privato accreditato** nei rapporti con il Servizio sanitario?.....
.....
.....
- 2.8 Qual è l'orientamento della Regione verso la **competizione** in sanità?.....
.....
.....

3. Gli strumenti di governo del Servizio sanitario regionale

- 3.1 Quali ritiene siano i principali **strumenti** a disposizione dell'Assessore per il governo del Servizio sanitario regionale?.....
- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 3.2 Come valuta, rispetto al governo della sanità regionale, l'**adeguatezza** e il **funzionamento** di:
- a) lo staff dell'Assessorato alla Sanità.....
-
-
- b) l'Agenzia sanitaria regionale.....
-
-
- c) l' Osservatorio epidemiologico regionale.....
-
-
- d) il Sistema informativo regionale.....
-
-
- 3.3 Come avviene e come **valuta** la fase di **ripartizione** del Fondo sanitario e di definizione del **budget** delle Aziende sanitarie?.....
-
-
- 3.4 Con quale **frequenza** e in quali **occasioni** l'Assessore si incontra con i Direttori generali delle Aziende sanitarie?.....
-
-
- 3.5 Qual è lo **stato dei rapporti** tra la Regione e i privati accreditati?
- a) Case di cura.....
-
-
- b) Laboratori e specialisti.....
-
-



4. Il funzionamento delle Aziende sanitarie

4.1 Come valuta, in generale, il funzionamento delle Aziende sanitarie?

- eccellente
- buono
- sufficiente
- insoddisfacente

4.2 Quali sono gli aspetti più **positivi** del funzionamento delle ASL e delle AO?

.....

.....

4.3 Quali sono gli aspetti più **negativi** del funzionamento delle ASL e delle AO?

.....

.....

5. Il federalismo fiscale

5.1 Quale ritiene siano **per la sua Regione** gli aspetti più favorevoli o più sfavorevoli della prevista **devoluzione** in sanità:

Aspetti favorevoli	Aspetti sfavorevoli
1.....	1.....
2.....	2.....
3.....	3.....

5.2 Qualora risultasse confermato dal prossimo referendum, a quali **cambiamenti** potrebbe condurre nella sanità della **sua Regione**?

.....

.....

5.3 Qual è la posizione della Regione sul **D.Lgs. 56/2000**? È considerato un'opportunità o un rischio?

.....

.....

.....

Appendice 3

Questionario per l'intervista al Direttore generale dell'Assessorato alla Sanità



Nota: Il questionario costituisce una traccia per la successiva intervista; tuttavia, in alcune parti può già essere compilato con le informazioni disponibili

1. La struttura organizzativa regionale

- 1.1 Organigramma dell'**Assessorato alla Sanità** (da allegare) con indicazione del numero di **personale** presente in ogni settore o servizio (aree principali), evidenziando in particolare quelli del servizio/ufficio di **programmazione regionale** e di **controllo di gestione**
- 1.2 Quali sono i punti di forza e di debolezza dell'organizzazione dell'Assessorato?
i punti di forza
a).....
b).....
c).....
i punti di debolezza, i problemi
d).....
e).....
f).....
- 1.3 Esiste un'**Agenzia per i Servizi sanitari regionali**?
Sì dal NO, ma è prevista NO, non è prevista
Se Sì, in quali settori è organizzata (oppure, allegare organigramma)
1..... 2.....
3..... 4.....
N. totale unità di personale (dipendenti, comandati e a contratto) n.....

1.4 Esiste un **Osservatorio epidemiologico regionale**?

NO SÌ dal indipendente all'interno dell'Assessorato

Se SÌ, in quali settori è organizzato (oppure, allegare organigramma)

1..... 2.....

3..... 4.....

N. totale unità di personale (dipendenti, comandati e a contratto) n.....

2. Il sistema di programmazione

2.1 Qual è il **PSR** attualmente in vigore?..... (Allegare copia)

Esiste una nuova bozza di Piano in discussione? NO SÌ.....

