

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2017

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2017:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, esiti, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, le politiche farmaceutiche e il relativo impatto sulla spesa, i cambiamenti in atto che riguardano il mondo dell'HTA e degli acquisti; inoltre, presenta una mappatura nazionale delle Case della Salute, analizzandone le forme organizzative e i modelli di servizio;
- a livello aziendale, si focalizza sul rafforzamento del *middle management* e sui percorsi di carriera emergenti nella professione infermieristica; e approfondisce l'applicazione di strumenti di *transitional care* come le centrali operative per la continuità ospedale - territorio; analizza lo stato dell'arte della funzione di gestione operativa; inquadra i principali elementi definitivi, attori e impatti percepiti della lotta alla corruzione nelle Aziende sanitarie pubbliche.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5147-4



9 788823 851474

www.egeaeditore.it



Rapporto OASI 2017

CERGAS-SDA Bocconi

a cura di
CERGAS-SDA Bocconi

Rapporto OASI 2017

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

B Università Bocconi
CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

Egea



Prefazione

di Elio Borgonovi e Rosanna Tarricone

Nella loro introduzione a OASI 2017, Francesco Longo e Alberto Ricci sostengono che il SSN è in mezzo al guado. Utilizzando la terminologia della medicina, si può dire che questa è una classica situazione di *evidence based* che, purtroppo, dura da un decennio, ossia da quando è scoppiata la crisi del 2007-2008. Il guaio è che restare in mezzo al guado diventa sempre più insostenibile, poiché da un lato l'acqua sta crescendo e dall'altro la corrente sta aumentando di velocità. L'aumento dell'acqua è il risultato del combinato disposto di progresso delle conoscenze, che consentono di agire su condizioni di salute in precedenza non affrontabili, di ampliamento del concetto di salute (si pensi per esempio all'evoluzione della concezione di disabilità dal modello biomedico a quello psicosociale), di incremento della domanda, dovuta anche agli effetti della comunicazione che passa dalla rete. Sono noti i fattori quali allungamento della vita, cronicizzazione di patologie che in passato portavano alla morte, effetto sulla salute di fattori quali l'inquinamento, lo stress da lavoro, condizioni di emarginazione, povertà, disoccupazione che hanno colpito il nostro Paese come molti altri. L'aumento della rapidità della corrente dipende dalla velocità con cui cambiano società ed economia, delle quali fa parte il sistema di tutela della salute.

È pericoloso restare in mezzo al guado per tanto tempo, perché si rischia l'effetto perverso dell'immobilismo, che è tale anche quando di fronte alle rapide correnti ci si muove in modo troppo lento e, soprattutto, senza avere chiari punti di riferimento. Immobilismo o movimenti lenti che sembrano essere causati da logiche e da forze che si contrappongono e per certi aspetti si annullano. In effetti, nel SSN anche in questi ultimi anni molte cose si sono mosse, ma spesso in modo non coordinato. Ciò ha determinato l'incapacità del sistema di individuare soluzioni in grado di portarlo almeno in acque meno accidentate. Innanzitutto la logica dei vincoli di un paese che si trova sotto il peso di un enorme debito pubblico (133% del PIL), con margini di azione limitati dalle regole europee da un lato e dai comportamenti dei mercati finanziari dall'altro. Questo genera il blocco che può essere definito «da risanamento finanziario», o causato da politi-

che di *austerity* che hanno ostacolato la ripresa del tasso di sviluppo del PIL. Si devono riconoscere gli sforzi compiuti negli ultimi anni dal governo centrale per un aumento limitato del Fondo Sanitario Nazionale, comunque inferiore al 1% e molto più basso di altri paesi europei nei quali dal 2011-12 è ripreso un aumento dell'ordine del 3-4%. Si devono anche apprezzare le misure di finanziamento finalizzato a farmaci e tecnologie innovative e a sostegno di programmi di razionalizzazione. Si deve valutare con una certa soddisfazione la revisione dei LEA dopo 15 anni, seppur con il grosso punto interrogativo della coerenza (per molti analisti mancanza strutturale di coerenza) tra nuovi LEA e finanziamenti. Si devono apprezzare le politiche di molte regioni di razionalizzazione delle reti di offerta anche in applicazione del Decreto 70/2015, a seguito dei vincoli previsti dai piani di rientro, e di altri provvedimenti promossi autonomamente per cercare un migliore equilibrio tra nuovi fabbisogni di salute e risorse disponibili tramite la fiscalità generale, quella regionale e le compartecipazioni alla spesa (*ticket*). Si deve infine vedere il «bicchiere mezzo pieno» di Asl che hanno trovato soluzioni innovative sul piano dell'efficienza organizzativa, gestionale ed economica. Ma tutto ciò non basta di fronte ai cambiamenti strutturali che si stanno prospettando nel sistema di tutela della salute: processi di prevenzione, diagnosi e terapie collegate alla genomica, proteomica, nutraceutica, rigenerazione dei tessuti, etc. (*advanced therapy* o *advanced health*); salute personalizzata e di precisione; salute basata sul valore (*value based health*); interdipendenza tra salute umana, salute animale, salute vegetale (*one health*); interdipendenza tra fattori che influenzano la salute (ambiente fisico-inquinamento, organizzativo-malattie e stress lavoro correlato, sociale-diminuzione della capacità di auto aiuto tra comunità, economico-effetto di deprivazione).

In secondo luogo l'immobilismo, o cambiamenti marginali, è determinato dal fatto che il tema del SSN da tempo non è ai primi posti nell'agenda politica. Negli ultimi anni vi sono stati a livello nazionale alcuni provvedimenti significativi, tra i quali la già citata revisione dei LEA, politiche per i farmaci innovativi, il Decreto 70/2015 su standard e reti assistenziali, la legge sulla responsabilità professionale (11/2016), e a livello regionale la riorganizzazione istituzionale e organizzativa dei rispettivi sistemi socio-sanitari o di welfare. Tuttavia tali provvedimenti sono stati adottati senza un ampio dibattito politico che sembra essere rimasto all'interno di contesti tutto sommato ristretti degli addetti ai lavori, e a volte senza un ampio coinvolgimento neppure di questo mondo. Si può ipotizzare che questa forma di immobilismo sia in parte un «danno collaterale» dell'allontanamento della società dalla politica, che si è manifestato in varie forme, compreso l'elevato livello di astensione dalle elezioni. La criticità deriva dal fatto che il SSN, e più in generale il tema della salute, oltre a non essere al centro del dibattito politico non è nemmeno al centro del dibattito sociale, come era stato negli anni '80 dopo l'introduzione del SSN e negli anni '90 con i D.lgs. 502/92 e 517/93 che hanno introdotto il modello aziendale. Il tema della salute

negli ultimi anni è entrato nel dibattito politico e nell'opinione pubblica solo marginalmente e prevalentemente in occasione di casi reali o presunti di mala sanità, o quando ha avuto un certo spazio tramite i media la cultura a-scientifica, o anti-scientifica, che caratterizza il nostro paese più di altri (es. casi stamina e il rifiuto delle vaccinazioni). Ma non è questo il modo per affrontare l'acqua che cresce e la corrente che diventa sempre più rapida. Si può dire che l'incapacità del sistema di trovare indirizzi realmente innovativi dipende dal fatto che è stato prevalente il dibattito *destruens* (critico) rispetto al dibattito *construens* (propositivo), come era stato nei primi due decenni del SSN.

Tra l'altro l'assenza dal dibattito politico e sociale sembra essere al tempo stesso la causa e l'effetto di una terza forma di immobilismo, definibile come «sindrome da diritti acquisiti» o da «confronto sui diritti astratti». Di fronte al dibattito sulla qualità del SSN italiano, che secondo alcuni confronti internazionali viene comunque messo ai primissimi posti in termini di indicatori di salute (es. attesa di vita, mortalità infantile, etc.) e di rapporto indicatori di salute e spesa, mentre in altri risulta in posizioni meno favorevoli (quando si confrontano alcuni indicatori di efficienza), la popolazione sembra non percepire l'importanza delle garanzie date da un sistema universalistico e solidale e il rischio di arretramento. Nonostante siano evidenti le differenze tra le diverse regioni e anche tra i diversi gruppi sociali, nessuno può negare che il SSN italiano garantisca servizi essenziali anche alle fasce di popolazione più fragili (es. immigrati). In sostanza, si attribuisce scarso peso a ciò che si ha, a ciò che il sistema garantisce, perché in molti casi rispetto a ciò che «si vorrebbe» o che astrattamente è desiderabile, senza rendersi conto che il costo per la tutela della salute in altri paesi è assai più elevato rispetto all'Italia. Inoltre, quando vengono citati esempi di servizi di alta qualità si dimentica che essi sono garantiti da assicurazioni private a elevato costo e sono riservate alla parte più ricca della popolazione, come accade negli USA. Se continuerà la tendenza alla riduzione della quota del prodotto interno lordo destinata alla tutela della salute, che negli ultimi anni è scesa dal 7-7.1% al 6.8% e in prospettiva al 6.7% (e forse anche meno), il rischio di insostenibilità della copertura universale diventa sempre più reale. Da alcuni anni vi sono sintomi in questa direzione messi in evidenza da indagini sulla rinuncia alle cure da parte di un numero crescente di italiani, alcune stime parlano di 8-10 milioni, anche se il dato deve essere considerato con una certa cautela in quanto desunto da indagini campionarie e su valutazioni soggettive. Ovviamente vi sono margini di recupero in termini di appropriatezza, riduzione di inefficienze e sprechi, lotta alla corruzione, ma se tutti gli altri paesi progrediti hanno livelli di spesa pubblica e di spesa totale destinata alla salute superiore all'Italia diventerà difficile per il nostro paese tenere il passo con l'innovazione delle conoscenze con una quota del PIL attribuita alla salute in continua diminuzione. Un quarto aspetto di immobilismo può essere ricondotto a una specie di «sindrome da eccesso di analisi» che si manifesta quando vi è uno squilibrio tra qualità delle

analisi e fattibilità delle soluzioni. Sono utili le ricerche sulle differenze tra regioni, le proiezioni che mettono in evidenza le problematiche di sostenibilità del sistema nei prossimi decenni, la quantificazione dei possibili effetti positivi anche in termini economici derivanti dall'adozione di alcune innovazioni (es. l'informatizzazione del SSN), ma troppo spesso a esse fanno seguito proposte basate su logiche di «ottimalità» che mal si conciliano con la logica di fattibilità e di gestione del cambiamento.

Partendo dall'assunto che l'uscita dal guado dipende da moltissimi fattori e dal contributo di molti soggetti istituzionali, economici e sociali, il Rapporto OASI cerca di dare un contributo per rafforzare la capacità di chi opera nel sistema di galleggiare in acque più alte e di resistere alla corrente sempre più forte. Un contributo che consiste nell'accumulo di conoscenze e nell'apertura di spazi di riflessione finalizzati a tenere alto il livello del dibattito e, se possibile, la motivazione di tutti coloro che ogni giorno sono sulla frontiera di un sistema che pone sfide sempre più complesse. Nel Rapporto 2017, oltre alla tradizionale prima parte in cui sono aggiornati i dati generali sul sistema (spesa, struttura di offerta, livelli di attività, esiti di salute) e viene continuato il confronto a livello internazionale, gli aspetti di continuità riguardano gli approfondimenti sui temi di: evoluzione dei modelli istituzionali e organizzativi (regione come capogruppo, rafforzamento dirigenza intermedia, percorsi professionali), consumi privati in sanità, politiche del farmaco, HTA applicato alle tecnologie, performance economiche e processi di accentrimento degli acquisti. Capire il passato, cogliere ciò che si muove pur all'interno di un sistema che sembra nel suo complesso troppo lento rispetto alle dinamiche dell'ambiente esterno, mettere in evidenza esempi di movimenti positivi, consente di passare dall'ambito delle semplici previsioni a quello della programmazione, a quello dell'individuazione delle condizioni necessarie all'implementazione, a quello della ricerca delle alleanze per riportare il dibattito sul SSN a livello alto, al top dell'agenda sociale, politica, economica.

Il Rapporto OASI 2017 evidenzia che, superando molte delle difficoltà sopra ricordate, nel SSN si sta passando da una focalizzazione sulle strutture fisiche (ospedali, ambulatori, etc.) a modelli basati su percorsi, continuità dell'assistenza (in questa prospettiva si segnala il capitolo sulle Case della Salute), a gruppi di patologie, il che apre al tema del futuro della salute personalizzata e di precisione. Suggestisce inoltre che l'uscita dal guado o la possibilità di imparare a vivere nella corrente sempre più rapida dipende dal coraggio e dalla determinazione (anche sul piano politico) con cui si affronteranno i seguenti temi: superamento della contrapposizione pubblico-privato, sia nell'erogazione sia nel finanziamento del sistema, che consenta di valorizzare la collaborazione (es. revisione del ruolo della spesa privata e intermediata rispetto alla spesa *out of pocket*); modelli assistenziali e organizzativi flessibili in grado di adattarsi all'evoluzione dei bisogni; ripresa e potenziamento dei finanziamenti non solo di farmaci ma

anche di tecnologie mediche, in considerazione del fatto che la catena della salute può diventare un significativo stimolo per lo sviluppo economico secondo modelli diversi dal passato; garanzie di accessibilità reale ai servizi; considerazione delle interdipendenze che influenzano la salute (es. lotta alla povertà e servizi socio-assistenziali); rafforzamento della comunicazione per contrastare effetti negativi di consumismo sanitario o di autodiagnosi e autocura stimolato dalla rete. Ciò consentirà di rompere due classici circoli viziosi che caratterizzano l'attuale situazione. Quello dall'alto in basso, secondo cui spesso non esiste una adeguata consapevolezza sulla nuova sfida del sistema di salute, quando esiste la consapevolezza (a livello sociale e politico) si hanno tempi lunghi per la traduzione in coerenti politiche, quando esistono leggi e politiche adeguate si hanno resistenze, contraddizioni e tempi lunghi per l'implementazione, quando si ha una corretta attuazione delle politiche spesso non vengono comunicati i risultati positivi e quindi permangono nella società atteggiamenti critici. Quello dal basso in alto, secondo cui a causa dei vincoli spesso si hanno operatori della salute demotivati o frustrati, quando si hanno persone motivate che riescono a trovare soluzioni positive queste spesso non si traducono in sistemi di gestione delle aziende sanitarie pubbliche in grado di accumulare e trasferire le conoscenze, quando si hanno sistemi di gestione di elevata qualità spesso rimangono limitati e non si diffondono nel sistema regionale, quando le soluzioni si diffondono a livello di qualche regione difficilmente vengono generalizzate. In altre parole l'apparente immobilismo del sistema di tutela della salute italiano è determinato dalle difficoltà di coordinare e allineare i flussi dall'alto in basso e dal basso in alto.

In conclusione il Rapporto OASI 2017 suggerisce che, per mettere il sistema in condizioni di affrontare le sfide le futuro occorre: partire da fenomeni reali per trovare adeguate soluzioni istituzionali e non viceversa, avere una visione ampia e di lungo periodo e, contemporaneamente, la capacità di adattare le soluzioni a specifici contesti, avere la consapevolezza che per cambiare realmente ognuno deve agire su fattori controllabili, rendere più veloci i flussi degli indirizzi dallo Stato alle Regioni e alle Aziende sanitarie e viceversa, fluidificare i rapporti tra ricerca, modifica dei modelli assistenziali e aggiornamento delle conoscenze degli operatori.

Milano, 07/11/2017



1 La sanità italiana a metà del guado: quali direzioni?

di Francesco Longo e Alberto Ricci¹

1.1 Introduzione

Il Rapporto OASI 2017 conferma alcuni trend che possiamo definire ormai stabili e consolidati nell'attuale finestra storica del SSN e del settore sanitario italiano, finestra corrispondente alla fase che inizia con la crisi del 2008 e prosegue fino ad oggi. Come dettagliato nel par. 1.2, il SSN si conferma un sistema «sobrio» e in equilibrio finanziario che, con risorse pressoché stabili, fronteggia bisogni crescenti, soprattutto negli ambiti della cronicità e della non autosufficienza. Questa tensione tra domanda e offerta risulta particolarmente impattante nel Sud del Paese, dove, peraltro, il contributo della spesa sanitaria privata delle famiglie è molto minore.

In questo scenario non bisogna fermarsi ai macro-indicatori di spesa, attività ed esiti. I mutamenti istituzionali in molte regioni e le dinamiche in atto nelle aziende ci consegnano un SSN e un settore sanitario in profonda trasformazione. Rispetto a molte questioni strategiche, la sanità italiana è «in mezzo al guado». Spesso, si tratta di cambiamenti spinti da forze contrastanti e contraddittorie che si stanno contendendo l'arena sanitaria italiana. Non è ancora possibile intravedere l'esito della dialettica di queste forze, che oltre a scontrarsi si influenzano reciprocamente. Come cercheremo di argomentare nel par. 1.3, molte delle ambiguità strategiche della sanità italiana esprimono dei problemi così critici e profondi che difficilmente riusciranno a emergere nell'agenda politica esplicita o a trovare spazio nell'analisi strutturata dei *policymaker*. Infine, il par. 1.4 riporta il riassunto di tutti i capitoli presenti nel Rapporto, per offrire al lettore una rapida *overview* dei principali contenuti, con la possibilità, successivamente, di selezionare i singoli capitoli da approfondire, in base ai propri interessi.

¹ Si ringraziano Elio Borghonovi, Mario Del Vecchio e Alessandro Furnari per i preziosi suggerimenti.

1.2 **Le continuità evidenti. Un equilibrio sempre più difficile tra vincoli finanziari, invecchiamento e cambiamenti sociali**

In un confronto internazionale la spesa del SSN risulta molto contenuta, con tassi di crescita modestissimi. Tra 2010 e 2016, la spesa SSN è cresciuta in media dello 0,7% ogni anno in termini nominali, tasso inferiore all'inflazione media annua pari a 1,1%. Continua la diminuzione della spesa per il personale, che è scesa di 6 punti percentuali tra 2010 e 2016, mentre cresce in modo preoccupante l'età media degli operatori: basti pensare che il 52% dei medici del SSN ha più di 55 anni, contro il 13% del NHS inglese, e al di sopra dei sistemi di Germania e Francia (rispettivamente 43% e 46%). Anche tutte le altre voci di spesa del SSN o decrescono, come la farmaceutica convenzionata, o sono stabili da anni, come l'assistenza erogata dai privati accreditati. L'unica voce in aumento è la spesa per beni e servizi, che vicaria in parte la riduzione dell'organico dipendente e in parte è spiegata dall'aumento della spesa farmaceutica ospedaliera. Nel complesso, la spesa per beni e servizi (33,6% del totale della spesa SSN) supera quella del personale (29,7%), consolidando questa evidenza. Soffre ancora di più la spesa per investimenti infrastrutturali e tecnologici, che può essere riassunta in un numero: il tasso medio di obsolescenza delle tecnologie misurata in 95 aziende ospedaliere, policlinici e IRCCS registra una media nazionale dell'83%, a segnalare che molti macchinari e attrezzature del SSN hanno raggiunto o sono prossimi alla fine del ciclo di vita economico. Nell'allocatione delle risorse per il Welfare pubblico, il SSN continua lentamente ma costantemente a perdere «quote», scivolando dal 24% della spesa totale nel 2010 al 21,9% nel 2016. Nello stesso periodo, la spesa pensionistica rimane stabile al 68%, mentre la spesa assistenziale passa dall'8% del 2010 al 10% del 2016, con una forte spinta della spesa per *long term care* (LTC).

Il SSN ha raggiunto un consolidato equilibrio finanziario, registrando avanzi contabili dal 2012 al 2016, con l'eccezione dell'esercizio 2015, che ha contabilizzato un lieve disavanzo. Tutte le regioni (salvo una, di modeste dimensioni) si trovano in sostanziale equilibrio finanziario una volta contabilizzate le entrate fiscali regionali a copertura della spesa sanitaria. La convergenza inter-regionale verso l'equilibrio finanziario elimina dal dibattito l'alibi delle regioni in dissesto. Fino a ieri, le finanze di tali regioni rappresentavano la priorità di intervento e dunque costituivano una sorta di zavorra per il resto del sistema. Il prossimo ciclo di piani di rientro regionali dovrebbe partire da questa evidenza e assumere una diversa focalizzazione e prospettiva di lavoro, concentrandosi sullo sviluppo dei servizi e sulla convergenza in termini di qualità dell'assistenza.

In questo quadro di stabilità e di calo relativo delle risorse disponibili, non stupisce che i volumi di attività del SSN decrescano in tutti i *setting* assistenziali. Diminuiscono i ricoveri, scesi a 9 milioni nel 2016, con una riduzione del 25%

nel periodo 2008-2016. I cali interessano soprattutto i ricoveri a bassa complessità, incluso il *day hospital*. Per quanto riguarda le principali branche di specialistica ambulatoriale, gli ultimi dati disponibili a livello nazionale² indicano volumi di attività pressoché stabili o in lieve calo a partire dal 2010. In alcuni ambiti assistenziali e geografici, la diminuzione dei volumi e lo spostamento delle prestazioni verso *setting* a minore intensità hanno permesso di migliorare l'appropriatezza e l'efficienza; in altri ambiti, emergono crescenti criticità nell'accesso ai servizi di fronte a un quadro epidemiologico in peggioramento per la crescita costante dell'età media degli italiani. Ad oggi, le fonti pubbliche coprono il 95% della spesa ospedaliera, ma solo il 60% della spesa per prestazioni ambulatoriali e il 46% della riabilitazione ambulatoriale (ISTAT, 2017).

Il SSN, dunque, è più in affanno nelle aree della cronicità, della riabilitazione e delle cure intermedie, aree in cui il bisogno è in aumento a causa della crescita costante dell'età media degli italiani. La percentuale dei pazienti cronici è pari al 38% della popolazione, di cui quelli pluri-patologici rappresentano il 21% della popolazione. Questi pazienti cronici complessi assorbono gran parte dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, spingendo sempre più i pazienti occasionali a rivolgersi al circuito a pagamento, senza che via sia una chiara politica in questa direzione e indirizzi sui profili di iniquità che così si stratificano.

Una riflessione specifica e preoccupata merita l'analisi del tasso di copertura dei bisogni di LTC: vi sono nel paese 2,8 milioni di persone non autosufficienti e soli 270.000 posti letto sociosanitari residenziali pubblici o privati accreditati. Le cure domiciliari (ADI) offerte dal SSN restano di modesta intensità: in media, si tratta di 17 ore per paziente preso in carico, che, con pacchetti medi di 2 ore settimanali, si esauriscono in 9 settimane. Il rilevante bisogno di LTC degli anziani rimane senza risposte da parte del sistema a finanziamento pubblico sia per insufficienza strutturale di risorse, sia per la frammentazione delle competenze istituzionali. I bisogni di LTC in molti paesi europei sono coperti da specifici silos e meccanismi istituzionali dedicati. In Italia, invece, la competenza sulla LTC è frammentata e dispersa tra INPS, SSN ed enti locali, determinando un sistema contraddittorio e senza una possibile guida unitaria e quindi senza politiche complessive di settore. Queste condizioni rappresentano una minaccia di crescente intensità per l'equità del sistema di Welfare, per la funzionalità del SSN, per il governo della spesa assistenziale dell'INPS (assegni di accompagnamento) e della spesa sociale dei comuni, iniziando a determinare effetti di spiazzamento sulle rispettive finalità istituzionali. In tale contesto, sono le famiglie ad auto-organizzarsi i servizi nel 90% dei casi, o attraverso un impegno diretto nella cura del proprio parente, o con l'aiuto di un *caregiver* informale, o ricorrendo al ricovero sociosanitario in regime di solvenza com-

² Annuario statistico del SSN 2016, che riportano dati 2013.

pleta. Il meccanismo si regge a fatica con una combinazione di precari equilibri sociali. Il numero di anziani è ancora relativamente gestibile dalla popolazione in età attiva: il rapporto è di 35 a 100 (ISTAT, 2017). Inoltre, negli anni della crisi economica il sistema pensionistico è riuscito a tutelare i redditi medi della popolazione anziana, che sono rimasti pressoché invariati tra 2006 e 2014, mentre i redditi dei giovani tra 19 e 34 anni calavano di circa 20 punti percentuali (Banca d'Italia, 2015).

Tali condizioni che garantiscono un precario equilibrio sono destinate a scomparire. Secondo i dati ISTAT, i trend demografici non accennano ad invertirsi, con un numero medio di figli per donna pari a 1,34 nel 2016, in lieve calo dal 2015 (1,35). Le proiezioni demografiche stimano un rapporto tra anziani e popolazione attiva che raggiungerà quota 60 a 100 nel 2065. In parallelo, è probabile una riduzione dei redditi da pensione, a causa del passaggio completo al sistema contributivo (cfr. Ragioneria Generale dello Stato, 2015) e a una minore continuità dei percorsi lavorativi. Rispondere alle sfide dell'invecchiamento e della non autosufficienza è un tema che oltrepassa i confini della sanità e del Welfare e che dovrebbe essere in cima all'agenda politica e al centro del dibattito pubblico. Nella prospettiva di elaborazione delle politiche, ma anche di approfondimento accademico, sarebbe utile una riflessione su tre direttrici.

- ▶ Come potenziare l'offerta, in termini quantitativi, qualitativi e di migliore articolazione in relazione al bisogno, poiché non è tollerabile che la quota maggiore dell'offerta sia garantita esclusivamente da *caregiver* informali (badanti)?
- ▶ Come ricomporre i finanziamenti per la LTC già disponibili ma dispersi tra INPS, enti locali e sanità e come, eventualmente, incrementarli con contributi per un rischio certo, come la non autosufficienza negli ultimi periodi di vita?
- ▶ Infine, in prospettiva di ampie *policy* di medio-lungo periodo, quali potrebbero essere i contributi specifici della sanità e del socio sanitario nell'ambito di politiche più ampie per favorire natalità e riequilibrio demografico?

L'analisi dei divari interregionali fornisce ulteriori aspetti di continuità rispetto ai Rapporti precedenti. Se migliora la convergenza all'equilibrio finanziario tra tutte le regioni, peggiora il differenziale Nord-Sud dal punto di vista qualitativo dei servizi e dei risultati raggiunti. La speranza di vita in buona salute passa da 59,6 anni al Nord a 56 anni al Sud. È significativo che a parità di prevalenza epidemiologica al Nord il 49,6% dei cronici si percepisca in buona salute, al Sud il 36,6% (si tratta di dati basati solo sull'auto-percezione, ma che rappresentano un primo campanello d'allarme). Pur in un periodo di crisi economica, che scoraggia gli spostamenti, cresce l'incidenza relativa della mobilità sanitaria dal Sud al Nord. Il recente Rapporto SDO 2016 del Ministero della Salute certifica che la quota di ricoveri acuti in regime ordinario erogati

in mobilità extraregionale passa dal 7,4% nel 2010 al 8,2% nel 2016; per quanto riguarda i ricoveri ordinari per riabilitazione, la mobilità passa dal 14,7% al 16,3%. I tassi di copertura dei bisogni di LTC, bassi al Nord, tendono a zero nelle regioni centro-meridionali, in genere più povere di posti letto, sia per acuti, sia per riabilitazione, sia per strutture intermedie, sia per strutture protette. Ad aggravare questa iniquità geografica vi è il differenziale di spesa privata delle famiglie per prestazioni sanitarie. La regione con la spesa più elevata (Lombardia, con 752 euro per abitante) registra valori più che doppi rispetto a quella con minore spesa (Campania, con 303 euro).

1.3 Le trasformazioni profonde. Le prospettive emergenti di policy e management

A seguire, intendiamo riflettere sulle trasformazioni profonde che attraversano la sanità italiana. Questi cambiamenti di norma vengono sospinti e definiti da processi organizzativi, tecnici e sociali diffusi, influenzati dalla cultura e dalla percezione dei problemi degli attori dell'arena sanitaria. Le prospettive ad oggi emergenti potranno affermarsi nettamente nei prossimi anni, oppure affermarsi parzialmente e convivere con quelle attualmente prevalenti, o ancora, retrocedere fino a scomparire. Le alternative che seguono contrappongono in maniera volutamente netta la prospettiva prevalente, o quantomeno consolidata, a quella emergente. Il lettore capirà bene che la prospettiva emergente è, in molti casi, più desiderabile per il futuro del sistema sanitario, ma spesso è anche la più difficilmente implementabile.

Le logiche di governo delle risorse: input-based o population health management?

Dall'inizio della crisi del 2008 il SSN è stato saldamente guidato con una logica *top down*. Tale logica ha governato con una metrica che rappresenta il sistema come un insieme di silos di input, che possono essere controllati finanziariamente uno ad uno (personale, farmaci, dispositivi, beni e servizi, privato accreditato) e ha garantito il riequilibrio finanziario del sistema, seppur disincentivando lo sviluppo dei servizi. Questa logica di rappresentazione e di governo si differenzia dai tentativi ormai sempre più strutturati delle regioni più innovative che, a fronte del prevalere della cronicità e delle patologie correlate alla LTC, leggono il sistema per processi orizzontali, per patologia o per presa in carico annuale del paziente (*population health management*). Il primo approccio è verticale, *input-based*; il secondo è orizzontale, strutturato per patologia. Cambiano gli oggetti di rappresentazione della realtà, cambiano gli obiettivi e cambiano conseguentemente le priorità dell'agenda di *policy*. Nell'approccio *input-based*, implicitamente si assume la stabilità del mix dei fattori produttivi,

si oscurano le interdipendenze tra i silos, si considera la presenza di vincoli amministrativi sovraordinati alla spesa come garanzia di sostenibilità del sistema. L'approccio di *population health management*, all'opposto, ritiene possibile e talvolta fondamentale riallocare le risorse tra i *setting* assistenziali, coordinare le interdipendenze tra i silos. L'approccio orizzontale prospetta una fase sperimentale, di apprendimento aziendale e di sistema, per reclutare proattivamente più pazienti possibili, perché solo stabilizzandoli clinicamente, si garantirà la sostenibilità di medio e lungo periodo del sistema, sia sul piano organizzativo sia finanziario. Le due logiche non sono irrimediabilmente contrapposte. Realisticamente, date le attuali condizioni della finanza pubblica, la logica *input based* resterà largamente diffusa nel sistema. È però auspicabile che tale logica sia applicata con modalità flessibili e che, nel perimetro del rispetto dei vincoli di bilancio, sia progressivamente concesso di riallocare risorse tra i silos, laddove venga comprovata la crescita dell'efficacia di sistema grazie a tali processi riallocativi.

Il riparto delle risorse regionali alle aziende sanitarie pubbliche: quasi mercati competitivi o programmazione della capogruppo regionale?

La stagione di riassetto istituzionale dal 2014 ad oggi ha comportato la riduzione delle aziende sanitarie territoriali con attività di erogazione di servizi (oramai ridotte a solo 120³) e l'aumento delle loro dimensioni medie (oltre 500.000 abitanti). Inoltre, in alcune regioni, tra cui spicca la Lombardia, le riforme hanno previsto la re-integrazione della rete ospedaliera: le aziende ospedaliere sono calate dalle 75 del 2015 alle 43 di fine 2017. Anche in altre regioni, come il Lazio, il Friuli Venezia Giulia e l'Emilia Romagna, intere Aziende ospedaliere sono state ricondotte nell'ambito delle aziende territoriali. Questi cambiamenti hanno modificato radicalmente lo scenario istituzionale entro il quale collocare i modelli di riparto dei fondi sanitari regionali e le loro finalità. Tendono a diminuire, infatti, le aziende sanitarie pubbliche finanziate prevalentemente a tariffa per prestazione, che configurano sistemi sanitari regionali di «quasi-mercato» a «competizione regolata». Diversi SSR si stanno allontanando da tale sistema, tanto che ci si può chiedere se quella delle convenienze finanziarie è ancora una leva effettiva di governo regionale. Il modello emergente è invece quello dei sistemi regionali coordinati e integrati, in cui prevale il principio della cooperazione, che si cimenta con una distribuzione programmata delle risorse. Al crescere delle dimensioni aziendali e al diminuire delle aziende scorporate, come nel Lazio o nel FVG, corrisponde fisiologicamente l'aumento dell'incidenza del riparto a quota capitaria pesata, destinando le tariffe a strumento per regolare i rapporti con i privati accreditati. Nelle regioni dove la capogruppo ha solidamente preso in mano il governo del sistema, ma-

³ Nel computo sono incluse le ASST lombarde.

gari attraverso un'agenzia o un'azienda specializzata allo scopo (ad es. in Veneto), la logica di riparto equo tra i territori è una naturale conseguenza del ruolo di coordinamento e arbitro assunto dalla regione. Anche quando le aziende sanitarie locali di una regione sono poche, come in Toscana, il finanziamento a quota capitaria pesata risponde al tensore principale, che è quello dell'equità allocativa delle risorse. La Lombardia rappresenta un modello peculiare, in cui i servizi territoriali gestiti dalle ex ASL e quelli prevalentemente ospedalieri delle ex AO sono stati riuniti e ricondotti sotto la gestione di 27 ASST⁴, aziende esclusivamente erogatrici. Le ASST sono finanziate in buona misura a prestazione. Tuttavia, la coincidenza del loro territorio di riferimento con quello dei distretti delle ATS, i nuovi enti di committenza, rivela l'importanza delle logiche di redistribuzione territoriale anche in Lombardia. Infine, molte piccole regioni e le due province autonome hanno una sola azienda sanitaria territoriale e nessuna azienda ospedaliera; in questi territori, il tema del modello di riparto non si pone neppure.

Mentre la dinamica degli assetti istituzionali invoca fisiologicamente il prevalere della logica di finanziamento programmata dalla capogruppo o, al massimo, a quota capitaria per i territori, una parte dei *policymaker* è concentrata sull'aggiornamento delle tariffe e sull'uso delle medesime per capire quali aziende vanno collocate in piano di efficientamento e riqualificazione, attraverso il confronto tra la valorizzazione delle prestazioni erogate e i costi. Segnaliamo, al proposito, che un ospedale integrato in un'azienda territoriale, più difficilmente è sensibile a modifiche tariffarie sui ricoveri, essendo spinto dall'assetto istituzionale a una maggiore attenzione alla presa in carico dei cronici, con l'obiettivo di ridurre il volume e la varianza di prestazione per paziente.

In questa sede non si vuole rievocare l'antico dibattito se è meglio finanziare le aziende a quota capitaria o a tariffa per prestazione, ma, all'opposto, sottolineare che il modello di riparto dev'essere correlato all'assetto istituzionale definito e agli incentivi che esso richiede. Molte regioni hanno costruito sistemi sanitari unitariamente coordinati, che integrano istituzionalmente ospedale e territorio, che specializzano molte aziende per funzioni di sistema o di area vasta; il meccanismo di finanziamento e di monitoraggio dell'economicità deve completare questo disegno.

Le competenze manageriali necessarie alle aziende: standardizzazione o specializzazione?

I nuovi sistemi sanitari regionali «coordinati e integrati» stanno significativamente differenziando la natura e la missione delle aziende sanitarie, sia nella dimensione verticale (autonomia e prerogative di governo), sia nella dimensione orizzontale (ampiezza e orientamento della missione).

⁴ Aziende Socio-Sanitarie Territoriali.

Rispetto alla relazione verticale, alcune capogruppo si stanno attrezzando per esercitare centralmente sia le funzioni amministrative e logistiche, sia la pianificazione strategica delle attività sanitarie delle singole aziende controllate. In questi casi, l'azienda sanitaria ha come missione prevalente il governo clinico, non dovendo più svolgere né significative analisi strategiche per affrontare le decisioni di pianificazione, né alcune rilevanti funzioni tecnico-amministrative che in passato erano svolte su scala locale e/o aziendale. Altre capogruppo si stanno concentrando sull'accentramento delle funzioni amministrative, e quindi gli obiettivi aziendali si devono focalizzare sia sulla pianificazione sanitaria strategica, sia sul governo clinico. In altri casi, infine, il focus dell'azione regionale è solo sulla pianificazione sanitaria strategica, lasciando alle aziende le funzioni amministrative e di governo clinico. Come si osserva, il ruolo istituzionale dell'azienda cambia profondamente.

Rispetto alla dimensione orizzontale, lo spettro diversificato delle attività cliniche delle aziende, unito allo stretto coordinamento di sistema a livello regionale, spinge le aziende stesse a specializzarsi in alcune discipline, oppure su alcuni *setting* o livelli assistenziali, in un'ottica di suddivisione coordinata del lavoro nel sistema regionale. Queste dinamiche accentuano le già note differenze nelle attività svolte dalle tre macro-tipologie di aziende presenti nel SSN: ASL che esercitano anche la funzione di committenza nei confronti dei privati accreditati e di altri erogatori pubblici, oltre che a gestire i rapporti con le comunità locali; aziende ospedaliere prettamente erogative, chiamate in primo luogo ad assicurare l'offerta dei servizi secondo efficacia, efficienza ed economicità; e, infine, IRCCS e aziende ospedaliere-universitarie, che svolgono rilevanti attività di ricerca scientifica e didattica.

Aziende così differenti in termini di prerogative di governo e attività sanitarie erogate richiedono assetti di governance, strutture organizzative e competenze manageriali distinte e specifiche. Allo stesso modo, le nuove numerose istituzioni intermedie tra regione e aziende (EGAS, Azienda Zero, Alisa, ATS, ecc.) a loro volta richiedono assetti istituzionali e competenze manageriali e di governo distinte.

A questo proposito, il dibattito e, conseguentemente, l'impianto normativo e regolatorio sembra invece ancora povero, non riuscendo neanche a concettualizzare l'eterogeneità delle istituzioni pubbliche del SSN. Questo impedisce la maturazione di una riflessione su diversi possibili modelli di governance, su specifiche forme organizzative, sulla differenziazione delle competenze, dei ruoli professionali e forse anche dei contratti di lavoro.

Spesa sanitaria privata delle famiglie: integrazione o separazione dei canali di finanziamento?

L'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) della SDA Bocconi sta progressivamente contribuendo a precisare le stime sulla spesa privata in sanità

in Italia. La spesa privata delle famiglie è stimata 33,9 miliardi, a cui aggiungere 3,4 miliardi per la spesa intermediata da assicurazioni e fondi. Considerando la spesa di matrice pubblica pari a 112 miliardi⁵, la spesa privata incide attorno al 25% del totale della spesa sanitaria del Paese, senza considerare le ulteriori risorse spese dalle famiglie per la cura informale per la LTC (c.d. «badanti»). Come sappiamo, purtroppo, la spesa privata presenta grandi variabilità nel confronto tra regioni e tra i diversi segmenti sociali, essendo un rilevante *driver* di iniquità, di frammentazione dei percorsi di fruizione per gli utenti e talvolta di contrapposizione tra approcci clinici differenti.

La dimensione del fenomeno e il suo trend in crescita pongono il SSN davanti un bivio: integrare o separare definitivamente questa spesa dal resto del sistema pubblico. Integrare significa cercare di indirizzare la spesa delle famiglie, di conquistare «mercato» con la produzione delle aziende pubbliche, di valorizzare le prestazioni acquistate privatamente inserendole organicamente nel fascicolo sanitario del cittadino e forse anche nel suo piano assistenziale individuale. L'obiettivo sarebbe sia garantire qualità e appropriatezza, sia attivare processi implicitamente redistributivi, sia evitare la perdita di prestigio istituzionale, frenando la nascita di due mercati paralleli. Attualmente, questo mercato è prevalentemente appannaggio delle aziende sanitarie private e gradualmente indirizzato a generare due sistemi distinti e paralleli. Non è più differibile il momento in cui decidere, nei fatti, se e come separare o integrare i due canali di finanziamento delle prestazioni.

L'auto-rappresentazione del SSN: istituzione erogatrice (make) o committente (buy)?

Il 25% dei posti letto ospedalieri, il 59% degli ambulatori e il 78% delle strutture sociosanitarie residenziali del SSN sono privati accreditati. Se consideriamo la spesa per le prestazioni erogate dalle aziende private accreditate (18,8%), per la farmaceutica convenzionata (7,3%) e per la medicina generale convenzionata (5,7%), il SSN destina all'acquisto di servizi assistenziali o di distribuzione di beni sanitari il 31,8% delle sue risorse. Al contrario di altri comparti pubblici, il Servizio Sanitario registra quindi una considerevole attività di committenza (*buy di prestazioni sanitarie*), pur auto-rappresentandosi come un'istituzione che, in base all'impostazione normativa del D.lgs. 502/92, eroga direttamente servizi, quindi dovrebbe essere focalizzata sulle attività di *make*. Questo scenario pone almeno due questioni di grande rilievo.

Una prima considerazione è che le politiche sanitarie dirette a migliorare la continuità assistenziale tra livelli e *setting* di cura non possano prescindere dalla

⁵ Non sono qui incluse alcune voci di costo che non si esprimono sotto forma di esborso finanziario, come gli ammortamenti. Questo spiega la differenza rispetto al dato di 115,8 miliardi riportato capitolo 5 del presente Rapporto.

collaborazione con gli erogatori privati accreditati. Ciò è valido sia per l'introduzione di nuovi modelli organici di presa in carico, sia per l'implementazione di singoli ma cruciali strumenti come le centrali operative per le dimissioni.

Una seconda considerazione riguarda la riduzione della capacità produttiva sanitaria delle aziende pubbliche del SSN. In quali ambiti, e fino a quali livelli, si tratta della traiettoria desiderata e da incentivare? Si ritiene che una quota prevalente di servizi sanitari debba essere erogata da soggetti di proprietà pubblica per preservare l'essenza istituzionale di un SSN universalistico? A corollario, l'aumento dell'esternalizzazione dei servizi ancillari incrementa la flessibilità produttiva del sistema o genera nuove e diverse rigidità?

La spesa per beni e servizi è pari al 33,6% e rappresenta la prima voce di spesa del SSN, davanti al personale (29,7%). Sul versante dei fattori «interni», cioè utilizzati per l'erogazione diretta dei servizi, il blocco delle assunzioni diminuisce la spesa per il personale dipendente, in parte compensata dall'esternalizzazione dei servizi ancillari e di supporto. La questione riguarda l'effettiva capacità del SSN di esercitare la funzione di *procurement* in modo costo-efficace e soprattutto di controllare i risultati dei fornitori, sapendo gestire in modo proattivo i contratti. Tradizionalmente, e logicamente, la funzione acquisti ha privilegiato logiche burocratiche per prodotti standardizzati, con, in parallelo, una spiccata delega ai clinici quando i servizi o i prodotti da acquisire erano complessi e specialistici. La centralizzazione della funzione acquisti ha in parte rafforzato queste tendenze. Invece, l'evoluzione del SSN crea le condizioni per acquisti sempre più complessi, non legati a singoli prodotti, ma ad interi servizi esternalizzati spesso di natura composita: dialisi, laboratori, dispositivi medici insieme ad assistenza in sala. Queste tipologie di acquisto richiedono un forte sviluppo della funzione di *procurement*. Anche la funzione di committenza rispetto agli erogatori accreditati, del resto, privilegia la spesa storica e i tagli lineari, mentre è circoscritta a pochi tentativi l'applicazione di forme di premialità basate sulle *performance*.

Lo skill mix del personale: continuità o ripensamento dei ruoli medici e assistenziali?

Nel SSN italiano lavora lo stesso numero di medici per abitanti di nazioni paragonabili come la Germania (4 per 1000 abitanti); invece, il personale infermieristico è circa la metà (6 infermieri ogni 1000 abitanti contro 13), pur presentando lo stesso profilo epidemiologico di cronici e persone con bisogni di LTC. Contemporaneamente, abbiamo il 52% dei medici con più di 55 anni: questa è una grande opportunità perché ci permette di ridefinire nel vicino futuro lo *skill mix* del SSN, ovvero il rapporto infermieri/medici che in media nazionale è del 2,5, ma con enormi variabilità interregionali (in Sicilia è 1,8, in Veneto è 3,1).

Per inquadrare correttamente il problema, bisogna capire qual è il vincolo vero: mancano i giovani medici? Nel 2016, in base ai dati forniti dal MIUR, a

6.725 contratti di formazione specialistica finanziati da Stato e regioni corrispondevano 13.802 candidati⁶. Dunque, il problema è la scarsità di risorse per assumere e formare specializzandi, non la mancanza di medici. Se fosse vera l'ipotesi della persistente debolezza finanziaria, a fronte dell'aumento della cronicità e della LTC, non potremmo che aumentare l'incidenza di professioni sanitarie e di operatori sociosanitari, sapendo che il costo di un medico equivale almeno a quello di 2 due infermieri (ARAN, 2017). Questo impone però di modificare significativamente le competenze e i ruoli professionali, sia sul lato medico, sia sul lato infermieristico. Tra i medici occorre riflettere sulla quota di «generalisti» rispetto ai professionisti sempre più specializzati. Anche nel mondo delle professioni sanitarie occorre valutare quanti professionisti è necessario specializzare e portare ad accrescere le proprie competenze. In particolare, è necessario distinguere tra crescita verticale nel coordinamento di pari, specializzazione nel contenuto tecnico professionale e sviluppo di ruoli contendibili con altri profili professionali (*case manager*, gestore di piastra, *operations manager*). Anche in questo ambito, nonostante le professioni siano rigidamente normate e i volumi formalmente programmati, non sempre le strategie sono dichiarate e intenzionali. Ad esempio, nel campo dei MMG, assistiamo a una significativa crescita del numero medio delle scelte, che oggi supera le 1.200 in molte regioni del Paese, a causa del netto prevalere dei pensionamenti sui nuovi ingressi. Probabilmente, il SSN si sta evolvendo nella giusta direzione di maggiori economie di scala e di potenziale rafforzamento delle cure primarie, senza che questo sia frutto di un disegno davvero pianificato.

Le Case della Salute: i luoghi della ritirata o del rilancio del SSN?

Il Rapporto OASI 2017 ha censito oltre 300 case della salute a livello nazionale, seppur con caratteristiche, servizi ed etichette molto eterogenee tra di loro. Esse sono rafforzate anche dal nascere di nuovi modelli di servizi per presa in carico orizzontale dei pazienti e dal diffondersi di centri servizi e sistemi operativi che sostengono forme di *transitional care*, ovvero l'accompagnamento attraverso i *setting* assistenziali in modo da favorire fluidità e appropriatezza di approdo. Tutto questo è sospinto da un forte tensore al cambiamento dei modelli di servizio e di erogazione della medicina. Il dato interessante è che il 90% delle nuove strutture territoriali sono frutto della trasformazione di preesistenti strutture sanitarie, che hanno perso il loro ruolo originale: tipicamente piccoli ospedali generalisti a cui sono stati tolti i pazienti acuti o poliambulatori specialistici che ora cercano di integrarsi faticosamente con la medicina generale. È senz'altro una buona notizia, perché testimonia che la trasformazione della geografia dei servizi, invocata nelle precedenti edizioni del Rapporto, è stata avviata su larga scala. Come sappiamo, però, tutte le strutture di servizio, soprat-

⁶ <http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/web/ministero/cs180716>. Consultato a settembre 2017.

tutto se storicamente consolidate nelle realtà territoriali rurali o sub-urbane, tendono a soffrire di una eccessiva *path dependency*: rischiano di perpetuare i precedenti modelli di servizio, che si sono stratificati storicamente, e che peraltro corrispondono alle loro uniche competenze professionali disponibili. Anche in questi casi, si assiste a un'evidente contraddizione: alcuni nuovi *setting* assistenziali, a cui assegniamo un ruolo di rottura e di promozione dell'innovazione, come le Case della Salute, coincidono con luoghi fisici da poco «abbandonati» dall'ospedale perché non più funzionali a rispondere alla domanda di salute emergente. Con le stesse competenze e a risorse finanziarie tendenzialmente decrescenti, queste strutture dovrebbero diventare gli incubatori della sanità del futuro.

Riteniamo le ambivalenze del SSN presentate e le criticità strategiche per le quali ci troviamo in «mezzo al guado» siano dei grandi cantieri aperti. Si tratta di potenziali vettori di innovazione e cambiamento, che, in ogni caso, andranno indirizzati in una direzione o nell'altra. Pensiamo che questa sia una grande opportunità di lavoro e generatività per il SSN e i suoi operatori, che non necessariamente passerà sempre attraverso pianificazione esplicite, ma talvolta anche per posture emergenti ma culturalmente diffuse e condivise.

1.4 La struttura e i principali contenuti del Rapporto 2017

1.4.1 Il quadro di riferimento: il sistema sanitario e sociosanitario

La prima parte del Rapporto mira a offrire un quadro di riferimento sul sistema sanitario e sociosanitario italiano.

I capitoli 2 e 3 posizionano il Sistema Sanitario Italiano nel panorama internazionale e rappresentano i principali indicatori di spesa. In particolare, il capitolo 2 fornisce un quadro dei principali indicatori di salute per la popolazione italiana attraverso l'utilizzo di database nazionali e internazionali. Nella prima parte del capitolo viene proposto un confronto internazionale, seguito da un'analisi più puntuale del sistema Italia a livello nazionale e regionale e da un approfondimento sulle principali attività di prevenzione. Complessivamente, l'Italia continua a registrare un'ottima performance se confrontata con altri Paesi (in particolare, Regno Unito, USA, Spagna, Germania e Francia), con valori particolarmente positivi registrati per aspettativa di vita e aspettativa di vita in buona salute. Tuttavia, approfondendo la situazione interna, emergono ampi spazi di miglioramento rispetto alla mortalità evitabile in Italia, specialmente in termini di prevenzione primaria e secondaria. Inoltre, è possibile osservare un generale e preoccupante gradiente territoriale tra Nord e Sud in diverse dimensioni, come aspettativa di vita in salute, *screening* oncologici e fattori di rischio

(ad esempio sedentarietà, indice di massa corporea e abitudini alimentari). L'analisi mostra infine un calo dei tassi di copertura per tutti i vaccini raccomandati, che scendono sotto la soglia obiettivo del 95%. Gli ultimi anni hanno visto i SSR ridurre la spesa e prestare particolare attenzione agli obiettivi di budget assegnati. Tuttavia, la possibilità che questi sforzi abbiano contribuito all'ampliarsi del gradiente Nord/Sud nel nostro Paese impone una profonda riflessione sul costo che le politiche di contenimento della spesa possono generare in termini di equità nell'accesso ai servizi sanitari e contrasto alle disuguaglianze.

Il capitolo 3 è finalizzato a fornire una descrizione in merito al posizionamento del Sistema Sanitario Italiano nel panorama internazionale (principali Paesi dell'Unione Europea, del Nord America e Paesi BRIC). L'analisi condotta permette di ottenere una rappresentazione dei principali indicatori di spesa, struttura dell'offerta e performance dei Paesi considerati.

Le evidenze emerse propongono diversi spunti di riflessione:

- ▶ in Italia, la spesa sanitaria totale pro capite e il livello di copertura pubblica registrano valori inferiori a quelli dei principali Paesi UE (fatta eccezione per la Spagna). Da registrare, comunque, come il quadro europeo si contraddistingua per una parsimonia complessiva che va a scapito della copertura pubblica, in virtù della non perfetta sostituibilità tra spesa pubblica e spesa privata. Infatti, una riduzione dei livelli di spesa pubblica si compensa solo in parte con un aumento della spesa privata, mentre la rimanente parte è potenzialmente spiegata dalla riduzione della domanda;
- ▶ nel 2015, in Italia, aumenta lievemente la percezione di rinuncia alle cure (7,9% dei rispondenti – dati Eurostat). Sebbene la sanità sia uno dei settori meno colpiti dalla percepita rinuncia al consumo, è da sottolineare che la motivazione maggiormente dichiarata è sempre più relativa al costo percepito con una particolare diffusione tra le fasce di popolazione meno abbienti;
- ▶ la dotazione di posti letto è diminuita in tutti i Paesi; si nota una forte disomogeneità in termini di ripartizione tra acuti e *long-term care*;
- ▶ in Italia, le dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti registrano un trend in riduzione negli ultimi anni e un valore inferiore alla media europea, con una degenza media allineata a quella dei principali Paesi europei;
- ▶ l'Italia registra il valore più basso tra i Paesi considerati in merito alle ospedalizzazioni inappropriate (asma, BPCO e diabete), nonché una riduzione del numero di parti cesarei (sebbene faccia segnare uno tra i maggiori tassi di utilizzo di tale procedura) e un elevato consumo di antibiotici.

I successivi capitoli (dal 4 all'8) approfondiscono le caratteristiche del SSN, del sistema sociosanitario e del sistema sanitario complessivo (includendo anche i consumi sanitari privati), presentando dati di attività, di spesa e di impatto sui bisogni.

Il capitolo 4 descrive il SSN italiano focalizzandosi sui profili istituzionali, sulla dotazione strutturale, sulle attività e sul livello di risposta alla domanda di salute. Le analisi rielaborano i più recenti dati pubblicati dal Ministero della Salute e da Age.Na.S (Piano Nazionale Esiti) e sono integrate con evidenze riguardanti alcune determinanti dei bisogni e dei consumi sanitari, tratte da studi condotti dall'ISTAT tra 2016 e 2017. Con riferimento agli assetti istituzionali, si propone una differente classificazione degli enti pubblici dei Sistemi Sanitari Regionali rispetto a quella adottata nelle edizioni precedenti del Rapporto e dal Ministero della Salute. Nel computo delle aziende territoriali sono state incluse le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde, che, per effetto della recente riforma, sono diventate le uniche responsabili dell'erogazione di servizi ospedalieri e territoriali a vocazione generalista da parte pubblica. Le 8 Agenzie di Tutela della Salute (ATS) della Regione Lombardia, insieme ad altri 9 enti distribuiti sul territorio nazionale, confluiscono invece nell'insieme degli enti intermedi, configurazioni che vanno progressivamente popolando lo spazio tra assessorato e aziende e che possono svolgere funzioni differenti (di governo, di supporto o entrambe). Alla luce della nuova classificazione, il numero di aziende territoriali (ASL + ASST) è quindi pari a 120, mentre quello delle AO è drasticamente sceso a 43. Anche la dotazione strutturale del SSN ha evidenziato, anno dopo anno e fino al 2014 (ultimo anno disponibile), una contrazione in termini di numero di PL, limitata esclusivamente ai PL per ricoveri ordinari (-40% rispetto al 1997). I PL per ricoveri diurni, invece, sono leggermente aumentati (+6%), nonostante dal 2008 sia iniziato un trend di riduzione che suggerisce uno spostamento della geografia dei servizi verso il territorio. Le attività di ricovero (dimissioni) hanno registrato un significativo calo tra 2001 e 2015 (-28%), in coerenza con il trend strutturale. Con riferimento ai punti nascita, oltre la metà delle regioni presenta una rete frammentata, con un numero di punti nascita ogni 1.000 nati vivi superiore all'unità. La soddisfazione del bisogno sanitario, infine, è un elemento difficilmente apprezzabile, se non attraverso misure indirette. La mobilità sanitaria risulta sostanzialmente stabile; i tempi di attesa più lunghi si registrano per gli interventi che non hanno un impatto diretto sulla sopravvivenza del paziente; la percentuale di cronici in buona salute si riduce all'aumentare dell'età e registra valori decisamente più contenuti nell'area meridionale del Paese.

Il capitolo 5 illustra i dati relativi al finanziamento del SSN, alla spesa sanitaria e ai risultati d'esercizio registrati dalle Regioni e Province Autonome italiane, presentando lo stato di avanzamento dei Piani di Rientro e le misure a copertura dei disavanzi sanitari pregressi. Nel presente capitolo si evidenzia come la spesa sanitaria corrente a carico del SSN si sia stabilizzata negli ultimi 7 anni, aumentando con un tasso di crescita medio dell'0,7% dal 2010. Nel 2016, nello specifico, è aumentata dell'1,1% rispetto al 2015, attestandosi su un valore di

circa 115,8 miliardi di euro. L'armonizzazione della modalità di rendicontazione delle risorse aggiuntive da addizionali regionali d'imposta fa emergere un avanzo contabile di sistema pari a 329 milioni di euro, confermando la capacità del sistema di mantenere l'equilibrio economico-finanziario complessivo. Concause dell'aumento della spesa rispetto all'anno precedente sono la crescita delle voci relative all'acquisto di beni e servizi (+2,5%), alla specialistica convenzionata (+1,1%) e ad altra assistenza convenzionata (+2,6%). La complessiva stabilità a livello nazionale si accompagna, però, a una rilevante eterogeneità a livello regionale, non tanto con riferimento ai risultati d'esercizio, ma soprattutto in relazione alla variabilità della spesa e dell'incidenza di quest'ultima sul PIL regionale. Tuttavia, la variabilità regionale della spesa sanitaria pubblica pro-capite è in leggera diminuzione, segnalando come il costo dell'assistenza si stia lentamente omogenizzando. Questa tendenza è ancora più visibile se si tiene conto della mobilità, testimoniando come la domanda reale di servizi sia poco variabile sul territorio. Al contrario, la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL regionale risulta essere in aumento. Questa evidenza segnala il contrasto tra un sistema che, da un lato, tende ad uniformare le funzioni di costo e, dall'altro, si finanzia a partire da sistemi economici locali sempre più diversi tra loro. Si tratta di una dinamica da tenere in cauta considerazione al fine di mantenere l'unità del SSN non solo in termini di costi, ma anche in termini di reperimento delle risorse che contribuiscono al suo finanziamento.

Il capitolo 6 indaga la rilevanza degli erogatori privati accreditati, che concorrono al raggiungimento dei fini istituzionali di tutela della salute del SSN. Il contributo focalizza l'analisi su quattro principali blocchi logici: spesa, struttura, attività ed esiti dell'attività ospedaliera. Per quanto riguarda la spesa, nel 2015 quella per prestazioni private accreditate rappresentava il 18,8% della spesa complessiva del SSN, dato sostanzialmente invariato rispetto al 2012. Permangono forti differenze interregionali, sia nell'incidenza sulla spesa sanitaria dei singoli SSR sia nella composizione interna. Analizzando la dotazione strutturale, gli erogatori privati accreditati detengono complessivamente il 30% dei PL complessivi, prevalentemente concentrati presso le case di cura accreditate (67,8% dei PL accreditati). L'incidenza resta eterogenea a livello regionale, ma nel periodo 2007-2014 quasi tutti i SSR registrano delta positivi nell'incidenza dei PL accreditati. Sul versante territoriale, il 59% degli ambulatori e il 78% delle strutture sociosanitarie residenziali sono private accreditate. Per quanto riguarda l'attività, i ricoveri erogati dalle strutture private accreditate sono invece pari al 26% del totale SSN. Nel periodo 2009-2015, il valore dei ricoveri ordinari acuti erogati dai privati accreditati si è mantenuto costante, a fronte di un calo degli erogatori pubblici di 8 punti percentuali. Questa dinamica è in parte riconducibile all'aumento dell'attività erogata per i pazienti in mobilità; l'aumento del valore medio del ricovero suggerisce anche la capacità dei priva-

ti accreditati di riorientare la propria capacità erogativa verso casistiche maggiormente complesse. Il capitolo approfondisce infine il tema degli esiti delle cure ospedaliere, focalizzandosi sulle principali prestazioni monitorate dagli standard ospedalieri nazionali (D.M. 70/2015). I privati accreditati appaiono particolarmente efficaci nelle attività chirurgiche d'elezione, mentre i pubblici nel circuito dell'emergenza urgenza e delle attività scarsamente programmabili. Nel complesso, si tratta di posizionamenti erogativi consolidati, che affondano le radici nelle diverse identità e finalità istituzionali dei soggetti pubblici e privati e che ne sottolineano la complementarità.

Il capitolo 7 propone un approfondimento sul sistema sociosanitario e sociale dedicato ai cittadini anziani non autosufficienti, ai disabili adulti e ai minori in condizioni di rischio, illustrando il sistema dei servizi pubblici esistenti e fornendo una fotografia aggiornata dei dati. Dopo aver mappato il sistema di offerta dei servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali dedicati a questi tre target di utenza e aver raccolto i dati disponibili sulla loro fruizione e sul bisogno potenziale della popolazione, le analisi mostrano che i servizi disponibili per i cittadini sono tuttora scarsi rispetto alle potenziali richieste, arrivando a coprire circa il 30% dei bisogni sociosanitari e sociali totali. Il Capitolo affronta poi il tema dell'accesso «disordinato» da parte degli anziani ai servizi sanitari (ricoveri ospedalieri) in sostituzione o a complemento dei servizi sociosanitari. Le analisi sui ricoveri ordinari per acuti, riabilitazione e lungodegenza avvenuti nel 2015 e nel triennio precedente da parte di cittadini over65 fanno emergere un'altissima incidenza di ricoveri multipli, ovvero di situazioni di ricovero che si ripetono in un lasso di tempo ravvicinato e con caratteristiche simili. Questi ricoveri rappresentano il 55% dei ricoveri ordinari per gli over65 e corrispondono a una media di 29 giornate di ricovero annue per gli 881.361 anziani interessati dal fenomeno. Essi sono per il 75% ricoveri per acuti che seguono altri ricoveri acuti, riproponendo la stessa MDC (o una stessa coppia di MDC), effettuati in una singola struttura senza proposta del medico curante o altro tipo di programmazione e con dimissione verso il proprio domicilio senza alcun tipo di presa in carico istituzionale.

Il capitolo 8 delinea e aggiorna il quadro complessivo dei consumi privati in sanità, ossia di quella parte dei beni e servizi per la salute finanziati attraverso la spesa diretta delle famiglie (*out of pocket*) e delle imprese (medicina del lavoro) o la spesa intermediata tramite soggetti collettivi non pubblici (fondi e assicurazioni). Il quadro che il capitolo descrive è molto articolato. Almeno tre sono le considerazioni proposte dagli autori. Una attiene al ruolo strutturale, e non marginale, dei consumi privati nel nostro SSN: nonostante la presenza di un sistema universalistico, un quarto della spesa sanitaria complessiva è finanziata privatamente. Difficilmente ciò può essere semplicisticamente ascritto a

una sorta di fallimento del sistema pubblico; infatti, i dati mostrano come la quota di spesa sanitaria privata dell'Italia sia in linea con quella di altri paesi a estesa copertura pubblica e la stessa quota risulti maggiore nelle regioni dove il sistema pubblico funziona meglio, rimanendo sostanzialmente stabile nonostante i prolungati anni di contenimento della spesa pubblica (intorno al 2% del PIL). La seconda riguarda un'anomalia del caso italiano. A differenza di quanto si registra in altri paesi, le forme assicurative volontarie intermediano una parte ancora minoritaria della spesa privata, anche se tale componente è in crescita (soprattutto in termini di popolazione coperta) per la progressiva diffusione delle forme integrative di matrice contrattuale. La terza sottolinea come la spesa privata, spesso considerata come un insieme indistinto, sia composta da segmenti diversi. Una distinzione rilevante dal punto di vista dei consumi è quella tra beni e servizi, i quali assorbono rispettivamente il 46% e il 54% dei 39,4 miliardi di spesa sanitaria privata. A loro volta, i 21,3 miliardi destinati ai servizi, vedono quali voci di spesa significative le cure odontoiatriche (circa 9 miliardi), le prestazioni ambulatoriali (circa 7 miliardi) e i ricoveri per acuti (circa 1,5 miliardi), mentre tra i beni la parte più rilevante è data dai farmaci in senso stretto (8,4 miliardi). Anche guardando ai «consumatori» sono operabili delle importanti distinzioni. Oltre al reddito, infatti, altre variabili socio demografiche (quali l'età, la composizione e la dimensione familiare e, non ultimo, l'ambito geografico di residenza) possono influire sui livelli e modelli di consumo. Nelle conclusioni i ricercatori dell'OCPS, convinti che la sanità debba rimanere un terreno ampiamente caratterizzato da scelte collettive, sottolineano il ritardo nel dibattito sul ruolo che la collettività intende assegnare ai consumi privati. Il tema non è se il privato ha cittadinanza in sanità, ma come assicurare la positiva coesistenza di meccanismi di finanziamento diversi.

1.4.2 Innovazioni istituzionali, organizzative e di servizio

La seconda parte del Rapporto analizza gli assetti organizzativi delle aziende sanitarie e le relative tendenze in atto, anche con specifico riferimento alla fruizione dei servizi.

In particolare, il capitolo 9 analizza il ruolo e l'assetto istituzionale della regione capogruppo sanitaria. Il SSN era stato definito dal D.lgs. 502/92 come un sistema sanitario regionalizzato: ogni regione avrebbe dovuto costruire, gestire e regolare una rete di aziende pubbliche e private accreditate in competizione tra di loro. A partire dal triennio 2008-2010, si assiste a una progressiva trasformazione verso un sistema di *holding* regionali: le reti di aziende in competizione sono progressivamente diventate sistemi di erogazione unitariamente coordinati dalla capogruppo regionale. Il passaggio da una logica competitiva ad una logica collaborativa e di programmazione centralizzata costituisce una trasfor-

mazione estremamente rilevante delle architetture di sistema per contenere la spesa e massimizzare il valore sociale. Lo studio individua quattro architetture possibili di gruppi regionali sanitari pubblici che differiscono per intensità e tipologie di prerogative di governo esercitate dalla capogruppo e per profilo di potere, autonomia e responsabilità lasciato alle aziende controllate. La capogruppo può essere centrale di servizio, di pianificazione, strategica, oppure direzionale. La ricerca classifica gli assetti istituzionali di sei regioni italiane (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Veneto, Toscana) considerando il fattore temporale (disegno attuale e disegno obiettivo) ed analizzando la pianificazione e gestione di tre processi aziendali chiave (assunzione del personale, gare per acquisto di grandi tecnologie, logistica dei beni). In generale, sembra configurarsi un processo a tre stadi che alcune regioni stanno attuando in maniera consequenziale mentre altre in parallelo. Gli stadi consistono nell'adozione di soluzioni centralizzate per acquisti e logistica; costituzione di gruppi regionali di aziende sanitarie sotto il controllo di capogruppo regionali di pianificazione; intensificazione dei processi di capogruppo strategica e direzionale. I nodi critici sono il rafforzamento delle capacità operative delle tecnostutture regionali in termini di competenze e dimensionamento degli organici ed il rafforzamento del coinvolgimento del privato accreditato (e non).

Il capitolo 10 analizza l'evoluzione organizzativa delle aziende territoriali di grandi dimensioni con particolare riferimento al ruolo e alla strutturazione dei ruoli che si pongono tra le direzioni aziendali e il nucleo operativo (*middle management* clinico-sanitario). I tre casi indagati, attraverso interviste ai direttori generali e analisi della documentazione aziendale, sono 2 grandi aziende metropolitane (ASL Roma 1 e ASL Città di Torino) e un'azienda provinciale che ha condotto un importante processo di riorganizzazione (APSS di Trento). Lo sviluppo delle figure di *middle manager* all'interno di queste aziende risponde all'esigenza di governare le grandi dimensioni aziendali e avvicinare le strategie aziendali alle azioni, attraverso il decentramento e la responsabilizzazione sia verticale (direttori di distretto e di dipartimento) sia orizzontale (trasversale per processi e percorsi di integrazione). Per garantire l'esercizio del ruolo sono previsti strumenti di programmazione e controllo, piani di sviluppo organizzativo e *project management*. Se il tema strutturale sembra consolidato, una questione altrettanto rilevante è quello della «dimensione progettuale umana». Tali ruoli si sentono

- ▶ più rappresentanti del nucleo operativo che gruppo dirigente e linea intermedia;
- ▶ tendono ad isolare il nucleo operativo dal vertice per conservare lo status quo (*custodial strategy*);
- ▶ accettano il ruolo più per convenienza che per aspirazioni da *leader*;

- la loro lealtà è verso pazienti e *stakeholder* esterni piuttosto che l'organizzazione.

È rilevante per le aziende sanitarie effettuare un investimento mirato sulla messa in contesto e l'*engagement* dei *middle manager* sia nel caso dei ruoli di linea verticale (ruoli «gestionali-strategici» finalizzati all'implementazione dei cambiamenti e a prendere decisioni «difficili»), sia nel caso di ruoli trasversali (ruoli «professionali-relazionali» finalizzati all'esercizio di una influenza sui professionisti per conseguire gli obiettivi di integrazione), sia nel caso dei ruoli di gestione delle piattaforme (a forte razionalità tecnica).

Il capitolo 11 identifica, attraverso un'indagine empirica che ha coinvolto le direzioni infermieristiche delle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate italiane, i trend emergenti per la valorizzazione dei percorsi di carriera della professione infermieristica. Mentre nel recente passato molta attenzione è stata rivolta alla formalizzazione dei ruoli gestionali di natura mono-professionale (coordinamento e dirigenza), il dibattito attuale sulla trasformazione e sull'evoluzione del profilo dell'infermiere è concentrato prevalentemente sulla dimensione professionale (infermiere esperto e infermiere specialista). Nonostante il ruolo gestionale (coordinamento e – nel pubblico – posizione organizzativa) rappresenti il principale percorso di crescita della professione infermieristica, sono ormai diffuse forme di specializzazione in particolare nell'area dell'emergenza-urgenza e chirurgica, soprattutto nel privato accreditato. Per la valorizzazione della professionalità sono spesso utilizzati i medesimi istituti previsti per i ruoli gestionali, introducendo elementi confusivi nel percorso di carriera. Scarsa rimane ad oggi la presenza di infermieri in posizioni contendibili con altre figure professionali. Lo sforzo maggiore che la professione infermieristica è chiamata ad affrontare con riferimento a questo possibile fronte di sviluppo di carriera riguarda l'apertura a logiche e strumenti di tipo manageriale sempre più generali e lontani dai contenuti professionali di origine. I principali ruoli contendibili nei quali ad oggi gli infermieri sembrano maggiormente impegnati sono la gestione dei processi formativi, della qualità e del rischio clinico, in particolare nel privato. Nel pubblico sono presenti anche casi di assunzione di responsabilità più ampie come la direzione sociosanitaria delle ASL e la direzione di Distretto. La trasformazione del sistema di erogazione dei servizi e degli assetti organizzativi sembra, infine, rendere necessario un cambiamento nella dimensione quantitativa del rapporto tra professioni, con particolare riferimento alla composizione della forza lavoro (*skill mix*) tra infermieri e medici, analoga a quella presente in altri paesi europei.

Il capitolo 12 indaga le trasformazioni istituzionali delle aziende sanitarie pubbliche, e in particolare l'allargamento della rete di offerta e dei bacini di riferimento, hanno promosso lo sviluppo di progetti innovativi dedicati alla gestione

della transizione del paziente tra ospedale e territorio. Il capitolo analizza le esperienze più mature a livello aziendale delle cure di transizione (in inglese *Transitional care*, TC), indotte dai recenti processi di riforma regionali, per esplorare le soluzioni in fase di elaborazione e le implicazioni dal punto di vista del management aziendale e della presa in carico dell'utente. In questa direzione, la ricognizione della letteratura di settore sintetizza i quadri interpretativi e l'origine delle TC, collocandole nel solco dei servizi di *discharge management* e delle *integrated care*. Vengono analizzati quattro casi di TC, in tre regioni, Lombardia, Veneto e Toscana (Centro Servizi dell'ATS Città Metropolitana di Milano, Centrale Operativa Territoriale dell'ULSS 1 delle Dolomiti e dell'ULSS 8 Berica e l'Agenzia Continuità Ospedale Territorio dell'azienda ULSS Toscana Sud Est). Da questi esempi, si delineano alcuni elementi distintivi dei progetti di TC emergenti: sono focalizzati sui target di maggiore complessità clinico-assistenziale che implicano una complessità gestionale nelle transizioni tra *setting* e multidisciplinarietà; i servizi di TC rappresentano nuove funzioni aziendali, ancora in fase di definizione, ma che si collocano all'interno delle direzioni strategiche socio-sanitarie/sociali; richiedono nuovi modelli di *process management* che riguardano i processi erogativi primari; la loro attivazione ha un costo organizzativo e gestionale sebbene promuovano una razionalizzazione nell'utilizzo della filiera d'offerta; sono gestiti da team multidisciplinari. A differenza dei modelli di TC consolidati a livello internazionale, i casi osservati si orientano prioritariamente all'azienda (ai professionisti e alla funzione da cui dipendono): la gestione delle interdipendenze mostra quindi la necessità di un modello innovativo di presa in carico che sposti la responsabilità sul percorso dagli operatori all'azienda e, quindi, di promuove integrare modelli di management «orizzontali».

Il capitolo 13 si pone l'obiettivo di verificare quanto il modello della Casa della Salute (o di strutture simili ma con diversa denominazione, CdS) sia diffuso nelle aziende sanitarie dei diversi SSR e con quali forme organizzative, responsabilità professionali e modelli di servizio. È stata quindi realizzata una *survey* nazionale, indirizzata alle aziende sanitarie locali. Su 166 CdS rispondenti (oltre la metà dell'universo stimato) la maggior parte è collocata in centri urbani medio-piccoli. Solo nel 13% dei casi la sede si trova in un centro urbano maggiore, come un capoluogo di Provincia o di Regione. Il 39% delle CdS ha origine da strutture ospedaliere riconvertite, confermando l'idea che il modello spesso nasca come risposta all'esigenza di preservare un presidio di salute per la comunità, in un contesto dove il piccolo ospedale non può essere mantenuto per problemi di bassa casistica e di specializzazione. Nelle valutazioni dei rispondenti sui risultati conseguiti dalla CdS risalta la percezione di aver migliorato la capacità di risposta agli utenti e comunità servite e un «certo distacco» dai temi tradizionali collegati all'ospedale (produttività, efficienza o appropriatezza). Inoltre, la compresenza di servizi e professionalità diverse all'interno

di un medesimo spazio sembra influenzare positivamente l'integrazione multi professionale e multi disciplinare. Uno dei temi di maggiore criticità sembra essere, invece, il reclutamento e il coinvolgimento dei MMG nelle attività della CdS. Nella quasi totalità dei modelli deliberati dalle regioni, il mix di servizi e professionalità integrati risulta simile e non si rilevano differenze geografiche rilevanti nelle realizzazioni aziendali. Altre variabili, quali la precedente destinazione delle strutture (solo il 7% delle strutture è stata costruita ex novo) o il contesto in cui è collocata (urbano o non urbano), giocano invece un ruolo di rilievo. Sono almeno due le questioni critiche per lo sviluppo del modello «atteso» di CdS, rispetto a quanto indicato negli indirizzi programmatori nazionali e regionale. Una riguarda lo sviluppo degli strumenti operativi a supporto della medicina d'iniziativa. Sebbene l'81% delle CdS dichiara di avere attivato progetti di sanità d'iniziativa, solo la metà delle CdS presenta flussi informativi dedicati e solo l'8% controlla l'aderenza ai percorsi attraverso indicatori. Anche per altri strumenti di gestione attiva della popolazione e dei rapporti con gli utenti, il grado di diffusione e il loro consolidamento rilevato nelle CdS appare insufficiente. La seconda riguarda la capacità delle CdS di interagire proattivamente nella comunità di riferimento coinvolgendo la popolazione e le diverse istituzioni che al territorio appartengono.

1.4.3 Innovazioni nelle politiche sanitarie

La successiva sezione del Rapporto analizza le innovazioni nelle politiche sanitarie, con particolare riferimento alla funzione di HTA e all'impatto dei Piani di Rientro Aziendali.

In particolare, il capitolo 14 ha come scopo quello di:

- ▶ fornire un quadro delle politiche farmaceutiche regionali (compartecipazioni alla spesa; forme alternative di distribuzione dei farmaci, ovvero distribuzione diretta – DD – e per conto – DPC; governo del comportamento prescrittivo; prontuari regionali; politiche sugli acquisti; rimborso dei farmaci ad alto costo usati in ambito ospedaliero);
- ▶ analizzare i trend della spesa farmaceutica regionale;
- ▶ valutare, nello specifico, l'impatto delle forme alternative di distribuzione dei farmaci, coprendo un gap di letteratura su tale tema.

Per l'analisi descrittiva delle politiche e dell'andamento della spesa, ci si è avvalsi dell'attività dell'Osservatorio Farmaci di raccolta sistematica delle iniziative regionali attivate nel corso degli anni e di elaborazioni di indicatori di spesa. Per la valutazione di impatto di DD e DPC si è fatto ricorso ad un modello di regressione su dati regionali panel ad effetti fissi (2012-2016). Il quadro che

emerge dall'analisi descrittiva è la persistente frammentazione della politica del farmaco in Italia: nel 2016 l'incidenza delle compartecipazioni sulla spesa lorda varia dall'8,7% in FVG al 20,8% in Valle d'Aosta; l'incidenza della spesa per farmaci in DD e DPC sulla spesa farmaceutica territoriale varia dal 31,9% in Abruzzo al 55,3% in Toscana (con un mix molto differenziato tra DD e DPC); nelle Regioni del Sud prevalgono azioni vincolanti sui medici attraverso quote prescrittive, mentre in alcune Regioni del Nord si stanno diffondendo logiche di governo basate sulla condivisione con i clinici di obiettivi prescrittivi. La differenziazione delle politiche regionali ha un razionale nell'adattamento ai contesti locali delle iniziative finalizzate a migliorare l'appropriatezza prescrittiva, ma è meno accettabile nella misura in cui differenzia pesantemente modi e tempi di accesso dei farmaci. Con riferimento agli effetti di DD e DPC, emerge che l'adozione di forme alternative di distribuzione ha prodotto contenimento della spesa farmaceutica pubblica, ed i modelli misti (con incidenza di DD di almeno il 15% e di DPC di almeno il 5%) hanno impattato maggiormente. L'attivazione di DD e DPC ha quindi avuto un ruolo importante nel contenimento della spesa, ma i risultati mostrano come un mix delle due modalità sia preferibile ad una DD «pura». In ogni caso, il contenimento della spesa non dovrebbe essere il solo motore delle scelte in questo campo.

Il capitolo 15 analizza la gestione dell'innovazione tecnologica nel SSN. L'insediamento nel 2015 di una Cabina di Regia presso la Direzione Generale dei Farmaci e Dispositivi Medici del Ministero della Salute, con il coinvolgimento delle regioni, dell'Agenzia Italiana del Farmaco e dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.) ha dato inizio al Programma Nazionale di HTA dei dispositivi medici. Si tratta di una rete coordinata da Age.Na.S. per l'utilizzo di strumenti di valutazione delle tecnologie in base a criteri di efficacia, sicurezza e costo-efficacia. Per promuovere il coinvolgimento attivo di organi istituzionali e *stakeholders*, la Cabina di Regia ha previsto tre specifici gruppi di lavoro focalizzati rispettivamente su: definizione delle raccomandazioni, metodi e monitoraggio del piano. Le attività del Gruppo di Lavoro 2 («Metodi, Formazione e Comunicazione») sono partite a marzo 2017, con l'intento di definire approcci e strumenti da applicare a una selezione di tecnologie su cui saranno formulate le prime raccomandazioni. Il CER GAS, insieme ad altre organizzazioni, è stato coinvolto a vari livelli in queste attività. L'obiettivo del capitolo è descrivere razionale, metodi e risultati attesi da questo team, rispetto a:

- 1) metodi, format e procedure di comunicazione;
- 2) disinvestimento e individuazione di tecnologie *cost-saving*;
- 3) processo di *appraisal* e coordinamento delle decisioni tra vari livelli;
- 4) integrazione delle valutazioni con le decisioni di acquisto e riorganizzazione dei percorsi per i pazienti;

5) integrazione delle valutazioni con i sistemi di tariffazione e codifica delle prestazioni.

Il Programma Nazionale HTA si va delineando come un sistema comprensivo, solido e strutturato che include elementi di monitoraggio, collegamento con politiche di acquisto e rimborsabilità e ispirazione a principi di inclusione, rappresentanza e condivisione degli obiettivi. Tutti questi aspetti sono indicatori importanti delle probabilità di successo del piano.

Il capitolo 16 ha lo scopo di definire il *framework* teorico di analisi delle esperienze di riorganizzazione degli acquisti in sanità, per valutarne le diverse declinazioni regionali e i relativi impatti, sia a livello di SSN sia di mercato. Il capitolo rappresenta il lavoro seminale dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti in Sanità (MASAN) del CERGAS-SDA Bocconi. Il capitolo si divide in 4 parti:

- (a) presentazione del *framework* di analisi;
- (b) presentazione delle prime evidenze empiriche;
- (c) analisi di 4 casi regionali;
- (d) discussione dei risultati e delle implicazioni di *policy*.

Al fine di iniziare a «popolare» il *framework* di analisi si è proceduto a una prima raccolta dati in modalità *desk* dalle informazioni disponibili online sui siti delle centrali di committenza/soggetti aggregatori regionali attivi negli acquisti in sanità. Oltre all'analisi *desk* si è proceduto ad analizzare quattro casi aziendali rappresentativi: Arca, ESTAR, Soresa, Regione Sicilia. La raccolta delle informazioni è avvenuta sotto forma di intervista con domande semi-strutturate.

Dall'analisi risulta che centralizzazione è consistita, prevalentemente, nel processo di aggregazione della funzione di acquisto, delegando a un soggetto unico l'attività amministrativa di gestione della gara. I dati quantitativi raccolti non permettono di valutare se questo processo abbia consentito effettivamente di aggregare la domanda in modo razionale. Emerge un'ampia diversità nelle soluzioni organizzative e istituzionali adottate dalle Regioni a dimostrazione che la definizione stessa della funzione acquisti sia frutto del contesto di riferimento e non sia, per certi versi, standardizzabile.

In futuro, anche a fronte dei processi di fusione aziendali, il tema non sarà più lo svolgimento di una procedura aggregata tra più aziende, quanto la riqualificazione delle centrali verso ruoli più strategici. La scelta del modello di centralizzazione deve essere coerente allo stadio di maturità del sistema e impone un forte *commitment* politico, da cui derivare opportune azioni di management.

1.4.4 Innovazioni gestionali e temi emergenti

Il capitolo 17 analizza i «Piani di Rientro Aziendali» per le Aziende Ospedaliere (AO), introdotti dal DM 21/06/2016. Il decreto ha introdotto almeno tre importanti novità: ha riportato in luce l'importanza delle performance delle singole aziende, dopo un lungo periodo di attenzione quasi esclusiva verso i SSR; ha introdotto una metodologia di «normalizzazione» dei ricavi che stabilisce una relazione più stretta con la sottostante produzione aziendale; ha previsto un sistema di soglie relative a volumi, qualità ed esiti delle cure, rendendo operativamente applicabile il principio secondo cui l'equilibrio aziendale e l'eventuale obbligo di «rientro» non devono limitarsi alla dimensione economico-finanziaria. Il capitolo propone innanzi tutto una mappatura delle AO assoggettate ai Piani: quelle indicate in alcuni documenti preparatori erano 53, mentre quelle normalmente individuate dalle relative regioni sono al momento 30, ma cinque regioni non vi hanno ancora provveduto. Successivamente, il capitolo presenta un'analisi delle performance economiche delle AO nel periodo 2012-15, utilizzando appunto la «normalizzazione» da Decreto per dare maggiore significatività ai dati di ricavo. Dall'analisi emerge un'amplissima e inattesa variabilità nei risultati economici delle diverse AO. Nei conti economici «ufficiali», la maggior parte delle aziende presenta risultati prossimi al pareggio: questo deriva in gran parte dall'assegnazione di contributi in conto esercizio regionali che, seppur contabilizzati come proventi, rappresentano almeno in parte dei veri e propri ripiani di perdite. Una volta «normalizzati» i ricavi da tali contributi, invece, tra le 95 AO: 44 presentano risultati economici nulli o positivi; 32 risultati negativi, e contenuti entro il 20% dei ricavi; 19 risultati negativi ed eccedenti il 20%. Significativamente, quasi tutte le aziende di quest'ultimo gruppo si concentrano nelle regioni che sono o sono state assoggettate a Piano di Rientro regionale. Tra le cause di questa variabilità, spicca il costo del personale dipendente, la cui incidenza sui ricavi varia significativamente tra le diverse AO: tra le 44 AO in equilibrio e le 19 in forte disavanzo, per esempio, c'è una differenza media di 23 punti percentuali (50 contro 73%). Quanto agli altri fattori produttivi, una certa variabilità presentano i servizi non sanitari e non, invece, il consumo di beni sanitari e non. Quanto agli indicatori patrimoniali, segnali relativamente positivi giungono dal rapporto di indebitamento, per l'effetto combinato di disavanzi progressivamente più contenuti e significativi provvedimenti di ripiano delle perdite pregresse. Estremamente critica, invece, è l'obsolescenza delle immobilizzazioni, che per i beni mobili ammortizzabili si è attestata mediamente al 83% nel quadriennio considerato.

L'ultima sezione del Rapporto analizza due temi che possono impattare in maniera rilevante l'innovazione dei processi gestionali delle aziende sanitarie: lo sviluppo della funzione di gestione operativa e l'applicazione della normativa anticorruzione.

Il capitolo 18 si focalizza sulla funzione di Gestione Operativa (GO). Si tratta dell'insieme delle procedure, degli strumenti e dei ruoli che presidiano il funzionamento dei processi delle aziende sanitarie attraverso l'utilizzo efficiente ed efficace dei fattori produttivi (ad es. sale operatorie, degenze, *slot* ambulatoriali, ecc.). Le pressioni allo sviluppo della GO si sono intensificate negli ultimi anni per via del decremento di risorse disponibili e per la conseguente necessità di ricercare l'efficienza nella gestione aziendale. Il capitolo si è posto l'obiettivo di analizzare se, a seguito di tali pressioni, la funzione di GO abbia trovato una strutturazione formale all'interno degli assetti organizzativi delle aziende sanitarie del SSN.

È stato, quindi, effettuato un censimento della presenza, in forma strutturata, della funzione di GO nelle aziende sanitarie pubbliche attraverso l'analisi *desk* dei documenti di organizzazione rinvenibili nei siti web istituzionali. Su un totale di 193 siti analizzati, si registra che solo 30 aziende (circa il 16% del campione) hanno introdotto formalmente una funzione organizzativa dedicata all'*operations management*. Di queste, 21 si collocano in Lombardia, le cui linee guida regionali sugli assetti organizzativi suggeriscono alle Aziende a dotarsi di una funzione di «Gestione Operativa». La funzione di *operations management* può essere inquadrata come Unità Operativa, Funzione, Ufficio, Area Funzionale o meccanismi organizzativi (gruppi di lavoro, programma, ecc.). Tali configurazioni afferiscono tipicamente al Direttore Generale (15 casi) o al Direttore Sanitario (9 casi). Per quanto riguarda l'ambito di attività, emerge una netta prevalenza dell'*asset management* (100% dei casi) e della gestione logistica del paziente (90%); solo nel 37% dei casi si registra l'allocazione del *supply chain management*. Le funzioni di GO possono assumere una «responsabilità diretta» sulla programmazione e gestione dei processi e delle unità produttive e/o svolgere un'attività di «consulenza interna» (monitoraggio delle operazioni, coordinamento e al supporto di altre figure predisposte al governo i processi).

La spiegazione del ritardo accumulato dalle aziende nello sviluppare la funzione della gestione operativa può essere dovuta a diverse ragioni, tra le quali il blocco del *turn over* dell'area amministrativo-gestionale o la «diffusione» tra alcune professionalità sanitarie di «specifiche attività» della GO. Tuttavia, una crescente strutturazione sarà necessaria per garantire la ricomposizione di un universo frammentato di competenze, progetti e attività aziendali finalizzati al raggiungimento dell'efficienza dei processi produttivi. Nel prossimo futuro sarà necessario, inoltre, ricercare una più stretta connessione anche con le funzioni deputate al miglioramento di qualità, efficacia e appropriatezza in un'ottica di *value-based healthcare*.

Il capitolo 19 approfondisce i temi della corruzione nell'ambito del SSN e delle relative politiche di contrasto: sistematizza le definizioni di corruzione proposte dalla letteratura; ripercorre la normativa italiana, con particolare attenzione

dedicata alla L. 190/2012, che introduce in ogni ente pubblico un responsabile per la prevenzione della Corruzione (RPC); approfondisce la rilevanza del fenomeno corruttivo nell'attuale dibattito sulla legalità e l'efficienza del SSN, con una particolare attenzione all'ambito degli acquisti. Il capitolo raccoglie inoltre evidenze inedite sul profilo dei RPC, sull'implementazione della normativa anticorruzione e sui relativi effetti a livello organizzativo. I dati sono stati raccolti attraverso un questionario compilato dai RPC di 83 aziende sanitarie pubbliche italiane, corrispondenti al 41% del totale. Il 71% dei RPC ha un background giuridico o politologico; l'81% ha sempre lavorato nel settore pubblico. Come da normativa, i RPC sono in maggioranza direttori di struttura. In media, dedicano all'incarico il 32% del loro tempo lavorativo, focalizzandosi in primis sulla stesura dei documenti aziendali. La presenza di staff dedicato all'attività anticorruzione è segnalata solo nel 37% delle aziende e ciò limita, probabilmente, lo sviluppo delle attività a maggiore efficacia percepita come gli *audit* formalizzati e la formazione. I RPC percepiscono il proprio lavoro come utile in misura leggermente maggiore nelle regioni del Mezzogiorno (4,3/7 rispetto a 3,9/7 al Nord). Al Sud, tuttavia, il supporto percepito dal RPC da parte della Direzione aziendale diminuisce (3,1/7 rispetto a 3,8/7 al Nord), benché sia indicato come fattore chiave per svolgere efficacemente il proprio ruolo. In tutto il Paese, il ruolo del RPC è poco compreso dai professionisti amministrativi e soprattutto sanitari, sui quali gli stessi RPC rilevano un onere crescente in termini di adempimenti amministrativi. In termini di prospettive, appare fondamentale l'integrazione progressiva della funzione controlli, sia a livello di sistemi informativi, sia sul piano organizzativo, con l'unificazione del ruolo di RPC con quello di responsabile dell'*internal auditing* aziendale.