2.2 In quale documento sono contenuti gli **obiettivi annuali** per la sanità della Giunta regionale?.....(Allegare copia)

2.3 Attraverso quali meccanismi e in quali momenti sono **coinvolte** le Aziende sanitarie nel processo di programmazione-attuazione-verifica?.....
.....
.....

2.4 Esiste un momento di **verifica** formale sul raggiungimento degli obiettivi contenuti nel PSR? Quando? Annualmente?.....
.....
.....

2.5 È in vigore il Piano per la Prevenzione: NO SÌ in discussione

2.6 Viene regolarmente pubblicata la “*Relazione sullo stato di salute*” della **Regione**? NO SÌ Qual è l'ultima pubblicata?.....

2.7 Quante **AUSL** e **AO** pubblicano regolarmente la “*Relazione sullo stato di salute e sull'attività svolta*” o il “*Bilancio sociale*”? n. AUSL..... n. AO.....

3. Il controllo di gestione

3.1 Quali sono i **flussi di spesa** o le variabili **monitorate** con maggiore attenzione dall'Assessorato alla Sanità?

- a).....
 b).....
 c).....

3.2 È in atto un piano di **rientro dal deficit** per le Aziende sanitarie? NO SÌ
 Se SÌ, da quando?.....

3.3 Quanti presidi ospedalieri adottano la **contabilità separata** a costi e ricavi
 (art. 4 comma 9 D.Lgs 502/92)? n..... su..... PO in totale

3.4 Quante Aziende sanitarie adottano la **contabilità per centri di costo**?

a centri di costo n. ASL..... n. AO.....

a centri di costo e ricavo n. ASL..... n. AO.....

3.5 Quante Aziende adottano un **sistema di budget**?

n. ASL..... n. AO.....

3.6 Quante ASL hanno un sistema di **monitoraggio** delle **prescrizioni farmaceutiche** e inviano un **report** periodico ai medici di medicina generale?

n. ASL.....

4. Il sistema informativo sanitario regionale

4.1 Oltre ai flussi informativi ministeriali, esistono **altri flussi** informativi regionali? Se sì, quali?.....

4.2 Per le seguenti **prestazioni sanitarie** esiste la:

	rilevazione ASL	aggregazione regionale	possibilità collegam. codice fisc. o san.
farmaci (n. confezioni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
farmaci a distr. diretta (n. confezioni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
specialistica (n. prestazioni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RSA (n. ricoveri e giornate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
riabilitativa (n. ricoveri e giornate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
protesica (n. e tipo protesi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- 4.3 Esiste una **banca dati regionale** degli assistiti e degli **esenti** per patologia?
 SÌ NO SÌ, presso le ASL
- 4.4 Esistono informazioni sulle **liste** e sui **tempi di attesa**? NO SÌ
 a livello regionale in n..... ASL in n.AO
 su ricoveri specialistica

5. Finanziamento e sistema tariffario

- 5.1 Nella ripartizione del Fondo sanitario regionale la **Regione** definisce un **teito globale** di spesa per il settore (Allegare delibera ripartizione FSR 2006)

	NO	SÌ vincolante	SÌ indicativo
ospedaliero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
farmaceutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
specialistico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indicare quali tariffari sono impiegati per le prestazioni dei privati accreditati

Utilizzo di Tariffario	regionale	nazionale	nazionale adattato
ospedaliera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
specialistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
riabilitativa ex art. 26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RSA	<input type="checkbox"/>	a giornata	
	<input type="checkbox"/>	per gravità pz	
psichiatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pronto soccorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5.2 Nell'ambito delle **strutture pubbliche**, sono utilizzate le tariffe per valorizzare economicamente l'attività da esse svolta? NO SÌ

Se SÌ, per quali attività?

- ospedaliera (DRG per presidi ospedalieri)
- specialistica (presidi osped. e poliamb.)
- psichiatria
- pronto soccorso

- 5.3 Con quale periodicità sono state aggiornate dalla Regione le tariffe per DRG dal 2000 ad oggi (anni di aggiornamento).....