Bibliografia

- ARAN (2017), *Retribuzioni medie nella pubblica amministrazione*, disponibile online <http://www.aranagenzia.it/statistiche-e-pubblicazioni/dati-statistici.html>
- Banca d'Italia, (2015), I bilanci delle famiglie italiane nell'anno 2014, *Supplemento al bollettino statistico*, anno XXV, n. 64.
- ISTAT, (2017), *Il sistema dei conti della sanità per l'Italia*, disponibile on line www.istat.it.
- Ministero della Salute (2017), Rapporto SDO 2016, disponibile on line <http://www.salute.gov.it>.
- Ragioneria Generale dello Stato (2015), *Le tendenze di medio-lungo termine del sistema pensionistico e sociosanitario*, Rapporto 16 (settembre 2015).

2 **Gli esiti di salute del Servizio Sanitario Nazionale**

*di Paola Roberta Boscolo, Oriana Ciani, Carlo Federici,
Alessandro Furnari e Rosanna Tarricone¹*

2.1 **Introduzione**

Nella seconda parte del secolo scorso, a partire dal secondo dopoguerra e fino alla metà degli anni '80, abbiamo assistito, in Italia e in Europa, a un periodo di espansione del ruolo dello Stato nel *welfare*, nei sistemi di protezione sociale e tutela dei cittadini. Questo ruolo si è progressivamente attenuato con le riforme promosse a vari livelli a cavallo del secolo, fino a una riduzione più accentuata osservata in seguito alla crisi finanziaria globale del 2008. Da quel momento, in Italia e in altri Paesi all'interno dell'Unione Europea, sono state avviate politiche di contenimento della spesa e riduzione dei costi che vanno sotto il nome di politiche di austerità (McKee *et al.*, 2017).

In termini di spesa sanitaria, l'effetto di questi indirizzi inizia a essere evidente. Nell'edizione 2016 del Rapporto OASI, abbiamo osservato tassi di crescita annuale composti nulli o negativi sul periodo tra il 2010 e il 2014 rispetto alla spesa sanitaria totale pro-capite in Italia, Irlanda, Spagna, Portogallo e Grecia. Per i restanti 22 Paesi, i tassi di crescita risultano comunque contenuti a pochi punti percentuali, ad eccezione di Cina, India, Russia, Svezia (Armeni *et al.*, 2016). Tali evidenze vengono inoltre sostanzialmente confermate nel Capitolo 3 del presente Rapporto, con riferimento al periodo 2010-2015.

A fronte della riduzione della spesa sanitaria è immediato domandarsi quali siano gli effetti in termini di stato di salute della popolazione. Volendo descrivere infatti la funzione di produzione del nostro SSN, l'output principale è rappresentato dai livelli di salute della popolazione (a livello aggregato), mentre l'input sono le risorse impiegate per ottenerli (beni e servizi, personale, farmaceutica), di cui la spesa sanitaria è una *proxy*. La relazione tra spesa sanitaria ed esiti di

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune, gli autori hanno partecipato alla sua stesura secondo la seguente distribuzione: § 2.1 di Oriana Ciani; § 2.2 di Paola Roberta Boscolo, Oriana Ciani e Alessandro Furnari; § 2.3 di Paola Roberta Boscolo, Carlo Federici e Rosanna Tarricone; § 2.4 di Carlo Federici e Alessandro Furnari; § 2.5 di Rosanna Tarricone.

salute è di estrema importanza per i decisori e gli amministratori pubblici, sebbene la sua caratterizzazione sia particolarmente complessa vista la rete fitta di determinanti individuali, sociali, culturali e ambientali che impattano sullo stato di salute della popolazione (Dahlgren e Whitehead, 1991). Tra le varie analisi longitudinali aggregate condotte finora non è infrequente ottenere risultati contraddittori, in base alla specificazione adottata per i modelli o agli indicatori usati per lo stato di salute o le variabili esplicative. Nella gran parte dei casi però la relazione tra spesa sanitaria e livelli di salute sembra verificare l'andamento atteso: i tassi di mortalità prematura diminuiscono all'aumentare della spesa sanitaria, soprattutto per le donne, e in presenza di ampie quote di finanziamento pubblico (Or, 2000). In una revisione sistematica di studi simili emerge inoltre come incrementi di spesa sanitaria siano associati significativamente a una riduzione della mortalità infantile e marginalmente all'aumento dell'aspettativa di vita (Nixon e Ulmann, 2006), a patto comunque che lo sviluppo e la qualità delle istituzioni democratiche presenti nel Paese sia sufficientemente elevata (Bousmah *et al.*, 2016).

Un potenziale e drammatico impatto dell'austerità e contenimento della spesa sui tassi di mortalità della popolazione è stato ipotizzato a fine 2015, quando l'ISTAT ha segnalato un aumento pari a circa l'11% dei decessi nei primi 8 mesi dell'anno (ISTAT, 2015). Le prime indagini di approfondimento hanno attribuito l'eccesso di mortalità all'intensa ondata di calore dell'estate 2015 e all'epidemia influenzale dei mesi invernali dello stesso anno, unitamente a un precedente calo della mortalità durante l'estate 2014 (-5,9%) (Michelozzi *et al.*, 2016). Vari autori tuttavia hanno anche citato un sottodimensionamento, peraltro non confermato, dei sistemi di attenzione e prevenzione a causa del contenimento della spesa dei servizi sanitari dovuto alla crisi economica (Cislaghi *et al.*, 2016). Questa osservazione sarebbe in linea con le conclusioni di un lungo lavoro di ricerca condotto da Stuckler e colleghi tra Islanda, Europa, Ex Unione Sovietica e Asia, sugli esiti di salute delle politiche di austerità, ovvero tagli indiscriminati, immediati e consistenti, alla spesa sociosanitaria: questi provvedimenti sono risultati in media inefficaci e «fatali», associati a un prezzo, in termini di vite umane, elevatissimo (Stuckler e Basu, 2013).

Data la centralità, per definizione e vocazione universalistica del SSN, del perseguimento continuo dei massimi livelli di efficacia in termini di accesso e stato di salute complessivo della popolazione all'interno del nostro Paese, il presente capitolo del Rapporto mira ad analizzare e approfondire la dimensione di performance più rilevante e indicativa dell'andamento di un sistema sanitario, rappresentata dallo stato di salute della popolazione di riferimento, pur consapevoli delle difficoltà nella definizione e misurazione degli esiti sanitari a livello aggregato.

Il capitolo si propone di sistematizzare e discutere criticamente dati ad oggi disponibili, a livello internazionale e nazionale, per età e genere, per riflettere sullo stato di salute del nostro Paese. In particolare, il par. 2.2 è dedicato ai confronti internazionali, il par. 2.3 approfondisce il contesto nazionale, mentre il

par. 2.4 riporta una disamina delle principali politiche di prevenzione in atto nel nostro Paese. La rilevanza delle politiche di prevenzione all'interno del capitolo risiede nel fatto che le attività di prevenzione primaria e secondaria influenzano fortemente lo stato di salute futuro della popolazione e, attraverso la conseguente riduzione dell'incidenza e prevalenza di malattie infettive e malattie non trasmissibili (es. diabete, le malattie cardiovascolari e cancro), possono contribuire in maniera sostanziale alla sostenibilità futura del SSN.

Il capitolo si conclude con il par. 2.5 che presenta una sintesi delle evidenze riportate e delle considerazioni per la programmazione del SSN.

2.2 Lo stato di salute della popolazione: una prospettiva internazionale

Il presente paragrafo propone alcune considerazioni generali sullo stato di salute del Paese, in un'ottica comparativa internazionale².

Le fonti informative considerate sono i principali osservatori e database di monitoraggio presenti a livello internazionale:

- ▶ OECD (*OECD Health Statistics 2017*), con riferimento all'anno 2015 o all'ultimo anno disponibile;
- ▶ WHO (*Global Health Observatory database 2016*), con riferimento al 2015 o all'ultimo anno disponibile.

Gli indicatori considerati sono l'aspettativa di vita generale e in buona salute, la mortalità generale e per cause specifiche e la percezione dello stato di salute, in quanto espressione dello stato sociale, ambientale e sanitario in cui vive una determinata popolazione, nonché del suo sviluppo e livello potenziale di miglioramento.

2.2.1 Dati di mortalità a confronto

Nonostante ci siano alcuni limiti riconosciuti nell'uso della mortalità come stimatore dello stato di salute di una popolazione, i tassi di mortalità restano indicatori utili a livello macro, anche perché le statistiche di mortalità rimangono tra le più diffuse e comparabili.

La Tabella 2.1 e la Figura 2.1 riportano i dati di aspettativa di vita alla nascita sui 27 Paesi considerati.

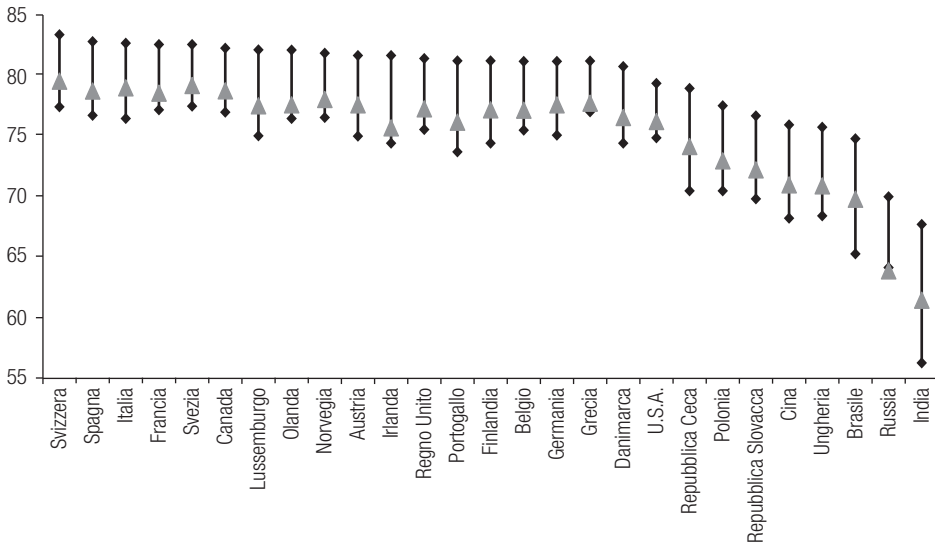
² Si considerano nell'analisi i principali Paesi europei (Grecia, Portogallo, Irlanda, Norvegia, Repubblica Slovacca, Lussemburgo, Italia, Regno Unito, Danimarca, Spagna, Francia, Ungheria, Polonia, Repubblica Ceca, Austria, Finlandia, Germania, Belgio, Olanda, Svezia, Svizzera), a cui sono stati aggiunti USA, Canada e i Paesi BRIC (Brasile, Russia, India e Cina).

Tabella 2.1 **Aspettativa di vita alla nascita (1990, 2000, 2010-2015)**

Paesi	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Differenza 2000-1990	Differenza 2010-2000	Differenza 2015-2010
Austria	75,7	78,1	80,4	80,8	80,8	81,1	81,4	81,5	2,4	2,3	1,1
Belgio	76,0	77,6	80,0	80,3	80,3	80,7	80,9	81,1	1,6	2,4	1,1
Danimarca	75,0	76,9	79,2	79,7	80,0	80,1	80,4	80,6	1,9	2,4	1,4
Finlandia	75,0	77,5	79,9	80,3	80,4	80,7	80,9	81,1	2,5	2,3	1,2
Francia	77,7	78,8	81,3	81,7	81,5	82,0	82,2	82,4	1,1	2,5	1,1
Germania	75,7	78,0	80,1	80,5	80,6	80,6	80,9	81,0	2,3	2,1	0,9
Grecia	77,3	78,2	80,3	80,5	80,4	80,6	80,8	81,0	0,9	2,1	0,7
Irlanda	75,0	76,4	80,6	80,4	80,5	81,0	81,2	81,4	1,4	4,2	0,8
Italia	77,0	79,4	81,8	82,0	82,0	82,3	82,5	82,7	2,4	2,4	0,8
Lussemburgo	75,7	77,8	80,6	80,8	81,1	81,4	81,7	82,0	2,1	2,8	1,3
Olanda	77,0	78,1	80,8	81,1	81,1	81,4	81,7	81,9	1,1	2,7	1,1
Portogallo	74,3	76,6	79,6	80,2	80,3	80,6	80,9	81,1	2,3	2,9	1,6
Spagna	77,0	79,1	81,9	82,1	82,0	82,4	82,6	82,8	2,1	2,9	0,9
Svezia	78,0	79,6	81,5	81,7	81,7	81,9	82,3	82,4	1,6	1,9	0,9
Regno Unito	76,0	77,8	80,2	80,6	80,6	80,7	81,0	81,2	1,8	2,4	1,0
Norvegia	77,0	78,5	81,0	81,1	81,3	81,5	81,6	81,8	1,5	2,4	0,8
Svizzera	77,7	79,7	82,3	82,6	82,7	83,0	83,2	83,4	2,1	2,6	1,0
Repubblica Ceca	71,3	74,7	77,5	77,8	78,0	78,2	78,6	78,8	3,4	2,8	1,4
Repubblica Slovacca	70,7	73,0	75,1	75,6	75,8	76,1	76,4	76,7	2,3	2,1	1,5
Polonia	71,3	73,7	76,3	76,7	76,8	77,1	77,3	77,5	2,4	2,5	1,3
Ungheria	69,3	71,7	74,5	74,8	75,0	75,5	75,6	75,8	2,4	2,7	1,4
U.S.A.	75,3	76,8	78,7	78,7	78,8	78,9	79,1	79,3	1,5	1,9	0,6
Canada	77,3	79,1	81,2	81,5	81,6	81,8	82,0	82,2	1,8	2,1	0,9
Brasile	66,3	70,5	73,8	74,1	74,5	74,7	74,8	75,0	4,2	3,3	1,2
Russia	68,7	65,0	68,4	69,4	69,6	70,0	70,3	70,5	-3,6	3,3	2,1
India	57,7	62,5	66,4	66,8	67,3	67,6	68,0	68,3	4,8	3,9	1,9
Cina	69,0	71,7	75,0	75,2	75,4	75,6	75,8	76,1	2,7	3,3	1,0

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2016

Figura 2.1 **Aspettativa di vita alla nascita (1990, 2000, 2015)**



Note: L'estremità inferiore della linea è il dato relativo al 1990, il triangolo è relativo al 2000, l'estremità superiore al 2015.

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2016

L'Italia (82,7 anni) è nel 2015 il terzo Paese, dopo Svizzera (83,4) e Spagna (82,8), con la maggior aspettativa di vita alla nascita. Seguono Francia e Svezia (entrambe 82,4). L'aspettativa di vita alla nascita in generale segue un trend di crescita positivo, sebbene le dinamiche nazionali siano influenzate da fattori contingenti e scelte di *policy* specifiche. Nel Regno Unito, per esempio, la curva di crescita della longevità era praticamente continua dal dopoguerra con le donne che guadagnavano un anno di aspettativa ogni 5 di calendario; e gli uomini uno ogni tre anni e mezzo (Ca mpbell, 2017). Tuttavia il trend ha subito dal 2010 un rallentamento dovuto, secondo ricercatori ed ex consiglieri del Ministero della Salute, ai profondi tagli operati alla spesa sociale e al *National Healthcare Service* (NHS) inglese negli ultimi anni. In precedenza, questa dinamica era stata osservata in seguito al crollo dell'ex URSS che sconvolse il sistema consolidato di assistenze e garanzie pubbliche in quell'area. Dopo un periodo di assestamento, la curva della longevità è tornata a crescere in Russia; tuttavia, alla fine del secolo scorso si erano persi diversi anni di aspettativa di vita, per cui ad oggi il Paese è ai livelli più bassi, seguito solo dall'India.

Interessante notare come il ranking dei Paesi cambia se si considerano l'aspettativa di vita a 60 anni (Tabella 2.2) e l'aspettativa di vita in salute, o senza disabilità, sia alla nascita sia a 60 anni (Tabella 2.3).

Tabella 2.2 **Aspettativa di vita a 60 anni (1990, 2000, 2010-2015)**

	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Differenza 2015-1990	Differenza 2015-2000	Differenza 2015-2010
Austria	21,0	21,9	23,4	23,7	23,8	23,8	24,1	24,1	3,1	2,2	0,7
Belgio	21,0	21,8	23,2	23,6	23,2	23,8	23,9	24,1	3,1	2,3	0,9
Danimarca	20,0	20,8	22,3	22,7	22,9	23,0	23,1	23,3	3,3	2,4	1,0
Finlandia	20,0	21,8	23,3	23,6	23,8	23,8	23,9	24,1	4,1	2,3	0,7
Francia	22,0	23,0	24,8	25,2	25,0	25,4	25,5	25,7	3,7	2,7	0,9
Germania	20,0	21,8	23,1	23,3	23,7	23,3	23,6	23,7	3,7	1,9	0,6
Grecia	21,0	21,9	23,5	23,6	23,7	23,7	23,8	24,0	3,0	2,0	0,5
Irlanda	19,0	20,0	23,5	23,3	23,7	23,8	24,0	24,1	5,1	4,1	0,7
Italia	21,0	22,8	24,4	24,5	24,8	24,8	24,9	25,1	4,1	2,2	0,7
Lussemburgo	20,0	21,8	23,3	23,5	24,3	23,9	24,1	24,3	4,3	2,5	1,0
Olanda	21,0	21,7	23,4	23,7	23,8	23,8	24,1	24,2	3,2	2,5	0,8
Portogallo	20,0	21,1	23,0	23,5	23,7	23,7	24,0	24,1	4,1	3,0	1,1
Spagna	22,0	22,9	24,7	24,7	24,8	24,9	25,1	25,2	3,2	2,3	0,5
Svezia	21,0	22,8	23,9	24,1	24,1	24,3	24,6	24,6	3,6	1,9	0,8
Regno Unito	20,0	21,1	23,4	23,7	23,8	23,6	23,9	24,1	4,1	2,9	0,7
Norvegia	21,0	22,0	23,7	23,8	23,9	24,0	24,1	24,2	3,2	2,2	0,5
Svizzera	22,0	23,0	24,8	25,1	25,0	25,3	25,4	25,5	3,5	2,5	0,7
Repubblica Ceca	17,0	19,0	21,0	21,3	21,2	21,5	21,8	22,0	5,0	2,9	1,0
Repubblica Slovacca	18,0	18,6	19,6	20,1	20,6	20,3	20,6	20,7	2,7	2,1	1,1
Polonia	18,0	19,1	20,9	21,3	21,2	21,4	21,7	21,8	3,8	2,7	0,9
Ungheria	17,0	18,2	19,6	19,8	19,9	20,1	20,1	20,3	3,3	2,1	0,7
U.S.A.	21,0	21,7	23,1	23,2	23,1	23,3	23,5	23,6	2,6	1,9	0,5
Canada	22,0	22,8	24,3	24,5	24,8	24,8	24,9	25,0	3,0	2,3	0,7
Brasile	18,0	19,1	20,7	20,9	21,1	21,4	21,5	21,7	3,7	2,6	1,0
Russia	18,0	16,6	17,5	18,2	17,6	18,3	18,5	18,6	0,6	1,9	1,1
India	15,0	16,3	17,4	17,5	17,3	17,7	17,8	17,9	2,9	1,7	0,5
Cina	18,0	18,1	19,3	19,4	19,2	19,5	19,6	19,7	1,7	1,6	0,4

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2016

Tabella 2.3 **Aspettativa di vita in salute (2000, 2015)**

Healthy life expectancy (HALE) at birth (years)			Healthy life expectancy (HALE) at age 60 (years)				
Paese	2000	Paese	2015	Paese	2000	Paese	2015
1 Italia	70,0	Swizzera	73,1	1 Francia	18,2	Francia	20,3
2 Svizzera	69,9	Italia	72,8	2 Italia	17,9	Italia	19,9
3 Canada	69,8	Francia	72,6	3 Svizzera	17,8	Svizzera	19,9
4 Francia	69,7	Spagna	72,4	4 Canada	17,6	Canada	19,7
5 Svezia	69,7	Canada	72,3	5 Spagna	17,4	Spagna	19,4
6 Grecia	69,5	Olanda	72,2	6 Svezia	17,4	Olanda	19,3
7 Norvegia	69,3	Austria	72,0	7 Grecia	17,3	Austria	19,1
8 Olanda	69,2	Svezia	72,0	8 Norvegia	17,3	Grecia	19,1
9 Spagna	69,2	Norvegia	72,0	9 Austria	17,2	Svezia	19,1
10 Austria	69,0	Grecia	71,9	10 Olanda	17,1	Portogallo	19,0
11 Germania	68,7	Lussemburgo	71,8	11 Germania	16,9	Norvegia	19,0
12 Regno Unito	68,6	Irlanda	71,5	12 Lussemburgo	16,7	Irlanda	18,9
13 Lussemburgo	68,5	Portogallo	71,4	13 Belgio	16,6	Lussemburgo	18,9
14 Belgio	68,0	Regno Unito	71,4	14 Portogallo	16,6	Regno Unito	18,8
15 Danimarca	67,9	Germania	71,3	15 Regno Unito	16,6	Belgio	18,6
16 Finlandia	67,9	Danimarca	71,2	16 U.S.A.	16,5	Germania	18,6
17 Portogallo	67,6	Belgio	71,1	17 Finlandia	16,3	Finlandia	18,5
18 Irlanda	67,4	Finlandia	71,0	18 Danimarca	16,1	Danimarca	18,3
19 U.S.A.	67,2	Repubblica Ceca	69,4	19 Irlanda	15,7	U.S.A.	18,1
20 Repubblica Ceca	65,8	U.S.A.	69,1	20 Polonia	14,8	Polonia	17,0
21 Polonia	65,3	Polonia	68,7	21 Repubblica Ceca	14,6	Repubblica Ceca	16,9
22 Repubblica Slovacca	64,9	Cina	68,5	22 Cina	14,6	Repubblica Slovacca	16,2
23 Cina	64,6	Repubblica Slovacca	68,1	23 Brasile	14,4	Brasile	16,2
24 Ungheria	63,7	Ungheria	67,4	24 Repubblica Slovacca	14,3	Cina	15,9
25 Brasile	61,9	Brasile	65,5	25 Ungheria	14,1	Ungheria	15,8
26 Russia	58,3	Russia	63,4	26 Russia	13,1	Russia	15,1
27 India	54,2	India	59,6	27 India	11,9	India	13,3

Note: Il WHO definisce l'aspettativa di vita in salute (healthy life expectancy – HALE) come la stima del numero medio equivalente di anni che una persona vivrà in «piena salute», considerando gli anni vissuti con qualche disabilità dovuta a malattie o incidenti. In estrema sintesi, l'indicatore viene calcolato per ogni Paese utilizzando i dati, disaggregati per età e sesso, sulla mortalità e aspettativa di vita (tavole di mortalità); e i dati sulla incidenza, prevalenza, durata e anni vissuti con disabilità, aggiustati per la severità di ciascuna condizione di salute considerata.

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

Francia, Svizzera e Spagna presentano nel 2015 la maggiore aspettativa di vita a 60 anni (rispettivamente 25,7; 25,5; 25,2 anni). L'Italia segue con 25,1 (Tabella 2.2).

L'aspettativa di vita in buona salute offre un'indicazione non solo della quantità di vita attesa, ma anche della qualità o assenza di disabilità. Questa misura permette di monitorare la salute in quanto fattore produttivo, valutare l'occupabilità dei lavoratori anziani e controllare i progressi compiuti in termini di accessibilità, qualità e sostenibilità dell'assistenza sanitaria. Non a caso, questo indicatore figura tra i principali indicatori strutturali europei e la sua importanza è stata riconosciuta nella Strategia di Lisbona (Commissione Europea, 2017). Lo scarto tra aspettativa di vita totale e aspettativa di vita in buona salute alla nascita va da 7,1 anni in Russia a 10,4 in Spagna e Svezia (9,9 anni per l'Italia) (Tabella 2.1 e Tabella 2.3). Questo scarto indica per quanto tempo all'incirca un singolo cittadino potrebbe dover affrontare una patologia invalidante nell'arco della vita. Durante questi anni verosimilmente il cittadino sarà maggiormente a contatto con il sistema sociosanitario del proprio Paese, assorbendo la gran parte delle risorse sanitarie messe a disposizione. Questa differenza si riduce se si osserva la differenza a 60 anni, da 3,5 anni per la Russia fino a 5,6 anni per Svizzera e Finlandia (5,2 anni per l'Italia).

La mortalità negli adulti (15-60 anni) e neonatale diminuisce in tutti i Paesi considerati. Nonostante il generale trend decrescente, si registrano forti differenze tra Paesi. In termini di mortalità nelle donne adulte, nel 2015 l'Italia segue Svizzera e Spagna con un tasso di 42 morti per 1.000 abitanti, mentre per quanto riguarda la mortalità negli uomini il nostro Paese segue Svizzera, Svezia e Olanda con un tasso di 70 morti per 1.000 abitanti (Tabella 2.4). Tra il 2000 e il 2015, inoltre, la riduzione osservata nei tassi di mortalità in Italia risulta inferiore alla media calcolata su tutti i Paesi osservati (-21,0 ogni 1.000 abitanti in età adulta, a fronte di una media di 31,7 – dato non presente in Tabella), anche in virtù del già modesto valore osservato nel 2000. La mortalità neonatale ci colloca invece al settimo posto, insieme ad Austria e Germania, con 2,1 morti a 28 giorni dalla nascita ogni 1.000 nati vivi. La mortalità nel periodo neonatale dipende prevalentemente da cause biologiche, legate allo stato di salute della madre durante la gestazione, al parto, alla presenza di malformazioni congenite. In questo periodo è significativo il livello di assistenza sanitaria e la disponibilità o meno di adeguati interventi terapeutici, inclusa la medicina prenatale che può limitare l'impatto di questi fattori di rischio.

La riduzione delle morti prevenibili nei primi 5 anni di vita ogni 1.000 nati vivi è uno degli obiettivi fissati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ambito dei *Sustainable Development Goals* (SDG). In Europa, ad oggi, il numero si attesta intorno ai 3-5 per 1.000 nati vivi (con alcune eccezioni positive in Lussemburgo, Finlandia e Norvegia) mentre si registrano tassi più elevati nel continente nordamericano (4,9 e 6,5, rispettivamente in Canada e USA) (Tabella 2.5).

Tabella 2.4 **Mortalità in soggetti adulti (donne e uomini) e mortalità neonatale (1990, 2000, 2015)**

Paesi	Mortalità adulti (15-60) – ogni 1000 abitanti			Mortalità adulti (15-60) – uomini ogni 1000 abitanti			Mortalità adulti (15-60) – donne ogni 1000 abitanti			Mortalità neonatale ogni 1000 nati vivi		
	1990	2000	2015	1990	2000	2015	1990	2000	2015	1990	2000	2015
Austria	114,0	96,0	65,0	154,0	127,0	85,0	74,0	64,0	45,0	4,6	3,1	2,1
Belgio	107,0	101,0	74,0	139,0	132,0	93,0	75,0	69,0	55,0	4,6	3,0	2,2
Danimarca	126,0	102,0	71,0	152,0	125,0	88,0	99,0	79,0	54,0	4,4	3,5	2,5
Finlandia	128,0	105,0	76,0	183,0	145,0	102,0	70,0	63,0	49,0	3,9	2,5	1,3
Francia	115,0	103,0	78,0	162,0	142,0	104,0	67,0	62,0	51,0	3,6	2,8	2,2
Germania	119,0	95,0	68,0	157,0	124,0	87,0	77,0	63,0	47,0	3,4	2,8	2,1
Grecia	87,0	84,0	72,0	117,0	119,0	99,0	56,0	49,0	45,0	9,5	5,6	2,9
Irlanda	108,0	94,0	64,0	134,0	118,0	79,0	81,0	68,0	49,0	4,7	4,0	2,3
Italia	95,0	77,0	56,0	129,0	103,0	70,0	60,0	51,0	42,0	6,4	3,4	2,1
Lussemburgo	121,0	98,0	63,0	160,0	126,0	78,0	79,0	68,0	48,0	4,3	2,4	0,9
Olanda	92,0	84,0	57,0	116,0	101,0	65,0	67,0	67,0	49,0	4,6	3,8	2,4
Portogallo	127,0	110,0	76,0	176,0	155,0	107,0	80,0	66,0	46,0	7,2	3,4	2,0
Spagna	103,0	86,0	56,0	146,0	122,0	74,0	60,0	49,0	38,0	7,1	4,0	2,8
Svezia	90,0	73,0	53,0	114,0	88,0	64,0	66,0	56,0	42,0	3,5	2,3	1,6
Regno Unito	104,0	89,0	69,0	129,0	109,0	85,0	78,0	68,0	54,0	4,5	3,8	2,4
Norvegia	97,0	85,0	59,0	128,0	108,0	73,0	65,0	62,0	44,0	4,0	2,7	1,5
Svizzera	95,0	78,0	49,0	126,0	101,0	61,0	62,0	55,0	37,0	3,9	3,5	2,7
Repubblica Ceca	163,0	126,0	86,0	230,0	173,0	116,0	95,0	77,0	55,0	10,3	3,9	1,8
Repubblica Slovacca	187,0	147,0	109,0	289,0	215,0	155,0	104,0	79,0	63,0	12,5	7,3	4,2
Polonia	184,0	153,0	117,0	263,0	218,0	166,0	102,0	87,0	67,0	11,1	5,8	3,1
Ungheria	219,0	193,0	134,0	305,0	271,0	182,0	133,0	114,0	86,0	13,6	7,0	3,5
U.S.A.	132,0	114,0	103,0	173,0	145,0	128,0	91,0	83,0	77,0	5,8	4,6	3,6
Canada	102,0	82,0	64,0	132,0	102,0	78,0	71,0	61,0	50,0	4,4	3,7	3,2
Brasile	212,0	183,0	142,0	272,0	242,0	191,0	150,0	123,0	93,0	24,3	16,0	8,9
Russia	218,0	307,0	222,0	318,0	443,0	325,0	117,0	158,0	118,0	14,0	12,5	5,0
India	266,0	224,0	181,0	288,0	251,0	216,0	242,0	194,0	142,0	57,4	45,1	27,7
Cina	151,0	115,0	85,0	173,0	132,0	98,0	127,0	97,0	71,0	29,7	21,2	5,5

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2016

Tabella 2.5 Mortalità nei primi 5 anni di vita ogni 1.000 nati vivi (1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015, 1990-2015, 2000-2015 e 2005-2015)

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	Differenza 1990-2015	Differenza 2000-2015	Differenza 2005-2015
Austria	9,5	6,8	5,5	4,9	4,4	3,5	-6,0	-2,0	-1,4
Belgio	10,0	7,6	5,8	5,0	4,5	4,1	-5,9	-1,7	-0,9
Danimarca	8,9	6,5	5,6	4,9	4,0	3,5	-5,4	-2,1	-1,4
Finlandia	6,7	5,2	4,3	3,8	3,0	2,3	-4,4	-2,0	-1,5
Francia	9,0	6,5	5,4	4,6	4,3	4,3	-4,7	-1,1	-0,3
Germania	8,5	6,5	5,4	4,7	4,2	3,7	-4,8	-1,7	-1,0
Grecia	12,6	10,1	7,8	5,5	4,7	4,6	-8,0	-3,2	-0,9
Irlanda	9,2	7,3	7,1	5,2	4,2	3,6	-5,6	-3,5	-1,6
Italia	9,7	7,5	5,5	4,4	4,0	3,5	-6,2	-2,0	-0,9
Lussemburgo	8,8	6,4	4,8	3,5	2,4	1,9	-6,9	-2,9	-1,6
Olanda	8,3	6,9	6,2	5,4	4,4	3,8	-4,5	-2,4	-1,6
Portogallo	14,7	9,7	7,2	4,7	3,9	3,6	-11,1	-3,6	-1,1
Spagna	11,0	8,3	6,5	5,7	4,6	4,1	-6,9	-2,4	-1,6
Svezia	6,9	4,8	4,1	3,6	3,1	3,0	-3,9	-1,1	-0,6
Regno Unito	9,3	7,2	6,6	6,0	5,2	4,2	-5,1	-2,4	-1,8
Norvegia	8,7	5,7	4,9	4,0	3,2	2,6	-6,1	-2,3	-1,4
Svizzera	8,2	6,4	5,6	5,1	4,5	3,9	-4,3	-1,7	-1,2
Repubblica Ceca	14,6	10,2	6,6	5,2	4,1	3,4	-11,2	-3,2	-1,8
Repubblica Slovacca	17,7	14,4	11,7	9,9	8,4	7,3	-10,4	-4,4	-2,6
Polonia	17,3	14,5	9,3	7,6	5,8	5,2	-12,1	-4,1	-2,4
Ungheria	19,1	13,8	11,2	8,3	6,6	5,9	-13,2	-5,3	-2,4
U.S.A.	11,2	9,5	8,4	8,0	7,4	6,5	-4,7	-1,9	-1,5
Canada	8,3	6,9	6,2	6,1	5,6	4,9	-3,4	-1,3	-1,2
Brasile	60,8	46,3	32,0	21,9	16,6	16,4	-44,4	-15,6	-5,5
Russia	26,0	26,4	23,2	16,7	12,0	9,6	-16,4	-13,6	-7,1
India	125,8	108,7	91,2	74,6	59,9	47,7	-78,1	-43,5	-26,9
Cina	53,8	47,5	36,9	24,0	15,7	10,7	-43,1	-26,2	-13,3

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2016

Tabella 2.6 Mortalità per 100.000 abitanti per causa di morte – tasso standardizzato (2015 o ultimo anno disponibile)

Paesi	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Cause esterne di mortalità	Malattie dell'apparato digerente	Sintomi, segni, cause indefinite	Malattie del sistema nervoso	Disturbi mentali e del comportamento	Malattie dell'apparato endocrino	Altro	Tutte le cause	Anno di riferimento
Austria	302,3	203,3	34,6	42,8	26,6	19,4	24,9	14,5	37,4	29,9	735,8	2014
Belgio	206,4	209,7	70,3	51,7	31,5	42,2	35,5	31,4	19,3	47,5	745,6	2014
Brasile	303,6	163,4	129,4	86,3	49,3	60,3	29,5	9,1	65,4	96,0	992,9	2014
Canada	184,4	211,5	61,6	46,2	27,1	6,4	34,7	40,6	26,7	44,2	683,4	2012
Danimarca	189,0	238,2	86,1	33,8	33,7	64,6	32,2	48,9	26,4	41,6	794,3	2014
Finlandia	280,4	177,3	26,3	56,6	36,5	10,5	112,6	33,1	10,2	17,4	761,0	2014
Francia	158,1	204,5	41,8	47,4	27,8	67,0	40,0	25,1	22,7	35,5	670,1	2013
Germania	294,4	207,0	51,1	34,2	35,0	24,2	23,1	32,0	25,8	46,4	773,3	2014
Grecia	288,6	201,7	79,9	28,5	21,9	44,0	17,0	4,2	13,0	48,1	747,1	2014
Irlanda	261,2	233,4	98,1	34,9	28,2	2,7	37,7	34,7	20,7	40,4	792,2	2013
Italia	255,0	214,8	47,9	31,0	27,4	12,9	28,5	18,8	31,5	41,1	708,9	2012
Lussemburgo	211,8	206,5	46,8	43,0	31,0	17,1	27,8	33,5	22,9	34,3	674,7	2014
Norvegia	204,2	202,7	66,5	47,1	21,5	39,6	35,0	41,2	16,7	43,4	718,1	2014
Olanda	203,2	231,9	65,4	39,0	23,3	28,7	39,7	59,5	18,9	50,2	759,6	2015
Polonia	437,7	246,0	52,3	53,9	38,3	71,6	13,2	3,6	18,3	20,3	955,4	2014
Portogallo	234,9	200,7	88,0	38,5	34,4	47,5	26,3	19,0	39,8	48,9	778,3	2014
Regno Unito	213,0	227,1	110,1	32,5	38,5	15,1	34,6	55,8	10,9	38,7	776,4	2013
Repubblica Ceca	453,0	225,3	64,5	52,1	39,4	13,0	26,7	13,7	39,4	38,6	966,0	2015
Repubblica Slovacca	493,5	260,3	57,4	60,3	54,8	24,3	23,9	21,5	20,8	37,5	1054,2	2014
Russia	869,1	211,0	54,4	135,6	62,9	88,2	14,0	3,5	7,2	42,6	1488,7	2011
Spagna	185,4	192,4	68,7	26,8	32,1	13,9	37,0	28,0	20,8	43,5	655,8	2013
Svezia	248,7	193,0	50,4	46,0	23,3	23,8	36,1	47,3	20,3	38,9	727,9	2015
Swizzera	215,6	181,8	41,8	41,1	25,8	26,4	34,3	50,0	17,7	32,9	667,4	2013
U.S.A.	250,8	192,9	81,9	63,7	31,4	9,9	51,4	45,8	35,5	58,1	821,9	2014
Ungheria	566,1	286,3	61,6	56,8	55,9	1,5	15,8	28,6	118,0	29,6	1127,8	2015

Note: per Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Germania, Grecia, Lussemburgo, Portogallo, Norvegia, Repubblica Slovacca, Polonia, U.S.A. e Brasile si fa riferimento all'anno 2014; per Francia, Irlanda, Spagna, Regno Unito e Svizzera all'anno 2013; per Italia, e Canada al 2012; per la Russia al 2011. Non sono presentati dati relativi a India e Cina.

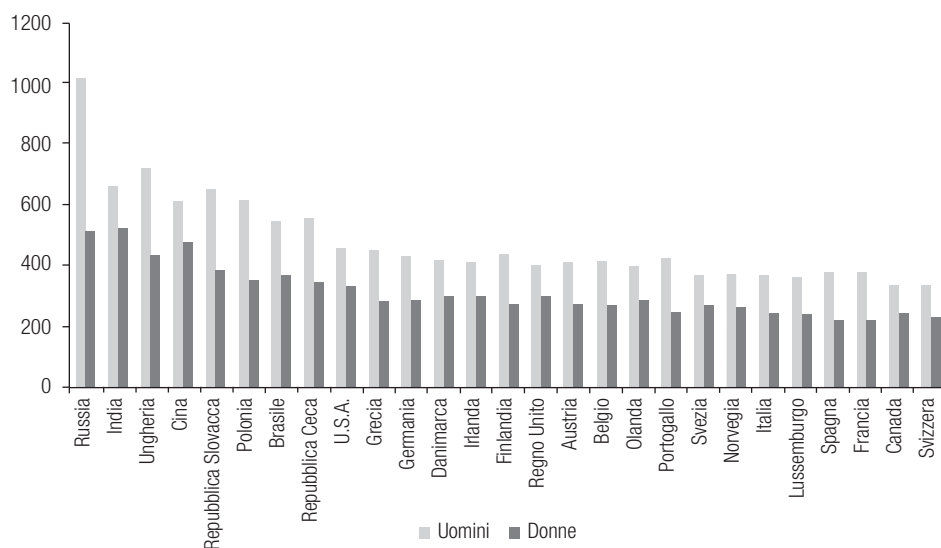
Fonte: Elaborazioni su dati OECD 2017

La riduzione della mortalità per alcune cause specifiche è spesso identificata come obiettivo strategico verso cui tendere nei più importanti documenti di programmazione sanitaria, sia internazionali (WHO) sia nazionali (es. Piano Sanitario Nazionale). Secondo il *Global Burden of Disease Study* (GBD) le malattie cardiovascolari, principalmente malattie ischemiche del miocardio e ictus, rappresentano la causa primaria di riduzione di salute in ogni parte del mondo (Roth *et al.*, 2017). In Tabella 2.6 sono riportati i tassi di mortalità standardizzati per 100.000 abitanti per specifiche cause di morte.

In Italia la mortalità per malattia cardiovascolare (255 per 100.000 abitanti) è superiore a quella per tumori (214,8 per 100.000 abitanti). In realtà i due valori sono in progressivo avvicinamento. Questo fenomeno di convergenza è in gran parte dovuto all'importante riduzione registrata nella mortalità dovuta a malattie del sistema cardiocircolatorio nel corso degli ultimi due decenni. A titolo esemplificativo, si consideri che in Italia nel 1990 il tasso di mortalità per questo tipo di patologie era pari a 469,3 per 100.000 abitanti, a cui corrispondeva una mortalità per neoplasie maligne pari a 264,7 per 100.000 abitanti. Già nel 2006 si registrava, invece, un significativo calo del tasso di mortalità per malattie cardiovascolari (292,6 per 100.000 abitanti; -37,7%) a fronte di una riduzione più contenuta registrata nella mortalità per cause tumorali (226,4 per 100.000 abitanti; -22,6%).

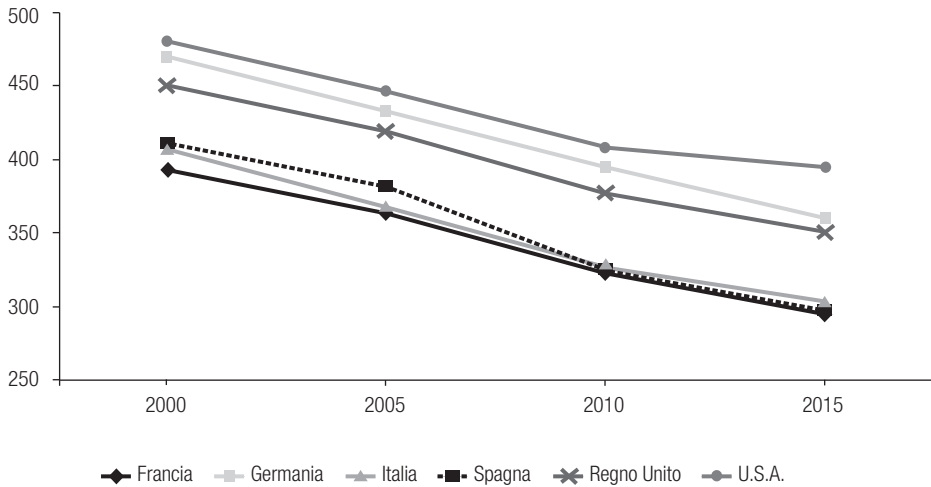
Entrambe le malattie sono tra le cosiddette malattie non trasmissibili (*non communicable diseases*), su cui si sta focalizzando da tempo l'attenzione dei re-

Figura 2.2 **Morti per malattie non trasmissibili ogni 100.000 abitanti (stime standardizzate per età e distinte per genere, 2015)**



Fonte: elaborazioni su dati WHO 2017

Figura 2.3 **Andamento morti per malattie non trasmissibili ogni 100.000 abitanti (stime standardizzate per età) – 2000, 2005, 2010, 2015 – Principali Paesi**



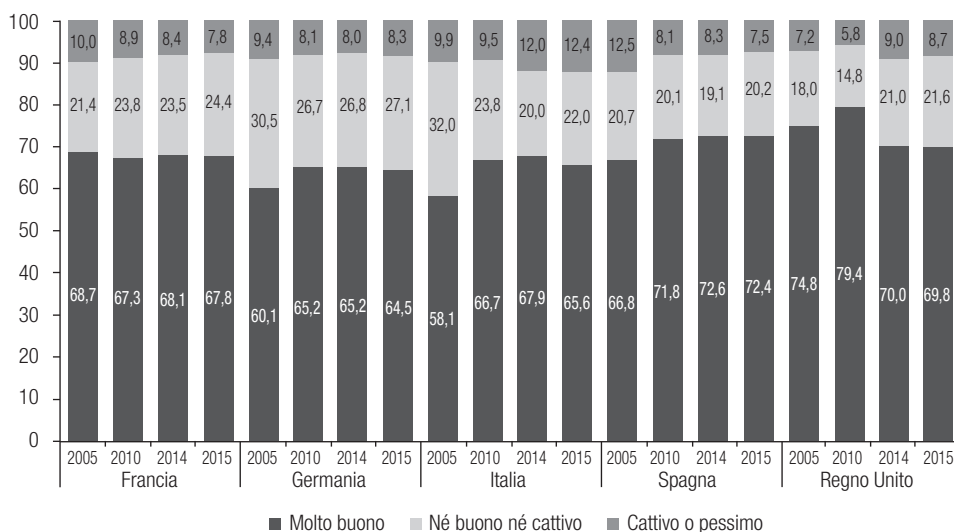
Fonte: elaborazioni su dati WHO 2017

sponsabili di sanità pubblica a livello internazionale, visto che a queste si deve oltre il 70% della mortalità osservata e circa 15 milioni di morti premature all’anno nella fascia di età tra 30 e 69 anni (WHO, 2017). L’80% di queste morti premature sono dovute a malattie cardiovascolari (55%), cancro (28%), malattie respiratorie (12%) e diabete (5%). In Figura 2.2 sono riportati i tassi di mortalità al 2015, standardizzati per età e distinti per genere, per malattie non trasmissibili. In tutti i Paesi, il dato è maggiore per gli uomini rispetto alle donne. Tra il 2000 e il 2015 (Figura 2.3) si è assistito a un trend decrescente della mortalità nei principali Paesi, soprattutto dovuto agli investimenti in prevenzione nelle regioni ad alto reddito.

2.2.2 Percezione dei cittadini circa il proprio stato di salute

A fronte delle statistiche fin qui riportate, quale è invece la percezione espressa dai cittadini rispetto al proprio stato di salute? L’OECD fornisce periodicamente questa informazione sulla base di survey condotte sistematicamente sul territorio comunitario (Figura 2.4). Nell’ultimo biennio disponibile (2014-2015), rispetto ai principali Paesi europei di riferimento, l’Italia è quella che dichiara una percentuale maggiore di rispondenti che percepiscono il proprio stato di salute come «cattivo o pessimo» (12,4% nel 2015), considerevolmente più alta rispetto agli altri Paesi, che invece riportano percentuali tra 7,5% e 8,7%. Si nota, inoltre, come l’Italia sia anche il Paese che fa registrare il differenziale

Figura 2.4 **Percezione del proprio stato di salute: distribuzione nei principali Paesi europei (2012 - 2015)**



Fonte: elaborazioni su dati OECD 2017

più consistente tra 2005 e 2015 per quanto concerne la percezione di un buon stato di salute da parte dei cittadini (+7,5 punti percentuali). Tale importante variazione non è tuttavia da attribuire a una riduzione di chi considera pessimo il proprio stato di salute (addirittura in aumento: +2,5 punti percentuali tra 2015 e 2005), ma a una importante riduzione della «zona grigia» di chi si manteneva neutrale (dal 32,0% del 2005 al 22,0% del 2015). Dunque, sebbene siano molteplici i fattori che possono aver concorso al raggiungimento di tali risultati, è possibile in questa sede constatare come anche a fronte dei cambiamenti introdotti dalle misure di austerità che hanno caratterizzato il SSN negli ultimi anni e delle difficoltà generate dalla congiuntura economica sfavorevole, la percezione generale dello stato di salute da parte della popolazione sembrerebbe registrare un non trascurabile miglioramento.

2.2.3 Il confronto internazionale in sintesi

Nel 2017 Bloomberg ha predisposto il *Global Health Index*, stilando una classifica dei Paesi più «sani»: l'Italia è risultata al primo posto seguita da Islanda, Svizzera e Singapore. In altre parole gli italiani sarebbero i più sani tra gli europei, ma anche più in generale nel mondo. L'indice è stato calcolato tenendo in considerazione l'aspettativa di vita, le cause di morte, i livelli medi di pressione sanguigna, il consumo di tabacco, la malnutrizione e la disponibilità di acqua potabile.

Date le statistiche discusse in questa sezione del capitolo, si è ritenuto opportuno ricorrere a una rappresentazione sintetica e comparativa tra i principali Paesi del campione analizzato. A tal fine, prendendo come anno di riferimento il 2015, sono stati selezionati alcuni degli indicatori presentati in precedenza in base alle indicazioni della comunità internazionale, confluite nel SDG 3^a delle Nazioni Unite. Questa iniziativa fissa un'agenda di obiettivi sfidanti a livello mondiale in termini di indicatori e target con un orizzonte temporale al 2030 e si preoccupa di monitorare le condizioni per una vita «in salute» e il grado di promozione di benessere diffuso per ogni individuo, a tutte le età (UN, 2015). Questi indicatori sono:

- ▶ Aspettativa di vita in salute alla nascita;
- ▶ Aspettativa di vita in salute a 60 anni;
- ▶ Mortalità sotto i 5 anni;
- ▶ Mortalità negli adulti (15-60 anni);
- ▶ Mortalità per malattie non trasmissibili.

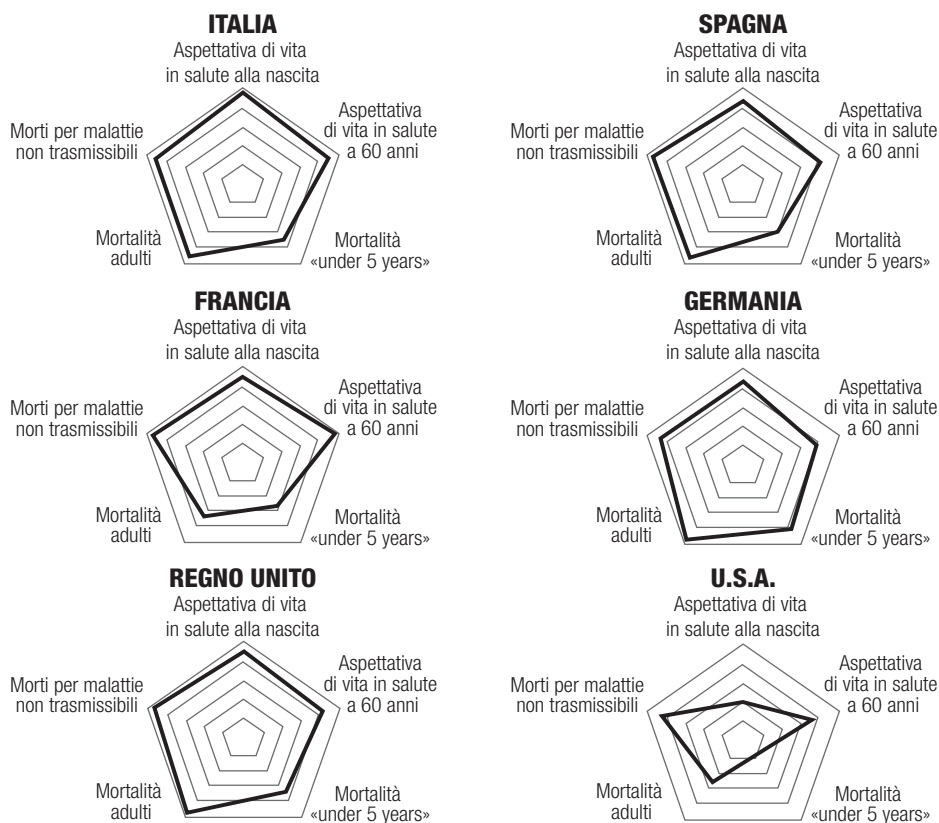
Di questi cinque indicatori, il valore osservato in ciascun Paese è stato standardizzato sulla base del minimo e massimo osservati all'interno del campione, circoscrivendo l'analisi ai soli Paesi OCSE. Ne deriva che per ciascun indicatore il valore osservato per ciascun Paese nella Figura 2.5 varierà tra 0 (corrispondente al valore minimo registrato nel campione per l'indicatore considerato) e 100 (valore massimo)³. La standardizzazione ha altresì tenuto conto della «direzione» dell'osservazione (si consideri ad esempio la mortalità per adulti: ragionevolmente un valore modesto dovrebbe essere associato a una «buona performance» del sistema sanitario, al contrario di quanto accade per l'aspettativa di vita): si segnala dunque che a prescindere dall'indicatore considerato, più il valore registrato si avvicina al vertice di riferimento del pentagono più il sistema sanitario può essere considerato «performante».

Focalizzando l'attenzione su Italia, Spagna, Francia, Germania, Regno Unito e USA, ne deriva l'interessante rappresentazione in Figura 2.5. Il sistema sanitario italiano emerge come estremamente competitivo rispetto alle dimensioni considerate, riportando valori superiori a 90 in ciascuna di esse (fatta eccezione per la mortalità che riguarda i bambini al di sotto dei 5 anni – 70,3 – comunque miglior valore registrato tra i Paesi qui considerati) e mostrando i valori più ele-

³ In particolare, gli obiettivi generali che investono il tema della sanità e che afferiscono al SDG 3 sono individuabili in 9 fattispecie, cui si affiancano 3 dimensioni trasversali. Si rimanda al seguente link per approfondimenti sul tema: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>.

⁴ A titolo esemplificativo si consideri il caso dell'«aspettativa di vita in buona salute alla nascita», facendo riferimento a quanto riportato nella Tabella 2.3: escludendo i Paesi BRIC, il valore minimo registrato in Ungheria (67,4) corrisponde allo «0» della Figura 2.5; viceversa, il valore massimo della Svizzera (73,1) corrisponde al vertice del pentagono e quindi al valore «100». Ad esempio, l'Italia riporta un valore standardizzato particolarmente elevato (94,7) in virtù dell'elevata aspettativa di vita in buona salute registrata (72,8).

Figura 2.5 **Posizionamento dei vari sistemi sanitari rispetto agli indicatori del Sustainable Development Goal 3 (2015)**

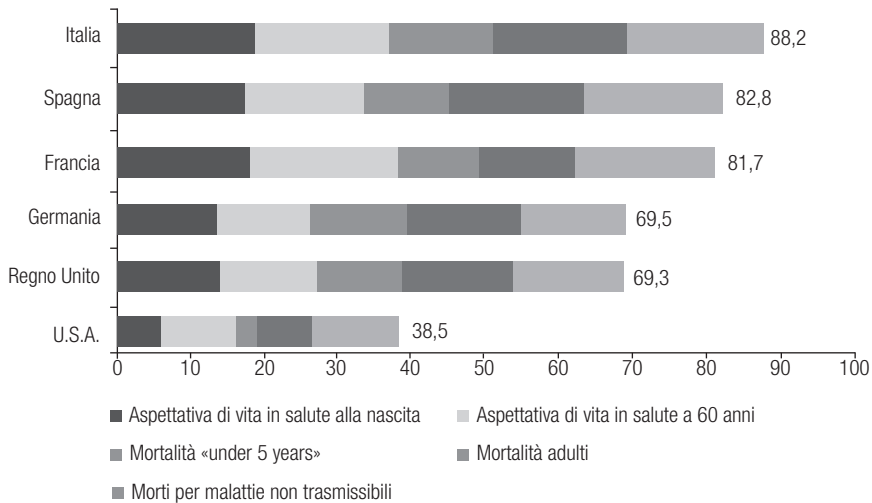


Fonte: elaborazioni degli autori su dati OECD 2017 e WHO 2017

vati tra i principali Paesi per quanto concerne l'aspettativa di vita in buona salute alla nascita (94,7) e tasso di mortalità per adulti (91,8). Guardando invece all'aspettativa di vita in salute a 60 anni e al tasso di mortalità per malattie non trasmissibili, l'Italia riporta valori comunque competitivi (rispettivamente 91,1 e 93,2), inferiori solo alla Francia (100,0 e 96,7). Di converso, gli USA mostrano valori piuttosto contenuti in ognuna delle dimensioni considerate, oscillando tra il 14,8 inerente al tasso di mortalità sotto i 5 anni e il 60,1 nel caso del tasso di mortalità per malattie non trasmissibili. In ciascuna delle 5 dimensioni qui analizzate, gli Stati Uniti fanno registrare i valori peggiori tra i 6 Paesi considerati.

Con un'estrema semplificazione metodologica, inoltre, se si ipotizzasse di assegnare pari valore a ciascuna delle dimensioni considerate e si procedesse alla valorizzazione della media tra i valori osservati, l'Italia risulterebbe il sistema Paese con la migliore performance complessiva, facendo registrare il valore più

Figura 2.6 **Sintesi del confronto dei sistemi sanitari tra Paesi sulla base degli indicatori del Sustainable Development Goal 3 (2015)**



Fonte: elaborazioni degli autori su dati OECD 2017 e WHO 2016

elevato e pari a 88,2 (con 100,0 valore massimo raggiungibile) (Figura 2.6). Di contro, gli USA farebbero registrare il risultato complessivo minore (38,5).

In conclusione, il confronto in prospettiva internazionale non è preoccupante. L'Italia ha in media livelli di speranza di vita e speranza di vita in buona salute, tra i più elevati al mondo e, in maniera speculare, tassi di mortalità relativamente inferiori rispetto ai principali Paesi che si è soliti considerare come *benchmark*. Il confronto internazionale tra sistemi permette di riflettere sulle performance nazionali, di promuovere la trasparenza e ipotizzare riforme sulla base di elementi empirici; tuttavia, va precisato come, in questo e in altri casi, l'operationalizzazione della costruzione di ranking dipende profondamente dal perimetro dei servizi e attività compresi all'interno del sistema sanitario, dalla disponibilità e confrontabilità dei dati, dal complesso di principi e valori inerente il sistema e il Paese in cui esso opera (Papanicolas e Jha, 2017). Le differenze, in alcuni casi molto marcate, tra i Paesi considerati rispetto a questi punti vanno sicuramente tenute in conto per una corretta interpretazioni dei dati.

2.3 Lo stato di salute della popolazione: il contesto nazionale

Il presente paragrafo propone una rappresentazione dello stato di salute della popolazione italiana con confronti temporali, interregionali e, dove possibile, di genere e per fasce d'età.

Le fonti informative considerate sono:

- ▶ ISTAT (*Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile*), con riferimento all'anno 2016;
- ▶ ISTAT (*Iscritti in anagrafe per nascita*), con riferimento all'anno 2015;
- ▶ ISTAT (*Indagine Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana – parte generale*), con riferimento all'anno 2016;
- ▶ ISTAT (*Rilevazione dei cancellati all'anagrafe per decesso*), con riferimento all'anno 2015;
- ▶ ISTAT (*Indagine sulle cause di morte*), con riferimento all'anno 2014;
- ▶ MEV(i) (*Rapporto MEV(i): Mortalità evitabile (con intelligenza), 2017*), con riferimento al triennio 2012-2014;
- ▶ BES (*Rapporto BES: Il benessere equo e sostenibile in Italia, 2016*), con riferimento all'anno 2016.

Vengono esaminati alcuni tra i principali esiti di salute e, in particolare, indicatori di struttura demografica, fecondità, speranza di vita e mortalità. Vengono poi discusse le principali cause di morte, alcuni studi sulla mortalità evitabile (MEV(i), 2017), e i principali fattori di rischio o determinanti non mediche della salute (ISTAT, 2015; 2016).

2.3.1 Struttura demografica

Comprendere la composizione demografica di un Paese è necessario per capire chi sono gli utenti del SSN, le loro caratteristiche e bisogni. Inoltre, essa può altresì essere considerata espressione della qualità dell'assistenza sanitaria ricevuta: migliori cure e un più ampio accesso alle stesse riducono la mortalità e, pertanto, portano a un aumento della popolazione anziana, che vive più a lungo. Nel medio e lungo periodo una popolazione più anziana presumibilmente esprimerà maggiori bisogni di assistenza sanitaria che per essere soddisfatti richiedono una maggiore offerta di servizi sanitari. Se le risorse sono limitate, i sistemi sanitari devono necessariamente rivedere le politiche di allocazione delle stesse per evitare di far fronte a crescenti bisogni della popolazione anziana a scapito di altre fasce della popolazione o, viceversa, al fine di mantenere l'universalità dell'accesso alle cure, assicurando la soddisfazione dei bisogni sanitari di ciascuno. Alcuni trend, inoltre, assumono una rilevanza che va oltre i singoli confini nazionali. Si consideri, a titolo esemplificativo, proprio l'invecchiamento della popolazione: tra 2010 e 2015 la quota di popolazione anziana dei Paesi esaminati nel par. 2.2 è mediamente aumentata di 1,6 punti percentuali (in Italia del 2%). A dati 2015, l'Italia è il Paese con la maggior percentuale di popolazione sopra i 65 anni (22%), seguito da Grecia, Germania, Portogallo e Finlandia (tutti Paesi dove la quota di popolazione anziana supera la soglia del

20%). Ne deriva quindi l'importanza assegnata alla composizione demografica all'interno del presente paragrafo dove verrà esaminata con specifico riferimento al nostro Paese. La Tabella 2.7 ne sintetizza alcune rilevanti dimensioni.

La popolazione italiana è diversamente distribuita tra le 21 regioni italiane: le regioni più popolate sono Lombardia, Lazio, Campania e Sicilia, tutte al di sopra dei 5 milioni di abitanti. Le meno popolate sono, invece, Molise, PA Bolzano, Trento, e Umbria.

La PA di Bolzano (16,0%), Campania (15,2%), la PA di Trento (14,8%), Sicilia (14,3%) e Lombardia (14,1%) hanno un tasso di popolazione infantile, tra 0 e 14 anni, maggiore rispetto alla media italiana (13,7%). Di converso, Liguria (28,2%), Friuli Venezia Giulia (25,5%), Toscana (24,9%), Umbria (24,8%), Piemonte (24,8%) e Marche (24,0%) sono invece le regioni con il più elevato tasso di popolazione anziana, decisamente superiore alla media italiana (22,0%). L'indice di vecchiaia è in media di 161, con delle punte superiori a 200 in Liguria (245), Friuli Venezia Giulia (206) e Molise (202). In tutte le regioni italiane, eccetto la Calabria, l'indice di dipendenza strutturale supera il 50%, a significare che la popolazione adulta (15-64 anni) è in tutte le regioni inferiore alla somma tra la popolazione infantile e anziana e, dunque, l'incidenza della parte di popolazione cosiddetta «inattiva» assume valori considerevoli lungo tutta la penisola. L'età media in Italia si attesta a 45,7 anni. I tassi di crescita della popolazione per 1.000 abitanti sono negativi per la maggior parte delle regioni italiane, fatta eccezione per la PA di Bolzano, Veneto, PA di Trento e Lombardia. Il tasso di crescita utilizza il saldo totale dell'anno, pertanto fenomeni di immigrazione che caratterizzano alcune regioni più di altre si sommano ai cambiamenti demografici della popolazione locale, considerati dal saldo naturale.

Come è noto, la composizione demografica di un Paese è il risultato di molteplici fattori, i più immediati dei quali sono rappresentati dal *tasso di fecondità*, dalla *speranza di vita*, e dalla *mortalità*.

La *fecondità* varia nelle diverse regioni italiane e tra madri italiane e straniere (Tabella 2.8). In tutte le regioni, il tasso di fecondità è più basso per le madri italiane, con età media delle madri al parto più alta. Nelle PA di Bolzano e Trento il tasso di fecondità è più alto rispetto al resto dell'Italia, sia per le madri italiane (rispettivamente 1,62 e 1,44 figli) sia straniere (2,42; 2,25 figli); Campania, Sicilia e Puglia presentano un tasso maggiore per le madri italiane rispetto alle altre regioni; mentre le madri straniere mostrano tassi di fecondità più elevati in Lombardia (2,14), Emilia Romagna (2,08) e Sicilia (2,01 figli). Questi dati si prestano ad approfondimenti circa dinamiche sociali, culturali, occupazionali e di welfare in corso a livello delle diverse regioni, che esulano però dall'obiettivo del presente capitolo.

La *speranza di vita* alla nascita in Italia è tra più le più alte a livello internazionale (§ 2.2). La speranza di vita alla nascita per le donne è mediamente

Tabella 2.7 Indicatori di struttura demografica, per regione (1 gennaio 2016)

Regioni	Abitanti	% 0-14 anni	% 65+	Età media	Indice di dipendenza strutturale (1)	Tasso di crescita per 1.000 ab. (2)	Indice di vecchiaia (3)
Piemonte	4.404.246	12,8%	24,8%	46,4	60,2	-4,6	193,7
Vale d'Aosta	127.329	13,7%	22,8%	45,3	57,6	-7,6	166,7
Lombardia	10.008.349	14,1%	21,9%	44,6	56,2	0,6	155,7
PA Bolzano	520.891	16,0%	19,1%	42,3	54,1	4,6	119,9
PA Trento	538.223	14,8%	21,1%	43,9	56,1	1,5	142,1
Veneto	4.915.123	13,8%	22,0%	43,1	55,8	3,0	159,2
Friuli-Venezia Giulia	1.221.218	12,4%	25,5%	44,8	61,0	-2,5	204,7
Liguria	1.571.053	11,5%	28,2%	46,9	65,8	-4,8	246,5
Emilia-Romagna	4.448.146	13,4%	23,6%	48,5	58,8	-7,7	175,6
Toscana	3.744.398	12,8%	24,9%	45,7	60,4	-0,5	195,4
Umbria	891.181	12,9%	24,8%	46,5	60,5	-2,2	192,4
Marche	1.543.752	13,1%	24,0%	46,3	59,0	-4,0	183,9
Lazio	5.888.472	13,7%	21,0%	45,9	53,1	-4,6	152,9
Abruzzo	1.326.513	12,7%	22,9%	44,3	55,5	-0,7	180,1
Molise	312.027	11,7%	23,6%	45,4	54,7	-3,8	201,4
Campania	5.850.850	15,2%	17,9%	46,0	49,4	-4,2	117,3
Puglia	4.077.166	13,8%	20,9%	41,7	53,2	-1,8	151,5
Basilicata	573.694	12,5%	21,9%	43,7	52,5	-3,2	175,7
Calabria	1.970.521	13,6%	20,5%	44,9	51,9	-5,1	150,8
Sicilia	5.074.261	14,3%	20,2%	43,6	52,6	-3,1	141,3
Sardegna	1.658.138	11,8%	22,1%	43,1	51,2	-3,5	187,9
ITALIA	60.665.551	13,7%	22,0%	45,7	55,5	-3,1	161,4

(1) Calcolato come rapporto tra la somma della popolazione anziana e infantile al numeratore, la popolazione adulta (15-64 anni) al denominatore, moltiplicato per 100.

(2) Calcolato come rapporto tra il saldo totale dell'anno e la popolazione media, moltiplicato per 1.000. Il saldo totale di un territorio, a sua volta, è calcolato come la somma del saldo naturale (differenza tra nascite e morti), del saldo migratorio per trasferimento/cancellazione di residenza e del saldo per altri motivi. Il dato è calcolato con riferimento all'anno solare 2015 (gennaio-dicembre).

(3) Calcolato come rapporto tra la quota di popolazione over65 e la quota di popolazione under15, moltiplicato per 100.

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT 2017

Tabella 2.8 **Tasso di fecondità ed età media delle madri al parto per regione di residenza e per cittadinanza della madre (2015)**

Regione	Tasso di fecondità totale			Età media delle madri al parto		
	Italiani	Stranieri	Totale	Italiane	Straniere	Totale
Piemonte	1,25	1,90	1,36	32,5	28,9	31,7
Valle d'Aosta	1,33	1,98	1,40	32,1	29,1	31,6
Lombardia	1,29	2,14	1,44	32,8	28,9	31,8
PA Bolzano	1,62	2,42	1,70	32,1	28,9	31,6
PA Trento	1,44	2,25	1,56	32,4	28,9	31,7
Veneto	1,25	2,01	1,38	32,8	28,9	31,9
Friuli-Venezia Giulia	1,21	1,90	1,32	32,6	28,8	31,8
Liguria	1,17	1,96	1,30	32,8	28,6	31,8
Emilia-Romagna	1,24	2,08	1,42	32,6	28,9	31,6
Toscana	1,19	1,81	1,30	32,9	28,4	31,9
Umbria	1,18	1,67	1,27	32,5	28,4	31,6
Marche	1,25	1,82	1,33	32,7	28,6	31,9
Lazio	1,28	1,66	1,32	32,8	28,7	32,1
Abruzzo	1,22	1,81	1,28	32,6	28,2	32,0
Molise	1,15	1,62	1,17	32,7	28,2	32,3
Campania	1,33	1,73	1,34	31,3	28,1	31,2
Puglia	1,22	1,90	1,24	31,8	27,6	31,6
Basilicata	1,14	1,95	1,17	32,6	27,2	32,2
Calabria	1,27	1,72	1,29	31,7	28,1	31,4
Sicilia	1,33	2,01	1,35	31,1	27,8	30,9
Sardegna	1,07	1,70	1,09	32,6	28,5	32,4
ITALIA	1,27	1,94	1,35	32,3	28,7	31,7

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT 2017

più alta che per gli uomini in tutte le regioni italiane e il fenomeno risulta costante negli anni (Tabella 2.9). Le oscillazioni sono piuttosto contenute: le PA di Trento e Bolzano sono le regioni con la maggiore aspettativa di vita alla nascita (nel 2016, 86,4 per le donne e 81,2 per gli uomini, a Trento; 86,1 e 81,3 a Bolzano), mentre la Campania è la regione in cui risulta essere più contenuta (83,5 per le donne, 78,9 per gli uomini nel 2016), seguita dalla Sicilia (83,9 per le donne, 79,8 per gli uomini). Come è noto, inoltre, la speranza di vita non è soltanto correlata a fattori di salute. Ad esempio, alcuni studi hanno messo in relazione la speranza di vita con il livello di istruzione. Nel 2012 possessori di laurea o titolo superiore mostravano la maggiore speranza di vita a tutte le età. Inoltre, la speranza di vita decresce per livelli di istruzione inferiori, con i valori più bassi registrati per chi non possiede alcun titolo o, al massimo, la sola licenza elementare (ISTAT, 2012). L'aspettativa di vita a 65 anni rispecchia i dati appena osservati, con livelli abbastanza omogenei a livello Paese, centrati su 20,3 anni nel 2015. Di questi, tuttavia, soltanto meno della metà

Tabella 2.9 **Speranza di vita alla nascita, per regione e genere (2013-2016)**

Regione	Speranza di vita alla nascita – donne				Speranza di vita alla nascita – uomini				Speranza di vita alla nascita - totale				
	2013	2014	2015	2016*	2013	2014	2015	2016*	2013	2014	2015	2016*	
Piemonte	84,6	85,0	84,5	85,0	79,7	80,2	79,9	80,5	82,1	82,5	82,1	82,5	82,1
Valle d'Aosta	84,6	84,6	83,6	84,6	79,7	79,7	78,8	79,4	82,1	82,1	81,1	82,1	81,1
Lombardia	85,1	85,5	85,1	85,6	80,3	80,8	80,6	81,1	82,6	83,1	82,8	83,1	82,8
PA Bozzano	85,6	85,5	85,7	86,1	80,8	81,2	80,8	81,3	83,1	83,3	83,2	83,3	83,2
PA Trento	85,8	86,1	85,8	86,4	80,8	81,3	81,2	81,2	83,2	83,6	83,5	83,6	83,5
Veneto	85,3	85,7	85,3	85,7	80,3	80,8	80,7	81,0	82,7	83,1	82,9	83,1	82,9
Friuli Venezia Giulia	84,7	85,1	85,0	85,4	79,5	80,1	79,9	80,3	82,0	82,6	82,4	82,6	82,4
Liguria	84,5	85,0	84,6	85,1	79,5	80,1	79,9	80,5	81,9	82,5	82,2	82,5	82,2
Emilia-Romagna	85,1	85,4	85,0	85,3	80,5	81,0	80,9	81,2	82,8	83,1	82,9	83,1	82,9
Toscana	85,1	85,5	85,1	85,6	80,5	81,0	80,6	81,2	82,7	83,2	82,8	83,2	82,8
Umbria	85,3	85,6	85,3	85,8	80,3	80,9	80,6	81,2	82,7	83,2	82,9	83,2	82,9
Marche	85,5	85,7	85,3	85,9	80,7	81,0	80,7	81,2	83,0	83,3	83,0	83,3	83,0
Lazio	84,2	84,7	84,5	85,0	79,5	80,0	80,1	80,6	81,8	82,3	82,2	82,3	82,2
Abruzzo	84,8	85,1	84,6	85,2	79,8	80,2	80,2	80,7	82,2	82,6	82,3	82,2	82,3
Molise	84,6	84,9	84,8	85,4	79,7	79,7	79,6	80,1	82,1	82,3	82,1	82,3	82,1
Campania	83,0	83,3	82,8	83,5	78,1	78,5	78,3	78,9	80,5	80,9	80,5	80,5	80,5
Puglia	84,6	84,9	84,5	85,1	80,2	80,5	80,3	80,9	82,3	82,6	82,4	82,3	82,4
Basilicata	84,7	84,9	84,4	84,9	79,5	79,9	79,7	80,3	82,0	82,4	82,0	82,0	82,0
Calabria	84,3	84,6	84,3	84,7	79,4	79,6	79,6	80,0	81,8	82,0	81,9	82,0	81,9
Sicilia	83,4	83,8	83,4	83,9	79,0	79,5	79,4	79,8	81,2	81,6	81,3	81,2	81,3
Sardegna	85,0	85,3	84,8	85,3	79,2	79,7	79,8	80,2	82,0	82,4	82,2	82,0	82,2
ITALIA	84,6	85,0	84,6	85,1	79,8	80,3	80,1	80,6	82,2	82,6	82,2	82,2	82,3

* Valore stimato dal Sistema nowcast per indicatori demografici ISTAT. Non è disponibile la stima della speranza di vita complessiva per l'anno 2016.

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT 2017

Tabella 2.10 **Speranza di vita in buona salute alla nascita e speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni (2015)**

Regione	Speranza di vita in buona salute alla nascita	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni
Piemonte	58,3	10,9
Valle d'Aosta	60,2	8,8
Lombardia	59,1	11,4
PA Bolzano	70,1	11,0
PA Trento	65,2	10,5
Veneto	59,5	10,7
Friuli Venezia Giulia	60,2	11,0
Liguria	59,0	10,0
Emilia Romagna	60,9	9,8
Toscana	60,4	11,3
Umbria	59,6	10,9
Marche	58,9	8,7
Lazio	57,6	9,6
Abruzzo	58,5	9,4
Molise	56,3	9,7
Campania	56,1	6,8
Puglia	57,2	8,7
Basilicata	57,3	9,4
Calabria	50,2	7,7
Sicilia	56,5	7,4
Sardegna	54,8	9,2
ITALIA	58,3	9,7

Fonte: Rapporto BES 2016

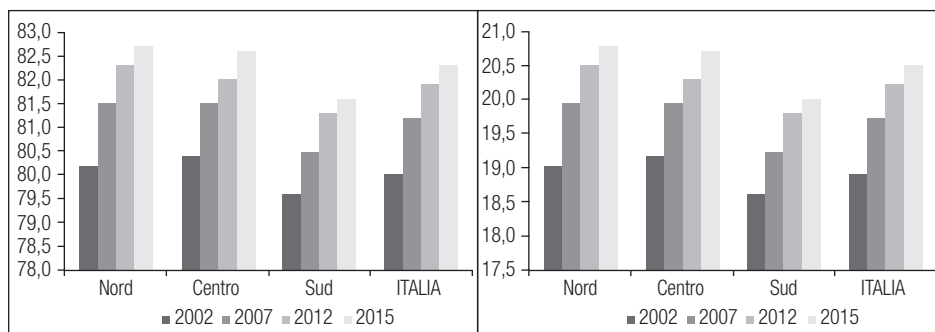
(9,7) saranno mediamente trascorsi senza limitazioni nelle attività quotidiane⁵ a causa dell'aumento dell'incidenza di malattie, prevalentemente croniche, legato all'invecchiamento. Complessivamente, la speranza di vita in buona salute⁶ alla nascita nel nostro Paese è in media di 58 anni, con differenze tuttavia considerevoli tra le regioni: da 50,2 anni in Calabria a 70,1 nella PA di Bolzano (Tabella 2.10).

Il trend temporale e per macroaree geografiche è riportato in Figura 2.7. Si nota come la speranza di vita alla nascita sia più alta al Nord e più bassa al Sud.

⁵ La rilevazione qui presentata differisce da quanto riportato nella Tabella 2.3 in virtù del diverso metodo di stima utilizzato da BES e WHO. In particolare, il BES stima i valori a partire dalla prevalenza di individui che rispondono positivamente («bene» o «molto bene») alla domanda sulla salute percepita nell'ambito dell'indagine ISTAT «Aspetti della vita quotidiana». Per quanto concerne il metodo di stima adottato dal WHO, invece, si rimanda alla Tabella 2.3 del presente capitolo.

⁶ Coerentemente a quanto segnalato nella nota precedente, anche la «speranza di vita in buona salute alla nascita» differisce da quanto presentato nella Tabella 2.3, in virtù della diversa metodologia adottata da BES e WHO e descritta in precedenza.

Figura 2.7 **Speranza di vita alla nascita e speranza di vita a 65 anni, per macroarea geografica (2013-2015)**



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT 2017

Si è registrato in tutte le aree un aumento della speranza di vita alla nascita tra il 2013 e il 2014, e una successiva riduzione nel 2015 che ha riportato i valori poco sopra i livelli del 2013. Lo stesso andamento è confermato per la speranza di vita a 65 anni; considerando tale indicatore, al Sud si registra un valore per il 2015 inferiore rispetto a quello registrato nel 2013. Tale evidenza non appare comunque drammatica, specialmente alla luce del deciso e costante miglioramento osservato nei valori dei due indicatori in tutte le aree del Paese a partire da inizio secolo. Cionondimeno, è possibile verificare l'esistenza di «differenti velocità» nel trend positivo appena citato: tra 2015 e 2002, al Sud si osserva un aumento della speranza di vita alla nascita di 2 anni e un aumento della speranza di vita a 65 anni di 1,3 anni; nello stesso arco temporale, al Nord si registrano rispettivamente un aumento di 2,5 anni e di 1,4 anni. Più omogeneo, invece, appare il contesto nazionale se si considera il periodo 2007-2015, dove si registra un miglioramento più marcato al Sud della speranza di vita a 65 anni (+0,7 anni, contro il +0,6 delle regioni settentrionali) e un differenziale contenuto per quanto concerne la speranza di vita alla nascita (+1,2 al Nord e +1,1 al Sud).

Se l'altra faccia dell'aspettativa di vita è la mortalità (Tabella 2.11), non sorprende osservare come i tassi per 1.000 abitanti per regione siano in linea con quelli in Tabella 2.9. Nel 2016 si registra il maggiore tasso di mortalità per 1.000 abitanti in Liguria (13,2), Friuli Venezia Giulia (11,6), Molise e Piemonte (11,4); il minore tasso di mortalità si osserva nella PA di Bolzano (7,9), Puglia (9,0) e nella PA di Trento (9,1).

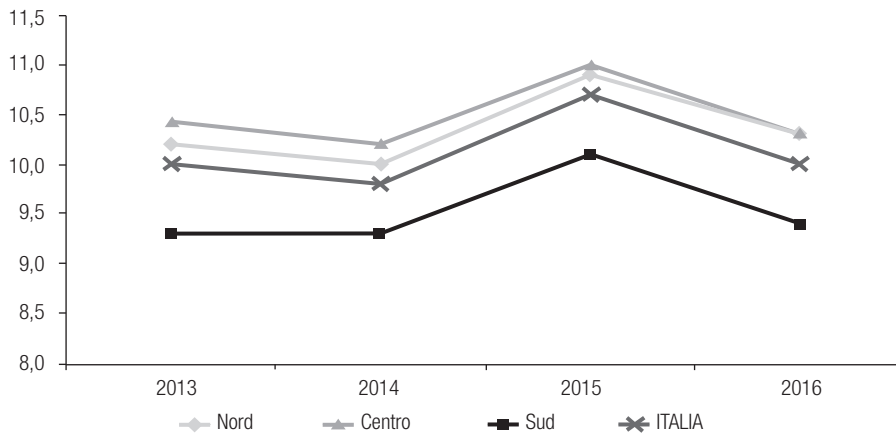
La Figura 2.8 mostra il tasso di mortalità aggregato per macro-area geografica relativo agli ultimi 4 anni. Si nota un trend comune a tutte le aree. Come anticipato nell'introduzione, il 2015 ha registrato un aumento significativo e inatteso della mortalità in tutte le aree. Gli esperti hanno attribuito questa variazione

Tabella 2.11 **Tasso di mortalità per 1.000 abitanti, per Regione (2013-2016)**

Tasso di mortalità (per 1.000 abitanti)				
Regione	2013	2014	2015	2016
Piemonte	11,4	11,2	12,3	11,4
Valle d'Aosta	10,0	10,0	11,8	10,9
Lombardia	9,2	9,1	9,9	9,3
PA Bolzano	7,9	8,0	8,4	7,9
PA Trento	9,1	8,9	9,4	9,1
Veneto	9,4	9,3	10,1	9,8
Friuli-Venezia Giulia	11,6	11,2	12,1	11,6
Liguria	13,7	13,0	14,2	13,2
Emilia-Romagna	10,8	10,7	11,6	11,0
Toscana	11,3	11,1	12,1	11,2
Umbria	11,4	11,1	12,1	11,2
Marche	10,9	10,8	11,8	11,0
Lazio	9,5	9,3	9,9	9,5
Abruzzo	10,9	10,8	11,6	10,9
Molise	11,3	11,3	12,4	11,4
Campania	9,0	8,8	9,7	8,9
Puglia	8,8	9,0	9,7	9,0
Basilicata	10,3	10,3	11,2	10,6
Calabria	9,5	9,7	10,3	9,7
Sicilia	9,8	9,8	10,4	9,9
Sardegna	9,2	9,3	10,0	9,6
ITALIA	10,0	9,8	10,7	10,0

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT 2017

Figura 2.8 **Tasso di mortalità per 1.000 abitanti, per macroarea geografica (2013-2016)**



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT 2017

a un'epidemia di influenza molto aggressiva nella stagione invernale, aggravata da livelli relativamente bassi di vaccinazione antinfluenzale nella popolazione anziana, unita a temperature particolarmente elevate nella stagione estiva (Michelozzi *et al.*, 2016). Altre possibili motivazioni sono attualmente in esame. Nel 2016, invece, il dato è tornato pressoché ai valori del 2013: 10 per 1.000 abitanti a livello Paese; 10,3 al Nord e Centro; 9,4 al Sud.

2.3.2 Principali cause di morte

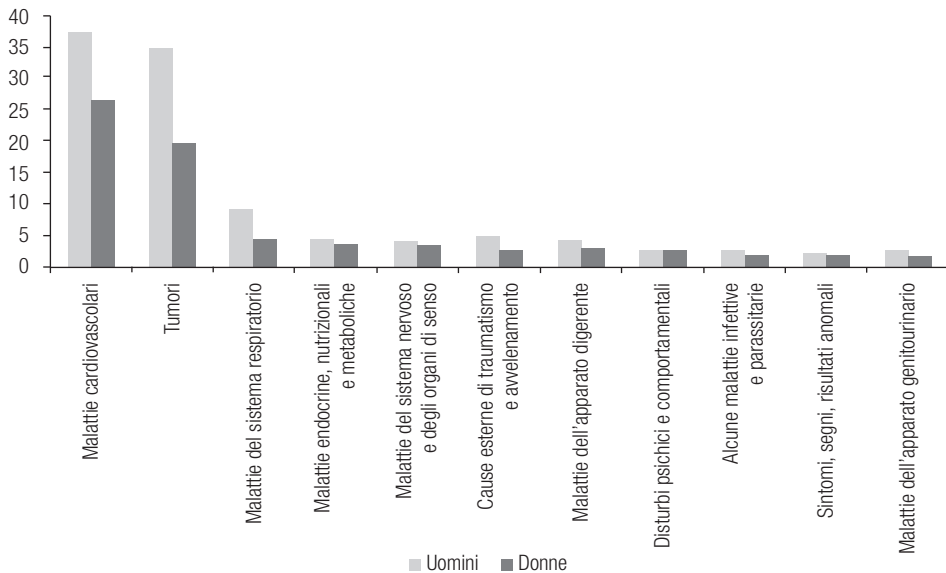
Dopo aver presentato i principali indici epidemiologici e di struttura demografica, in questa sezione focalizziamo l'attenzione sui principali nemici della salute pubblica nel nostro Paese. La Tabella 2.12 presenta le più frequenti cause di morte (ISTAT, 2016). I dati sono in linea con quelli registrati a livello internazionale e illustrati in precedenza (§ 2.2.1). Le patologie più diffuse e principalmente responsabili della mortalità in Italia sono (i) le malattie cardiovascolari e (ii) i tumori. Seguono, con tassi standardizzati di mortalità di molto inferiori, (iii) malattie dell'apparato respiratorio, (iv) malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche e (v) patologie che colpiscono il sistema nervoso e gli organi di senso. Il dettaglio per fascia d'età rivela come nella popolazione giovane e adulta fino a 64 anni, quindi nelle fasce produttive della popolazione, i tumori

Tabella 2.12 **Cause di morte: gli eventi più frequenti – tasso standardizzato di mortalità per 10.000 ab. per fascia d'età (2014)**

Cause	Tasso per 10.000 abitanti
Malattie del sistema circolatorio	30,98
Tumori	25,80
Malattie del sistema respiratorio	5,83
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	3,70
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	3,42
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	3,29
Malattie dell'apparato digerente	3,21
Disturbi psichici e comportamentali	2,46
Alcune malattie infettive e parassitarie	1,86
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	1,71
Malattie dell'apparato genitourinario	1,68
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,45
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,41
Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	0,21
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	0,17
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	0,16
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0,00

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT 2016

Figura 2.9 **Cause di morte: gli eventi più frequenti – tasso standardizzato di mortalità per 10.000 abitanti, per genere (2014)**



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT 2016

rappresentino la principale causa di morte. Abbiamo ormai evidenziato come il genere influenzi la gran parte degli indicatori epidemiologici. Le donne hanno da sempre un vantaggio in termini di sopravvivenza rispetto agli uomini, dai quali si distinguono anche per una maggiore propensione alla prevenzione e agli stili di vita più salutari, sebbene nel tempo però le differenze tendano ad assottigliarsi, consentendo agli uomini di recuperare una parte del divario di genere. Anche per i tassi standardizzati di mortalità esistono delle differenze evidenti tra uomini e donne soprattutto relativamente alle due cause principali di morte (Figura 2.9).

Sempre con riferimento alle cinque principali cause di morte, analizzando il tasso standardizzato di mortalità (Tabella 2.13), emergono alcune importanti differenze interregionali: ad esempio la Campania nel 2014 presentava un tasso di 41,2 morti per 10.000 abitanti per malattie del sistema cardiocircolatorio, rispetto alla media nazionale di 31,0 morti per 10.000 abitanti. Nello stesso anno, Calabria e Lombardia presentavano un tasso di mortalità per tumori (27,32 e 27,26) maggiore rispetto alle altre regioni italiane e alla media nazionale (25,80). Per il fenomeno dei rischi concorrenti, altre cause di morte emergono nelle regioni con tassi standardizzati di mortalità minori per malattie cardiovascolari e/o oncologiche. Si osservino ad esempio gli elevati tassi di mortalità per malattie del sistema respiratorio rispetto alla media nazionale in Valle d'Aosta

Tabella 2.13 **Cause di morte: i 5 eventi più frequenti – tasso standardizzato di mortalità per 10.000 ab. per Regione (2014)**

Regione	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema respiratorio	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso
Piemonte	30,8	26,3	6,4	3,1	3,5
Valle d'Aosta	27,4	26,4	7,2	2,8	1,7
Lombardia	27,3	27,3	5,8	2,6	3,8
Trentino Alto Adige	27,0	24,3	5,6	2,1	3,5
Veneto	28,5	25,3	5,4	3,1	3,3
Friuli-Venezia Giulia	27,9	26,8	6,4	2,8	2,7
Liguria	29,7	25,7	5,5	3,4	4,1
Emilia-Romagna	27,7	26,2	5,8	3,1	3,0
Toscana	28,1	25,3	5,7	3,3	3,6
Umbria	29,6	23,3	5,6	2,8	3,2
Marche	29,0	24,1	5,6	2,7	3,8
Lazio	31,8	26,9	5,9	3,9	3,2
Abruzzo	33,5	23,2	5,6	4,1	4,0
Molise	36,8	22,2	4,7	4,1	3,1
Campania	41,2	27,3	6,0	5,9	2,9
Puglia	31,5	24,3	5,9	4,8	3,8
Basilicata	34,4	22,8	6,0	5,2	3,1
Calabria	37,3	22,3	5,2	5,3	2,7
Sicilia	37,7	24,4	5,9	5,6	3,3
Sardegna	26,0	26,2	5,8	3,3	3,9
ITALIA	31,0	25,8	5,8	3,7	3,4

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT 2016

(7,2 per 10.000 abitanti) e Friuli Venezia Giulia (6,4), a fronte di contenuti tassi di mortalità per patologie cardiovascolari (rispettivamente 27,4 e 27,9); o ancora all'elevato tasso di mortalità per malattie afferenti al sistema endocrino registrato in Sicilia (5,6 per 10.000 abitanti), a fronte di un tasso di mortalità per patologie oncologiche al di sotto della media nazionale (24,4).