- 5.4 La tariffa dei ricoveri ordinari è **equiparata** a quella del *day hospital* per i ricoveri di 1 giorno SÌ NO
ricoveri di 2 giorni SÌ NO
- 5.5 Il tariffario regionale per i ricoveri ospedalieri prevede **tariffe diversificate** secondo il tipo o la dimensione degli istituti di ricovero?
 NO SÌ, secondo queste classi (oppure allegare normativa):
1) da.....a.....posti-letto 2) da.....a.....posti-letto 3) da.....a.....posti-letto
- 5.6 Per i ricoveri ospedalieri sono previsti **abbattimenti** delle tariffe in caso di superamento dei tetti concordati?
 NO SÌ, nelle seguenti percentuali (oppure allegare normativa):
1) da 100% a.....% meno.....% delle tariffe
2) da.....% a.....% meno.....% delle tariffe
3) da.....% a.....% meno.....% delle tariffe
 SÌ, secondo le seguenti altre modalità:
.....

6. Finanziamento degli ospedali e budget

6.1 Aziende ospedaliere

- 6.1.1 Il **budget** (finanziamento) delle AO è:
fissato direttamente dalla Regione, in sede di ripartizione del Fondo sanitario
 (attraverso il calcolo della mobilità in uscita dalle ASL)
negoziato o contrattato dalle AO, dopo la ripartizione del Fondo sanitario, con
 la Regione
 le ASL interessate
- 6.1.2 Il budget delle AO è: solo finanziario a costi/ricavi e volumi di attività
- 6.1.3 A fine anno la Regione effettua una **verifica** su: budget o tetto di spesa
 volumi di attività
- 6.1.4 In caso di **mancato rispetto** del budget da parte dell'AO:
 si applica l'abbattimento delle tariffe previsto dalla normativa
 si negoziano ulteriori finanziamenti con la Regione

6.2 Presidi ospedalieri

- 6.2.1 Le ASL fissano formalmente il **budget** per ognuno dei propri presidi ospedalieri?
- NO, li finanziano a fattori produttivi (personale, beni e servizi, ecc.)
- SÌ, sulla base di ROD/DRG che si prevede di erogare
- costo dei fattori produttivi (spesa storica)
- negoziazione con il responsabile di presidio
- SÌ, il budget è negoziato con i singoli responsabili di dipartimento
- 6.2.2 All'inizio dell'anno, il Direttore generale dell'ASL fissa o negozia con il Responsabile di presidio i **volumi di prestazioni** da erogare per ogni presidio ospedaliero?
- SÌ NO SÌ con i responsabili di dipartimento
- 6.2.3 A **fine anno** viene effettuata per ogni presidio dell'ASL una **verifica** del:
- A) Rispetto del budget o tetto di spesa SÌ NO
- B) Rispetto del n. di ricoveri previsti? SÌ NO
- 6.2.4 In caso di **mancato rispetto** del budget/tetto di spesa da parte del presidio ospedaliero, quali provvedimenti sono applicati?.....
.....

6.3 Case di cura accreditate

- 6.3.1 È stato firmato dalla Regione un **contratto pluriennale** (o **annuale**) con le rappresentanze delle case di cura accreditate? (Allegare il testo del contratto)
- NO
- SÌ, con validità dal..... al.....
- 6.3.2 Il contratto regionale stabilisce:
- il numero annuale di ricoveri regionale per singola casa di cura
- il tetto regionale di remunerazione (spesa) concordata
- altro.....
.....
- 6.3.3 In **assenza di contratto regionale** (o **accordo pre-contrattuale**), come sono regolati i rapporti tra Regione/ASL e case di cura:
- delibera incremento spesa su anno precedente SÌ NO

pagamento entro limite massimo posti-letto accreditati SÌ NO
 altro.....