2.3.3 Fattori di rischio

I dati sulla speranza di vita e mortalità appena esposti dipendono dalla distribuzione nella popolazione di fattori di rischio e di protezione della salute più o meno noti. In questa sezione ne presentiamo alcuni, con lo scopo di evidenziare possibili differenze nei comportamenti e stili di vita tra le diverse regioni, tra uomini e donne, in diverse fasce d'età. Utilizzando i dati dell'analisi condotta annualmente da ISTAT, nell'«*Indagine multiscopo sulle famiglie*», si presentano di seguito per regioni, sesso e fasce di età indicatori su:

Tabella 2.14 **Indicatori relativi a fattori di rischio o protezione della salute, per regione (2016)**

Regione	Fumo	Alcool	Sovrappeso	Sedentarietà	Alimentazione
Piemonte	20,0	30,9	31,8	32,6	5,9
Valle d'Aosta	19,8	43,7	31,7	31,8	4,4
Lombardia	20,3	34,6	33,1	30,6	5,8
PA Bolzano	18,5	53,3	31,6	13,6	6,7
PA Trento	16,2	43,4	29,9	17,4	8,9
Veneto	16,2	36,6	34,8	26,1	6,7
Friuli Venezia Giulia	19,3	45,8	35,3	26,2	6,3
Liguria	20,7	33,5	34,9	38,3	4,8
Emilia Romagna	20,3	33,5	35,3	31,9	6,7
Toscana	20,3	26,9	36,8	33,1	6,9
Umbria	22,8	27,1	37,6	38,7	7,4
Marche	18,8	29,4	36,4	32,9	4,4
Lazio	21,2	26,3	33,4	40,6	7,3
Abruzzo	19,7	29,8	38,1	40,3	3,9
Molise	20,0	28,3	39,8	52,5	4,9
Campania	23,4	18,4	39,3	56,9	4,4
Puglia	17,6	22,9	37,4	50,6	3,1
Basilicata	21,5	26,1	40,6	50,4	4,3
Calabria	15,9	22,4	40,4	53,4	3,1
Sicilia	19,6	21,2	38,2	58,4	3,9
Sardegna	17,7	32,8	33,6	34,7	6,8
ITALIA	19,8	29,2	35,5	39,2	5,6

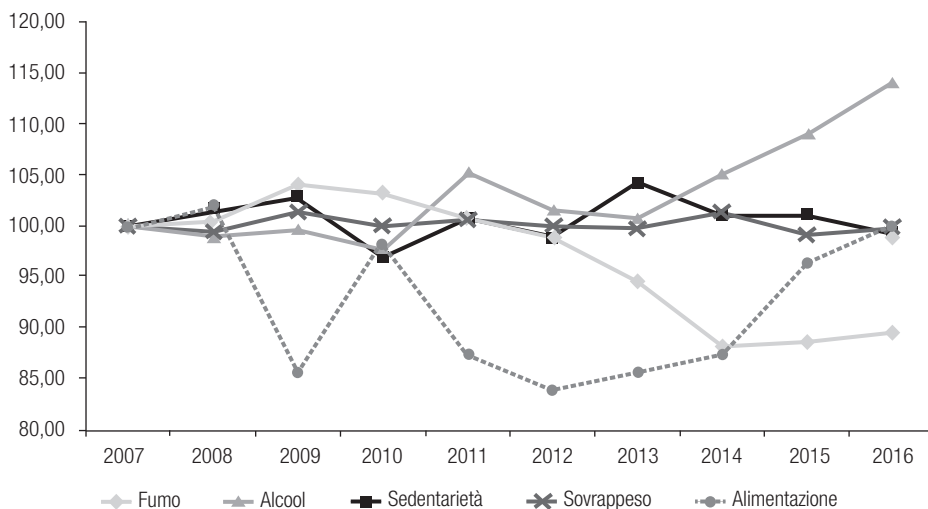
Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT 2017. Fumo: percentuale di intervistati che si dichiarano fumatori; alcool: percentuale di intervistati sopra gli 11 anni che dichiarano di consumare alcool fuori dai pasti; sovrappeso: percentuale di intervistati in sovrappeso sulla base dell'IMC derivante dalle risposte al questionario; sedentarietà: percentuale di intervistati che hanno dichiarato di non svolgere alcuna attività fisica; e alimentazione: percentuale di persone che consumano almeno cinque porzioni di ortaggi, frutta o verdura al giorno.

- ▶ fumo;
- ▶ consumo di alcool;
- ▶ sovrappeso;
- ▶ sedentarietà;
- ▶ abitudini alimentari.

Nello specifico, si considerano i dati più recenti (2016) e il trend registrato negli ultimi 10 anni disponibili (rispettivamente Tabella 2.14 e Figura 2.10).

L'autodichiarazione circa gli stili di vita e consumo potrebbe non essere oggettiva e sottostimare alcuni comportamenti (consumo di fumo e alcool,

Figura 2.10 **Variazioni relative rispetto al 2007 dei fattori di rischio o protezione della salute, serie storica 2007-2016**



Note: il valore 100 rappresenta il valore «iniziale» registrato per ciascun fattore di rischio e relativo all'anno 2007. Scostamenti da tale valore sono da intendersi in termini percentuali (es. il valore relativo all'alcol registrato nel 2016 equivale a un +14% rispetto al valore osservato nel 2007).

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT 2017.

scorretta alimentazione o scarsa nutrizione) oppure sovrastimarne altri come l'attività fisica. Tuttavia, osservando questi dati, si notano alcuni fenomeni che, almeno in termini relativi, presentano alcune significative differenze tra regioni, sesso e fasce di età. Non emergono invece differenze rilevanti tra le diverse macroaree geografiche del Paese se si guarda all'andamento dei diversi indicatori nel decennio considerato.

La *sedentarietà* sembra essere il più diffuso fattore di rischio in Italia. Nel 2016, il 39,2% degli italiani dichiara di non svolgere alcuna attività fisica, ma la situazione varia tra le diverse regioni. Le regioni dove si registra il più alto tasso di sedentarietà si trovano al Sud: Sicilia (58,4%), Campania (56,9%), Puglia (50,6%) e Basilicata (50,4%). Di converso, quelle in cui la popolazione sembra svolgere più attività fisica sono la PA Bolzano (tasso di sedentarietà al 13,6%), la PA Trento (17,4%), il Veneto (26,1%) e il Friuli Venezia Giulia (26,2%). I dati più recenti confermano un miglioramento e una riduzione dei livelli di sedentarietà della popolazione italiana, seppur negli anni precedenti (2007-2013) si sia registrato un andamento piuttosto discontinuo con picchi superiori al 40% nel 2009 e nel 2013.

Il *sovrappeso* risulta essere il secondo fattore di rischio, con il 35,3% degli italiani in sovrappeso (non sono qui considerati gli individui obesi, che nel 2016 rappresentano il 10,4% della popolazione). A beneficio del lettore ricordiamo

che la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per sovrappeso è un indice di massa corporea (IMC)⁷ tra 25 e 29,99, mentre l'obesità corrisponde a un IMC uguale o superiore a 30. Basilicata, Campania, Sicilia e Puglia sono oggi le regioni con il maggior numero di persone in sovrappeso (rispettivamente 39,9%; 39,3%; 38,7%; 38,6%). La PA di Trento, invece, registra il dato più basso (27,1%). Dal 2007 al 2015 la percentuale di persone sovrappeso a livello nazionale presenta un andamento piuttosto stabile e intorno al 35,5%, con picchi, nel 2009 e 2014, che superano il 36%.

Il *consumo di alcool* sembra essere il fattore che varia di più da regione a regione, da un minimo di 21,2% in Sicilia a un massimo di 53,3% nella PA di Bolzano. Più in generale, anche in virtù di consuetudini consolidate nel tempo, si osserva una maggiore tendenza al consumo di alcool da parte degli abitanti delle regioni settentrionali. La media italiana è di 29,2%, in forte aumento negli ultimi anni (+9% dal 2007). Più in particolare, si nota come nel corso degli ultimi 4 anni rilevati (2013-2016), si osservi un costante e importante aumento (di almeno un punto percentuale l'anno – dato non riportato in figura): si tratta di un risultato rilevante a cui prestare particolare attenzione, specialmente se associato all'aumento del fenomeno del *binge drinking* tra i più giovani e, più in generale, di consumo eccedentario abituale.

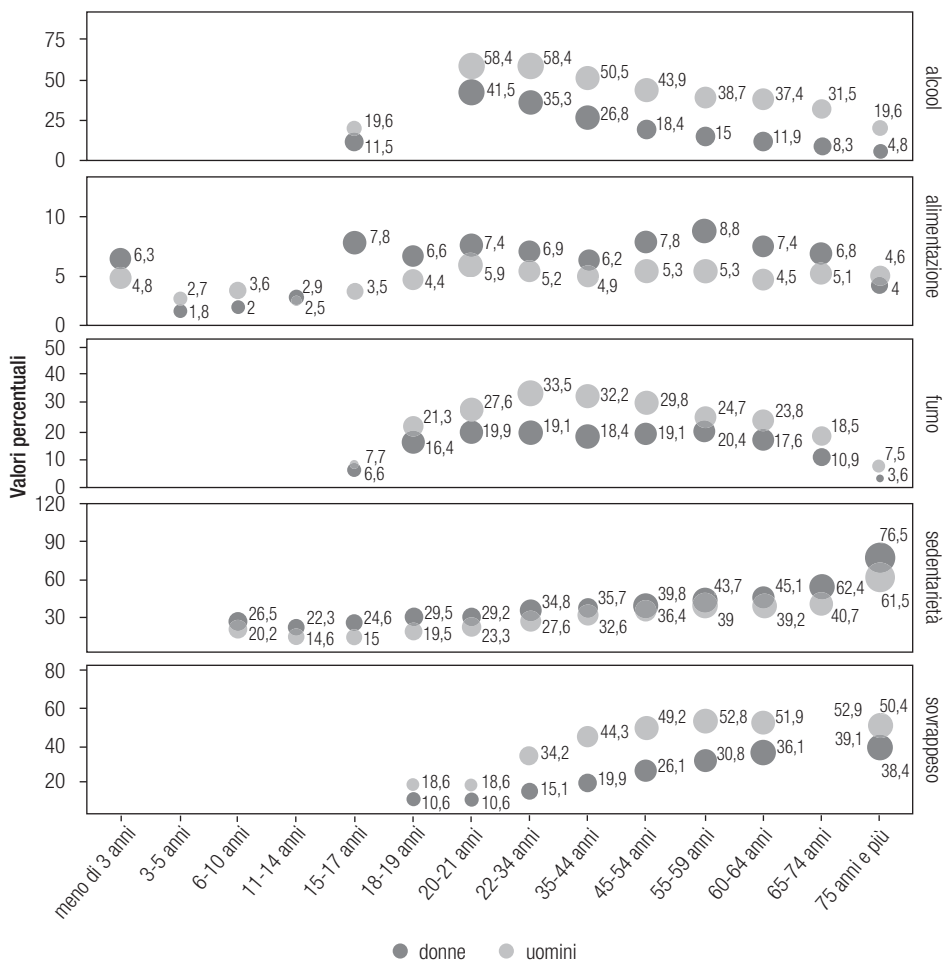
Lo *stile alimentare*, valutato tenendo in considerazione un consumo giornaliero di ortaggi, frutta o verdura almeno pari a 5 porzioni, appare piuttosto eterogeneo nel panorama italiano, con i valori più contenuti osservati nelle regioni meridionali (Puglia e Calabria, 3,1%), a fronte di valori decisamente più elevati al Centro (Umbria, 7,4%; Lazio, 7,3%). A livello Paese, dal 2007 si registra un trend che presenta forti oscillazioni in termini relativi, con valori al 2016 comunque pressoché identici a quelli di un decennio fa e in miglioramento continuo dal 2012.

Infine, il 19% degli italiani si dichiara *fumatore*, e tale percentuale non varia molto da regione a regione, da un minimo di 17% in Puglia, a un massimo di 22,2% in Campania. Si registra una riduzione del numero di fumatori (l'incidenza percentuale dei fumatori sul totale della popolazione passa dal 22,8% al 19,6%) e di sigarette al giorno (da 12,7 a 11,6 – dato non riportato né in Tabella né in Figura) a partire dal 2010, che sembra essersi parzialmente arrestata tra 2015 e 2016.

Osservando gli stessi fattori di rischio, per genere e fasce d'età (Figura 2.11), è possibile formulare alcune ipotesi su alcuni fenomeni che potrebbero caratterizzare uomini e donne in diversi momenti della loro vita. Il numero di fumatori e consumatori di alcool di genere maschile è maggiore rispetto alle donne qualunque sia la fascia d'età considerata. Il consumo di fumo e alcool inizia circa

⁷ L'IMC è il valore numerico che si ottiene dividendo il peso (espresso in Kg) per il quadrato dell'altezza (espressa in metri).

Figura 2.11 **Indicatori relativi a fattori di rischio o protezione della salute, per fascia d'età e genere (2016)**



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT 2017. Le dimensioni dei punti nel grafico sono determinate dal peso percentuale di ciascuna fascia di età nella serie rispettiva (per genere e fattore di rischio)

alla stessa età, intorno ai 15 anni. Il numero di fumatori cresce e ha il proprio picco nella fascia d'età compresa tra i 35 e i 45 anni, dove si registra il maggior numero di fumatori. Il numero di donne fumatrici invece si riduce intorno ai 35 anni e poi aumenta di nuovo intorno ai 45 anni. La percentuale più alta di donne fumatrici si registra tra i 55 e i 60 anni. Il consumo di alcol è massimo per gli uomini di età compresa tra i 35 e i 45 anni e le donne tra i 25 e i 34 anni. Poi per entrambi i sessi, decresce.

Riguardo l'alimentazione, non si assiste a un trend definito per uomini e don-

ne nelle fasce di età infantile e anziana, presumibilmente perché qualcuno si occupa della loro alimentazione in egual modo a prescindere dal sesso: genitori nei primi anni di vita, partner, familiare, o *caregiver* nelle ultime fasce d'età. Tuttavia, nelle fasce centrali di età, tra i 15-17 anni fino ai 55-77 anni, le donne registrano mediamente un'alimentazione più adeguata rispetto agli uomini, con valori che rimangono pressoché costanti nel tempo, seppur con qualche variazione tra fasce di età.

2.3.4 Mortalità evitabile

Quanti dei decessi registrati in un dato Paese possono essere imputabili a inadeguati stili di vita e fattori di rischio sottovalutati? Quanti invece sono il risultato di interventi sanitari inadeguati, tardivi o del tutto assenti?

Eurostat, e in Italia, Nebo Ricerche PA, hanno condotto interessanti studi per valutare quante delle morti registrate in un dato Paese sarebbe stato possibile evitare con un intervento tempestivo e appropriato⁸.

Nel 2013 l'Unione Europea ha registrato 1,7 milioni di morti tra la popolazione che ha meno di 75 anni, di cui il 33,7% dei decessi evitabili. Le aree principali in cui si registrano inadeguatezze sono infarti (184.800 morti) e ictus (circa 94.000 morti), seguiti da cancro del colon-retto e della mammella, ipertensione e polmonite, che ammontano al 48% delle morti premature. Secondo Eurostat, in Italia, nel 2013, circa 52.000 decessi sarebbero avvenuti per cause trattabili; le morti prevenibili, invece, sarebbero state circa 89.700 (Eurostat, 2016).

Tra i dati dell'ultimo Rapporto MEV(i) (Mortalità evitabile con Intelligenza) è riportato il dato per regione dei giorni perduti per cause evitabili pro capite, calcolato come la somma degli anni di vita persi rispetto a quelli attesi in tutti i casi di morte evitabile, convertiti in giorni e divisi per tutti gli abitanti dell'area di riferimento. Vengono così calcolati i giorni persi in media da ogni cittadino all'anno a causa di questi decessi.

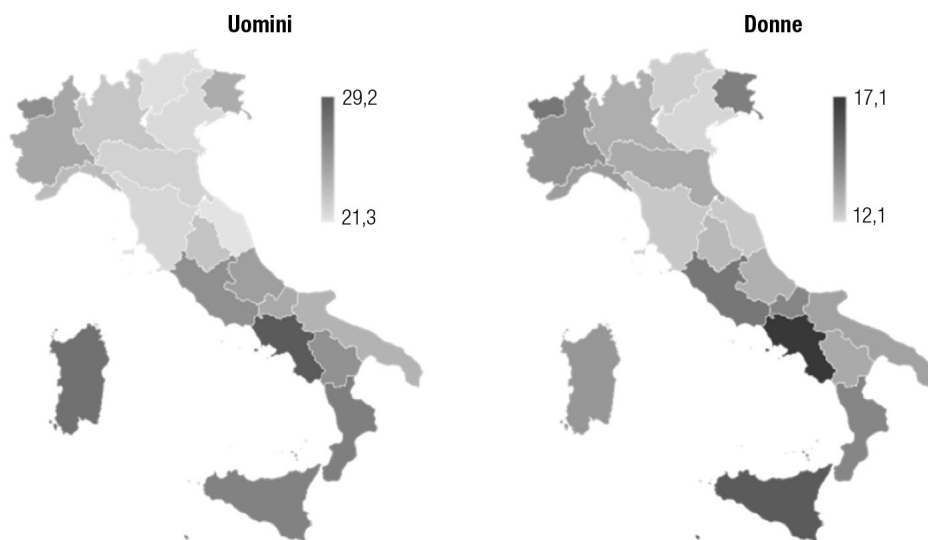
Lo studio ha utilizzato dati ISTAT dell'ultimo triennio disponibile (2012-2014) e stilato una classifica regionale in funzione dei giorni di vita persi rispettivamente per uomini e donne (Figura 2.12).

Il primato positivo per mortalità evitabile maschile spetta a Marche, Trentino Alto Adige e Veneto (rispettivamente con 21,3; 21,6; 21,8 giorni perduti

⁸ Nell'ultimo Rapporto MEV, Mortalità evitabile con Intelligenza, MEVi 2017, è stata definita evitabile una morte se «*alla luce delle conoscenze mediche e della tecnologia o della comprensione delle determinanti della salute al momento della morte, tutte o la maggior parte delle morti per questa causa (applicando limiti di età se appropriato) potrebbero essere evitate attraverso cure sanitarie di buona qualità (mortalità trattabile) o interventi di sanità pubblica nel senso più ampio (mortalità prevenibile)*».

Mentre Eurostat raggruppa le morti evitabili in due categorie, *amenable* (trattabili) e *preventable* (prevenibili), Nebo raggruppa le morti evitabili in tre sottogruppi: evitabili attraverso interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene o altra assistenza.

Figura 2.12 **Giorni persi per cause evitabili pro capite (0-74 anni) per tipologia di intervento e genere (codifica convenzionale MEVi) – Triennio 2012-2014**

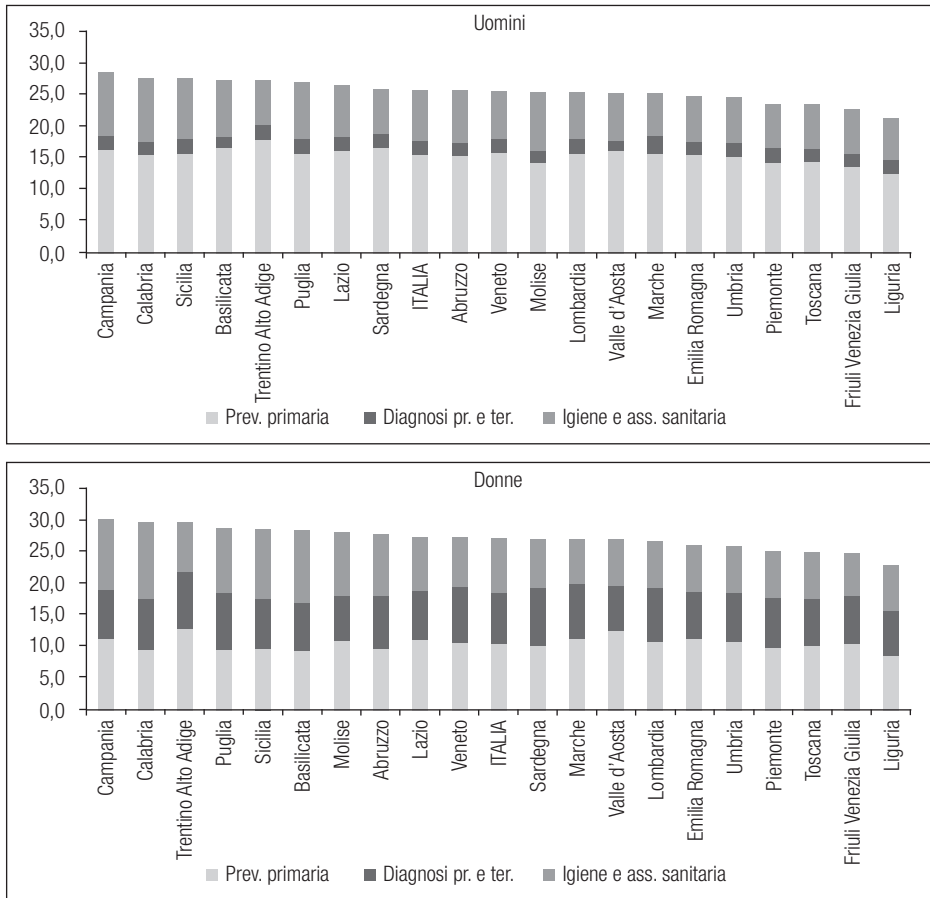


Fonte: elaborazioni su dati MEV(i) 2017

per cause evitabili pro capite). In coda alla classifica sono invece la Calabria (26,8 gg), la Sardegna (27,7 gg) e la Campania (29,2 gg). Per quanto riguarda la mortalità evitabile femminile, ancora Veneto, Province Autonome di Trento e Bolzano e Marche mostrano i valori più contenuti (rispettivamente 12,1; 12,3; 12,5 giorni persi), mentre Campania, Sicilia e Valle d'Aosta i più significativi (17,1; 15,7; 14,8 giorni persi per cause evitabili pro capite).

La Figura 2.13 mostra gli anni persi per cause evitabili per deceduto per tipologia di intervento. A livello nazionale, si stimano 26 anni persi per cause evitabili da ciascun individuo di genere maschile deceduto e 27,1 per il genere femminile. A prescindere dal genere, si nota come siano Campania (29 anni persi per gli uomini e 30,1 per le donne) e Calabria (27,9 e 29,7) le regioni con il più elevato numero di anni persi per singolo deceduto per cause evitabili, mentre Liguria (21,6 anni persi per gli uomini e 22,8 per le donne) e Friuli Venezia Giulia (23,1 e 24,7) mostrano i valori più contenuti. Inoltre, si evidenzia come la maggior parte delle morti evitabili per gli uomini, in tutte le regioni italiane, sarebbero dovute alla carenza di interventi di prevenzione primaria. Fanno parte delle attività di prevenzione primaria le misure attuate con il fine di ridurre gli effetti negativi sulla salute di determinate condizioni economiche, sociali, comportamentali e personali (ad esempio sicurezza sul lavoro, stili di vita e riduzione dei fattori di rischio quali fumo, consumo di alcool, attività fisica

Figura 2.13 **Anni perduti per cause evitabili per deceduto (0-74 anni) per tipologia di intervento (Triennio 2012-2014)**

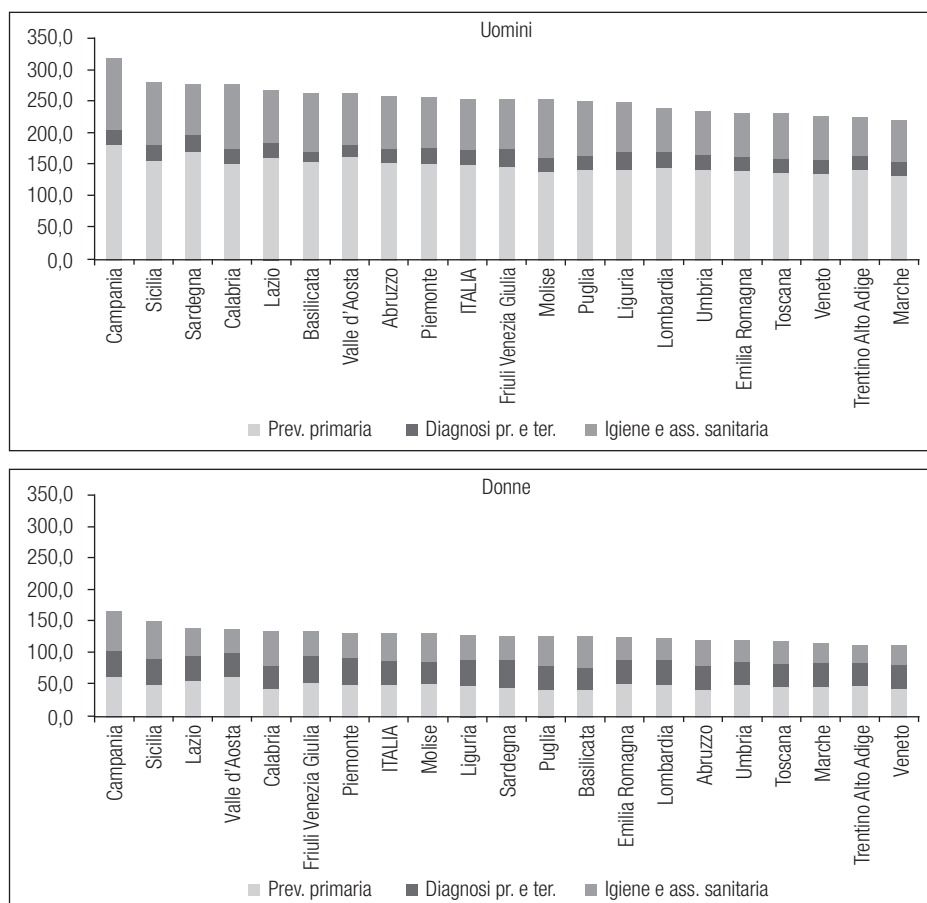


Fonte: Elaborazioni su dati MEV(i) 2017

e alimentazione). Seguono le morti potenzialmente evitabili con interventi di igiene o altra assistenza finalizzata alla prevenzione delle recidive o progressione della malattia. Infine si inseriscono le morti potenzialmente evitabili grazie a interventi tempestivi con lo scopo di diagnosticare e trattare precocemente individui che hanno già sviluppato una patologia o un fattore di rischio, anche se non hanno ancora manifestato sintomi clinici. Proprio questo aspetto assume un peso relativamente maggiore per spiegare le morti evitabili nella popolazione femminile in Italia e sottolinea la rilevanza delle politiche di prevenzione nel nostro Paese, come abbiamo voluto per la prima volta sottolineare nel presente Rapporto (§ 2.4).

Infine, la Figura 2.14 mostra i tassi standardizzati di mortalità evitabile ogni

Figura 2.14 **Tassi standardizzati di mortalità evitabile (0-74; per 100.000 abitanti) per genere (Triennio 2012-2014)**



Fonte: elaborazioni su dati MEV(i) 2017

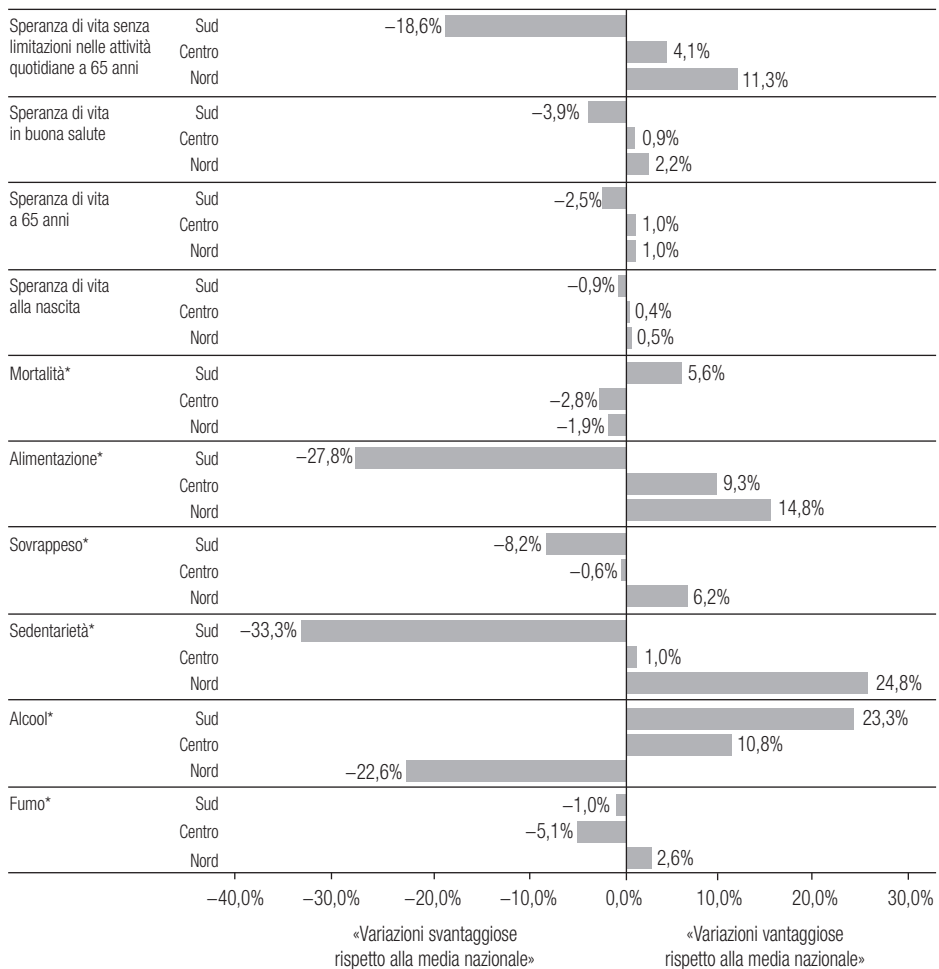
100.000 abitanti, distinguendo per genere e facendo riferimento alla popolazione con età inferiore ai 75 anni. Rispetto al dato precedente sulle giornate perse pro capite a causa di morti evitabili, emerge in questo caso una differenza netta per genere: si consideri, ad esempio, che il tasso registrato a livello nazionale è pari a 257,1 ogni 100.000 abitanti per gli uomini, mentre quello relativo alle donne è pari a 130,7. La Campania fa registrare i valori più elevati a livello nazionale sia per il genere maschile (320,7 ogni 100.000 abitanti) sia per la popolazione femminile (167,1), mentre le regioni più virtuose sono le Marche (222,6) per gli uomini e il Veneto (112,6) per le donne. Anche in questo caso, emerge nitidamente come il valore del tasso di mortalità evitabile sia perlopiù dovuto all'assenza o scarsa efficacia di interventi di prevenzione primaria, seguito da

inadeguati trattamenti e mancata diagnosi precoce.

2.3.5 Confronti regionali: una sintesi delle evidenze proposte

Come per la sezione di comparazione internazionale (§ 2.2), si propone di seguito una sintesi delle principali dimensioni considerate nel par. 2.3, al fine di offrire una fotografia rappresentativa delle differenze esistenti tra le tre macro-

Figura 2.15 **Confronto tra media nazionale e macroaree geografiche: quadro complessivo delle dimensioni analizzate (Anno 2015)**



* La «direzione» della differenza percentuale è stata invertita per motivi di omogeneizzazione della Figura.

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ISTAT 2017

aree geografiche in cui tradizionalmente viene rappresentato il nostro Paese (Figura 2.15).

A tal fine, sono state considerate 10 dimensioni in precedenza trattate e si è cercato di valutare il grado di scostamento in termini relativi che la singola area geografica vanta rispetto alla media nazionale (valore di riferimento per ciascuna delle dimensioni considerate). Anche in questo caso, l'obiettivo è quello di permettere una lettura univoca di dati diversi. Pertanto, tutti i valori che si trovano alla destra della media nazionale segnalano un miglior posizionamento della macroarea nel suo complesso, mentre i valori alla sinistra del valore di riferimento segnalano un peggior livello di performance⁹. L'anno considerato è il 2015¹⁰.

Dalla Figura 2.15 emergono alcuni interessanti fenomeni tra loro interconnessi e di seguito sintetizzati:

- ▶ L'aspettativa di vita alla nascita e l'aspettativa di vita a 65 anni sono abbastanza uniformi sul territorio nazionale. Questi parametri mostrano infatti i differenziali più contenuti: da -2,5% al Sud a +1% rispetto alla media nazionale nel Centro e Nord per l'aspettativa di vita a 65 anni, con variazioni inferiori per l'aspettativa di vita alla nascita.
- ▶ Se la «quantità» di vita è tutto sommato piuttosto allineata all'interno del contesto nazionale, la «qualità» di vita intesa come buona salute e assenza di limitazioni evidenzia delle differenze più marcate. Nello specifico, si nota come l'aspettativa di vita in buona salute alla nascita al Sud sia quasi il 4% in meno rispetto alla media nazionale (a fronte di un +2,2% del Nord), mentre la speranza di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni sia fortemente sbilanciata, con le regioni del Sud che mostrano valori nettamente inferiori alla media nazionale (-18,6%), a fronte di valori molto positivi nelle regioni del Centro (+4,1%) e del Nord (+11,3%) e una «differente velocità» nel miglioramento registrato nelle tre macroaree geografiche dall'inizio del secolo (§ 2.3.1), che acuisce le criticità legate ai dati appena presentati.
- ▶ D'altra parte, riflettendo la diversa struttura demografica delle regioni (Tabella 2.7), se si considerano i tassi di mortalità non standardizzati per età ogni 1.000 abitanti, il meridione registra valori inferiori del 5,6% rispetto alla media nazionale, mentre Centro (-2,8%) e Nord (-1,9%) mostrano valori superiori alla media nazionale.
- ▶ Con riferimento ai fattori di rischio o determinanti non mediche della salute, si osserva nuovamente un tendenziale sbilanciamento a favore delle regioni

⁹ Si consideri a titolo esemplificativo il caso del tasso di mortalità: i valori positivi fatti registrare dall'area meridionale del Paese stanno a indicare un livello di mortalità inferiore del 5,6% rispetto alla media nazionale e quindi un miglior posizionamento dell'area rispetto all'indicatore analizzato.

¹⁰ Pertanto, i valori relativi alle determinanti non mediche della salute sono differenti rispetto a quanto mostrato e analizzato nel par. 2.3.3.

setteentrionali: infatti, a eccezione del consumo di alcool (valori del Sud nettamente migliori, con un consumo inferiore di 23,3 punti percentuali rispetto alla media nazionale), le regioni del Nord mostrano un posizionamento migliore rispetto alle regioni del Centro e del Sud, particolarmente marcato rispetto ad alimentazione (+14,8% rispetto alla media nazionale) e propensione all'attività fisica (+24,8%), e meno significativo per quanto concerne sovrappeso (+6,2%) e fumo (+2,6%).

Dunque, è possibile che la miglior «qualità dello stato di salute della popolazione» registrato nelle regioni settentrionali sia espressione di una più contenuta propensione a comportamenti rischiosi e a stili di vita più virtuosi (es. maggiore tendenza a svolgere attività fisica). Tali evidenze suggeriscono inoltre due tipi di considerazioni rilevanti in tema di programmazione sanitaria: da un lato, la potenziale maggiore pressione che viene esercitata sui SSR delle regioni meridionali, perlopiù tenuti a operare nel complesso e difficile regime imposto dai Piani di Rientro, e, dall'altro, la potenziale iniquità intrinseca del sistema dovuta alla diffusa tendenza a recarsi nelle regioni settentrionali per accedere a cure ritenute più adeguate, testimoniato dai non irrilevanti flussi di mobilità che si osservano lungo la direttrice Sud-Nord (per approfondimenti si veda il Capitolo 4 del presente Rapporto).

2.4 La prevenzione in Italia

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la prevenzione come l'insieme di attività, azioni e interventi che mirano a promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie.

I vantaggi legati a una efficace strategia di prevenzione in un territorio sono duplici: se da una parte la diminuzione dell'insorgenza di malattie evitabili porterà a benefici diretti in termini di salute della popolazione e qualità della vita, e a un generale miglioramento della capacità di ciascun individuo di esprimere a pieno il proprio potenziale nella società, dall'altra, il minor ricorso a servizi sanitari e sociali, grazie all'implementazione di misure di prevenzione efficaci e costo-efficaci, porterà nel lungo termine a un risparmio netto di risorse sanitarie, contribuendo così alla sostenibilità del SSN.

In Italia, la pianificazione strategica delle attività di prevenzione è delineata dal 2005 attraverso il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) che stabilisce a livello centrale alcuni macro-obiettivi e gli strumenti per la prevenzione, lasciando alla programmazione regionale, attraverso i Piani Regionali di Prevenzione (PRP), la definizione delle popolazioni target e la gestione delle azioni funzionali al raggiungimento di tali obiettivi.

Il PNP 2014-2018, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 13 novembre

2014, definisce, tra gli obiettivi direttamente legati all'attività del sistema sanitario nazionale, quello di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili e quello di ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie nella popolazione¹¹.

L'intesa Stato-Regioni del 10 Luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la Salute 2014-2016 conferma, per il finanziamento del PNP, uno stanziamento di 200 milioni di euro provenienti dal Fondo Sanitario Nazionale e di 240 milioni di euro tratti dalle risorse previste dagli Accordi per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, ai sensi della legge 662/1996 quale quota premiante (risorse vincolate)¹².

Nel presente paragrafo si riportano i principali dati e indicatori disponibili relativi al monitoraggio di questi due obiettivi, soffermandosi in particolare sui dati di utilizzo degli esami diagnostici di screening oncologico per la prevenzione secondaria delle malattie non trasmissibili e le coperture vaccinali per le malattie infettive.

Le fonti informative considerate per la prevenzione oncologica sono:

- ▶ Osservatorio Nazionale Screening (*Rapporto 2016*), con riferimento all'anno 2015;
- ▶ Sistema di Sorveglianza Passi, con riferimento all'anno 2015;
- ▶ ISTAT (Indagine *European Health Interview Survey*), con riferimento all'anno 2015.

Per la prevenzione delle malattie infettive la fonte considerata è:

- ▶ Ministero della Salute (*Vaccinazioni dell'età pediatrica e dell'adolescente - Coperture vaccinali*), con riferimento all'anno 2016.

2.4.1 La prevenzione delle malattie non trasmissibili

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) sono la principale causa di morbosità, invalidità e mortalità sia in Italia (§ 2.3.2), sia nel contesto internazionale (§ 2.2). Negli ultimi anni, il peso relativo delle MCNT rispetto alle altre malattie (trasmissibili, infezioni materno-fetali e disturbi nutrizionali) è cresciuto in maniera considerevole, e così i loro effetti negativi in termini umani, sociali

¹¹ Per completezza, gli altri macro obiettivi definiti dal PNP 2014-2018 sono: prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali; promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani; prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti; prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti; prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti; prevenire gli infortuni e le malattie professionali; e ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute.

¹² Confermate per il 2016 con l'Accordo del 14 aprile 2016 (Rep. 65/CSR).

ed economici (*Global Burden of Disease study – GBD, 2016*). Le ragioni di tale trend possono ricondursi al miglioramento delle tecnologie e strategie messe in campo per combattere le malattie trasmissibili, all'innalzamento dell'età media della popolazione e al contributo di altri fattori come stile di vita e inquinamento ambientale.

Coerentemente con il peso in termini di mortalità e morbosità, il PNP 2014-2018 focalizza l'attenzione sulle malattie cardiovascolari, il diabete, i tumori e le malattie respiratorie croniche.

In sostanza, le misure delineate nel PNP mirano a ridurre la presenza di fattori di rischio legati alle MCNT, tra cui i fattori di rischio comportamentali quali fumo, alcol, sedentarietà, cattiva alimentazione e fattori di rischio intermedio quali sovrappeso/obesità, ipertensione, dislipidemie, iperglicemia e lesioni precancerose.

L'andamento dei principali fattori di rischio legati ai comportamenti individuali è già stato riportato nel precedente paragrafo (§ 2.3.3). Ci si concentra qui sulle misure di prevenzione secondaria, attuate con il fine di identificare precocemente l'insorgenza di lesioni pre-cancerose e, più in particolare, sull'andamento dei tre principali programmi di screening oncologico per il cancro alla cervice uterina, mammella e colon retto.

Come è noto, questi programmi sono stati inseriti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (DPCM 29/11/2001) e pertanto devono essere garantiti gratuitamente a tutta la popolazione target residente sul territorio nazionale. A tale proposito, l'estensione effettiva, e cioè l'indicatore che misura la percentuale di persone della popolazione target che sono state regolarmente invitate a sottoporsi a visite di screening negli intervalli previsti¹³, rappresenta il primo dei parametri utilizzati per valutare la qualità e la performance dei programmi oncologici.

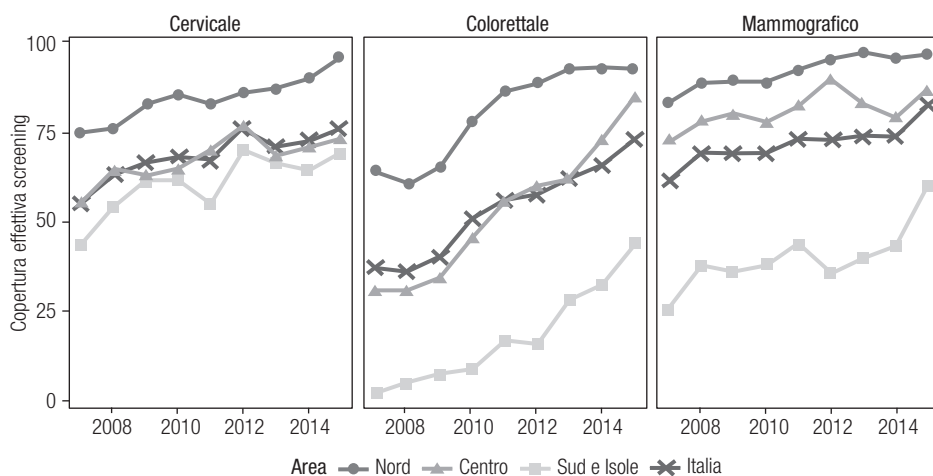
Tra 2007 e il 2015 si assiste in generale a una crescita della copertura effettiva di tutti i programmi (Figura 2.16 e Tabella 2.15).

La copertura dello screening mammografico, già storicamente elevata, supera nel 2015 l'80%, registrando in tutto il periodo considerato un tasso annuale di crescita medio del 3,2%. Meno regolare è l'andamento dello screening cervicale, che, dopo un periodo di crescita fino al 2011, subisce una interruzione (soprattutto per via dei programmi al Centro e Sud Italia) per riprendersi lievemente dal 2014 al 2015. Infine il programma di screening coloretale presenta tassi di crescita relativamente costanti (tasso medio 7,84%) raggiungendo nel 2015 una copertura del 73%, raddoppiata rispetto al valore del 2007.

Permane tuttavia una forte variabilità tra aree del Paese, con il Nord costan-

¹³ In tal senso la copertura effettiva misura sia la capacità di raggiungere la popolazione target nel territorio di riferimento, sia la capacità di mantenere la frequenza degli inviti entro le tempistiche raccomandate dalla tipologia di attività preventiva (ad esempio 2 anni per la mammografia, o l'esame del sangue occulto fecale, 3 anni per l'esame citologico vaginale o Pap-test).

Figura 2.16 **Copertura effettiva dei programmi di screening per anno e area geografica – periodo 2007-2015**



Fonte: osservatorio nazionale screening - Rapporto 2016

Tabella 2.15 **Copertura effettiva dei programmi di screening per anno e area geografica**

Tipologia di screening	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cervicale									
Nord	75	76	83	86	83	86	87	90	96
Centro	55	65	63	65	70	77	68	71	73
Sud e Isole	43	54	62	62	55	70	67	65	69
Italia	55	63	67	68	67	77	71	72	76
Colorettale									
Nord	64	61	65	78	86	89	93	93	93
Centro	31	31	34	45	56	60	62	73	85
Sud e Isole	2	5	7	9	17	16	28	32	44
Italia	37	36	40	51	56	58	62	66	73
Mammografico									
Nord	83	89	89	89	92	96	97	96	97
Centro	72	78	80	78	82	90	83	79	87
Sud e Isole	25	38	36	38	44	35	40	43	60
Italia	62	69	69	69	73	73	74	74	82

Note: La popolazione target e la frequenza degli inviti per soggetto, utilizzati per calcolare le coperture effettive, cambiano a seconda del programma di screening. In particolare, per lo screening cervicale si considera la percentuale di donne fra 25 e 64 anni di età che ricevono la lettera di invito rispetto alla popolazione target dell'anno (PAP test con frequenza di 2 anni o test HPV con frequenza 5 anni); per lo screening colarettale si considera la percentuale di persone, uomini e donne di età 50-69 invitati all'esame di ricerca di sangue occulto nelle feci con frequenza biennale, o la popolazione di 58 anni invitata ad eseguire una rettoscopia una volta nella vita (Regione Piemonte). Per lo screening mammografico si considera la percentuale di donne di età 50-69 che ricevono la lettera di invito rispetto alla popolazione target.

Fonte: Osservatorio nazionale screening – Rapporto 2016

Tabella 2.16 **Percentuali di adesione per tipologia di screening e area geografica**

	2010-2011	2012-2013	2014	2015
Screening cervicale				
Nord	49.5*		49.4**	n.d.
Centro	38.2*		38.9**	n.d.
Sud e isole	26.6*		29.6**	n.d.
Screening colorettales				
Nord	50,0	52,0	51,0	53,0
Centro	43,0	39,0	38,0	36,0
Sud e isole	27,0	29,0	25,0	25,0
Screening mammografico				
Nord	n.d.	63,0	63,0	63,0
Centro	n.d.	55,0	56,0	56,0
Sud e isole	n.d.	41,0	39,0	36,0

Note: L'adesione è calcolata come il numero di individui che rispondono all'invito sul totale degli inviti mandati

* periodo 2009-2011

** periodo 2012-2014

Fonte: Osservatorio nazionale screening - Rapporto 2016

temente superiore in termini di copertura rispetto a Centro e Sud Italia. In particolare, nonostante siano visibili segnali di convergenza, nel 2015 le differenze di copertura tra Nord e Sud/Isole sono ancora pari al 27% per lo screening cervicale, al 37% per lo screening mammografico e al 50% per lo screening colorettales.

Rispetto al tasso di estensione effettiva dei programmi oncologici, la partecipazione reale della popolazione target alle attività di prevenzione è mediata dal tasso di accettazione all'invito ricevuto nell'ambito dei programmi organizzati e dalle iniziative degli individui che effettuano i test in maniera spontanea.

Nella pratica, infatti, le attività di diagnosi precoce organizzata convivono con quelle spontanee (test eseguiti in strutture private o pubbliche), che tuttavia non sempre rispettano i criteri di appropriatezza (intervalli e fasce d'età ottimali).

Per ciò che riguarda il tasso di accettazione all'invito, nuovamente, si denotano differenze sostanziali tra regioni, con i programmi del Nord Italia, e in minor misura del Centro, che presentano un tasso di adesione decisamente più elevato rispetto ai programmi del Sud Italia. In particolare, mentre per il Nord i tassi di adesione tendono a essere costanti nel tempo e in linea con standard ritenuti accettabili¹⁴ per i tre programmi, al Sud si assiste a una flessione negli ultimi

¹⁴ Il rapporto dell'osservatorio nazionale screening, riporta come standard accettabili i valori proposti dal Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (Gismi), dal Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma (GISCi), e dal Gruppo Italiano Screening tumori colorettales GISCoR, e pari al 50% (45% per lo screening colorettales).

Tabella 2.17 Copertura screening organizzati e spontanei per anno

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Copertura screening cervicale								
Organizzato (a)	37,9	36,7	37,8	38,7	41,1	43,7	42,9	45,0
Spontaneo (b)	38,6	38,0	39,5	38,6	37,4	35,7	34,7	34,3
Totale (a+b)	76,5	74,7	77,3	77,3	78,5	79,4	77,6	79,3
Copertura screening colorettales								
Organizzato (a)	n.d.	n.d.	28,3	29,8	31,9	33,6	35,2	37,9
Spontaneo (b)	n.d.	n.d.	7,5	7,7	6,8	7,4	7,2	7,6
Totale (a+b)	n.d.	n.d.	35,8	37,5	38,7	41,0	42,4	45,5
Copertura screening mammografico								
Organizzato (a)	53,1	51,1	49,5	49,7	50,6	52,6	52,4	54,0
Spontaneo (b)	18,3	18,4	20,0	19,7	19,4	19,0	18,6	18,9
Totale (a+b)	71,4	69,5	69,5	69,5	70,0	71,6	71,0	72,9

Fonte: sistema di sorveglianza Passi

due anni per gli screening colorettales e mammografico (Tabella 2.16). Pur non esistendo evidenze a riguardo, questo trend potrebbe essere spiegato dal forte aumento di inviti registrato al Sud negli ultimi anni¹⁵, che tuttavia sconta la recente attivazione dei programmi, e la ancora scarsa consapevolezza da parte della popolazione target.

I dati forniti dal sistema di sorveglianza Passi, che svolge periodicamente indagini campionarie sulla popolazione adulta (18-69 anni) permettono di stimare il reale ricorso della popolazione alla prevenzione oncologica.

Tra il 2010 e il 2015 si assiste a un aumento delle percentuali di individui in fascia di età tra 50 e 69 anni che dichiarano di aver effettuato, a scopo preventivo, un esame per il sangue occulto fecale (sof) nei 2 anni precedenti, o in alternativa, una colonscopia negli ultimi 5 anni¹⁶, con percentuali che passano dal 35,8% al 45,4% (Tabella 2.17). Tale aumento è dovuto principalmente alla maggiore copertura raggiunta dal programma di screening organizzato. Tuttavia, la percentuale della popolazione target che ricorre alla prevenzione rimane ancora limitata in confronto alle coperture raggiunte per altre tipologie di cancro.

Con riferimento allo screening cervicale, la percentuale di donne che ha dichiarato di aver effettuato un controllo diagnostico per il carcinoma del collo dell'utero¹⁷ rimane relativamente alta e cresce leggermente del 3,6% dal 2008

¹⁵ A titolo esemplificativo, nel biennio 2014-2015, e rispetto al biennio precedente, il numero di inviti è aumentato al Sud del 111% (screening colorettales) e 43% (screening mammografico).

¹⁶ Per la Regione Piemonte, sistema di sorveglianza Passi calcola il dato utilizzando un algoritmo apposito che tiene conto delle diverse modalità di organizzazione dello screening: rettoscopia a 58 anni o in alternativa ricerca del sangue occulto ogni due anni nella fascia 59-69 anni.

¹⁷ Il dato è la proporzione di donne in età 25-64 anni che dichiarano di aver eseguito un Pap-test e/o test del papilloma virus (Hpv) nei 3 anni precedenti la data dell'intervista, sul totale delle donne target intervistate.

al 2015; si assiste inoltre a una favorevole transizione dagli episodi di screening spontanei verso una maggiore adesione al programma organizzato, migliore in termini di efficacia diagnostica e costo-efficacia. Infine, la percentuale di donne in età tra 50 e 69 anni che dichiarano di aver eseguito una mammografia preventiva nei due anni precedenti rimane piuttosto stabile negli anni, e intorno al 71%, senza grosse variazioni tra il programma organizzato e gli episodi spontanei.

Anche da questi dati, emerge tuttavia uno spiccato gradiente tra Nord e Sud, trasversale a tutti e tre i programmi di screening. La Tabella 2.18 riporta i dati di copertura effettiva nel periodo 2012-2015, per regione, distinti tra copertura degli screening organizzati e spontanei. I dati mostrano chiaramente l'esistenza di uno squilibrio tra le diverse aree, con poche eccezioni regionali.

Analizzando i dati di copertura 2012-2015 per tipologia di screening e regione è interessante notare come, per lo screening del collo dell'utero, esista un'alta percentuale di domanda spontanea, che contribuisce in maniera considerevole al raggiungimento della copertura totale. Trasversalmente tra Nord e Sud, si nota infatti una tendenza per cui le regioni con una minor capacità organizzata di copertura, tendono ad avere maggiori richieste spontanee, quasi a voler sopperire appunto all'assenza di una offerta strutturata da parte delle ASL (Figura 2.17). Pur contribuendo alla copertura totale, va sottolineato però che le esperienze nazionali ed europee indicano che, rispetto agli episodi di screening spontanei od opportunistici, i programmi organizzati sono migliori dal punto di vista dell'efficienza e qualità del processo diagnostico, l'appropriatezza (minore frequenza di esami non necessari e test meno invasivi, protocolli meno aggressivi) e dell'equità di accesso (Smith-Bindman *et al.*, 2003, Rossi *et al.*, 2006).

Nei programmi di screening per il tumore alla mammella e al colon-retto questa tendenza è meno netta e, a una minore offerta organizzata, non corrisponde così chiaramente un aumento delle attività di diagnosi precoce spontanea, lasciando di fatto scoperta una parte della popolazione target e inasprendo di conseguenza le differenze inter-regionali.

L'indagine European Health Survey Index (Ehis), condotta in Italia per la prima volta nel 2015¹⁸, ha l'obiettivo di raccogliere dati armonizzati a livello europeo riguardo i principali aspetti delle condizioni di salute della popolazione e il ricorso ai servizi sanitari. Utilizzando questi dati è possibile avere informazioni aggiuntive sulle determinanti socio-economiche che influiscono sul ricorso alle attività di prevenzione.

Osservando i dati sui tempi di esecuzione degli esami diagnostici per quintile di reddito (sia in programmi di screening organizzato, sia con iniziativa spontanea), si evidenzia un chiaro gradiente, secondo il quale il rispetto dei tempi

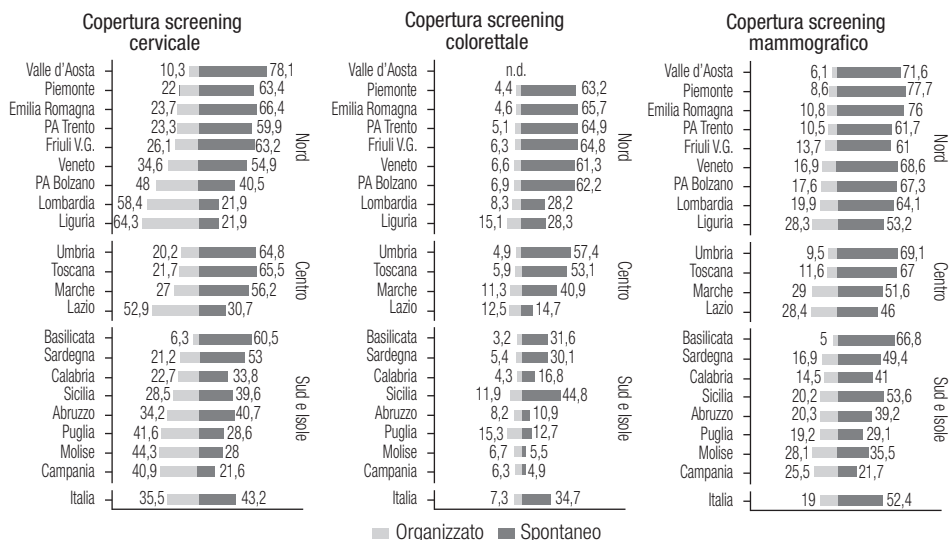
¹⁸ L'Italia non ha partecipato alla prima *ondata* dell'indagine, effettuata da 17 paesi europei tra il 2006 e il 2009.

Tabella 2.18 Coperture programmi di screening per regione – periodo 2012-2015

	Screening cervicale			Screening colorettaile			Screening mammografico		
	Copertura screening organizzato (a)	Copertura screening spontaneo (b)	Copertura Totale (a+b)	Copertura screening organizzato (a)	Copertura screening spontaneo (b)	Copertura Totale (a+b)	Copertura screening organizzato (a)	Copertura screening spontaneo (b)	Copertura Totale (a+b)
Nord									
Piemonte	63,4	22,0	85,4	n.d.	n.d.	n.d.	61,7	10,5	72,2
Valle d'Aosta	78,1	10,3	88,4	65,7	4,6	70,3	71,6	6,1	77,7
Lombardia	21,9	58,4	80,3	63,2	4,4	67,6	67,3	17,6	84,9
PA Boziano	40,5	48,0	88,5	28,3	15,1	43,4	61,0	13,7	74,7
PA Trento	59,9	23,3	83,2	64,8	6,3	71,1	77,7	8,6	86,3
Veneto	54,9	34,6	89,5	62,2	6,9	69,1	64,1	19,9	84,0
Friuli Venezia Giulia	63,2	26,1	89,3	61,3	6,6	67,9	68,6	16,9	85,5
Liguria	21,9	64,3	86,2	28,2	8,3	36,5	53,2	28,3	81,5
Emilia Romagna	66,4	23,7	90,1	64,9	5,1	70,0	76,0	10,8	86,8
Centro									
Toscana	65,5	21,7	87,2	57,4	4,9	62,3	69,1	9,5	78,6
Umbria	64,8	20,2	85,0	53,1	5,9	59,0	67,0	11,6	78,6
Marche	56,2	27,0	83,2	40,9	11,3	52,2	51,6	29,0	80,6
Lazio	30,7	52,9	83,6	14,9	12,5	27,4	46,0	28,4	74,4
Sud e Isole									
Abruzzo	40,7	34,2	74,9	12,7	15,3	28,0	39,2	20,3	59,5
Molise	28,0	44,3	72,3	44,8	11,9	56,7	53,6	20,2	73,8
Campania	21,6	40,9	62,5	10,9	8,2	19,1	21,7	25,5	47,2
Puglia	28,6	41,6	70,2	5,5	6,7	12,2	35,5	28,1	63,6
Basilicata	60,5	6,3	66,8	31,6	3,2	34,8	66,8	5,0	71,8
Calabria	33,8	22,7	56,5	4,9	6,3	11,2	29,1	19,2	48,3
Sicilia	39,6	28,5	68,1	16,8	4,3	21,1	41,0	14,5	55,5
Sardegna	53,0	21,2	74,2	30,1	5,4	35,5	49,4	16,9	66,3
ITALIA	43,2	35,5	78,7	34,7	7,3	42,0	52,4	19,0	71,4

Fonte: sistema di sorveglianza Passi

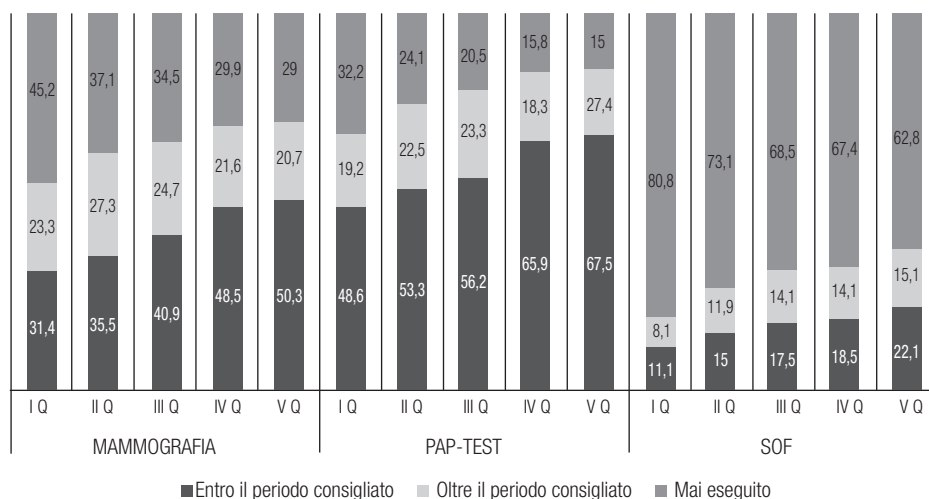
Figura 2.17 Coperture screening per regione e tipologia – dati grezzi periodo 2012-2015



Note: Per ciascuno screening le regioni sono ordinate secondo il peso percentuale dello screening organizzato sul totale. I valori rappresentano le coperture dichiarate. Per lo screening del colon retto, le Asl piemontesi sono escluse dalle stime a causa della non confrontabilità dei programmi di screening adottati (sigmoidoscopia un volta nella vita per tutti gli uomini o le donne di 58 anni, invece che Sof ogni 2 anni, che comunque rimane una possibilità per chi non effettua il primo test).

Fonte: sistema di sorveglianza Passi

Figura 2.18 Tempi di esecuzione di esami diagnostici preventivi per quintile di reddito



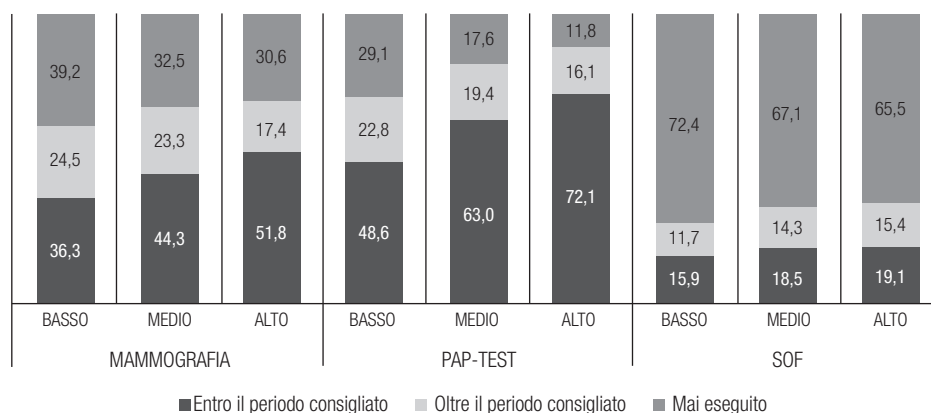
Note: Per le mammografie e Sof, si considera un tempo indicato di 2 anni; 3 anni invece per il Pap-Test.

Fonte: ISTAT/Indagine «European Health Interview Survey» – Anno 2015.

consigliati (ogni 2 anni per sangue occulto nelle feci e mammografia, ogni 3 anni per il Pap-test) cresce con l'aumentare del reddito (Figura 2.18). Inoltre, particolare attenzione merita il fatto che nelle fasce di reddito più svantaggiate aumenta notevolmente la proporzione di individui che, pur essendo nella popolazione target dei programmi di screening, non ha mai eseguito un esame diagnostico. Un simile gradiente si nota anche osservando la distribuzione degli esami effettuati per livello di istruzione, considerando tutti i tipi di esame (Figura 2.19).

L'esistenza di un gradiente socio-economico nella partecipazione ai programmi di screening desta non poche preoccupazioni. Infatti, l'associazione tra stato socio-economico e incidenza di tumori è stata ampiamente dimostrata a livello internazionale sia nei Paesi a basso reddito sia nei Paesi ad alto reddito come l'Italia. Il fatto che gli individui con un basso livello socio-economico siano in genere più esposti al rischio di sviluppare un tumore, ma meno propensi a partecipare ai programmi di screening rischia di portare, nella pratica, a conseguenze negative sia in termini di performance dei programmi di screening, sia in termini di uguaglianza nella salute e nell'accesso ai servizi sanitari. Da una parte infatti, il mancato raggiungimento della fascia di popolazione più esposta al rischio di sviluppare un tumore rischia di minare la capacità dei programmi di ridurre l'incidenza dei tumori nella popolazione e l'associata mortalità e morbidità. Dall'altra, la differenza nel tasso di identificazione precoce delle lesioni precancerose sulla base dello status socio-economico non potrà che inasprire le

Figura 2.19 **Esami eseguiti per educazione e periodo di esecuzione – anno 2015**



Note: Dati aggiustati per età (individui maggiori di 14 anni per tutte le tipologie di cancro, solo donne per mammografia e Pap-test). Per le mammografie e Sof, si considera un tempo indicato di 2 anni; 3 anni invece per il Pap-Test. Il titolo di studio è classificato nel seguente modo. Alto: dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea, laurea, diploma universitario. Medio: diploma di scuola media superiore (4-5 anni), diploma di 2-3 anni. Basso: licenza di scuola media inferiore, licenza elementare, nessun titolo e sa leggere e scrivere, nessun titolo e non sa leggere e/o scrivere.

Fonte: ISTAT/Indagine «European Health Interview Survey» – Anno 2015.

già presenti differenze in termini di salute e qualità della vita tra persone con diversi livelli di reddito e istruzione.

Un'analisi di PASSI (Minardi *et al.*, 2012) evidenzia come in tutti i sistemi di screening organizzato per tutte e tre le tipologie di tumore le *chance* di adesione siano meno dipendenti da reddito, istruzione o cittadinanza, rispetto agli screening spontanei, a cui ricorrono principalmente individui di cittadinanza italiana, istruiti e senza difficoltà economiche. Pertanto, se i programmi di screening organizzati, oltre ad essere generalmente più efficaci e costo-efficaci, sono anche in grado di contribuire a ridurre le disuguaglianze in termini di accesso alla prevenzione, l'estensione della copertura effettiva dei programmi diventa doppiamente prioritaria ai fini di un sistema sanitario che intenda adottare, come enunciato tra i principi del PNP, un «approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze».

Tuttavia seppur in misura ridotta, un basso stato socio-economico continua a rappresentare una barriera alla partecipazione alle attività di screening anche all'interno dei programmi organizzati. Questo aspetto è già stato affrontato a livello internazionale, dove esistono studi sull'efficacia di diversi interventi per migliorare l'adesione ai programmi (Wardle *et al.*, 2016)¹⁹.

2.4.2 La prevenzione delle malattie infettive

Il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 approvato in conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017 rappresenta il documento programmatico che, in coerenza con i principi e gli obiettivi del PNP 2014-2018, delinea le strategie vaccinali sul territorio, intese sia come strumento di protezione individuale sia come mezzo di prevenzione collettiva.

Tra le novità introdotte dal PNPV vi è una maggiore estensione dei vaccini raccomandati e inseriti nei LEA, garantendo così la possibilità di fruizione a titolo gratuito da parte di tutti i cittadini residenti²⁰.

Tuttavia, negli ultimi anni, si è assistito a un progressivo deterioramento dell'utilità percepita dei vaccini e a un aumento delle preoccupazioni attorno ai possibili effetti avversi che le vaccinazioni potrebbero causare, soprattutto nei neonati.

¹⁹ Ad esempio tramite la trasmissione con la lettera di invito di materiali informativi, la firma del proprio medico di famiglia, o un sistema rafforzato di solleciti per gli inviti inesitati o senza risposta.

²⁰ In aggiunta alle vaccinazioni già previste (contro difterite, tetano, poliomelite, epatite B, *haemophilus influenzae B*, pertosse, pneumococco, morbillo, parotite, rosolia, meningococco C nei nuovi nati, HPV nelle ragazze undicenni e influenza nei soggetti di età ≥ 65 anni) il PNPV introduce le vaccinazioni anti-meningococco B, anti-rotavirus e antivaricella nei nuovi nati, estende la vaccinazione anti-HPV ai maschi undicenni, introduce la vaccinazione antimeningococcica tetravalente ACWY135 e il richiamo anti-poliomelite con vaccino anti-polio IPV negli adolescenti; prevede inoltre le vaccinazioni anti-pneumococco e anti-zoster nei sessantacinquenni.

Analizzare le ragioni dietro questa tendenza (come la ridotta percezione del rischio delle malattie infettive; la diffusione di assunzioni non dimostrate sulla associazione tra vaccini e altre patologie come l'autismo; una ridotta consapevolezza dei vantaggi individuali e collettivi delle vaccinazioni) va oltre lo scopo del presente paragrafo. Occorre tuttavia notare che a partire dal 2013, si è assistito a una progressiva riduzione delle percentuali di copertura sia delle vaccinazioni tradizionalmente obbligatorie in Italia (anti-difterica, anti-tetanica, anti-poliomielitica e anti-epatite virale B), sia delle altre vaccinazioni disponibili come ad esempio il morbillo, di cui è in corso una epidemia in Italia con 4.001 casi segnalati e 3 decessi da inizio anno al 1 agosto 2017.

In risposta al calo delle coperture vaccinali, il 28 luglio 2017 è stato convertito in legge dal Parlamento il decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73 (cosiddetto decreto Lorenzin), che introduce l'obbligo di vaccinazione per 6 vaccini oltre ai 4 già obbligatori (anti-pertosse, anti-*Haemophilus Influenzae* tipo b, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella). Inoltre, la legge rende possibile l'iscrizione agli asili nido e alle scuole materne ai soli bambini vaccinati e impone sanzioni economiche per i genitori che decideranno di iscrivere i loro figli non vaccinati alla scuola dell'obbligo, quindi dalla primaria in poi.

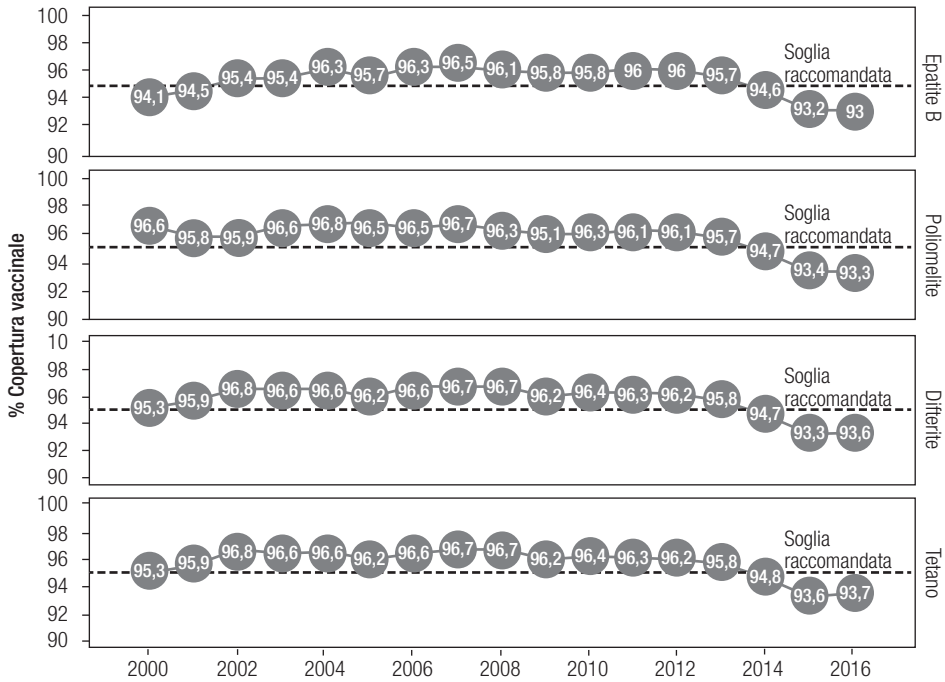
Il Ministero della Salute pubblica annualmente i dati di copertura dei vaccini inclusi nel PNPV. Si riportano qui i dati sulle coperture dei 4 vaccini già obbligatori e a seguire un approfondimento su morbillo e vaccino trivalente morbillo-parotite-rosolia (MPR).

Dal 2012 al 2016 si assiste a un trend in diminuzione delle coperture per tutti e 4 i vaccini obbligatori che dal 2014 in avanti sono scesi al di sotto della soglia di copertura del 95% considerata come la percentuale di vaccinati necessaria a mantenere l'immunità di gregge (Figura 2.20).

Analizzando i dati delle coperture delle regioni per singolo antigene, si nota come il decremento sia generalizzato con l'unica eccezione per Sardegna, Calabria, che tra il 2013 e il 2014 raggiungono la soglia del 95% per tutte e 4 le vaccinazioni, e Campania per l'epatite B, che si ferma però al 92.7%. Al contrario, delle 16 regioni che registravano nel periodo 2010-2012 una copertura adeguata per tutti gli antigeni, 12 sono scese sotto tale soglia negli anni successivi (Tabela 2.19).

Il Friuli Venezia Giulia è la regione che nel 2016 subisce la riduzione più ampia rispetto al periodo 2010-2012, pari al 6,7% per anti-tetanica e anti-polio (-6,4 punti percentuali), 7,1% per l'anti-difterica (6,9 punti) e 7,4% per anti-epatite B (6,6 punti). Seguono le Marche, con una riduzione media nella copertura pari al 5,3%, la Valle d'Aosta (5,2%) e la Provincia Autonoma di Bolzano (4,7%). In termini assoluti, nel 2016 la Provincia Autonoma di Bolzano registra le coperture più basse, ben al di sotto della soglia raccomandata (85,3% anti-tetanica, 85,3% anti-difterica, 85,1% anti-polio e 84,9% per anti-epatite B), seguita da Friuli Venezia Giulia e Valle d'Aosta. Pur non avendo identificato

Figura 2.20 **Coperture per i vaccini obbligatori in Italia. Anni 2010-2016**



Note: Per ogni vaccino si considera il ciclo vaccinale di base completo (3 dosi) a 24 mesi. Per tetano e difterite i dati di copertura dal 2000-2012 si riferiscono alla somministrazione di cicli completi del vaccino anti difterite e tetano (DT) o il vaccino antidifterite-tetano-pertosse (DTP); dal 2013 è disponibile il dato per singolo antigene.

Fonte: Ministero della Salute – Coperture vaccinali dell'età pediatrica e dell'adolescente

evidenze che spieghino in maniera esplicita tali differenze, è ragionevole ipotizzare, che queste possano essere ricondotte, almeno parzialmente, alle diverse politiche vaccinali regionali, responsabili per la definizione delle modalità di attuazione dei principi e obiettivi formulati a livello centrale.

Analizzando i dati per il morbillo, si evidenzia una tendenza molto simile. Dopo un periodo di crescita, a partire dal 2007 la copertura dal morbillo ha raggiunto in Italia un valore medio intorno al 90% nel 2013, per poi diminuire in maniera drastica nel 2014 (-3,6%) e 2015 (-1,45%). Soltanto i dati del 2016 sembrano suggerire un'inversione di tendenza, con tassi che ritornano a crescere in Italia del 2,3% (incremento di 1,97 punti rispetto al 2015) (Tabella 2.20 e Figura 2.21).

In generale, nessuna delle regioni ha mai raggiunto la soglia del 95% di soggetti vaccinati e, rispetto al 2010-2012, la diminuzione è evidente per 19 regioni, ad eccezione di Calabria (che cresce di 2,11 punti percentuali) e Sardegna (pressoché costante).

Le regioni che hanno le performance peggiori sono il Molise (-17,4%, pari a

Tabella 2.19 Coperture vaccini obbligatori in Italia per regione (valori percentuali) – anni 2010-2016

Regione	Anti-tetanoica						Anti-difterica						Anti-polio						Anti-epatite B						
	2010-2012	2013	2014	2015	2016	variaz. al 2016	2010-2012	2013	2014	2015	2016	variaz. al 2016	2010-2012	2013	2014	2015	2016	variaz. al 2016	2010-2012	2013	2014	2015	2016	variaz. al 2016	
Piemonte	96,43	96,79	96,42	95,43	95,44	-0,99	96,43	96,79	96,22	94,90	95,14	-1,29	96,33	96,68	96,21	95,16	95,13	-1,20	96,27	96,49	95,85	94,62	94,72	-1,55	
Vale d'Aosta	95,93	94,43	91,30	93,60	91,32	-4,61	95,93	93,69	90,78	92,92	90,77	-5,16	95,90	93,69	90,61	93,40	90,86	-5,04	95,23	93,12	90,18	92,63	90,67	-4,56	
Lombardia	97,07	95,95	95,14	93,63	94,42	-2,65	97,07	95,95	94,96	93,37	94,23	-2,84	97,03	95,95	95,02	93,48	92,80	-4,23	96,33	95,80	94,87	93,20	91,85	-4,78	
PA Bolzano	89,60*	88,88	88,52	87,50	85,34	-4,26	89,60	88,78	88,44	87,49	85,25	-4,35	89,15	88,76	88,46	87,45	85,05	-4,10	89,20	88,28	87,99	87,11	84,93	-4,27	
PA Trento	95,73	94,78	93,09	93,10	93,26	-2,47	95,73	94,44	92,70	92,66	92,67	-2,86	95,83	94,46	92,74	92,83	92,98	-2,85	95,43	94,08	92,43	92,13	92,61	-2,82	
Veneto	95,23	93,98	92,09	91,75	92,46	-2,77	95,23	93,78	91,76	91,29	91,99	-3,24	95,20	93,73	91,71	91,27	91,97	-3,23	94,97	93,52	91,43	90,80	91,40	-3,57	
Friuli V.G.	96,17	94,58	92,57	90,78	89,76	-6,41	96,17	94,58	92,57	90,28	89,31	-6,86	95,83	94,35	92,20	90,37	89,42	-6,41	95,37	93,82	91,70	89,66	88,74	-6,63	
Liguria	97,03	95,91	95,60	94,57	94,38	-2,65	97,03	95,88	95,74	94,50	94,32	-2,71	97,03	95,83	95,74	94,60	94,33	-2,70	97,00	95,86	95,61	94,30	94,17	-2,83	
Emilia Romagna	96,83	96,19	95,07	94,28	93,48	-3,35	96,83	96,00	94,72	93,75	93,09	-3,74	96,50	95,10	94,80	94,03	93,26	-3,24	96,30	95,78	94,49	93,49	92,73	-3,57	
Toscana	97,10	96,02	95,71	95,23	94,61	-2,49	97,10	95,88	95,56	94,95	94,41	-2,69	95,87	95,83	95,43	94,98	94,37	-1,50	95,57	95,75	95,37	94,81	94,09	-1,48	
Umbria	97,83	96,84	95,64	93,96	94,59	-3,24	97,83	96,76	95,63	93,78	94,46	-3,37	97,93	97,10	95,90	93,90	94,54	-3,39	97,60	96,62	95,25	93,43	93,96	-3,64	
Marche	97,53	97,04	93,70	92,13	92,63	-4,90	97,53	97,02	93,63	91,75	92,25	-5,28	97,33	97,02	93,66	92,02	92,35	-4,98	97,17	96,93	93,50	91,65	92,04	-5,13	
Lazio	97,50	96,61	97,54	95,25	96,84	-0,66	97,50	96,61	97,54	95,24	96,83	-0,67	97,57	96,74	97,55	95,26	96,86	-0,71	99,33	96,92	97,95	95,20	96,72	-2,61	
Abruzzo	98,77	97,75	96,57	95,72	97,07	-1,70	98,77	97,75	96,57	95,71	97,06	-1,71	98,77	97,75	96,58	95,72	97,10	-1,67	98,77	97,75	96,57	95,71	97,04	-1,73	
Molise	98,53	98,06	96,65	94,32	97,30	-1,23	98,53	98,06	96,65	94,32	97,30	-1,23	98,53	98,06	96,65	94,32	97,30	-1,23	98,53	98,06	96,65	94,32	97,30	-1,23	
Campania	93,70	n.d.	93,19	91,34	92,71	-0,99	93,70	n.d.	93,19	91,34	92,71	-0,99	92,87	n.d.	93,19	91,34	92,71	-0,16	89,93	n.d.	93,19	91,36	92,72	2,79	
Puglia	96,97	95,66	94,64	93,81	93,34	-3,63	96,97	95,66	94,64	93,81	93,32	-3,65	97,03	95,65	94,64	93,80	93,34	-3,69	96,90	95,66	94,64	93,80	93,35	-3,55	
Basilicata	98,80	99,03	98,84	97,83	97,35	-1,45	98,80	99,03	98,84	97,83	97,35	-1,45	98,80	99,03	98,84	97,83	97,35	-1,45	98,80	99,03	98,84	97,83	97,35	-1,45	
Calabria	94,63	94,25	95,07	95,32	95,84	1,21	94,63	94,25	95,32	95,84	1,21	94,63	94,25	95,32	95,84	1,21	94,63	94,25	95,32	95,84	1,21	94,63	94,25	95,84	1,21
Sicilia	94,93	95,30	93,48	91,92	91,63	-3,30	94,93	95,30	93,48	91,92	91,63	-3,30	94,93	95,30	93,48	91,94	91,63	-3,30	94,93	95,29	93,48	91,92	91,63	-3,30	
Sardegna	94,10	96,81	96,12	95,07	95,64	1,54	94,10	96,81	96,12	95,05	95,63	1,53	94,13	96,12	95,74	95,19	95,66	1,53	94,10	96,82	96,12	95,06	95,63	1,53	
ITALIA	96,30	95,81	94,82	93,56	93,72	-2,58	96,30	95,75	94,71	93,35	93,56	-2,74	96,17	95,74	94,71	93,43	93,33	-2,84	95,93	95,65	94,61	93,20	92,98	-2,95	

Nota: Per ogni vaccino si considera il ciclo vaccinale di base completo (3 dosi). Per tetano e difterite i dati di copertura 2000 - 2012 si riferiscono alla somministrazione di cicli completi del vaccino anti difterite e tetano (DT) o il vaccino antidifterite-tetano-pertosse (DTP); dal 2013 è disponibile il dato per singolo antigene. La colonna variazione al 2016 rappresenta la variazione in punti percentuali per l'anno rispetto al periodo 2010-2012.

* media 2011-2012

Fonte: Ministero della Salute – Coperture vaccinali dell'età pediatrica e dell'adolescente

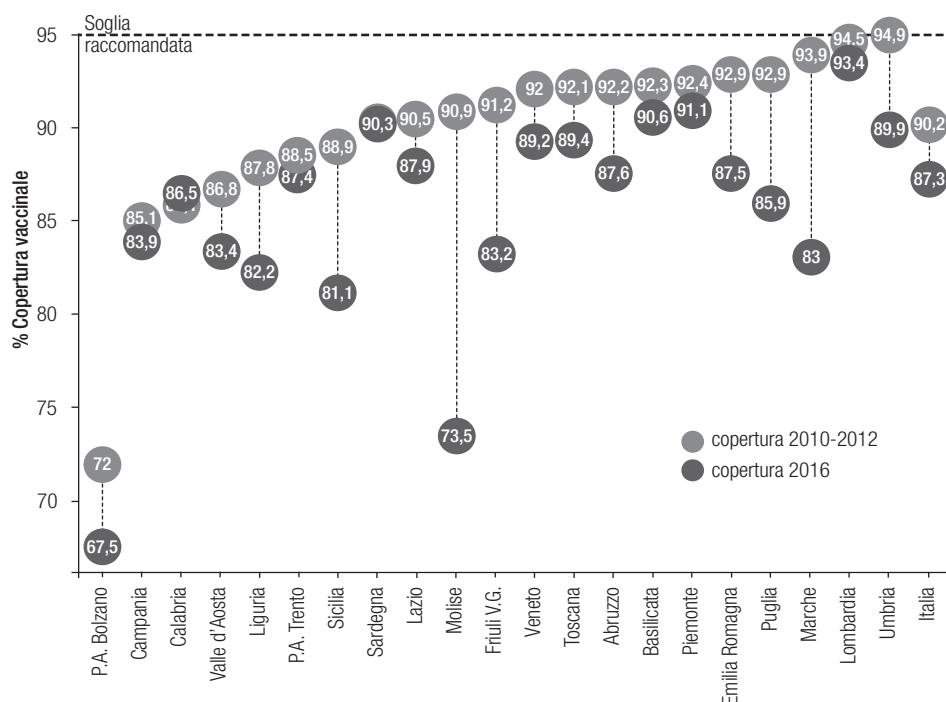
Tabella 2.20 Coperture vaccinali per morbillo e morbillo-parotite-rosolia in Italia per regione (valori percentuali) anni 2010-2016

	Morbillo						Morbillo-parotite-rosolia					
	2010-2012	2013	2014	2015	2016	variazione al 2016	2010-2012	2013	2014	2015	2016	variazione al 2016
Piemonte	92,40	92,07	90,55	88,72	91,06	-1,34	92,40	92,07	90,55	88,72	91,06	-1,34
Valle d'Aosta	86,77	83,95	77,61	82,25	83,38	-3,39	86,67	83,54	77,09	82,15	82,92	-3,75
Lombardia	94,53	92,62	89,49	90,32	93,40	-1,13	94,20	92,56	89,36	90,21	93,27	-0,93
PA Bolzano	71,95*	68,94	68,77	68,84	67,52	-4,43	71,95	68,87	68,68	68,80	67,43	-4,52
PA Trento	88,47	86,25	84,21	84,55	87,43	-1,04	88,33	86,20	84,17	84,38	87,25	-1,08
Veneto	92,03	89,99	87,10	87,15	89,19	-2,84	91,87	89,84	86,98	87,05	89,07	-2,80
Friuli Venezia Giulia	91,20	87,80	83,51	82,01	83,24	-7,96	91,17	87,80	83,38	81,85	83,13	-8,04
Liguria	87,80	85,97	82,82	81,48	82,15	-5,65	87,73	85,86	82,76	81,32	82,06	-5,67
Emilia Romagna	92,87	91,30	88,26	87,23	87,47	-5,40	92,70	91,13	88,06	87,00	87,25	-5,45
Toscana	92,13	90,07	89,31	88,72	89,38	-2,75	92,07	90,04	89,15	88,67	89,30	-2,77
Umbria	94,87	93,06	88,97	87,51	89,86	-5,01	94,87	92,98	88,79	87,46	88,42	-6,45
Marche	93,93	87,75	81,39	79,90	83,04	-10,89	88,67	87,75	81,39	79,87	83,00	-5,67
Lazio	90,47	90,89	88,54	84,47	87,94	-2,53	90,47	90,86	88,54	84,46	87,94	-2,53
Abruzzo	92,23	91,26	85,68	84,23	87,56	-4,67	92,23	81,26	85,68	84,23	87,56	-4,67
Molise	90,90	87,62	86,27	77,38	73,51	-17,39	90,90	87,62	86,27	77,38	73,51	-17,39
Campania	85,07	n.p.	83,66	80,76	83,87	-1,20	85,07	0,00	83,66	80,76	83,64	-1,43
Puglia	92,90	90,64	85,07	84,15	85,88	-7,02	92,90	90,64	85,07	84,15	85,88	-7,02
Basilicata	92,33	91,34	90,00	90,25	90,56	-1,77	92,33	81,34	90,00	90,25	90,56	-1,77
Calabria	85,93	87,60	83,20	84,38	86,49	0,56	85,93	87,60	83,20	83,71	86,49	0,56
Sicilia	88,93	88,98	83,95	79,20	81,11	-7,82	88,93	88,98	83,95	79,18	81,10	-7,83
Sardegna	90,37	91,12	88,60	87,67	90,29	-0,08	89,30	91,12	88,60	87,67	90,27	0,97
ITALIA	90,23	90,35	86,74	85,29	87,26	-2,97	89,87	90,30	86,67	85,22	87,19	-2,68

* media 2011-2012. Dal 2013 i dati sono forniti per singolo antigene, la copertura combinata per morbillo-parotite e rosolia è stata derivata prendendo la copertura minore riportata tra i tre antigeni. Per gli anni precedenti è stato usato il dato per il vaccino trivalente anti Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR1) o la combinazione MPR1 con il vaccino tetravalente anti morbillo-parotite-rosolia-varicella (MPRV).

Fonte: Ministero della Salute – Coperture vaccinali dell'età pediatrica e dell'adolescente

Figura 2.21 **Copertura per il morbillo. Confronto 2016 con media periodo 2010-2012**



Note: Dati su prima dose entro 24 mesi

Fonte: Ministero della Salute – Coperture vaccinali dell'età pediatrica e dell'adolescente

4,4 punti percentuali in meno, con un ulteriore diminuzione dal 2015 al 2016 di 3,9 punti) e Marche (−10,9 punti, ma in crescita di 3,14 nel 2016).

La Tabella 2.20 riporta il dato per il vaccino combinato trivalente per morbillo parotite e rosolia, che ha un andamento del tutto simile ai dati mostrati per il solo morbillo, ragionevolmente dal momento che la vaccinazione trivalente è il vaccino principalmente utilizzato²¹.

Il PNPV ha fissato come obiettivo il raggiungimento del 95% di soggetti vaccinati con 1 dose di vaccino contro il morbillo entro i 24 mesi di età. Più in generale, nonostante i dati poco incoraggianti del 2016, la speranza è che per tutti i vaccini resi obbligatori dal cosiddetto decreto Lorenzin, l'introduzione dell'obbligo vaccinale per la partecipazione scolastica potrà contribuire a far aumentare le coperture già dal prossimo anno.

²¹ Con l'unica differenza per le Marche, che registra nel 2012, un valore per l'aggregato M-MPR1-MPRV (morbillo, vaccino trivalente per morbillo parotite e rosolia e vaccino tetravalente con l'aggiunta della prevenzione anti-varicella) molto più alto rispetto all'aggregato MPR1-MPRV (96,7% contro 81,8%).

Mentre il valore dei vaccini generalmente raccomandati è compreso e condiviso dai più, oltre a essere dimostrato da un elevato numero di pubblicazioni scientifiche di livello internazionale, si assiste da tempo a un vivace dibattito, oggi rinvigorito, sulla questione se sia opportuno, appropriato o «giusto» imporre ai genitori l'obbligo di vaccinare i propri figli. Coloro che ne sostengono l'esigenza spesso vedono in questa misura l'unico mezzo possibile per contrastare il calo delle coperture, mantenere l'immunità di gregge e neutralizzare l'effetto di informazioni spesso fuorvianti amplificate oggi da internet e i *social media*. Viceversa, coloro che rimangono contrari sostengono che l'introduzione dell'obbligo costituisca una eccessiva intrusione dello Stato e una lesione della libertà di scelta da parte di genitori rispetto a ciò che ritengono giusto per i loro figli. Inoltre, l'obbligatorietà potrebbe secondo alcuni diventare addirittura controproducente, inasprendo lo scetticismo verso i vaccini e introducendo fattori discriminanti, se la facoltà di non vaccinare venisse a dipendere dalla capacità a pagare le eventuali sanzioni previste in caso di mancata vaccinazione (Arie, 2017; Offit, 2012; Salisbury, 2012).

2.5 Discussioni e conclusioni

Data la vocazione del SSN di rendere effettivo l'esercizio del diritto fondamentale alla salute, a tutti i cittadini senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito, lavoro, in questo capitolo abbiamo provato a rispondere, sulla base dei dati disponibili, alla domanda «come stiamo»? In particolare, lo stato di salute della popolazione è stato descritto sulla base di indicatori demografici ed epidemiologici consolidati, in prospettiva internazionale e nazionale. Il quadro che emerge dal confronto con altri Paesi è rassicurante. L'Italia ha un livello di speranza di vita e speranza di vita in buona salute, tra i più elevati al mondo. Se la mortalità è l'altra faccia della sopravvivenza, anche rispetto a questa dimensione mostriamo valori incoraggianti rispetto ai principali Paesi che ha senso considerare come *benchmark*. Tuttavia, valutando più in profondità e spostando la lente sul territorio nazionale, emergono alcuni elementi di preoccupazione. Per quanto riguarda gli indicatori considerati, permangono differenze di genere, sebbene in molti casi il trend sia in diminuzione. Gli uomini sono generalmente penalizzati rispetto alle donne e queste differenze si profilano anche rispetto ai principali fattori di rischio o protezione per la salute. Stili di vita poco salutari, come fumo, consumo di alcol, sovrappeso, prevalgono tra gli uomini, mentre alle donne spetta il primato per la sedentarietà.

Ancora più critico è tuttavia il divario tra le performance a livello territoriale. Una differenza di 20 anni nell'aspettativa di vita in buona salute tra un nato in Calabria e un nato nella PA di Bolzano pone sicuramente delle questioni rispetto ai principi fondanti del nostro SSN, quali il rispetto della dignità della persona, dei bisogni di salute, di qualità e soprattutto di equità. Sulla gran parte degli

indicatori osservati, il Sud mostra valori peggiorativi rispetto alla media nazionale, senza evidenti segnali di una progressiva riduzione di queste diseguaglianze. Inoltre gran parte delle morti o morbilità evitabili nel nostro Paese sono dovute a bassi livelli di efficacia di strumenti di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. In questa edizione del Rapporto abbiamo esaminato anche quest'area dei LEA che assorbe circa il 5% del Fondo Sanitario Nazionale. Da questo punto di vista, permangono divari territoriali e per scaglioni di reddito e istruzione nella partecipazione tempestiva a programmi di screening, fondamentali per favorire la diagnosi precoce di malattie non trasmissibili come il tumore mammario, il tumore del colon-retto e quello cervicale. Per quanto riguarda le malattie infettive e il principale strumento di prevenzione contro queste, ovvero le vaccinazioni, i dati mostrano a partire dal 2013 una progressiva riduzione della copertura sia delle vaccinazioni tradizionalmente obbligatorie in Italia (anti-difterica, anti-tetanica, anti-poliomielitica e anti-epatite virale B), sia delle altre vaccinazioni disponibili come ad esempio il morbillo. Il dibattito dai toni particolarmente accesi sull'opportunità e sulle modalità di vaccinazione è culminato con l'approvazione del Decreto Lorenzin, che sostanzialmente reintroduce l'obbligo di vaccinazione per accedere agli asili nido e alle scuole materne, e impone sanzioni economiche per chi decide di iscrivere i figli non vaccinati alla scuola dell'obbligo. Dietro al rifiuto dei vaccini, si celano questioni complesse che hanno probabilmente a che fare con la comunicazione e il rapporto di fiducia tra i cittadini e le strutture pubbliche che offrono questo servizio. Incidere su elementi di ordine culturale richiede tempi lunghi e azioni coordinate a vari livelli, tuttavia riteniamo che questo sia un tema molto delicato e assolutamente da non trascurare.

Se è vero che siamo stati bravi a mettere i conti a posto negli ultimi anni, è anche vero che il prezzo che stiamo pagando in termini di diseguaglianza tra classi sociali e soprattutto tra regioni è probabilmente maggiore del disavanzo che ci ha accompagnato per lunghi decenni. La differenza è che i disavanzi di bilancio sono più semplici da riequilibrare rispetto alle diseguaglianze sanitarie. È pertanto fondamentale agire immediatamente e ci auguriamo che questo lavoro, ancorché descrittivo, possa rappresentare una buona base di partenza per formulare politiche sanitarie efficaci ed efficienti.

Bibliografia

- Assemblea Generale Nazioni Unite (2015), «*Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*», pp. 16-17, http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
- Arie S. (2017), «*Compulsory vaccination and growing measles threat*». *BMJ*, 358, j3429
- Armeni P., Costa F., Furnari A. (2016), «Il confronto dei sistemi sanitari in una

- prospettiva internazionale» in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, EGEA.
- Bousmaha M., Venteloub B., Abu-Zaineha M. (2016), «*Medicine and democracy: The importance of institutional quality in the relationship between health expenditure and health outcomes in the MENA region*». *Health Policy* 120, pp. 928-935.
- Campbell D. (2017), «*Rise in life expectancy has stalled since 2010, research shows*», *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/society/2017/jul/18/rise-in-life-expectancy-has-stalled-since-2010-research-shows>.
- Cislaghi C., Costa G., Rosano A. (2016), «Una strage o solo un dato statistico?», *Epidemiologia & Prevenzione*, 40 (1), pp. 9-11.
- Commissione Europea (2017), «Anni di vita in buona salute», https://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years_it
- Commissione Europea (2017), «*Amenable and preventable deaths statistics Eurostat, Preventable death statistics*», http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics
- Dahlgren G., Whitehead M. (1991), «*Policies and strategies to promote Social Equity in Health*», Institute for Futures Studies (a cura di), Stockholm, <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Eurostat (2017), «Health statistics». Eurostat database.
- Feigin V. (2016), «*Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*», *The Lancet*, 388(10053), pp. 1459-1544.
- ISTAT (2017), *Popolazione residente per sesso, anno di nascita e stato civile*. Dati disponibili online: <http://demo.istat.it/>.
- ISTAT (2017), *Indagine multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana – parte generale*. Dati disponibili online: <http://dati.istat.it/>.
- ISTAT (2017), *Iscritti in anagrafe per nascita*. Dati disponibili online: <http://dati.istat.it/>.
- ISTAT (2017), *Rilevazione dei cancellati all’anagrafe per decesso*. Dati disponibili online: <http://dati.istat.it/>.
- ISTAT (2017), *Indagine sulle cause di morte*. Dati disponibili online: <http://dati.istat.it/>.
- ISTAT (2016), *BES. Il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma: ISTAT.
- ISTAT (2015), «Chiarimento su aumento dei decessi 2015», <https://www.istat.it/it/archivio/177753>
- ISTAT (2015), «Prevenzione e stili di vita in Italia e nell’Unione europea - Indagine Ehis 2015», <https://www.istat.it/it/archivio/198878>
- McKee M., Reeves A., Clair A., Stuckler D. (2017), «*Living on the edge: precariousness and why it matters for health*». *Archives of Public Health*, 2017 Mar 3, pp. 75-13.

- Michelozzi P., De' Donato F., Scortichini M., De Sario M., Asta F., Agabiti N., Guerra R., de Martino A., Davoli M. (2016), «Sull'incremento della mortalità in Italia nel 2015: analisi della mortalità stagionale nelle 32 città del Sistema di sorveglianza della mortalità giornaliera», *Epidemiologia & Prevenzione*, 2016; 40 (1), pp. 22-28.
- Minardi V., Federici A., Bertozzi N., Carrozzi G., Oddone Trinito M., Gruppo Tecnico PASSI (2012), «Lo screening organizzato funzionante riduce le disuguaglianze di accesso». *Epidemiologia & Prevenzione*, 2012; 36 (6), pp. 371-371.
- Ministero della Salute (2017), «Vaccinazioni dell'età pediatrica e dell'adolescente – Coperture vaccinali», http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=20
- Nixon J., Ulmann P. (2006), «The relationship between healthcare expenditure and health outcomes», *European Journal of Health Economics*, 2006, pp. 7-18.
- OECD (2017), «OECD Health Data: Health care resources», *OECD Health Statistics* (database).
- Offit P.A. (2012), «Should childhood vaccination be mandatory? Yes», *BMJ (Online)*, 344.
- Or Z. (2000), «Determinants of health outcomes in industrialised countries: a pooled, cross-country, time-series analysis», OECD Economic Studies No. 30, 2000/I <https://www.oecd.org/eco/growth/2732311.pdf>
- Osservatorio Nazionale Screening (2016), «Rapporto 2016», <http://osservatorionazionalecreening.it/content/rapporto-2016>
- Papanicolas I., Jha A.K. (2017), «Challenges in International Comparison of Health Care Systems», 2017 Aug 8; 318(6), pp. 515-516.
- MEVi (2017), «Rapporto Mortalità evitabile con intelligenza», http://www.mortalitaevitabile.it/_mevi/2017/MEVi2017-rapporto.pdf
- Rossi P.G., Esposito G., Brezzi S., Brachini A., Raggi P., Federici A. (2006), «Estimation of Pap-test coverage in an area with an organised screening program: challenges for survey methods», *BMC Health services research*, 6(1), p. 36.
- Roth G.A., Johnson C., Abajobir A., Abd-Allah F., Abera S.F., Abyu G. (2015), «Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015», *J Am Coll Cardiol*, 2015 Jul 4;70(1), pp. 1-25.
- Salisbury DM.(2012), «Should childhood vaccination be mandatory? No», *BMJ (Online)*, 344.
- Sistema di Sorveglianza Passi (2016), <http://www.epicentro.iss.it/passi/sorv-passi.asp>
- Smith-Bindman R., Chu P.W., Miglioretti D.L., Sickles E.A., Blanks R., Ballard-Barbash R., Kerlikowske K. (2003), «Comparison of screening mammography in the United States and the United Kingdom», *JAMA*, 290(16), pp. 2129-2137.

- Stuckler D., Basu S. (2013), *The Body Economic: Why Austerity Kills*, New York, Basic Books.
- United Nations (2015), «Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development», *Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015*, disponibile online http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
- Wardle J., von Wagner C., Kralj-Hans I., Halloran S.P., Smith S.G., McGregor L., Vart G., Howe R., Snowball J., Handley G., Logan R.F., Rainbow S., Smith S., Thomas M.C., Counsell N., Morris S., Duffy S.W., Hackshaw A., Moss S., Atkin W., Raine R. (2016), «Effects of evidence-based strategies to reduce the socioeconomic gradient of uptake in the English NHS Bowel Cancer Screening Programme (ASCEND): four cluster-randomised controlled trials», *The Lancet*, 2016; 387, pp. 751-59.
- WHO (2017), «World Health Statistics». Global Health Observatory database.
- WHO (2017), «Non Communicable Diseases», <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

3 Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale

di Patrizio Armeni, Francesco Costa e Alessandro Furnari¹

3.1 Introduzione: obiettivi e aspetti metodologici

Il presente capitolo rappresenta un aggiornamento rispetto al Rapporto 2016 (Armeni, Costa e Furnari, 2016) sul confronto dei sistemi sanitari internazionali. Per gli aspetti introduttivi e metodologici, nonché per la scelta del perimetro di analisi, si rimanda, invece, al Rapporto 2013 tale fonte (Armeni, Ferré, Lorenzoni e Sommariva, 2013).

Il capitolo è strutturato in tre blocchi logici. Nel primo si analizzano i dati di spesa sanitaria, con particolare riferimento all'incidenza economica dell'assistenza sanitaria sul settore pubblico e sui cittadini. Nel secondo blocco si analizza la struttura dell'offerta, l'utilizzo di beni e servizi e l'appropriatezza. Infine, nell'ultimo blocco è approfondito il tema dei bisogni non soddisfatti. In particolare, vengono analizzati i dati sullo stato di salute percepito riportato da cittadini di diverse classi di reddito e sono riportate le cause della rinuncia alle cure per le varie fasce della popolazione.

¹ I §§ 3.1 e 3.5 sono da attribuirsi a Patrizio Armeni; il § 3.2 è da attribuirsi a Francesco Costa, mentre i §§ 3.3 e 3.4 ad Alessandro Furnari.

3.2 La spesa sanitaria²

La spesa sanitaria nei 27 Paesi considerati³ riflette l'eterogeneità degli assetti istituzionali e si caratterizza per livelli, composizioni e dinamiche altamente differenziate (Tabella 3.1 e Figura 3.1).

Un'analisi comparativa sui livelli complessivi di spesa pro-capite può essere condotta analizzando i differenti assetti istituzionali. Il sistema comunemente considerato più vicino al mercato, gli Stati Uniti, presenta in media livelli di spesa nettamente più elevati. Nel 2015, infatti, il livello medio di spesa complessiva pro-capite negli Stati Uniti risulta più alto del 118% rispetto alla media dei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (ad esempio, Francia, Germania, Olanda) e del 132% rispetto a quella dei Paesi con Servizio Sanitario Nazionale o locale (ad esempio, Italia, Regno Unito, Svezia). Ovviamente, i livelli di spesa sono da leggere anche in funzione dell'insieme di servizi offerti e della capacità che i Paesi hanno di rendere disponibili e diffusi internamente i frutti del progresso scientifico e dell'innovazione tecnologica.

Per quanto concerne l'evoluzione della spesa sanitaria totale pro-capite (Figura 3.1), i coefficienti di crescita⁴ misurati in termini reali⁵ fanno registrare, tra il 2010 e il 2015, un aumento medio pari all'1,5%. Poco più di un quarto

² A differenza dei precedenti Rapporti, sono stati qui considerati i dati forniti dall'OECD, in virtù del mancato aggiornamento, al momento della realizzazione del lavoro di ricerca, delle rilevazioni tradizionalmente utilizzate, relative alle tavole del WHO. Inoltre, si segnala che le grandezze monetarie inserite nel presente paragrafo sono state convertite in \$ PPA (Parità dei Poteri di Acquisto), con riferimento al PIL. Le serie storiche così calcolate sono soggette a frequenti reworking. In virtù di tali considerazioni, i valori che si riferiscono anche ad anni lontani potranno differire, pur se in misura non qualitativamente rilevante, rispetto a quelli riportati nei precedenti Rapporti. A proposito della Parità dei Poteri di Acquisto, si osserva inoltre che esistono PPA specifiche per la spesa sanitaria (e anche per alcune classi di spesa sanitaria, quali la spesa farmaceutica), che però non vengono aggiornate con frequenza annuale e non sono state, pertanto, utilizzate in questa sede. Per spesa sanitaria «pubblica» si intende la spesa finanziata attraverso fondi pubblici (ossia tributi prelevati dagli enti pubblici territoriali e contributi di schemi assicurativi sociali), mentre la spesa «privata» include schemi assicurativi privati (ovvero volontari), compartecipazioni alla spesa e pagamenti diretti da parte del paziente (out-of-pocket e co-payment). Mentre i dati di spesa pubblica derivano in genere dal consolidamento dei bilanci delle aziende sanitarie (o delle assicurazioni sociali), integrati da stime relative alla spesa sanitaria sostenuta da altri enti pubblici, quelli di spesa privata provengono da stime ottenute da indagini campionarie sui consumi delle famiglie, con copertura e attendibilità conseguentemente minori.

³ Si tratta dei principali Paesi europei (Grecia, Portogallo, Irlanda, Norvegia, Repubblica Slovacca, Lussemburgo, Italia, Regno Unito, Danimarca, Spagna, Francia, Ungheria, Polonia, Repubblica Ceca, Austria, Finlandia, Germania, Belgio, Olanda, Svezia, Svizzera), a cui sono stati aggiunti USA, Canada e i Paesi BRIC (Brasile, Russia, India e Cina).

⁴ Il tasso di crescita medio annuale è stato calcolato come CAGR (Compound Average Growth Rate), ossia come tasso di crescita annuale composto. Ad esempio, per un periodo triennale il CAGR è pari a: $(\text{Valore ultimo anno}/\text{Valore primo anno})^{(1/3)}-1$.

⁵ La spesa sanitaria totale pro-capite è stata divisa per il valore del deflatore del PIL calcolato dal Fondo Monetario Internazionale.

Tabella 3.1 **Spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA (1995, 2000, 2005, 2010-2015)**

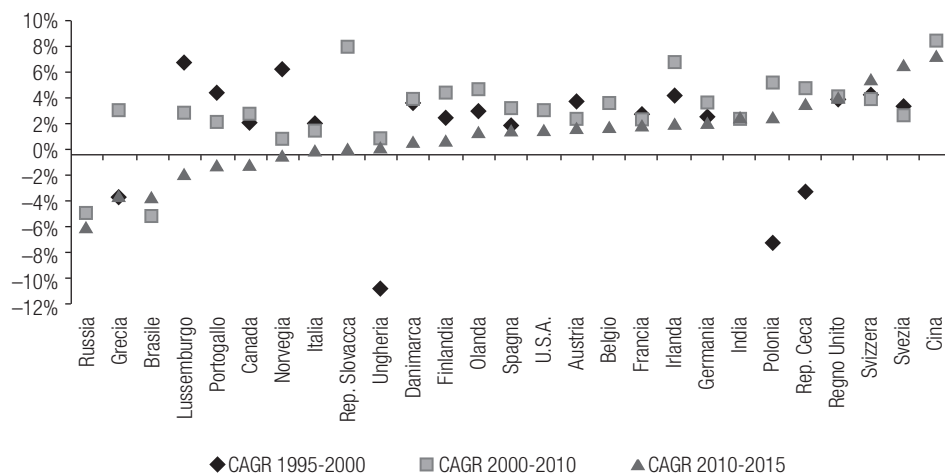
Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	2.110	2.702	3.341	4.238	4.384	4.684	4.861	5.001	5.100
Belgio	1.684	2.221	3.008	3.980	4.158	4.314	4.505	4.656	4.778
Danimarca	1.760	2.321	3.104	4.470	4.528	4.601	4.772	4.906	5.058
Finlandia	1.437	1.828	2.559	3.442	3.641	3.774	3.920	3.935	3.993
Francia	2.053	2.505	3.124	3.872	4.031	4.090	4.331	4.464	4.530
Germania	2.251	2.709	3.331	4.413	4.588	4.707	4.961	5.200	5.353
Grecia	1.228	1.413	2.301	2.696	2.378	2.219	2.175	2.099	2.210
Irlanda	1.154	1.781	3.093	4.556	4.518	4.683	5.033	5.082	5.276
Italia	1.530	2.047	2.513	3.141	3.211	3.245	3.235	3.271	3.352
Lussemburgo	2.225	3.405	5.126	6.387	5.970	6.403	6.693	6.850	6.818
Olanda	1.701	2.228	3.455	4.638	4.846	5.093	5.303	5.322	5.297
Portogallo	1.035	1.581	2.145	2.687	2.552	2.473	2.536	2.599	2.664
Spagna	1.142	1.467	2.127	2.886	2.915	2.902	2.941	3.057	3.180
Svezia	1.661	2.169	2.812	3.536	4.673	4.892	5.070	5.170	5.266
Regno Unito	1.143	1.565	2.337	3.041	3.084	3.177	3.845	3.989	4.125
Norvegia	1.768	2.847	3.981	5.168	5.456	5.737	5.979	6.136	6.190
Svizzera	2.638	3.332	4.149	5.686	6.048	6.391	6.794	7.096	7.536
Repubblica Ceca	788	925	1.401	1.921	2.009	2.042	2.353	2.446	2.434
Repubblica Slovacca	n.d.	603	1.096	1.951	1.917	2.034	2.100	2.009	2.059
Polonia	377	564	807	1.354	1.424	1.478	1.576	1.606	1.704
Ungheria	617	803	1.366	1.623	1.723	1.724	1.776	1.821	1.913
U.S.A.	n.d.	4.559	6.445	7.932	8.145	8.415	8.616	9.036	9.507
Canada	2.002	2.422	3.282	4.228	4.248	4.308	4.461	4.502	4.533
Brasile	n.d.	640	914	868	905	934	995	n.d.	n.d.
Russia	n.d.	367	606	1.095	1.162	1.272	1.331	1.338	1.351
India	n.d.	85	123	185	203	217	240	269	n.d.
Cina	n.d.	133	235	450	515	589	656	733	n.d.

Fonte: elaborazioni su dati OECD 2017.

dei Paesi (7 su 27) mostrano tassi di crescita negativi nel periodo considerato, mentre nel periodo 2000-2010 soltanto Brasile e Russia mostrano tassi di crescita negativi. Il tasso di crescita della spesa sanitaria (reale) per l'Italia è stato pressoché pari a zero (+0,2%) nell'ultimo quinquennio riportato, mentre nel periodo 2000-2010 è stato pari all'1,9% (tra i più bassi).

Una dimensione importante della spesa sanitaria è la sua composizione rispetto ai soggetti pagatori. Essendo un settore critico di ogni Paese sia dal punto di vista sociale sia dal punto di vista economico, la sanità si caratterizza sempre per una forte presenza del settore pubblico, sebbene con obiettivi ed estensione variabili. Nei dati di spesa, ciò si riflette nella componente pubblica di spesa sanitaria (Tabella 3.2), che è superiore al 50% nei Paesi considerati, ad eccezione degli Stati Uniti (49,4%) e dell'India (30,0% - dato 2014). La parte

Figura 3.1 **Tasso di crescita medio annuo (CAGR) della spesa sanitaria totale pro-capite in termini reali (1995-2000, 2000-2010 e 2010-2015)**



Nota: il CAGR 1995-2000 non è disponibile per Repubblica Slovacca, Belgio, USA e Paesi BRIC.

Fonte: elaborazioni su dati OECD 2017 e Fondo Monetario Internazionale 2017.

residua di spesa è coperta dal settore privato nella forma di premi assicurativi, a carico dei cittadini o delle imprese che offrono copertura ai propri dipendenti, oppure di spesa out-of-pocket, direttamente sostenuta dai pazienti al momento dell'accesso ai servizi o dell'acquisto di beni. Nella spesa out-of-pocket rientrano le prestazioni non coperte da programmi assicurativi pubblici o garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (out-of-pocket in senso stretto) e le compartecipazioni per prestazioni solo parzialmente coperte dalla spesa pubblica.

La proporzione tra il contributo dei tre pagatori (settore pubblico, assicurazioni e cittadini-pazienti) può essere letta come misura dell'equità del sistema sanitario. Più è elevata la copertura pubblica, più il sistema è caratterizzato da equità formale rispetto al reddito. Infatti, una quota di spesa pubblica elevata corrisponde a una forte azione di redistribuzione della ricchezza, che rende il sistema più equo nell'accesso alle prestazioni⁶.

La componente privata è, invece, più o meno direttamente legata alla capacità di reddito degli individui. In particolare, un sistema incentrato sulla spesa privata assicurativa pone barriere all'accesso a coloro che non possono acquistare una copertura e che non rientrano nei programmi pubblici o a coloro ai quali il datore di lavoro non offre coperture assicurative sanitarie. Tradizionalmente,

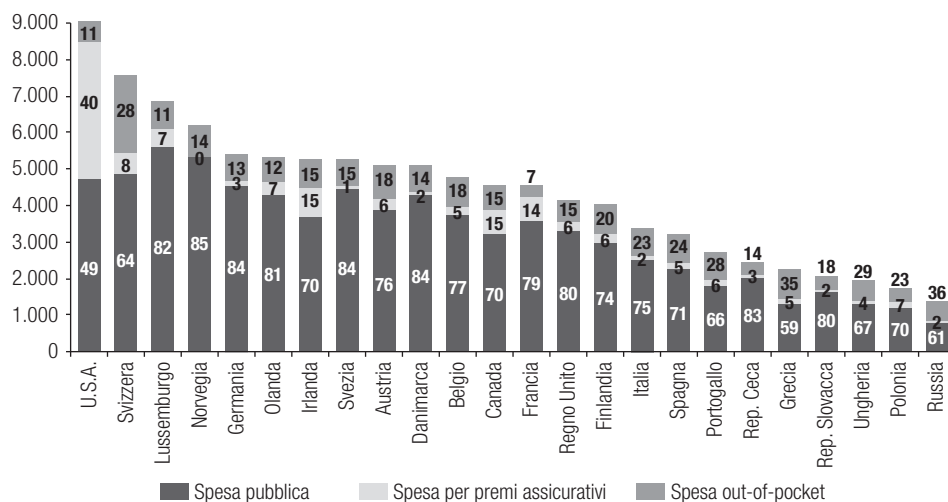
⁶ Il concetto di equità potrebbe essere declinato in diverse prospettive. Ad esempio, un sistema altamente redistributivo è funzionale a una maggiore equità rispetto al reddito nell'accesso ai servizi ma è meno equo rispetto alla quantità di contribuzione. In questo contesto si fa riferimento all'equità rispetto al reddito nell'accesso ai servizi.

Tabella 3.2 Copertura pubblica della spesa sanitaria (%) (1995, 2000, 2005, 2010, 2015, 2010-2015)

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Differenza 1995-2000	Differenza 2000-2010	Differenza 2010-2015
Austria	75,3	75,5	75,1	76,1	76,0	75,9	75,4	75,5	75,6	0,3	0,6	-0,6
Belgio	76,8	74,6	76,5	77,4	77,2	77,7	77,4	77,3	77,5	-2,2	2,8	0,0
Danimarca	82,0	83,1	83,7	84,6	83,7	84,0	84,3	84,0	84,1	1,1	1,5	-0,4
Finlandia	71,2	71,2	75,5	74,3	74,8	75,3	75,2	74,9	74,4	0,0	3,1	0,2
Francia	79,1	78,9	78,7	78,4	78,1	78,2	78,5	78,8	78,9	-0,2	-0,5	0,6
Germania	81,7	79,4	76,3	83,5	83,3	83,1	83,8	84,3	84,5	-2,3	4,1	1,0
Grecia	52,9	61,6	61,7	69,1	66,0	66,0	61,8	58,0	59,1	8,8	7,4	-10,0
Irlanda	74,1	77,5	78,9	76,2	76,0	75,8	69,8	69,3	70,0	3,4	-1,3	-6,2
Italia	71,3	72,6	77,5	78,5	77,0	76,1	76,1	75,6	74,9	1,4	5,8	-3,6
Lussemburgo	92,4	82,0	83,2	84,9	83,2	82,9	82,5	82,4	82,0	-10,5	2,9	-2,9
Olanda	75,4	66,4	67,3	82,6	82,2	82,0	81,1	80,7	80,7	-9,0	16,2	-1,8
Portogallo	61,5	70,5	71,3	69,8	67,7	65,6	66,9	66,1	66,2	9,0	-0,7	-3,6
Spagna	72,0	71,4	71,9	74,8	73,8	72,2	71,1	70,0	71,0	-0,7	3,4	-3,8
Svezia	86,6	85,5	81,8	81,9	84,0	83,6	83,4	83,4	83,7	-1,1	-3,7	1,8
Regno Unito	84,1	79,3	81,3	83,1	82,6	81,9	79,5	79,6	79,7	-4,7	3,8	-3,5
Norvegia	83,9	81,7	83,1	84,7	84,4	84,8	85,0	85,3	85,4	-2,2	3,0	0,7
Swizzera	53,6	55,4	59,5	62,5	63,1	64,3	64,9	64,0	64,0	1,9	7,1	1,5
Repubblica Ceca	89,7	89,8	86,8	83,3	83,9	83,7	83,8	83,5	83,5	0,1	-6,5	0,1
Repubblica Slovacca	n.d.	89,2	75,3	71,9	73,8	72,2	74,2	80,2	79,7	n.d.	-17,3	7,8
Polonia	73,5	68,9	68,7	71,7	70,9	70,0	70,7	70,7	70,0	-4,6	2,8	-1,7
Ungheria	82,9	69,6	70,7	67,1	66,5	65,5	66,6	67,1	66,7	-13,2	-2,5	-0,4
U.S.A.	n.d.	44,2	45,4	48,4	48,5	48,4	48,8	49,3	49,4	n.d.	4,2	1,0
Canada	70,9	70,0	69,9	69,8	70,6	70,6	70,5	70,4	70,2	-1,0	-0,1	0,3
Brasile	n.d.	40,3	41,5	56,6	55,4	54,6	55,2	n.d.	n.d.	n.d.	16,3	n.d.
Russia	n.d.	59,4	61,1	61,4	62,7	63,7	62,4	61,8	61,1	n.d.	2,0	-0,3
India	n.d.	26,1	26,5	27,1	27,1	27,0	28,4	30,0	n.d.	n.d.	1,0	n.d.
Cina	n.d.	38,3	38,8	54,3	55,9	56,0	55,8	55,8	n.d.	n.d.	16,0	n.d.

Fonte: elaborazioni su dati OECD 2017.

Figura 3.2 **Spesa sanitaria pro-capite pubblica, out-of-pocket e per assicurazioni private (2015) (\$ PPA e %)**



Nota: I valori riportati all'interno delle colonne rappresentano la percentuale di ogni componente di spesa rispetto al totale del Paese. Non sono presenti dati relativi a Brasile, India e Cina.

Fonte: elaborazioni su dati OECD 2017.

la componente privata dipende dall'estensione della copertura dei programmi assicurativi pubblici. Negli Stati Uniti, ad esempio, dove la spesa pubblica pro-capite è elevata in valore assoluto ma a fronte di una copertura sulla popolazione limitata, la componente privata è pari al 51%, prevalentemente concentrata sulle coperture assicurative private (40% della spesa totale).

Infine, più critica è la componente out-of-pocket, in quanto spesa direttamente sostenuta dai pazienti al momento della fruizione dei servizi. Questa componente non solo pone barriere all'accesso ma è anche regressiva rispetto al reddito (per la popolazione non esente). In questa categoria, ricade anche la spesa di coloro che non hanno potuto accedere a coperture assicurative private, concentrando quindi l'area di mancata equità del sistema. Infine, va rilevato che la quota di spesa out-of-pocket, presa come indicatore di equità, sottostima il livello reale di iniquità in quanto non include i casi di rinuncia alle cure, che hanno conseguenze negative sullo stato di salute della popolazione. Si segnala, inoltre, che esiste una relazione statisticamente significativa tra livelli di spesa out-of-pocket e tasso di mortalità. La direzione del rapporto di causalità tra i due fenomeni è incerta, endogena e soggetta a influenze diverse, ma rappresenta comunque un interessante spunto di riflessione. Se si incrocia il dato di spesa out-of-pocket con il dato di mortalità nei 27 Paesi analizzati nel 2015, a ogni punto percentuale di spesa out-of-pocket corrisponde una

mortalità negli adulti più elevata del 2,3%⁷. Ciò, a seconda della direzione di causalità che si vuole applicare, può significare che Paesi dove lo stato di salute è peggiore abbiano anche un livello di spesa out-of-pocket superiore, oppure che il «prezzo» dell'aumento dalla spesa out-of-pocket sia un aumento della mortalità. Al contrario, a ogni punto percentuale aggiuntivo di copertura pubblica della spesa sanitaria corrisponde una riduzione dell'1,9%⁸ della mortalità negli adulti.

Nei Paesi analizzati, la componente out-of-pocket, costituita soprattutto da compartecipazioni (es. accesso alle cure specialistiche, farmaci) e ricorso privato ai servizi, varia nel 2015 dal 6,8% della Francia al 36,4% della Russia, mentre l'ultima rilevazione disponibile per l'India (dato 2014) mostra una quota out-of-pocket per il Paese asiatico pari al 62,4%. Restringendo l'analisi ai soli Paesi con Servizio Sanitario Nazionale per l'ultimo anno di rilevazione disponibile, la spesa out-of-pocket è mediamente pari al 24,3%, mentre è inferiore nei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (20,0%) e più bassa negli Stati Uniti (11,1%), sebbene in quest'ultimo caso la spesa in termini assoluti sia la più elevata. L'Italia presenta un dato relativamente elevato, 22,8%, a testimonianza del fatto che oltre un quinto della spesa sanitaria nel nostro Paese ricade direttamente sul paziente, fatte salve le fasce esenti. Da notare, inoltre, che tale valore è il più elevato dal 2004, contrastando la tendenza che per quasi un decennio aveva visto, nel nostro Paese, una progressiva riduzione dell'out-of-pocket rispetto alla spesa sanitaria totale (seppur con qualche eccezione, specialmente tra 2010 e 2011, quando la quota di *out of pocket* a dati OECD è passata dal 20,5% al 22,0%). In Italia, inoltre, si mantiene marginale la percentuale di spesa intermediata dalle assicurazioni private (2,3%). Per ulteriori riflessioni e approfondimenti si rinvia al capitolo 7 del presente Rapporto. Va segnalato, tuttavia, che il ruolo delle compartecipazioni assume importanza nei Paesi in cui la spesa pubblica è sempre più soggetta a vincoli di budget, dove, come tendenza generalizzata, si è ridotta la copertura pubblica negli ultimi cinque anni. In tali circostanze, infatti, la compartecipazione può evolvere da semplice sostituto della spesa pubblica a contributo per un *upgrade* qualitativo dei servizi. In tal senso, invece che rappresentare uno strumento iniquo che porta alla rinuncia alle cure, la compartecipazione potrebbe rappresentare uno dei primi *driver* della diffusione di nuovi servizi e tecnologie, liberando così risorse pubbliche per i servizi essenziali e prioritari.

Un'ultima analisi comparativa sulla spesa sanitaria riguarda il peso che essa assume rispetto all'economia di un Paese in generale e del settore pubblico in particolare.

⁷ $R^2=0,41$.

⁸ $R^2=0,36$. Questa correlazione non è semplicemente speculare alla precedente, in quanto il complemento della spesa pubblica non è solo la componente out-of-pocket ma anche la spesa privata assicurativa.

La spesa sanitaria come percentuale del PIL (Tabella 3.3) indica la quota dell'economia di un Paese che è relativa ai servizi sanitari, ossia la proporzione della spesa complessiva destinata a tali servizi⁹.

L'indicatore si presta a diverse interpretazioni. In primo luogo, esso fornisce una misura del grado di rilevanza economica del sistema sanitario rispetto al macro-sistema produttivo di un Paese, inteso come somma dei redditi di tutte le famiglie e di tutte le imprese. In secondo luogo, è possibile interpretare questo indicatore come punto di equilibrio tra domanda e offerta di servizi. A parità di livello dei prezzi, un valore elevato è associabile a Paesi in cui la domanda di servizi incontra maggiore soddisfazione. Tuttavia, questa ultima interpretazione deve essere integrata da due considerazioni. Primo, le differenze nei livelli dei prezzi delle risorse possono rendere una tale interpretazione deviata. Infatti, a parità di peso sul PIL, due Paesi possono mostrare livelli di accesso complessivo, di equità di accesso nella popolazione e di sostenibilità diversi proprio a causa di differenze nei prezzi. È il caso degli Stati Uniti, sistema più vicino alle logiche di mercato, con prezzi poco regolati, dove la spesa sanitaria rappresenta il 16,9% del PIL (dato più alto in assoluto); tuttavia, al rilevante peso della sanità sul PIL non corrisponde la stessa equità nell'accesso ai servizi che si trova in Paesi come Italia o Francia che proporzionalmente hanno una spesa inferiore. Secondo, sistemi diversamente strutturati hanno costi di funzionamento differenti. La produzione dello stesso paniere di servizi a parità di prezzi e di equità è tipicamente più costosa in un sistema assicurativo privato, in cui un attore aggiuntivo nel sistema (le assicurazioni) impone maggiori costi fissi e, soprattutto, di transazione. Rispetto all'incidenza sul PIL del 16,9% degli Stati Uniti, infatti, nei sistemi europei con assicurazione obbligatoria, la percentuale scende in media al 9,2%, variando dal 6,0% del Lussemburgo al 12,1% della Svizzera. Nei sistemi europei con Servizio Sanitario Nazionale, il valore medio è simile (9,3%), variando dal 7,2% dell'Ungheria all'11,0% della Svezia. In Italia, la spesa sanitaria complessiva sul PIL mostra un'incidenza del 9,0% nel 2015, tendenzialmente stabile dal 2010. I servizi sanitari nazionali costano meno, in media, anche perché riducono al minimo i costi di transazione grazie alla maggiore sovrapposizione tra soggetto finanziatore e soggetto produttore¹⁰. Tuttavia, al loro interno, la scala di variazione appare ampia, soprattutto per le differenze nei servizi minimi garantiti e nella capillarità e qualità offerta. È da notare, inoltre, come i Paesi BRIC (Brasile, Russia, India, Cina) mostrino livelli di incidenza della spesa sanitaria sul PIL inferiori ai sistemi

⁹ Non si parla di settore sanitario in generale in quanto quest'ultimo comprende anche altri attori, come le imprese fornitrici, la cui dimensione economica non è inclusa in questo indicatore, se non nei limiti delle operazioni di acquisto (cfr. Del Vecchio, 2012).

¹⁰ Anche in questi sistemi esistono costi di transazione, relativi, ad esempio, all'introduzione di meccanismi di parziale separazione istituzionale (o quasi-mercato) e alla possibile presenza di molteplici livelli geografici responsabilizzati su parti del processo.

Tabella 3.3 Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL (1995, 2000, 2005, 2010-2015)

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Differenza 1995-2000	Differenza 2000-2010	Differenza 2010-2015
Austria	8,9	9,2	9,6	10,1	9,9	10,1	10,2	10,3	10,3	0,3	0,9	0,2
Belgio	7,5	7,9	9,0	9,9	10,1	10,2	10,4	10,4	10,5	0,5	2,0	0,6
Danimarca	7,8	8,1	9,1	10,4	10,2	10,3	10,2	10,3	10,3	0,3	2,3	0,0
Finlandia	7,4	6,8	8,0	8,9	8,9	9,3	9,5	9,5	9,4	-0,5	2,0	0,6
Francia	9,8	9,5	10,2	10,7	10,7	10,8	10,9	11,1	11,1	-0,3	1,2	0,4
Germania	9,5	9,8	10,3	11,0	10,7	10,8	11,0	11,1	11,2	0,3	1,2	0,1
Grecia	8,0	7,2	9,0	9,6	9,1	8,8	8,3	7,9	8,4	-0,7	2,3	-1,2
Irlanda	6,1	5,9	7,6	10,5	9,9	10,1	10,4	9,9	7,8	-0,2	4,6	-2,8
Italia	6,9	7,6	8,4	9,0	8,8	9,0	9,0	9,0	9,0	0,7	1,4	0,0
Lussemburgo	5,3	5,9	7,2	7,0	6,1	6,6	6,5	6,3	6,0	0,6	1,1	-1,0
Olanda	7,4	7,1	9,3	10,4	10,5	10,9	10,9	10,9	10,7	-0,3	3,3	0,3
Portogallo	7,2	8,4	9,4	9,8	9,5	9,3	9,1	9,0	9,0	1,2	1,4	-0,8
Spagna	7,0	6,8	7,7	9,0	9,1	9,1	9,0	9,1	9,2	-0,2	2,2	0,1
Svezia	7,3	7,4	8,3	8,5	10,7	10,9	11,1	11,1	11,0	0,1	1,1	2,5
Regno Unito	5,7	6,0	7,2	8,5	8,5	8,5	9,9	9,8	9,9	0,3	2,5	1,4
Norvegia	7,3	7,7	8,3	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	10,0	0,4	1,2	1,1
Swizzera	8,8	9,3	10,3	10,7	10,8	11,1	11,4	11,6	12,1	0,5	1,4	1,3
Repubblica Ceca	5,8	5,7	6,4	6,9	7,0	7,0	7,7	7,6	7,2	0,0	1,2	0,3
Repubblica Slovacca	n.d.	5,3	6,6	7,8	7,4	7,6	7,5	6,9	6,9	5,3	2,5	-0,9
Polonia	4,9	5,3	5,8	6,4	6,2	6,2	6,4	6,2	6,3	0,4	1,1	-0,1
Ungheria	6,7	6,8	8,0	7,6	7,6	7,5	7,3	7,1	7,2	0,0	0,8	-0,3
U.S.A.	n.d.	12,5	14,5	16,4	16,4	16,4	16,3	16,5	16,9	12,5	3,9	0,5
Canada	8,6	8,3	9,1	10,6	10,2	10,2	10,1	10,0	10,3	-0,3	2,3	-0,3
Brasile	n.d.	7,0	8,3	6,1	6,0	6,0	6,2	n.d.	n.d.	7,0	-1,0	n.d.
Russia	n.d.	5,0	4,8	5,0	4,8	5,0	5,2	5,2	5,6	5,0	-0,1	0,6
India	n.d.	4,3	4,3	4,3	4,4	4,4	4,6	4,8	n.d.	4,3	0,0	n.d.
Cina	n.d.	4,6	4,6	4,8	5,0	5,2	5,3	5,5	n.d.	4,6	0,3	n.d.

Fonte: elaborazioni su dati OECD 2017.

europei e nordamericani e pari, in media, al 5,5% (Russia: 5,6%, India: 4,8%, Cina: 5,5% e Brasile: 6,2% – dato 2014).

Infine, un aspetto cruciale riguarda la variazione nel tempo del peso della spesa sanitaria sul PIL. Infatti, la maggior parte dei Paesi considerati mostrano una sua riduzione tra il 2010 e il 2015 o una sostanziale stabilità (variazione uguale o inferiore agli 0,6 punti percentuali), ad eccezione di Svezia, Regno Unito e Norvegia. Di converso, nel decennio 2000-2010, tutti i Paesi, ad eccezione di Brasile e Russia, registravano un'incidenza della spesa sanitaria sul PIL in significativa crescita. Questo fenomeno rispecchiava la tendenza dei bisogni e dei costi della sanità a superare la dinamica della crescita economica generale, determinando forti preoccupazioni per la sostenibilità. Tali preoccupazioni hanno portato molti Paesi, nell'ultimo periodo, ad adottare misure di contenimento e di monitoraggio della spesa sanitaria, in particolare della spesa pubblica. Il risultato è evidente dai dati riferiti al periodo 2010-2015, in cui la maggior parte dei Paesi (considerando anche realtà come India e Cina che hanno dinamiche proprie in merito all'andamento del PIL e della spesa sanitaria) fa registrare una diminuzione o sostanziale stabilità dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, malgrado nello stesso periodo i tassi di crescita del PIL fossero tra i più bassi mai registrati. Questa tendenza al contenimento è, peraltro, riscontrabile in modo trasversale tra le varie tipologie di sistema sanitario.

L'analisi della percentuale di spesa pubblica destinata alla sanità (Tabella 3.4)¹¹ consente, invece, di valutare l'importanza relativa dell'assistenza sanitaria rispetto all'insieme degli ambiti d'intervento pubblico. Un elevato valore di questo indicatore può derivare da due fenomeni. Innanzitutto, è possibile che la spesa pubblica sia in generale limitata, come avviene tipicamente in Paesi dove l'intervento pubblico è circoscritto a livelli minimi in molti settori o diretto a pochi settori, tra cui la sanità (es. Stati Uniti). Diversamente, in Paesi dove l'intervento pubblico è estensivo, lo stesso valore può derivare da una priorità assegnata dallo Stato all'assistenza sanitaria rispetto agli altri ambiti. Nel campione considerato in questo capitolo, è da rilevare come il peso della spesa per sanità sulla spesa pubblica sia generalmente aumentato rispetto al 1995, mentre è più stabile dal 2010, con riduzioni marcate solo in Grecia, Portogallo e Paesi BRIC, crescendo invece in modo significativo in Olanda, Svezia, Svizzera e U.S.A.

Un altro aspetto rilevante è la variabilità tra tipi di sistema diversi. Negli Stati Uniti, paradossalmente, la spesa sanitaria pubblica, sebbene non sia associata a una copertura universale, rappresenta il 21,3% della spesa totale del settore pubblico. Il dato deriva anche dalla filosofia generale d'intervento pubblico meno estensiva che nella maggior parte dei contesti europei, per cui la percentuale

¹¹ Relativamente a questo dato, non sono disponibili aggiornamenti rispetto al Rapporto OASI 2016.

Tabella 3.4 Spesa sanitaria pubblica in percentuale della spesa pubblica complessiva (1995, 2000, 2005, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014)

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	Differenza 1995-2000	Differenza 2000-2010	Differenza 2010-2014
Austria	12,5	14,6	15,7	16,5	16,9	16,3	16,3	16,3	2,1	1,9	-0,3
Belgio	11,2	12,3	14,7	15,0	15,0	14,9	15,6	15,1	1,1	2,7	0,1
Danimarca	11,3	13,6	15,6	16,4	16,1	15,9	15,9	16,8	2,3	2,8	0,4
Finlandia	9,2	10,6	12,4	12,1	12,3	12,0	12,1	12,4	1,5	1,4	0,3
Francia	15,2	15,5	16,0	15,9	15,9	15,8	15,8	15,7	0,3	0,4	-0,2
Germania	15,0	18,3	17,7	18,6	19,1	19,3	19,4	19,6	3,3	0,3	1,1
Grecia	9,6	10,1	12,8	12,4	11,4	11,7	11,7	10,0	0,5	2,3	-2,4
Irlanda	11,6	14,7	17,0	13,8	12,4	14,1	14,1	13,4	3,1	-0,9	-0,4
Italia	9,8	12,7	14,2	14,7	14,4	14,0	14,0	13,7	2,9	1,9	-1,0
Lussemburgo	13,0	16,9	16,2	14,4	13,5	13,6	13,6	13,6	4,0	-2,5	-0,8
Olanda	10,5	11,4	15,7	18,8	19,1	20,0	20,7	20,9	0,9	7,4	2,1
Portogallo	11,2	14,9	15,1	13,8	13,5	13,4	12,9	11,9	3,6	-1,0	-1,9
Spagna	12,1	13,2	15,3	15,4	15,0	13,9	13,9	14,5	1,1	2,2	-0,9
Svezia	10,6	12,6	13,7	14,8	15,1	15,0	15,0	19,0	2,0	2,2	4,3
Regno Unito	13,1	15,1	15,3	15,8	16,1	16,2	16,2	16,5	2,0	0,7	0,7
Norvegia	14,2	18,0	19,1	18,9	19,3	18,2	18,3	18,2	3,9	0,8	-0,6
Svizzera	14,4	15,4	18,4	21,0	21,1	22,1	22,1	22,7	1,1	5,6	1,7
Repubblica Ceca	11,5	13,7	14,1	14,2	14,6	14,2	14,2	14,9	2,2	0,5	0,7
Repubblica Slovacca	11,0	9,4	13,8	14,5	14,7	14,9	14,9	15,0	-1,6	5,1	0,4
Polonia	8,4	9,4	9,9	11,0	11,1	11,1	11,1	10,7	1,0	1,6	-0,3
Ungheria	11,0	10,6	11,8	10,5	10,4	10,2	10,2	10,1	-0,4	-0,2	-0,3
U.S.A.	16,6	17,4	19,3	19,7	20,3	20,0	20,7	21,3	0,7	2,4	1,6
Canada	13,3	15,1	17,6	18,3	17,5	18,5	18,5	18,8	1,9	3,1	0,5
Brasile	8,4	4,1	4,7	10,7	8,7	7,9	6,9	6,8	-4,3	6,7	-4,0
Russia	9,0	12,7	11,8	9,7	10,1	8,9	8,4	9,5	3,6	-3,0	-0,2
India	7,6	7,4	6,9	6,8	8,2	4,3	4,5	5,0	-0,2	-0,6	-1,7
Cina	15,2	10,9	9,9	12,1	12,5	12,5	12,6	10,4	-4,4	1,2	-1,6

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016.

risulta più alta, data la minore estensione degli ambiti di spesa pubblica. Vale anche la pena evidenziare la scarsa efficienza di sistemi che, pur costando allo Stato quasi un quinto delle risorse disponibili (incluso il deficit), non arrivano a estendere all'intera popolazione le prestazioni sanitarie coperte dal settore pubblico. I dati 2014 mostrano come i sistemi europei ad assicurazione sanitaria obbligatoria spendano nella sanità in media il 16,1% delle risorse del settore pubblico, con gli estremi opposti rappresentati dalla Svizzera (22,7%) e dalla Grecia (10,0%). Nei sistemi europei con Servizio Sanitario Nazionale, la spesa sanitaria pubblica rappresenta in media il 14,7% della spesa pubblica complessiva. Tra questi, la Svezia spende in sanità il 19,0% della spesa pubblica, mentre l'Ungheria il 10,1%. L'Italia si colloca nella fascia media del suo raggruppamento, con una spesa sanitaria pubblica che rappresenta il 13,7% della spesa pubblica complessiva. I Paesi BRIC mostrano un dato complessivamente inferiore e pari, in media, al 7,9% (India: 5,0%, Brasile: 6,8%, Russia: 9,5% e Cina: 10,4%).

3.3 Struttura dell'offerta e utilizzo dei servizi sanitari

Tra i fattori che possono influenzare la qualità complessiva delle cure erogate, è importante analizzare la struttura dell'offerta e l'accesso ai servizi. La qualità delle cure, infatti, dipende direttamente dall'estensione dei servizi, dal mix delle competenze, dalla distribuzione geografica e dai livelli di produttività (Ferré e Ricci, 2012). Di seguito si presentano quindi i dati relativi alla struttura dell'offerta, di utilizzo e appropriatezza delle cure.

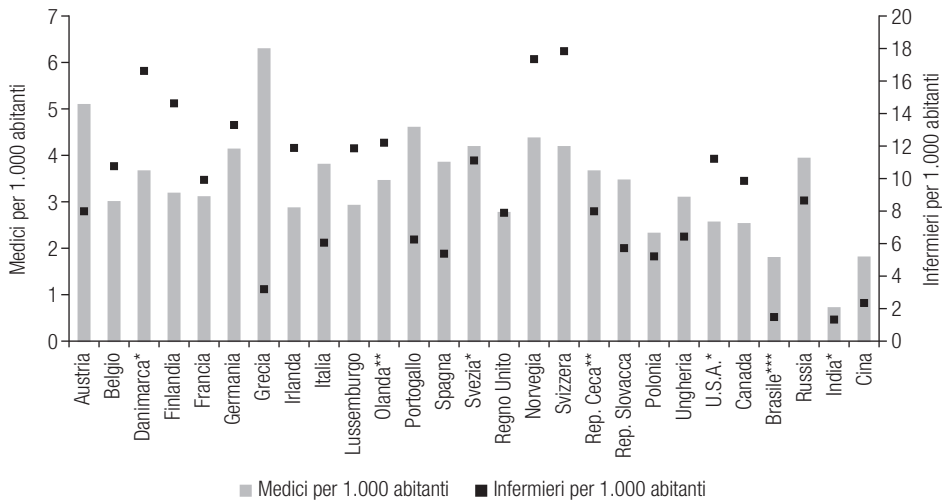
3.3.1 Struttura dell'offerta

La sanità è uno dei settori a maggiore intensità di manodopera (*labour intensive*) e i professionisti della salute, medici e infermieri in particolare, sono un pilastro fondamentale dei sistemi sanitari. In Italia, questi professionisti costituiscono un decimo dell'intera forza lavoro e circa il 29,7% della spesa sanitaria pubblica corrente è destinato alla remunerazione dei dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (vedi Capitolo 5 del presente Rapporto)¹². Dall'analisi dei dati internazionali risulta evidente come la dotazione di personale sanitario sia fortemente differenziata nei diversi Paesi (Figura 3.3). La fonte utilizzata è il database *OECD Health Statistics 2017 - Frequently Requested Data*.

Nel 2015 il numero di medici per 1.000 abitanti risulta mediamente più basso nei Paesi BRIC. In India (dato 2014), infatti, si registra una media di meno di 1

¹² Da questo calcolo sono esclusi i liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale come i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati non dipendenti.

Figura 3.3 **Numero medici e infermieri ogni 1.000 abitanti (2015 o ultimo anno disponibile)**



Note: * 2014; **2013; ***2010.

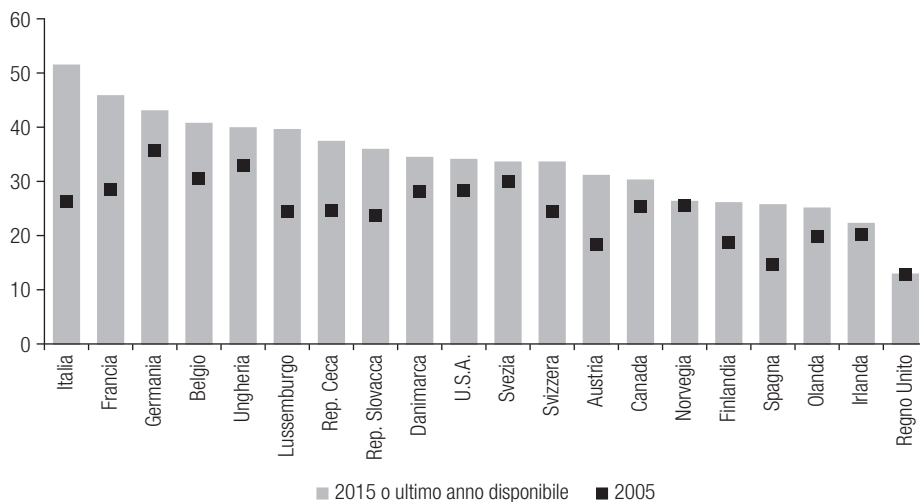
Il numero di infermieri per gli U.S.A. è riferito al 2015.

Sono qui considerati medici e infermieri che esercitano la pratica clinica, fornendo rispettivamente cura e assistenza dirette al paziente. Tra i primi sono ricompresi i MMG e gli specialisti che praticano la professione nell’ambito dei servizi sanitari pubblici e privati, mentre sono esclusi i dentisti e gli stomatologi, i professionisti con profilo esclusivamente amministrativo o di ricerca o i medici praticanti in un Paese; tra i secondi, invece, sono escluse le ostetriche. A causa dell’assenza di dati comparabili, per alcuni Paesi vengono considerate tutte le figure «professionalmente attive» nel settore (includendo, tra gli altri, manager, educatori e ricercatori, con un incremento complessivo di circa il 5-10%) e/o le figure con la «licenza di praticare la professione» sia rispetto al numero di medici (Grecia, Portogallo e Repubblica Slovacca) che di infermieri (Francia, Irlanda, Portogallo, Repubblica Slovacca e USA).

Fonte: elaborazioni su dati OECD Health Data 2017.

medico ogni 1.000 abitanti (0,7), mentre Brasile (dato 2010) e Cina registrano poco più di 1 medico ogni 1.000 abitanti (1,8 in entrambi i Paesi). La Russia, al contrario, si posiziona su livelli molto alti, con 4,0 medici ogni 1.000 abitanti. Come da tradizione, infatti, la Russia e i Paesi delle ex repubbliche sovietiche contano un alto numero di medici dovuto all’espansione delle facoltà di medicina e alla varietà di branche di specializzazione (Szalay et al., 2003). Tra i Paesi OECD, i valori più bassi si registrano in Polonia, USA (dato 2014) e Canada (2,3; 2,6; 2,6 ogni 1.000 abitanti) e i più elevati in Grecia, Austria e Portogallo (rispettivamente 6,3; 5,1; 4,6 ogni 1.000 abitanti). L’Italia si colloca in una posizione intermedia, con 3,8 medici ogni 1.000 abitanti. Concentrando l’attenzione alla sola Europa, inoltre, una bassa dotazione di medici si registra anche in Regno Unito, Irlanda, Lussemburgo e Belgio (tra 2,8 e 3,0). A partire dal 2005, il numero di medici ogni 1.000 abitanti è lievemente aumentato o è rimasto invariato in tutti i Paesi di cui si dispone di dati longitudinali. Mediamente, il loro numero è passato da 2,9 nel 2005 a 3,4 (2015 o ultimo dato disponibile),

Figura 3.4 **Percentuale di medici con oltre 55 anni di età sul totale (2005 e 2015 o ultimo anno disponibile)**



Note: non sono disponibili i dati per Grecia, Portogallo, Polonia e i Paesi BRIC. I dati sono aggiornati al 2014 per Belgio, Finlandia, Germania, Italia, Olanda, Norvegia, Svizzera, Repubblica Slovacca e Ungheria e al 2013 per Danimarca, Spagna, Svezia, Repubblica Ceca e USA.

Fonte: elaborazioni su dati OECD Health Data 2017.

evidenziando una stabilità nel reclutamento e nel *turn over*, dopo un periodo di espansione tra il 2006 e il 2008 dovuto al reclutamento di medici stranieri e all'aumento di laureati in medicina nell'area Euro (OECD, 2013). A questa sostanziale stabilità può essere inoltre ricondotto il forte aumento dell'incidenza percentuale del numero di medici con almeno 55 anni di età sul totale dei medici, che evidenzia come lo *shortage* del personale possa essere considerato un fenomeno diffuso a livello internazionale. La Figura 3.4 mostra infatti come tra 2005 e 2015 (o ultimo anno disponibile) esso abbia riguardato pressoché tutti i Paesi osservati, fatta eccezione per il Regno Unito, dove la quota di medici over55 rimane invariata e pari al 12,7%. Più in generale, se si considera la media dei Paesi analizzati, si registra un incremento consistente nel decennio considerato e pari a 8,6 punti percentuali, con valori che passano dal 24,8% del 2005 al 33,4% del 2015 (o ultimo anno disponibile). Rispetto a questo indicatore, inoltre, l'Italia fa registrare un duplice risultato negativo: (i) a dati più recenti è il Paese che mostra la maggiore incidenza percentuale di medici oltre i 55 anni di età (e unico Paese a superare la soglia del 50%, facendo registrare un valore pari a 51,6%) e (ii) rispetto al 2005 (26,5%) è il Paese che registra l'incremento più consistente, pari a 25,1 punti percentuali.

Anche il personale infermieristico svolge un ruolo primario nell'assicurare l'assistenza sanitaria (Figura 3.3). L'indicatore «*nurses density*» include il nume-

ro (per 1.000 abitanti) di infermieri certificati o registrati che praticano la professione nell'ambito dei servizi sanitari pubblici. Nell'ultimo anno a disposizione, la Svizzera conta la più alta densità di infermieri per popolazione residente, 18,0 ogni 1.000 abitanti; seguono Norvegia (17,3), Danimarca (16,7) e Finlandia (14,7). La Grecia, la Polonia e la Spagna registrano il numero più basso di infermieri (rispettivamente 3,2; 5,2; 5,3 ogni 1.000 abitanti) tra i Paesi europei. L'Italia si colloca appena sopra, con un numero di infermieri pari a 6,1 per 1.000 abitanti. A partire dal 2005 la densità degli infermieri è aumentata in tutti i Paesi OECD (+9,4% in media); in controtendenza Grecia, Irlanda, Regno Unito, Repubblica Ceca e Repubblica Slovacca, che hanno visto una lieve inversione del trend. L'aumento è stato particolarmente marcato in Svizzera (da 14,1 a 18,0 infermieri ogni 1.000 abitanti) e Norvegia (da 13,6 a 17,3). Tra i Paesi BRIC, la Russia evidenzia dotazioni infermieristiche paragonabili ai Paesi OECD, pari a 8,7 infermieri ogni 1.000 abitanti. Decisamente inferiore il numero di infermieri in India, Brasile (dati 2010) e Cina (rispettivamente 1,4; 1,5; 2,4 per 1.000 abitanti). Osservando il rapporto tra infermieri e medici¹³, escludendo i Paesi BRIC, Grecia, Portogallo e Spagna presentano all'ultimo anno disponibile una minore disponibilità media di infermieri per medico (rispettivamente 0,51; 1,36; 1,37 infermieri per medico), mentre Finlandia, Danimarca, Stati Uniti, Svizzera, Irlanda e Lussemburgo registrano valori superiori a 4 infermieri per medico. Con specifico riferimento al nostro Paese, è possibile evidenziare come lo *skill mix* sia tendenzialmente sbilanciato a favore della classe medica, specialmente se confrontato a quello dei principali Paesi europei (Germania, Francia e Regno Unito). D'altro canto, l'invecchiamento della classe medica mostrato in Figura 3.4 potrebbe offrire un'importante opportunità di ribilanciamento nei prossimi anni, rappresentando quindi un rilevante punto d'attenzione per i policy maker nazionali.

Per descrivere i sistemi sanitari, oltre alle analisi sulle figure professionali impiegate nell'assistenza sanitaria, è importante osservare il livello di dotazione strutturale. Di seguito si presentano alcuni dati essenziali sulle dotazioni di posti letto nelle strutture sanitarie, in particolare quelle ospedaliere. È interessante osservare il trend dei posti letto ospedalieri ordinari (PL)¹⁴ per Paese (Tabella 3.5 e Figura 3.5).

Nell'ultimo decennio considerato, il numero di PL per 1.000 abitanti è diminuito in tutti i Paesi (fatta eccezione per la Polonia) passando da una dotazione media di 5,2 PL ogni 1.000 abitanti a 4,8 (in Italia da 4 a 3,2). Questa riduzione è stata influenzata, oltre che da specifiche politiche sanitarie (come ad es. in Italia), dall'introduzione di tecnologie mediche che hanno permesso di trattare

¹³ Il rapporto infermieri/medici è stato calcolato come rapporto tra *nurses density* e *physician density*.

¹⁴ Sono inclusi i PL per acuti in regime ordinario (*curative care beds*), riabilitativi, psichiatrici e di lungodegenza. Sono esclusi i PL in *day-hospital*.

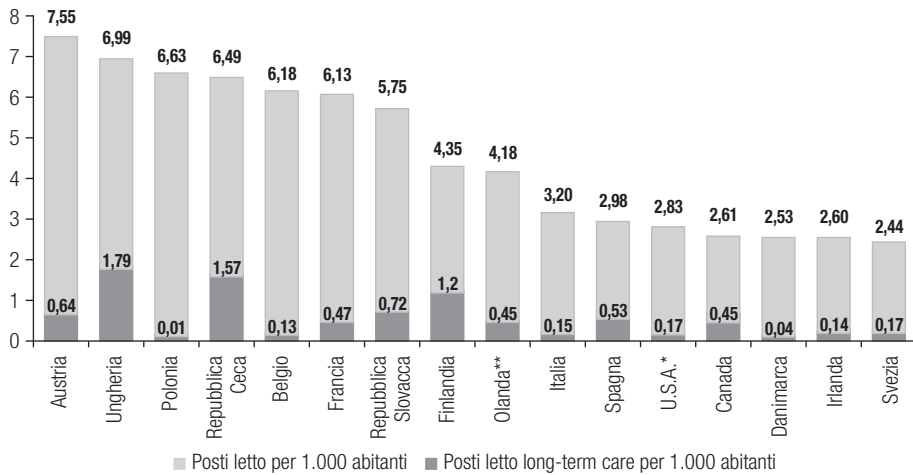
Tabella 3.5 Numero posti letto ogni 1.000 abitanti (2005-2015)

Paesi	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	7,7	7,7	7,8	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,6	7,6
Belgio	7,4	6,7	6,6	6,6	6,5	6,4	6,4	6,3	6,3	6,2	6,2
Danimarca	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,1	n.d.	3,1	2,7	2,5
Finlandia	7,1	7,0	6,7	6,6	6,3	5,9	5,5	5,3	4,9	4,5	4,4
Francia	7,2	7,1	7,1	6,9	6,7	6,4	6,4	6,3	6,3	6,2	6,1
Germania	8,5	8,3	8,2	8,2	8,2	8,3	8,4	8,3	8,3	8,2	8,1
Grecia	4,8	4,9	4,9	4,8	4,9	4,5	4,5	4,5	4,2	4,2	4,3
Irlanda	5,5	5,3	5,1	4,9	2,8	2,7	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6
Italia	4,0	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2
Lussemburgo	5,8	5,7	5,7	5,6	5,5	5,4	5,3	5,2	5,1	4,9	4,8
Olanda	4,5	4,8	4,7	4,7	4,7	n.d.	n.d.	4,3	4,2	n.d.	n.d.
Portogallo	3,6	3,5	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,3	3,4
Spagna	3,3	3,3	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0	3,0
Svezia	2,9	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4
Regno Unito	3,7	3,5	3,4	3,3	3,3	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6
Norvegia	5,2	5,0	4,9	4,6	4,5	4,3	4,2	4,0	3,9	3,8	3,8
Svizzera	5,5	5,4	5,4	5,2	5,1	5,0	4,9	4,8	4,7	4,6	4,6
Repubblica Ceca	7,6	7,5	7,3	7,2	7,1	7,0	6,8	6,7	6,5	6,5	6,5
Repubblica Slovacca	6,8	6,7	6,8	6,6	6,5	6,5	6,1	5,9	5,8	5,8	5,8
Polonia	6,5	6,5	6,4	6,6	6,7	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6
Ungheria	7,9	8,0	7,2	7,1	7,1	7,2	7,2	7,0	7,0	7,0	7,0
U.S.A.	3,2	3,2	3,1	3,1	3,1	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	n.d.
Canada	3,1	3,0	3,0	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6
Brasile	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	n.d.	n.d.	n.d.
Russia	11,0	10,9	10,7	9,9	9,7	9,4	9,4	9,3	9,1	8,8	8,5
India	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	n.d.
Cina	1,9	2,0	2,0	2,2	2,3	2,5	2,8	3,1	3,4	3,6	3,9

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2017.

alcune patologie in setting ambulatoriale e in regime di *Day Hospital* e *Day Surgery*, riducendo la dotazione necessaria di PL ospedalieri per la degenza ordinaria. La riduzione è stata anche accompagnata da una diminuzione nella degenza media per acuti e, in alcuni Paesi, da una diminuzione delle ospedalizzazioni (Tabella 3.6 e Tabella 3.7). Nel 2015, Russia, Germania e Austria registrano il più alto numero di PL, con una media di 8,5, 8,1 e 7,6 PL ogni 1.000 abitanti. La notevole offerta di PL in Germania è associata a un elevato numero di dimissioni ospedaliere (25.534 dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti) e a degenze ospedaliere di maggiore durata (9,0 giorni contro una media OECD di 8,1); in Austria all'elevato numero di dimissioni (25.581) e in Russia alle degenze ospedaliere di maggiore durata (mediamente 11,4 giorni). Tra i Paesi OECD i valori più bassi rispetto al numero di PL si registrano in Svezia, Danimarca, Canada,

Figura 3.5 **Posti letto ogni 1.000 abitanti totale e *long-term care* (2015 o ultimo anno disponibile)**



Note: *2014; **2013.

Fonte: elaborazioni su dati OECD Health Data 2017.

Regno Unito, Irlanda e Stati Uniti, dove oscillano tra 2,6 e 2,9 ogni 1.000 abitanti. In molte circostanze, la crisi finanziaria, economica e fiscale ha spinto i governi a ridurre il numero di posti letto complessivi per contenere la spesa sanitaria pubblica e a rimodulare l’offerta potenziando le degenze brevi (*Day Hospital e Day Surgery*) (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012). Ne è un esempio l’Irlanda: il governo, per contenere i costi ospedalieri, ha promosso la riduzione dei posti letto per ricovero ordinario e contestualmente richiesto una diminuzione delle giornate di degenza (Thomas e Burke, 2012).

Il Paese che in assoluto registra il più basso livello di dotazione infrastrutturale è l’India (dati 2014), dove in media è disponibile meno di un posto letto per servizi ospedalieri ogni 1.000 abitanti (0,5 per 1.000). Il Brasile si avvicina al livello minimo dei Paesi OECD, con una media di 2,3 PL ogni 1.000 abitanti (dato 2012) e la Cina raggiunge i 3,9 PL ogni 1.000 abitanti. Su livelli decisamente superiori alla media OECD, come visto, si posiziona la Russia con 8,5 PL ogni 1.000 abitanti.

Osservando la ripartizione dei posti letto ospedalieri tra acuti e *long-term care*, si nota un’ampia disomogeneità, con livelli di PL per lungodegenza che variano da 1,79 PL ogni 1.000 abitanti in Ungheria, 1,57 in Repubblica Ceca e 1,20 in Finlandia¹⁵ a valori prossimi allo zero in Polonia, Danimarca, Svezia,

¹⁵ Quasi il 30% dei PL ospedalieri in Finlandia sono destinati alle cure di lungo degenza poiché gli enti locali fanno riferimento alle strutture e dotazioni ospedaliere per garantire i servizi di lungodegenza (OECD, 2013).

Tabella 3.6 Dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti (2005-2015)

Paesi	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	27.317	27.656	27.934	28.115	27.913	27.637	27.443	27.030	26.558	26.276	25.581
Belgio	16.324	16.239	16.175	16.697	16.671	16.662	16.583	16.623	16.506	16.582	n.d.
Danimarca	15.967	16.024	15.996	15.680	16.031	16.076	15.661	15.346	15.173	15.156	14.775
Finlandia	19.681	19.175	18.610	18.406	18.044	17.776	17.612	17.361	16.947	16.877	16.624
Francia	18.234	18.562	18.405	18.606	18.562	18.596	18.566	18.581	18.486	18.360	n.d.
Germania	21.840	22.041	22.710	23.259	23.670	23.994	24.751	25.093	25.224	25.602	25.534
Grecia	18.990	19.272	19.743	20.050	20.636	19.960	19.803	19.646	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	14.135	14.176	14.198	13.664	13.418	13.191	13.148	13.434	14.116	14.202	14.064
Italia	15.488	15.369	14.862	14.526	14.238	13.820	13.238	12.878	12.377	12.004	11.856
Lussemburgo	17.909	17.442	17.599	17.336	16.969	16.282	16.398	15.878	15.343	14.981	14.567
Olanda	10.484	10.730	10.866	11.085	11.488	11.646	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	11.330	11.207	11.418	11.442	11.187	11.101	11.153	10.959	10.877	10.847	10.917
Spagna	11.677	11.616	11.585	11.495	11.367	11.251	11.111	11.005	11.036	11.327	11.435
Svezia	15.870	15.972	16.135	16.172	16.265	16.236	16.368	16.462	16.008	15.686	15.312
Regno Unito	13.596	13.396	13.330	13.573	13.614	13.580	13.432	13.359	13.256	13.246	13.190
Norvegia	18.445	18.674	18.188	18.177	19.818	19.684	19.644	19.537	19.339	19.420	16.437
Svizzera	15.276	15.567	15.951	16.167	16.860	17.008	17.055	16.939	17.010	17.043	17.147
Rep. Ceca	22.109	21.572	21.264	20.802	20.733	20.621	20.477	20.891	20.669	20.944	20.638
Rep. Slovacca	18.092	18.262	18.958	18.747	18.971	18.748	18.704	19.644	n.d.	19.930	20.053
Polonia	14.295	14.926	14.591	14.803	16.234	16.172	16.346	16.423	16.699	17.135	16.958
Ungheria	25.301	24.501	20.957	21.036	21.190	20.522	20.516	20.116	20.201	20.343	20.008
U.S.A.	13.072	13.019	12.743	13.083	13.091	12.548	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	8.731	8.575	8.448	8.365	8.283	8.277	8.350	8.352	8.438	8.414	8.432
Brasile	6.161	6.039	5.967	6.107	5.720	5.775	5.674	5.522	n.d.	n.d.	n.d.
Russia	22.195	23.667	n.d.	22.421	22.475	22.274	21.926	21.508	21.287	23.447	22.854
Cina	4.162	4.506	5.239	5.572	6.364	7.102	7.978	9.390	14.103	14.872	15.300

Note: Non sono disponibili i dati per l'India. Sono esclusi dal calcolo i ricoveri erogati in regime diurno.

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2017.

Belgio, Stati Uniti (Figura 3.5). In Italia in media si registrano 0,15 PL per cure di lungodegenza (esclusa la riabilitazione) ogni 1.000 abitanti, in costante calo a partire dal 2010 (0,19; -27%).

3.3.2 Utilizzo dei servizi e beni sanitari

Di seguito sono proposte alcune analisi sul livello di utilizzo dei servizi (output), a completamento del confronto sulle dotazioni strutturali e di risorse umane dei sistemi sanitari (input).

Per quanto concerne l'attività ospedaliera, Stati Uniti (dati 2010) e Canada presentano un numero di dimissioni ospedaliere (*inpatient care*) per 100.000 abitanti inferiore alla maggior parte dei Paesi OECD (rispettivamente 12.548 e 8.432), ad esclusione di Italia, Olanda, Spagna e Portogallo (Tabella 3.6). Una

Tabella 3.7 **Durata media della degenza ospedaliera (2005-2015)**

Paesi	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	8,0	7,9	7,9	7,9	7,8	7,9	7,8	7,9	8,1	8,2	8,5
Belgio	8,0	7,9	7,8	8,1	8,2	8,1	8,0	7,9	7,8	7,6	n.d.
Danimarca	7,0	6,7	6,5	6,9	6,1	5,9	5,8	5,7	5,6	5,5	5,5
Finlandia	12,7	12,8	13,1	12,6	12,7	11,8	11,4	11,2	10,8	10,6	9,4
Francia	11,4	11,2	11,2	10,9	10,5	10,2	10,1	10,1	10,1	10,1	n.d.
Germania	10,2	10,1	10,1	9,8	9,7	9,5	9,3	9,2	9,1	9,0	9,0
Grecia	7,6	7,3	6,9	6,6	6,7	6,6	6,8	7,0	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	8,0	7,7	7,4	7,7	6,7	6,6	6,4	6,2	6,0	6,0	6,4
Italia	7,4	7,5	7,5	7,6	7,6	7,6	7,7	7,7	7,7	7,8	7,8
Lussemburgo	9,4	8,6	9,1	9,2	9,4	9,1	8,8	8,8	8,9	8,9	9,1
Portogallo	8,7	8,6	8,5	8,4	8,6	8,7	8,7	9,0	8,9	8,9	8,8
Spagna	8,5	8,3	8,2	8,1	8,0	7,9	7,7	7,6	7,6	7,4	7,3
Svezia	6,6	6,7	6,5	6,5	6,5	6,0	5,9	5,8	5,8	5,8	5,9
Regno Unito	8,9	8,6	8,1	8,0	7,8	7,7	7,3	7,3	7,2	7,1	7,0
Norvegia	8,0	7,7	7,6	7,3	7,0	6,8	6,5	6,2	6,1	6,0	6,7
Svizzera	11,7	11,3	10,9	10,7	10,5	9,5	9,3	8,8	8,7	8,5	8,4
Rep. Ceca	10,6	10,5	10,3	10,0	10,0	9,9	9,8	9,5	9,4	9,4	9,3
Rep. Slovacca	9,0	8,8	8,6	8,5	8,3	8,2	8,0	7,5	n.d.	7,3	7,2
Polonia	8,2	8,0	7,8	7,9	7,7	7,6	7,4	7,1	7,0	6,9	7,3
Ungheria	8,7	8,7	9,0	9,2	9,2	9,5	9,5	9,6	9,3	9,4	9,5
U.S.A.	6,5	6,4	6,3	6,3	6,3	6,2	6,1	6,1	6,1	6,1	n.d.
Russia	13,8	13,6	13,2	13,1	12,8	12,7	12,6	12,4	12,1	11,6	11,4
Cina	n.d.	n.d.	10,8	10,7	10,5	10,5	10,3	10,3	10,0	9,6	9,6

Note: Non sono disponibili i dati per Olanda, Brasile, Canada ed India.

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2017.

possibile spiegazione per i diversi tassi di utilizzo dei servizi ospedalieri è che le cure erogate in regime di ricovero in alcuni Paesi siano invece erogate in *setting* ambulatoriale in altri contesti: livelli di ospedalizzazione bassi potrebbero quindi segnalare un sistema più incentrato sulle cure ambulatoriali. Gli Stati Uniti mostrano un dato coerente con quest'ultima ipotesi (Peterson e Burton, 2007). In altri Paesi, quali Canada e Portogallo, il basso livello di ospedalizzazione è, invece, associato alla diminuzione del numero di ospedali e dei posti letto avvenuta già a partire dagli anni '70 (WHO Hit Profile 2013, 2011). Di converso, Austria e Germania registrano i più elevati numeri di dimissioni ogni 100.000 abitanti, superiori alle 25.000 unità, come riflesso dell'ampia offerta di posti letto. Tra i Paesi BRIC di cui si dispone di dati, il Brasile (dati 2012) presenta il numero di dimissioni minore tra tutti i Paesi selezionati (5.522), anche in virtù di una crescente importanza delle strutture per *outpatient*, seguito dalla Cina (15.300). La Russia presenta un valore più elevato, registrando 22.854 dimissioni ogni 100.000 abitanti nel 2015. In tutti i Paesi il numero di dimissioni ospedaliere mostra un trend piuttosto variabile con una tendenza a livello di singoli

Paesi (2005-2015 o ultimo anno disponibile) alla riduzione nel numero di dimissioni, ad eccezione di Germania, Olanda, Russia, Grecia, Belgio e Francia.

Con riferimento alla degenza media per acuti (Tabella 3.7), prosegue il trend di diminuzione, tracciabile già agli inizi degli anni '90 (Ferrè e Ricci, 2012). Diversi sono i fattori che spiegano questa tendenza: l'introduzione delle tariffe per DRG per la remunerazione dei ricoveri, l'utilizzo di procedure chirurgiche meno invasive, lo sviluppo di programmi per dimissioni precoci e il passaggio da ricoveri per acuti a cure intermedie: ad esempio, utilizzo dei *community care services* in Danimarca (OECD, 2013). In alcuni Paesi (Austria, Belgio, Italia Lussemburgo, Portogallo e USA), il dato sembra essersi stabilizzato nel corso dell'ultimo decennio considerato. In Italia, dopo una progressiva riduzione del numero medio di giornate di degenza (da 11,7 nel 1990 a 7,4 nel 2005), il dato si stabilizza intorno alle 7,8 giornate negli anni più recenti, oscillando infatti solo di 0,2 punti percentuali tra il 2008 e il 2015.

Tra i Paesi OECD, Francia, Ungheria, Finlandia, Repubblica Ceca, Lussemburgo e Germania presentano valori elevati e superiori a 9 giorni di degenza media. Anche Russia e Cina presentano dati medi piuttosto elevati (rispettivamente 11,4 e 9,6 giorni), ma con un trend di contenimento.

Un altro indicatore dell'utilizzo dei servizi ospedalieri riguarda le operazioni chirurgiche (Tabella 3.8 e Tabella 3.9). In primo luogo, sono state selezionate due procedure¹⁶ considerate rappresentative dell'attività di chirurgia ortopedica all'interno delle strutture ospedaliere (sostituzione del ginocchio e sostituzione d'anca totale) per confrontare i livelli di ricorso alle cure ospedaliere. Pressoché in tutti i Paesi, negli ultimi cinque anni considerati, il numero di interventi è in crescita (in media 29 interventi in più per 100.000 abitanti nel 2015 rispetto al 2010), con un aumento più contenuto in Austria (+5 interventi). Svezia e Danimarca sono gli unici Paesi a registrare una riduzione nel periodo considerato (rispettivamente, -11 e -7 interventi per 100.000 abitanti). Inoltre, nel 2015, Svizzera, Germania, Austria, Belgio (dato 2014) e Finlandia riportano il numero di interventi maggiore (oltre 400 procedure ogni 100.000 abitanti), a fronte di una media OECD di 345 procedure ogni 100.000 abitanti. La variabilità è parzialmente influenzata dalla struttura della popolazione (età e sesso) e dalla presenza di fattori di rischio, come obesità e scarsa attività fisica, che contribuiscono a un diverso ricorso a interventi di chirurgia ortopedica; tuttavia dopo una standardizzazione per età e sesso, la differenza di procedure tra Paesi e intra-Paese rimane elevata (OECD, 2013).

Gli standard ospedalieri italiani ex DM 70/2015 sottolineano come per numerose attività ospedaliere siano disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività

¹⁶ Con il termine «*surgical procedures*» l'OECD considera tutte le terapie invasive condotte in regime di ricovero.

Tabella 3.8 **Procedure chirurgiche: sostituzione ginocchio, sostituzione d'anca (totale). Numero di procedure per 100.000 abitanti (2000; 2005; 2010-2015)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	n.d.	410,9	481,1	492,7	489,1	491,4	499,9	486,1
Belgio	n.d.	380,4	414,2	420,4	432,2	436,6	456,6	n.d.
Danimarca	211,6	320,8	400,4	390,1	390,6	389,5	400,5	393,7
Finlandia	271,6	382,5	417,7	417,1	442,3	442,5	434,5	433,3
Francia	284	314,9	349,0	362,2	372,0	381,1	395,1	399,1
Germania	n.d.	418,6	489,8	499,6	492,8	472,8	489,8	505,0
Irlanda	159,7	179,0	158,8	158,3	165,2	176,3	170,7	182,9
Italia	n.d.	227,8	258,6	260,8	267,2	270,0	274,4	283,3
Lussemburgo	304,2	376,8	358,1	394,0	396,2	396,8	385,5	396,0
Olanda	218,3	275,6	333,6	n.d.	366,4	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	93,2	123,9	140,2	140,3	151,7	153,5	146,2	152,8
Spagna	119,8	173,1	199,1	204,0	205,3	217,2	231,1	230,3
Svezia	n.d.	304,6	366,3	357,2	372,9	367,8	358,5	355,6
Regno Unito	189,0	252,6	305,3	315,9	315,9	323,4	332,7	329,8
Norvegia	171,4	202,8	n.d.	n.d.	339,5	330,2	338,8	344,4
Svizzera	n.d.	407,5	502,9	511,0	519,2	511,5	518,0	547,2
Repubblica Ceca	n.d.	n.d.	275,4	269,9	283,0	285,5	295,7	306,5
Polonia	n.d.	46,1	80,4	98,7	103,2	111,6	128,7	151,6
Ungheria	n.d.	148,1	128,3	165,5	158,2	177,0	198,6	224,4

Note: Non sono disponibili dati relativi alla Repubblica Slovacca e per i Paesi BRIC

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2017.

e migliori esiti delle cure. Per quanto in questa sede non rileva monitorare la casistica delle singole strutture complesse di erogazione, risulta comunque interessante confrontare le casistiche a livello di sistema Paese di alcune prestazioni largamente diffuse e ormai considerabili a bassa complessità. In questa cornice, la Tabella 3.9 mostra il numero di alcune procedure chirurgiche ad ampia e/o media diffusione¹⁷ effettuate ogni 100.000 abitanti negli anni 2000, 2010 e 2015 (o ultimo anno disponibile). Per quanto riguarda gli interventi di tonsillectomia, il confronto dell'ultimo anno disponibile con il 2010 mostra una significativa variabilità tra i Paesi considerati. Nonostante negli ultimi cinque anni abbiano ridotto il numero di interventi, l'Olanda, il Belgio, la Norvegia e la Finlandia continuano a registrare nel 2015 un numero di procedure superiore ai

¹⁷ Si segnala che tra le prestazioni inserite nella Tabella 3.9 le prestazioni espressamente individuate dal DM 70/2015 fanno riferimento a colecistectomia, PTCA e installazione di bypass aortocoronarico. Si è comunque ritenuto interessante ai fini del presente capitolo indagare anche ulteriori procedure chirurgiche ad ampia diffusione e bassa complessità per offrire un quadro più esaustivo del posizionamento del sistema Italia nel panorama internazionale per quanto concerne l'offerta e fruizione dei servizi ospedalieri.

Tabella 3.9 Procedure chirurgiche: numero di interventi per 100.000 abitanti (2000; 2010; 2015 o ultimo anno disponibile)

Paesi	Tonsillectomia			Colectectomia			Ernia inguinale			
	2000	2010	Delta % 2010-2015 ultimo anno disponibile	2000	2010	Delta % 2010-2015 ultimo anno disponibile	2000	2010	Delta % 2010-2015 ultimo anno disponibile	
Austria	297,1	123,0	-19,7%	246,8	225,8	225,7	262,5	265,5	269,0	1,3%
Belgio	n.d.	237,4	-6,8%	n.d.	210,7	222,1	n.d.	226,3	222,8	-1,5%
Danimarca	111,9	116,7	30,9%	120,2	138,9	155,4	230,9	201,8	201,0	-0,4%
Finlandia	188,9	265,6	24,5%	168,4	143,0	154,1	224,5	199,5	201,0	0,8%
Francia	158,7	105,2	-5,2%	178,7	189,1	195,6	257,1	235,7	231,0	-2,0%
Germania	n.d.	210,1	-18,8%	n.d.	235,6	247,3	n.d.	212,2	214,1	0,9%
Grecia	151,0	139,7	5,8%	240,3	372,9	357,2	258,8	334,2	353,5	5,8%
Irlanda	161,7	83,6	8,4%	100,2	104,6	104,0	113,8	78,2	82,2	5,1%
Italia	n.d.	74,0	-17,3%	n.d.	204,5	197,6	n.d.	273,0	229,7	-15,9%
Lussemburgo	460,1	213,7	-24,1%	183,2	145,0	155,0	320,7	184,9	193,0	4,4%
Olanda	245,6	241,7	0,0%	111,8	152,0	152,0	183,3	170,8	170,8	0,0%
Portogallo	46,5	79,3	81,5%	127,3	159,5	159,7	164,5	169,1	160,9	-4,8%
Spagna	n.d.	59,6	67,6%	n.d.	159,8	177,5	n.d.	180,2	204,9	13,7%
Svezia	n.d.	89,3	142,3%	n.d.	138,5	147,0	n.d.	171,6	174,7	1,8%
Regno Unito	97,2	94,3	97,4%	86,5	125,8	140,4	142,1	135,6	136,5	0,7%
Norvegia	318,0	n.d.	215,1%	77,7	n.d.	102,4	165,5	n.d.	117,9	n.d.
Svizzera	n.d.	n.d.	131,8%	n.d.	n.d.	194,2	n.d.	n.d.	253,4	n.d.
Repubblica Ceca	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Repubblica Slovacca	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Polonia	n.d.	64,2	74,1%	n.d.	165,6	203,5	n.d.	132,3	151,4	14,4%
Ungheria	n.d.	137,5	124,7%	n.d.	234,0	240,0	n.d.	171,3	193,5	13,0%
U.S.A.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	150,4	101,4	95,5%	249,0	209,7	210,8	214,5	193,8	188,1	-2,9%

Fonte: elaborazioni su dati OECD 2017

Tabella 3.9 (segue)

Paesi	Appendicectomia			Angioplastica coronarica			Bypass aorto-coronarico					
	2000	2010	2015 o ultimo anno disponibile	Delta % 2010-2015	2000	2010	2015 o ultimo anno disponibile	Delta % 2010-2015	2000	2010	2015 o ultimo anno disponibile	Delta % 2010-2015
Austria	240,9	172,9	154,4	-10,7%	n.d.	240,6	276,8	15,0%	57,5	47,4	46,9	-1,1%
Belgio	n.d.	145,7	137,7	-5,5%	n.d.	231,2	225,4	-2,5%	n.d.	70,5	63,8	-9,5%
Danimarca	138,2	109,5	119,1	8,8%	108,2	185,8	184,1	-0,9%	121,1	74,2	72,1	-2,8%
Finlandia	147,3	119,2	128,3	7,6%	72,5	150,0	190,8	27,2%	91,4	59,4	40,8	-31,3%
Francia	227,2	134,9	117,0	-13,3%	142,8	198,7	225,4	13,4%	39,8	28,4	29,8	4,9%
Germania	n.d.	172,0	165,4	-3,8%	n.d.	338,8	385,9	13,9%	n.d.	68,5	66,6	-2,8%
Grecia	141,7	99,1	106,7	7,7%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	163,8	155,5	155,5	0,0%	50,9	108,7	122,4	12,6%	34,1	21,2	23,4	10,4%
Italia	n.d.	89,9	77,2	-14,1%	n.d.	199,2	203,1	2,0%	n.d.	41,6	35,4	-14,9%
Lussemburgo	199,2	128,0	102,3	-20,1%	131	187,8	165,8	-11,7%	42,6	50,1	45,7	-8,8%
Olanda	n.d.	95,1	95,1	0,0%	n.d.	241,1	241,1	0,0%	59,5	54,4	54,4	0,0%
Portogallo	134,8	102,7	94,5	-8,0%	47,4	109,1	117,0	7,2%	32,1	37,4	37,2	-0,5%
Spagna	n.d.	110,9	109,8	-1,0%	n.d.	113,5	126,0	11,0%	n.d.	17,5	17,8	1,7%
Svezia	n.d.	118,9	130,4	9,7%	n.d.	183,7	204,0	11,1%	n.d.	40,1	30,5	-23,9%
Regno Unito	87,6	91,1	92,6	1,6%	44,5	119,8	126,5	5,6%	43,3	30,9	27,9	-9,7%
Norvegia	n.d.	n.d.	126,3	n.d.	n.d.	n.d.	215,2	n.d.	n.d.	n.d.	38,2	n.d.
Svizzera	n.d.	n.d.	178,4	n.d.	n.d.	n.d.	195,5	n.d.	n.d.	n.d.	49,4	n.d.
Repubblica Ceca	n.d.	141,5	136,3	-3,7%	n.d.	208,6	214,0	2,6%	64,4	54,1	48,8	-9,8%
Repubblica Slovacca	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Polonia	n.d.	74,6	75,6	1,3%	n.d.	87,8	230,7	162,8%	n.d.	43,5	53,3	22,5%
Ungheria	n.d.	95,8	98,0	2,3%	n.d.	150,7	201,2	33,5%	n.d.	21,9	28,9	32,0%
U.S.A.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	n.d.	104,6	104,9	0,3%	n.d.	154,4	157,7	2,1%	76,5	58,8	57,1	-2,9%

Fonte: elaborazioni su dati OECD 2017

200 interventi ogni 100.000 abitanti. L'Italia invece fa registrare una riduzione delle operazioni di tonsillectomia del 17,3% rispetto al 2010, attestandosi così come il Paese con il minore numero di procedure (61,2 ogni 100.000 abitanti). Un andamento analogo si osserva per quanto riguarda le operazioni di appendicectomia, in cui nel 2015 l'Italia fa registrare un numero di interventi superiore soltanto alla Polonia (77,2 procedure ogni 100.000 abitanti). Risultati simili si osservano anche per gli interventi di bypass aorto-coronarico, in cui l'Italia, avendo effettuato 35,4 operazioni ogni 100.000 abitanti nel 2015 (-15% rispetto al 2010), si colloca ben al di sotto della media internazionale (43,4 interventi ogni 100.000 abitanti). Per quanto riguarda questa procedura chirurgica, la Danimarca, la Germania, il Belgio, il Canada, l'Olanda e la Polonia registrano, nell'ultimo anno a disposizione, un numero di interventi superiore a 50 ogni 100.000 abitanti nonostante abbiano comunque diminuito i volumi di procedure negli ultimi cinque anni (ad eccezione della Polonia, +22,5%). In merito agli interventi di angioplastica coronarica, nel 2015, l'Italia si mostra in linea con la media internazionale con 203,1 procedure ogni 100.000 abitanti, nonostante il volume di questi interventi sia leggermente aumentato negli ultimi cinque anni. È da notare, inoltre, che per tale procedura la Germania si attesta a valori notevolmente superiori a quelli degli altri Paesi considerati (385,9 ogni 100.000 abitanti), mostrando una costante crescita nell'ultimo quinquennio. Uno scenario diverso si rileva, invece, per quanto riguarda gli interventi di colecistectomia e di ernia inguinale, in cui l'Italia si attesta, nel 2015, a valori superiori alla media internazionale. In particolare, l'Italia ha registrato una riduzione del numero degli interventi di colecistectomia del 3,4% nell'ultimo quinquennio (197,6 ogni 100.000 abitanti nell'ultimo anno disponibile), attestandosi comunque a livelli inferiori a quelli di Grecia, Germania, Ungheria, Austria, Belgio, Canada e Polonia, che hanno effettuato un numero di interventi superiori a 200 ogni 100.000 abitanti. Riguardo alle procedure di ernia inguinale, nonostante una significativa riduzione rispetto al 2010, l'Italia, nell'ultimo anno a disposizione, si attesta a livelli superiori alla media internazionale (229,7 ogni 100.000 abitanti) e soltanto inferiore a quelli registrati in Grecia, Austria, Svizzera e Francia.