6.3.4 A fine anno viene effettuata per ogni casa di cura accreditata una **verifica** del:

A) Rispetto del budget o tetto di spesa SÌ NO

B) Rispetto del numero di ricoveri previsti? SÌ NO

6.3.5 In caso di mancato rispetto del tetto di spesa sono applicati gli abbattimenti tariffari? SÌ NO



7. Accreditemento degli erogatori

7.1 La Regione ha emanato i **criteri definitivi** per l'accréditemento degli erogatori di prestazioni sanitarie? NO SÌ

7.2 Allo stato attuale risultano **accreditati** gli erogatori di prestazioni:

	temporaneamente	definitivamente
presidi ospedalieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
case di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
laboratori analisi privati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
studi radiologia privati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambulatori specialistici privati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
centri di fisiokinesiterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
istituti di riabilitazione (ex art. 26)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. I rapporti tra Regione, Aziende sanitarie ed enti locali

8.1 Qual è il ruolo dei **Comuni** nella programmazione sanitaria locale?.....

8.2 Quanti **Piani locali** (o **attuativi**, o **strategici**) risultano in vigore?
 di ASL n.....di AO n.....

8.3 Con quale frequenza l'Assessore (o il DG dell'Assessorato) consulta i **Direttori generali** delle Aziende sanitarie?.....
 e su quali temi?.....

8.4 Relativamente all'esercizio 2005, quanti Direttori generali di Aziende Sanitarie sono stati **incentivati** per gli obiettivi raggiunti?
 n..... su..... in totale

8.5 Dal 2000 ad oggi è stato **rimosso** qualche Direttore generale per “gravi motivi” o per “grave disavanzo di gestione”? NO SÌ n.....

8.6 **Obiettivi** assegnati ai Direttori generali per il 2006 (Allegare copia)

9. Investimenti

9.1 Dal 2003 a quanto ammontano gli **investimenti** effettuati con (mil euro):

	bilancio region.	mutui reg.	project financing	fondi locali (ASL-AO)
2003
2004
2005
TOTALE

N.B.: Indicare solo il totale se impossibile suddividere per anno

9.2 In quali settori e per quali finalità sono stati realizzati gli investimenti (in %)

	ospedali	altri servizi	Totale
Edilizia e impianti
Tecnologia sanitaria
TOTALE	100%

N.B.: Compresa le manutenzioni straordinarie

10. Distretti socio-sanitari e altri servizi

10.1 Come valuta la funzionalità dei **distretti socio-sanitari** della Regione?

- eccellente
 - buona
 - sufficiente
 - insoddisfacente
- perché.....
-

10.2 Come valuta l'**integrazione** tra servizi socio-assistenziali e sanitari?

eccellente

buona

sufficiente

insoddisfacente

perché.....

.....



10.3 Quante ASL hanno attivato con i medici di medicina generale la sperimentazione di **percorsi diagnostico-terapeutici** o di **linee-guida**?

n. ASL.....

10.4 Quante ASL e AO sono dotate di un **CUP** (Centro unico di prenotazione)?

n.....ASL N.....AO

10.5 Da che anno è attivo il **118** regionale? Dal.....

Documentazione da allegare

Si prega cortesemente di allegare la seguente documentazione:

1. Legge o delibera di organizzazione dei servizi sanitari delle ASL attualmente in vigore.
2. Piano sanitario regionale attualmente in vigore (o disegno di legge in discussione).
3. Documento della Giunta regionale contenente gli obiettivi annuali del SSR.
4. Delibera di ripartizione del Fondo sanitario regionale 2006.
5. Copia degli obiettivi aziendali assegnati ai Direttori generali delle Aziende sanitarie locali e ospedaliere per il 2006.
6. Copia degli eventuali accordi contrattuali sottoscritti tra Regione, Aziende sanitarie e operatori privati accreditati (case di cura, specialisti, ecc.).