Oltre all'utilizzo dei servizi ospedalieri, sono proposti di seguito alcuni indicatori riguardanti le cure primarie e il consumo di antibiotici.

L'indicatore relativo al numero di visite mediche (*doctors' consultations*) riporta il ricorso medio annuo al medico di base e agli specialisti da parte della popolazione. Nel 2015 o nell'ultimo disponibile, il numero di visite mediche pro-capite è particolarmente elevato in Ungheria, Repubblica Slovacca e Repubblica Ceca (oltre 11 visite annue per abitante), cui seguono la Russia e la Germania (in entrambi i casi 10,0 visite annue per abitante) (Tabella 3.10). In Italia (dato 2013) il valore si attesta a 6,8, in linea con la media dei Paesi europei (6,9). All'opposto, Danimarca, Norvegia, Finlandia, Portogallo, Grecia, USA e Svezia presentano un

Tabella 3.10 **Numero di visite mediche pro-capite da MMG e specialisti (1995; 2000; 2005; 2010-2015)**

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	6,3	6,7	6,7	6,9	6,9	6,8	6,8	6,8	6,6
Belgio	7,7	7,6	7,2	6,6	6,7	6,7	6,7	6,7	6,8
Danimarca	4,1	4,2	4,5	4,6	4,8	4,7	4,6	4,5	4,4
Finlandia	4,1	4,3	4,3	4,3	4,2	4,2	4,2	4,2	4,3
Francia	6,4	6,9	7,0	6,7	6,8	6,7	6,4	6,3	n.d.
Germania	6,8	7,7	8,1	9,9	9,7	9,7	9,9	9,9	10,0
Grecia	4,3	4,3	3,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	n.d.	n.d.	n.d.	3,8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5,7
Italia	n.d.	6,1	6,1	n.d.	n.d.	n.d.	6,8	n.d.	n.d.
Lussemburgo	n.d.	n.d.	6,0	5,9	6,0	6,0	6,0	5,9	5,8
Norvegia	n.d.	n.d.	n.d.	4,1	4,4	4,4	4,2	4,3	4,3
Olanda	5,7	5,9	5,4	6,6	6,6	6,2	6,2	8,0	8,2
Portogallo	3,2	3,5	3,9	4,1	4,2	4,1	n.d.	n.d.	n.d.
Svezia	n.d.	n.d.	2,8	2,9	3,0	2,9	2,9	2,9	2,9
Spagna	7,8	n.d.	n.d.	n.d.	7,4	n.d.	n.d.	7,6	n.d.
Regno Unito	6,1	5,3	5,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	12,5	12,6	13,2	11,0	11,1	11,1	11,1	n.d.	n.d.
Repubblica Slovacca	n.d.	14,8	11,3	11,6	11,0	11,2	11,0	11,3	11,4
Polonia	5,4	5,4	6,3	6,6	6,8	7,0	7,1	7,2	7,4
Ungheria	10,4	11,1	12,9	11,6	11,8	11,8	11,7	11,8	11,8
U.S.A.	3,3	3,7	4,0	4,0	4,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	6,5	7,4	7,8	7,7	7,8	7,7	7,6	7,7	7,7
Brasile	2,2	2,3	2,4	2,7	2,8	2,8	2,8	n.d.	n.d.
Russia	9,1	9,4	8,9	10,1	10,3	10,5	10,5	10,2	10,0

Nota: Non sono disponibili i dati per India e Cina.

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2017.

numero di visite annue pro-capite inferiore a 5 e il Brasile (dato 2013) registra il valore più basso con solo 2,8 visite annue. Fattori culturali e caratteristiche dei sistemi sanitari spiegano parte della variabilità nel numero di visite medie pro-capite. Ad esempio, è interessante notare come Paesi quali la Germania, che utilizzano un sistema di *fee-for-service*, registrino accessi maggiori alle cure dei medici di base rispetto a sistemi prevalentemente di tipo salariale (es. Spagna). Tuttavia non è possibile ipotizzare alcun tipo di correlazione tra il numero di visite e i meccanismi di pagamento dei medici di medicina generale e specialisti (si veda il caso degli Stati Uniti, dove, a fronte di un sistema *fee-for-service* il numero di visite medie è inferiore alla media generale dei Paesi osservati).

Un indicatore di utilizzo dei beni sanitari è il consumo di farmaci. L'utilizzo di antibiotici rappresenta un aspetto critico del consumo farmaceutico, dal momento che un uso eccessivo espone i pazienti allo sviluppo di resistenza batterica e a effetti collaterali (Smith et al., 2004; Bronzwaer et al., 2002; Goossens

Tabella 3.11 **Consumo di antibiotici (DDD pro-capite) (1995; 2000; 2005; 2010-2015)**

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	n.d.	n.d.	n.d.	14,3	13,6	13,1	13,6	12,7	n.d.
Belgio	n.d.	25,1	24,1	28,2	28,6	29,4	29,2	28,0	n.d.
Danimarca	12,8	13,8	16,5	18,8	19,5	18,5	18,7	18,2	n.d.
Finlandia	21,3	19,1	18,1	18,5	20,1	22,0	20,9	20,7	n.d.
Francia	n.d.	33,3	28,9	28,2	28,7	29,7	30,1	29,0	n.d.
Germania	15,2	13,5	13,3	14,0	13,9	14,8	15,7	14,6	n.d.
Grecia	25,9	29,5	34,7	39,4	34,9	n.d.	18,0	18,1	18,9
Irlanda	n.d.	17,6	20,5	20,3	22,6	23,0	23,8	23,1	n.d.
Italia	n.d.	n.d.	28,4	29,6	30,2	29,3	30,1	29,1	31,5
Lussemburgo	n.d.	27,2	26,3	28,6	27,8	27,9	28,1	26,3	26,3
Olanda	n.d.	9,8	10,5	11,2	11,4	10,4	10,1	9,7	n.d.
Portogallo	n.d.	26,3	26,7	22,5	22,4	22,1	22,2	21,6	22,7
Spagna	n.d.	19,0	19,3	20,3	20,9	19,4	19,5	22,2	n.d.
Svezia	n.d.	16,1	16,5	15,7	15,7	15,5	14,7	14,1	13,9
Regno Unito	n.d.	14,3	15,4	18,7	18,8	19,4	19,5	19,7	n.d.
Norvegia	n.d.	n.d.	16,8	15,8	16,5	20,9	19,6	19,2	18,7
Repubblica Ceca	21,4	19,5	19,8	19,0	19,8	19,2	21,0	21,0	n.d.
Repubblica Slovacca	20,3	27,6	25,1	24,5	23,7	21,9	25,9	24,8	26,8
Polonia	n.d.	22,7	19,6	21,0	22,0	22,6	23,3	22,8	n.d.
Ungheria	n.d.	18,5	19,5	15,3	14,5	13,5	13,7	14,1	n.d.
Canada	n.d.	n.d.	n.d.	18,2	18,5	18,1	18,4	17,3	n.d.

Nota: Non sono disponibili i dati per Svizzera, U.S.A. e i Paesi BRIC.

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2017.

et al., 2005). Tra il 2010 e il 2015 (o ultimo anno disponibile) il consumo di antibiotici (Tabella 3.11), misurato come DDD (*defined daily doses*) per abitante, registra una riduzione superiore al 10% in Grecia (-36%), Ungheria (-24%), Portogallo (-14%), Svezia (-14%) e Francia (-13%), e aumenti significativi in Regno Unito (+38%), Danimarca (+32%), Irlanda (+31%), Italia (+26%) e Norvegia (+20%). Mostrano una certa stabilità nei consumi Lussemburgo, Olanda, Polonia e Repubblica Slovacca. Italia, Francia e Belgio presentano i valori assoluti più elevati tra i Paesi OECD.

3.3.3 Appropriatelyzza

Per analizzare il grado di appropriatezza delle prestazioni erogate vengono prese in considerazione due tipologie di indicatori: il numero dei parti cesarei e il tasso di ospedalizzazione per alcune condizioni croniche considerate trattabili in regime ambulatoriale (asma, diabete e BPCO). Secondo quanto stabilito dal WHO nel 1985, la percentuale di parti cesarei in una determinata regione non dovrebbe essere superiore al 10-15% (Gibbons et al., 2010). Alcuni studi hanno

Tabella 3.12 **Proporzione di parti cesarei (numero ogni 1.000 nati vivi) (2000; 2005; 2010-2015)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	167,6	238,1	282,5	283,2	288,4	287,8	293,0	286,9
Belgio	n.d.	190,3	197,2	201,3	202,3	207,1	207,6	n.d.
Danimarca	154,1	200,6	214,3	213,9	211,8	223,5	215,4	210,9
Finlandia	157,8	162,8	161,4	161,8	161,9	158,0	157,7	154,7
Francia	178,4	198,8	210,2	210,0	208,4	208,1	n.d.	n.d.
Germania	n.d.	263,0	305,0	308,9	308,9	306,6	308,2	302,1
Irlanda	207,5	250,9	260,4	269,0	277,4	284,8	291,2	301,1
Italia	n.d.	390,9	384,6	377,1	368,4	361,4	357,0	352,8
Lussemburgo	198,7	242,2	257,7	277,4	272,8	270,2	289,1	277,7
Olanda	118,7	135,7	155,9	n.d.	158,8	n.d.	n.d.	n.d.
Spagna	n.d.	251,0	249,6	249,1	251,5	251,6	250,4	245,1
Svezia	n.d.	168,1	166,3	164,0	165,2	166,8	172,6	173,1
Regno Unito	196,6	226,4	238,6	242,0	243,3	251,2	252,0	262,0
Norvegia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	164,6	165,5	161,4
Repubblica Ceca	128,9	171,3	224,9	232,7	243,9	248,7	254,4	253,6
Polonia	n.d.	n.d.	260,4	298,9	315,7	345,7	356,5	361,7
Ungheria	n.d.	279,0	324,7	331,9	340,1	349,4	356,7	372,1
Canada	209,1	261,9	260,9	263,9	262,8	259,5	259,6	n.d.

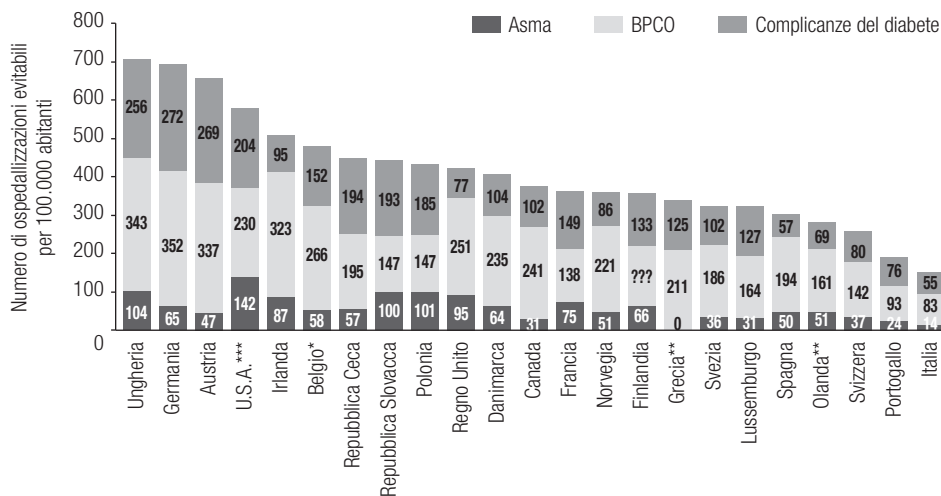
Nota: non sono disponibili i dati di, Grecia, Portogallo, Rep. Slovacca, U.S.A e i Paesi BRIC.

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2017.

mostrato un aumento della proporzione di parti cesarei in assenza di effettivi rischi clinici, in particolare in strutture private (Declercq et al., 2005, FHF, 2008, Belizan et al., 1999).

Ungheria, Polonia e Italia sono i Paesi con la proporzione maggiore di parti cesarei: su 1.000 nati vivi, oltre 350 (Tabella 3.12). Nel 2015 l'Italia perde il «tradizionale» valore più elevato del tasso di parti cesarei tra i Paesi analizzati. Tale risultato è in parte dovuto al graduale e costante trend in diminuzione registrato nel nostro Paese (a seguito di un importante sforzo promosso in sede di programmazione sanitaria nazionale) e in parte dovuto all'aumento del valore dell'indicatore in Ungheria e Polonia negli ultimi anni. Possibili spiegazioni per l'aumento di parti cesarei sono la riduzione dei rischi dell'operazione, la volontà dei medici di tutelarsi contro accuse di malpratica medica e la convenienza della programmazione dei parti. Di converso, il numero di parti cesarei è relativamente basso nei Paesi nordici (Finlandia, Olanda, Norvegia e Svezia, al di sotto dei 175 tagli cesarei ogni 1.000 nati vivi), dove circa il 30% delle nascite avviene in casa (dato 2004 - Euro-Peristat, 2008). Il trend del numero di parti cesarei (2010-2015 o ultimo anno disponibile) è generalmente in crescita in tutti i Paesi, ad esclusione di Italia, Spagna, Danimarca e Francia, dove, tra il 2010 e il 2015, il valore è diminuito (-8,3%; -1,8%; -1,6%; -1,0% rispettivamente).

Figura 3.6 **Numero di ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete per 100.000 abitanti (2015 o ultimo anno disponibile)**



Note: ***2010; **2012; *2014. Non sono disponibili i dati per asma per la Grecia. Non sono disponibili i dati per i Paesi BRIC.
Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2017.

Le ospedalizzazioni per condizioni croniche rappresentano un'ulteriore *proxy* dell'appropriatezza delle prestazioni erogate: questo tipo di patologie, infatti, può essere trattato efficacemente nell'ambito delle cure primarie. Un elevato tasso di ospedalizzazione per patologie quali asma, BPCO e diabete può derivare dalla bassa qualità delle cure primarie, oppure da un deficit strutturale nel numero di medici di famiglia (Menn et al., 2012; Rosano et al., 2013). Oltre metà delle ospedalizzazioni evitabili è legata a una diagnosi di BPCO, seguita da complicanze da diabete e da asma (Figura 3.6). Con oltre 700 ricoveri «impropri» ogni 100.000 abitanti, l'Ungheria è il Paese con il più alto livello di ospedalizzazioni considerate inappropriate, seguito da Germania e Austria (rispettivamente 688 e 653 ricoveri). Italia, Portogallo e Svizzera sono invece i Paesi con il valore più basso (rispettivamente 151, 192 e 258 ricoveri ogni 100.000). In particolare, si nota come il valore osservato nel nostro Paese sia particolarmente contenuto e ben al di sotto della media dei Paesi osservati, la quale si attesta su un valore di 407 ricoveri inappropriate ogni 100.000 abitanti.

3.4 Bisogni di assistenza non soddisfatti

Un'importante evidenza circa la performance dei sistemi sanitari, intesa in particolare nella prospettiva dell'equità di accesso alle cure, riguarda i bisogni insoddisfatti. Alcuni spunti di riflessione possono essere tratti dall'analisi del-

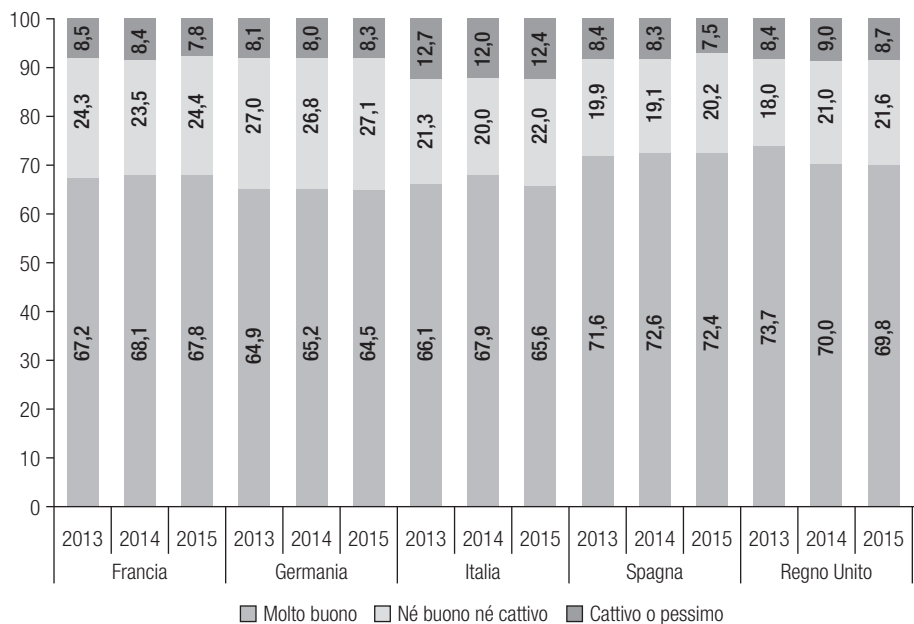
Tabella 3.13 **Percezione del proprio stato di salute: distribuzione (2013-2015)**

Paesi	2013			2014			2015		
	Molto buono	Né buono né cattivo	Cattivo o pessimo	Molto buono	Né buono né cattivo	Cattivo o pessimo	Molto buono	Né buono né cattivo	Cattivo o pessimo
Austria	68,6	22,4	9,1	69,5	21,6	8,9	69,8	21,4	8,8
Belgio	74,3	17,1	8,6	75,0	15,8	9,2	74,6	16,0	9,4
Danimarca	71,7	20,9	7,5	72,4	20,2	7,4	71,6	20,8	7,6
Finlandia	64,6	28,7	6,7	69,2	24,4	6,4	69,8	24,4	5,8
Francia	67,2	24,3	8,5	68,1	23,5	8,4	67,8	24,4	7,8
Germania	64,9	27,0	8,1	65,2	26,8	8,0	64,5	27,1	8,3
Grecia	73,9	15,6	10,5	73,5	15,8	10,8	74,4	15,6	10,0
Irlanda	82,0	14,4	3,7	82,5	13,5	4,0	82,3	13,8	3,9
Italia	66,1	21,3	12,7	67,9	20,0	12,0	65,6	22,0	12,4
Lussemburgo	71,9	19,8	8,3	72,8	18,9	8,3	70,4	20,9	8,7
Olanda	75,6	19,1	5,3	77,3	17,2	5,4	76,2	18,5	5,2
Portogallo	46,1	35,3	18,6	45,9	35,7	18,3	46,4	35,6	18,0
Spagna	71,6	19,9	8,4	72,6	19,1	8,3	72,4	20,2	7,5
Svezia	81,1	14,8	4,1	80,1	15,9	4,0	79,7	16,5	3,8
Regno Unito	73,7	18,0	8,4	70,0	21,0	9,0	69,8	21,6	8,7
Norvegia	76,0	16,0	7,9	78,5	14,6	6,9	78,3	15,3	6,4
Svizzera	80,7	15,6	3,7	79,3	16,9	3,8	n.d.	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	59,6	27,6	12,8	60,7	27,7	11,6	61,2	27,7	11,1
Polonia	58,3	27,4	14,3	58,1	28,1	13,7	57,8	27,9	14,3
Ungheria	56,9	27,3	15,7	57,5	26,7	15,9	56,3	27,9	15,8

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2017

Lo stato di salute riportato dai cittadini e dalle cause della presenza di bisogni insoddisfatti. Nel primo caso, la valutazione della qualità dell’assistenza è chiaramente influenzata da fattori intrinseci ai rispondenti e non è una misura diretta di performance. Inoltre, possono emergere fattori situazionali e culturali nel riportare il proprio stato di salute, in virtù dei quali la percezione qualitativa dello stato di salute «molto buono» potrebbe essere diversa da Paese a Paese. Tuttavia, tale indicatore fornisce un’immagine della rispondenza dei servizi, o meglio degli esiti finali, alle aspettative generate. Se in un Paese è bassa la percentuale di cittadini che rappresenta il proprio stato di salute come «molto buono», ciò potrebbe derivare sia da una cattiva qualità dei servizi ricevuti, sia da un livello di attese eccessivo rispetto alle potenzialità del sistema. Eurostat fornisce i risultati di alcune *survey* periodiche sulla qualità percepita dei sistemi sanitari. La Tabella 3.13 mostra la distribuzione delle percezioni tra «buono o molto buono», «né buono né cattivo» e «cattivo o pessimo» nei Paesi analizzati. Il dettaglio dei principali Paesi europei è anche riportato nella Figura 3.7. Dal confronto emerge come, a dati 2015, la maggior percentuale di rispondenti che percepiscono il proprio stato di salute come «molto buono» si trovi in Irlanda (82,3%), la minore in Portogallo (46,4%), mentre l’Italia si colloca in posizione

Figura 3.7 **Percezione del proprio stato di salute: distribuzione nei principali Paesi europei (2013-2015)**

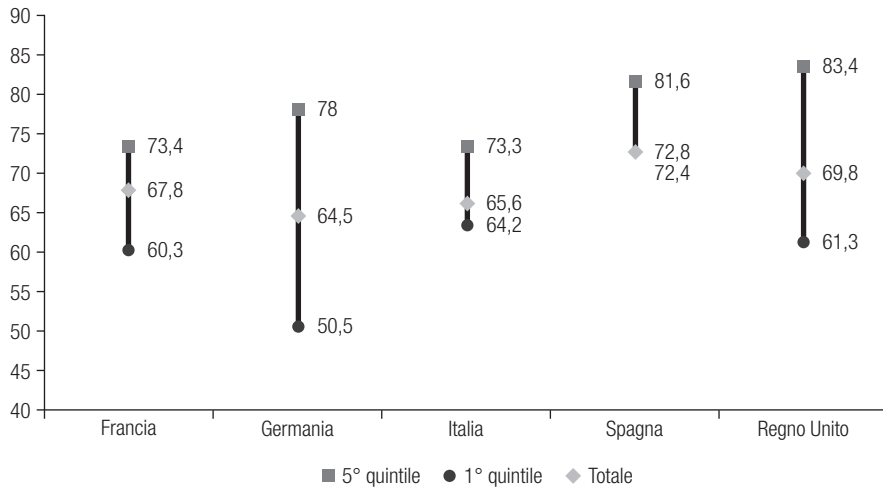


Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2017

intermedia (65,6%). Rispetto al 2014, inoltre, nel nostro Paese si registra un generale peggioramento della percezione dello stato di salute, con una riduzione di 2,3 punti percentuali nella scelta «molto buono» e un aumento di 0,4 punti percentuali nella scelta «cattivo o pessimo». Nell'ultimo biennio considerato si osservano due fenomeni opposti: da un lato, si registra un'apparente, generale tendenza al peggioramento, espressa nella forma di una riduzione diffusa delle percentuali di «molto buono» riportato dai rispondenti (con le eccezioni di Austria, Finlandia, Grecia, Portogallo e Repubblica Ceca); dall'altro, seppur meno marcata, si registra anche una diffusa riduzione delle percentuali di «cattivo o pessimo» (fatta eccezione per Belgio, Danimarca, Germania, Italia, Lussemburgo e Polonia), che sembrerebbe invece esprimere un miglioramento nelle percezioni dei rispondenti.

Nella Figura 3.8 sono posti a confronto i dati 2015 dei cinque principali Paesi europei con riferimento alla percentuale di rispondenti che dichiarano di percepire uno stato di salute «molto buono», con dettaglio della variabilità tra primo e quinto quintile di reddito. Emerge chiaramente che la vera differenza tra i cinque Paesi considerati non è tanto nella media dei cittadini che dichiarano di avere un buono stato di salute, ma piuttosto nella variabilità e nell'asimmetria della distribuzione delle risposte tra le varie fasce di reddito. In Germania,

Figura 3.8 **Percentuale di popolazione che riporta uno stato di salute «molto buono»: confronto tra i principali Paesi europei e tra primo e quinto quintile di reddito (2015)**



Nota. Per primo quintile di reddito si intende il 20% più povero della popolazione; viceversa, il quinto quintile si riferisce al 20% più abbiente.

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2017.

ad esempio, la variabilità è molto accentuata, con 27,5 punti percentuali che separano il primo dal quinto quintile di reddito (in ulteriore aumento rispetto al 2014, quando si registrava una differenza di 26,6 punti percentuali), e la distribuzione è abbastanza simmetrica, con la media che si colloca al centro del range. Diversa è la situazione, ad esempio, in Italia, dove la variabilità è più contenuta (9,1 punti percentuali), ma la media è molto più vicina alla risposta del primo quintile. Lo stato di salute è, quindi, percepito in modo piuttosto omogeneo, con una piccola parte della popolazione che può accedere, presumibilmente per una maggiore capacità di spesa, a prestazioni migliori e, di conseguenza, può avere una maggiore probabilità di percepire il proprio stato di salute come «molto buono». Più in generale, un Paese in cui la variabilità è elevata (come la Germania) vede una probabile disomogeneità dell'accesso ai servizi di eccellenza, mentre un Paese con una ridotta «distanza» tra valore medio e primo quintile di reddito (come l'Italia) è probabilmente caratterizzato da una maggiore omogeneità di trattamento, con la possibilità, per le fasce più alte di reddito, di accedere a servizi di qualità superiore. In Spagna, inoltre, si osserva nel 2015 un fenomeno interessante, che rappresenta il culmine di una tendenza osservata già nelle rilevazioni delle ultime edizioni del Rapporto: la percentuale complessiva di chi dichiara come «molto buono» il proprio stato di salute è inferiore ai valori riportati dagli individui appartenenti sia al quinto

Tabella 3.14 **Bisogni non soddisfatti: causa del mancato soddisfacimento (2015, 2014 e 2013)**

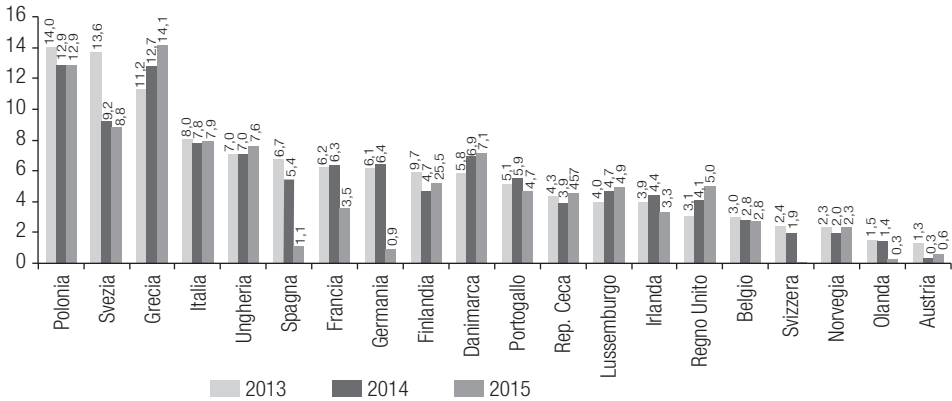
Paesi	Nessun bisogno insoddisfatto	Decisione di aspettare per vedere se il problema si risolvesse da sé	Manca di tempo	Paura dei medici/ ospedali/trattamenti	Manca di contatto con un buon dottore	Troppo caro	Troppo lontano	Lista d'attesa troppo lunga	Altro
2015									
Austria	99,3	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Belgio	97,1	0,2	0,0	0,1	0,0	2,2	0,2	0,0	0,1
Danimarca	92,9	2,6	0,8	0,2	0,2	0,3	0,1	0,9	2,0
Finlandia	94,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,8
Francia	96,4	1,3	0,6	0,2	0,1	0,8	0,0	0,3	0,2
Germania	99,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1
Grecia	85,8	0,6	0,5	0,5	0,1	10,9	0,3	1,1	0,1
Irlanda	96,7	0,2	0,1	0,1	0,0	2,0	0,0	0,8	0,1
Italia	92,1	0,1	0,2	0,2	0,0	6,5	0,1	0,6	0,2
Lussemburgo	95,1	2,5	0,9	0,2	0,0	0,7	0,0	0,2	0,4
Olanda	99,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Portogallo	95,4	0,6	0,4	0,3	0,0	2,4	0,1	0,6	0,3
Spagna	98,8	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,4	0,3
Svezia	91,2	3,5	1,2	0,2	0,8	0,4	0,1	0,5	2,1
Regno Unito	95,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	2,5	1,7
Norvegia	97,6	0,1	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,8	1,0
Svizzera	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	95,4	2,3	0,9	0,1	0,0	0,1	0,3	0,4	0,4
Polonia	87,2	2,0	2,1	0,5	0,2	2,8	0,4	4,2	0,7
Ungheria	92,4	2,4	1,6	0,4	0,0	2,2	0,3	0,2	0,5
2014									
Austria	99,7	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Belgio	97,2	0,2	0,0	0,1	0,0	2,1	0,2	0,0	0,1
Danimarca	93,1	2,3	0,8	0,4	0,1	0,4	0,2	0,8	1,9
Finlandia	95,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	3,1	1,4
Francia	93,7	1,3	1,1	0,6	0,1	2,3	0,1	0,4	0,4
Germania	93,6	1,4	1,1	0,3	0,1	0,6	0,1	0,9	1,9
Grecia	87,3	0,5	0,6	0,3	0,1	9,7	0,3	0,9	0,2
Irlanda	95,6	0,3	0,1	0,1	0,0	2,6	0,0	1,1	0,2
Italia	92,2	0,1	0,2	0,1	0,0	6,2	0,1	0,8	0,3
Lussemburgo	95,3	2,5	0,7	0,3	0,1	0,6	0,0	0,1	0,4

Tabella 3.14 (segue)

Paesi	Nessun bisogno insoddisfatto	Decisione di aspettare per vedere se il problema si risolvesse da sé	Mancanza di tempo	Paura dei medici/ospedai/trattamenti	Mancanza di contatto con un buon dottore	Troppo caro	Troppo lontano	Lista d'attesa troppo lunga	Altro
Olanda	98,6	0,2	0,1	0,1	0,0	0,4	0,0	0,1	0,5
Portogallo	94,5	0,6	0,6	0,4	0,0	3,0	0,1	0,4	0,4
Spagna	94,6	2,4	1,3	0,3	0,0	0,5	0,0	0,1	0,7
Svezia	90,8	3,7	1,3	0,3	0,8	0,5	0,1	1,0	1,7
Regno Unito	95,9	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	2,0	1,4
Norvegia	98,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,6	0,8
Svizzera	98,1	0,2	0,2	0,0	0,0	1,0	0,0	0,1	0,4
Repubblica Ceca	96,1	1,5	0,6	0,2	0,1	0,5	0,3	0,3	0,4
Polonia	87,1	1,8	1,9	0,7	0,1	3,1	0,3	4,4	0,6
Ungheria	93,0	2,1	1,6	0,4	0,0	2,1	0,2	0,2	0,3
2013									
Austria	98,7	0,3	0,3	0,1	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1
Belgio	97,0	0,5	0,3	0,1	0,0	1,8	0,0	0,1	0,1
Danimarca	94,2	1,6	0,7	0,5	0,1	0,2	0,3	0,8	1,6
Finlandia	94,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	4,1	1,4
Francia	93,8	1,1	1,3	0,6	0,1	2,1	0,1	0,5	0,4
Germania	93,9	1,4	1,2	0,2	0,1	0,6	0,1	0,8	1,5
Grecia	88,8	0,5	0,8	0,4	0,0	7,8	0,2	0,9	0,5
Irlanda	96,1	0,2	0,0	0,1	0,1	2,3	0,0	1,0	0,2
Italia	92,0	0,2	0,3	0,1	0,0	6,0	0,1	1,1	0,2
Lussemburgo	96,0	1,8	0,7	0,3	0,1	0,8	0,0	0,1	0,2
Olanda	98,5	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,7
Portogallo	94,9	0,8	0,5	0,4	0,0	2,4	0,1	0,5	0,3
Spagna	93,3	2,6	1,9	0,4	0,1	0,6	0,1	0,1	1,0
Svezia	86,4	5,6	2,1	0,3	1,0	0,5	0,2	1,2	2,7
Regno Unito	96,9	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1,4	1,2
Norvegia	97,7	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	1,1	0,1	0,7
Svizzera	97,6	0,3	0,3	0,0	0,1	1,0	0,0	0,1	0,5
Repubblica Ceca	95,7	1,7	0,9	0,2	0,0	0,4	0,3	0,3	0,4
Polonia	86,0	1,7	1,8	0,8	0,1	3,6	0,4	4,8	0,6
Ungheria	93,0	2,5	1,2	0,5	0,0	1,9	0,2	0,2	0,4

Fonte: elaborazione su dati Eurostat 2017

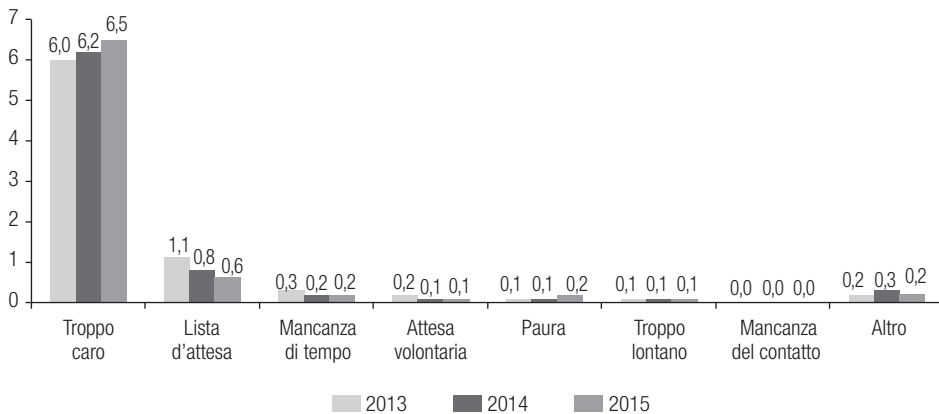
Figura 3.9 **Bisogni non soddisfatti: percentuale di popolazione che dichiara bisogni sanitari non soddisfatti per qualsiasi ragione (2015, 2014 e 2013)**



Note: non è disponibile la rilevazione 2015 per la Svizzera.

Fonte: elaborazione su dati Eurostat 2017.

Figura 3.10 **Bisogni non soddisfatti: dettaglio Italia per causa (2015, 2014 e 2013)**

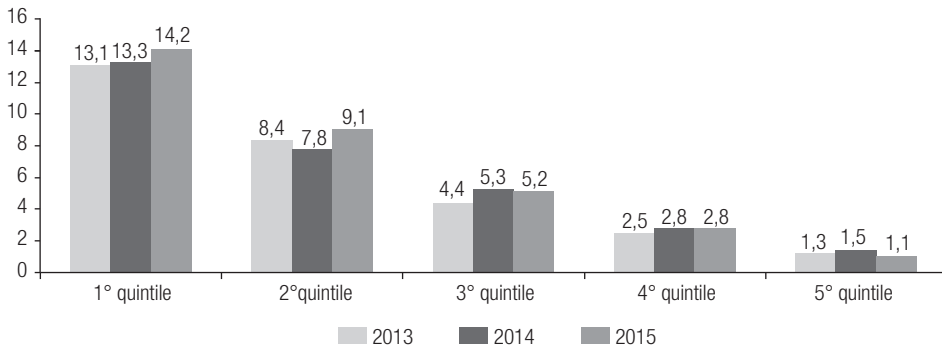


Fonte: elaborazione su dati Eurostat 2017.

quintile (come da attese) sia al primo quintile di reddito e quindi dalla fascia meno abbiente della popolazione, a testimoniare come nel Paese iberico siano i cittadini appartenenti alle fasce intermedie di reddito a esprimere un giudizio maggiormente negativo sul proprio stato di salute, al contrario di quanto avviene negli altri Paesi osservati.

Insieme alla percezione riguardante lo stato di salute, è interessante osservare la quota di cittadini che dichiarano di aver rinunciato a cure mediche nei 12

Figura 3.11 **Bisogni non soddisfatti perché servizi ritenuti «troppo cari»:**
dettaglio Italia per quintile di reddito (2015, 2014 e 2013)



Fonte: elaborazione su dati Eurostat 2017.

mesi precedenti la rilevazione. Per esaminare meglio le motivazioni di eventuali rinunce, nella Tabella 3.14, nella Figura 3.9, nella Figura 3.10 e nella Figura 3.11 è riportata la percentuale di popolazione che dichiara bisogni di salute non soddisfatti. Le cause del mancato soddisfacimento possono essere volontarie (non si ha il contatto di un buon medico, si ha paura delle cure o si preferisce aspettare che il bisogno cessi) oppure indotte da elementi strutturali (l'accessibilità dei servizi) o di politica sanitaria (i prezzi delle prestazioni, le liste d'attesa, la mancanza di orari di erogazione adeguati). Tra i fenomeni volontari, la preferenza per l'attesa è il più diffuso e rappresenta la prima causa della presenza di bisogni non soddisfatti. In questi casi, la scelta di attendere potrebbe derivare da molti fattori. In primo luogo, potrebbero essere presenti barriere all'accesso, di natura finanziaria o altra (ad esempio tempi di attesa), che hanno gradualmente influenzato la percezione stessa della necessità di trasformazione del bisogno in domanda, tanto che il bisogno insoddisfatto potrebbe non essere imputato direttamente a tali barriere ma piuttosto a una libera scelta. In secondo luogo, è possibile collegare tale evidenza a una scarsa qualità (o convenienza) dei servizi per condizioni sintomatiche più lievi. Per quanto riguarda le cause non volontarie di insoddisfazione, è il costo troppo elevato a giustificare gran parte del bisogno non soddisfatto (fenomeno particolarmente critico in Grecia e in Italia), seguito dalla presenza di liste d'attesa troppo lunghe (soprattutto in Polonia e in Finlandia). A livello complessivo (Figura 3.9) è la Grecia a manifestare il livello più elevato di bisogni insoddisfatti, mentre l'Olanda riporta il livello più basso. L'Italia è tra i Paesi con maggiori bisogni insoddisfatti anche nel 2015, registrando un lievissimo aumento rispetto all'ultima rilevazione (7,9% contro 7,8%). Più in dettaglio (Figura 3.10), la rinuncia alle cure per ragioni di costo è ulteriormente e progressivamente aumentata dal 6,0% del 2013 al 6,5% del 2015. Questa evidenza segnala la possibile diffusione di fenomeni di *under-*

treatment. Come emerge dalla Figura 3.11, peraltro, i bisogni non soddisfatti aumentano in modo deciso nei primi due quintili di reddito, supportando l'ipotesi che la rinuncia alle cure e, quindi, il peggioramento dello stato di salute, sia un fenomeno che riguarda molto più marcatamente le classi meno abbienti.

3.5 Discussione e conclusioni

La relazione profondamente endogena tra stato di salute, utilizzo di risorse e assetti strutturali rende impossibile una lettura causale del rapporto tra queste dimensioni dei sistemi sanitari. È, tuttavia, possibile trarre alcuni spunti dall'osservazione contemporanea e dinamica di alcuni indicatori. Volendo posizionare il sistema sanitario italiano all'interno del panorama internazionale, va innanzitutto notato che l'Italia continua a caratterizzarsi per essere un sistema piuttosto parsimonioso. Nel 2015, la spesa sanitaria totale pro-capite è inferiore rispetto a quella dei principali Paesi UE (solo la Spagna ha dei livelli leggermente inferiori), sebbene il livello di copertura pubblica sia più basso (75% contro l'80% del Regno Unito, il 79% della Francia e 84% della Germania; la Spagna, invece, ha una copertura pubblica più bassa, pari al 71%). Emerge, quindi, un quadro europeo dove la parsimonia complessiva va a scapito della copertura pubblica. Questo risultato è spiegabile in funzione di una non perfetta sostituibilità tra spesa pubblica e spesa privata, poiché una diminuzione di spesa pubblica si compensa solo in parte con maggiore spesa privata e la rimanente parte è spiegata dalla riduzione della domanda. Nel 2015, in Italia, aumenta la percezione di rinuncia alle cure. Sebbene la sanità sia uno degli ambiti meno colpiti dalla percepita rinuncia al consumo, questa evidenza è da sottolineare, soprattutto in relazione al fatto che la motivazione dichiarata è sempre più relativa al costo percepito. I *policymaker* dovrebbero approfondire questo dato con attenzione al fine di verificare (i) quanta parte della riduzione percepita sia effettivamente avvenuta, (ii) quanta parte di tale riduzione sia ascrivibile a consumi precedentemente ridondanti oppure a veri e propri fenomeni di *undertreatment*, inclusa la mancata prevenzione e (iii) quali sono gli ambiti di cura in cui tale fenomeno è maggiormente concentrato. Questo segnale potrebbe celare la necessità di revisione del ruolo della spesa privata: si è parlato, ad esempio, della opportunità/necessità di un graduale cambiamento nel ruolo percepito delle compartecipazioni. In sistemi pubblici sempre più soggetti a vincoli di spesa, le compartecipazioni potrebbero evolvere da semplice sostituto della spesa pubblica (e pertanto a rischio di iniquità) a contributo per l'*upgrade* dei servizi (cfr. *supra*). Anche con riferimento agli assetti strutturali si rilevano profonde differenze nel confronto internazionale. La dotazione di posti letto, ad esempio, è particolarmente variabile, con l'Italia che si posiziona su tassi decisamente inferiori rispetto agli altri Paesi considerati (3,35 posti letto

ogni 1.000 abitanti, di cui 0,15 per pazienti lungodegenti). Tra i principali Paesi europei, soltanto la Danimarca, la Svezia, l'Irlanda e la Spagna registrano un numero di posti letto inferiore all'Italia. Con riferimento al numero di medici e infermieri, in Italia ci sono 3,8 medici e 6,1 infermieri per 1.000 abitanti. Rispetto ai principali Paesi europei, il numero di medici è inferiore solo a Germania (Paese in cui sia medici sia infermieri sono più numerosi rispetto alla media europea) e Spagna. Invece, in Francia e nel Regno Unito un numero minore di medici rispetto all'Italia è compensato da un maggior numero di infermieri, segnalando un approccio differente alle cure. Per quanto riguarda la composizione anagrafica, oltre la metà dei medici italiani (51,6%) ha superato i 55 anni di età, rappresentando la quota relativa più elevata nell'intero panorama dei Paesi analizzati. In termini di utilizzo dei servizi, l'Italia mostra un dato di dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti in calo negli anni e inferiore alla media europea, con una degenza media allineata a quella dei principali Paesi europei. Un utilizzo limitato dei ricoveri ospedalieri è anche associato a un livello di appropriatezza elevato, sottolineando come parte dell'efficienza del sistema sia anche dovuto a un buon grado di consapevolezza e collaborazione da parte dei pazienti. I ricoveri inappropriati per asma, BPCO e diabete sono i più bassi tra i Paesi analizzati, mentre stanno anche diminuendo i parti cesarei, sebbene l'Italia registri il maggior tasso di utilizzo di tale procedura rispetto ai principali Paesi europei. Una nota parzialmente discordante riguarda l'utilizzo di antibiotici: l'Italia è ormai da anni il Paese dove se ne consumano di più.

In sintesi, dal confronto internazionale emerge come l'Italia sia un sistema parsimonioso, con buoni esiti finali (cfr. cap. 2 del presente Rapporto) e un livello di equità in genere superiore rispetto a quello di altri Paesi europei, verificato dalla limitata variazione dello stato di salute percepito tra le fasce inferiori di reddito e la media della popolazione. Inoltre, a livello di dotazione di risorse (posti letto e personale), l'Italia mostra una configurazione *potenzialmente* efficiente, sebbene la distribuzione sul territorio non sia omogenea. Tale configurazione, associata alle politiche di gestione delle ospedalizzazioni, produce un numero limitato di ricoveri e un utilizzo dell'ospedale tendenzialmente più appropriato che in altri Paesi, anche se i rischi di una mancata erogazione di servizi ospedalieri a causa di liste di attesa troppo lunghe è diventato ormai concreto. Non mancano, tuttavia, segnali di attenzione come la riduzione della copertura pubblica e l'aumento della percezione di rinuncia alle cure.

Bibliografia

American Medical Association (2013), «AMA Adopts New Policies on Second Day of Voting at Annual Meeting». Disponibile <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/2013/2013-06-18-new-ama-policies-annual-meeting.page>

- Armeni P., Ferré F., Lorenzoni L., Sommariva S. (2013), «Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Costa F., Furnari A. (2016), «Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale», in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, EGEA.
- Belizán José M. et al. (1999), «Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study», *British Medical Journal*, 319(7200): 1397-1402.
- Bronzwaer S. et al. (2002), «A European Study on the Relationship Between Antimicrobial Use and Antimicrobial Resistance», *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 8, pp. 278-282.
- Declercq E. et al. (2005), «Rise in “No indicated risk” Primary Caesarean in the United States 1991-2001: Cross Sectional Analysis». *British Medical Journal*, 330: 71-72.
- Del Vecchio M. (2012), *Settore, sistema e azienda: logiche di governance in sanità*, Milano, EGEA.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2012), Eurohealth, Health Systems and the Financial Crisis, Vol. 18, No. 1.
- Eurostat (2017), «Health statistics». Eurostat database.
- Euro-Peristat project in collaboration with SCPE, EUROCAT and EURONE-OSTAT (2008), «Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004», European Perinatal Health Report 2008, disponibile www.europeristat.com
- Fédération Hospitalière de France FHF (2008), «Études sur les césariennes», FHF, Paris.
- Ferré F., Ricci A. (2012), «La struttura del SSN», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, EGEA.
- Gibbons L., Belizán J.M., Lauer J.A., Betrán A.P., Merialdi M., Althabe F. (2010), «The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage». World Health Report (2010). Background Paper, No. 30.
- Goossens H., Ferech M., Vander Stichele R., Elseviers M. (2005), «Outpatient Antibiotic Use in Europe and Association with Resistance: A Cross-national Database Study», *The Lancet*, 365: 579-587.
- Menn P. et al. (2012), «Direct Medical Cost of CODP – An Excess Cost Approach Based on two Population-Based Studies» *Respiratory Medicine*, 106: 540-548.
- OECD (2017), «OECD Health Data: Health care resources», OECD Health Statistics (database).
- OECD (2013), «Health at a glance: Europe 2013», OECD Publishing.

- Peterson C.L., Burton R. (2007), «USA healthcare spending: comparison with other OECD countries», *Report for Congress*. Congressional Research Service. Disponibile http://assets.opencrs.com/rpts/RL34175_20070917.pdf.
- Rosano A., Loha C.A., Falvo R., van der Zee J., Ricciardi W., Guasticchi G., de Belvis A.G. (2013), «The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review», *The European Journal of Public Health*, 23(3), 356-360.
- Smith S.M., Fahey T., Smucny J., Becker L.A. (2004), «Antibiotics for Acute Bronchitis», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, No. CD000245.
- Szalay T. et al. (2003), «Russian Federation: Hit Summary», *Health Systems in Transition*.
- Thomas S., Burke S. (2012), «Coping with Austerity in the Irish Health System», *Eurohealth*, 18(1): pp. 7-9.
- WHO (2017), «World Health Statistics». Global Health Observatory database.
- WHO (2015), Non communicable diseases – Factsheet. Disponibile <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> (ultimo accesso 15 Luglio 2016).
- WHO (2013), «Canada: Hit Summary», *Health Systems in Transition*.
- WHO (2012), NCDs mortality and morbidity – Factsheet. Disponibile http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/ (ultimo accesso 15 Luglio 2016).
- WHO (2011), «Portugal: Hit Summary», *Health Systems in Transition*.
- WHO (2010), Global status report on Non Communicable diseases. Disponibile http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf (ultimo accesso 15 luglio 2017).
- World Bank (2016), Indicators - Population ages 65 and above (% of total). Disponibile <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS> (ultimo accesso 15 Luglio 2017).

4 La struttura e le attività del SSN

di Alessandro Furnari, Attilio Gugiatti e Francesco Petracca¹

4.1 Premessa

Il capitolo fornisce una visione d'insieme del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, della sua organizzazione e delle sue attività, con un'attenzione particolare ai cambiamenti che ne hanno caratterizzato l'evoluzione negli ultimi anni.

Il modello di analisi adottato è quello economico aziendale, come descritto nel capitolo 1 del Rapporto OASI 2012. Gli elementi approfonditi sono i seguenti:

- ▶ gli assetti istituzionali dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR), vale a dire (i) numerosità e tipologia di aziende e (ii) mobilità dei Direttori Generali (§ 4.2);
- ▶ scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale in termini quali-quantitativi (§ 4.3);
- ▶ dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate (§ 4.4);
- ▶ dati che rappresentino i bisogni sanitari e la domanda espressa dagli utenti (§ 4.5).

Le fonti del capitolo sono così riassumibili:

- ▶ rilevazioni ad hoc (Schede regionali 2017);
- ▶ dati pubblicati dal Ministero della Salute attraverso gli Indirizzari (relativi agli anni tra il 1997 e il 2016), l'Annuario Statistico del SSN – Attività econo-

¹ La ricerca aggiorna e approfondisce il terzo capitolo del Rapporto OASI 2016. Nell'ambito di un comune lavoro di ricerca, i §§ 3.2.2 e 3.4 sono da attribuirsi ad Alessandro Furnari; i §§ 3.1 e 3.5 ad Attilio Gugiatti; i §§ 3.2.1 e 3.3 a Francesco Petracca. Si ringrazia, inoltre, la Dottoressa Federica Ambrosio per il prezioso supporto nell'analisi dei dati.

L'aggiornamento dei profili istituzionali dei singoli SSR non sarebbe stato possibile senza il contributo dei referenti regionali, che hanno validato o aggiornato le schede regionali.

niche e gestionali di Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere, qui e in seguito «ASL» e «AO» (1997-2013), il Rapporto SDO (1998-2015). Queste fonti, pubblicate entro giugno 2017, sono le ultime messe a disposizione dal Ministero della Salute;

- dati e ricerche pubblicate dall'ISTAT nel 2017 (principalmente relativi agli anni 2013-2016).

In tutto il capitolo, si adotta la suddivisione ISTAT del territorio nazionale: il Nord comprende Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Province Autonome di Trento e Bolzano, Liguria, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna; del Centro fanno parte Toscana, Umbria, Marche, Lazio; il Sud e le Isole comprendono Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

4.2 Gli assetti istituzionali dei SSR

Secondo la dottrina economico-aziendale, l'assetto istituzionale delle aziende può essere visto come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e temperamento degli interessi che convergono sulle aziende stesse (Airoldi, Brunetti e Coda, 1994). Nelle aziende sanitarie pubbliche, i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro. La collettività di riferimento partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza politica. In particolare, a seguito del processo di regionalizzazione del SSN, è possibile identificare prevalentemente negli organi di governo regionali i rappresentanti della popolazione. Sono le regioni che, in qualità di capogruppo del sistema regionale², oltre a strutturare il proprio apparato amministrativo, devono:

1. individuare le aziende (dotate di autonomia giuridica ed economica) che compongono il «gruppo sanitario pubblico regionale»;
2. definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi);
3. strutturare l'apparato amministrativo regionale e gli strumenti di governo del SSR;

² Le regioni devono comunque rispettare la potestà legislativa statale relativa ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e politici (art. 117 Costituzione), con i relativi poteri sostitutivi dello Stato in caso di inadempienza delle regioni (art. 120). La tutela della salute è, invece, materia a legislazione concorrente, in cui allo Stato è affidata la determinazione dei principi fondamentali (art. 117). Dal combinato disposto di questi dettami costituzionali derivano forme di elaborazione condivisa della programmazione sanitaria di lungo periodo (per esempio, l'approvazione del Patto per la Salute da parte della Conferenza Stato-Regioni) e gli strumenti straordinari di ri-accentramento dei poteri in materia di tutela della Salute, come i Piani di Rientro.

4. delineare le politiche complessive del sistema, in termini di caratteristiche delle combinazioni economiche;
5. progettare le norme generali per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende del gruppo.

Il presente paragrafo approfondisce soprattutto i primi due punti. In particolare:

- ▶ si indagano le scelte regionali in tema di definizione della struttura del gruppo, cioè di individuazione delle aziende pubbliche (§ 4.2.1 e Appendice I);
- ▶ si analizza la mobilità dei Direttori Generali, come tema chiave delle modalità di esercizio delle prerogative di governo delle aziende da parte della regione (§ 4.2.2).

Con riferimento agli apparati amministrativi regionali, si ricorda che le regioni hanno spesso istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR). In particolare, sono sette le regioni in cui è attualmente presente un'ASR come tecnostruttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale: Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia, Sardegna³. A questo elenco va aggiunta la Lombardia, che nell'estate 2016 ha autorizzato la costituzione della nuova Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo (Acss). Tale agenzia, già formalmente prevista dalla legge regionale dell'agosto 2015, ha il compito di coordinare i controlli a livello territoriale, valutare la correttezza delle procedure di gare aggregate e definire sistemi più puntuali di monitoraggio delle performance. Da segnalare, infine, che il Friuli VG, il Piemonte, l'Umbria, il Veneto, il Lazio e la Liguria hanno soppresso la propria Agenzia⁴ e stabilito il trasferimento delle sue funzioni alle Direzioni Regionali competenti.

Rispetto alle competenze regionali nell'elaborazione delle politiche sanitarie e nella regolazione delle aziende, nell'Appendice II sono elencati, rispettivamente, i documenti di programmazione strategica (Piani Sanitari Regionali, Piani di Rientro) e le principali normative regionali in materia di sanità. Le informazioni presentate si basano su una scheda di raccolta dati inviata a tutte le regioni nella primavera 2017.

Si rimanda invece:

- ▶ al capitolo 2 del presente Rapporto per una disamina degli esiti di salute del SSN, caratterizzata da una comparazione con i sistemi sanitari dei Paesi OCSE e BRIC e da un'analisi interna al nostro Paese;

³ Le leggi di istituzione e disciplina delle Agenzie regionali, se presenti, sono riportate in Appendice II, nella sezione relativa alla normativa sanitaria.

⁴ Rispettivamente, con L.R. 12/2009, L.R. 18/2012, L.R. 18/2012, L.R. 46/2012, L.R. 4/2013 e L.R. 17/2016.

- ▶ al capitolo 3 del presente Rapporto per un'analisi comparata del SSN e degli altri sistemi sanitari dei paesi OCSE e BRIC;
- ▶ al capitolo 5 del presente Rapporto per una descrizione approfondita della spesa sanitaria nel nostro Paese;
- ▶ al capitolo 6 del presente Rapporto per una descrizione del posizionamento degli erogatori privati accreditati del SSN;
- ▶ al capitolo 7 del presente Rapporto per un'indagine della filiera dei servizi del settore sanitario e sociosanitario;
- ▶ al capitolo 8 del presente Rapporto per un'analisi dei consumi sanitari privati in Italia;
- ▶ al capitolo 9 del presente Rapporto e al capitolo 8 del Rapporto 2016 per un approfondimento sugli assetti istituzionali e sui modelli organizzativi emergenti delle capogruppo regionali.

4.2.1 Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»

Tutte le regioni, in qualità di capogruppo, stabiliscono la struttura del gruppo, individuando le aziende sanitarie pubbliche e gli enti che lo compongono. In particolare, le regioni devono (i) definire l'articolazione del territorio regionale in ASL; (ii) decidere se e come costituire in aziende autonome (Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università) gli ospedali che hanno rilievo nazionale, regionale e vedono la presenza di discipline ad alta specializzazione; (iii) definire il ruolo di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere scientifico – IRCCS e Aziende Ospedaliere-Universitarie integrate con il SSN (ex policlinici pubblici) all'interno del sistema regionale; (iv) identificare eventuali altri soggetti intermedi, quali forme inter-aziendali o sovra-aziendali, con funzioni di governo, coordinamento o centralizzazione (per esempio, ATS lombarde, ESTAR toscano, EGAS friulano, fondazioni).

Tale autonomia si è concretizzata in scelte molto diverse, che hanno determinato una forte eterogeneità interregionale in termini di (i) numero e dimensione media delle ASL e delle AO; (ii) numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL; (iii) presenza di istituti diversi da ASL e AO nel gruppo sanitario pubblico regionale.

Tale eterogeneità è andata crescendo in virtù dei processi di riordino che hanno interessato diversi SSR negli ultimi anni, contribuendo a modificare in modo rilevante le rispettive strutture istituzionali. Il grado di differenziazione delle aziende che popolano oggi il SSN non si limita più alla sola missione (ampia per le aziende territoriali, più focalizzata per quelle ospedaliere), al punto che diventa difficile individuare un sufficiente grado di omogeneità tra le stesse e il più evidente ambito di continuità si riscontra negli assetti di governo, tutti orientati al modello tradizionale con triade direzionale e rapporto fiduciario con il governo regionale (Del Vecchio e Romiti, 2017). Queste considerazioni hanno spinto gli autori a in-

terrogarsi su un possibile aggiornamento del sistema di classificazione delle forme aziendali che fosse robusto e coerente con i cambiamenti in atto nei diversi SSR. Si è quindi deciso di ripartire dalla definizione dei requisiti imprescindibili per le Aziende Sanitarie Locali facendo riferimento al D.lgs. 229/99, secondo il quale la regione ha la responsabilità di individuare «[...] *l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali (poi rinominate aziende all'art. 3, ndr), le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera* [...]». Le aziende sanitarie territoriali devono quindi fare riferimento a un territorio, rispetto al quale sono responsabili del mantenimento dei LEA, ed erogare direttamente servizi. In considerazione di questi elementi, si è deciso di aggiornare l'analisi longitudinale del numero di aziende territoriali e di introdurre, a partire dai dati 2016, una differente classificazione di aziende e agenzie lombarde. Come risultato, nel computo delle aziende territoriali vengono adesso incluse le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde, che, per effetto della recente riforma, sono diventate le responsabili dell'erogazione di servizi ospedalieri e territoriali a vocazione generalista da parte pubblica⁵. Le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) della Regione Lombardia, che attuano la programmazione regionale sul territorio di competenza senza l'erogazione diretta di servizi ospedalieri o territoriali, sono invece confluite nell'insieme degli enti intermedi. A partire da questa edizione, infatti, la nuova classificazione prevede la ricognizione di tutti gli enti sanitari pubblici, con l'aggiunta di tre nuovi raggruppamenti: IRCCS pubblici, Aziende ospedaliero-universitarie integrate con l'Università e, appunto, enti intermedi, in aggiunta al conteggio di aziende territoriali e ospedaliere. Per enti intermedi, nello specifico, si intendono quelle forme che vanno progressivamente popolando lo spazio tra assessorato e aziende e impattano sugli spazi di azione a disposizione di queste ultime. Nel conteggio di questi enti sono stati inclusi soltanto gli enti che operano esclusivamente per il SSR di riferimento e che, di conseguenza, dipendono fortemente dalle operazioni di riordino della sanità regionale. Pertanto, nonostante la rilevanza delle funzioni svolte per il settore sanitario, diversi enti operanti sul territorio regionale (es. ARCA in Lombardia, Intercenter in Emilia Romagna, So.Re.Sa in Campania) sono stati in questa sede esclusi perchè non operanti esclusivamente in sanità, ma anche per altri soggetti come i Comuni.

La Tabella 4.1 presenta l'evoluzione del numero di ASL (e ASST) e di AO nelle diverse regioni dal 1992 al 30 giugno 2017 e il numero di enti intermedi, Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici) e IRCCS Pubblici aggiornato al 2017, così da ricostruire l'insieme degli attori pubblici dei SSR.

⁵ La stessa LR 23/15 di riforma del Sistema Sanitario Lombardo prevede ancora (all'articolo 15, comma 15) la possibilità di istituire Aziende Ospedaliere, sottolineando la volontà del legislatore regionale di differenziare nettamente le neocostituite ASST dalle «vecchie» AO.

Tabella 4.1 Ricognizione degli enti pubblici dei Servizi Sanitari Regionali (2017)

Regione	ASL e ASST					AO (*)					AO integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)		IRCCS pubblici	Enti intermedi (**)
	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/2015	Numero al 30/06/2016	Numero al 30/06/2017	Popolazione media 2017	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/15	Numero al 30/06/16	Numero al 30/06/17	Numero al 30/06/2017		
Piemonte	63	22	13	13	12	366.044	7	7	6	6	6	-	-	-
Valle d'Aosta	1	1	1	1	1	126.883	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	84	44	15	15	27	371.080	16	27	29	-	-	-	5	11
PA Bolzano	4	4	4	1	1	524.256	-	-	-	-	-	-	-	-
PA Trento	11	1	1	1	1	538.604	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	36	22	21	21	21	545.281	2	2	2	2	2	1	1	1
Friuli VG	12	6	6	5	5	243.574	3	3	2	-	-	-	2	1
Liguria	20	5	5	5	5	313.061	3	3	-	-	-	-	2	1
Emilia Romagna	41	13	13	8	8	556.105	5	5	5	5	4	-	2	1
Toscana	40	12	12	12	3	1.247.479	4	4	4	4	4	-	-	-
Umbria	12	5	4	2	2	444.454	2	2	2	2	2	-	-	1
Marche	24	13	13	1	1	1.538.055	3	4	2	2	2	-	1	-
Lazio	51	12	12	12	10	589.812	3	3	4	4	4	1	2	-
Abruzzo	15	6	6	4	4	330.562	-	-	-	-	-	-	-	-
Molise	7	4	4	1	1	310.449	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	61	13	13	7	7	834.155	7	8	7	7	7	2	1	-
Puglia	55	12	12	6	6	677.315	4	6	1	1	1	1	2	-
Basilicata	7	5	5	2	2	285.183	1	1	1	1	1	-	1	-
Calabria	31	11	11	5	5	393.026	4	4	4	4	4	-	1	-
Sicilia	62	9	9	9	9	561.849	16	17	5	5	5	3	2	-
Sardegna	22	8	8	8	8	1.653.135	1	1	1	1	1	2	-	1
ITALIA	659	228	197	139	140	504.912	81	97	75	44	43	9	22	17

(*) Per AO si intende la somma delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Non sono, invece, incluse le Aziende Ospedaliere - Universitarie integrate con l'SSN (ex Policlinici). Con riferimento al 2016 e al 2017, le ASST lombarde sono state conteggiate come AO.

(**) Tra gli enti intermedi sono qui considerati: le 8 ATS, AREU, l'Agenzia per la Promozione del SSL e l'Agenzia dei Controlli per la Lombardia, l'Azienda Zero per il Veneto, l'EGAS per il Friuli Venezia Giulia, l'Al.Li.Sa. per la Liguria, l'Estar per la Toscana, la CRAS per l'Umbria e AREUS per la Sardegna.

Fonti: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute (Elenchi ASL e strutture di ricovero), Schede Regionali 2017, Del Vecchio (2017)

In attuazione del D. Lgs. 502/92, nel biennio 1994-95 la maggior parte delle regioni ha provveduto al riassetto del proprio SSR. Dal 1996 al 2001, le modifiche istituzionali sono state rare, con l'unica eccezione della Lombardia. Dal 2002 ha invece preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di «ingegneria istituzionale» si sono moltiplicati (Del Vecchio, 2003). Il numero di aziende sanitarie territoriali, a livello nazionale, si è quasi dimezzato, passando dalle 197 del 2001 alle 120 di oggi, a causa di numerosi accorpamenti avviati dal livello regionale al fine di ricercare le dimensioni istituzionali ottimali per le proprie aziende. Il processo, in particolare nelle regioni sottoposte ai Piani di Rientro (PdR) dal deficit sanitario, ha subito una prima accelerazione tra il 2007 e il 2012, dal momento che l'accorpamento di aziende è stata tra le misure previste in quasi tutti i PdR (Cuccurullo, 2012)⁶, per poi rinvirgore a partire dal 2015. Ai riordini del SSR lombardo e toscano e alla modifica degli assetti istituzionali delle aziende nell'area metropolitana di Roma occorsi nel 2015, hanno fatto seguito nel corso del 2016 ulteriori riforme regionali che hanno accentuato il processo di contrazione del numero di forme aziendali. In Sardegna, dopo che la L.R. 36 approvata il 28 dicembre 2015 aveva impegnato la Giunta a istituire l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), è stata approvata in data 27 luglio 2016 la L.R. 17/2016 che ha portato alla modifica dell'assetto istituzionale del SSR a partire dal 1° gennaio 2017. È nata l'ASL unica, ribattezzata Azienda per la Tutela della Salute (ATS), coincidente con l'ambito territoriale della Sardegna e con sede a Sassari⁷. In Veneto, invece, con la L.R. 19/2016 è stato ridefinito l'assetto organizzativo delle Aziende ULSS. Al fine di mantenere l'equità e l'universalità del sistema, garantire la sostenibilità economica del SSR e la coerenza del dimensionamento delle strutture con i volumi erogati e le procedure sanitarie, il numero di ULSS è stato ridotto da 21 a 9. Inoltre, è stata istituita l'Azienda per la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari, sociosanitari e tecnico-amministrativi, denominata Azienda Zero, che rientra nel computo degli enti intermedi e ha l'obiettivo di perseguire lo sviluppo del servizio sanitario regionale. L'obiettivo di migliorare e allineare l'offerta di servizi ai cittadini ha guidato anche la costituzione della nuova ASL Città di Torino, nata a partire dal gennaio 2017 per effetto della fusione delle ASL To1 e To2. Anche questa modifica degli assetti istituzionali ha contribuito a ridurre di un'unità il totale delle aziende territo-

⁶ Tra le più drastiche dinamiche di accorpamento nell'ambito dei PdR di quel lustro si ricordano la riduzione delle ASL calabresi da 11 a 5 (tra il 2007 e il 2012) e la diminuzione delle AO siciliane da 16 a 5 (2009).

⁷ In sostituzione delle 8 preesistenti ASL, sono state istituite le aree sociosanitarie locali (ASSL), articolazioni organizzative dell'ATS con autonomia gestionale e non finanziaria e con al vertice un direttore nominato dal DG dell'ATS in via fiduciaria. La riforma ha sancito anche la nascita dell'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS), con sede a Nuoro.

riali, pur non trattandosi, a differenza delle esperienze precedenti, del riordino dell'intero sistema sanitario regionale ma soltanto dell'organizzazione dei servizi sanitari dell'Area Metropolitana di Torino.

A fronte dei processi di riordino sopra elencati, coesistono ora molteplici modelli regionali in termini di assetti istituzionali prevalenti e architetture dei gruppi regionali sanitari pubblici. In alcune regioni di limitata estensione e/o a bassa densità abitativa (Valle D'Aosta, PA di Trento⁸, PA di Bolzano e Molise), nelle Marche e, di recente, in Sardegna sono state create ASL uniche. Nelle restanti regioni, il territorio delle ASL tende a coincidere con quello provinciale⁹. Fanno eccezione le regioni in cui sono collocate le principali aree metropolitane del Paese (Roma, Napoli, Torino), dove si annoverano ASL sub-provinciali che suddividono l'area metropolitana, e quelle che hanno di recente vissuto un radicale riordino dei confini aziendali (Toscana), dove sono presenti ASL che coprono bacini d'utenza pluriprovinciali.

Anche le AO sono diminuite attraverso una serie di accorpamenti e riattribuzioni alle ASL in qualità di presidi, passando dalle 97 del 2001 alle attuali 43 (-41%). Tale numero risente ovviamente della nuova classificazione adottata a partire dalla presente edizione del Rapporto che ha previsto lo spostamento delle ASST e delle ATS rispettivamente nel computo delle aziende territoriali e in quello degli enti intermedi. Rispetto allo scorso anno, nel conteggio delle AO si registra un ulteriore cambiamento, a seguito della fusione dell'AUSL di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera «Arcispedale Santa Maria Nuova» che ha portato, a decorrere dall'1 luglio 2017, alla nascita della nuova Azienda Usl di Reggio Emilia¹⁰.

Per quanto riguarda invece gli enti intermedi, se ne contano attualmente 17. Essi possono essere ulteriormente differenziati in termini di ruoli e responsabilità a loro affidati (riadattamento da Del Vecchio e Romiti, 2017): 1) esercizio di funzioni di governo (pianificazione e programmazione operativa, assegnazione di finanziamenti); 2) esercizio di funzioni di supporto amministrativo e/o operativo che attengono alla distribuzione delle risorse nel sistema, al coordinamento e monitoraggio di attività o alla gestione di processi amministrativi in precedenza svolti dalle aziende. In questa cornice, dalla Figura 4.1 emerge che:

⁸ Valle D'Aosta e Provincia Autonoma di Trento presentavano ASL uniche già nel 2001.

⁹ Anche in alcune regioni in cui la ASL coincide tendenzialmente con la provincia si contano alcune aziende sub-provinciali: Emilia Romagna, Friuli VG, Liguria, Piemonte, Veneto.

¹⁰ L'Assemblea Legislativa Regionale ha approvato con L.R. 9/2017 la fusione e la conseguente cessazione dell'Azienda Ospedaliera. La titolarità dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) «Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia», precedentemente costituito all'interno dell'AO, è stata invece trasferita all'Azienda USL.

Figura 4.1 **Gli assi di sviluppo degli enti intermedi (riadattamento da Del Vecchio e Romiti, 2017)**

		Funzioni di governo	
		Sì	No
Supporto amministrativo e/o operativo	Sì	A.Li.Sa. (Liguria) Azienda Zero (Veneto)	EGAS (Friuli Venezia Giulia) ESTAR (Toscana) AREU (Lombardia) Agenzia promozione SSL (Lombardia) Agenzia dei Controlli (Lombardia) AREUS (Sardegna) CRAS (Umbria)
	No	ATS (Lombardia)	

- ▶ la maggior parte degli enti intermedi è situata in Lombardia dove, oltre alle sopracitate ATS, che esercitano funzione di governo e a cui è affidato il ruolo di programmazione, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate e controllo, sono presenti tre ulteriori enti intermedi senza funzioni di governo ma principalmente con funzioni di coordinamento, promozione e vigilanza (AREU – Azienda Regionale Emergenza Urgenza, Agenzia per la promozione del SSL e Agenzia dei Controlli);
- ▶ A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sanitaria), una capogruppo con uno spettro di funzioni molto estesa, e l’Azienda Zero veneta svolgono contestualmente funzioni di governo e di supporto;
- ▶ oltre ai già citati enti intermedi lombardi, si contano altri cinque attori che svolgono attività di supporto nei SSR di riferimento. In particolare, l’EGAS (Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi) del Friuli Venezia Giulia, l’Estar (Ente di supporto tecnico amministrativo regionale) toscano, l’AREUS (Azienda regionale per le emergenze-urgenze sarda) e la CRAS (Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità) umbra.

Completano il quadro degli enti pubblici dei SSR le Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici) e gli IRCCS Pubblici. Le prime sono attualmente 9, tutte concentrate nel Centro o Sud Italia, mentre si contano 22 IRCCS pubblici, che comprendono anche le 4 Fondazioni IRCCS pubbliche con sede in Lombardia.

La serie di riordini regionali intercorsi e la conseguente riduzione del numero di aziende implica una loro notevole crescita dal punto di vista dimensionale,

con una popolazione media per ASL pari a 504.912 a gennaio 2017¹¹, in aumento di più del 15% rispetto a due anni fa (437.379). La regione che presenta la popolazione media regionale più elevata è la Sardegna, il cui territorio corrisponde alla neonata ATS sarda (1.653.135 abitanti), seguita dalle Marche, anch'esse caratterizzate da un'azienda unica, l'ASUR marchigiana (1.538.055). A seguire le aziende toscane, che presentano bacini d'utenza molto maggiori dopo la recente riforma. Il minimo si registra, invece, nella regione più piccola per dimensionamento e numero di abitanti (Valle D'Aosta – 127.329 abitanti) e l'unica altra regione con una popolazione aziendale media inferiore ai 300.000 abitanti è il Friuli Venezia Giulia (243.574).

La cronologia completa delle modifiche nel numero di strutture dal 2002 al 31/07/2017 è riportata nel Box 4.2, insieme all'elenco delle forme inter-aziendali o sovra-aziendali di coordinamento e di quelle per la centralizzazione di determinate funzioni (per esempio, acquisti) frequentemente istituite dalle regioni.

4.2.2 La mobilità dei Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche¹²

Il soggetto strategico di un'azienda sanitaria pubblica, sebbene sia un attore composito, si incentra sulla figura del Direttore Generale (DG), il cui ruolo è profondamente mutato nel corso degli ultimi anni, a seguito delle trasformazioni dell'ambiente di riferimento e dell'assetto istituzionale di tali aziende, caratterizzate da dimensioni più ampie per effetto dei processi di accorpamento. Il DG, tradizionale organo focalizzato sulla gestione interna, ha assunto sempre più la funzione di «gestore di reti di relazioni» con i vari soggetti del mondo sanitario e sociosanitario, al fine di generare le condizioni interne ed esterne per la realizzazione di obiettivi assegnati dalla Regione (Zuccatelli *et al.*, 2009).

Alla luce delle suddette considerazioni, questo sotto-paragrafo aggiorna le analisi sul turnover dei DG delle aziende sanitarie pubblicate nei Rapporti OASI a partire dal 2002. In particolare, il sotto-paragrafo è diviso in tre parti: la prima presenta il turnover dei DG a livello nazionale e regionale; la seconda valuta la formazione di una comunità professionale di DG delle aziende sanitarie pubbliche; la terza mette a confronto il grado di stabilità dei vari sistemi regionali e il loro grado di apertura nelle nomine dei DG.

¹¹ La base di calcolo è costituita dai dati demografici forniti dall'ISTAT (2017) per il 1 gennaio 2017 (ultimo accesso: 30 giugno 2017). Nel caso della Lombardia, la popolazione è stata rapportata al numero di ASST, di cui si è tenuto conto anche nel calcolo della popolazione media nazionale.

¹² La principale fonte della sezione è costituita da sistematiche ricerche sui siti *web* delle Aziende e delle testate giornalistiche locali.

Tabella 4.2 **Durata media in carica dei DG in una data azienda per regione (1996-2017)**

Regione	AO	ASL	Totale complessivo (*)
Abruzzo	/	3,7	3,7
Basilicata	3,1	3,3	3,3
Calabria	2,4	1,6	1,8
Campania	4,7	3,0	3,6
Emilia Romagna	4,1	4,0	4,0
Friuli VG	3,5	3,5	3,5
Lazio	3,0	2,7	2,8
Liguria	5,0	3,6	4,2
Lombardia (**)	4,4	3,9	4,3
Marche	3,3	2,9	3,0
Molise	/	3,8	3,8
PA Bolzano	/	8,3	8,3
PA Trento	/	4,4	4,4
Piemonte	3,4	3,3	3,3
Puglia	4,5	3,0	3,4
Sardegna	3,5	2,6	2,7
Sicilia	3,5	3,0	3,3
Toscana	4,2	4,0	4,0
Umbria	3,8	2,6	3,0
Valle d'Aosta	/	3,1	3,1
Veneto	4,3	4,3	4,3
ITALIA (***)	3,8	3,4	3,5

(*) Valore medio calcolato, a livello sia regionale sia nazionale, come media aritmetica delle durate medie aziendali.

(**) Alla luce della nuova classificazione proposta per le aziende lombarde (§ 4.2.1) a seguito della riforma del sistema regionale (LR 23/15) e in virtù della carenza di sufficienti variazioni (in termini di annualità) per l'aggiornamento della durata media dell'incarico dei DG, viene qui riproposto il medesimo valore del Rapporto OASI 2015, che fa riferimento al periodo 1996-2015.

(***) Il valore medio nazionale non tiene conto delle durate medie aziendali afferenti alle aziende lombarde.

Fonte: OASI, 2017

Rispetto alla prima dimensione, la Tabella 4.2 mostra la durata media¹³ del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, a livello sia nazionale che regionale, tra il 1996 e il 2017. Il valore medio nazionale è pari a 3,5 anni, ossia 3 anni e 6 mesi circa. Probabilmente, si tratta di un orizzonte di gestione troppo limitato, considerando il livello di complessità delle aziende sanitarie pubbliche. Permangono, inoltre, forti differenziazioni interregionali, dagli 1,8 anni della Calabria agli 8,3 della PA di Bolzano. Sebbene il dato nazionale non presenti scostamenti rispetto al 2016, si registrano oscillazioni a

¹³ La durata media dell'incarico di un DG a livello aziendale viene calcolata come rapporto tra il numero di anni «n» considerati per una determinata azienda «x» (con $1 \leq n \leq 22$) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

livello regionale del tutto fisiologiche perché legate alle nomine effettuate nel periodo. Così, a seguito del recente ciclo di nomine, in Campania e Liguria (regioni nelle quali si contano rispettivamente 10, il massimo registrato nel corso degli ultimi dodici mesi, e 4 avvicendamenti) si registra una riduzione della durata media. L'ultimo anno è stato caratterizzato da un certo numero di cambiamenti (37), seppur in riduzione rispetto ai 78 del 2016. Confrontando i valori della durata media per tipologia di azienda, le AO hanno sempre mostrato una stabilità superiore alle ASL, anche se, nel 2011, si era raggiunto un allineamento (ASL 3,7 e AO 3,8). Il dato 2017 registra, invece, una differenza di circa 5 mesi nella durata media delle cariche, pari a 3,8 anni nelle AO e 3,4 anni nelle ASL. Tale diversità nella durata degli incarichi non riguarda tutte le regioni. Infatti, in Piemonte, Friuli VG, Emilia Romagna e Veneto la stabilità dei DG di ASL e AO è sostanzialmente allineata, mentre nella sola Basilicata la durata degli incarichi dei direttori delle ASL tende a superare quella delle AO (3,3 contro 3,1).

La seconda dimensione di indagine ha come oggetto le persone che hanno svolto o stanno svolgendo il ruolo di DG. L'obiettivo è capire se, a livello nazionale, si stia formando una comunità professionale di DG. L'analisi sul grado di «professionalizzazione» dei DG incrocia due variabili:

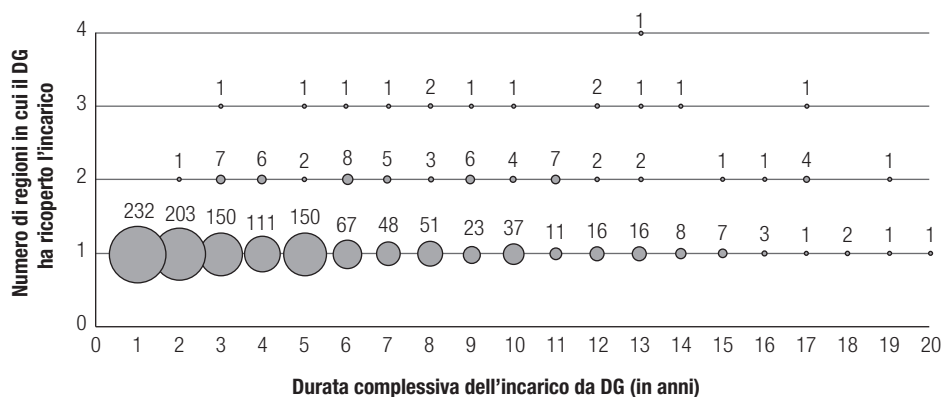
- ▶ consistenza e dinamica nel tempo della popolazione di persone che hanno ricoperto o ricoprono la carica di DG;
- ▶ numero di regioni in cui i singoli individui hanno ricoperto la carica di DG.

La Figura 4.2 incrocia le due variabili, rappresentando il fenomeno in un grafico a bolle (l'area delle bolle è proporzionale alla numerosità delle classi). Si evidenzia così, per ogni classe identificata dall'incrocio tra le due variabili, il numero degli individui appartenenti alla classe.

Nel periodo considerato, 1.212 persone hanno ricoperto il ruolo di direttore generale in una delle strutture pubbliche del SSN. Il grafico mostra come, delle 348 persone che hanno un'esperienza di sei o più anni come DG, solo il 17,0% l'abbia maturata in aziende di due o più regioni (dato comunque in costante crescita dal 2011, quando era pari al 10%). D'altra parte, rimane ancora molto alto il numero di persone che hanno ricoperto la carica solo per uno, due o tre anni (rispettivamente 232, 204 e 158). L'incidenza della somma di tali classi si è ridotta nel tempo, anche se marginalmente, passando da poco più del 55% nel 2003 al 49,0% nel 2017.

Analizzando, infine, i DG che hanno operato in più di una regione, prevalgono spostamenti tra aree limitrofe e si tratta di manager che hanno operato in due, tre o, in un solo caso, quattro regioni diverse (Liguria, Toscana, Marche, Lazio). Da segnalare che nel Lazio hanno lavorato 27 dei 74 DG con esperienza in più regioni.

Figura 4.2 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (N=1.212)**



Fonte: OASI, 2017

Per informazioni sull'identikit professionale dei DG, a partire da un'analisi dei curriculum vitae, si rimanda al capitolo 8 del Rapporto OASI 2013, mentre per un approfondimento sui percorsi di selezione che li riguardano si rimanda al capitolo 12 del Rapporto OASI 2016.

Infine, la terza dimensione di analisi mette a confronto la mobilità dei DG nei diversi sistemi regionali sulla base dei due indici inizialmente proposti nel Rapporto OASI 2003 (Carbone, 2003): l'indice di instabilità del sistema regionale¹⁴ (propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale¹⁵ (propensione del sistema ad assegnare l'incarico a per-

¹⁴ L'indice di instabilità del sistema regionale viene calcolato come rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dalla somma, per ogni azienda esistita all'interno della regione, del numero di anni di attività nel periodo 1996-2017 meno uno, per tenere conto del fatto che nel primo anno non è possibile effettuare un cambio. Tale indice varia in un intervallo compreso tra 0 e 1, estremi inclusi: un sistema è perfettamente o quasi stabile quando l'indice è pari o tende a 0; è perfettamente o quasi instabile se lo stesso indice è pari o tende a 1. Se l'indice è pari a 0, la regione non ha mai cambiato alcun DG, se l'indice è pari a 1, ogni azienda ha mutato il DG ogni anno. Si segnala che, nel caso di fusioni di più aziende, la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

¹⁵ L'indice di apertura del sistema regionale è dato dalla differenza tra il numero di persone che hanno ricoperto la carica di DG in una o più aziende della regione nel periodo 1996-2017 e il numero massimo di aziende presenti nella regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della regione nel periodo considerato. L'indice varia in un intervallo compreso tra 0 e 1: un sistema regionale viene definito perfettamente o quasi aperto se l'indice è pari o tende a 1, ossia se prevale la tendenza a nominare persone esterne; invece, il sistema viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a 0. Si segnala che, nel caso di fusioni di più aziende, la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

sone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico, invece che far ruotare il management fra le proprie aziende). L'indice di apertura non è ovviamente calcolato per le regioni che, per tutti gli anni considerati, risultano mono-azienda (Valle d'Aosta e PA di Trento), in quanto il concetto di rotazione dei DG tra le aziende della regione perde di significato e il sistema è per definizione perfettamente aperto, a meno di turnover intraziendali. Inoltre, tale indice sarà progressivamente meno significativo anche per quelle regioni che, nel corso del periodo di osservazione, sono divenute mono-azienda (Molise, PA di Bolzano e, da quest'anno, Sardegna, oltre alle Marche per quanto riguarda le ASL).

Associando a ogni regione i valori dei due indici, viene a rappresentarsi un sistema di assi cartesiani (Figura 4.3). In particolare, l'asse delle ascisse rappresenta il grado di instabilità e l'asse delle ordinate il grado di apertura. L'intersezione dei due assi $(0,27; 0,71)$ ¹⁶ rappresenta la media nazionale, sostanzialmente invariata rispetto al 2016. In questo modo si raffigura una matrice a quattro quadranti ed è possibile classificare le regioni come evidenziato nel Riquadro 4.1:

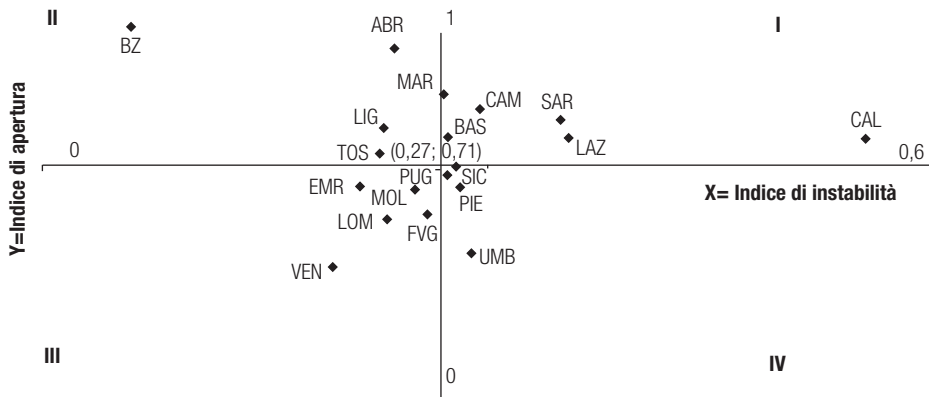
Riquadro 4.1 **Classificazione delle regioni in funzione del loro posizionamento all'interno della matrice instabilità-apertura (Carbone, 2003)**

- Regioni «AD ALTA VARIABILITÀ» (quadrante I) con elevati gradi di instabilità e di apertura.
- Regioni «A STABILE APERTURA» (quadrante II), caratterizzate da sistemi regionali stabili, in cui i cambiamenti dei DG sono rari e avvengono, prevalentemente, nominando persone esterne al sistema regionale.
- Regioni «STATICHE» (quadrante III) con elevati gradi di chiusura e di stabilità.
- Regioni «AUTOSUFFICIENTI» (quadrante IV) con alto grado di instabilità e di chiusura, vale a dire sistemi regionali in cui i cambiamenti dei DG sono frequenti e avvengono, prevalentemente, facendo ruotare i DG fra le aziende della stessa regione.

Le regioni «ad alta variabilità» si trovano specialmente nel Centro-Sud: Calabria, Lazio, Sardegna, Campania e, in maniera meno netta, Basilicata e Sicilia. La Calabria si conferma come la regione a più alto grado di instabilità dell'intero Paese; il relativo indice, dopo essere cresciuto ulteriormente tra 2014 e 2015 (da

¹⁶ L'indice di instabilità nazionale viene calcolato con le stesse modalità di calcolo degli indici regionali, ossia come rapporto tra il numero totale dei cambiamenti avvenuti in Italia tra il 1996 e il 2017 (1.418) e il numero totale dei possibili cambiamenti (5.306). Il valore è pari a 0,27. L'indice di apertura nazionale è calcolato come differenza tra il numero complessivo delle persone che dal 1996 al 2017 hanno svolto o svolgono il ruolo di DG (1.301) e il numero di aziende ponderato per il loro numero di anni di esistenza (255) diviso per il numero di mutamenti effettivi che si sono realizzati nell'arco del periodo considerato (1.418): il valore è pari a 0,71. Si segnala che tale risultato considera due (n) volte i DG che hanno operato in due (n) regioni, il che può permettere confronti più omogenei con i dati regionali. Questo spiega perché il numero dei DG (1.301) non coincide con quanto riportato nella Figura 4.2.

Figura 4.3 **Matrice di mobilità dei DG. Posizionamento in base a indice di instabilità (ascisse) e di apertura (ordinate) (1996-2017)**



Fonte: OASI, 2017

0,52 a 0,56), si è mantenuto costante nel corso del 2016 e del 2017. Tra le regioni a «stabile apertura», tralasciando la PA di Bolzano, caratterizzata dai valori di instabilità più ridotti del Paese e da un'apertura che si può definire «fittizia»¹⁷, l'Abruzzo fa registrare l'indice di apertura più alto: delle 26 nomine di DG registrate nel periodo 1996-2017, 25 sono state affidate a soggetti esterni, mentre solo in una occasione si è fatto ricorso a persone che già avessero ricoperto il ruolo in regione. Tra le regioni «statiche», Lombardia e Veneto hanno comunque registrato negli ultimi anni un aumento dell'indice di instabilità, a seguito della recente modifica degli assetti istituzionali e della tornata di nomine che ne è seguita nel corso del 2016. Infine, per quanto riguarda le regioni «autosufficienti», l'Umbria presenta in maniera evidente le caratteristiche che contraddistinguono tale categoria, con uno tra i più bassi valori di apertura su scala nazionale (0,53), allineato a quanto registrato nel 2016 e in calo rispetto al 2015 (0,57).

4.3 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

Le esigenze di contenimento della spesa sanitaria e di riqualificazione dei SSR hanno comportato una progressiva e costante azione di razionalizzazione dell'offerta. Tale tendenza ha interessato tanto l'ambito ospedaliero, quanto quello territoriale e dell'emergenza-urgenza.

¹⁷ Il direttore dell'ASP unica, in carica fino a giugno 2015, era precedentemente in carica presso l'ASL di Bolzano (che ha incorporato tutte le altre preesistenti aziende alto-atesine) e ricopriva il ruolo di DG sin dall'inizio della rilevazione (1996).

Il paragrafo propone un'analisi dell'evoluzione della capacità di offerta di tali livelli di assistenza, spesso distinguendo e confrontando le dinamiche delle diverse tipologie di strutture di erogazione di servizi sanitari¹⁸.

4.3.1 La capacità di offerta delle strutture ospedaliere

La Tabella 4.3 mostra il numero di strutture di ricovero autorizzate in Italia al 30/12/2016, suddivise per tipologia.

A fine anno 2016, a fronte di 446 strutture di ricovero pubbliche, si registrano 575 strutture private accreditate. Per quanto riguarda le strutture pubbliche, si rileva una prevalenza di presidi a gestione diretta (344 in totale), principalmente concentrati nelle regioni del Centro e del Sud (74% del totale). Specularmente, la maggior parte delle Aziende Ospedaliere si trova al Nord (56%). Si contano 63 IRCCS, di cui 41 privati, concentrati soprattutto in Lombardia (26, di cui 21 privati). I Policlinici Universitari, pubblici (ora AO integrate con il SSN) e privati, sono rispettivamente 9 e 2. Queste strutture sono presenti solo in Lazio, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna.

Dal confronto dei dati 2016 con quelli relativi agli anni 2000, 2005, 2010 e 2015 risulta chiaro che l'assetto dell'offerta ospedaliera è frutto di profonde dinamiche di cambiamento che hanno interessato l'ultimo quindicennio. Con l'avvio dei processi di riforma degli anni Novanta e Duemila, sono stati realizzati numerosi interventi finalizzati alla razionalizzazione della rete. Il Patto per la Salute 2014-2016 ha mantenuto questa impostazione di politica ospedaliera, confermando, tra l'altro, l'apertura su tutto il territorio nazionale di «presidi territoriali/ospedali di comunità» per ricoveri brevi non complessi (art. 5). Infine, gli «standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» del DM 70 del 02/04/2015 (Allegati, art. 3) fissano i riferimenti per il bacino di utenza delle singole discipline cliniche, oltre che le soglie minime di dotazione strutturale¹⁹. Per un'analisi approfondita sui potenziali di razionalizzazione della rete ospedaliera si veda il Capitolo 9 del Rapporto OASI 2016.

Spesso, i piccoli ospedali pubblici a gestione diretta delle ASL sono stati accorpati in «Presidi Ospedalieri Unici». Queste dinamiche spiegano il dimezza-

¹⁸A partire dal 2009, il Ministero della Salute ha adottato un nuovo schema di raggruppamento delle strutture sanitarie, relativamente alla proprietà pubblica o privata degli erogatori. Tale schema è adottato dal Rapporto SDO e nel presente capitolo. In particolare: gli istituti pubblici includono Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere integrate con l'Università ed ex Policlinici universitari pubblici (AOU integrate con SSN), IRCCS pubblici e IRCCS fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta ASL; gli istituti privati sono Policlinici universitari privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi qualificati di USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate.

¹⁹In particolare, la dotazione minima per l'accreditamento è fissata in 60 posti letto per acuti nelle strutture pluri-specialistiche.

Tabella 4.3 **Numero di strutture di ricovero per tipologia e regione (2016)**

Regioni	Presidi a gestione diretta ASL (1)	Aziende Osped.	A0 integrate con l'Università	A0 (Aziende Osped. + A0 integrate con l'Univ.) (2)	A0 integrate SSN (ex Politici Uni- versitari Pubblici)	IRCCS pubblici (3)	TOT. STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE (4)	IRCCS privati (5)	Politici Universitari privati	Ospedali classificati (6)	Presidi privati qual. pres. ASL (7)	Enti di ricerca	Case di Cura private accreditate	TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE ACREDITATE (8)	Case di Cura private non accreditate	TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE
Piemonte	21	3	3	6		27	3				6		37	46	9	55
Valle d'Aosta	1					1							1	1		1
Lombardia	27			27		5	32	21		5			67	93	9	102
PA Boiano	7					7							6	6	4	10
PA Trento	7					7				1			5	6		6
Veneto	21	1	1	2		1	24	2		5	5		16	28	1	29
Friuli VG	8					2	10						5	5		5
Liguria	6					2	8	1		2			5	8	2	10
Emilia Rom. (*)	15	1	4	5		2	22	1			1		44	46	3	49
Toscana	31	4	4	4		35	2	2		2	2	1	23	28	4	32
Umbria	8	2		2		10							5	5		5
Marche	5	2		2		1	8						14	14		14
Lazio	35	2	2	4	1	2	42	4	2	8	2		60	76	26	102
Abruzzo	17					17							10	10		10
Molise	3					3	1					1	3	5		5
Campania	32	6	1	7	2	1	42	1		3	1		62	67	2	69
Puglia	25	1	1	1	1	2	29	3		2			26	31		31
Basilicata	11	1		1		1	13						1	1		1
Calabria	16	4		4		1	21						28	28		28
Sicilia	53	5		5	3	2	63	2		1	1		59	63	1	64
Sardegna	22	1		1	2		25						8	8		8
Italia 2016	344	55	16	71	9	22	446	41	2	27	18	2	485	575	61	636
Italia 2015	347	57	18	75	9	22	453	41	2	27	18	2	493	583	62	645
Italia 2010	429	/	/	82	8	23	542	37	2	30	21	3	521	614	67	681
Italia 2005	528	/	/	95	9	22	654	32	2	40	11	3	536	624	80	704
Italia 2000	639	/	/	98	9	22	768	29	2	44	13	/	525	613	108	721

Tabella 4.3 (segue)

- (1) Si considerano come strutture i presidi a gestione diretta ASL individuati dall'indirizzoo del Ministero della Salute aggiornato al 30 dicembre 2016. Per presidi ospedalieri a gestione diretta ASL si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 D.Lgs 502/92).
- (2) Per Aziende Ospedaliere, qui e dove non diversamente specificato, si intendono le Aziende Ospedaliere propriamente dette e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Queste aziende vengono sempre classificate dall'indirizzoo ministeriale come strutture, anche quando sono localizzate in più stabilimenti. Il lettore noterà una differenza di una unità rispetto al dato 2017 riportato e commentato nel precedente paragrafo, a cui invitiamo a fare riferimento. Il conteggio 2016 è stato qui riportato per mantenere l'omogeneità cronologica della rilevazione rispetto alle altre tipologie di strutture di ricovero.
- (3) Si conteggiano sia le sedi centrali sia le sedi distaccate, perché spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale. Il dato comprende gli IRCCS che giuridicamente sono Fondazioni pubbliche.
- (4) Sommatoria di presidi a gestione diretta ASL, AO, AOU integrate con il SSN (c.d. Policlinici Universitari pubblici), IRCCS pubblici. La suddivisione qui adottata è quella proposta a partire dal Rapporto SDO 2012, comune al resto del capitolo, che distingue tra erogatori pubblici, privati accreditati e non accreditati, eliminando la categoria delle strutture «equiparate alle pubbliche».
- (5) Si conteggiano sia le sedi centrali sia le sedi distaccate perché, tra l'altro, spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale. Ciò spiega le discrepanze con l'elenco degli IRCCS pubblicato dal Ministero della Salute. Il dato comprende gli IRCCS che giuridicamente sono Fondazioni private.
- (6) Ex art. 1 ultimo comma L. 132/68 e art. 41 L. 833/78.
- (7) Ex art. 43 comma 2 L. 833/78 e DPCM 20/10/88.
- (8) Sommatoria di IRCCS di diritto privato, Policlinici universitari privati, Ospedali classificati, Presidi qualificati Enti di ricerca e Case di Cura private accreditate. La suddivisione qui adottata è quella proposta a partire dal Rapporto SDO 2012.
- (*) In Emilia Romagna, l'indirizzoo del Ministero della Salute segnala due IRCCS pubblici e uno privato. Si segnala che una parte dell'Azienda Ospedaliera Arcispedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia è stata riconosciuta come IRCCS (Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia), pur non essendo riportata nell'indirizzoo. Inoltre, a partire da luglio 2017, la titolarità di tale IRCCS è stata trasferita alla nuova Azienda UsI (vedi *supra*).

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Indirizzoo 2016, Cantù (2000), Ferré e Ricci (2011)

mento dei presidi ASL nell'ultimo quindicennio. In generale, come analizzato nel par. 3.2.1, le recenti iniziative di «ingegneria istituzionale» hanno cercato di diminuire i soggetti operanti nel sistema. Gli IRCCS pubblici, di contro, sono caratterizzati da notevoli peculiarità in termini di governance e di attività svolte²⁰, che ne giustificano la «conservazione istituzionale»: il loro numero, infatti, non ha visto significative variazioni negli anni.

Nello stesso arco di tempo 2000-2016, anche le strutture private (accreditate e non) sono diminuite, seppure con tassi di riduzione più contenuti (-11,8% contro un decremento percentuale di 41,9 punti nel pubblico). Si segnala un aumento degli IRCCS privati (+12 unità), spiegabile come risultato delle strategie di specializzazione delle altre tipologie di strutture accreditate, come le case di cura e gli ospedali classificati. Le prime hanno registrato una leggera flessione (-40 unità, -7,6%): si nota un moderato aumento agli inizi degli anni Duemila seguito da una progressiva diminuzione, dovuta anche a dinamiche di acquisizione dei grandi gruppi ospedalieri negli anni della crisi economica (Carbone *et al.*, 2014). Nell'ultimo anno il numero di strutture ha registrato una lieve riduzione (-8 strutture) e si riscontrano differenze solo parziali, sebbene ci si attende una nuova flessione indotta dal sopraccitato DM 70, che ha introdotto una soglia di accreditabilità a livello dimensionale.

La Tabella 4.4²¹ analizza le strutture di ricovero dal punto di vista dimensionale, mettendo in evidenza la presenza di tre macro-classi. AO (considerate unitamente alle AO integrate con l'Università) e AO integrate con l'SSN presentano la maggiore dotazione di posti letto (PL) utilizzati per la degenza ordinaria,

Tabella 4.4 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati per la degenza ordinaria) per tipologia di struttura di ricovero (2000-2014)**

Tipologia struttura	2000	2005	2010	2012	2013	2014	Variazione 2000-2014
Presidi a gestione diretta ASL	184	193	196	205	202	207	12,8%
AO e AO integrate con Università	774	660	707	692	696	670	-13,5%
AOU integrate con SSN	832	620	669	619	600	644	-22,6%
IRCCS pubblici e privati	247	224	231	247	244	231	-6,7%
Ospedali classificati	223	211	202	219	218	214	-4,2%
Case di cura accreditate (1)	89	85	82	81	81	83	-6,6%

(1) Numero medio dei posti letto accreditati

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Indirizzario 2015 e Posti letto per struttura ospedaliera

²⁰ Cfr. D.Lgs. n. 288 del 16 ottobre 2003 e ss. mm.

²¹ Le seguenti elaborazioni relative ai posti letto risultano invariate rispetto a quanto pubblicato nel Capitolo 3 del Rapporto OASI 2015 poiché, al momento della redazione del volume, non sono stati ancora diffusi i dati aggiornati relativi agli anni 2015 e seguenti.

con una media, rispettivamente, di 670 e 644 posti nel 2014. Presidi a gestione diretta, ospedali classificati e IRCCS si collocano a un livello dimensionale intermedio, con rispettivamente 207, 214 e 231 PL. Le case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 83 PL accreditati.

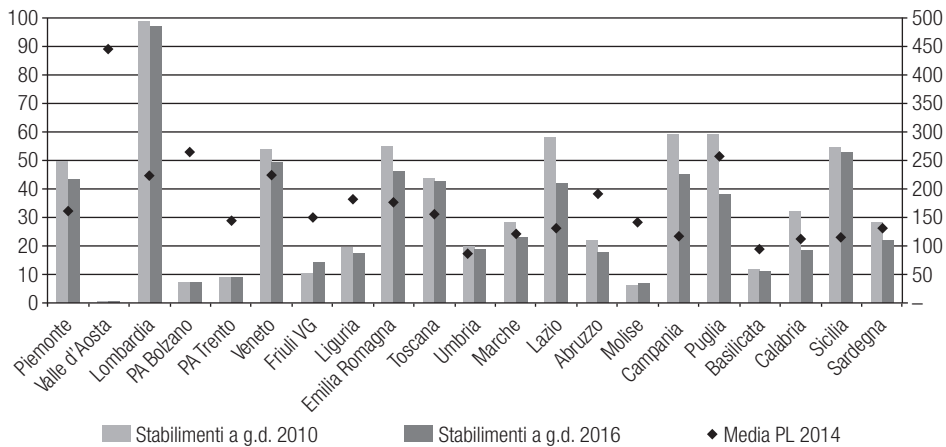
La Tabella 4.4 evidenzia come, oltre che nel numero di strutture, si sia registrata anche una progressiva riduzione nelle dimensioni medie in termini di posti letto in tutte le classi di strutture, ad eccezione dei presidi a gestione diretta ASL, la cui crescita dimensionale (+12,8%) è conseguenza diretta delle dinamiche di accorpamento. Il calo nei PL si è verificato, in particolare, nelle AOU integrate con il SSN (-22,6% tra il 2000 e il 2014), nelle AO (-13,5%) e nelle case di cura accreditate (-6,6%). Tra 2013 e 2014, si segnala che il considerevole incremento delle dimensioni medie delle AOU integrate con il SSN (+44 PL) è riconducibile all'inclusione in quest'ultima categoria del Policlinico di Bari, precedentemente classificato come AO integrata con l'Università. Sempre nell'ultimo anno considerato, i processi di accorpamento, trasformazione e chiusura dei presidi a gestione diretta (-18 unità tra 2013 e 2014) e delle case di cura private accreditate (-10) sono alla base del leggero aumento delle dimensioni medie (+5, +2 PL).

I presidi a gestione diretta ASL, nella maggior parte delle realtà regionali, raggruppano più stabilimenti ospedalieri funzionalmente accorpati. La Figura 4.4 confronta il numero di stabilimenti delle ASL e delle AO lombarde²², nel 2010 e nel 2016, subito dopo la riforma in Lombardia. In tale arco temporale, che coincide appunto con la fase di riordino istituzionale condotta in diverse regioni (cfr. paragrafo precedente e Box 4.1), gli ospedali a gestione diretta sono diminuiti di 109 unità a livello nazionale. Tuttavia, quasi il 60% degli stabilimenti che hanno cessato l'attività (65) si trovano in quattro regioni: Puglia (-21 stabilimenti), Lazio (-16), Calabria (-14) e Campania (-14). I dati dimensionali, aggiornati al 2014, evidenziano un numero medio di PL per gli stabilimenti del Sud e del Centro (rispettivamente 141 e 132 PL) inferiore rispetto a quello degli stabilimenti del Nord (199). Rispetto al dato 2010, non riportato in Figura, la dimensione media degli stabilimenti si è ridotta al Nord e al Centro (-15 PL e -5 PL, rispettivamente), mentre è cresciuta al Sud (+11 PL), anche per via delle già citate dinamiche di accorpamento.

Nel 2014, il SSN italiano disponeva di 220.455 PL, di cui 197.091 PL (89,4%) per degenza ordinaria e 23.364 (10,6%) per ricoveri diurni (*day hospital* -DH e *day surgery* -DS). Rispetto al 1997, quando i PL totali del SSN erano 350.242, la dotazione complessiva è diminuita del 37,1%. Gran parte del calo è da attribuire ai

²² In base alla L.R. 31/97, le ASL lombarde non si occupavano più dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera (con l'eccezione dell'ASL della Valle Camonica). Il dato lombardo fa quindi riferimento al numero di stabilimenti a gestione diretta delle AO.

Figura 4.4 **Numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASL (asse sx; 2010; 2016) e dimensione media (asse dx; 2014)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Indirizzario e Posti letto per struttura ospedaliera

PL per le degenze ordinarie (-39,9%), mentre i PL per ricoveri in regime diurno sono lievemente aumentati (+1.298; 5,9%). Se la diminuzione dei PL ordinari è stata costante nel periodo considerato, fino al 2008 i posti letto in DH erano in aumento (arrivando a costituire il 12,5% della dotazione strutturale); a partire da quell'anno, invece, il trend si è invertito, registrando una rapida riduzione della dotazione di posti letto in regime diurno (-26,1% tra 2008 e 2014). Nell'ultimo biennio disponibile (2013-2014) tale tendenza appare confermata: il SSN ha perso il 4% dei propri PL diurni (-971) e l'1,6% dei PL ordinari (-3.179).

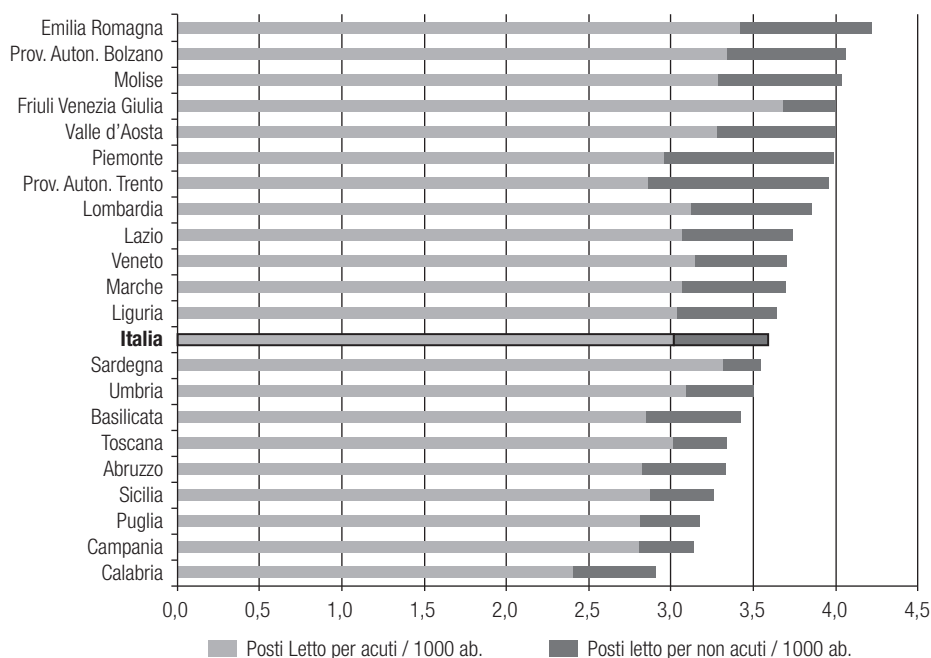
Le dinamiche di riduzione della dotazione strutturale derivano da un forte impulso del livello centrale. In particolare:

- ▶ il D.L. 95 del 06/07/2012 (art. 15, comma 13, lettera c) prevede una dotazione-obiettivo a 3,7 PL per 1.000 abitanti, di cui 0,7 per non acuti²³. Il Decreto Legge, convertito con modificazioni dalla L. 135 del 07/08/2012, specifica che la riduzione è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50% ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di Unità Operative Complesse²⁴;
- ▶ il Patto per la Salute 2014-2016 e il successivo regolamento nazionale sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi degli ospedali hanno confermato i precedenti indirizzi sugli standard di dotazione strutturale.

²³ I già citati standard ospedalieri hanno specificato che almeno 0,2 PL per 1.000 abitanti devono essere riferiti ad attività di lungodegenza.

²⁴ Il Decreto mantiene come variabile di controllo per l'adeguatezza dell'offerta un tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui almeno il 25% erogati in DH.

Figura 4.5 **Posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) / 1.000 abitanti (2014)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per struttura ospedaliera

Nel 2014 la dotazione media nazionale di PL – in regime di degenza sia ordinaria che diurna – era pari a 3 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti (Figura 4.5). Meno della metà delle regioni presentava una dotazione complessiva di PL inferiore a 3,7. Tuttavia, si assiste a un progressivo miglioramento rispetto al passato, dato che la quasi totalità delle regioni mostrava una dotazione inferiore ai 4 PL complessivi. A fine 2014, restavano al di sopra dei 4 PL complessivi Emilia Romagna, PA di Bolzano e Molise. Tutte e tre le regioni evidenziano dotazioni superiori agli standard per entrambe le tipologie di posti letto. Si segnalano, inoltre, dotazioni particolarmente elevate in Friuli Venezia Giulia per quanto riguarda i PL acuti (3,7 PL/1.000 ab.), nella Provincia Autonoma di Trento e in Piemonte con riferimento ai PL per non acuti (rispettivamente 1,1 e 1 PL/1.000 ab.).

4.3.2 La capacità di offerta delle strutture territoriali

La tendenza degli ultimi anni, tanto negli indirizzi programmatici quanto nella pratica, è stata quella di porre maggiore attenzione all'assistenza territoriale (§ 4.4.2). Ciò si è tradotto, principalmente, in sforzi per il potenziamento dei distretti. Questi ultimi, nella maggior parte delle esperienze regionali, sono

deputati all'organizzazione dei servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare; sono responsabili, in coordinamento con l'assistenza ospedaliera, della gestione delle attività sociosanitarie delegate dai Comuni, nonché del supporto alle famiglie e alle persone in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali).

Dal 2001 al 2013²⁵, il numero dei distretti a livello nazionale si è ridotto notevolmente, passando da 875 a 679 (-22,4%), con il conseguente aumento della popolazione media di riferimento (da 66.107 nel 2001 a 87.902 nel 2012). Tale dinamica è stata comunque meno marcata del processo di contrazione del numero delle ASL, così che il numero medio di distretti per ASL è cresciuto da 4,4 a 4,7 nel periodo osservato. A livello regionale, le riduzioni più evidenti rispetto al numero dei distretti riguardano la Campania (da 107 a 72), il Veneto (da 82 a 49) e, soprattutto, la Toscana (da 111 a 34). Si registrano, d'altra parte, sei regioni in cui i distretti sono aumentati (PA di Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Lazio, e Sardegna).

Per l'erogazione delle prestazioni territoriali, i distretti si avvalgono di una pluralità di strutture, classificabili come segue:

- ▶ strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale (ambulatori e laboratori)²⁶;
- ▶ strutture semiresidenziali, come, per esempio, i centri diurni psichiatrici e per anziani;
- ▶ strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA), gli *Hospice* e le case protette;
- ▶ altre strutture territoriali, come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori familiari e i centri distrettuali.

La Tabella 4.5 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse regioni italiane. A livello nazionale, il periodo 1997-2013 si contraddistingue per un generale incremento delle strutture territoriali (+53,9%) e, tra queste, per il sempre maggiore apporto del privato accreditato (passato da una quota di strutture del 33,7% nel 1997 a una del 54,4%, nel 2013). Il significativo aumento delle strutture territoriali è dovuto prevalentemente all'incremento delle strutture semiresidenziali e residenziali, cresciute, rispettivamente, del 342,8% e del 375,5% nell'arco temporale considerato. Anche tra il 2012 e il 2013 si rileva un delta positivo nel numero di strutture pari a 99 unità nelle strutture semiresidenziali e a 308 nelle residenziali.

²⁵ La rilevazione e la pubblicazione dei dati ministeriali relativi alle attività territoriali ha di norma un paio di anni di ritardo nei confronti dei corrispondenti dati ospedalieri.

²⁶ Per alcuni cenni su dati strutturali relativi alle attività di riabilitazione, di guardia medica e di specialistica ambulatoriale si rimanda al § 4.4.2.

Tabella 4.5 **Presenza di strutture territoriali nelle regioni (2013)**

Regione	Ambulatori e laboratori	Altre strutture territoriali (*)	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	Totale strutture territoriali
Piemonte	445	379	197	1.022	2.043
Valle d'Aosta	7	26	3	15	51
Lombardia	730	740	699	1.400	3.569
PA Bolzano	55	81	7	89	232
PA Trento	46	40	35	90	211
Veneto	474	537	494	812	2.317
Friuli VG	121	100	83	187	491
Liguria	364	122	64	301	851
Emilia Romagna	441	625	556	879	2.501
Toscana	767	518	251	549	2.085
Umbria	140	115	90	159	504
Marche	194	113	33	193	533
Lazio	811	456	78	238	1.583
Abruzzo	158	139	13	82	392
Molise	54	19	14	18	105
Campania	1.428	457	96	141	2.122
Puglia	684	318	93	292	1.387
Basilicata	111	60	4	37	212
Calabria	387	141	15	111	654
Sicilia	1.435	541	42	147	2.165
Sardegna	362	167	19	72	620
ITALIA 2013	9.214	5.694	2.886	6.834	24.628
ITALIA 1997	9.335	4.009	842	1.820	16.006

(*) Sono inclusi: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno infantili, centri distrettuali e, in generale, strutture che svolgono attività di tipo territoriale.

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2013

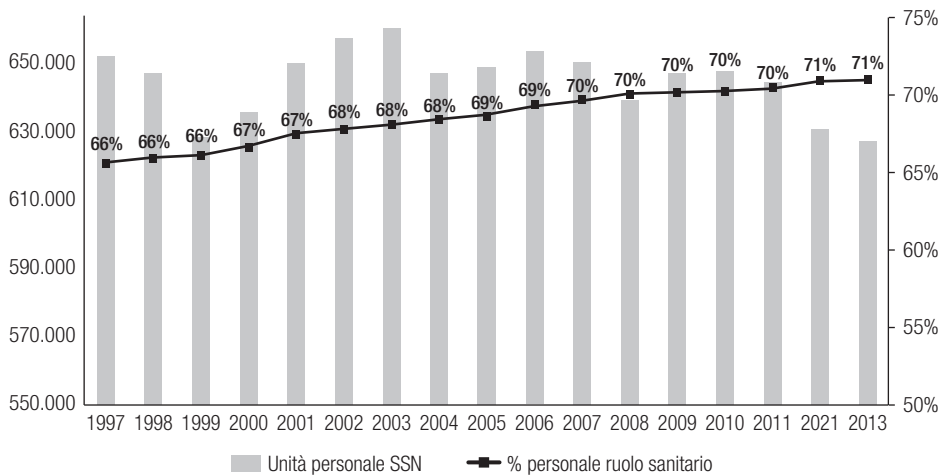
4.3.3 Il personale del SSN

Elemento qualificante del SSN e rilevante ai fini di un'esauriente comprensione della dimensione strutturale delle aziende sanitarie è l'organismo personale, in quanto risorsa critica, sia perché da questa dipende gran parte della qualità dei servizi erogati, sia perché costituisce una quota rilevante dei costi del sistema sanitario (si veda il capitolo 5 del presente Rapporto).

La Figura 4.6 evidenzia l'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN²⁷ e l'incidenza del personale di ruolo sanitario. I dipendenti totali sono diminuiti da 650.894 unità nel 1997 a 626.350 nel 2013 (-3,8%): il dato 2013 rappresenta il minimo registrato nell'intero periodo osservato. Tale trend si ca-

²⁷ Sono inclusi i dipendenti delle ASL, delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

Figura 4.6 **Trend unità di personale SSN e incidenza del personale di ruolo sanitario (1997-2013)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici 2013

ratterizza per un andamento annuo piuttosto variabile, legato in parte ai periodi di blocco del *turn over*. Dalla Finanziaria 2010, inoltre, è previsto un tetto alla spesa per il personale pubblico, che non può superare i livelli del 2004, diminuiti dell'1,4%. Questa disposizione nazionale, recepita da molti Piani di Rientro in termini di blocchi parziali o totali di *turn over*, ha inevitabilmente influito sugli organici aziendali (De Pietro, Marsilio e Sartirana, 2014). Da registrare anche il costante aumento percentuale del ruolo sanitario sul totale dei dipendenti SSN (dal 66,0% nel 1997 al 70,9% nel 2013), aumento prevalentemente dovuto al trend di riduzione meno marcato rispetto a quanto registrato per il personale non sanitario e legato alla dinamica positiva della componente medica.

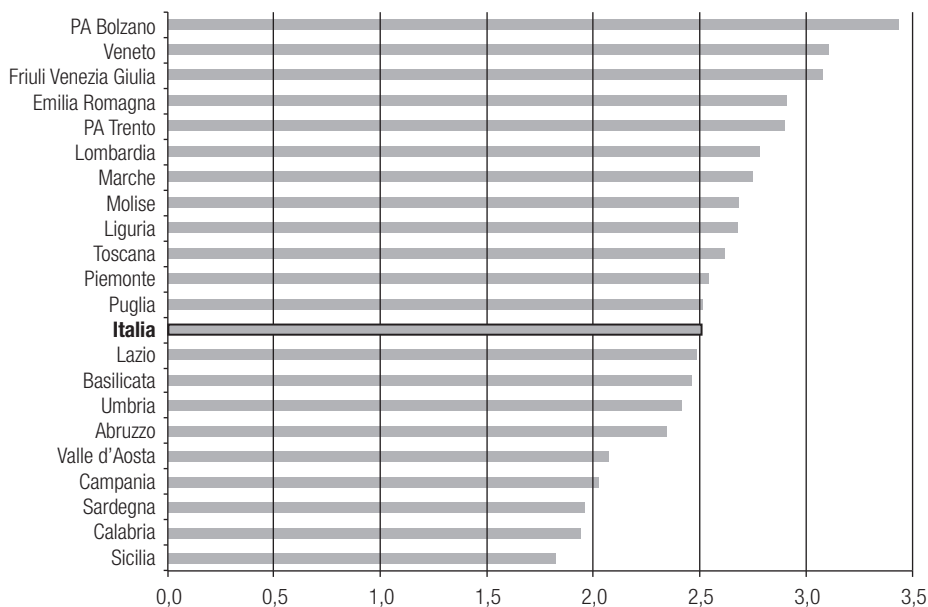
Di seguito si presentano alcuni dati essenziali sull'entità e composizione del personale SSN nelle diverse regioni. Innanzitutto, è importante segnalare che il SSN fornisce un considerevole contributo all'occupazione nazionale: i dipendenti SSN rappresentano, infatti, l'1% della popolazione complessiva, l'1,6% della popolazione attiva (15-65) e il 2,8% degli occupati. Con riferimento agli occupati, il contributo del SSN si differenzia nelle diverse regioni: risulta compreso tra il 3,8% della Sardegna e i valori prossimi al 2% in Lazio e Lombardia (rispettivamente, 2,0% e 2,1%). Tali differenze risentono della diversa rilevanza, all'interno dei SSR, degli IRCCS pubblici e delle strutture private accreditate, non compresi nel computo.

Differenziazioni territoriali si rilevano anche nella composizione percentuale del personale SSN. In particolare, nel 2013:

- l'incidenza dei ruoli sanitari è più marcata al Centro e nel Sud del Paese, dove si mantiene quasi ovunque oltre il 70% dei dipendenti totali, con i valori massimi del Lazio e dell'Umbria (rispettivamente, 76,8% e 75,8%). Nel Nord, invece, i ruoli sanitari registrano percentuali più contenute e il valore minimo si rileva nella PA di Bolzano (61,9%);
- l'incidenza dei ruoli tecnici mostra invece un andamento contrario: risulta superiore al 18% in tutte le regioni del Nord, con l'eccezione della Liguria e i valori massimi nelle PA di Bolzano e Trento (23,4% e 23,2%); scende ai minimi nel Lazio (10,8%);
- anche la rilevanza della componente amministrativa è tendenzialmente maggiore nelle regioni del Nord (11,8% del totale dei dipendenti SSN rispetto al 10,5% rilevato nelle regioni del Centro-Sud) raggiungendo i valori massimi in Valle d'Aosta (15,0%). La percentuale più contenuta si registra invece in Umbria e Molise (7,9%).

Osservando il rapporto tra infermieri e medici/odontoiatri (Figura 4.7), sono soprattutto le regioni del Sud a presentare una minore disponibilità media di infermieri per medico, pari a 2,2 contro 2,8 delle regioni del Nord. Il Centro si colloca su valori intermedi (2,6 infermieri per medico) molto vicini alla media

Figura 4.7 **Numero di infermieri per medico e odontoiatra nelle regioni Italiane (2013)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute – Personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici 2013

Tabella 4.6 **Numero MMG e PLS nelle regioni Italiane (2013)**

Regione	Numero MMG	Numero scelte per MMG	% MMG con indennità per attività in forma associativa	Numero PLS	Numero scelte per PLS	% PLS con indennità per attività in forma associativa
Piemonte	3.178	1.228	83,57%	443	986	61,9%
Valle d'Aosta	93	1.194	54,84%	17	851	58,8%
Lombardia	6.535	1.323	66,35%	1.185	956	60,1%
PA Bolzano	280	1.543	32,86%	60	1.013	38,3%
PA Trento	365	1.252	75,34%	76	883	63,2%
Veneto	3.294	1.297	81,72%	572	1.009	76,0%
Friuli VG	952	1.145	52,00%	122	976	40,2%
Liguria	1.228	1.141	77,36%	165	906	69,7%
Emilia Romagna	3.100	1.243	82,45%	623	824	64,2%
Toscana	2.821	1.150	79,87%	449	894	63,3%
Umbria	748	1.049	76,74%	114	838	59,6%
Marche	1.181	1.146	72,73%	182	915	58,2%
Lazio	4.771	1.065	77,57%	778	837	74,9%
Abruzzo	1.121	1.045	73,60%	180	819	73,9%
Molise	271	1.041	54,61%	37	835	56,8%
Campania	4.418	1.125	56,93%	778	916	65,3%
Puglia	3.254	981	76,86%	585	810	71,3%
Basilicata	502	1.017	75,10%	61	858	65,6%
Calabria	1.619	1.013	48,86%	276	819	73,2%
Sicilia	4.179	1.104	59,06%	791	838	68,1%
Sardegna	1.293	1.117	64,42%	211	771	51,2%
ITALIA 2013	45.203	1.160	70,68%	7.705	890	65,9%
ITALIA 1997	47.490	1.086	n.d.	6.664	685	n.d.

Fonte: elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute – Elenco ASL

nazionale (2,5). A livello regionale, si passa dal massimo della PA di Bolzano (3,43 infermieri per medico) al minimo della Sicilia che, insieme a Calabria e Sardegna, costituisce il novero delle regioni dove la disponibilità di infermieri è inferiore a due unità per ciascuna unità di personale medico del SSN.

La Tabella 4.6 presenta, invece, il numero di MMG (medici di medicina generale) e di PLS (pediatri di libera di scelta) nelle diverse realtà regionali aggiornato al 2013, insieme alla popolazione assistita e a un indicatore di collaborazione in forma associativa. In media, un MMG italiano segue 1.160 pazienti, mentre un PLS 890. Il numero maggiore di scelte per professionista, sia per i MMG (1.543) sia per i PLS (1.013), si registra nella PA di Bolzano. In generale, le regioni del Nord presentano valori più elevati rispetto alla media nazionale, per quanto riguarda sia l'assistenza agli adulti (eccetto Liguria e Friuli VG) sia quella ai pazienti pediatrici (eccetto Valle d'Aosta ed Emilia Romagna). La regione con un minor numero medio di scelte per MMG è la Puglia (981), per

PLS la Sardegna (771). È opportuno ricordare che il contratto dei medici generici e dei pediatri prevede, salvo molteplici tipologie di eccezioni, che ciascun medico di base assista al massimo 1.500 pazienti adulti e ciascun pediatra 800 bambini, con possibilità di arrivare in deroga fino agli 880 assistiti. Tra i 6 e i 14 anni d'età, inoltre, il bambino può essere assistito alternativamente dal pediatra o dal medico di famiglia.

Se si analizza la percentuale di MMG organizzati in forma associativa²⁸, essa comprende, a livello nazionale, il 71% dei professionisti, mentre la percentuale di PLS è pari al 66%. I dati più alti, tra i MMG, si riscontrano in Piemonte (83,6% di MMG organizzati in forma associativa) e in Emilia-Romagna (82,5%), mentre le uniche regioni in cui meno della metà dei medici di base è coinvolto in qualche forma associativa sono la PA di Bolzano (32,9%) e la Calabria (48,9%). Tra i pediatri, invece, la forma associativa è stata adottata soprattutto in Veneto (76,0%), mentre è scarsamente diffusa a Bolzano (38,3%) e in Friuli (40,2%). In alcune regioni si denotano differenze significative tra la percentuale di associazionismo nei due gruppi: si veda il caso della Calabria, che presenta uno dei più bassi tassi tra i MMG e un livello molto alto tra i pediatri (73,2%).

Confrontando il numero di MMG e PLS operanti in Italia nel 1997 e nel 2013, si rileva un lieve calo dei primi (-4,8%) e un aumento dei secondi (+15,6%). Il numero medio di scelte aumenta sia per i MMG che per i PLS (rispettivamente del 6,9% e del 29,9%). Tali dati mettono in evidenza la maggiore propensione delle famiglie a rivolgersi al PLS invece che al MMG, specialmente nella fascia d'età 6-14 in cui la scelta può ricadere su entrambe le categorie professionali. Contemporaneamente, si rileva un aumento molto marcato dell'anzianità professionale (dati non riportati in tabella): tra il 1998 e il 2013 la percentuale di MMG con più di 27 anni dalla laurea è cresciuta dal 12% al 65%, quella di PLS con più di 23 anni alla specializzazione da appena l'8% all'attuale 57%.

4.4 Le attività del SSN

4.4.1 Le attività di ricovero

Dai dati generali sull'attività di ricovero SSN a livello nazionale²⁹ nel periodo 2001-2015 si possono trarre alcune considerazioni (Tabella 4.7):

²⁸ Le forme associative individuate dal Contratto Collettivo sono: la medicina di gruppo, la medicina in associazione e la medicina in rete. A seconda della forma associativa adottata sono previsti livelli di indennità differenti.

²⁹ Per omogeneità rispetto alla serie storica, sono qui inclusi i ricoveri erogati dai privati non accreditati censiti dal Rapporto SDO: nel 2015, essi sono 66.795, pari allo 0,7% del totale annuale.

Tabella 4.7 **Dati generali sull'attività di ricovero SSN a livello nazionale (2001-2015)**

Anno	Numero di Dimissioni (1)	Giornate di ricovero (1)	Rapporto tra giornate in DH e in RO (Acuti)	Degenza media (2)
2001	12.937.140	82.829.483	13,4%	6,80
2002	12.939.492	79.823.905	15,1%	6,70
2003	12.808.615	77.969.619	17,0%	6,70
2004	12.990.109	78.241.122	18,4%	6,67
2005	12.965.658	78.292.237	19,1%	6,70
2006	12.843.634	77.876.800	19,1%	6,68
2007	12.330.465	76.224.954	18,6%	6,72
2008	12.100.698	75.371.789	18,2%	6,76
2009	11.657.864	73.412.967	17,5%	6,69
2010	11.277.742	71.904.063	17,2%	6,74
2011	10.749.246	69.417.699	16,7%	6,81
2012	10.257.796	66.707.607	15,2%	6,79
2013	9.842.485	64.312.696	14,5%	6,75
2014	9.526.832	63.129.031	13,7%	6,80
2015	9.305.606	62.511.151	13,0%	6,85
2001-2008	-6,5%	-9,0%	/	/
2008-2015	-23,1%	-17,1%	/	/
2001-2015	-28,1%	-24,5%	/	/

Nota:

(1) Totale dei ricoveri ospedalieri in strutture pubbliche, equiparate e private (accreditate e non), sia in regime ordinario che in DH, per acuti e per riabilitazione e lungodegenza. Il dato include i ricoveri dei neonati sani.

(2) Solo ricoveri per acuti in regime ordinario.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

- ▶ si evidenzia una riduzione nel numero delle dimissioni (-3.631.534 unità) pari a -28,1% in 14 anni, con un andamento molto differente tra le prime sette rilevazioni (-6,5% nel periodo 2001-2008) e gli ultimi sette anni, in cui il numero di dimissioni è diminuito del 23,1%. Questa diminuzione si può ricondurre, almeno parzialmente, alla forte spinta per il trasferimento delle prestazioni dal *setting* ospedaliero a quello territoriale. Nel 2015 i ricoveri sono diminuiti del 2,3% rispetto al 2014 e del 5,4% rispetto al 2013;
- ▶ nel periodo 2001-2015 le giornate di ricovero sono diminuite del 24,5%³⁰; tra 2014 e 2015 si osserva una riduzione dell'1,0%;
- ▶ le giornate erogate in regime di day hospital rispetto a quelle in regime ordinario sono aumentate progressivamente dal 2001 al 2006, passando da un'incidenza sulle giornate in ricovero ordinario (RO) pari al 13,4%³¹ a una del 19,1%. Dal 2007 al 2015 si registra, invece, un'inversione di tendenza (-6,0

³⁰ Si segnala che tra 2001 e 2003 le giornate diminuiscono (-5,9%) per aumentare nel periodo 2004-2005 e successivamente ridursi a partire dal 2006 (-19,7% nel periodo 2006-2015).

³¹ Si segnala che il rapporto era cresciuto di circa quattro punti percentuali dal 1998 al 2001.

punti percentuali). Nel 2015 si è registrato il dato di incidenza degli accessi in day hospital più modesto dal 2001, pari al 13,0%³²;

- la degenza media per acuti in regime ordinario è tendenzialmente stabile nel periodo monitorato, anche se il valore rilevato nel 2015 è il più elevato degli ultimi 15 anni ed è pari a 6,85 giornate di degenza media. Per i ricoveri per riabilitazione in regime ordinario e per lungodegenza (dati non riportati in Tabella) la degenza media è invece pari rispettivamente a 26,16 e 27,21 giornate, con una marcata riduzione registrata negli ultimi 15 anni per la lungodegenza (-5 giornate rispetto al 2001).

La Tabella 4.8 presenta più nel dettaglio la composizione dei ricoveri per regione e regime di ricovero, escludendo dal computo le dimissioni dei neonati sani (374.375).

Gli 8,93 milioni di ricoveri ospedalieri SSN del 2015 si compongono, per il 94,8%, di ricoveri per acuti, dato sostanzialmente stabile rispetto al 2014 (95,0%).

In relazione al 2014, si mantiene piuttosto stabile anche la quota di ricoveri SSN per riabilitazione (3,9%). Questi ultimi sono prevalentemente erogati in regime ordinario da tutte le regioni (90,3% a livello nazionale), pur essendoci situazioni in cui la percentuale di DH è più elevata: è questo il caso di Sardegna (27,7%), Campania (23,3%) ed Emilia Romagna (18,8%).

I ricoveri SSN per lungodegenza nel 2015 sono rimasti pressoché invariati rispetto al 2014 (-855; -0,77%) e costituiscono a livello nazionale una quota molto esigua dei ricoveri totali (1,2%), con alcune eccezioni regionali (Emilia Romagna 4,4%; Provincia Autonoma Trento 4,2%; Marche 3,0%).

Con riferimento ai soli ricoveri per acuti, la composizione dell'attività erogata in DH è pari, a livello nazionale, al 24,4%, in diminuzione di 0,9 punti percentuali rispetto al 2014 (Figura 4.8). Alcune regioni si discostano sensibilmente dal dato medio nazionale, evidenziando una percentuale inferiore (Puglia, 15,9%; Umbria, 16,9%; Lombardia, 17,0%) o, viceversa, superiore (Campania e Liguria, con quote rispettivamente pari al 36,0% e al 34,1%).

La Tabella 4.9 mostra nel dettaglio le giornate di degenza per regione e regime di ricovero.

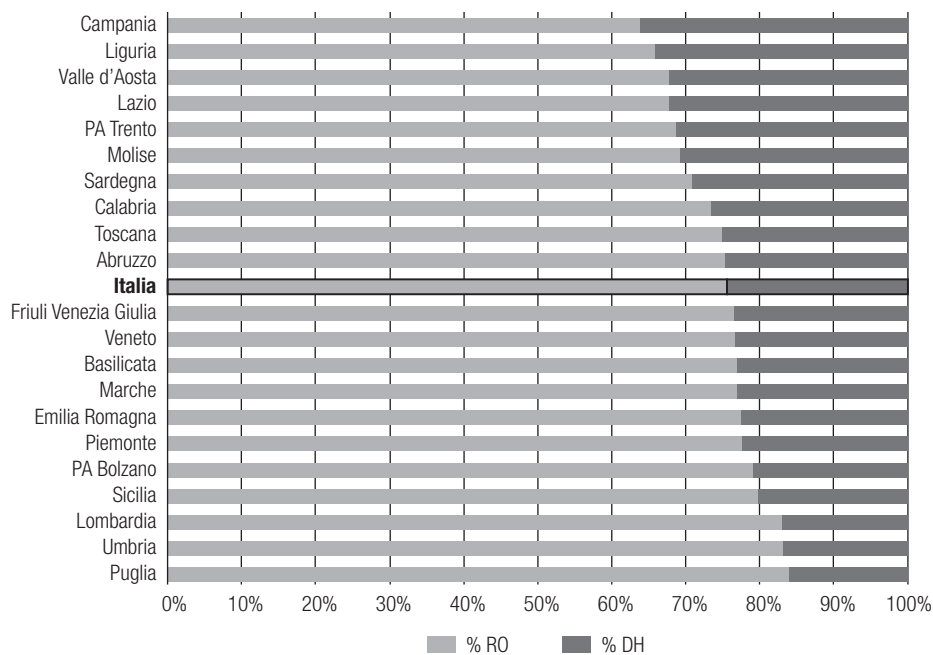
Le 61,3 milioni di giornate di ricovero erogate nel 2015 si compongono per l'80,7% di giornate per acuti, per il 14,4% di giornate di riabilitazione e per il restante 4,9% di giornate in lungodegenza. Rispetto al 2014, il numero di giornate si riduce complessivamente di 0,93 punti percentuali: si registra, infatti, una diminuzione delle giornate per acuti (-1,2%) e lungodegenza (-0,9%)

³² Parte della riduzione degli accessi in day hospital può essere imputata alla trasformazione in prestazioni ambulatoriali di alcuni ricoveri DH, considerati inappropriati se erogati in regime di ricovero diurno.

Tabella 4.8 **Ricoveri SSN per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2015)**

Regione	Ricoveri per acuti		Ricoveri per riabilitazione		Ricoveri per lungodegenza		Totale ricoveri		
	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO	DH	% sul totale ricoveri		RO+DH	% sul totale ricoveri
Piemonte	446.000	127.064	92,2%	35.107	2.158	6,0%	11.076	1,8%	621.405
Valle d'Aosta	15.376	7.299	94,1%	1.143	63	5,0%	225	0,9%	24.106
Lombardia	1.124.810	229.653	92,8%	96.936	2.596	6,8%	5.513	0,4%	1.459.508
PA Bozzano	65.803	17.439	94,1%	3.235	210	3,9%	1.754	2,0%	88.441
PA Trento	51.073	23.150	88,1%	5.782	742	7,7%	3.507	4,2%	84.254
Veneto	476.898	144.358	94,0%	26.600	4.051	4,6%	9.276	1,4%	661.183
Friuli VG	129.680	39.772	96,9%	2.664	139	1,6%	2.576	1,5%	174.831
Liguria	163.989	84.744	94,0%	10.957	966	4,5%	4.041	1,5%	264.697
Emilia Romagna	550.389	159.319	92,1%	21.991	5.097	3,5%	33.571	4,4%	770.367
Toscana	411.088	136.013	97,4%	10.578	971	2,1%	3.235	0,6%	561.885
Umbria	113.523	23.051	96,1%	3.982	650	3,3%	870	0,6%	142.076
Marche	161.944	48.011	94,9%	4.483	208	2,1%	6.602	3,0%	221.248
Lazio	600.768	284.965	95,4%	30.778	5.446	3,9%	6.382	0,7%	928.339
Abruzzo	139.603	45.485	95,0%	7.441	97	3,9%	2.273	1,2%	194.899
Molise	38.797	17.130	95,6%	1.696	261	3,3%	594	1,0%	58.478
Campania	582.885	328.298	97,2%	12.646	3.837	1,8%	9.609	1,0%	937.275
Puglia	462.236	87.629	96,9%	14.254	1.357	2,8%	2.168	0,4%	567.644
Basilicata	57.083	17.027	96,2%	2.540	268	3,6%	103	0,1%	77.021
Calabria	157.089	56.526	95,0%	7.633	1.343	4,0%	2.323	1,0%	224.914
Sicilia	466.978	118.655	96,5%	15.409	2.707	3,0%	3.124	0,5%	606.873
Sardegna	182.022	74.235	98,0%	2.452	939	1,3%	1.887	0,7%	261.535
ITALIA	6.398.034	2.069.823	94,8%	318.307	34.106	3,9%	110.709	1,2%	8.930.979

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 4.8 **Distribuzione dei dimessi per acuti tra RO e DH per Regione (2015)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

solo parzialmente controbilanciata da un aumento delle giornate di riabilitazione (+0,4%). Piemonte, Lombardia, PA di Trento, Emilia Romagna e Lazio continuano a presentare valori inferiori al dato nazionale per quanto riguarda l'incidenza delle giornate di degenza per acuti, a fronte di un maggior numero di giornate per riabilitazione (Lombardia e Lazio), lungodegenza (Emilia Romagna) o per entrambe (Piemonte e PA Trento).

La Figura 4.9 illustra la distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale³³. La maggioranza dei ricoveri ordinari per acuti viene erogata dagli istituti pubblici (74,5%), in lieve riduzione rispetto all'anno precedente (76,7%). Tra questi, la quota maggiore è riconducibile ai presidi a gestione diretta ASL (41,7%), seguiti dalle AO (20,1%). I ricoveri ordinari per riabilitazione, invece, sono erogati soprattutto dal privato accreditato (77,2%, in aumento rispetto al 74,7% del 2014). Infine, la lungodegenza è erogata pressoché in egual misura da strutture pubbliche (49,7%) e private (50,3%), con una lieve riduzione dell'incidenza dei volumi di ricovero per privati rispetto al 2014, pari a 1,6 punti percentuali. Considerando, invece, l'erogazione di ricoveri in

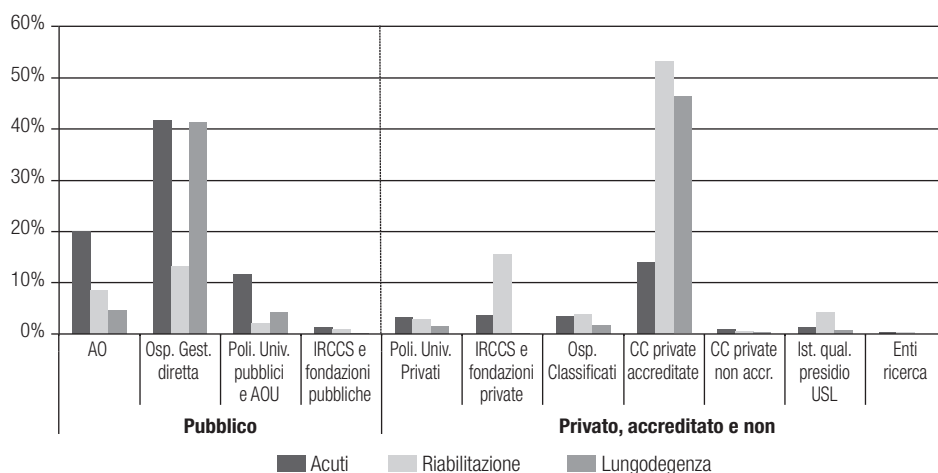
³³ In tutto il paragrafo è adottata la classificazione delle strutture introdotta dal Rapporto SDO 2012 (si veda il § 4.1).

Tabella 4.9 Giornate di degenza per regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2015)

Regione	GG Ricoveri per acuti		% sul totale ricoveri	GG Ricoveri per riabilitazione		% sul totale ricoveri	GG Ricoveri per lungodegenza		Totale giornate
	RO	DH		RO	DH		RO+DH	% sul totale ricoveri	
Piemonte	3.080.747	266.876	70,3%	999.208	26.378	21,5%	391.425	8,2%	4.764.634
Valle d'Aosta	1.05.794	19.953	81,8%	22.003	138	14,4%	5.925	3,9%	153.813
Lombardia	7.769.139	295.647	76,3%	2.343.228	19.619	22,3%	148.807	1,4%	10.576.440
PA Bolzano	440.617	33.569	81,1%	74.588	1.682	13,0%	34.551	5,9%	585.007
PA Trento	378.315	60.537	66,8%	113.501	9.519	18,7%	95.554	14,5%	657.426
Veneto	3.868.594	249.827	81,2%	640.730	58.156	13,8%	253.488	5,0%	5.070.795
Friuli VG	931.890	144.632	88,8%	74.273	1.382	6,2%	60.449	5,0%	1.212.626
Liguria	1.320.225	309.476	85,0%	208.076	9.319	11,3%	69.827	3,6%	1.916.923
Emilia Romagna	3.450.501	764.270	73,6%	567.040	55.416	10,9%	886.858	15,5%	5.724.085
Toscana	2.637.957	369.338	90,4%	229.338	12.009	7,3%	79.209	2,4%	3.327.851
Umbria	712.826	69.408	86,5%	99.725	12.103	12,4%	10.742	1,2%	904.804
Marche	1.142.544	160.583	82,6%	138.061	1.193	8,8%	134.992	8,6%	1.577.373
Lazio	4.292.331	778.280	79,1%	975.506	131.378	17,3%	232.717	3,6%	6.410.212
Abruzzo	987.629	117.972	83,9%	171.433	1.344	13,1%	40.168	3,0%	1.318.546
Molise	273.452	43.170	82,5%	49.056	4.214	13,9%	13.692	3,6%	383.584
Campania	3.518.450	1.029.262	84,7%	422.560	64.300	9,1%	335.151	6,2%	5.369.723
Puglia	3.028.705	223.668	88,7%	365.177	8.549	10,2%	39.577	1,1%	3.665.676
Basilicata	388.291	55.716	83,1%	83.531	3.722	16,3%	3.257	0,6%	534.517
Calabria	1.031.658	188.407	81,0%	217.468	15.257	15,4%	54.014	3,6%	1.506.804
Sicilia	3.248.169	321.547	85,8%	474.674	40.312	12,4%	76.112	1,8%	4.160.814
Sardegna	1.221.359	210.089	92,6%	56.842	11.216	4,4%	45.514	2,9%	1.545.020
ITALIA	43.829.193	5.712.227	80,7%	8.326.018	487.206	14,4%	3.012.029	4,9%	61.366.673

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 4.9 **Distribuzione dei dimessi in regime ordinario, per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2015)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

DH (non riportato in Figura), si nota una sostanziale stabilità della quota pubblica per quanto riguarda gli acuti (da 72,4% a 72,6% tra 2014 e 2015), a fronte di una importante riduzione del peso pubblico per la riabilitazione (da 48,0% a 44,2%). Per approfondimenti sulle attività degli erogatori privati accreditati si rimanda al capitolo 6 del presente Rapporto.

Un altro dato rilevante è la distribuzione dei dimessi per acuti in RO e DH tra DRG di tipo medico e di tipo chirurgico³⁴ (Tabella 4.10). A livello nazionale, il totale dei DRG medici supera quello dei DRG chirurgici (rispettivamente 4.645.556 e 3.822.301, ossia 54,9% contro 45,1%).

Osservando la distribuzione dei ricoveri per acuti dal 2013 al 2015 nella Tabella 4.10, si può notare una sostanziale stabilità della quota di ricoveri in regime ordinario con DRG medico sul totale delle dimissioni in RO, con un lievissimo calo dal 58,0% del 2013 al 57,7% del 2015 (-154.130 dimissioni in termini assoluti). Anche l'attività chirurgica in RO mostra, nello stesso periodo, un decremento in termini assoluti (-82.829). Col tempo, si sono ridotte le regioni che registrano un'incidenza dei ricoveri chirurgici in regime ordinario sul totale minore del 36%, fissato come soglia minima dal Comitato ministeriale dei LEA: nel 2015 solo Sardegna (33,7%), Calabria (34,2%), Liguria (34,9%) e PA di Bolzano (35,6%) non hanno raggiunto lo standard nazionale, pur riportando un aumento dell'incidenza percentuale rispetto all'anno precedente. Nel DH,

³⁴ La percentuale dei ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri costituisce un indicatore utilizzato dal Comitato Ministeriale dei Livelli Essenziali di Assistenza per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA 2012.

Tabella 4.10 **Dimissioni per regime di ricovero e tipo DRG. Ricoveri per acuti (2013- 2015)**

	2013		2014		2015	
	Dimissioni	%	Dimissioni	%	Dimissioni	%
Regime Ordinario						
DRG medico	3.848.834	58,0%	3.763.967	58,0%	3.694.704	57,7%
DRG chirurgico	2.786.159	42,0%	2.722.471	42,0%	2.703.330	42,3%
Totale RO	6.634.993	100,0%	6.486.438	100,0%	6.398.034	100,0%
Day Hospital						
DRG medico	1.142.011	48,7%	1.021.827	46,6%	950.852	45,9%
DRG chirurgico	1.203.247	51,3%	1.172.414	53,4%	1.118.971	54,1%
Totale DH	2.345.258	100,0%	2.194.241	100,0%	2.069.823	100,0%
Totale (RO+DH)	8.980.251		8.680.679		8.467.857	

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

invece, prevale l'attività di *day surgery* (54,1%, in crescita di 2,8 punti percentuali negli ultimi 3 anni e di 8,5 rispetto al 2010).

Di seguito si riportano dati e commenti rispetto a un tradizionale indicatore di analisi dell'attività ospedaliera: il tasso di ospedalizzazione (TO).

Il tasso di ospedalizzazione esprime la frequenza con la quale la popolazione residente viene ricoverata nelle strutture ospedaliere, pubbliche o private, sia dentro che fuori regione³⁵. Tale indicatore permette di valutare i miglioramenti di efficienza conseguibili attraverso l'appropriatezza dell'ambito di cura. L'art. 15, comma 13 del D.L. 95/2012, poi confermato dal par. 3.1 del D.M. 70/2015, ha, tra l'altro, fissato un tasso di ospedalizzazione di riferimento di 160 ricoveri per acuti per 1.000 abitanti di cui il 25% erogati in DH.

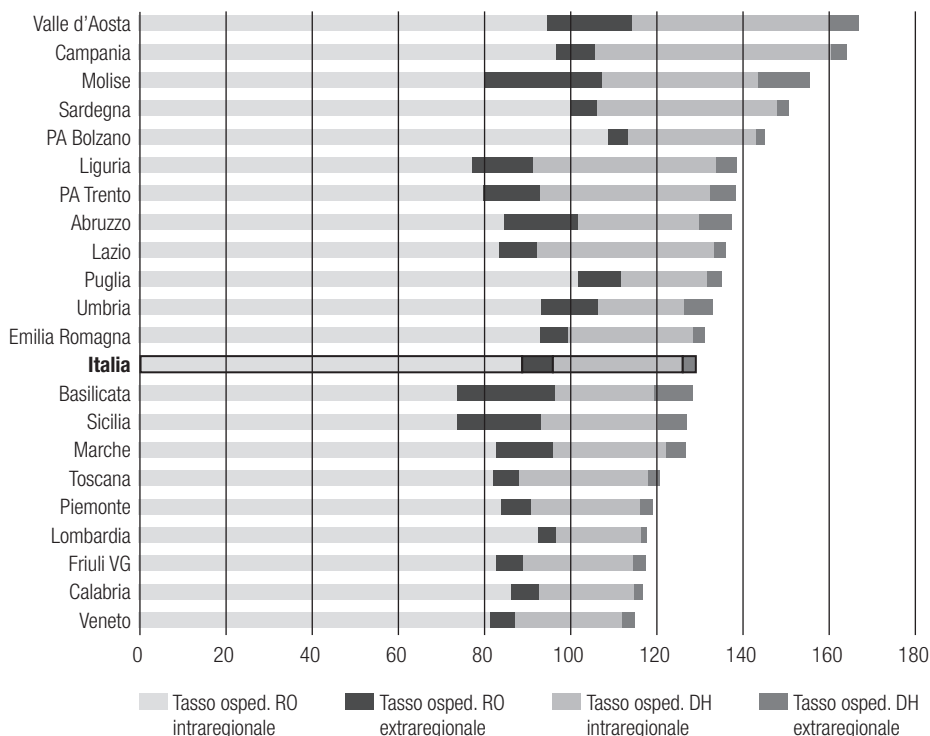
Dalla Figura 4.10 risulta un tasso standardizzato³⁶ per acuti in regime ordinario pari a 97,0 per 1.000 abitanti nel 2015, che rafforza ulteriormente un consolidato e significativo trend di riduzione dell'ospedalizzazione ormai in atto da alcuni anni (99,3 nel 2014; 103,9 nel 2013; 108 nel 2012). Per l'attività di DH, il corrispondente valore scende a 32,9 per 1.000 abitanti (da 35,0 nel 2014, 38,2 nel 2013 e 41,6 nel 2012). Il TO complessivo, dunque, risulta pari a 129,9 per 1.000 abitanti, in diminuzione rispetto a 2014 (134,3) e 2013 (142,1).

Ancora una volta, però, è necessario prestare attenzione alla forte differenziazione regionale (Figura 4.10): Valle d'Aosta (167,3‰), Campania (164,6‰) e Molise (156,1‰) fanno registrare tassi significativamente superiori alla media

³⁵ Nel testo e nelle figure a seguire, per ricoveri «fuori regione» o «extra-regione» si intendono le prestazioni ospedaliere in mobilità passiva.

³⁶ La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse regioni.

Figura 4.10 **Tasso di ospedalizzazione (TO) standardizzato per acuti, per regime di ricovero e regione (2015)**

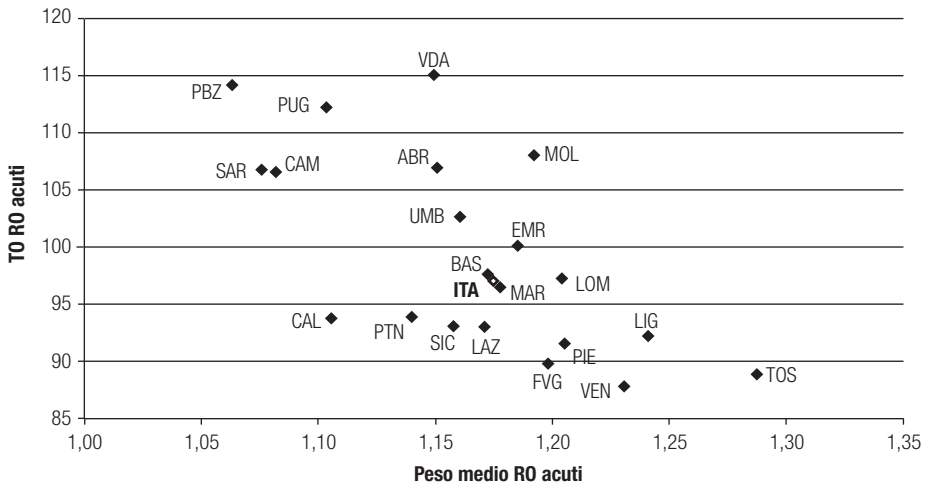


Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

nazionale e, nei primi due casi, addirittura oltre lo standard nazionale fissato dal DM 70/2015; viceversa, Veneto (115,5‰), Calabria (117,6‰) e Friuli Venezia Giulia (118,0‰) registrano valori consistentemente inferiori alla media nazionale. Se si considerano i soli TO per acuti in regime ordinario, seppur con valori in riduzione rispetto al 2014, sono Valle d'Aosta, PA di Bolzano e Puglia a presentare i tassi più elevati (rispettivamente 114,9‰, 114,1‰ e 112,2‰); con riferimento ai tassi in regime diurno, invece, i valori più alti si registrano in Campania e Valle d'Aosta (rispettivamente, 58,2 e 52,5 ricoveri per 1.000 abitanti).

Lo spaccato del tasso di ospedalizzazione lascia intravedere forme di mobilità interregionale, che sfuggono alla classica dicotomia Nord-Sud. Le grandi regioni continentali del Centro-Sud evidenziano alti tassi di ospedalizzazione intra-regionali: si veda il dato della Campania (152,2‰) e, in misura minore, del Lazio (125,6‰) e della Puglia (122,7‰). Allo stesso tempo, evidentemente, esercitano una forte attrattiva anche sulle regioni limitrofe più piccole: il tasso di ospedalizzazione extra-regione, che fa registrare un dato a livello Paese pari a 11,0‰, raggiunge i valori più elevati in Molise (39,6‰) e Basilicata (32,0‰).

Figura 4.11 **Peso medio (*) dei RO acuti e relativo Tasso di Ospedalizzazione, per regione (2015)**



Nota: (*) Valori determinati utilizzando i pesi D.M. 18712/2008

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Agli indicatori tradizionali di misurazione dell'attività di ricovero, il Ministero della Salute affianca due ulteriori classi:

- ▶ indicatori di complessità, che analizzano le caratteristiche tecniche della produzione sanitaria, come il *case-mix* trattato, il peso medio, la percentuale dei casi complicati e il peso medio dei ricoveri degli anziani (65 anni e oltre);
- ▶ indicatori di efficacia e appropriatezza, che verificano se le prestazioni sono erogate a quei pazienti che realmente ne possono beneficiare, al livello di assistenza più adatto e con la tempestività necessaria a garantirne l'utilità.

È possibile mettere in relazione il tasso di ospedalizzazione standardizzato dei RO acuti (intra-regione ed extra-regione), introdotto nella Figura 4.10, con una misura di complessità come il peso medio (PM)³⁷, pari a 1,17 nel 2015.

La Figura 4.11 mostra che le regioni contraddistinte da un maggiore PM tendono a evidenziare un TO inferiore alla media nazionale (pari a 97,0‰): si vedano i valori della Toscana (1,29; 88,6), della Liguria (1,24; 92,0), del Veneto

³⁷ Il peso medio (PM), o Indice di Case-Mix (ICM), esprime la complessità dei casi trattati rapportando il peso medio dei ricoveri effettuati dagli erogatori di una data regione con la complessità media della casistica standard (nazionale): indici superiori all'unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard. I dati presentati in questa sede fanno riferimento al PM dei soli ricoveri per acuti in RO, ottenuto come rapporto tra la complessità dei ricoveri ordinari erogati in ogni regione e quella media di tutti gli ospedali nazionali.

(1,23; 87,7) e del Piemonte (1,21; 91,3). All'opposto, le regioni con PM minore registrano TO più elevati della media nazionale, con l'eccezione della Calabria (1,11; 93,6): si vedano i dati della PA di Bolzano (1,06; 114,1), Sardegna (1,08; 106,6), della Campania (1,08; 106,4) e della Puglia (1,10; 112,2).

Gli indicatori di inappropriata³⁸ organizzativa e clinica presentano forti differenziazioni tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali. La Tabella 4.11 opera un confronto tra gli anni 1998 e 2015. Tra i più significativi indicatori di inappropriata organizzativa troviamo: (i) la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico, (ii) la percentuale di ricoveri brevi (1-2 gg) con DRG medico e (iii) la percentuale di ricoveri oltre-soglia con DRG medico in pazienti anziani³⁹. Un indicatore che esprime l'inappropriatezza clinica è, invece, l'incidenza dei parti cesarei sui parti totali.

I dati in Tabella 4.11 evidenziano che:

- ▶ la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico, oggi pari a 29,2 su scala nazionale, è notevolmente diminuita tra il 1998 e il 2015, con le riduzioni più rilevanti registrate in Basilicata (-31,1 punti percentuali) e Sicilia (-22,2). Il dato risulta più alto al Sud che al Centro-Nord, ma la distanza media si è sensibilmente ridotta (da 12,5 a 5,3 punti percentuali);
- ▶ la percentuale di ricoveri di un giorno per acuti in regime ordinario, su scala nazionale, è pari al 10,0% ed è diminuita lievemente (-2,8 punti percentuali) tra il 1998 e il 2015; su scala regionale, però, si evidenzia ancora una forte variabilità (differenza di 10,9 punti percentuali nel 2015 tra la regione con la percentuale più elevata – Campania, che rappresenta un outlier negativo con il 18,0% – e la regione con la percentuale più bassa – Veneto). Anche per questo indicatore, sono Basilicata (-7,8 punti percentuali) e Sicilia (-7,0) ad avere registrato i maggiori miglioramenti;
- ▶ tra le regioni, risulta altrettanto differenziata l'incidenza dei ricoveri per acuti in RO oltre valore soglia erogati per anziani (over 65): rispetto al 2006, l'indice è pressoché stabile (-0,3 punti percentuali). In questo indicatore, però, sono le regioni del Centro-Nord (ad eccezione di Valle d'Aosta, PA di Bolzano, Emilia Romagna, Toscana e Umbria), insieme al Molise, a registrare nel 2015 valori superiori al dato nazionale;

³⁸ Non si vuole, ovviamente, sostenere che tutti i casi ricompresi in queste categorie siano necessariamente inappropriati; per una corretta valutazione dell'effettiva possibilità di trattamento alternativo sarebbe, infatti, necessario un approfondimento sulle patologie e sulle procedure terapeutiche.

³⁹ Altri indicatori di inappropriata organizzativa sono la degenza media preoperatoria, la percentuale di interventi per frattura di femore operati entro due giorni, la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri (già trattato), la percentuale di ricoveri ordinari attribuiti ai DRG ad alto rischio di in appropriatezza, la percentuale di ricoveri in DH medico a carattere diagnostico sul totale dei ricoveri in DH medico. Il monitoraggio di questi indicatori, e di quelli riportati nel testo, è stato introdotto dal Patto per la salute Salute 2010-2012.

Tabella 4.11 **Indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica delle prestazioni di ricovero per acuti per regione (1998-2015)**

Regione	% Dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in RO da reparti chirurgici		% Ricoveri brevi 0-1 giorno sul totale dei ricoveri in RO con DRG medico		% ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime ordinario per ultra65enni (1)		Percentuale parti cesarei sul totale dei parti (2)	
	1998	2015	1998	2015	2006	2015	1998	2015
Piemonte	38,6	22,8	9,1	9,6	7,7	5,7	26,9	28,1
Valle d'Aosta	50,7	34,0	14,0	12,1	9,2	3,8	21,5	28,3
Lombardia	38,4	27,9	11,3	9,0	4,9	5,2	23,3	27,3
PA Bolzano	44,3	40,0	16,3	9,5	4,9	3,5	17,3	23,8
PA Trento	42,1	36,4	11,1	7,7	8,4	5,0	22,5	23,3
Veneto	41,9	29,4	8,3	7,0	7,1	6,5	24,5	25,3
Friuli VG	36,1	26,0	11,0	10,3	6,5	5,3	19,0	22,9
Liguria	40,5	30,1	12,9	9,1	5,2	5,0	28,5	34,3
Emilia Romagna	34,5	22,8	15,7	9,3	3,7	3,1	29,3	26,6
Toscana	41,5	22,9	10,5	8,4	3,9	2,4	22,5	26,1
Umbria	47,3	28,6	18,1	12,5	3,1	3,3	25,5	29,0
Marche	40,2	23,4	8,2	8,3	5,0	5,2	33,2	34,7
Lazio	43,4	30,6	13,8	9,4	5,9	5,5	35,5	37,4
Abruzzo	51,1	29,3	9,9	8,1	3,3	4,2	33,5	36,9
Molise	48,9	34,2	8,9	8,9	4,7	4,9	33,5	42,8
Campania	53,4	33,3	19,9	18,0	2,9	3,1	48,0	61,1
Puglia	52,9	35,7	12,7	11,3	3,6	3,5	35,1	43,6
Basilicata	64,4	33,3	16,0	8,2	3,4	3,8	41,8	37,6
Calabria	56,4	38,4	13,0	10,0	3,4	3,4	34,2	36,3
Sicilia	54,4	32,2	14,5	7,5	2,6	3,1	36,6	43,5
Sardegna	50,1	36,9	12,5	12,7	5,2	3,6	26,0	39,3
ITALIA	44,9	29,2	12,8	10,0	4,6	4,3	31,4	35,4

Nota: (1) Per questo indicatore non viene presentato il dato 1998 in quanto nel 2006 è avvenuta la modifica delle soglie per effetto del passaggio all'adozione della versione a 24, che ha previsto delle soglie inferiori.

(2) Dimessi in regime ordinario con DRG 370, 371 a numeratore e DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375 a denominatore.

Fonte: Elaborazione OASI su dati SDO, Ministero della Salute

- ▶ relativamente ai parti cesarei, si osserva nel tempo un peggioramento⁴⁰ diffuso su tutto il territorio (+4,0 punti percentuali). Nel 2015 il valore nazionale, pari a 35,4%, registra un leggero miglioramento rispetto all'anno precedente (-0,5 punti percentuali), consolidando il trend di riduzione in atto a partire dal 2010 (38,2%; -2,8 punti percentuali). Tutte le regioni del Nord (a eccezione della Liguria) rispettano l'indicazione ministeriale (<30%). Le restanti

⁴⁰ La percentuale di parti cesarei sul totale dei parti costituisce un indicatore utilizzato dal Comitato ministeriale dei Livelli Essenziali di Assistenza per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA 2012. La percentuale a livello regionale è valutata soddisfacente dal Comitato LEA se corrisponde a un valore inferiore al 30% dei parti totali.

regioni, invece, fatta eccezione per Toscana e Umbria, si collocano tutte al di sopra dello standard ministeriale.

Sempre con riferimento ai parti, è interessante osservare il numero di punti nascita (PN) pubblici e privati, con un particolare approfondimento su quelli caratterizzati da un volume di erogazione superiore alle soglie di 500 e 1.000 parti/anno⁴¹ (Tabella 4.12). I PN si distribuiscono, per l'81,4%, in strutture pubbliche, anche se Campania e Lazio contano tra il 40 e il 45% di punti nascita gestiti da strutture private (accreditate e non). Rispetto al 2009, il numero di PN si è ridotto di 154 unità (-23,5%), con una diminuzione percentualmente superiore nel privato, accreditato e non (-29,6%), rispetto al pubblico (-21,5%). Nello stesso periodo, la quota complessiva di PN che superano il valore soglia di 500 parti all'anno è salita di 8,9 punti percentuali, passando dal 63,3% al 72,2%. Nonostante il miglioramento a livello nazionale di tale indicatore, permangono delle importanti differenze interregionali, testimoniate dai valori significativamente al di sotto della media nazionale in Sardegna (36,8%), PA di Bolzano (57,1%), PA di Trento (33,3%), Umbria (40,0%) e Molise (33,3%). A completamento del quadro sinora presentato, l'ultima colonna della Tabella 4.12 riporta il numero di punti nascita ogni 1.000 parti registrati dal Piano Nazionale Esiti (PNE) con riferimento all'anno 2015: valori prossimi a 1,00 per 1.000 neonati indicano una buona capacità di allineamento allo standard ministeriale di 1.000 parti l'anno per PN; valori inferiori a 1,00 segnalano un bacino d'utenza medio per PN superiore alle 1.000 unità; viceversa, valori al di sopra di 1,00 indicano, in media, una ridotta capacità dei PN della regione di raggiungere la soglia di casistica. A livello nazionale, rispetto al 2009, si osserva un importante miglioramento del valore dell'indice, che passa da 1,17 a 1,05 per 1.000 neonati. Tale miglioramento è dovuto perlopiù a due distinti fenomeni congiunti: da un lato, la graduale riduzione del numero di punti nascita (-154 unità; -23,5%); dall'altro, la riduzione, meno accentuata in termini percentuali, del numero di parti registrato nel Paese nei due anni osservati (-84.035 unità; -14,8%). Con specifico riferimento alle singole regioni, è possibile osservare una discreta variabilità interregionale, con valori che oscillano tra 1,73 punti nascita ogni 1.000 neonati

⁴¹ Tale valore viene indicato dall'OMS come il numero minimo di parti che una struttura deve erogare affinché l'assistenza sia conforme a un adeguato standard di qualità e di sicurezza. La soglia è stata ripresa a livello nazionale dall'Accordo Stato-Regioni relativo alle «Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo», sancito il 16 dicembre 2010, e ribadito dal DM 70/2015. Esse hanno previsto la «razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1.000/anno [...]», e hanno stabilito, inoltre, che «la possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e, comunque, non al di sotto di 500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate [...]».

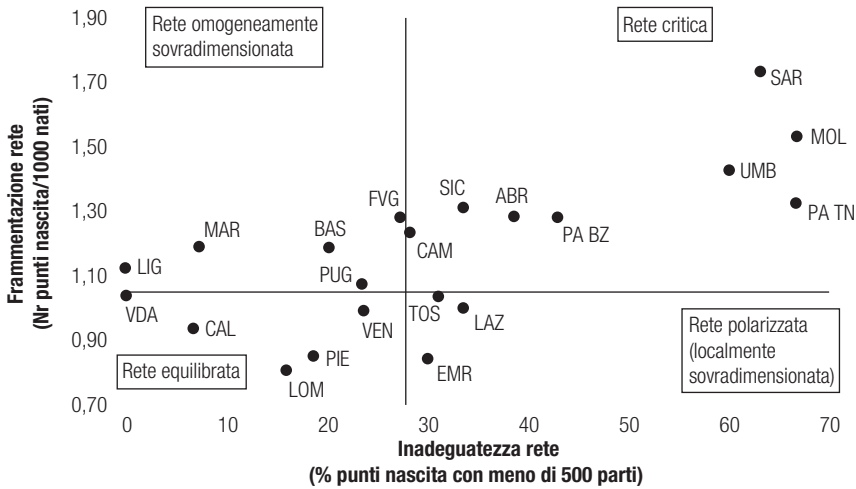
Tabella 4.12 **Distribuzione dei punti nascita per regione e tipo di istituto (2015)**

Regione	Strutture pubbliche	Strutture private accreditate	Strutture private non accreditate	TOTALE		
	Numero punti nascita	Numero punti nascita	Numero punti nascita	Numero punti nascita	% con 500 parti e oltre	Punti nascita per 1.000 neonati
Piemonte	27	0	0	27	81,5	0,85
Valle d'Aosta	1	0	0	1	100,0	1,04
Lombardia	56	12	1	69	84,1	0,81
P.A. Bolzano	7	0	0	7	57,1	1,28
P.A. Trento	6	0	0	6	33,3	1,33
Veneto	35	3	0	38	76,3	0,99
Friuli VG	10	1	0	11	72,7	1,28
Liguria	9	2	0	11	100,0	1,12
Emilia Romagna	29	1	0	30	70,0	0,85
Toscana	28	0	1	29	69,0	1,03
Umbria	10	0	0	10	40,0	1,43
Marche	14	0	0	14	92,9	1,19
Lazio	29	14	5	48	66,7	1,00
Abruzzo	12	1	0	13	61,5	1,29
Molise	3	0	0	3	33,3	1,53
Campania	35	29	0	64	71,9	1,23
Puglia	27	7	0	34	76,5	1,08
Basilicata	5	0	0	5	80,0	1,19
Calabria	12	3	0	15	93,3	0,94
Sicilia	45	12	0	57	66,7	1,31
Sardegna	16	3	0	19	36,8	1,73
ITALIA 2015	416	88	7	511	72,2	1,05
ITALIA 2009	530	124	11	665	63,3	1,17
Delta% 09-15	-21,5%	-29,0%	-36,4%	-23,2%	/	/

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, Ministero della Salute, e PNE, AGENAS

registrato in Sardegna e lo 0,81 della Lombardia. Ragionevolmente, si registra un alto grado di coerenza con la percentuale di punti nascita con oltre 500 parti l'anno analizzato in precedenza (coefficiente di correlazione = -0,71): laddove la percentuale di punti nascita con oltre 500 parti l'anno è più elevata si tende a registrare un indice di PN ogni 1.000 neonati più contenuto e, quindi, un bacino d'utenza medio pari o superiore a 1.000 parti, che suggerisce una generale adeguatezza del numero di punti di offerta. Tuttavia, si registrano diverse eccezioni. Lazio, Toscana ed Emilia Romagna, a fronte di una percentuale di PN con almeno 500 parti l'anno inferiore a quella nazionale (66,7%, 69% e 70%), mostrano un indice di PN inferiore a quello italiano (1,00; 1,03; 0,85). Ciò evidenzia una polarizzazione interna alla rete regionale, con PN fortemente sottodimensionati abbinati a PN con ampi bacini di utenza («Rete polarizzata – localmente

Figura 4.12 **Caratteristiche delle singole reti regionali dei punti nascita: relazione tra frammentazione e inadeguatezza della rete**



Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, Ministero della Salute, e PNE, AGENAS

sovradimensionata»). All'opposto, abbiamo regioni (Marche, Basilicata, FVG, Puglia, Liguria – «Rete omogeneamente sovradimensionata») in cui il complessivo sovradimensionamento della rete in termini di PN si riflette in un sottodimensionamento generalizzato dei singoli bacini di utenza (Figura 4.12).

Strettamente collegate al tema dei punti nascita e delle soglie di casistica minime previste dal DM 70/2015, si presentano di seguito le prestazioni che lo stesso Decreto Ministeriale inserisce come «sentinella» per la verifica dei volumi di attività ritenuti idonei al raggiungimento di una *clinical competence* adeguata e alla definizione di criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera. Più in particolare, la Tabella 4.13 sintetizza le prestazioni indicate dal DM 70/2015, segnalando la specialità di appartenenza, il livello gerarchico in cui dovrebbero essere erogate e gli standard di casistica di riferimento.

Risulta quindi opportuno verificare il grado di allineamento della casistica di queste prestazioni rispetto alle soglie fissate a livello ministeriale. La Tabella 4.17 mostra lo scostamento, in positivo e negativo, tra la casistica media per stabilimento di erogazione osservata nella singola regione e lo standard di riferimento di ciascuna prestazione monitorata (dove 1,00 rappresenta il valore di riferimento). Se in linea generale si osserva un discreto livello di allineamento agli standard ministeriali, nello specifico è possibile evidenziare alcuni fenomeni:

- con riferimento agli interventi per frattura di femore, non sono presenti osservazioni regionali al di sotto dello standard, con valori dell'«indice di allineamento» che vanno da un massimo di 4,01 in Liguria a un minimo di 1,51

Tabella 4.13 **Le prestazioni da monitorare individuate dal DM 70/2015, specialità di appartenenza e standard di casistica previsto**

Specialità	Ospedali in cui la specialità è prevista	Prestazioni monitorate	Standard di casistica (attività)
Medicina interna	• Tutti	/	/
Chirurgia generale	• Ospedali di base • Spoke • Hub	• Colectomia laparoscopica • Ca tumore alla mammella	• 100 interventi annui per Struttura Complessa • 150 interventi annui per Struttura Complessa
Ortopedia	• Ospedali di base • Spoke • Hub	• Intervento per frattura di femore	• 75 interventi annui per Struttura (Complessa)
Ginecologia	• Spoke • Hub	• Maternità	• Soglie di cui all'Accordo Stato-Regioni 16/12/2010: 500-1.000 parti per Struttura (Complessa)
Cardiologia	• Spoke • Hub	• IMA	• 100 casi annui di primo ricovero per ospedale
Cardiochirurgia	• Hub	• By pass aorto-coronarico • PTCA (a metà)	• 200 interventi/anno per Struttura (Complessa) • 250 interventi/anno

Fonte: rielaborazioni OASI da DM 70/2015

nella PA di Bolzano. A livello nazionale, il valore è pari a 2,19 (mediamente 164 interventi per struttura di erogazione);

- ▶ similmente, si registrano valori dell'indice diffusamente superiore all'unità per gli interventi di colecistectomia laparoscopica (1,27 a livello nazionale, 127 interventi per struttura di erogazione), infarto miocardico (1,08; 108) e PTCA (1,38; 346). Si nota come PA di Bolzano (rispettivamente 0,87; 0,81; 0,43) e Molise (0,98; 0,62; 0,77) facciano registrare un valore medio inferiore all'unità per tutte e tre le prestazioni;
- ▶ emerge una importante eterogeneità interregionale per quanto concerne gli interventi per tumore alla mammella (valore nazionale dell'indice pari a 0,88, per 133 interventi per struttura) e, soprattutto, installazione di bypass (0,80; 160). Nel primo caso, si osserva come le regioni centro-meridionali presentino «indici di allineamento» inferiori a 1,00, con picchi negativi in Calabria (0,34), Molise (0,40) e Campania (0,49). Nel secondo caso, invece, emerge come soltanto tre regioni presentino un valore superiore all'unità (Friuli VG, 1,04; Calabria, 1,12; e Marche, 1,59), con valori particolarmente contenuti osservati in Umbria (0,34) e Basilicata (0,37).

Infine, il presente paragrafo si occupa di analizzare le attività di emergenza o urgenza in ambito ospedaliero. A dati 2015, si contano oltre 20 milioni di accessi al Pronto Soccorso (PS) a livello nazionale, in aumento rispetto al 2013 (+6,0%); di questi, praticamente la metà (49,4%) si registrano nelle regioni settentrionali, area del Paese in cui si trova il 46% degli stabilimenti dotati di

Tabella 4.14 **La casistica media di stabilimento in relazione allo standard di attività di riferimento (2015)**

Regione	Bypass	Femore	Mammella	Colecistectomia	IMA STEMI	PTCA
Piemonte	0,52	2,74	0,89	1,51	1,27	2,07
Valle d'Aosta	–	3,51	0,83	2,27	1,41	1,42
Lombardia	0,69	1,93	1,07	1,45	0,98	1,62
PA Bolzano	–	1,51	0,65	0,87	0,81	0,43
PA Trento	0,89	1,89	1,97	1,12	0,69	1,92
Veneto	0,96	2,32	0,89	1,54	0,89	1,00
Friuli Venezia Giulia	1,04	2,27	1,02	1,08	1,06	1,59
Liguria	0,80	4,01	1,11	1,56	1,25	0,98
Emilia Romagna	0,90	2,46	1,47	1,46	1,24	1,31
Toscana	0,68	2,89	1,11	1,57	1,13	1,11
Umbria	0,34	2,96	0,65	1,55	1,31	1,70
Marche	1,59	2,96	0,79	0,88	0,94	0,82
Lazio	0,88	2,13	0,77	1,23	1,12	1,55
Abruzzo	0,85	1,94	0,97	1,25	1,40	0,97
Molise	0,84	1,85	0,40	0,98	0,62	0,77
Campania	0,96	1,67	0,49	0,95	1,26	1,43
Puglia	0,89	2,12	0,85	1,46	1,06	1,46
Basilicata	0,37	2,25	0,91	1,43	0,99	2,14
Calabria	1,12	2,17	0,34	0,97	1,07	1,62
Sicilia	0,87	1,79	0,71	0,96	1,06	1,48
Sardegna	0,74	2,18	0,99	1,01	1,00	1,26
ITALIA	0,80	2,19	0,88	1,27	1,08	1,38

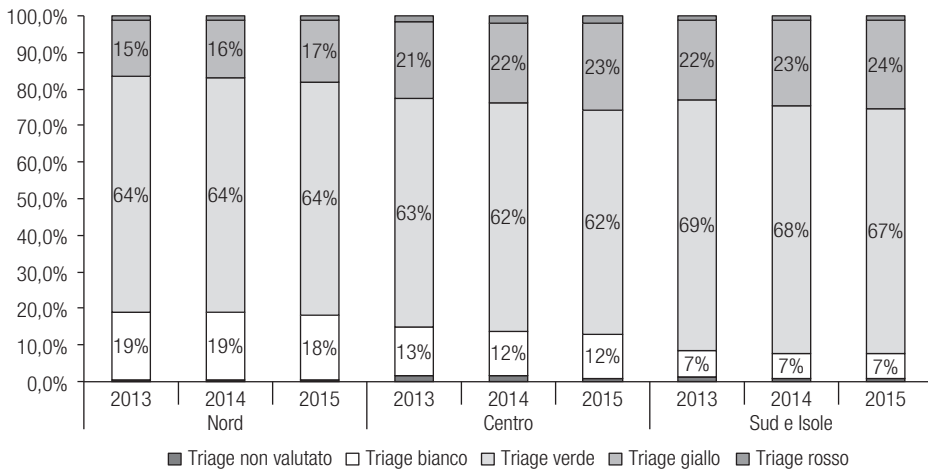
Note: gli standard di riferimento sono quelli indicati nella precedente Tabella 4.13. Un valore dell'indice pari a 1,00 indica un perfetto allineamento alla soglia di casistica relativa alla prestazione considerata; valori superiori all'unità indicano volumi di attività superiori allo standard ministeriale, mentre valori inferiori a 1,00 segnalano una media regionale per struttura non allineata ai valori individuati dal DM 70/2015.

Fonte: elaborazione OASI da PNE 2016, AGENAS

PS (cfr. capitolo 6 del presente Rapporto). Anche in termini relativi, si osserva un tasso di accesso ogni 1.000 abitanti superiore alla media nazionale (336,1 ogni 1.000 abitanti) nelle regioni del Nord e del Centro (rispettivamente 354,2 e 355,8 per 1.000 abitanti), mentre al Sud il tasso medio di ricorso al PS risulta più contenuto (301,4).