Quaderni

1. Quarto rapporto nazionale sulla formazione nella P.A. – Lo scenario della formazione nel sistema delle autonomie locali *(maggio 2001)*
2. La riforma del welfare e le nuove competenze delle amministrazioni regionali e locali *(giugno 2001)*
3. Patti territoriali e Agenzie di sviluppo *(giugno 2001)*
4. Il ruolo delle Agenzie locali nello sviluppo territoriale *(luglio 2001)*
5. Comuni e imprese – 56 esperienze di Sportello unico *(ottobre 2001)*
6. Progetto Officina – Sviluppo locale e eccellenza professionale *(febbraio 2002)*
7. Quinto rapporto nazionale sulla formazione nella P.A. – Lo scenario della formazione nel sistema delle autonomie locali *(maggio 2002)*
8. Lezioni sul nuovo ordinamento amministrativo italiano *(ottobre 2002)*
9. Le Province nell'attuazione del Piano di e-government *(novembre 2002)*
10. Integrazione dell'offerta formativa – La normativa nazionale *(aprile 2003)*
11. Sesto rapporto nazionale sulla formazione nella P.A. – Lo scenario della formazione nel sistema delle autonomie locali *(maggio 2003)*
12. L'amministrazione liberale – Appunti di lavoro *(giugno 2003)*
13. La valorizzazione sostenibile della montagna *(giugno 2003)*
14. Governare lo sviluppo locale – Le aree protette marine della Sardegna *(giugno 2003)*
15. Le Agenzie di sviluppo al Centro Nord – Strategie di rete e comunità professionali *(giugno 2003)*



- 16.** Contabilità ambientale negli Enti locali
(giugno 2003)
- 17.** Le Agende 21 Locali
(giugno 2003)
- 18.** Integrazione dell'offerta formativa – Normativa regionale
(luglio 2003)
- 19.** Piani di azione e politiche di innovazione – Il caso dello Sportello unico
(dicembre 2003)
- 20.** Le autonomie locali nelle Regioni a Statuto speciale e nelle Province autonome
(marzo 2004)
- 21.** La Pubblica Amministrazione e il sistema delle imprese – Rapporto di ricerca
(marzo 2004)
- 22.** La comunicazione pubblica – Linee operative
(giugno 2004)
- 23.** La semplificazione amministrativa nelle Regioni
(giugno 2004)
- 24.** Settimo rapporto nazionale sulla formazione nella P.A. – Lo scenario della formazione nel sistema delle autonomie locali
(luglio 2004)
- 25.** La formazione nella P.A. che cambia – L'esperienza del Ministero dell'Ambiente
(luglio 2004)
- 26.** L'attrattività dei territori nelle politiche di internazionalizzazione
(ottobre 2004)
- 27.** La governance dell'internazionalizzazione produttiva – Il laboratorio
(ottobre 2004)
- 28.** La governance dell'internazionalizzazione produttiva – L'osservatorio
(ottobre 2004)
- 29.** La comunicazione interna nella P.A. regionale e locale
(novembre 2004)
- 30.** La public governance in Europa (7 voll.)
(dicembre 2004)
- 31.** Nuovi soggetti della governance esterna
(dicembre 2004)
- 32.** L'analisi di impatto della regolazione in dieci Paesi dell'Unione europea
(gennaio 2005)
- 33.** Le risorse culturali – Studi di fattibilità ed esperienze di gestione
(gennaio 2005)
- 34.** Scenari per il 'buon governo' delle Regioni
(aprile 2005)
- 35.** Qualità nei Servizi per l'Impiego – Sistemi locali e nuovi strumenti di rilevazione
(aprile 2005)
- 36.** Ottavo rapporto nazionale sulla formazione nella P.A. – Lo scenario della formazione nel sistema delle autonomie locali
(luglio 2005)
- 37.** L'empowerment degli Sportelli unici
(settembre 2005)

- | | |
|---|---|
| <p>38. Note e commenti sul sistema amministrativo italiano – 2004 (3 voll.)
<i>(ottobre 2005)</i></p> <p>39. Autonomia tributaria e federalismo fiscale
<i>(novembre 2005)</i></p> <p>40. Nuovi profili di accountability nelle P.A. (2 voll.)
<i>(novembre 2005)</i></p> <p>41. Il governo della salute – Regionalismi e diritti di cittadinanza
<i>(dicembre 2005)</i></p> <p>42. Autonomia regionale e unità della Repubblica
<i>(dicembre 2005)</i></p> <p>43. La contrattazione integrativa nei comparti della P.A. – Quadriennio 2001/2004
<i>(febbraio 2006)</i></p> <p>44. Sostenibilità urbana e decentramento – La Rete dei Municipi di Roma per Agenda 21 Locale
<i>(febbraio 2006)</i></p> | <p>45. Scenari e tendenze della formazione pubblica
<i>(marzo 2006)</i></p> <p>46. I livelli essenziali delle prestazioni – Questioni preliminari e ipotesi di definizione
<i>(giugno 2006)</i></p> <p>47. Nono rapporto nazionale sulla formazione nella P.A. – Lo scenario della formazione nel sistema delle autonomie locali
<i>(luglio 2006)</i></p> <p>48. L'amministrazione per sportelli
<i>(ottobre 2006)</i></p> <p>49. I confronti di performance tra comuni come strumento di apprendimento
<i>(ottobre 2006)</i></p> <p>50. La semplificazione tra Stato, Regioni e Autonomie locali
<i>(novembre 2006)</i></p> <p>51. Note e commenti sul sistema amministrativo italiano in contesto internazionale – 2006 (3 voll.)
<i>(dicembre 2006)</i></p> |
|---|---|

Strumenti

- | | |
|---|---|
| <p>1. Il contenzioso nel lavoro pubblico
<i>(maggio 2001)</i></p> <p>2. Modello e strumenti di valutazione e monitoraggio dei corsi RIPAM
<i>(luglio 2001)</i></p> <p>3. Appunti di programmazione, bilancio e contabilità per gli Enti locali
<i>(gennaio 2002)</i></p> <p>4. Project Cycle Management – Manuale per la formazione
<i>(marzo 2002)</i></p> | <p>5. Il governo elettronico – Rassegna nazionale e internazionale
<i>(marzo 2002)</i></p> <p>6. Il governo delle aree protette
<i>(aprile 2002)</i></p> <p>7. Il contenzioso nel lavoro pubblico – L'arbitrato
<i>(aprile 2002)</i></p> <p>8. Common Assessment Framework – Uno strumento di autovalutazione per le pubbliche amministrazioni
<i>(giugno 2002)</i></p> |
|---|---|





9. Il controllo di gestione negli Enti locali
(luglio 2002)
10. Comunità di pratiche, di apprendimento e professionali – Una metodologia per la progettazione
(dicembre 2002)
11. Modello e strumenti web based di valutazione e monitoraggio dei corsi RIPAM
(marzo 2003)
12. L'impresa artigiana e lo Sportello unico per le attività produttive
(marzo 2003)
13. Programmazione e realizzazione di progetti pubblici locali – Un sistema di monitoraggio degli interventi
(giugno 2003)
14. Manuale per il responsabile dello Sportello unico – Regione Lombardia
(giugno 2003)
15. Manuale per il responsabile dello Sportello unico – Regione Emilia-Romagna
(settembre 2003)
16. Il sistema normativo della Protezione civile
(novembre 2003)
17. Il ruolo delle Province in materia di viabilità
(febbraio 2004)
18. Investimenti pubblici e processo decisionale
(maggio 2004)
19. Manuale per il responsabile dello Sportello unico – Regione Campania
(maggio 2004)
20. Manuale per il responsabile dello Sportello unico – Regione del Veneto
(giugno 2004)
21. Il contratto di servizio – Elementi per la redazione e la gestione
(luglio 2004)
22. Guida alla progettazione dell'offerta formativa integrata
(luglio 2004)
23. Programmazione e gestione della formazione – Il sistema Informal
(novembre 2004)
24. Manuale per il responsabile dello Sportello unico – Regione Piemonte
(dicembre 2004)
25. La governance locale – Linee guida per i Comuni
(agosto 2005)
26. Il lavoro coordinato e continuativo nella P.A. – Linee guida
(settembre 2005)
27. La finanza di progetto – Esperienze a confronto
(ottobre 2005)
28. La governance locale – Linee guida per le Province
(novembre 2005)
29. La governance locale – Linee guida per le Comunità Montane
(dicembre 2005)
30. Le garanzie nel sistema locale delle comunicazioni: le deleghe ai Co.Re.Com – Linee guida per le materie delegate
(dicembre 2005)
31. Manuale per il responsabile dello Sportello unico – Regione Lazio
(dicembre 2005)