La Figura 4.13 mostra l'andamento degli accessi al PS tra 2013 e 2015, differenziati per triage e per macroarea geografica (Nord, Centro, Sud e Isole). La distribuzione della casistica per triage all'interno delle tre macroaree si mantiene piuttosto stabile, ma evidenzia nitide differenze: nelle regioni del Nord si osservano quote di accessi relativi per la casistica media (triage giallo) e per casistica potenzialmente inappropriata (triage bianco) che tendono ad uguagliarsi (rispettivamente 17% e 18% nel 2015). All'opposto, al Sud si osserva una maggiore incidenza percentuale di accessi in triage giallo (24% nel 2015), pari a 3,5 volte gli accessi in triage bianco (7%). Tale evidenza potrebbe ad esempio derivare (i) da

Figura 4.13 **Accessi al Pronto Soccorso per triage per macroarea geografica – 2013-2015**



Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2016, AGENAS

un utilizzo più appropriato del PS nelle regioni meridionali, testimoniato dalla ridotta percentuale di codici bianchi sul totale e dai più contenuti tassi di ricorso al PS per 1.000 abitanti in termini assoluti, (ii) da una possibile minore capacità di presa in carico e assistenza territoriale nelle regioni meridionali, con potenziali peggiori condizioni di salute nel momento in cui si verifica un evento acuto, (iii) da un generale peggiore stato di salute della popolazione dovuto a fattori endogeni, di rischio o a stili di vita e comportamento (per approfondimenti si veda il Capitolo 2 del presente Rapporto). Le interpretazioni proposte andrebbero comunque approfondite tenendo in considerazione i tassi di accesso ogni 1.000 abitanti.

4.4.2 Le attività territoriali

I dati di attività relativi all'assistenza territoriale sono tratti dalla rilevazione annuale del Ministero della Salute, che confluisce nel documento «Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO⁴²», che si è recentemente arricchito di informazioni riguardanti le prestazioni extra-ospedaliere. Di seguito si presentano e commentano le principali attività territoriali, quali la guardia medica, l'attività di specialistica ambulatoriale, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'assistenza erogata da strutture residenziali e semiresidenziali.

Al fine di congiungere l'assistenza medica di base con l'emergenza-urgenza, le ASL hanno storicamente garantito ai cittadini la possibilità di rivolgersi al-

⁴² Al momento della redazione del volume, gli ultimi dati disponibili e presentati in questo paragrafo sono relativi all'anno 2013.

la guardia medica (medico di continuità assistenziale). Si tratta di un servizio totalmente gratuito per situazioni che rivestono carattere di emergenza e che si verificano durante le ore notturne o nei giorni festivi e prefestivi. La guardia medica può prescrivere soltanto i farmaci indicati per terapie d'urgenza; può altresì rilasciare certificati di malattia e proporre il ricovero ospedaliero. L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito della programmazione regionale per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche. Secondo i dati più recenti, relativi al 2013, in Italia sono presenti 2.890 punti di guardia medica, in lieve calo rispetto al 2008 (2.984; -3,2%). I punti di guardia medica sono distribuiti prevalentemente nelle regioni del Sud: il 48% è infatti concentrato nelle cinque principali regioni meridionali (nell'ordine: Sicilia, Calabria, Puglia, Sardegna e Campania). Inoltre, si contano 11.533 medici titolari, 19 ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i livelli di attività, vengono prescritti 307 ricoveri ogni 100.000 abitanti (in calo rispetto ai 336 del 2009 e ai 320 del 2012), mentre le visite effettuate, su scala nazionale, sono 16.881 per 100.000 abitanti, in lieve riduzione rispetto al valore osservato nel 2012 (17.176).

Con riferimento alle attività di specialistica ambulatoriale, nel 2013, sono state complessivamente erogate 1,340 miliardi di prestazioni appartenenti a questa categoria, in riduzione rispetto al 2009 (1,413 miliardi; -5,2%). La composizione di queste attività (Tabella 4.15) evidenzia l'estrema rilevanza assunta dalle prestazioni di laboratorio (75,8% del totale, con punte superiori all'80% in Umbria e Campania). Segue l'attività clinica, rappresentata in gran parte da visite specialistiche, con il 12,5% del totale (con valori massimi del 23,2% nella PA di Bolzano); l'attività riabilitativa e la diagnostica strumentale e per immagini raggiungono valori intorno al 4%. In termini intertemporali, invece, tutte le branche analizzate riportano diffusamente un calo tra 2009 e 2013 (dal -2,1% della diagnostica al -27,6% delle attività riabilitative), ad eccezione della radioterapia (+18,4% a livello nazionale) e dell'area chirurgica dell'attività clinica (+4,6%). In virtù del processo di deospedalizzazione in cui il Paese è inserito (cfr. par. 4.3.1 e 4.4.1), può in parte sorprendere la riduzione osservata nei volumi di attività delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che, in una logica di generale razionalizzazione, può essere altresì interpretata come espressione di maggiore appropriatezza in termini di contenimento di casistica appropriata.

Un altro importante segmento di attività territoriale è rappresentato dall'ADI, una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, che presentino una condizione di non autosufficienza. Gli interventi possono essere esclusivamente di tipo sociale oppure integrato sociosanitario. L'obiettivo dell'ADI è quello di consentire al paziente di rimanere il più a lun-

Tabella 4.15 **Distribuzione del numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale per branca di appartenenza e regione (2009-2013)**

Regione	Laboratorio		Diagnostica per immagini – Medicina nucleare		Diagnostica per immagini – Radiologia diagnostica		Attività clinica – medicina		Attività clinica – chirurgia		Radioterapia		Medicina fisica e riabilitazione		Altro	
	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013
Piemonte	72.697.742	72.846.720	141.722	130.484	4.919.169	4.250.075	11.482.657	10.994.746	2.439.408	4.064.437	530.541	527.935	6.944.916	4.193.972	5.487.427	2.410.454
Valle d'Aosta	2.448.925	2.510.090	5.818	2.530	156.916	155.323	351.275	302.495	84.886	88.367	2	12.350	201.332	165.384	236.584	239.432
Lombardia	183.270.702	182.612.070	314.752	303.616	10.461.395	11.055.471	20.676.814	21.866.925	8.865.257	10.722.984	829.150	779.293	8.222.056	8.057.575	8.271.561	6.351.778
Pa.Bolzano	5.579.232	5.877.983	5.079	9.613	534.715	496.715	1.383.388	1.182.181	1.069.104	1.130.283	25.580	23.226	695.759	594.845	497.610	657.948
Pa.Trento	10.161.656	10.745.905	11.842	13.065	609.123	609.552	980.125	902.455	660.422	700.984	32.780	40.023	473.520	484.298	226.687	228.635
Veneto	92.180.988	82.686.176	166.803	164.045	4.996.673	4.779.211	13.747.424	11.071.869	4.813.928	4.877.860	372.169	387.999	8.889.713	6.306.563	4.704.692	2.701.466
Friuli VG	20.261.182	20.071.005	30.684	31.323	895.658	996.779	1.732.400	1.901.493	806.805	854.090	103.194	133.207	667.998	780.916	1.149.400	1.684.835
Liguria	33.919.776	30.770.699	129.574	359.660	1.875.434	2.909.445	4.239.650	3.151.819	1.370.713	1.314.177	214.283	235.064	2.539.175	1.646.463	3.140.861	2.918.168
Emilia Romagna	86.404.078	72.493.621	92.328	92.232	5.344.251	4.255.648	5.236.535	6.685.666	2.535.659	3.521.859	387.048	467.362	2.085.805	2.254.245	7.648.429	1.739.627
Toscana	64.570.627	62.130.213	114.463	109.646	4.110.740	3.800.725	4.041.607	4.351.401	2.851.197	2.780.046	322.876	218.442	628.081	384.675	4.940.610	4.448.090
Umbria	13.576.514	17.533.133	18.164	21.812	890.591	1.010.486	1.293.501	1.108.941	653.852	620.191	90.742	78.376	446.284	373.689	731.463	1.139.160
Marche	31.301.916	30.321.573	52.922	51.882	1.879.604	1.590.077	3.384.376	3.151.804	1.560.894	1.236.937	143.439	167.660	1.517.961	1.397.057	1.704.390	1.510.450
Lazio	89.514.609	96.002.762	381.142	298.898	4.697.182	4.567.644	14.775.277	14.319.052	5.523.575	5.164.722	502.622	756.549	8.320.061	7.308.164	1.469.610	2.106.226
Abruzzo	23.837.982	19.572.740	174.636	23.604	1.401.935	1.039.484	2.325.824	1.744.536	1.082.294	878.659	70.120	42.042	1.173.135	890.010	1.665.352	1.291.585
Molise	6.508.188	7.482.653	11.814	25.779	328.944	424.615	806.123	791.564	264.406	383.494	104.460	155.308	365.888	259.527	333.204	73.371
Campania	91.155.078	86.029.199	270.584	239.061	5.100.407	5.560.837	14.057.019	6.863.680	3.457.167	3.052.018	199.658	406.875	9.743.997	2.389.669	3.617.643	2.803.865
Puglia	58.894.799	61.641.888	128.910	90.604	3.368.019	3.455.949	9.476.409	7.409.026	2.861.995	2.774.070	194.529	118.211	5.803.604	3.246.664	2.170.136	2.363.971
Basilicata	10.414.059	9.406.130	14.603	19.466	567.273	516.950	3.081.034	2.634.704	283.012	313.262	/	114.234	2.471.507	1.966.271	498.727	374.901
Calabria	34.849.704	38.260.414	52.724	39.500	1.761.676	1.626.139	4.039.846	3.540.537	1.379.795	1.219.133	57.683	83.822	2.368.132	1.969.685	1.229.081	1.511.142
Sicilia	84.854.261	82.057.067	243.984	327.586	3.908.469	3.867.890	8.728.416	8.066.685	5.254.076	4.343.394	309.187	380.985	3.567.798	3.626.473	3.298.076	2.408.205
Sardegna	27.608.297	25.193.687	56.908	72.168	1.554.469	1.430.930	4.555.634	4.164.530	1.318.490	1.335.525	32.972	126.068	2.638.129	2.216.223	1.147.730	977.931
Italia	1.044.000.315	1.016.245.728	2.439.456	2.426.574	59.362.663	58.419.945	130.355.329	116.106.108	49.136.735	51.376.492	4.523.035	5.355.031	69.764.851	50.502.553	54.169.273	39.941.240

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Attività economiche e gestionali delle ASL e delle AO 2013

Tabella 4.16 **Attività di Assistenza Domiciliare Integrata (2013)**

Regione	Casi trattati			Ore di assistenza erogata per caso trattato
	Numero	x 100.000 abitanti	di cui anziani (%) (età > 65)	
Piemonte	34.514	778	79,2	12,4
Valle d'Aosta	219	170	40,2	42,5
Lombardia	92.113	924	85,4	8,6
PA Bolzano	747	145	53,8	38,2
PA Trento	5.205	971	70,7	19,9
Veneto	69.866	1.418	83,1	9,2
Friuli VG	26.738	2.175	77,0	4,0
Liguria	18.644	1.171	79,0	17,9
Emilia Romagna	125.725	2.828	83,5	8,2
Toscana	105.461	2.812	90,1	2,1
Umbria	10.959	1.222	82,4	11,0
Marche	13.208	850	78,1	14,0
Lazio	64.652	1.101	85,9	9,0
Abruzzo	18.292	1.371	84,9	12,1
Molise	3.022	960	90,1	9,9
Campania	37.213	634	80,5	12,3
Puglia	23.096	565	79,0	17,6
Basilicata	9.083	1.570	83,4	15,9
Calabria	13.698	692	81,2	17,0
Sicilia	48.449	951	81,2	12,4
Sardegna	11.876	714	76,8	18,3
ITALIA 2013	732.780	1.206	83,5	9,4
ITALIA 2008	494.204	829	81,0	9,5
Delta % 08-13	48,3%	45,4%	/	/

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Attività economiche e gestionali delle ASL e delle AO 2013

go possibile all'interno del suo ambiente domestico, con un risparmio anche sul lato delle risorse ospedaliere.

Nel 2013, mediamente, sono stati trattati in ADI 1.206 pazienti ogni 100.000 abitanti (Tabella 4.16), ma la differenziazione a livello regionale (a causa di una scarsa omogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati, oltre che di una diversa configurazione dei sistemi sociosanitari regionali) è molto forte in termini di:

- ▶ numero di casi trattati, che si colloca su un intervallo che va dai 145 casi per 100.000 abitanti della PA di Bolzano ai 2.828 dell'Emilia Romagna;
- ▶ tipologia di pazienti: anziani nel 90,1% dei casi in Toscana e Molise e, solo, nel 40,2% dei casi in Valle d'Aosta;

- intensità di assistenza erogata, pari a 54 ore annue per caso trattato in Molise e 7 in Friuli Venezia Giulia, a fronte di un'intensità assistenziale media nazionale di 18 ore per caso trattato.

Rispetto al 2008, a livello nazionale, si rileva un importante aumento dei casi trattati sia in termini assoluti (+48,3%) che relativi (casi trattati ogni 100.000 abitanti: +45,4%), a fronte tuttavia di una riduzione del numero di ore dedicato a ciascun caso (da 22 a 18). Da registrare, inoltre, una sostanziale stabilità della casistica che fa riferimento a pazienti terminali (-0,1 punti percentuali).

Un'ulteriore componente del sistema di assistenza territoriale è costituita dalle strutture residenziali⁴³ e semiresidenziali. Tra le varie forme di assistenza, a prevalere nelle strutture residenziali è quella agli anziani, con 267.084 utenti a livello nazionale, 80,1% del totale, e una media di 224 giornate di assistenza per utente (fortemente differenziate a livello regionale, dalle 40 della Valle d'Aosta alle 338 della PA di Trento). Nelle strutture semiresidenziali prevale, invece, l'assistenza psichiatrica, che prende in carico 34.456 utenti (pari al 41,8% del totale degli utenti afferenti alle strutture semiresidenziali) e richiede mediamente 72 giornate per caso trattato (con un *range* che va dalle 26 della Calabria alle 262 del Molise) (Tabella 4.17).

Infine, un aspetto importante da valutare nell'ambito delle cure e servizi territoriali è il livello di accessibilità e funzionalità degli stessi. Una misura *proxy* è rappresentata dai tassi di ospedalizzazione per la cura delle patologie croniche quali diabete, asma, insufficienza cardiaca cronica negli anziani, influenza nell'anziano e disturbi alcool-correlati. Tutte queste patologie dovrebbero essere gestite sul territorio: maggiori sono i tassi di ospedalizzazione, minore è l'accessibilità e funzionalità dei servizi. Diabete, asma, influenza nell'anziano e patologie alcool-correlate sono patologie con bassi accessi ai servizi di ricovero (a livello nazionale, rispettivamente: 13,7; 6,4; 7,6; 26,9 ricoveri ogni 100.000 abitanti), anche se le differenze interregionali sono marcate (Tabella 4.18). La PA di Bolzano mostra i valori più alti sia per diabete, con 30,2 ricoveri per 100.000 abitanti rispetto al 13,7 della media nazionale (seppure in sensibile riduzione rispetto al 2011, -12,1 punti percentuali), sia per patologie alcool correlate (105,0 e una media nazionale pari a 26,9). Per quanto riguarda l'influenza dell'anziano, si segnala una importante variazione negli ultimi due anni osservati, con un tasso di ospedalizzazione che a livello nazionale raggiunge nel 2015 un valore più che doppio rispetto a quello registrato nel 2014, passando da 3,6 a 7,6 ogni 100.000 abitanti. Nello specifico, i valori più elevati vengono fatti registrare dalla PA di Bolzano (39,7, a fronte di un valore di 9,3 nel 2014) e dalla Valle d'Aosta (17,3, a fronte di un valore di 17,3 nel 2014). Lombardia (9,5), Liguria (8,6) e Veneto (7,8) registrano il dato più alto

⁴³ Per una definizione di strutture residenziali e semi-residenziali si veda il § 4.3.

Tabella 4.17 Composizione dell'assistenza erogata dalle strutture residenziali e semiresidenziali (2013)

Regione	Assistenza psichiatrica						Assistenza ai disabili psichici						Assistenza agli anziani						Assistenza ai disabili fisici							
	Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Totale		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Totale		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Totale		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Totale			
	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	
Piemonte	3.207	53	2.082	276	329	1.529	154	1.383	275	429	820	120	27.392	227	347	677	164	777	275	439						
Valle d'Aosta	58	74	84	268	342			43	219				45	40	40			338	32	32						
Lombardia	6.880	80	6.100	220	300	248	180	674	342	522	10.059	132	81.350	253	385	5928	201	4.946	332	532						
PA.Bolzano	297	37	229	196	233			279	56				5.196	271	271			37	365	365						
PA.Trento	374	37	197	186	223	19	228	218	67	295	653	248	4.776	338	586	0	0	221	304							
Veneto	4.344	73	2.212	264	337	5.078	185	3.455	294	479	2.543	125	40.899	224	349	1471	190	900	196	386						
Friuli VG	2.091	43	1.618	79	122	34	182	0	0	182	547	86	11.173	226	312	56	9	8.490	32	41						
Liguria	1.132	62	1.180	281	343	146	196	130	275	471	878	110	13.346	156	266			577	51	51						
Emilia Romagna	2.513	76	4.660	117	193			22	237				5.452	121	26.705	203	324	4.220	180	2.516	303	482				
Toscana	2.411	83	1.338	226	309	926	136	931	292	428	2.013	128	17.373	221	349	495	167	988	126	293						
Umbria	540	85	610	230	314	395	121	109	340	461	495	99	3.465	179	278	407	121	157	139	260						
Marche	493	115	620	258	373	154	99	112	300	399	101	148	7.503	185	333	9	148	232	76	224						
Lezio	2.703	65	4.723	118	182	140	117	357	392	509	105	122	7.630	233	355	41	274	271	333	608						
Abruzzo	372	119	662	240	359			211	326				3.482	149	149			112	243	243						
Molise	65	262	177	287	550								52	222	222											
Campania	2.895	62	864	275	338	340	165	463	308	472	98	124	1.017	193	318	103	207	494	204	410						
Puglia	1.171	186	1.853	295	481	599	202	475	306	508	225	115	6.016	220	335	169	212	382	293	505						
Basilicata	53	156	338	279	435			139	98				444	104	104			15	169	169						
Calabria	526	26	390	276	302	4	49	441	335	384			2.903	219	219	16	12	894	86	99						
Sicilia	1.836	51	1.711	256	307	478	27	474	223	250	77	28	5.620	59	87			709	93	93						
Sardegna	505	44	491	247	290	67	152	389	158	310	45	102	697	202	304	9	139	859	82	221						
ITALIA	34.456	72	32.129	203	275	10.157	164	10.305	279	443	24.111	128	267.084	224	352	13.601	187	23.895	163	350						

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2013

Tabella 4.18 **Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali, attività per acuti in strutture pubbliche e private, per 100.000 abitanti (2015)**

Regione	TO per diabete non controllato	TO per asma nell'adulto	TO per influenza nell'anziano	TO std per patologie correlate all'alcool	TO per insufficienza cardiaca (>= 65 anni)
Piemonte	6,1	4,8	3,9	21,6	800,6
Valle d'Aosta	2,8	-	17,3	98,1	1.296,9
Lombardia	17,9	9,5	8,4	25,6	1.121,0
PA Bolzano	30,2	6,6	39,7	105,0	1.353,0
PA Trento	16,1	3,0	9,0	29,4	1.145,6
Veneto	18,3	7,8	15,2	32,0	1.216,3
Friuli VG	12,0	3,7	2,6	39,4	1.120,4
Liguria	13,4	8,6	7,4	46,6	910,2
Emilia Romagna	23,9	6,5	15,2	31,6	1.215,8
Toscana	4,4	2,8	6,6	23,2	824,0
Umbria	16,8	9,9	16,4	26,5	1.208,5
Marche	8,1	4,5	4,9	29,1	1.084,1
Lazio	12,4	3,7	1,8	19,4	1.079,9
Abruzzo	11,7	3,8	4,0	31,0	1.483,9
Molise	12,3	4,1	2,7	29,4	1.294,0
Campania	10,6	9,1	3,2	22,3	1.291,7
Puglia	12,4	7,0	7,6	27,8	1.172,4
Basilicata	9,9	2,2	2,4	29,4	1.147,1
Calabria	8,8	6,6	8,8	26,4	989,0
Sicilia	11,9	4,4	2,7	13,6	1.153,3
Sardegna	22,3	5,8	13,6	47,9	944,3
ITALIA 2015	13,7	6,4	7,6	26,9	1.100,6
ITALIA 2014	14,6	7,5	3,6	29,0	1.161,7
ITALIA 2009	26,0	11,8	9,5	41,8	1.244,9
Delta% 09-15	-47,2%	-45,8%	-20,3%	-35,6%	-11,6%

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

per l'asma. Al contrario, l'insufficienza cardiaca cronica negli anziani è ancora molto spesso curata in ambito ospedaliero: in media 1.100,6 ricoveri ogni 100.000 abitanti, con valori massimi in Abruzzo (1.483,9). Da notare, comunque, una diminuzione generalizzata delle ospedalizzazioni tra il 2009 e il 2015, dal minimo relativo dell'insufficienza cardiaca (-11,6%) al massimo del diabete (-47,2%).

4.4.3 Alcuni indicatori di efficacia gestionale per le aziende sanitarie

Lo stato di salute della popolazione è influenzato, oltre che dalle politiche sanitarie pregresse e dall'operato delle aziende, anche da molteplici fattori sociali e demografici. Su quest'ultimo punto si concentra il presente paragrafo, attraverso l'individuazione di alcuni indicatori in grado di integrare la rappresentazione dei livelli di efficacia (rapporto *output/outcome*) raggiunti dal SSN presentati nel Capitolo 2 del presente Rapporto.

Tra gli indicatori di efficacia gestionale assumono particolare rilevanza quelli relativi a (Cantù, 2002):

- ▶ flussi di mobilità;
- ▶ tempi di attesa;
- ▶ scelte di uscita dal sistema pubblico di tutela della salute per accedere alle prestazioni sanitarie e relative motivazioni;
- ▶ rinuncia a prestazioni sanitarie;
- ▶ grado di soddisfazione dei cittadini per le prestazioni sanitarie.

Di seguito si presentano dati relativi ai primi due temi.

La migrazione sanitaria, ossia la fruizione di una prestazione sanitaria in una struttura localizzata in un'altra regione o in un altro Paese rispetto a quella di residenza, può essere motivata da ragioni oggettive (centri di alta specialità, malattie rare), da esigenze geografiche o familiari, da un'inadeguata distribuzione dei servizi diagnostico-terapeutici, da disinformazione, oppure da differenze reali o percepite nella qualità delle cure offerte dalle strutture regionali ed extraregionali.

L'analisi dei flussi di mobilità può essere, quindi, utilizzata per valutare la qualità dei servizi sanitari offerti dalle diverse strutture o regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti come una *proxy* della reputazione delle stesse. Nel prosieguo si presentano alcune analisi sui flussi di mobilità interregionale.

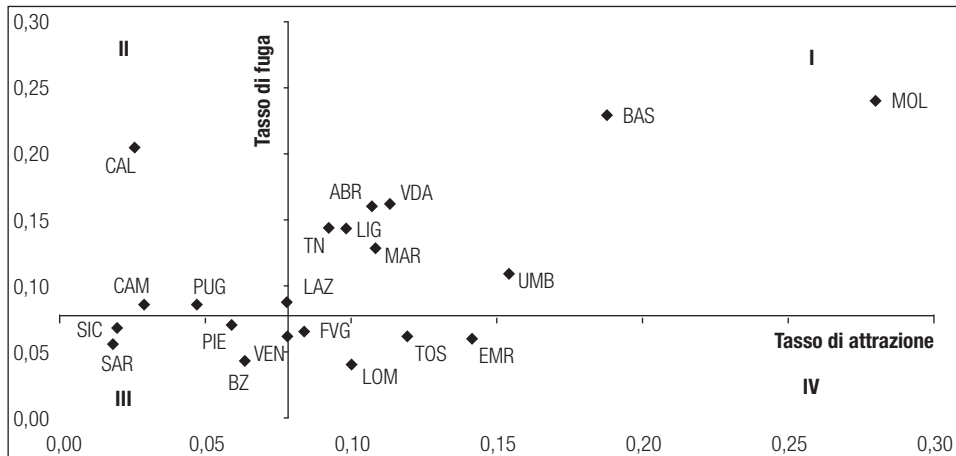
La Figura 4.14 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2015 relative ai ricoveri ordinari per acuti effettuati in strutture pubbliche e private accreditate, utilizzando come coordinate per il posizionamento di ciascuna regione due variabili:

- ▶ tasso di fuga: ricoveri dei residenti in strutture fuori regione sul totale dei ricoveri dei residenti della regione;
- ▶ tasso di attrazione: ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni sul totale dei ricoveri effettuati dalle strutture della regione.

In questo modo, è possibile evidenziare quattro quadranti (separati dalla media nazionale) e classificare le regioni come indicato nel Riquadro 4.2.

Nel periodo 2008-2015, l'entità complessiva della mobilità fuori regione è lievemente aumentata, passando dal 7,38% dei ricoveri ordinari per acuti al 7,99% nel 2015. Tra il 2014 e il 2015, a livello regionale, non si registrano variazioni significative nei tassi di attrazione e fuga, con una variazione massima di 1,04 punti percentuali nell'incremento dell'indice di fuga registrato in Friuli Venezia Giulia (da 5,57% a 6,51%).

Figura 4.14 **Posizionamento delle regioni in base agli indici di attrazione (*) e di fuga (**) (2015)**



(*) Vengono inclusi solo i ricoveri ordinari acuti di pazienti provenienti da altre regioni italiane, mentre non si considerano quelli di pazienti esteri e quelli di pazienti di provenienza sconosciuta (a causa della incompletezza nella compilazione delle corrispondenti SDO).

(**) Si considerano solo i ricoveri in altre regioni e non quelli di pazienti italiani all'estero, poiché questi dati sono rilevati in un altro flusso informativo.

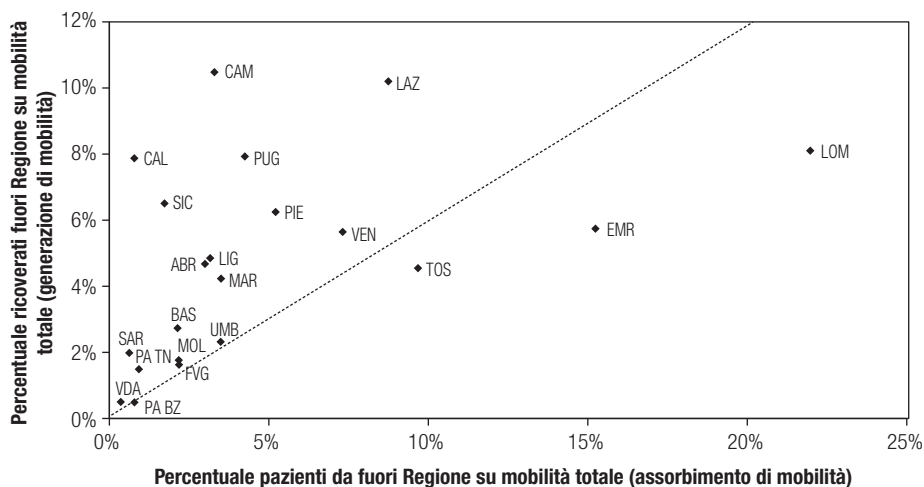
Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Riquadro 4.2 **Classificazione delle regioni in funzione del posizionamento all'interno della matrice attrazione-fuga (Cantù, 2002)**

- Regioni «SPECIALIZZATE» (quadrante I) con forte mobilità in uscita e in entrata (dove si collocano prevalentemente le regioni di piccole dimensioni, in cui la mobilità è generata dalla prossimità geografica dei territori confinanti o dalla mancanza di determinate specialità nelle strutture regionali. Allo stesso tempo, si tratta di regioni che riescono ad attrarre pazienti dalle zone confinanti per alcune specialità).
- Regioni «IN DEFICIT» (quadrante II) con elevata mobilità in uscita e ridotta mobilità in entrata (dove tendenzialmente si collocano le regioni i cui livelli di offerta sono inferiori rispetto alla domanda o sono percepiti di bassa qualità).
- Regioni «AUTOSUFFICIENTI» (quadrante III) con bassa mobilità in entrata e in uscita.
- Regioni «ATTRATTIVE» (quadrante IV) con elevata mobilità in entrata e più limitata mobilità in uscita (dove tendenzialmente si collocano le regioni i cui servizi sanitari sono percepiti di elevata qualità).

Nella Figura 4.15 i dati di mobilità sono stati elaborati calcolando altre due variabili:

- assorbimento della mobilità: rapporto tra la mobilità attiva di una regione (numero di pazienti provenienti da fuori regione) e la mobilità totale a livello nazionale tra le regioni;

Figura 4.15 **Assorbimento (*) e generazione (**) della mobilità nelle regioni (2015)**

(*) Vengono inclusi solo i ricoveri ordinari acuti di pazienti provenienti da altre regioni italiane, mentre non si considerano quelli di pazienti esteri e quelli di pazienti di provenienza sconosciuta (a causa della incompletezza nella compilazione delle corrispondenti SDO).
 (**) Si considerano solo i ricoveri in altre regioni e non quelli di pazienti italiani all'estero, poiché questi dati sono rilevati in un altro flusso informativo.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

- generazione della mobilità: rapporto tra la mobilità passiva di una regione (numero di pazienti ricoverati fuori regione) e la mobilità totale a livello nazionale tra le regioni.

A differenza della Figura 4.14, gli indicatori utilizzati nella Figura 4.15 non scontano le dimensioni relative delle diverse regioni. Sono, quindi, meno adatti a rappresentare la maggiore o minore capacità di attrazione e di contenimento della fuga delle singole regioni. Nello stesso tempo, però, danno una rappresentazione più immediata del volume di mobilità generato e assorbito da ogni regione. Le regioni che si collocano sopra la bisettrice hanno saldo negativo, le altre positivo. In particolare:

- la Lombardia attrae il 21,9% della mobilità complessiva fuori regione, seguita da Emilia Romagna (15,2%), Toscana (9,6%) e Lazio (8,7%);
- se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori regione rispetto alla mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (10,5%), seguita da Lazio (10,2%), Lombardia (8,1%), Puglia e Calabria (entrambe 7,9%).

Per il forte impatto che riveste sia sull'organizzazione del SSN sia sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei LEA, par-

Tabella 4.19 **Tempi medi di attesa per procedure in RO e DH (2010-2015)**

Regime Ordinario	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ gg 2010-15	Δ % 2010-15
Tumore alla mammella	22,7	22,6	23,2	25,0	24,7	26,0	3,3	14,5%
Tumore alla prostata	40,2	43,3	42,6	42,5	45,1	47,5	7,3	18,2%
Tumore al colon retto	20,5	21,3	21,4	21,5	21,5	22,8	2,3	11,2%
Tumore all'utero	21,5	23,2	23,6	23,2	23,4	24,3	2,8	13,0%
Bypass coronarico	23,2	27,2	25,8	22,9	22,7	22,1	-1,1	-4,7%
Angioplastica coronarica (PTCA)	20,6	27,9	24,8	19,4	19,8	21,3	0,7	3,4%
Endoarteriectomia carotidea	42,0	40,1	39,6	38,8	40,3	40,7	-1,3	-3,1%
Protesi d'anca	83,3	77,9	79,7	77,2	77,8	79,3	-4,0	-4,8%
Tumore al polmone	19,6	18,4	20,2	20,9	23,1	24,3	4,7	24,0%
Tonsillectomia	76,4	81,6	84,8	90,5	91,6	92,1	15,7	20,5%

Regime Diurno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ gg 2012-15	Δ % 2012-15
Chemioterapia	-	-	22,2	18,1	11,7	11,3	-10,9	-49,1%
Coronarografia	-	-	29,3	31,5	28,5	28,7	-0,6	-2,0%
Biopsia percutanea del fegato	-	-	18,6	17,3	15,7	15,1	-3,5	-18,8%
Emorroidectomia	-	-	51,6	55,6	53,0	50,5	-1,1	-2,1%
Interventi per ernia inguinale	-	-	59,7	61,0	62,9	64,0	4,3	7,2%

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

icolare attenzione viene dedicata al tema delle liste di attesa. A tal fine, il 28 ottobre 2010 è stata siglata l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012 e, più recentemente, è stato approvato il PNGLA per il triennio 2016-2018, con l'obiettivo di garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari. Tali Piani hanno individuato determinate procedure con le quali misurare il tempo di attesa, ossia l'attesa media tra la data di prenotazione di una procedura e la data di ammissione nella struttura.

Le procedure individuate dai PNGLA sono riportate all'interno della Tabella 4.19 insieme ai relativi tempi d'attesa (disponibili per le prestazioni in RO per il periodo 2010-2015, per quelle in DH per il 2012-2015). Naturalmente, bisogna considerare che il dato nazionale nasconde significative differenziazioni tra regioni, aziende e stabilimenti ospedalieri.

A livello nazionale, emerge la capacità di rispondere in tempi brevi alle condizioni più gravi, mostrando tempi di attesa più lunghi per gli interventi che non hanno un impatto sulla sopravvivenza del paziente. Tuttavia, diverse prestazioni urgenti, come tutti i trattamenti chirurgici dei tumori, hanno registrato negli ultimi sei anni disponibili un aumento delle giornate d'attesa compreso tra 2,3 (colon-retto) e 7,3 (prostata). Il trend è parzialmente compensato da una riduzione dei tempi di avvio dei cicli chemioterapici in DH registrata nel periodo 2012-2015, praticamente dimezzatisi e pari a -10,9 giorni. Interventi me-

no critici come la tonsillectomia evidenziano gli incrementi più marcati (+15,7 giornate nel 2010-2015). Le prestazioni relative all'area cardiovascolare (con l'eccezione della coronografia) e ortopedica (protesi d'anca) mostrano invece delle riduzioni.

4.5 Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti

L'analisi dei bisogni, della domanda e del suo grado di soddisfacimento richiede di considerare una pluralità di variabili (demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche), la cui incidenza varia tra le regioni e all'interno delle stesse.

Un'analisi approfondita di tutte le variabili che incidono sul bisogno e sulla domanda di salute esula dagli obiettivi del presente capitolo. Di seguito, si discutono solo alcuni indicatori utili per delineare il quadro demografico, che costituisce uno dei fattori più rilevanti per la determinazione delle propensioni al consumo sanitario (Cutler e Sheiner, 1998; Herwartz e Theilen, 2003; Spillman e Lubitz, 2000). Il presente paragrafo riprende pertanto alcune riflessioni svolte nelle precedenti edizioni del Rapporto OASI e nel Capitolo 2 del presente Rapporto, con alcune significative puntualizzazioni.

L'analisi delle principali variabili demografiche a livello nazionale offre un quadro sostanzialmente consolidato con alcune tendenze evidenti nel corso degli ultimi anni: il costante invecchiamento della popolazione, la bassa natalità, la stabilizzazione della popolazione nonostante i fenomeni migratori.

La Tabella 4.20 sintetizza alcune variabili demografiche nel periodo 2010-2016 e permette di evidenziare:

- ▶ la costante discesa del tasso di natalità (dal 9,5 del 2010 al 7,8 per 1.000 abitanti del 2016);
- ▶ la stabilizzazione nel 2016 del tasso di mortalità attorno al 10 per mille, dopo il picco del 2015 quando si ebbero 647.571 decessi rispetto ai 598.364 del 2014 e ai 615.261 del 2016. In effetti, il 2015 è considerato da questo punto di vista un anno abbastanza anomalo anche a livello europeo a causa degli effetti di

Tabella 4.20 **Indicatori demografici (2010-2016)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tasso di natalità (per mille ab.)	9,5	9,2	9,0	8,5	8,3	8,0	7,8
Tasso di mortalità (per mille ab.)	9,9	10,0	10,3	10,0	9,8	10,7	10,0
Tasso di nuzialità (per mille ab.)	3,7	3,4	3,5	3,2	3,1	3,2	3,3
Numero medio di figli per donna	1,46	1,44	1,42	1,39	1,37	1,35	1,34
Età media madre al parto	31,3	31,4	31,4	31,5	31,6	31,6	31,7

Fonte: ISTAT, 2016

fattori congiunturali legati, come osserva ISTAT (2016), a fenomeni epidemiologici particolari e a condizioni climatiche atipiche⁴⁴;

- ▶ il calo del tasso di nuzialità, parzialmente compensato da una ripresa a partire dal 2015;
- ▶ l'aumento dell'età media delle madri al momento del parto e il calo del numero medio di figli per donna.

A livello nazionale, nel 2016 è ripresa la crescita tendenziale della speranza di vita, sia alla nascita, sia a 65 anni, dopo la lieve riduzione registrata nell'anno precedente. Permane la significativa differenza fra le aspettative di vita alla nascita tra generi, anche se tende lievemente a diminuire: da 5 anni nel 2010 a 4,5 nel 2016 a favore del genere femminile (Tabella 4.21). Le differenze regionali nella speranza di vita sono relativamente contenute, con il valore massimo della PA di Trento (83,5 anni) e il minimo della Sicilia (81,3). Tuttavia, l'aspettativa di vita nelle regioni meridionali rimane ancora mediamente di oltre un anno inferiore rispetto a quella delle regioni del Nord. L'indagine ISTAT «Aspetti della vita quotidiana», con riferimento a dati relativi al 2015, aggiunge ulteriori elementi di riflessione a questo riguardo, riportando anche la speranza di vita in buona salute alla nascita e la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni. Le differenze tra Nord e Sud diventano più marcate quando si considerano queste due variabili (Tabella 4.22): gli abitanti delle regioni del Nord Italia si aspettano alla nascita di vivere in buona salute 3,6 anni in più rispetto ai residenti del Mezzogiorno e quasi 3 anni in più senza limitazioni nelle attività quotidiane a partire dai 65 anni di età. Rispetto ai dati 2013 pubblicati nel Rapporto OASI 2016, si segnala l'aumento nella speranza di vita senza limitazioni a 65 anni pari a 6 mesi a livello nazionale e omogeneo in tutte le macroaree territoriali.

Tabella 4.21 **Speranza di vita alla nascita e a 65 anni, per sesso (2010-2016)**

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Maschi	speranza di vita alla nascita	79,3	79,5	79,6	79,8	80,3	80,1	80,6
	speranza di vita a 65 anni	18,2	18,3	18,3	18,6	18,9	18,7	19,1
Femmine	speranza di vita alla nascita	84,3	84,4	84,4	84,6	85	84,7	85,1
	speranza di vita a 65 anni	21,7	21,8	21,8	22	22,3	22	22,4

Fonte: ISTAT, 2016

Al di là di ogni valutazione sull'accesso e l'efficacia dei servizi sanitari regionali, risultano sempre più importanti e riconosciuti gli impatti sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari delle variabili legate agli stili di vita e alla qualità dell'alimentazione e, più in generale, delle variabili considerate *determinanti*

⁴⁴ Cfr. ISTAT, BES 2016, pag. 31.

Tabella 4.22 **Speranza di vita e di vita in buona salute alla nascita, speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni, per area geografica (2015)**

	Speranza di vita alla nascita	Speranza di vita in buona salute alla nascita	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni
Nord	82,7	59,6	10,8
Centro	82,6	58,8	10,1
Mezzogiorno	81,6	56	7,9
Italia	82,3	58,3	9,7

Fonte: Rapporto BES Istat 2016

non mediche della salute, trattate nel Capitolo 2 del presente Rapporto, cui si rimanda per approfondimenti.

Al riguardo, elementi di riflessione sullo stato di salute della popolazione possono essere ricavati dal sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), avviato nel 2006 con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dai Piani sanitari nazionali e regionali e di contribuire alla valutazione del Piano nazionale della prevenzione⁴⁵. Per quanto riguarda aspetti della vita importanti in termini di salute come l'attività fisica, gli ultimi dati disponibili dal sistema di monitoraggio PASSI confermano quanto osservato nel Capitolo 2 del presente Rapporto, sottolineando inoltre che *«la sedentarietà è associata all'avanzare dell'età (sebbene fra i più giovani – 18-34enni – la quota di sedentari raggiunga comunque quote poco inferiori al 30%), al genere femminile, a uno status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche o basso livello di istruzione. Il gradiente geografico è molto chiaro e a sfavore del Sud Italia in cui la quota di sedentari è più elevata (eccezion fatta per Molise e Sardegna). Anzi, nel tempo, la quota di sedentari aumenta in particolare fra i residenti nelle regioni meridionali»*⁴⁶.

Sempre facendo riferimento ai dati PASSI 2012-2015, risulta che, in Italia, 8 donne su 10 in età fra 25 e 64 anni si sottopongono a scopo preventivo allo screening cervicale (Pap-test o Hpv test), all'interno di programmi organizzati o

⁴⁵ Passi è un sistema di sorveglianza gestito dalle ASL, che lo portano avanti in ogni fase, dalla rilevazione all'utilizzo dei risultati, giovandosi del supporto e dell'assistenza di un coordinamento centrale, che assicura la messa a punto e diffusione di procedure standardizzate di rilevazione (il piano di campionamento, il questionario standardizzato per la raccolta delle informazioni, strumenti di monitoraggio della qualità dei dati raccolti e delle performance nella rilevazione delle singole aziende) e di strumenti di analisi dei dati (per l'analisi dei dati aziendali e regionali), e assicura la comunicazione dei risultati (per esempio con la diffusione sul sito web dei principali risultati a livello nazionale e regionale).

⁴⁶ Cfr. <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita.asp>

per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali, che suggeriscono alle donne di 25-64 anni di sottoporsi allo screening ogni tre anni per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina. Inoltre, 7 donne su 10 fra i 50 e i 69 anni si sottopongono a scopo preventivo allo screening mammografico all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali (che suggeriscono alle donne di questa classe di età di sottoporsi a mammografia ogni due anni per la diagnosi precoce del tumore al seno).

La copertura dello screening mammografico non è uniforme sul territorio nazionale con una adesione molto inferiore nelle regioni meridionali, dove solo la metà della popolazione target femminile si sottopone a mammografia a scopo preventivo.

Queste differenze territoriali si riscontrano anche relativamente all'adesione delle donne target allo screening per neoplasia cervicale, dove al dato medio italiano del 79,2% si contrappongono valori che sfiorano il 90% nel Centro e nel Nord e valori al di sotto del 50% in Calabria e Campania.

Un'altra utile prospettiva di valutazione delle determinanti della domanda di servizi sanitari è rappresentata dall'analisi dei dati sulla prevalenza delle patologie croniche. Secondo i dati rilevati dall'ISTAT, le malattie croniche con maggiore prevalenza sono: l'artrosi/artrite (16,4%), l'ipertensione (16,7%), le malattie allergiche (10,0%), la bronchite cronica e asma bronchiale (5,9%), il diabete (5,4%).

Nel 2016, il 70,1% della popolazione dichiara di essere in buona salute, mentre il 39,1% presenta una malattia cronica e il 20,7% almeno due. Ovviamente le patologie croniche sono caratteristiche delle età più avanzate e due terzi degli anziani ultra settantacinquenni dichiarano di soffrire di più di una malattia cronica. Tuttavia è da segnalare che la prevalenza di patologie croniche caratterizza anche le età intermedie con una significativa discesa delle persone in buona salute tra i 55 e i 59 anni e il parallelo dato del 53% di cronici in questa classe di età (Tabella 4.23).

Fra le persone più giovani sono relativamente presenti cronicità a carico del sistema respiratorio e relative a malattie allergiche. Fra le persone anziane (specialmente a partire dai 65 anni) sono prevalenti le patologie del sistema muscolo-scheletrico e del sistema circolatorio, cui si accompagna un'alta percentuale di persone affetta da disturbi al sistema nervoso in età avanzata (soprattutto a partire dai 75 anni) (Tabella 4.24).

La Tabella 4.25 mostra inoltre come non si rilevino significative differenze territoriali nella distribuzione di condizioni legate a una o più patologie croniche nel Paese: da un lato, le regioni meridionali (37,5) fanno registrare percentuali di individui con almeno una malattia cronica inferiori alla media nazionale (39,1) e, più marcatamente, alle regioni settentrionali (40,3); dall'altro, le regioni del Nord (20,2) fanno segnare un valore più modesto della media nazionale

Tabella 4.23 **Percentuale di persone per condizioni di salute e presenza di alcune malattie croniche (2016)**

Classe di età	% di persone per condizioni di salute e presenza di alcune malattie croniche		
	in buona salute	con almeno una malattia cronica	con almeno due malattie croniche
0-14 anni	95,9	8,5	1,6
15-17 anni	93,2	15,5	3,2
18-19 anni	91,3	15,8	2,8
20-24 anni	89,7	19,2	3,7
25-34 anni	88,4	18,2	4,4
35-44 anni	81,6	23,6	6,6
45-54 anni	71,4	38,0	15,3
55-59 anni	62,3	53,0	25,4
60-64 anni	54,0	60,9	33,9
65-74 anni	42,6	74,1	47,2
75 anni e più	24,0	85,3	66,7
Totale	70,1	39,1	20,7

Fonte: ISTAT, 2017

Tabella 4.24 **Percentuale di persone con specifiche malattie croniche, per classe d'età (2016)**

Classe di età	% di persone con malattie croniche										
	cronici in buona salute	affetti da diabete	affetti da ipertensione	affetti da bronchite cronica	affetti da artrosi, artrite	affetti da osteoporosi	affetti da malattie del cuore	affetti da malattie allergiche	affetti da disturbi del sistema nervoso	affetti da ulcera gastrica o duodenale	
0-14 anni	81,9	0,3	0,0	2,1	0,2	0,0	0,4	6,8	0,6	0,0	
15-17 anni	81,5	0,7	0,0	4,1	0,5	0,4	0,7	11,7	1,9	0,4	
18-19 anni	78,4	0,5	0,0	2,5	0,1	0,1	0,1	13,4	2,2	0,4	
20-24 anni	78,4	0,5	0,8	2,8	0,5	0,5	0,8	14,5	3,1	0,7	
25-34 anni	71,5	0,7	1,3	2,9	1,3	0,4	0,3	12,2	2,6	1,2	
35-44 anni	61,2	1,1	3,8	3,2	3,7	0,6	0,7	11,9	2,7	1,4	
45-54 anni	51,3	2,8	13,7	4,1	11,4	3,2	2,0	12,3	4,3	2,5	
55-59 anni	46,8	5,9	25,0	5,9	20,1	7,8	2,9	12,5	5,7	3,6	
60-64 anni	39,2	8,7	32,5	6,9	26,9	12,1	5,4	9,7	5,7	4,7	
65-74 anni	33,4	13,4	44,7	9,7	37,6	18,8	9,3	9,4	7,0	4,7	
75 anni e +	18,8	19,5	54,1	16,9	56,4	32,8	16,6	8,6	12,2	5,4	
Totale	42,3	5,3	17,4	5,8	15,9	7,6	3,9	10,7	4,5	2,4	

Fonte: ISTAT, 2017

Tabella 4.25 **Percentuali di persone per condizioni di salute e presenza di patologie croniche, per area geografica (2016)**

Territorio	in buona salute	con almeno una malattia cronica	con almeno due malattie croniche	cronici in buona salute
Nord	71,5	40,3	20,2	46,9
Centro	68,7	39,3	20,6	41,2
Sud e Isole	69,0	37,5	21,3	36,6
Italia	70,1	39,1	20,7	42,3

Fonte: ISTAT, 2017

(20,7) per quanto concerne la percentuale di individui con almeno due patologie croniche. Rileva tuttavia sottolineare la non trascurabile differenza tra le tre macroaree geografiche in merito alle percentuali di pazienti cronici che godono di buona salute: nelle regioni settentrionali si registrano i valori più elevati, pari a 46,9 punti percentuali, mentre Centro (41,2) e Sud e Isole (36,6) fanno registrare valori inferiori alla media nazionale (42,3).

L'insieme delle analisi appena mostrate consente dunque di richiamare l'attenzione degli operatori sanitari a tutti i livelli sull'importanza, accanto ai fattori territoriali, delle differenze sociali e culturali come spiegazione dei differenziali nelle domande di servizi sanitari a livello regionale e della loro efficacia in termini di impatto sulla salute dei cittadini.

Da questo punto di vista scelte di *policy* che potenzino capitoli come la prevenzione, l'educazione alimentare, la diffusione di stili di vita corretti e salutistici e che migliorino nel contempo l'accesso ai servizi da parte della popolazione meno istruita e in condizioni economiche e sociali meno favorevoli risultano scelte obbligate per tutti i servizi sanitari regionali.

Appendice I. Quadro delle principali modifiche nell'assetto istituzionale dei SSR

Box 4.1 Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31/12/95 al 15/07/17

PIEMONTE

2004: Istituzione dell'ASO Ordine Mauriziano di Torino (LR 39/04).

2006: Riassetto del SSR: fusione in 7 nuove ASL di 16 delle 22 ASL esistenti: ASL TO1 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO2 per accorpamento di 2 ASL, ASL 3 per accorpamento di 2 ASL, ASL 4 per accorpamento di 2 ASL, ASL 5 per accorpamento di 2 ASL, ASL 10 per accorpamento di 3 ASL, ASL 13 per accorpamento di 3 ASL.

2012: Accorpamento di tre AO Torinesi (S. G. Battista – Molinette, CTO – Maria Adelaide, OIRM – Sant'Anna) nell'AO «Città della Salute e della Scienza», integrata con la Facoltà di Medicina di Torino.

2017: Istituzione della nuova ASL Città di Torino per effetto della fusione di ASL TO1 e ASL TO2.

LOMBARDIA

1997: Definizione dei nuovi ambiti territoriali delle ASL (LR 31/97), che sono passate da 44 a 14.

1997: Costituzione di 11 nuove AO (DCR 742/97).

1998: Costituzione dell'ASL di Vallecamonica-Sebino (LR 15/98).

2002: Costituzione di 2 nuove AO: Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (DCR 401/02)

2003: Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio (DCR 747/03). Attualmente solo l'ASL della Valcamonica continua a gestire direttamente un presidio ospedaliero (Esine).

2016: Riassetto del SSR: istituzione di 8 Agenzie di Tutela della Salute – ATS – e 27 Aziende Socio Sanitarie Territoriali – ASST (LR 23/2015).

PA BOLZANO

2007: Accorpamento delle ASL di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico nell'Azienda Sanitaria Provinciale dell'Alto Adige (LP 9/2007).

VENETO

1996: Accorpamento delle ULSS 11 Venezia e 12 Mestre (DGR 6368/96).

2017: Riassetto del SSR: riduzione del numero di ULSS da 21 a 9 e istituzione dell'Azienda Zero (LR 19/2016).

FRIULI VENEZIA GIULIA

2015: Riordino del SSR: accorpamento delle aziende per i servizi sanitari «Isontina» e «Bassa Friulana» nell'azienda per l'assistenza sanitaria (A.A.S.) n. 2 «Bassa Friulana-Isontina», accorpamento dell'azienda per i servizi sanitari «Friuli Occidentale» e dell'Azienda Ospedaliera «Santa Maria degli Angeli» nella A.A.S. n. 5 «Friuli Occidentale».

2016: Istituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata (ASUI) di Trieste per effetto dell'incorporazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Ospedali Riuniti» di Trieste nell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 «Triestina» e istituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata (ASUI) di Udine per effetto dell'incorporazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Santa Maria della Misericordia» di Udine nell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 «Friuli Centrale» (LR 17/2014).

LIGURIA

2008: Soppressione dell'Azienda Ospedaliera «Ospedale S. Corona» e dell'Azienda Ospedaliera «Villa Scassi», con ritorno dei presidi ospedalieri alla gestione diretta ASL.

2012: Accorpamento dell'Ospedale S. Martino di Genova e dell'IST – Istituto nazionale per la ricerca sul cancro – e relativo riconoscimento della nuova struttura («AOU IST San Martino») come IRCCS pubblico, in base alla LR 2/2011.

EMILIA ROMAGNA

2003: Istituzione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna (LR 21/03) che accorpa le tre ASL della provincia di Bologna (ASL Città di Bologna, Bologna Sud e Bologna Nord), con esclusione della ASL di Imola.

2014: Istituzione della nuova AUSL della Romagna che accorpa le quattro AUSL di Ravenna, Cesena, Forlì e Rimini.

2017: Nascita della nuova Azienda Usl di Reggio Emilia a seguito della fusione dell'AUSL di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera «Arcispedale Santa Maria Nuova».

MARCHE

1996: Costituzione dell'AO Umberto I Torrette di Ancona (DGR 3959/96).

2003: Riorganizzazione del SSR (LR 13/03) con: (i) la costituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale in cui sono state accorpate le precedenti 13 ASL; (ii) la fusione per incorporazione nell'Azienda Ospedaliera «Umberto I» delle Aziende ospedaliere «G.M. Lancisi» e «G. Salesi» (queste ultime hanno assunto, con la fusione, la natura di presidi di alta specializzazione nell'ambito della nuova azienda ospedaliera).

2009: Accorpamento strutture ospedaliere San Salvatore di Pesaro e Santa Croce di Fano nella nuova Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord (LR 21/2009).

UMBRIA

1998: Incorporazione dell'ASL di Orvieto nell'ASL di Terni (LR 3/98).

2013: La nuova Azienda USL Umbria 1 sostituisce la ex Az. USL 1 – Città di Castello e la ex Az. USL 2 – Perugia. La nuova Azienda ASL Umbria 2 sostituisce invece la ex Az. USL 3 – Foligno e la ex Az. USL 4 – Terni.

LAZIO

1999: Costituzione dell'AO Universitaria S. Andrea (DPCM 22 luglio 1999), che ha inizialmente svolto solo attività ambulatoriale, mentre dal 2002 eroga anche prestazioni di ricovero.

2015: Riorganizzazione dell'AO San Filippo Neri in Presidio Ospedaliero a gestione diretta dell'ASL Roma E.

2016: Riorganizzazione delle aziende dell'area metropolitana di Roma: istituzione dell'ASL «Roma 1» per effetto della fusione delle aziende «Roma A» e «Roma E»; istituzione dell'ASL «Roma 2» per effetto della fusione delle aziende «Roma B» e «Roma C»; ridenominazione delle aziende «Roma D», «Roma F», «Roma G» e «Roma H» in «Roma 3», «Roma 4», «Roma 5» e «Roma 6».

ABRUZZO

2010: Riassetto del SSR attraverso la fusione in 2 ASL di 4 delle 6 preesistenti ASL (LR 5/2008): l'ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila per accorpamento dell'ASL di Avezzano-Sulmona (ex ASL 1) con l'ASL dell'Aquila (ex ASL 4) e l'ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti per accorpamento delle ASL di Chieti (ex ASL 2) e di Lanciano-Vasto (ex ASL 3).

MOLISE

2005: Riorganizzazione del SSR (LR 9/05) con la costituzione dell'Azienda Sanitaria Regionale Molisana (ASREM), in cui sono state accorpate le precedenti 4 ASL.

CAMPANIA

1997: Costituzione dell'AO «Cotugno» tramite scorporo dall'AO «Monaldi Cotugno» di Napoli (DGR 8048/97 e 22782/97).

2008: Riorganizzazione del SSR con la creazione di 4 ASL provinciali (Avellino, Benevento, Caserta e Salerno), in virtù della fusione delle rispettive ASL sub provinciali, e di 3 ASL nella Provincia di Napoli: Napoli 1, Napoli 2 (accorpamento delle ASL NA2 e NA3) e Napoli 3 (accorpamento delle ASL NA4 e NA5).

2011: Costituzione per accorpamento delle precedenti AO dell'AO di rilievo nazionale Monaldi – Cotugno – CTO (Decreto Commissario ad acta 70/2010).

PUGLIA

1996: Costituzione dell'AO SS. Annunziata di Taranto (Decreto Pres GR 53/96).

1997: Costituzione dell'AO Ospedali Riuniti di Foggia (Decreto Pres GR 44/97).

2002: Soppressione di 4 AO (su 6 restano solo AO Ospedali Riuniti di Foggia e AO Policlinico di Bari) (DGR 1429/02), con ritorno dei presidi ospedalieri alla gestione diretta ASL.

2006: Riassetto del SSR: costituzione dell'ASL BAT (ex ASL BA/1) e fusione in 3 nuove ASL di 9 ASL preesistenti: ASL BA per accorpamento delle ASL BA/2, BA/3, BA/4, BA/5; ASL FG per accorpamento delle ASL FG/1, FG/2 e FG/3; ASL LE per accorpamento delle ASL LE/1 e LE/2 (LR 39/2006).

BASILICATA

2008: Riassetto del SSR con creazione di due nuove ASL provinciali: ASP (ASL di Potenza) e ASM (ASL di Matera) (LR 12/2008).

CALABRIA

2007: Riassetto del SSR: fusione in 3 ASL di 9 delle 11 ASL esistenti: ASL di Cosenza per accorpamento delle ASL Paola, Castrovillari, Rossano e Cosenza; ASL di Catanzaro per accorpamento delle ASL Lamezia Terme e Catanzaro; ASL di Reggio Calabria per accorpamento delle ASL Locri, Palmi e Reggio Calabria.

2012: Accorpamento ASL Locri e ASL Reggio Calabria (Palmi e Reggio) nell'ASP Reggio Calabria.

SICILIA

2009: Riassetto del SSR attraverso la definizione di 9 Aziende Sanitarie Provinciali, 3 Aziende Ospedaliere di riferimento regionale e 2 Aziende Ospedaliere di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione (ARNAS).

SARDEGNA

2017: Riassetto del SSR: costituzione dell'ASL unica, ribattezzata ATS – Azienda per la Tutela della Salute (LR 17/2016).

Box 4.2 **Assetti istituzionali per l'accentramento dei processi di acquisto di beni e servizi sanitari e di altre funzioni amministrative (2002-2017)**

VALLE D'AOSTA

Attribuzione della funzione di Centrale unica di committenza regionale (CUC) all'IN.VA Spa nel 2014.

PIEMONTE

(i) Creazione di aree interaziendali di coordinamento, a cui afferiscono le aziende sanitarie per la gestione dei magazzini, la logistica, la gestione delle reti informative e dei centri di prenotazione (LR 20/2013)

e DGR 43-6861/13). Le funzioni di centrale di committenza regionale restano attribuite alla Società di Committenza Regione Piemonte S.p.A.

LOMBARDIA

- (i) Creazione della Centrale Regionale Acquisti per il monitoraggio delle dinamiche di domanda/offerta di beni/servizi, la gestione diretta centralizzata degli acquisti e l'affiancamento degli enti nell'accesso alla piattaforma SINTEL per la gestione autonoma delle gare telematiche (LR 33/2007). Il 01/10/2012 la Centrale Regionale Acquisti è trasformata in Azienda Regionale (ARCA Lombardia). Con LR 24/2014 l'ARCA è stata designata soggetto aggregatore regionale e le viene affidato il coordinamento delle procedure aggregate.
- (ii) Definizione di cinque Aree Vaste senza personalità giuridica, unioni formalizzate a livello provinciale e/o macro aree, dette «Consorzi», per procedere agli acquisti in forma aggregata (LR 11/2011).
- (iii) DGR n. 6164 del 30/01/2017 «Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. determinazioni in attuazione dell'art. 9 della LR n. 23/2015».
- (iv) DGR n. X/6551 del 4/5/2017 «Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della LR n. 33/2009».

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

- (i) Istituzione di quattro Comprensori Sanitari, coincidenti con il territorio delle sopresse ASL, dotati di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria (LP n. 9 del 02/10/2006).
- (ii) L.P. 3 del 21.3.2017 «Struttura organizzativa del Servizio sanitario provinciale».
- (iii) L.P. 4 del 21.4.2017 «Modifiche di leggi provinciali in materia di salute»
- (iv) Nuova rimodulazione della struttura organizzativa dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.
- (v) È stato nominato un nuovo direttore generale (proveniente da fuori provincia), nominato dal giugno 2015 al giugno 2020.
- (vi) È stato ridotto il numero degli ospedali (da 7 a 4, di cui 3 ospedali con due sedi), da attuare a partire dall'entrata in vigore della L.P. 3/2017.
- (vii) Sono stati chiusi due punti nascita su 7, l'ultimo a ottobre 2016. Il primo a marzo 2015.

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Istituzione già nel 2006 dell'Agenzia Provinciale per gli appalti e i contratti (APAC), operativa dal 2009, che è il soggetto deputato alla realizzazione della spesa del sistema pubblico provinciale.

VENETO

- (i) Istituzione di una Centrale di Committenza per la Sanità della Regione del Veneto (Unità Organizzativa Acquisti Centralizzati SSR – CRAV, oggi individuata anche Soggetto Aggregatore. La Crav (Centrale Regionale Acquisti del Veneto) – istituita con DGR n. 2926/2014 – espleta procedure di gara in base a un programma biennale approvato dalla Giunta regionale e opera già da tempo con categorie merceologiche e volumi di attività in annuale aumento. La Centrale di Committenza – istituita con DGR n. 4206/2008 – è anche soggetto Aggregatore in base alla normativa nazionale sui Soggetti Aggregatori (D.L. n. 66/2014 convertito, con modificazioni, con L. n. 89/2014).
- (ii) Istituzione con DGR n. 567/2015, confermata con DGRV 2174/2016, di cinque Uffici centrali per la gestione dei sinistri da malpractice (Aree PD/RO, VR, VI, BL/TV, VE).
- (iii) Istituzione con DGR n. 1820/2012 del Coordinamento Regionale Unico sul Farmaco (CRUF) per il controllo della spesa sanitaria in materia di farmaci.
- (iv) Istituzione con DGR n. 758/2011 del Coordinamento Regionale per il Management e la Progettazione Europea (CRemPE) per la gestione delle progettualità finanziate dalla UE.

- (v) Istituzione, con DGR n. 4871/1999, e riorganizzazione, con DGR n. 2530/2013 del Sistema Epidemiologico Regionale (SER) che comprende con finalità di analisi epidemiologica, gestione informativa relativa a determinate patologie, studio, ricerca e monitoraggio, i Registri di Patologia ad esso afferenti (istituiti con L.R. 11/2010, art. 18).
- (vi) Istituzione con DGR n. 136/2016 del Coordinamento Regionale Health Technology Assessment (CReHTA), a supporto dei processi di programmazione sanitaria regionale. A seguito della DGR n. 733/2017 le funzioni di HTA del CRUF saranno coordinate dalla UOC HTA di Azienda Zero.
- (vii) Istituzione del Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente DGR n. 4445/2006, DGR n. 1138/2015 e DGR n. 539/2016, il quale è organizzato su 4 ambiti di intervento su:
 1. monitoraggio dei controlli sanitari;
 2. appropriatezza delle prestazioni sanitarie;
 3. liste di attesa e mobilità sanitaria;;
 4. rischio clinico e sicurezza del paziente;
- (viii) Con l'adozione dei provvedimenti attuativi della L.R. n. 19/2016, tuttavia le funzioni attualmente svolte dal Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente saranno concentrate nelle seguenti 3 Unità Operative Complesse (UOC):
 1. UOC Rischio Clinico;
 2. UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie;
 3. UOC Ispezioni sanitarie e sociosanitarie.

FRIULI VENEZIA GIULIA

- (i) Istituzione di tre Aree vaste: Giuliano – Isontina, Udinese, Pordenonese. Per ognuna di queste, almeno formalmente, sono state istituite le Conferenze di area vasta quali «sedi di programmazione coordinata della risposta alla domanda appropriata delle Aziende territoriali, alle Aziende ospedaliere pubbliche e private, all'Istituto Scientifico che insistono nella stessa area». (PSSR 2006-08).
- (ii) Ente per la gestione accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS), istituito a seguito della LR 17/2014 con DGR 2667 dd. 30.12.2014 e approvato con DPR 0264/Pres. del 31.12.2014. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi svolge, per conto degli enti del Servizio sanitario regionale, anche su indicazione della Regione, funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi, nonché funzioni accentrate di supporto tecnico, amministrative e gestionali. Le funzioni accentrate amministrative consistono nelle attività finalizzate agli acquisti di beni e servizi, allo svolgimento di funzioni di stazione appaltante dei lavori pubblici e all'attività amministrativa standardizzata inerente al personale, ivi compresa la formazione.
- (iii) Dal 1° maggio 2016 è cambiato, diventando definitivo, l'assetto degli enti del Servizio Sanitario Regionale con la DGR n. 679 dd. 22.4.2016 recante all'oggetto «LR 17/2014: avvio delle Aziende sanitarie universitarie integrate di Trieste e di Udine ai sensi dell'art. 4, comma 2, e atti conseguenti ai sensi dell'art. 10, comma 6», cui è stata data attuazione con decreto del Presidente della Regione n. 088/Pres. dd. 27.4.2016 che ha preso atto:
 - dell'incorporazione, a decorrere dal 1° maggio 2016, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Ospedali riuniti» di Trieste da parte dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 «Triestina».
 - dell'incorporazione, a decorrere dal 1° maggio 2016, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Santa Maria della Misericordia» di Udine da parte dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 4 «Friuli Centrale».

LIGURIA

- (i) Individuazione di tre Aree Ottimali con compiti di programmazione interaziendale e proposta di atti in materia di servizi amministrativi, di personale e di aggiornamenti tecnologici (art. 7 LR 41/06).
- (ii) In base alla nuova L.R. 17/2016, modif. dalla L.R. 27/2016, il coordinamento sovra-aziendale è affidato alla nuova Azienda sanitaria ligure – A.Li.Sa.

- (iii) Il Comm. Straord., incaricato con la DGR. 760/2016, ha poi emanato gli indirizzi operativi verso le ASL e gli Enti sanitari con la DEL. 1/2017, recepita poi dalla DGR. 7/2017
- (iv) All'interno dell'Azienda A.Li.sa., succeduta all'ARS in data 01.10.2016, è collocata la Centrale Regionale Acquisti prevista dalla L.R. 14/2007, modificata dalla L.R. 34/2012

EMILIA ROMAGNA

- (i) Individuazione di tre Aree Vaste per coordinare le strategie e i processi di acquisto e valutare l'opportunità di una gestione unificata dei processi di gestione del trattamento economico e delle procedure concorsuali per il personale (LR 28/2007).
- (ii) Con la Legge regionale 9/2017 si è definita la fusione tra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia a partire dal 1 luglio 2017.
- (iii) Con la Delibera di giunta 1004 del 2016 si è avviata una sperimentazione gestionale tra Azienda ospedaliero/universitaria di Modena e ospedale di Baggiovara azienda usl di Modena.

TOSCANA

- (i) Istituzione di tre Enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta (ESTAV), dotati di personalità giuridica di diritto pubblico, per la programmazione e coordinamento delle prestazioni e organizzazione sanitaria. Gli ESTAV, inoltre, svolgono la funzione di approvvigionamento beni e servizi, gestione logistica e delle reti informative (art. 9 LR 40/2005). Tuttavia, a partire dal 01/01/2015, questi enti saranno accorpati in un'unica entità amministrativa (ESTAR) che ne erediterà le funzioni (LR 26/2013).
- (ii) L'ESTAR è stato istituito dalla l.r. 26/2014 ed è operativo dal 1° gennaio 2015 (cfr art. 142 quinquies, commi 9 e 10 della l.r. 40/2005 introdotto dalla citata l.r. 26/2014)
- (iii) Lo strumento principale di coordinamento sovraziendale in Toscana è rappresentato dai piani di area vasta, previsti sin dal PSR 1996-1998. Con l'ultima riforma (cfr art. 9 della l.r. 40/2005 così come modificato dalla l.r. 84/2015) è stato introdotto il piano integrato di area vasta che raccorda la programmazione delle aziende ospedaliero-universitarie con quella delle tre nuove macroaziende territoriali ed è stata introdotta una figura specifica, il direttore della programmazione di area vasta, che fra gli altri, ha anche il compito di predisporre il relativo piano (cfr art. 9 bis e 9 ter della l.r. 40/2005)

UMBRIA

Istituzione della CRAS (Centrale Regionale Acquisti Sanità, LR 9/2014) in sostituzione della soppressa Agenzia regionale.

MARCHE

- (i) Creazione di 5 Aree Vaste come sotto-articolazioni dell'ASUR (art. 9 LR 13/2003, come modificato da L.R. n. 17/2011) e di una Stazione Unica Appaltante.
- (ii) Sono stati ridefiniti i vertici di tutti gli Enti del SSR:
 - DGR n. 533/2015, Nomina DG Inrca
 - DGR n. 620/2015, Nomina DG ASUR
 - DGR n. 621/2015, Nomina Direttori delle Aree Vaste dell'ASUR
 - DGR n. 911/2015, Nomina DG A.O. Marche Nord
 - DGR n. 1/2016, Nomina DG A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona
 - DGR n. 1009/2016, Nomina Direttore AV1 ASUR

LAZIO

Supporto per lo sviluppo del mercato elettronico e realizzazione di una Centrale Acquisti Regionale in base all'intesa tra MEF, Consip e Regione, stipulata il 24/01/2008. Nel 2013 la Centrale viene trasformata in Direzione Regionale Centrale Acquisti.

ABRUZZO

Supporto per lo sviluppo del mercato elettronico e la realizzazione di una Centrale Acquisti Regionale in base all'intesa tra MEF, Consip e Regione stipulata il 21/02/08 e rinnovata il 14/10/2009. A Luglio 2014 la Centrale non risulta però operativa.

MOLISE

- (i) Con Legge Regionale 4 maggio 2015, n. 8 è stata istituita, ai sensi e per gli effetti della L. 27 dicembre 2006, n. 296, la Centrale Unica di Committenza Regionale. In base a quanto previsto dall'art. 22 della suddetta legge, alla Centrale è demandata la gestione di procedure contrattuali e di appalto e la realizzazione di lavori pubblici e l'acquisizione di beni e servizi, a favore: a) dell'amministrazione regionale e degli enti del Sistema Regione Molise di cui all'articolo 3, comma 1, della legge regionale 26 gennaio 2012, n. 2; b) degli enti locali della regione; c) degli enti del Servizio Sanitario Regionale.
- (ii) La Centrale, in attuazione dell'art. 9, comma 5, del D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito con L. 23 giugno 2014 n. 89, è stata, altresì, designata quale soggetto aggregatore della Regione Molise. L'azione della Centrale è volta ad aggregare e standardizzare le domande di interesse generale, monitorare i consumi di lavori, beni e servizi, assicurare la trasparenza del mercato degli appalti pubblici di lavori, servizi e forniture, stimolare l'ordinato sviluppo delle capacità concorrenziali, adeguare gli standard di qualità agli effettivi fabbisogni e semplificare i processi di acquisto, perseguendo altresì il miglioramento dell'efficienza delle attività delle pubbliche amministrazioni e il potenziamento delle loro capacità operative, nonché l'economicità di gestione;
- (iii) La Giunta regionale con DGR n. 390 del 27/07.2015 ha istituito il Servizio Centrale unica di Committenza regionale. In base all'art. 23 della L.R. n. 8/2015, la Giunta Regionale con DGR n. 408 del 31/07/2015 ha adottato i provvedimenti organizzativi necessari per il funzionamento della Centrale unica di committenza.
- (iv) Con DGR n. 480 del 17/09/2015 sono state disposte modifiche ed integrazioni alla DGR n. 408 del 31/07/2015 ed in particolare sono state: 1) approvate le linee guida sostitutive del Regolamento adottato con DGR n. 408 del 31/07/2015; 2) approvate i nuovi schemi di Convenzione di cui all'art. 25 comma 2 della L.R. n. 8/2015 relativi agli Enti del Sistema Regione Molise, del Servizio Sanitario Regionale e degli Enti locali.
- (v) Nell'anno 2016 è stato approvato il Programma Operativo Straordinario 2015-2018 (POS) della Regione Molise dalla Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 155/CSR 03.08.2016). L'art. 34 bis Legge 21/06/2017 n. 96 ha riconosciuto il POS 2015-2018 quale strumento di programmazione regionale dell'ambito sanitario.

CAMPANIA

- (i) Costituzione di So.Re.Sa. Spa, ente strumentale della Regione titolare in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura dei beni e attrezzature sanitarie delle aziende sanitarie (art. 2 LR 24/2005).
- (ii) La L.R. n. 4 del 2011 affida a So.Re.Sa. il compito di «assistere e supportare le ASL e AO in materia di controllo di gestione e di pianificazione aziendale nei settori tecnologico, informatico e logistico-gestionale, al fine di promuovere l'adozione di modelli aziendali, organizzativi e gestionali, anche su base sperimentale, orientati all'efficienza, alla competitività e all'efficacia nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e nel soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza».
- (iii) La legge regionale n. 16 del 7 agosto 2014 ha disposto che «(...) la So.Re.Sa. costituisce centrale di committenza regionale e soggetto aggregatore che aggiudica appalti pubblici o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati alle ASL e AO, alle società partecipate in misura totalitaria dalla Regione Campania, ivi comprese quelle in house, ad eccezione di EAV Srl e di Sviluppo Campania S.p.A., agli enti anche strumentali della Regione, diversi da quelli del trasporto su ferro e su

gomma, agli enti locali e alle altre pubbliche amministrazioni aventi sede nel medesimo territorio. Il DCA 56/2016 ha affidato a So.Re.Sa. Spa la funzione di centrale di acquisto dei farmaci e le specialità medicinali per le Aziende sanitarie».

- (iv) La delibera n. 163 del 19 aprile 2016, al fine di garantire le attività riguardanti l'integrazione e l'evoluzione dei flussi informativi (NSIS) consolidati in ordine agli obblighi informativi ministeriali, nonché le azioni di miglioramento in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi stessi, ha affidato a So.Re.Sa. Spa le funzioni di supporto all'attività istruttoria per conto della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR, nel funzionamento del Sistema Informativo Sanitario in ordine ai flussi e le piattaforme informatiche del Sistema Informativo Sanitario regionale.
- (v) Con la delibera n. 10 del 17 gennaio 2017 la Giunta Regionale ha affidato a So.Re.Sa. Spa le attività di integrazione dei Sistemi informativi della Sanità

PUGLIA

- (i) Creazione di una Centrale Acquisti Regionale (EmpULIA) per svolgere le funzioni di Centrale di Committenza, di stipulazione di Accordi quadro e Convenzioni a favore del SSR e degli altri soggetti pubblici pugliesi.
- (ii) Istituzione di tre Macroaree per l'organizzazione di processi gestionali in comune (Piano Regionale di Salute 2008-2010).
- (iii) Istituzione del Centro di assistenza e ricerca sovraziendale per le malattie e costituzione del relativo Coordinamento regionale (DGR n. 2485/2009)

BASILICATA

Supporto per lo sviluppo del mercato elettronico in base all'intesa tra MEF, Consip e Regione stipulata il 19/12/2008.

CALABRIA

Costituzione della stazione unica appaltante prevista ai sensi della LR 26/2007 e del PdR (DGR 845/2009).

SICILIA

- (ii) Istituzione della «Centrale Unica di committenza per l'acquisizione di beni e servizi» che provvede agli acquisti di beni e servizi anche per le aziende del SSR (LR 9/2015).

SARDEGNA

- (i) Istituzione di un Centro di Acquisto Territoriale, legato al Provveditorato regionale, che fornisce servizi per la razionalizzazione delle procedure di approvvigionamento (stipula di convenzioni-quadro, gare telematiche, osservatorio prezzi) ai sensi della LR 2/2007.
- (ii) Delibera del 9 maggio 2017, n. 23/2, Istituzione della direzione generale «Centrale Regionale di Committenza» con funzioni di soggetto aggregatore. Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, artt. 37 e 38.
- (iii) Istituzione Azienda per la Tutela della Salute, L.R. 27 luglio 2016, n. 17
- (iv) Istituzione Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna, L.R. 20 novembre 2014, n. 23

Fonte: elaborazione OASI da Schede Regionali 2017 e Marsilio, 2012

Appendice II. Principali norme regionali in materia di Sanità (aggiornamento: Luglio 2017)

PIEMONTE*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 18/2007, DCR 136/2007, DGR 65-7819/2007, L.R. 28 marzo 2012, n. 3, L.R. 13 novembre 2013, n. 20
- ▶ *Piano di Rientro*- DGR 1-415/2010
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 167-14087/2012, Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2015
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 10/1995, modificata da LR 64/1995, LR 61/1997 e LR 18/2007
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 8/1995, modificata da LR 64/1995, LR 94/1995, LR 69/1996 e LR 14/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 80-1700/2000 e Allegato B DGR 59-6349/2007, DGR n. 21-5144 del 28.12.2012, integrato con DGR n. 16-6418 del 30.09.2013

VALLE D'AOSTA*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 5/2000, modificata da LR 1/2001, LR 18/2001, LR 25/2002, LR 13/2003, LR 21/2003, LR 1/2005, LR 15/2006 e LR 21/2006, LR 20/2011, LR 30/2011, LR 2/2013
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 34/2010, Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2011-2013
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 5/2000, LR 1/2001, LR 18/2001, LR 25/2002, LR 13/2003, LR 21/2003, LR 1/2005, LR 15/2006, LR 21/2006, LR 20/2011, LR 30/2011, LR 2/2013
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 46/ 2009
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 5/2000, modificata da LR 1/2001, LR 18/2001, LR 25/2002, LR 13/2003, LR 21/2003, LR 1/2005, LR 15/2006 e LR 21/2006, LR 20/2011, LR 30/2011, LR 2/2013, DGR 466/2014.

LOMBARDIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 31/1997, L.R. n. 33 del 30 dicembre 2009 recante «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità», LR 23/2015
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 88/2010, Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2014
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 31/1997, L.R. n. 33 del 30 dicembre 2009 recante «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità», LR 23/2015
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 31/1997, L.R. n. 33 del 30 dicembre 2009 recante «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità», LR 23/2015
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR n. X/5113 del 29.04.2016, DGR n. X/5513 del 02.08.2016 e la circolare n. G1.2016.0026107 del 03.08.2016.

PROVINCIA DI BOLZANO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – L.P. 7/2001, L.P. 3 del 21.3.2017 «Struttura organizzativa del Servizio sanitario provinciale», L.P. 4 del 21.4.2017 «Modifiche di leggi provinciali in materia di salute»
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – PSP 2016-2020 (Del. G.P. 1331 del 29.11.2016)
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – L.P. 7/2001; L.P. 3/2017 Azienda sanitaria unica a livello provinciale
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 14/2001

- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del. G.P. n. 506 dell'9.5.2017
- ▶ *Applicazione art. 1, comma 525, della legge 28 dicembre 2015, n. 208: individuazione Enti tenuti alla presentazione del Piano di Rientro aziendale* – Nessuna AO presente sul territorio, nessun piano di rientro. Applicabilità della norma in conformità a quanto previsto dallo Statuto di Autonomia della PAB.

PROVINCIA DI TRENTO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LP 16/2010
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Piano Provinciale sulla tutela della Salute 2010, adottato con L.P. 23 luglio 2010, n. 16.
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LP 16/2010 L.P. 16/10 – Deliberazione di GP n. 773 del 15/04/2011
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 16/2010
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Non definite

VENETO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – L.R. n. 56/1994, L.R. n. 23/2012, L.R. n. 43/2012, L.R. n. 19/2016 «Azienda per il governo della Sanità della Regione Veneto – Azienda Zero», L.R. n. 30/2016 «Collegato alla legge di stabilità regionale 2017».
- ▶ *Agenzia sociosanitaria regionale* – L.R. n. 32/2001 Agenzia Regionale Socio Sanitaria soppressa con L.R. n. 43/2012
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario*: LR 23/2012, Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016.
- ▶ *Legge di contabilità delle aziende sanitarie* – L.R. n. 55/1994 e successive modifiche e integrazioni; LR 56/1994 e s.m.i.;
- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* – L.R. n. 56/1994, L.R. n. 22/2002, DGR n. 2122/2013 «Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla l.r. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016», DGR n. 1527/2015 «Approvazione del documento tecnico in attuazione al Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015», n. 70 ad oggetto «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», DGR n. 1625/2016 «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», DGR n. 610/2014 «Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera», DGR n. 245/2017 «Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico – documento metodologico generale e definizione dei valori minimi di riferimento per il personale del Pronto Soccorso».
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR n. 3415/2002, DGR n. 2271/2013 «Nuove disposizioni in tema di Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto sociosanitario. Articolo 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.e i.. L.R. 29 giugno 2012, n. 23».

FRIULI VENEZIA GIULIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 41/1993; LR 12/1994; LR 13/1995 completamente abrogate dalla 17 del 2014; LR 08/2001; LR 23/2004; LR 21/2005; LR n. 12/2009 artt. 9,10 e 11; LR n. 25/2012*; LR N. 17 DD. 11.11.2013 di abrogazione della precedente LR del 13.12.2012, n. 25*, LR. 17 dd. 16.10.2014

- ▶ *Agenzia Sanitaria Regionale* – ARS istituita da LR 37/1995 abrogata da LR 23.7.2009 n. 12, art. 10 (soppressione ARS) e trasferimento delle funzioni alla Regione
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DGR 465/2010, Piano Sanitario e sociosanitario 2010-2012
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 12/1994, LR 14/2006 e LR 17/2014
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 49/1996, modificata da LR 32/1997, LR 3/1998 e LR 13/1998; LR 30/2007, LR 24/2009 e LR 22/2010
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 834/2005, integrata da DGR 902 del 12/5/2010, DGR 1473 del 17/07/2015

LIGURIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* –LR 41/2006 e ss.mm., L.R. 17/2016, L.R. 27/2016 e L.R. 9/2017
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: Cessata in data 30.09.2016;
- ▶ l'Azienda Ligure Sanitaria-A.Li.Sa. è succeduta a titolo universale nei rapporti giuridici (l.r. 17/2016 e l.r. 27/2016)
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 22/2009, Piano Socio-Sanitario Regionale 2009-2011
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 243/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* –LR 41/2006 (Titolo II), L.R. 17/2016 e L.R. 27/2016
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 10/1995, modificata da LR 53/1995, LR 26/1996, LR 2/1997 e LR 25/2000
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1528/2000, DGR 834/2005 e DGR 7/2017

EMILIA ROMAGNA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* –LR 29/2004; L.R. 22/2013, L.R. 9 del 1/6/2017
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 19/1994, modificata da LR 50/1994, LR 4/2008, DGR 293/2009 e DGR 443/2010, Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 (delibera di giunta 643 del 15 maggio 2017)
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 175/2008 Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, integrato da deliberazione Assemblea legislativa n. 117 del 18/06/2013, «Linee Attuative PSSR 2013-2014»
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* –LR 29/2004
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 50/1994, modificata da LR 11/2000
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* –LR 29/2004, DGR 86/2006 e DGR 2011/2007

TOSCANA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005, LR 60/2008 e LR 26/2014, LR 23/3/2017, n11.
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 71/1998, modificata da LR 22/2000, LR 40/2005 e LR 28/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario*– Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015.
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008

- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008. Gli indirizzi sull'atto aziendale (che in Toscana a partire dalla l.r.22/2000 abbiamo ridenominato «storicamente» erano contenuti nei piani sanitari regionali (in specie nel «vecchio» allegato A), ma con l'ultimo piano sono stati definitivamente cassati. Dovrebbero essere reintrodotti nel nuovo PISSR. In questo momento gli unici indirizzi sono quelli contenuti nella DGR 11/4/2016, n. 317 (Approvazione della direttiva «Primi indirizzi alle Aziende unità sanitarie locali in merito allo Statuto e alle articolazioni di governo all'interno delle aziende», in attuazione degli articoli 50, comma 1, e 69-bis, comma 3, della l.r. 40/2005).

UMBRIA*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 11/2015 – Testo Unico regionale in materia di Sanità e Servizi Sociali
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 298/2009, Piano Sanitario Regionale 2009-2011
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 3/1998, integrata da LR 29/2000, LR 35/2004, LR 15/2005, LR 16/2005, LR 6/2011 e LR 18/2012, modificata con LR 8/2013
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 51/1995, integrata da LR 9/2003, LR 7/2004 e LR 8/2007
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 29/2000, DGR 314/2003 allegato II; LR 18/2012

MARCHE

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 22/1994 modificata da LR 31/1995, 9/1996, 26/1996, 36/2013, 10/2014;
- ▶ LR 13/2003 modificata da LR 17/2010, 17/2011, 19/2012, 28/2012, 45/2012, 8/2017.
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 26/1996, modificata da LR 32/2005, modificata da LR n. 45/2012.
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 38/2011 di approvazione PSR 2012/2014.
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 26/1996 – 13/2003 – 17/2010 modificate dalle L.R. 17/2011 – 19/2012 – 28/2012 – 36/2013 – 10/2014 – 8/2017
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 47/1996
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1117/2004
- ▶ *Delibera di aggiornamento tariffario per le prestazioni di ricovero*: DGR 731/07; DGR 435/07; DGR 65/07; DGR 930/07;
- ▶ DGR 55/10; DGR 56/10; DGR 709/2014; DGR 1331/2014
- ▶ *Delibera di aggiornamento tariffario per le prestazioni ambulatoriali*: DGR 731/07; DGR 295/06; DGR 873/06; DGR 565/06; DGR 116/06; DGR 858/09; DGR 61/10; DGR 709/2014; DGR 1468/2014; DGR 5/2015; DGR 193/2015

LAZIO*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 18/1994, modificata da LR 14/1995, LR 8/1996, LR 40/1997, LR 37/1998, LR 24/2000, LR 10/2001, LR 12/2001, LR 8/2002, LR 11/2004 e LR 15/2007
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 16/1999, modificata da LR 4/2006. Soppressione con L.R. 4/2013
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Decreto Commissario *ad acta* 87/2009, Piano Sanitario Regionale 2010-2012
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 149/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 18/1994, modificata da LR 14/1995, LR 8/1996, LR 40/1997, LR 37/1998, LR 24/2000, LR 10/2001, LR 12/2001, LR 24/2001, LR 8/2002, LR 11/2004 e LR 15/2007

- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 45/1996, modificata da LR 27/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 139/2007, Decreto del Commissario ad Acta n. 259/2014 del 06/08/2014

ABRUZZO*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 20/2006, LR 6/2007 e LR 5/2008
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 37/1999 e DGR 2311/1999; LR 5/2008; LR 6/09
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 5/2008 Piano Sanitario Regionale 2008-2010
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 224/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 37/1999, integrata da LR 93/2000 e LR 5/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 146/1996, modificata da LR 123/1999, LR 15/2004, LR 20/2006, LR 34/2007 e LR 5/2008 Piano Sanitario Regionale 2008-2010
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Decreto del Commissario ad Acta n. 5 del 28/02/2011, Decreto del Commissario ad Acta n. 15 del 14/04/2011, Decreto del Commissario ad Acta n. 4/2012 del 04/04/2012, Decreto del Commissario ad Acta n. 49/2012 del 08/10/2012.

MOLISE

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 11/1997, LR 9/2005, LR n° 18/2008 e LR 34/2008
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – L. R. 34/2008 – POS 2015-2018, approvato con DCA 52 del 12/9/2016; L. 96/2017
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 362/2007.
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 2/1997, LR 9/2005 e LR 34/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – D. L.gls 118/2011 e ss.mm.ii. *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 153/2001 e Decreto del Commissario ad Acta n. 6/2010

CAMPANIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 32/1994 modificata da LR 13/1997; 12/1998; LR 3/2006; LR 20/2015; LR 16/2016
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 20/2015 – Soppressione dell'Agenzia Regionale Sanitaria
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Piano Sanitario Regionale 2011-2013, adottato con Decreto del
- ▶ Commissario ad Acta n. 22 del 22 marzo 2011
- ▶ *Piano di Rientro* – DCA 102/2016
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* –
- ▶ LR 32/1994 modificata da LR 13/1997 e 12/1998 LR 16/2008; LR 6/2016; LR 15/2016;
- ▶ DCA 33/2016; DCA 99/2013
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* –
- ▶ LR 32/1994 modificata da LR 13/1997, 2/1998, 12/1998 e 18/2000;
- ▶ LR 10/2002; LR 28/2003; DCA 65/2016
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DCA n. 18 DEL 18/2/2013

PUGLIA*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 36/1994, modificata da DGR 1429/2002, LR 25/ 2006, LR 25/2006, LR 26/2006 e LR 4/2010; Regolamento regionale 19/2010, 11/2012 e 14/2015
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 24/2001, LR. 1/2004, LR 14/2004 e LR 1/2005
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 23/2008, Piano Regionale di Salute 2008-2010
- ▶ *Piano di Rientro* –LR 2/2011
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 36/1994, integrata da DGR 229/1996, LR 12/2005, LR 39/2006, LR 4/2010 e LR 1/2011
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 38/1994, modificata da LR 19/1995, LR 16/1997, LR 14/1998, LR 20/2002 e successive 1/2004, 1/2005, 39/2006, 40/2007, 45/2008, 34/2009 e 19/2010
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 830/2002; DGR. n. 1388/2011; DGR n. 3008/2012; DGR n. 879/2015

BASILICATA*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 50/1994, LR 39/2001, LR 34/2001 e LR 12/2008
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 317/2012, Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona 2012-2015.
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 39/2001, LR 12/2008, LR 8/2014 e LR 8/2014
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 34/1995, modificata da LR 6/1996
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 2489/2000; LR 26/2011.