32. Le misure del cambiamento nella P.A. –
Indicatori di performance
(febbraio 2006)

33. La governance locale.
Strumenti e buone pratiche (6 voll.)
(maggio 2006)

34. Scenari della riforma
dell'Unione europea
(dicembre 2006)

35. Costruzione e uso
di un modello di competenze -
Il caso Agenzia delle Entrate
(febbraio 2007)



Azioni di Sistema per la Pubblica Amministrazione

1. Sportello unico e servizi
alle imprese – Le azioni delle Regioni
(novembre 2002)

2. L'impatto economico
dello Sportello unico
(novembre 2002)

3. Scambio di innovazioni
tra amministrazioni
(aprile 2003)

4. Il Bilancio di Competenze –
Una proposta per la Pubblica
Amministrazione
(giugno 2003)

5. Progetti integrati e sviluppo
territoriale –
Regioni Obiettivo 1
(luglio 2003)

6. L'attuazione della riforma
del welfare locale (2 voll.)
(agosto 2003)

7. Le politiche di incentivazione
del personale nella P.A.
(agosto 2003)

8. Lo sviluppo delle risorse umane –
Casi di sistemi premianti
(agosto 2003)

9. Lo Sportello unico e le politiche
regionali per le imprese
(dicembre 2003)

10. Modelli di gestione
per i Progetti Integrati Territoriali
(dicembre 2003)

11. Governance e sviluppo territoriale
(dicembre 2003)

12. Le competenze delle Agenzie
di sviluppo – Sperimentazione
in Calabria e Sardegna
(dicembre 2003)

13. Il partenariato socioeconomico
nei Progetti Integrati Territoriali
(dicembre 2003)

14. Apprendimento e cambiamento
organizzativo nella P.A. –
Tre casi europei a confronto
(aprile 2004)

15. L'esperienza dei PIT – Studi di caso
(aprile 2004)

16. La formazione continua nella P.A. –
L'approccio integrato di Gymnasium
(aprile 2004)

17. Lavoro pubblico e flessibilità –
Manuale operativo
(maggio 2004)

18. Gestione delle procedure
telematiche di acquisto nelle P.A. –
Linee guida sul marketplace
(maggio 2004)



- 19.** Sistemi informativi per i Progetti Integrati Territoriali
(luglio 2004)
- 20.** Percorsi evolutivi dei Piani Sociali di Zona – Analisi di sfondo
(novembre 2004)
- 21.** Riforma del welfare e gestione dei servizi sociali – Quadro normativo e strumenti di lavoro
(dicembre 2004)
- 22.** Lo sviluppo dei sistemi turistici locali – Regioni Obiettivo 1
(dicembre 2004)
- 23.** Gli osservatori provinciali sociali
(febbraio 2005)
- 24.** Strategie di utilizzo del marketplace nelle amministrazioni pubbliche
(marzo 2005)
- 25.** Sviluppo territoriale, Agenzie e Pubblica Amministrazione – Interpretazioni e pratiche innovative
(maggio 2005)
- 26.** La programmazione sanitaria – Metodologie e strumenti di valutazione per le Regioni e le Aziende Sanitarie
(giugno 2005)
- 27.** Dai sistemi di qualità alla qualità di sistema – La domanda-offerta di formazione per la P.A.
(dicembre 2006)

Formez

Ufficio Stampa ed Editoria

via Salaria 226, 00198 Roma

tel. +39 06 85330783

editoria@formez.it

Formez

Centro di Formazione Studi

Presidenza e Direzione Generale

via Salaria 229, 00199 Roma

tel. 06 84891

www.formez.it

Stampa Tipografia ATENA S.r.l. - Roma

Finito di stampare nel mese di aprile 2007

Pubblicazione non in vendita