CALABRIA*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 26/1994 e LR 2/1996, modificata da LR 11/1996 e LR 9/2007 art. 7
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* –Piano Sanitario Regionale 2007-2009, approvato con DGR. 694/2007.
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 845/2009 ad integrazione e modifica DGR 585/2009 e DGR 752/2009
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 2/1996, modificata da LR 11/1996
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 43/1996 e LR 29/2002
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 316/2006- DPGR 54/2011; DPGR 97/2013

SICILIA*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 30/1993 e LR 5/2009
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Decreto Presidenziale n. 282 18 Luglio 2011, Piano Sanitario Regionale 2011-2013.
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 312/2007, Decreto Assessorato alla Salute del 30/12/2010 Programma operativo 2010-2012 per la prosecuzione del PdR
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 30/1993 e LR 5/2009
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – DA 24469/1998 e LR 8/2000, modificata da LR 26/2000, LR 2/2002, LR 4/2003; circolare 7/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DA 34120/2001, DA 736/2010 e DA 19/3/2012

SARDEGNA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 10/2006, LR 27 luglio 2016 n. 17 «Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale).»
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 10/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 4/2007 Piano Sanitario Regionale 2006-2008
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 30/2007 e 33/2007
- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* – LR 10/2006, LR 27 luglio 2016 n. 17 «Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale).»
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 27 luglio 2016 n. 17 che apporta modifiche alla legge regionale n. 10 del 1997 e sostituisce l'articolo 27 della legge regionale n. 10 del 2006 (Norme in materia di contabilità delle aziende sanitarie)
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Delibere della G.R. n. 29/1 (ATS) e 29/2 (AO e AOU) del 16/6/2017

(*) Non è pervenuta la Scheda Regionale 2017.

Bibliografia

- Airoldi G., Brunetti G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Borgonovi E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Borgonovi E., Zangrandi A. (1996), «Valutazione dei costi e dell'efficienza nei servizi sanitari», in Migione L. (a cura di), *Limiti e responsabilità nella destinazione delle risorse sanitarie*, Edizioni Orizzonte Medico, Roma.
- Cantù E. (2000), «La struttura del SSN italiano», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2000*, Milano, Egea.
- Cantù E. (2002), «La struttura del SSN italiano», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Carbone C. (2003), «La mobilità dei direttori generali: aggiornamenti e integrazioni», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Cutler D., Sheiner L. (1998), «Demographics and the Demand for Medical Spending: Standard and Non-Standard Effects», in Auerbach A., Lee R. (a

- cura di), *Demographic Change and Fiscal Policy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Cuccurullo C. (2012), «Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Romiti A. (2017), «Dall'aziendalizzazione alla regionalizzazione: contesto di riferimento e caratteristiche del modello aziendale in sanità», in Del Vecchio M., Pinelli N., Ripa di Meana F., Romiti A., Tanese A. (a cura di), *Aziende e management per il futuro del SSN*, KOS Comunicazione e Servizi, Roma.
- De Pietro C., Marsilio M., Sartirana M. (2014), «La razionalizzazione della spesa per approvvigionamenti e personale: le regioni in Piano di Rientro a confronto», in CER GAS (a cura di) *Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea.
- Ferrè F., Ricci A. (2011), «La struttura del SSN», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea.
- Fusco D., Davoli M., Pinnarelli L., Colais P., D'Ovidio M., Basigliani A., Perucci C.A. (2012), «Il Programma Nazionale di valutazione Esiti (PNE)», *Monitor*, 30: 22-42, Age.Na.S, Roma.
- Herwartz H., Theilen B. (2003), «The Determinants of Health Care Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples», *Health Economics*, 12, S.: 113-124.
- ISTAT (2016), *BES. Il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma: ISTAT.
- Marsilio M. (2012), «Forme di centralizzazione degli acquisti e delle funzioni amministrative», Relazione al workshop di presentazione del Rapporto OASI 2011, Udine, 15/06/2012.
- Ministero della Salute (2015), *Posti letto per struttura ospedaliera – anni 2010-2014*, disponibile on line <http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=18>.
- Ministero della Salute (2016), *Annuario Statistico del SSN – anno 2013*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2536_allegato.pdf
- Ministero della Salute (2017), *Rapporto SDO 2015*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2548_allegato.pdf
- Ministero della Salute (2017), *Elenco Aziende sanitarie Locali e Strutture di Ricovero*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_1_1.jsp?lingua=italiano&id=13
- Ministero della Salute e AGENAS (2016), Portale del Programma Nazionale

- Esiti (PNE), disponibile *on line* http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/
Osservatorio Nazionale Screening (2015), *I programmi di screening in Italia*,
Roma: Zadig Ed.
- Spillman B.C., Lubitz J. (2000), «The Effect of Longevity on Spending for Acute
and Long-term Care», *New England Journal of Medicine*, 342 (19): 1409-15.
- Zuccatelli G., Carbone C., Lecci F. (2009), «Trent'anni di Servizio Sanitario Na-
zionale. Il punto di vista di un manager», Milano, Egea.

5 **La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione**

di Patrizio Armeni, Arianna Bertolani e Francesco Costa¹

5.1 Premessa

Il capitolo illustra i dati relativi al finanziamento del SSN, alla spesa sanitaria e ai risultati d'esercizio registrati dalle Regioni e Province Autonome (PP.AA.) italiane, presentando lo stato di avanzamento dei Piani di Rientro (PdR) e le misure a copertura dei disavanzi sanitari pregressi. Per un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria, si rimanda all'allegato del Capitolo 3 del Rapporto 2009 (Armeni, 2009). Per questo capitolo, la fonte dei dati di spesa sanitaria pubblica è il Ministero della Salute. Le altre grandezze utilizzate provengono da fonte ISTAT (popolazione e PIL), Corte dei Conti (commento alle variazioni degli aggregati di spesa e analisi dell'avanzamento dei PdR, riportate nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2017). Il capitolo è così strutturato: nel par. 5.2 sono riportati e commentati i dati relativi al finanziamento del SSN (assegnazioni e risorse complessivamente disponibili) e alla spesa sanitaria corrente pubblica e privata a livello nazionale. Il par. 5.3 è, invece, dedicato al dettaglio regionale dei dati di spesa. Infine, nel par. 5.4 è analizzata l'evoluzione dei risultati d'esercizio a livello regionale e sono riportate le principali misure attivate per la copertura degli stessi. Infine, nel par. 5.5 sono riportate le conclusioni. In molte tabelle viene riportato anche l'anno 2001 poiché coincide con la riforma del Titolo V della Costituzione che ha trasferito alle Regioni la responsabilità sulla spesa sanitaria e sui relativi disavanzi.

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§ 5.1 e 5.5 sono da attribuirsi a Patrizio Armeni, i §§ 5.2.1 e 5.2.2 a Francesco Costa e i § 5.3 e 5.4 ad Arianna Bertolani.

5.2 I dati nazionali di finanziamento e spesa del SSN

5.2.1 Il finanziamento del SSN

Per «finanziamento del SSN» si fa riferimento, in genere, a due concetti differenti. Il primo è il finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, ovvero l'insieme delle assegnazioni *ex-lege* destinate alla copertura della spesa sanitaria: si tratta, quindi, di una voce di preventivo. Il secondo concetto, invece, fa riferimento alle risorse complessivamente disponibili per il SSN (riportate nei conti ministeriali con la dicitura «ricavi del SSN»), rilevate a consuntivo, tra cui rientrano, oltre ai trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN² e i trasferimenti da soggetti privati. È in relazione a questo secondo concetto di finanziamento che viene calcolato il disavanzo. Rispetto a quanto inizialmente previsto e stanziato in sede di Legge di Stabilità, di Patto per la Salute e di Conferenza Stato Regioni, nella fase di consuntivazione si possono riscontrare infatti differenze nel valore complessivo dei finanziamenti dovute a:

- ▶ Ulteriori risorse aggiuntive a carico dello Stato e delle Regioni e delle Province Autonome, stanziate a titolo di ripiano dei disavanzi o integrative del finanziamento per i LEA e/o per interventi in campo sanitario previsti da successive norme di legge;
- ▶ Ulteriori trasferimenti di altri enti pubblici e privati;
- ▶ Eventuali correzioni all'ammontare delle assegnazioni, dovute a provvedimenti assunti in corso di esercizio;
- ▶ Maggiori o minori ricavi e entrate proprie.

Il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato

Per l'anno 2016 il livello di finanziamento complessivo cui ha concorso ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del SSN, è stato definito in 111 miliardi di euro.

In merito alla destinazione del finanziamento, lo stanziamento complessivo di 111 miliardi di euro è stato diviso in quattro componenti:

1. finanziamento indistinto: 108,2 miliardi di euro. Questo valore, comprensivo anche delle quote cosiddette finalizzate nei precedenti riparti (pari a 1,1 miliardi di euro), è ottenuto come differenza tra, da una parte, lo stanziamento totale, e dall'altra, la somma di stanziamenti vincolati e programmati per Regioni e Province Autonome, stanziamenti vincolati per altri enti e accantonamenti (di cui sotto). Tale finanziamento è destinato alla copertura del

² Soprattutto ticket e proventi per le attività intramoenia.

fabbisogno c.d. indistinto, genericamente riferito all'esecuzione delle prestazioni rientranti nei LEA;

2. finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PP.AA.: 1,9 miliardi di euro³;
3. finanziamento vincolato per altri enti: 653 milioni di euro;
4. accantonamenti: 277,5 milioni di euro⁴.

Le voci disaggregate di destinazione del finanziamento per il 2016 e le variazioni rispetto al 2015 sono contenute nella Tabella 5.1. Da evidenziare che per il 2016 il finanziamento indistinto comprende anche le voci relative a: i) prevenzione AIDS; ii) prevenzione e cura fibrosi cistica; iii) norme minime relative a sanzioni e provvedimenti nei confronti di datori di lavoro che impiegano cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno è irregolare iv) provvidenze economiche agli Hanseniani. Tali voci, infatti, seppure non valorizzate, nel precedente documento di riparto erano classificate all'interno del finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PPAA. Rispetto al documento di riparto dell'anno precedente, nel 2016, si aggiungono al finanziamento indistinto le seguenti voci: i) 800 milioni di euro in applicazione di quanto disposto nella Legge di Stabilità 2016 (art. 1 c. 555) per l'aggiornamento del DPCM 29/11/2001 (Definizione dei LEA); ii) 50 milioni di euro per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo (L. 190/2014).

Il D.lgs 68/2011 prevede che a partire dal 2013 il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato secondo i costi e fabbisogni medi standard regionali. Lo stesso decreto legislativo prevede anche per il 2016, che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sia chiamato ad individuare le cinque migliori Regioni che:

- i. abbiano garantito l'erogazione dei LEA in condizione di equilibrio economico;
- ii. rispettino criteri di qualità dei servizi erogati;
- iii. rispettino i criteri di appropriatezza ed efficienza;
- iv. non siano assoggettate a PdR.

Da questa rosa di cinque regioni eleggibili, la Conferenza Stato-Regioni individua le tre regioni benchmark per la determinazione dei costi e fabbisogni stan-

³ Tale voce, rispetto al 2015 vede l'inclusione anche di 2 milioni di euro per le prestazioni termali (L. 208/2015, art. 1 c.567)

⁴ L'accantonamento limitatamente al 2016 è pari allo 0,25% del livello del finanziamento del SSN cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2016, effettuato in applicazione di quanto stabilito dall'art. 2, comma 67-bis L 191/2009 e di quanto stabilito, ad integrazione del già citato comma 67-bis, nell'ambito della L.n. 21 del 25 febbraio 2016.

Tabella 5.1 **Articolazione delle risorse finanziarie 2016 e variazione 2015-2016 (milioni di Euro)**

Designazione risorse	Anno 2016	Variazione 2015-2016
1. Finanziamento indistinto di cui	108.193	1,18%
1.1 Ospedale Bambin Gesù	191	-6,69%
1.2 Associazione Cavalieri Italiani del Sovrano Ordine di Malta	37	0,00%
1.3 Finanziamento finalizzato	1.119	315,99%
1.3.1 Rinnovo convenzioni SSN	69	0,00%
1.3.2 Regolarizzazione cittadini extracomunitari occupati in attività di assistenza alla persona	200	0,00%
1.3.3 Aggiornamento DPCM 29/11/2001	800	-
1.3.4 Gioco d'azzardo	50	-
2. Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PPAA.	1.879	1,26%
2.1 Obiettivi PSN	1.500	1,35%
2.2 Emergenza veterinaria	40	0,00%
2.3 Borse di studio triennali medici medicina generale	39	-0,01%
2.4 Fondo per l'esclusività del rapporto personale dirigente ruolo sanitario	30	0,01%
2.5 Assistenza extracomunitari irregolari	31	0,00%
2.6 Attività di medicina penitenziaria	7	0,00%
2.7 Accantonamenti medicina penitenziaria	165	0,00%
2.8 Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)	55	2,73%
2.9 Screening neonatale	10	0,00%
2.10 Revisione tariffe prestazioni termali	2	-
3. Finanziamento vincolato per altri enti	653	0,00%
3.1 Borse di studio specializzandi	173	0,00%
3.2 Istituti zooprofilattici sperimentali	266	0,00%
3.3 Croce Rossa Italiana	146	0,00%
3.4 Oneri contrattuali personale Istituti zooprofilattici	13	0,00%
3.5 Mutui CC.DD.PP.	3	0,00%
3.6 Centro Nazionale Trapianti	2	0,00%
3.7 Formazione dei medici specialisti	50	0,00%
4. Accantonamenti	278	1,17%
TOTALE	111.002	1,17%

Fonte: elaborazioni da dati Ministero della Salute (2017)

dard. Per l'anno 2016, l'art. 1 della Legge n. 21 del 2016 individua come Regioni di riferimento quelle stabilite dalla Conferenza Stato – Regioni nella seduta del 17 dicembre 2015 e già utilizzate per la costruzione della proposta di riparto relativa all'anno 2015: Marche, Umbria e Veneto.

Per la definizione del finanziamento a livello regionale, il costo medio pro-capite delle tre Regioni *benchmark* viene rapportato alla popolazione pesata per genere ed età⁵ al 1 gennaio 2016 (dato anagrafico più aggiornato disponi-

⁵ Sono stati utilizzati i pesi del riparto FSN anno 2011.

bile al momento dell'elaborazione della proposta di riparto). Il costo medio pro-capite ponderato viene poi moltiplicato per la popolazione di ciascuna Regione o P.A., suddividendo così i risultati per i singoli Livelli Essenziali di Assistenza. Proporzionalmente sono poi determinati i relativi sub-livelli assistenziali:

- ▶ prevenzione: 5%;
- ▶ distrettuale: 51%;
 - ◀ medicina di base: 7%;
 - ◀ farmaceutica: 11,58%⁶;
 - ◀ specialistica: 13,3%;
 - ◀ territoriale: 19,12%;
- ▶ ospedaliera: 44%

Tali percentuali, per il 2016, sono invariate rispetto a quelle relative al 2015.

Nell'ultimo documento di riparto si è rispettato quanto disposto dall'art. 27 del D.lgs 68/11 che prevede che la quota percentuale assicurata alla migliore Regione benchmark non possa essere inferiore a quella già assegnata alla stessa Regione l'anno precedente al netto delle variazioni di popolazione. L'utilizzo dei costi pro-capite, pesati per i livelli di assistenza delle Regioni *benchmark* rende la quota di accesso delle Marche (prima Regione) per l'anno 2016 identica a quella determinata in sede di riparto 2015.

Le risorse complessivamente disponibili del SSN

Le risorse destinate al finanziamento del SSN (indicate nelle tabelle ministeriali come ricavi) per l'anno 2016 (Tabella 5.2), al netto dei proventi della gestione straordinaria e di quelli dell'intramoenia, che sono portati in detrazione al livello di spesa, ammontano complessivamente a 116,151 miliardi di euro, di cui 115,498 miliardi di euro riferiti alle Regioni e alle Province Autonome e 0,653 miliardi di euro riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato⁷. Tali valori includono, oltre ai fondi messi a disposizione dal livello centrale, le risorse proprie regionali (derivanti ad esempio dalle addizionali d'imposta IRPEF e IRAP), le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN

⁶ Per quanto concerne il riparto della quota relativa all'assistenza farmaceutica territoriale, la L.135/2012 fissa il relativo tetto all'11,35% del livello di finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato per il medesimo anno, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale ed al netto i) degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA e ii) delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende Sanitarie. Pertanto la percentuale dell'11,35%, rapportata al finanziamento indistinto complessivo, si ridetermina in 11,58%.

⁷ In particolare, ci si riferisce a: Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa Depositi e Prestiti (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali (finanziamento corrente).

Tabella 5.2 **Articolazione delle risorse complessivamente disponibili 2016 e variazione 2015–2016**

Ricavi	Miliardi di Euro (2016)	Variazione 2015–2016
1. Regioni e PPA.	115,50	1,93%
1.1 Irap e Addizionale Irpef	30,65	1,52%
1.2 Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	63,79	1,20%
1.3 Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	11,74	8,96%
1.4 Riparto quota premiale	0,28	1,17%
1.5 Ricavi e Entrate Proprie varie	2,94	-3,81%
1.6 FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	4,56	2,95%
1.7 Costi capitalizzati	1,78	-1,25%
1.8 Rettifiche e utilizzo fondi	-0,24	-6,27%
2. Altri enti del SSN	0,65	0,00%
2.1 Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato	0,65	0,00%
TOTALE	116,15	1,92%

Fonte: nostra elaborazione della delibera CIPE di riparto delle risorse per il SSN per l'anno 2016 e dei dati del Ministero della Salute, NSIS (dati del IV trimestre 2016 aggiornati alla data del 9 maggio 2017)

(ticket e intramoenia), i trasferimenti da altri enti del settore pubblico allargato e dai privati⁸.

Dal 2012, sono riportate come ricavi a consuntivo (tra i finanziamenti da altri enti del settore pubblico e dai privati) anche le risorse destinate dalle Regioni a copertura dei disavanzi. Tali fondi derivano dai maggiori introiti fiscali relativi alla maggiorazione delle aliquote IRPEF e IRAP.⁹ Il gettito della maggiorazione delle aliquote è contabilizzato come risorsa aggiuntiva erogata dalla Regione per la copertura dei LEA.¹⁰

Le voci che concorrono alla definizione delle risorse complessivamente a disposizione del SSN nel 2016 e le variazioni rispetto al 2015 sono riportate nella Tabella 5.2. Nel 2016, il rapporto tra ricavi netti¹¹ del SSN e PIL non mostra variazioni rispetto al 2015 e si attesta al 6,9% (Tabella 5.3), mentre il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 1.913 euro (+1,92% rispetto al 2015).

⁸ Gli ulteriori trasferimenti comprendono, oltre la quota parte del fabbisogno nazionale ripartito dal CIPE, dalla Regione o dalla P.A. a carico dei loro bilanci, nonché quelli dal settore pubblico (altre amministrazioni statali, province, comuni) e da quello privato, desunti dal SIS.

⁹ IRPEF: Imposta sul reddito delle persone fisiche; IRAP: Imposta regionale sulle attività produttive.

¹⁰ In precedenza, il trattamento contabile di queste risorse era eterogeneo, con alcune Regioni che lo includevano tra i ricavi come nel caso dell'Emilia-Romagna, altre (come ad esempio, il Lazio) come copertura perdite. A partire dal consuntivo 2012 le risorse raccolte dall'extra gettito IRPEF e IRAP devono essere contabilizzate come ricavi (per una più dettagliata spiegazione si rimanda al capitolo 4 del Rapporto Oasi 2014).

¹¹ Vedi nota a Tabella 5.3.

Complessivamente, si registra un incremento dell'1,9% delle risorse totali rispetto ai valori dell'anno precedente. In particolare, rispetto al 2015, si registra un incremento delle entrate legate alle addizionali IRPEF ed IRAP (+1,52%), dei ricavi riferiti al fabbisogno ex D.lgs 56/00 (IVA ed accise) (+1,2%), delle entrate relative ad ulteriori trasferimenti da pubblico e da privato (+8,96%), dei ricavi relativi al riparto della quota premiale (+1,17%) e del finanziamento relativo a FSN e quote vincolate a carico dello Stato (+2,95%).

Hanno invece mostrato una variazione negativa i ricavi riferiti a: i) ricavi e entrate proprie (-3,81%); ii) costi capitalizzati (-1,25%); iii) rettifiche e utilizzo fondi (-6,27%).¹² Infine, è da notare che, a partire dall'anno 2011, le risorse complessivamente disponibili comprendono anche i costi capitalizzati¹³ (1.779 milioni di euro per il 2016) e il riparto della quota premiale^{14 15} (0,278 milioni di euro per il 2016). Tale quota sarà ripartita tra le Regioni sulla base di diversi criteri legati al conseguimento di determinati obiettivi quali l'adempimento dei LEA, l'introduzione di una centrale regionale per gli acquisti e l'introduzione di misure atte a garantire l'equilibrio di bilancio.

5.2.2 La spesa sanitaria

Secondo i dati del NSIS, aggiornati al 9 maggio 2017 (flusso del 4° trimestre 2016¹⁶) e riportati dal Ministero della Salute, la spesa sanitaria corrente a carico del SSN¹⁷ ha subito nel 2016 un aumento dello 1,1% rispetto al 2015, diversamente a quanto era emerso nel 2015 in cui i livelli di spesa si erano mantenuti stabili rispetto all'anno precedente con una variazione percentuale dello 0,3% (Tabella 5.3 e Figura 5.1). L'incremento di spesa sanitaria si associa ad una ripresa del PIL (+1,6% rispetto al 2015) anche se meno accentuato, sicché il peso della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL si riduce, passando dal 7% del

¹² Per maggiori approfondimenti si rimanda al capitolo 17 del presente Rapporto OASI (Anessi *et al.*).

¹³ Questa voce fa riferimento al valore pro-quota delle risorse stanziare per il finanziamento dell'acquisto di beni di investimento in relazione alla durata dell'ammortamento.

¹⁴ La quota premiale consiste nel subordinare l'erogazione alle Regioni di una parte del finanziamento del SSN al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, primo fra tutti l'adempimento concernente l'equilibrio di bilancio del settore sanitario attraverso la garanzia dell'equilibrio di bilancio annuale dei singoli Servizi Sanitari Regionali, anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo eventualmente presente a livello regionale (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2015)

¹⁵ La Legge n. 135 del 2012 prevede che a decorrere dall'anno 2013 la quota premiale a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del SSN, è annualmente pari allo 0,25 per cento di tali risorse. Unicamente per il 2014, invece, la percentuale è stata fissata pari all'1,75%.

¹⁶ Per il 2013, il 2014 e il 2015 i dati sono aggiornati rispettivamente alla data del 9 dicembre 2014, 10 maggio 2017 e 9 maggio 2017.

¹⁷ Regioni, Province Autonome e altri enti (cfr. nota 10).

Tabella 5.3 Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; disavanzo; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; PIL (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016) (milioni di Euro)

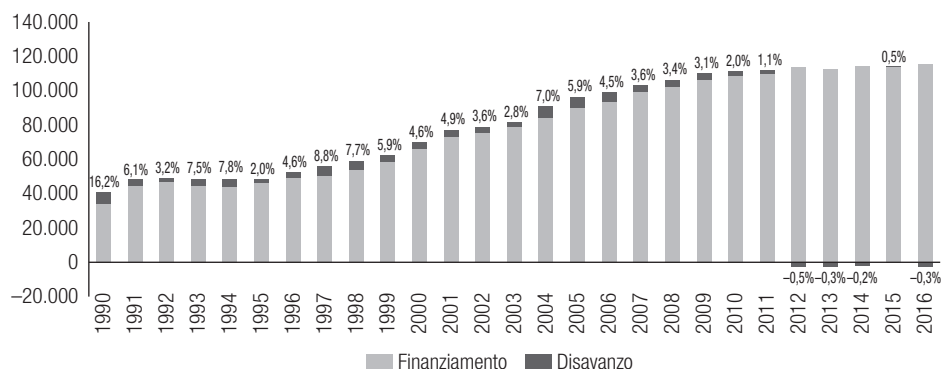
	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Tasso crescita medio			
													'90/'16	'95/'01	'01/'10	'10/'16
Spesa SSN (corrente)	41.466	48.752	70.173	77.686	96.797	111.331	112.810	113.964	112.900	114.260	114.574	115.822	4,0%	8,1%	4,1%	0,7%
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	10,7%	6,1%	1,0%	1,3%	1,0%	-0,9%	1,2%	0,3%	1,1%				
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	73,2%	75,2%	77,5%	78,2%	77,2%	77,7%	77,5%	77,2%	76,6%	76,7%				
- % sul PIL	5,7%	4,9%	5,7%	6,0%	6,5%	6,9%	6,9%	7,1%	7,0%	7,0%	7,0%	6,9%				
Ricavi netti	34.737	47.773	66.945	73.908	91.062	109.135	111.548	114.547	113.233	114.484	113.961	116.151	4,8%	7,5%	4,4%	1,0%
- variazione %	-	5,7%	12,7%	10,4%	7,4%	2,1%	2,2%	2,7%	-1,1%	1,1%	-0,5%	1,9%				
- % sul PIL	4,8%	4,9%	5,4%	5,7%	6,1%	6,8%	6,8%	7,1%	7,1%	7,1%	6,9%	6,9%				
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-3.778	-5.735	-2.196	-1.262	583	333	224	-614	329				
- variazione %	-74,5%	-13,9%	-13,9%	17,0%	-10,7%	-34,7%	-42,5%	-146,2%	-42,8%	-32,8%	-373,6%	-153,6%				
- % sui ricavi netti	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-5,1%	-6,3%	-2,0%	-1,1%	0,5%	0,3%	0,2%	-0,5%	0,3%				
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	25.704	25.609	28.040	30.954	33.254	32.765	32.703	33.742	35.075	35.182	5,5%	6,8%	2,1%	2,2%
- variazione %	-	13,0%	8,3%	-0,4%	-0,5%	1,1%	7,4%	-1,5%	-0,2%	3,2%	4,0%	0,3%				
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	26,8%	24,8%	22,5%	21,8%	22,8%	22,3%	22,5%	22,8%	23,4%	23,3%				
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	95.877	103.295	124.837	142.285	146.065	146.730	145.603	148.001	149.649	151.004	4,3%	7,7%	3,6%	-100,0%
- variazione %	-	2,7%	10,4%	7,7%	4,6%	1,0%	2,7%	0,5%	-0,8%	1,6%	1,1%	0,9%				
- % sul PIL	6,9%	6,7%	7,7%	8,0%	8,4%	8,9%	8,9%	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%	9,0%				
PIL	724.468	984.984	1.239.266	1.298.890	1.489.726	1.604.515	1.637.461	1.613.265	1.604.599	1.621.828	1.645.439	1.672.439	3,3%	4,7%	2,4%	0,7%
- variazione %	-	8,6%	5,7%	4,8%	2,9%	2,0%	2,1%	-1,5%	-0,5%	1,1%	1,5%	1,6%				

Tabella 5.3 (segue)

Note:

- Dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NISIS): di consuntivo per tutti gli anni
 - Per Spesa del SSN si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari, Costi stimati per accantonamenti e Variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intraumonia. Le spese relative all'ospedale «Bambino Gesù» e al Sovrano Militare Ordine di Malta (SMOM) sono imputate alle funzioni «Specialistica convenzionata e accreditata» e «Ospedaliera accreditata». È esclusa la svalutazione di crediti e attività finanziarie e, fino al 2010, sono esclusi anche gli ammortamenti. A partire dall'anno 2011 sono stati inclusi nella spesa gli ammortamenti e nel finanziamento i costi capitalizzati, che consentono la sterilizzazione degli ammortamenti in termini di risultato d'esercizio, secondo le regole definite dal Tavolo di verifica nella riunione del 24 marzo 2011 concernente l'avvio del processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 e dai decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale. Dal 2012, in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 e alla definizione di principi contabili uniformi contenuti nell'articolo 29 del predetto decreto legislativo, gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello CE, così come dal lato dei ricavi per i costi capitalizzati. Sempre in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 a partire dall'anno 2012, l'aggregato della spesa sanitaria include anche il saldo delle voci rivalutazioni e svalutazioni.
 - Dal 2013, poiché nel riparto compare la mobilità internazionale, essa è stata considerata nel conteggio della spesa. È valorizzata, però, in base ai modelli CE, in termini di saldo tra attiva e passiva.
 - Il dato di spesa per la gestione corrente comprende i finanziamenti (pari alla spesa) con quote vincolate a carico dello Stato per gli altri Enti.
 - La voce «Ricavi netti» comprende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intraumonia. Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni «in itinere» o «ex post» rispetto alle assegnazioni iniziali. Vengono inoltre incluse, dal 2012, le risorse aggiuntive stanziata dalle Regioni a titolo di ripiano dei disavanzi (o di copertura di prestazioni extra—LEA).
- Nel livello di finanziamento non sono state considerate le Rivalutazioni finanziarie. Dal 2011 sono considerati i costi capitalizzati e dal 2012 anche le rettifiche e utilizzo fondi.
- I dati relativi al PIL sono di fonte ISTAT fino al 2015. Il PIL 2016 è stato stimato in base alla crescita del biennio precedente.
 - La spesa sanitaria privata corrente è ottenuta da ISTAT, sezione conti nazionali.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017), ISTAT (2017)

Figura 5.1 **Spesa sanitaria, finanziamento e disavanzo (1990-2016)**

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

2015 al 6,9% del 2016. Come già avvenuto nel 2014, la spesa sanitaria mostra quindi un andamento pro-ciclico.

La spesa privata corrente mostra una tendenziale stabilità rispetto al 2015 (+0,3%) portandosi a 35,2 miliardi di euro. Il lieve incremento rispecchia in parte la crescita del PIL. Contrariamente a quanto mostra il trend storico, che vede la spesa pubblica e la spesa privata correlate negativamente, le due serie storiche mostrano movimenti paralleli ormai dal 2010 (con l'eccezione del 2012). La correlazione tra spesa pubblica e spesa privata è un dato rilevante in quanto misura, almeno parzialmente, l'eventuale traslazione di alcuni voci di spesa dal finanziamento pubblico a quello privato, prevalentemente attuata per mezzo delle compartecipazioni. In caso di traslazione completa, infatti, la correlazione tra spesa pubblica e privata dovrebbe essere negativa a parità di altre condizioni (diminuisce una e *di conseguenza* aumenta l'altra). Una correlazione positiva, come nel caso degli ultimi quattro anni, invece, segnala che la dinamica alla base delle due serie storiche non è meramente compensativa. Infatti, le dinamiche dei consumi privati, approfondite nel capitolo 8 del presente Rapporto, non sono solo collegate al contenimento della spesa pubblica, ma sono influenzate anche da altri fenomeni. Complessivamente la spesa sanitaria totale corrente (pubblica¹⁸ e privata) è aumentata dello 0,9% nel 2016 (151 miliardi di Euro pari al 9% del PIL, Tabella 5.3).

A fronte della spesa pubblica, le risorse nette complessive del SSN (vedi *supra* § 5.2.1) nel 2016 sono state pari a 116,15 miliardi di euro, in aumento dell'1,9% rispetto al 2015. L'avanzo pubblico, quindi, si attesta nel 2016 a 329 milioni di euro (0,3% della spesa sanitaria pubblica corrente). I dati definitivi

¹⁸ Inclusi gli ammortamenti dal 2011.

relativi agli anni precedenti evidenziano che, dal 2012, la sanità pubblica ha sempre chiuso l'esercizio in avanzo a eccezione del 2015. Complessivamente, queste evidenze segnalano, in parte, la capacità delle Regioni di coprire i disavanzi correnti. Tuttavia, la situazione per quanto riguarda i disavanzi pregressi risulta più complessa. Al 31/12/2013, infatti, il SSN registrava perdite cumulate per 33,7 miliardi di euro, a fronte di contributi per il ripiano delle perdite di circa 21,3 miliardi¹⁹; erano, quindi, ancora presenti nei bilanci del SSN circa 12,4 miliardi di perdite, coperti però per il 70% tramite mezzi propri. Sono, pertanto, iscritte a bilancio passività per circa 3,5 miliardi non ancora coperte in termini di assegnazione (Cantù et al., 2015). L'esercizio di valutazione del disavanzo non ancora coperto, però, non è stato aggiornato al 31/12/2016. Si segnala che l'eventuale avanzo d'esercizio rimane comunque a disposizione delle Regioni. Nel par. 5.4 vengono analizzate in dettaglio le misure di copertura dei disavanzi adottate dalle Regioni.

A tal proposito, va rilevato che dal 2012 la Corte dei Conti, congiuntamente con la revisione delle regole contabili e dei collegati controlli, ha operato affinché le Regioni imputassero in modo appropriato alla sanità le risorse addizionali ricevute dallo Stato per finalità sanitarie. L'obiettivo è di proteggere i fondi specifici per la sanità da eventuali deviazioni nella destinazione. Nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2015, la Corte dei Conti rileva che «in quasi tutte le Regioni è stato rispettato l'impegno di trasferire in corso dell'esercizio al Servizio sanitario regionale almeno il 90% delle risorse ricevute dallo Stato per finalità sanitarie, mentre sono state avviate le procedure (ma in alcuni casi non completate) per la restituzione alla sanità delle somme in precedenza non versate. In molte Regioni, tuttavia, i tempi di pagamento ai fornitori continuano a registrare ritardi elevati». Comunque, è importante sottolineare che dal 2014 si osserva una significativa riduzione dei tempi di pagamento sia a livello nazionale che regionale,²⁰ soprattutto grazie all'iniezione di liquidità da parte dello Stato in seguito all'emanazione di tre decreti legge tra il 2013 ed il 2014.²¹ Nonostante ciò l'attuale trend nazionale e regionale è distante dai 60 giorni stabiliti dalla direttiva europea 2011/7/UE.²²

La lettura storica dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL permette di ripercorrere le principali tappe evolutive dell'approccio alla gestione delle risorse finanziarie per la sanità, con particolare riferimento alle azioni di contenimento della spesa (Figura 5.2). Innanzitutto, l'andamento particolar-

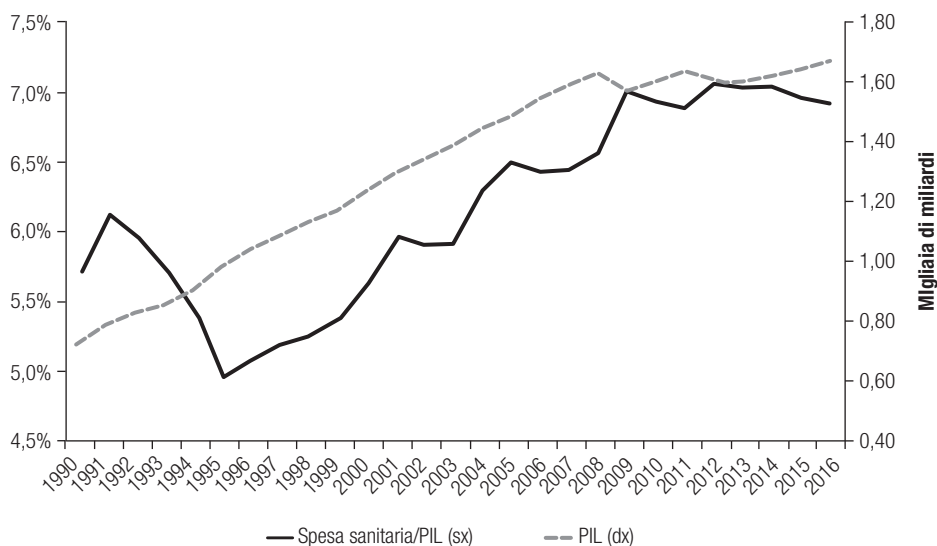
¹⁹ Risultano infatti iscritti a patrimonio netto delle aziende, e, dovrebbero corrispondere, secondo quanto disposto dal D.lgs. 118/2011 ripiani assegnati ma non ancora erogati.

²⁰ Si vedano le elaborazioni periodicamente pubblicate da Assobiomedica (www.assobiomedica.it)

²¹ «Pagamento Debiti P.A.» – GU del 7 giugno 2013 n. 132; «IMU» – GU del 31 agosto 2013 n. 66.; «Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale» – G.U del 24 aprile 2014 n. 95.

²² Decreto Legislativo 9 novembre 2012, n. 192.

Figura 5.2 **PIL (asse dx) e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (asse sx) (1995-2016)**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017), ISTAT (2017)

mente contrastato della serie spesa sanitaria/PIL si contrappone alla crescita meno costante del PIL, segnalando che la dinamica della spesa sanitaria è influenzata da elementi, come le politiche pubbliche, in grado di indirizzarne l'evoluzione²³. La prima fase dell'introduzione di logiche, principi e strumenti aziendali nel SSN (1992-1995) è accompagnata da una forte riduzione della spesa, complessivamente pari a circa 1 punto percentuale del PIL, con trend di diminuzione omogeneo nei tre anni, come effetto dell'applicazione delle riforme previste dal D.lgs 502/1992 e dal D.lgs 517/1993. Il periodo 1995-2001, invece, è stato caratterizzato da politiche sanitarie meno direttamente legate a tagli lineari sulla spesa e volte maggiormente al governo degli attori del sistema (ad esempio, l'introduzione dei meccanismi d'indirizzo prescrittivo per i medici). Il risultato è stato un graduale e costante aumento della spesa²⁴, fino al 2001, quando l'accelerazione del processo di regionalizzazione e la responsabilizzazione delle Regioni sul disavanzo ha riportato l'attenzione dei programmatori sanitari sulle variabili di spesa. Tuttavia, il trend, a partire dal 2001, è decisamente meno regolare che in passato, in gran parte per effetto della politica sanitaria differenziata nelle 21 Regioni e Province Autonome. Nel biennio 2008-2009, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL ha risentito del

²³ Cfr. nota 25 al capitolo 3, Rapporto OASI 2011 (Armeni, 2011).

²⁴ Cfr. nota 26 al capitolo 3 del Rapporto OASI 2011 (Armeni, 2011).

rallentamento della crescita macroeconomica, particolarmente evidente tra il 2008 e il 2009, anno in cui il rapporto spesa sanitaria pubblica / PIL ha raggiunto il picco del 7%. Nel triennio successivo la spesa ha subito un ulteriore rallentamento, indotto anche dalle numerose manovre di correzione degli stanziamenti inizialmente previsti. Nel 2012, complice anche il rallentamento del PIL (-1,4% rispetto al 2011), il peso della spesa sanitaria torna su livelli simili a quelli del 2009 (7,1%; Figura 5.2), nonostante la crescita contenuta della spesa. Nel 2013, si sono verificate congiuntamente le diminuzioni di spesa e PIL, ma essendo la diminuzione di spesa più consistente, il suo peso sul PIL diminuisce e si attesta al 7%. Anche nel 2014, nel 2015 e nel 2016 spesa sanitaria e PIL mostrano variazioni concordi; un nuovo aumento congiunto di spesa sanitaria e PIL ha portato l'incidenza al 7% per i primi due anni e al 6,9% per l'ultimo anno, rispettivamente.

Alla base del rallentamento della spesa vi sono principalmente le manovre di contenimento attivate nel corso degli anni. Ad esempio, a livello nazionale, a decorrere dal 2010 è attivo il blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro²⁵ e dal 2011 sono stati attuati diversi interventi in materia di farmaci. Dal 2012, invece, hanno avuto effetto alcune delle misure previste dalla «*spending review*» e dai decreti successivi, come gli interventi in materia di budget per la spesa farmaceutica e per dispositivi medici. A livello regionale, in particolar modo nelle Regioni in PdR, le misure si sono incentrate principalmente sul ripensamento dei modelli strategici di gestione dell'assistenza, attraverso interventi come la revisione dei sistemi di accreditamento, l'introduzione di budget e di tetti di spesa per gli operatori privati e la riorganizzazione della rete di offerta (vedi *infra* § 5.4).

Nell'ambito della spesa di protezione sociale («Welfare State»), la Tabella 5.4 mostra come la sanità assorba una quota di spesa del 21,9%, mentre è decisamente superiore il peso della previdenza (68,1%). L'andamento tendenziale dal 2010 evidenzia come la spesa per la sanità sia in leggera flessione (CAGR²⁶ -0,2%) rispetto alla spesa per assistenza²⁷ e previdenza²⁸ (CAGR +5,1% e +1,4%, rispettivamente). Interessante anche la dinamica della spesa per assi-

²⁵ In merito al blocco dei contratti, il 23 giugno 2015, la Corte Costituzionale, in relazione alle questioni di legittimità costituzionale sollevate con le ordinanze R.O. n. 76/2014 e R.O. n. 125/2014, ha confermato con la sentenza n. 178 del 24 giugno 2015 e con decorrenza dalla pubblicazione della sentenza, l'illegittimità costituzionale sopravvenuta del regime del blocco della contrattazione collettiva per il lavoro pubblico, quale risultante dalle norme impugnate e da quelle che lo hanno prorogato.

²⁶ Compound annual growth rate – Tasso di crescita annuale composto.

²⁷ Rientrano in questo aggregato: pensione e assegno sociale, pensione di guerra, prestazioni agli invalidi civili, prestazioni ai non vedenti e non udenti, altri assegni e sussidi.

²⁸ Rientrano in questo aggregato: pensioni e rendite, liquidazioni per fine rapporto di lavoro, indennità per malattia/infortunio/maternità, indennità di disoccupazione, assegno integrazione salariale, assegni familiari, altri sussidi e assegni.

Tabella 5.4 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2010-2016)

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Tasso crescita medio '90/'16	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'16
Sanità															
Spesa (milioni Euro)	38.790	45.397	64.651	71.486	91.436	106.361	105.038	103.208	102.616	103.914	104.084	105.286	3,9%	7,9%	4,5%
% sul totale	26,5%	20,6%	22,8%	23,9%	25,2%	24,0%	23,4%	22,8%	22,3%	22,2%	22,0%	21,9%			
var. %	-	0,7%	12,2%	10,6%	6,7%	1,9%	-1,2%	-1,7%	-0,6%	1,3%	0,2%	1,2%			
Previdenza															
Spesa (milioni Euro)	96.413	159.634	200.463	207.960	244.828	301.642	308.430	314.617	321.329	320.130	323.283	327.425	4,8%	4,5%	4,2%
% sul totale	65,7%	72,4%	70,6%	69,4%	67,4%	68,0%	68,9%	69,5%	69,9%	68,5%	68,2%	68,1%			
var. %	-	17,7%	2,2%	3,7%	3,3%	3,4%	2,3%	2,0%	2,1%	-0,4%	1,0%	1,3%			
Assistenza															
Spesa (milioni Euro)	11.447	15.493	18.895	20.263	26.961	35.497	34.497	34.698	35.757	43.042	46.543	47.972	5,7%	4,6%	6,4%
% sul totale	7,8%	7,0%	6,7%	6,8%	7,4%	8,0%	7,7%	7,7%	7,8%	9,2%	9,8%	10,0%			
var. %	-	2,1%	4,4%	7,2%	1,8%	-2,8%	-2,8%	0,6%	3,1%	20,4%	8,1%	3,1%			
Totale	146.650	220.524	284.009	299.709	363.225	443.500	447.965	452.523	459.702	467.086	473.910	480.683	4,7%	5,2%	4,5%
var. %	-	12,6%	4,5%	5,5%	4,0%	2,5%	1,0%	1,0%	1,6%	1,6%	1,5%	1,4%			

Fonte: ISTAT (2017)

stenza, che nel 2009 era cresciuta dell'11,6% rispetto al 2008²⁹, prevalentemente a causa della trasmissione al settore dell'economia reale degli effetti della crisi finanziaria. Nel biennio successivo, la spesa per assistenza, invece, segna due diminuzioni successive, pari al -2,8% in entrambi gli anni, malgrado lo stentato della ripresa economica³⁰. Nel 2012 questa voce era rimasta stabile (+0,6%), riprendendo a crescere (+3,1%) nel 2013 fino a fare registrare una variazione particolarmente rilevante nel 2014 (+20,4%) per poi rallentare la crescita nel 2015 (+8,1%). Complessivamente, la spesa per le prestazioni di protezione sociale è cresciuta nel 2016 dell'1,4%.

L'analisi delle diverse voci di spesa sanitaria utilizza la tradizionale classificazione «economica»³¹ (Tabella 5.5 e Figura 5.3), ovvero per tipologia di fattori, e non quella «funzionale», ovvero per funzioni di spesa. Ciò comporta delle difficoltà nella rilevazione di alcuni dati, quali la spesa per assistenza in regime di ricovero nelle strutture pubbliche che, unitamente alla spesa ospedaliera privata accreditata, fornirebbe un quadro complessivo della spesa ospedaliera a carico del SSN in Italia. Solo riclassificando le voci di dettaglio dai conti della protezione sociale (ISTAT, 2017) è possibile ricavare l'incidenza di alcune funzioni di spesa. Ad esempio, l'assistenza ospedaliera in strutture pubbliche, nel 2016, ha rappresentato il 35,5% delle uscite per la sanità (fonte ISTAT) e, insieme alla spesa pubblica per assistenza ospedaliera in case di cura private accreditate (8,9% del totale), rappresenta il 44,4% della spesa complessiva. Nel complesso, la spesa per servizi sanitari forniti da produttori *non market*³² rappresenta il 62,4%, in leggera crescita rispetto al 2015. La spesa per servizi forniti da produttori *market*³³ si attesta invece al 37,6% del totale delle uscite per la sanità, in diminuzione rispetto al 2015.

Un elemento da sottolineare ai fini della lettura storica dei dati di spesa è l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale. In particolare, a partire dal 2000, vengono aggiunte voci precedentemente non previste, quali accantonamenti, variazioni delle rimanenze, minusvalenze, sopravvenienze passive (tra cui gli oneri per arretrati nei contratti e nelle convenzioni), insussistenze

²⁹ Per maggiori dettagli sulla relazione tra i diversi dati di spesa sanitaria pubblica, si rimanda all'Allegato contenuto nel Rapporto OASI 2009 (Armeni, 2009).

³⁰ La diminuzione della spesa per assistenza, unita alla mancata crescita economica, è un dato preoccupante perché potrebbe segnalare l'affievolimento delle misure tutelari per i cittadini in temporanee o permanenti condizioni di difficoltà.

³¹ È importante rilevare che, a partire dall'anno 2008, i conti del SSN sono effettuati attraverso un nuovo modello di Conto Economico (CE) molto più analitico del precedente. Attraverso il nuovo modello, oltre ad essere più agevole il consolidamento a livello regionale e – successivamente – a livello nazionale, è possibile isolare meglio alcune tipologie di ricavo e di costo. Ulteriori revisioni al modello CE sono avvenute nel 2011.

³² Regioni e aziende pubbliche.

³³ Farmaci erogati in regime di convenzione, assistenza medico-generica, assistenza medico-specialistica, assistenza riabilitativa, integrativa e protesica, assistenza in case di cura private e altra assistenza.

Tabella 5.5 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010-2016)**

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Tasso crescita medio			
													'90/'16	'95/'01	'01/'10	'10/'16
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	26.888	31.759	36.674	36.101	35.585	35.090	34.779	34.608	34.386	2,9%	4,7%	3,5%	-1,1%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	16.883	26.611	33.103	34.423	35.620	35.559	37.202	37.906	38.869	6,6%	10,5%	7,8%	2,7%
Medicina gen. conv.	2.493	2.862	4.167	4.511	5.691	6.541	6.626	6.647	6.609	6.614	6.619	6.627	3,8%	7,9%	4,2%	0,2%
Farmacautica conv.	7.288	5.146	8.748	11.662	11.894	10.913	9.862	8.891	8.616	8.390	8.235	8.089	0,4%	14,6%	-0,7%	-4,9%
Ospedalliera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.131	8.147	8.849	8.641	8.625	8.538	8.712	8.757	8.777	3,0%	6,6%	0,9%	-0,1%
Spec. conv.	1.847	1.238	2.273	2.485	3.231	4.504	4.668	4.755	4.679	4.572	4.553	4.604	3,6%	12,3%	6,8%	0,4%
Altra ass. conv.	1.807	3.145	4.433	6.025	7.939	10.177	10.261	10.533	10.821	11.013	11.298	11.596	7,4%	11,4%	6,0%	2,2%
Altri costi (c)	375	471	578	703	1.066	7	34	202	-212	-255	-521	-174	n.d.	6,9%	-39,7%	n.d.
Altro	375	471	194	259	201	197	202	202	232	234	244	229	-1,9%	-9,5%	-3,0%	2,6%
Saldo voci straordinarie	n.d.	n.d.	384	64	1.002	-132	-89	51	-378	-398	-653	-238	n.d.	n.d.	-208,4%	10,3%
Saldo intramoenia	n.d.	n.d.	n.d.	-93	-137	-58	-78	-195	-209	-210	-220	-219	n.d.	n.d.	-5,2%	25,0%
Saldo svalutazioni/ rivalutazioni	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	144	143	119	108	55	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Altri enti (d)	74	637	509	398	459	563	641	647	592	633	653	653	8,7%	-7,5%	3,9%	2,5%
Ammortamenti (e)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.553	2.559	2.502	2.528	2.452	2.383	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Totale	41.466	48.752	70.173	77.686	96.797	111.331	112.810	113.964	112.795	114.186	114.560	115.809	4,0%	8,1%	4,1%	0,7%
Totale al netto di (c) e (d) : (f)	41.017	47.644	69.085	76.585	95.271	110.761	112.135	113.115	112.415	113.809	114.428	115.330	4,1%	8,2%	4,2%	0,7%
Fattori interni (a+b)	23.530	29.724	41.445	43.771	58.370	69.777	70.524	71.205	70.649	71.980	72.514	73.255	4,5%	6,7%	5,3%	0,8%
Fattori esterni: (f) - Fattori interni	17.487	17.920	27.640	32.814	36.901	40.984	41.611	41.911	41.766	41.828	41.914	42.075	3,4%	10,6%	2,5%	0,4%

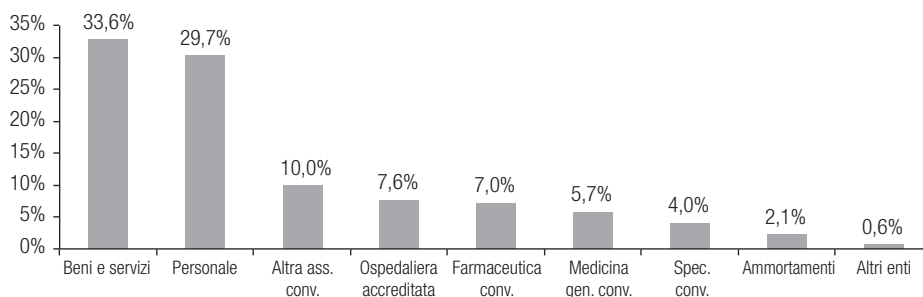
Tabella 5.5 (segue)

Variazione percentuale	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Personale (a)	-	1,4%	9,2%	5,0%	7,6%	1,3%	-1,6%	-1,4%	-1,4%	-0,9%	-0,5%	-0,6%
Beni e servizi (b)	-	-3,6%	11,3%	6,7%	18,2%	0,8%	4,0%	3,5%	-0,2%	4,6%	1,9%	2,5%
Medicina gen. conv.	-	-0,1%	11,6%	8,2%	13,5%	2,8%	1,3%	0,3%	-0,6%	0,1%	0,1%	0,1%
Farmacaceutica conv.	-	-9,6%	14,8%	33,3%	-1,7%	-0,8%	-9,6%	-9,8%	-3,1%	-2,6%	-1,8%	-1,8%
Ospedallera accreditata	-	2,0%	10,5%	1,4%	-10,8%	0,3%	-2,4%	-1,3%	0,1%	2,0%	0,5%	0,2%
Spec. conv.	-	-3,1%	10,3%	9,3%	4,4%	10,4%	3,6%	1,9%	-1,6%	-2,3%	-0,4%	1,1%
Altra ass. conv.	-	3,5%	8,8%	35,9%	7,2%	3,6%	0,8%	2,7%	2,7%	1,8%	2,6%	2,6%
Altri costi (c)	-	-36,5%	135,8%	21,6%	-47,1%	-98,5%	364,5%	485,4%	-205,0%	20,5%	103,8%	-66,7%
Altri enti (d)	-	207,6%	6,6%	-21,9%	2,3%	1,3%	13,9%	1,0%	-8,5%	6,9%	3,2%	0,0%
Ammortamenti (e)	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	64,7%	-2,2%	1,0%	-3,0%	-2,8%
Totale	-	-0,6%	11,1%	10,7%	6,1%	1,1%	1,3%	1,0%	-1,0%	1,2%	0,3%	1,1%
Totale al netto di (c), (d) ed (e) : (f)	-	-0,9%	10,7%	10,9%	7,3%	1,5%	1,2%	0,9%	-0,6%	1,2%	0,5%	0,8%
<i>Fattori interni (a+b)</i>	-	-0,2%	10,0%	5,6%	12,2%	1,1%	1,1%	1,0%	-0,8%	1,9%	0,7%	1,0%
<i>Fattori esterni: (f) - Fattori interni</i>	-	-2,0%	11,7%	18,7%	0,4%	2,2%	1,5%	0,7%	-0,3%	0,2%	0,2%	0,4%

Nota: gli accantonamenti tipici vengono inseriti nella voce «Servizi». La voce Altri costi (c) contiene il saldo della gestione straordinaria, il saldo intramoenia e la spesa relativa all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e allo Smom (Sovrano Militare Ordine di Malta). La voce «Altri Enti (d)» è riferita agli enti non regionali. Dal 2011 è inserita anche la voce «Ammortamenti».

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

Figura 5.3 **Composizione della spesa sanitaria pubblica secondo la classificazione economica (2016)**



Nota: le prime due colonne dell'istogramma (a e b) rappresentano i fattori interni alla produzione.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

dell'attivo. Di queste, gli accantonamenti rappresentano la quota più rilevante³⁴. Dal 2011 sono inseriti gli ammortamenti e i costi capitalizzati, mentre dal 2012 sono comprese le voci di rettifica e utilizzo fondi³⁵.

Nella Tabella 5.5 e nella Figura 5.3 i fattori produttivi sono stati classificati in fattori interni ed esterni alle aziende sanitarie. I beni e servizi, ovvero l'insieme degli acquisti delle aziende sanitarie, rappresentano una componente di costo collegata alle prestazioni erogate dalle aziende sanitarie pubbliche (si pensi ai farmaci utilizzati per pazienti ricoverati o erogati tramite distribuzione diretta). Sono quindi classificati come fattori interni, insieme al personale. Al contrario, le prestazioni convenzionate / accreditate sono interamente gestite da soggetti non dipendenti del SSN (MMG, Specialisti, Case di cura, Farmacie convenzionate, ecc.) e per questo sono definiti fattori esterni. Il saldo delle voci economiche («Altri costi») è stato escluso, mentre gli accantonamenti sono stati accorpati, in linea con il Ministero della Salute, ai *Beni e servizi* e, quindi, ai fattori interni, anche se in parte si riferiscono a specialisti convenzionati con il SSN (personale SUMAI e MMG). Come emerge dalla Figura 5.3, nel 2016 il 63,3% della spesa è assorbita dai fattori interni di produzione, mentre il restante 36,7% è rappresentato dai fattori esterni.

In generale, si osserva come il trend dei costi per fattori esterni sia tenden-

³⁴ Cfr. capitolo 4 del Rapporto OASI 2010 (Anesi Pessina e Sicilia, 2010), che analizza in modo approfondito i bilanci delle Aziende sanitarie, mostrando l'incidenza delle diverse componenti di ricavo e costo e il capitolo 3 del Rapporto OASI 2012 (Armeni e Ferré, 2012) per un'analisi dell'impatto dell'inclusione di alcune voci di dettaglio.

³⁵ Si osserva anche che dal 2005, in attuazione di quanto richiesto nell'Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005, le Regioni hanno riclassificato i costi degli IRCCS di diritto pubblico e delle AO universitarie integrate con il SSN dalla voce *Ospedaliera accreditata* alle rispettive voci della classificazione economica (es. *Personale, Beni e servizi*).

Figura 5.4 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione), 2000-2016, numeri indice: 2000 = 100**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

zialmente più sensibile alle variazioni di politica della spesa (Tabella 5.5): in periodi di contenimento della spesa (1990-1995, 2001-2010 e 2010-2016) il tasso di crescita dei costi per fattori esterni è mediamente inferiore a quello dei fattori interni (sebbene negli ultimi sei anni il gap tenda ad assottigliarsi); in periodi di espansione della spesa (1995-2001) i fattori esterni aumentano ad un tasso molto più sostenuto³⁶. Il contenimento della spesa si è quindi focalizzato soprattutto su tali fattori (in particolare sulla spesa farmaceutica convenzionata e sull'ospedaliera accreditata).

Lo stesso fenomeno, tuttavia, può essere anche letto invertendo – in parte – il senso di causalità. Infatti, oltre a notare come la politica sanitaria sia stata particolarmente attenta al contenimento della spesa su alcuni fattori esterni, ad esempio attraverso l'istituzione di tetti di spesa per la farmaceutica³⁷, è da considerare l'azione proattiva di molte Regioni nel ricondurre nell'insieme dei fattori interni alcune voci di spesa, al fine di generare rilevanti economie (ad esempio attraverso la distribuzione diretta e in nome e per conto dei farmaci). Il dato appare evidente dalla Figura 5.4, in cui si nota come la spesa per fattori interni cresca ad un tasso più sostenuto. Accanto al trend di lungo periodo, è interessante osservare la dinamica degli ultimi sei anni. In particolare, dal 2010

³⁶ Tale tendenza alla crescita dei costi per fattori esterni si è manifestata, in realtà, fino al 2004, anno in cui si è verificata una brusca inversione nel trend di crescita e che rappresenta il reale punto di rottura della serie. Per maggiori approfondimenti si rimanda al capitolo 17 del presente Rapporto OASI (Anessi *et al.*).

³⁷ Questi ultimi hanno un impatto anche sulla spesa per fattori interni (acquisto di farmaci).

al 2013 il tasso di crescita medio dei fattori interni è inferiore a quello relativo ai fattori esterni (+0,42% annuo contro +0,63%); il tasso di crescita dei fattori interni torna poi ad essere superiore nel triennio 2014-2016 (+0,88% contro +0,29%). Nel 2016, in particolare, nonostante una lieve riduzione della spesa per personale (-0,6%), la spesa per acquisti ha visto una forte crescita (+2,5%), determinando un tasso di crescita dei fattori interni pari all'1,02% contro lo 0,39% di quello relativo ai fattori esterni.

Venendo ad una sintetica analisi della spesa per i fattori della produzione, la voce più importante secondo la classificazione economica è l'acquisto di beni e servizi, pari a 38,9 miliardi di euro nel 2016 (33,6% sul totale della spesa del SSN nel 2016, un'incidenza in crescita rispetto al 33,1% dell'anno precedente). Si tratta della voce di spesa con l'andamento più variabile. Va rilevato che nel 1990 tale voce rappresentava il 17,7% della spesa totale. Tra il 1995 e il 2001, gli acquisti di beni e servizi sono cresciuti ad un tasso medio annuo pari al 10,5%. Dopo il picco del 2005, legato essenzialmente alla riclassificazione della spesa sostenuta per IRCCS pubblici e AO universitarie integrate con l'SSN (si vedano le note 34 e 35), e dopo la battuta di arresto del 2006, la spesa per beni e servizi ha ripreso a salire (nel 2007 +13,2% rispetto al 2006), mentre nel biennio 2008-2009 ha subito un nuovo rallentamento, facendo registrare una crescita pari al 3% nel 2008 e al 4,6% nel 2009. Nel 2010, la crescita si è del tutto arrestata, con un aumento di appena 0,8%. Nel 2011, invece, la voce è nuovamente aumentata del 4%, con un ulteriore aumento del 3,5% nel 2012. Nel 2013, invece, si è registrata una diminuzione dello 0,2%, mentre nel 2014 questa voce di spesa è cresciuta nuovamente del 4,6%. Infine, nel 2015 e nel 2016 questa componente di spesa ha continuato ad aumentare, seppure in maniera più contenuta (+1,9% nel 2015 e +2,5% nel 2016). All'aggregato contribuiscono circa una decina di componenti: acquisizione di beni propriamente detti; servizi sanitari e non; servizi non sanitari appaltati; manutenzioni e riparazioni; godimento di beni di terzi; oneri diversi di gestione ed imposte e tasse; nonché accantonamenti tipici ed interessi passivi ed oneri finanziari. Come evidenziato dal terzo Rapporto sul Monitoraggio della Spesa Sanitaria del Ministero dell'Economia e delle Finanze, la dinamica di questa voce di spesa nell'ultimo quinquennio risente parzialmente dell'effetto di alcune manovre di contenimento, segnatamente quelle introdotte dal D.lgs 98/2011, dal D.lgs 95/2012 e dalla Legge di Stabilità 2013. Tra le misure introdotte al fine di monitorare e contenere la spesa per acquisto di beni e servizi, le principali sono:

- ▶ l'Osservatorio per i Contratti Pubblici che, da luglio 2012, pubblica un elenco di prezzi di riferimento per oltre 300 beni e servizi;
- ▶ la riduzione del 10% dei corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci ospedalieri) e dei corrispondenti volumi d'acquisto per tutta la durata residua dei contratti, nonché l'obbligo per le aziende sa-

nitare di rinegoziare con i fornitori i contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso dagli stessi) qualora i prezzi unitari in essi previsti risultino superiori del 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i Contratti Pubblici;

- ▶ l'individuazione di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, in misura pari al 4,8% del fabbisogno sanitario standard per il 2013 e del 4,4% dal 2014. Per il 2015 è stato anche previsto un *pay-back* sebbene non sia ancora stata effettuata la ripartizione delle quote a carico delle imprese della filiera;
- ▶ la rideterminazione, a partire dal 2013, del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% del fabbisogno sanitario standard, associata al *pay-back* del 50% dello sfondamento a carico delle imprese farmaceutiche.

Come riportato nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2017, le singole componenti di spesa per beni e servizi hanno fatto registrare, nel 2016, andamenti diversi. La componente che maggiormente traina la crescita è l'acquisto di beni, che fa registrare una crescita del 4,7% rispetto al 2015 (anno in cui già aveva evidenziato un aumento del 7,9%). Più nel dettaglio, la spesa per farmaci al lordo dei *pay-back* è cresciuta di poco meno del 2% (soprattutto per effetto dei nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C, vedi capitolo 14 all'interno del presente Rapporto) ed è aumentata dell'1,3% anche la spesa per dispositivi medici. Quest'ultima, peraltro, supera del 20,3% il tetto (nel 2015 lo sfondamento era stato pari al 20%). Il tetto del 4,4% è rispettato solo in Lombardia, Lazio, Campania e Calabria. È da rilevare che nei flussi utilizzati dal Ministero per il monitoraggio della spesa per dispositivi medici non è inclusa la componente relativa alle prestazioni in mobilità. In tutte le regioni si osserva nel 2016 un aumento della spesa per dispositivi medici, seppure mediamente inferiore per le Regioni in PdR rispetto alle altre Regioni (1,1% e 1,5%, rispettivamente). La spesa per dispositivi diagnostici in vitro e per quelli impiantabili attivi indicano una crescita, rispettivamente, dell'1,3% e del 3,5%, mentre aumentano dell'1% gli esborsi per gli altri dispositivi. La L. 125/2015 ha determinato le percentuali di *pay-back* relative allo sfondamento di questo tetto di spesa. In particolare, in caso di superamento del tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici, la compartecipazione delle imprese fornitrici è determinata in misura pari al 40% dello sfondamento nel 2015, del 45% nel 2016 e del 50% a decorrere dal 2017 (art. 9-ter, comma 9)³⁸.

³⁸ Come riportato nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2017: «Al riguardo, non può non osservarsi che, a quasi due anni dall'approvazione del d.l. n. 78/2015 non risulta ancora attuato quanto disposto con l'articolo 9ter c.1 lettera a) riguardo alla definizione dei tetti di spesa a livello regionale e alle modalità per il ripiano». «Nel 2015 e nel 2016 l'indicazione del tetto ha significato solo a livello nazionale».

Per quanto riguarda la componente della spesa per servizi sanitari e non sanitari, rispetto al 2015 si registra un aumento dello 0,6% per quanto riguarda i primi, e una diminuzione per quanto riguarda i secondi (-1,8%). Da segnalare, però, un aumento della spesa per manutenzioni e riparazioni (+1,6% rispetto al 2015) e della spesa per godimento di beni di terzi (+3,4%). La spesa per interessi passivi e oneri finanziari è in aumento rispetto all'anno precedente (+22,8%), ma con grandi differenze tra Regioni in PdR (+44,6% circa rispetto al 2015) e Regioni non in PdR (-12,6% circa).

La spesa per il personale³⁹, pari a 34,4 miliardi di euro, è diminuita per il sesto anno consecutivo, facendo registrare una variazione del -0,6% rispetto al 2015. Su questo risultato hanno inciso prevalentemente:

- ▶ la revisione delle dotazioni organiche;
- ▶ la proroga del tetto alla spesa per il personale dipendente (pari alla spesa per il personale registrata nell'anno 2004 diminuita dell'1,4%) disposta per il periodo 2010-2012 in attuazione del Patto per la Salute 2010-2012 e poi prorogata per il triennio 2013-2015 (DL 98/2011 e DL 95/2012);
- ▶ il blocco dei rinnovi contrattuali e il limite alla crescita dei trattamenti economici per gli anni 2011-2013 (pari al trattamento spettante nell'anno 2010), introdotto dal DL 78/2010 ed esteso fino al 2014 dal DL 98/2011. Di recente la Corte Costituzionale ha contestato la legittimità di questa previsione (vedi nota 25);
- ▶ la rideterminazione automatica dei fondi per il trattamento accessorio del personale in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio (DL 78/2010) e il congelamento dell'indennità di vacanza contrattuale (DL n. 98/2011 e Legge di Stabilità 2014).
- ▶ la Legge di stabilità per il 2015 (L. 190/2014), ha prorogato solo alcune delle misure originariamente recate dal DL. 78 e dai provvedimenti successivi. Se, da un lato, la Legge ha previsto un ulteriore anno di rinvio della contrattazione collettiva e dell'applicazione di automatismi stipendiali per le categorie non contrattualizzate, dall'altro lato ha di fatto portato alla cessazione delle disposizioni sul blocco degli effetti economici, delle progressioni di carriera e sui passaggi a livelli economici superiori. Inoltre, tale Legge non ha ulteriormente rivisto i limiti al turn-over. Nel corso del 2015, la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 178 del 24 giugno 2015, ha dichiarato poi l'illegittimità costituzionale dell'ulteriore rinvio della contrattazione (vedi nota 25);
- ▶ la Legge di stabilità per il 2016 (L. 208/2015), in attuazione della sentenza

³⁹ Per personale si intendono i contratti delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere, delle aziende Ospedaliere Universitarie, degli IRCCS pubblici per i ruoli sanitario, professionale, amministrativo e tecnico. È anche compreso il costo relativo alla corresponsione dell'indennità per il personale universitario.

della Corte Costituzionale 178, ha previsto, per il rinnovo dei contratti relativi al periodo 2016-2019, risorse per 300 milioni di euro destinate, però, alla sola corresponsione dell'indennità di vacanza contrattuale. Contemporaneamente, la Legge ha, tuttavia, disposto un ulteriore inasprimento delle misure relative alla limitazione delle assunzioni, al blocco dei trattamenti accessori e alla riduzione di alcune indennità spettanti a specifiche categorie di personale. Per le amministrazioni statali, regionali e locali, nel triennio 2016-2018 le nuove assunzioni sono consentite nei limiti di una spesa pari ad un quarto di quella sostenuta per il personale cessato nell'anno precedente. Ciò consente di mantenere di fatto invariato l'ammontare complessivo della spesa per redditi da lavoro dipendente. La stessa Legge ripropone, poi, il blocco alle risorse da destinare ai trattamenti accessori del personale (comma 2 bis) paramtrate al valore accertato per il 2015.

Secondo quanto riportato dalla Corte dei Conti, la riduzione della spesa per il personale è maggiore nelle Regioni in PdR (superiore al punto percentuale).⁴⁰ In particolare, la spesa per il personale del ruolo sanitario si riduce di circa lo 0,5%, mentre per i ruoli tecnico e amministrativo la spesa diminuisce dello 0,7% e dell'1,7%, rispettivamente. Infine, la spesa per il personale del ruolo professionale mostra un seppur lieve incremento (+0,6%).

La spesa per la medicina generale convenzionata, pari a 6,6 miliardi di euro, è rimasta stabile rispetto al 2015 in virtù del blocco dei rinnovi delle convenzioni con i medici di medicina generale, simile a quanto previsto per il personale dipendente, e della previsione di un tetto alla crescita delle remunerazioni, pari al livello registrato nel 2011.

La spesa farmaceutica convenzionata al netto del *pay-back* diminuisce dell'1,9%, portandosi a 8,1 miliardi di euro. Su questo andamento, ormai consolidato nel tempo, hanno avuto influenza diverse misure, tra cui le principali sono:

- ▶ la riduzione del prezzo medio dei farmaci, per effetto dell'inserimento nel prontuario di nuovi farmaci generici e, in parte, della rinegoziazione dei prezzi dei farmaci con effetti dall'ultimo trimestre del 2015;
- ▶ la diffusione dell'attività di monitoraggio del livello di appropriatezza delle prescrizioni;
- ▶ la rideterminazione all'11,35% del tetto relativo alla farmaceutica territoriale, con effetti dal 2013, calcolato al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso

⁴⁰ Vedi nota 11.

stabilito dall'AIFA, con attivazione del meccanismo del *pay-back* già previsto dalla normativa vigente in caso di superamento del predetto tetto;

- ▶ la quota di compartecipazione alla spesa a carico del cittadino;
- ▶ il potenziamento della distribuzione diretta e in nome e per conto – soprattutto nelle Regioni soggette a PdR – che ha determinato lo spostamento verso di essa di parte dei consumi dal canale convenzionale, con il conseguente risparmio dato dalla minore remunerazione della filiera distributiva.

La spesa per assistenza specialistica convenzionata, pari 4,6 miliardi di euro nel 2016, è in crescita dello 1,1%. Il rallentamento della crescita, registrato negli ultimi anni (nel biennio 2013-2014 la crescita è stata addirittura negativa), è da riferirsi essenzialmente all'effetto derivante dall'adozione di strumenti di governo da parte delle Regioni (tetti agli erogatori, penalizzazioni tariffarie in caso di inappropriata spesa). Il fatto che la voce sia comunque in lieve crescita deriva soprattutto dal consolidamento degli effetti già prodotti negli anni passati dal processo di deospedalizzazione, che ha comportato una maggiore fruizione in ambito ambulatoriale di alcune prestazioni precedentemente erogate in ambito ospedaliero.

La spesa per assistenza ospedaliera accreditata, che comprende le prestazioni acquistate da ospedali convenzionati, classificati, IRCCS privati, Policlinici universitari privati e Case di cura private accreditate, è pari a 8,8 miliardi di euro, stabile rispetto al 2015 (+0,2%). Su tale dinamica della spesa nonché su quella per la specialistica ancora da verificare sono gli effetti delle misure disposte (DL n. 78/2015 oltre DL n. 95/2012), che prevedevano, a partire dal 2015, una riduzione complessiva degli acquisti da erogatori privati (volumi e corrispettivo).

La spesa per «altra assistenza» è cresciuta nel 2016 del 2,9%. Nel dettaglio, gli acquisti di prestazioni di assistenza riabilitativa convenzionata da strutture private accreditate registrano una crescita pari al +2%, da ricondurre prevalentemente alle Regioni in Piano di rientro (+3,2%), interrompendo la progressiva riduzione di tale voce di spesa osservata dal 2007. La spesa per l'assistenza integrativa e protesica comprende le prestazioni che comportano l'erogazione dei prodotti destinati ad una alimentazione particolare e dei prodotti destinati alle persone con patologia diabetica, nonché l'erogazione di protesi ed ausili monouso e tecnologici inclusi in appositi elenchi. La spesa per queste prestazioni, pari a circa 1,9 miliardi di euro, mostra un lieve incremento rispetto al 2015 di poco meno dell'1%. Il risultato dell'anno è frutto di un aumento del 2,2% della spesa integrativa, pressoché compensato da una flessione di quella protesica, sia nelle Regioni in Piano che nelle altre (Corte dei Conti, 2017).

Infine, la spesa per l'aggregato «altre prestazioni» (cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica, assistenza agli anziani, assistenza ai tossicodipendenti, assistenza agli alcolisti, assistenza ai disabili, e comunità terapeutiche) ammonta a 7,9 miliardi di euro, in aumento del 3,2% rispetto al 2015 (Corte dei Conti, 2017).

5.3 I dati di spesa regionali

Nel 2016 il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite (+1,3% rispetto al 2015, Tabella 5.6) è di poco superiore al tasso di crescita della spesa complessiva (+1,1%). Questa differenza si spiega attraverso la dinamica della crescita della popolazione (-0,22% nell'ultimo anno). Il dato presenta notevoli differenze tra le Regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2015 che vanno dal -0,8% della Valle d'Aosta al +2,7% dell'Umbria e del Molise. È interessante osservare come il tasso di crescita della spesa pro-capite negli ultimi 6 anni risulti mediamente più basso nelle Regioni con PdR (cfr. nota a Tabella 5.6). In particolare, la variazione media annua della spesa corrente pubblica pro-capite nelle Regioni interessate da PdR è stata nulla. I tassi di crescita medi annui per area geografica sono, tendenzialmente, molto simili: se si guarda all'intero arco temporale dal 1990 al 2016 si osserva un aumento leggermente più contenuto nelle Regioni del Centro, mentre dal 1995 al 2001 sono le Regioni del Nord ad evidenziare tassi di crescita più modesti (e quelle del Sud aumenti più significativi). Dal 2001 al 2010 si è assistito invece a una riduzione del tasso di crescita medio annuo in tutta Italia, con il Nord e il Centro che si attestano al +3,3% e il Sud a +3,6%. Infine, nell'ultimo periodo (2010-2016) sono nuovamente le Regioni del Centro ad avere un andamento più contenuto (attestandosi al +0,2%). La variabilità interregionale, misurata dal coefficiente di variazione⁴¹, nel 2016 è diminuita rispetto al 2015, in linea con la diminuzione riscontrata l'anno precedente.

Guardando alla spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo (spesa riferita all'utilizzo delle strutture della Regione) e al netto della mobilità (spesa riferita alla popolazione residente nella Regione) si può notare come nel 2016 la variabilità interregionale della spesa (coefficiente di variazione) si riduca una volta tenuto conto della mobilità, segnalando una maggiore omogeneità della domanda a prescindere dal luogo di residenza (Tabella 5.7).

Nella Figura 5.5 è riportata, per ogni Regione, la spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo della mobilità, il saldo pro-capite della mobilità e la spesa sanitaria pubblica pro-capite al netto della mobilità. È da notare come per alcune Regioni il saldo della mobilità rappresenti una quota significativa della spesa, ad esempio (in negativo) per la Calabria e (in positivo) per il Molise e l'Emilia Romagna. Si registra inoltre la diminuzione del saldo di mobilità internazionale; la spesa netta relativa alla mobilità internazionale diminuisce tra il 2013 e il 2016, dai circa 105 milioni di euro registrati nel 2013 ai 13 milioni di euro del 2016. Il Ministero della Salute, tuttavia, non specifica quanta parte di questa diminuzione sia relativa ad un minor ricorso ai servizi sanitari offerti da altri Paesi e quanta, invece, sia da imputare ad una maggiore mobilità in entrata.

⁴¹ Deviazione standard/media.

Tabella 5.6 **Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010-2015)**

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016/ 2015	Tasso crescita medio			
														'90/'16	'95/'01	'01/'16	
Piemonte	688	828	1.319	1.415	1.661	1.904	1.897	1.965	1.914	1.886	1.869	1.913	2,3%	4,2%	9,3%	3,4%	0,1%
Valle d'Aosta	756	875	1.409	1.522	1.829	2.172	2.236	2.275	2.253	2.121	2.125	2.107	-0,8%	4,2%	9,7%	4,0%	-0,6%
Lombardia	709	868	1.198	1.344	1.573	1.813	1.872	1.920	1.917	1.934	1.932	1.931	0,0%	4,1%	7,6%	3,4%	1,3%
Bolzano	722	995	1.603	1.683	2.059	2.183	2.234	2.337	2.310	2.288	2.288	2.348	2,6%	4,8%	9,2%	2,9%	1,5%
Trento	731	907	1.327	1.533	1.722	2.089	2.209	2.281	2.246	2.223	2.170	2.199	1,3%	4,5%	9,2%	3,5%	1,0%
Veneto	746	861	1.257	1.365	1.609	1.788	1.782	1.851	1.832	1.828	1.842	1.882	2,2%	3,8%	8,0%	3,0%	1,0%
Friuli VG	730	868	1.241	1.361	1.650	1.979	2.076	2.125	2.083	1.994	1.970	1.997	1,4%	4,1%	7,8%	4,3%	0,2%
Liguria	841	957	1.374	1.505	1.837	2.006	2.043	2.060	2.040	2.027	2.048	2.063	0,7%	3,7%	7,8%	3,2%	0,6%
Emilia R	856	975	1.282	1.422	1.699	1.920	1.926	2.094	2.031	2.002	2.025	2.040	0,7%	3,5%	6,5%	3,4%	1,2%
Toscana	788	891	1.256	1.412	1.647	1.899	1.914	2.016	1.964	1.970	1.987	2.016	1,5%	3,8%	8,0%	3,3%	1,2%
Umbria	766	865	1.273	1.376	1.629	1.806	1.841	1.912	1.902	1.863	1.891	1.943	2,7%	3,8%	8,0%	3,1%	1,5%
Marche	834	886	1.237	1.357	1.544	1.795	1.793	1.832	1.802	1.806	1.811	1.852	2,3%	3,2%	7,4%	3,2%	0,6%
Lazio	788	891	1.319	1.464	1.919	1.970	1.965	2.037	1.976	1.875	1.879	1.890	0,6%	3,6%	8,6%	3,4%	-0,8%
Abruzzo	724	761	1.299	1.383	1.729	1.743	1.751	1.836	1.802	1.821	1.806	1.845	2,2%	3,8%	10,5%	2,6%	1,1%
Molise	678	776	1.164	1.387	2.033	2.070	2.037	2.151	2.250	2.134	2.081	2.136	2,7%	4,7%	10,2%	4,5%	0,6%
Campania	692	743	1.163	1.300	1.670	1.719	1.710	1.713	1.689	1.696	1.712	1.743	1,8%	3,8%	9,8%	3,1%	0,3%
Puglia	671	783	1.123	1.223	1.515	1.772	1.731	1.742	1.741	1.760	1.767	1.799	1,8%	4,0%	7,7%	4,2%	0,3%
Basilicata	603	707	1.079	1.184	1.505	1.797	1.818	1.835	1.818	1.829	1.840	1.854	0,7%	4,6%	9,0%	4,7%	0,6%
Calabria	586	721	1.142	1.254	1.423	1.719	1.697	1.741	1.712	1.721	1.722	1.749	1,6%	4,5%	9,7%	3,6%	0,4%
Sicilia	700	747	1.073	1.254	1.559	1.688	1.717	1.743	1.743	1.735	1.736	1.768	1,8%	3,8%	9,0%	3,4%	0,9%
Sardegna	695	860	1.173	1.288	1.632	1.871	1.932	2.006	1.982	2.020	2.019	2.042	1,1%	4,4%	7,0%	4,2%	1,8%
Totale	730	840	1.223	1.356	1.648	1.836	1.850	1.908	1.882	1.870	1.875	1.899	1,3%	3,9%	8,3%	3,4%	0,7%

Tabella 5.6 (segue)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016/ 2015	Tasso crescita medio			
														'90/'16	'95/'01	'01/'10	'10/'16
<i>Nord</i>	745	885	1.265	1.393	1.646	1.873	1.902	1.976	1.949	1.939	1.941	1.961	1,0%	3,9%	7,8%	3,3%	0,9%
<i>Centro</i>	792	888	1.284	1.426	1.759	1.913	1.917	1.993	1.944	1.895	1.904	1.928	1,2%	3,6%	8,2%	3,3%	0,2%
<i>Sud e Isole</i>	678	760	1.138	1.271	1.590	1.743	1.743	1.770	1.757	1.764	1.769	1.799	1,7%	4,0%	9,0%	3,6%	0,6%
<i>Regioni soggette a piani di rientro</i>	701	797	1.194	1.325	1.686	1.818	1.810	1.805	1.779	1.836	1.832	1.815	-0,9%	3,9%	8,8%	3,6%	0,0%
<i>Altre regioni</i>	758	894	1.251	1.388	1.675	1.895	1.921	1.945	1.919	1.983	1.979	1.969	-0,5%	3,9%	7,6%	3,5%	0,8%
Coefficiente Variazione	9,55%	9,70%	9,72%	8,47%	9,89%	7,87%	8,98%	9,54%	9,75%	8,54%	8,11%	8,02%					
Rapporto max/min	46,2%	40,7%	49,3%	42,2%	44,8%	29,4%	31,8%	36,4%	36,8%	34,9%	33,6%	34,7%					

Nota: Le Regioni inizialmente soggette a PdR sono Lazio (28.2.07), Abruzzo (06.3.07), Campania (13.3.07), Molise (27.3.07) e Sicilia (31.7.07). La Calabria ha approvato il proprio PdR con DGR n.845 del 17.12.2009, pertanto nel 2010 è inclusa nel computo delle Regioni in PdR. La Puglia e il Piemonte hanno approvato il PdR nel corso del 2010 (rispettivamente con DGR 2624 del 30.11.2010 e DGR 1-415 del 2.8.2010 e successive integrazioni) e risultano pertanto incluse a partire dal 2010. La Liguria e la Sardegna sono uscite dal Piano nel 2010, con valutazione positiva circa il raggiungimento degli obiettivi. La voce Regioni in PdR comprende le Regioni che allo stato attuale risultano essere in PdR.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017) ed ISTAT (2017)

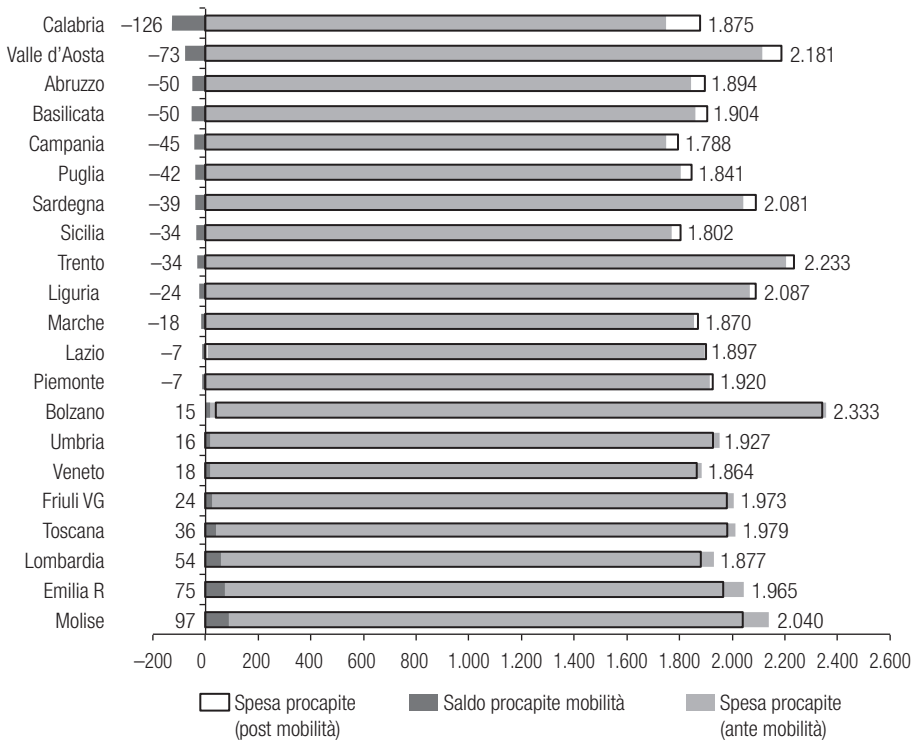
Tabella 5.7 **Spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2016). Valori assoluti e numeri indice**

Regioni	Spesa procapite (lordo mobilità)		Spesa procapite (netto mobilità)		Saldo procapite mobilità	Saldo procapite mobilità/ spesa procapite
	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	percentuale
Piemonte	1.913	100,7	1.920	101,1	-6,6	-0,34%
Valle d'Aosta	2.107	111,0	2.181	114,8	-73,1	-3,47%
Lombardia	1.931	101,7	1.877	98,9	53,9	2,79%
Bolzano	2.348	123,6	2.333	122,8	15,1	0,64%
Trento	2.199	115,8	2.233	117,6	-33,6	-1,53%
Veneto	1.882	99,1	1.864	98,2	17,6	0,94%
Friuli VG	1.997	105,2	1.973	103,9	23,9	1,20%
Liguria	2.063	108,6	2.087	109,9	-24,1	-1,17%
Emilia R	2.040	107,4	1.965	103,5	75,2	3,69%
Toscana	2.016	106,1	1.979	104,2	36,4	1,81%
Umbria	1.943	102,3	1.927	101,5	16,0	0,83%
Marche	1.852	97,5	1.870	98,5	-17,8	-0,96%
Lazio	1.890	99,5	1.897	99,9	-7,3	-0,39%
Abruzzo	1.845	97,1	1.894	99,8	-49,6	-2,69%
Molise	2.136	112,5	2.040	107,4	96,6	4,52%
Campania	1.743	91,8	1.788	94,1	-44,9	-2,58%
Puglia	1.799	94,7	1.841	96,9	-42,2	-2,35%
Basilicata	1.854	97,6	1.904	100,2	-49,5	-2,67%
Calabria	1.749	92,1	1.875	98,7	-125,8	-7,19%
Sicilia	1.768	93,1	1.802	94,9	-34,3	-1,94%
Sardegna	2.042	107,5	2.081	109,6	-38,7	-1,89%
Totale	1.899	100,0	1.899	100,0	0,0	0,00%
<i>Nord</i>	<i>1.961</i>	<i>103,3</i>	<i>1.929</i>	<i>101,6</i>	<i>32,6</i>	<i>1,66%</i>
<i>Centro</i>	<i>1.928</i>	<i>101,5</i>	<i>1.921</i>	<i>101,2</i>	<i>6,6</i>	<i>0,34%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.799</i>	<i>94,8</i>	<i>1.847</i>	<i>97,2</i>	<i>-47,2</i>	<i>-2,63%</i>
Coeff. Var.	8,02%	-	7,3%	-	-	-
Rapporto max/min	34,72%	-	30,5%	-	-	-

Nota: la mobilità interregionale è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2016.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

Figura 5.5 **Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo e al netto della mobilità e saldo della mobilità interregionale pro-capite (2016)**

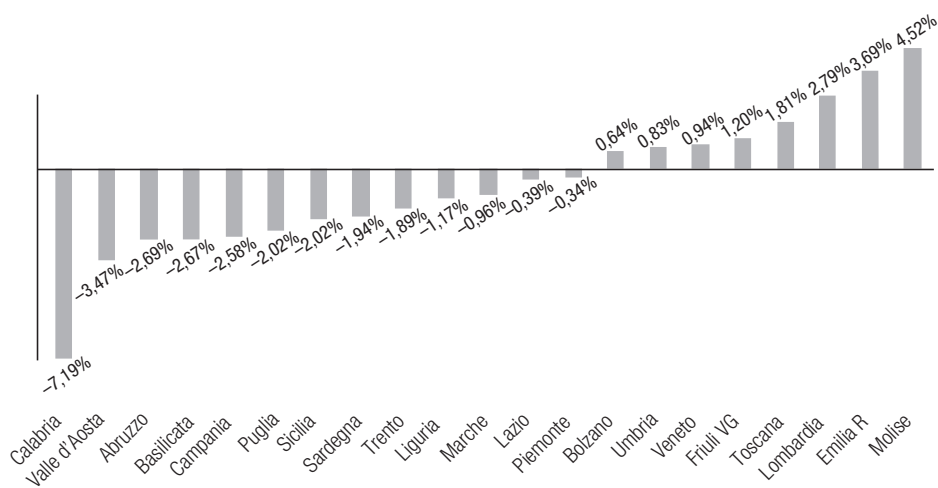


Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

La Tabella 5.8 mostra l'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale. Questo valore è calcolato al netto della mobilità⁴², in coerenza con quanto riportato nel precedente Rapporto OASI (Amoroso et al., 2016). Il dato è da leggere in una doppia prospettiva. Innanzitutto, è da notare come la variabilità tra le Regioni di questo indicatore sia molto superiore rispetto a quella della sola spesa. Il coefficiente di variazione dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL è pari al 24,9% nel 2016 (in aumento rispetto al 23,6% del 2015), mentre si attesta intorno al 7,3% nel caso della spesa sanitaria pro-capite al netto della mobilità (Tabella 5.7). Questa evidenza dimostra che, se l'intensità di spesa è relativamente poco variabile sul territorio, altrettanto non può dirsi della sua incidenza sul PIL, una misura

⁴² Come specificato in nota alla Tabella 5.7, per il 2015 ed il 2016 sono stati utilizzati i dati di mobilità interregionale programmata, come riportati nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2015 e del 2016.

Figura 5.6 **Saldo pro-capite della mobilità su spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) (2016)**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

di assorbimento potenziale da parte della sanità pubblica delle risorse generate dal sistema produttivo di ogni Regione. Si parla di assorbimento potenziale perché la spesa sanitaria pubblica assorbe solo in parte le risorse generate dai sistemi produttivi regionali. Infatti, i meccanismi di perequazione fanno sì che l'assorbimento reale sia livellato sul territorio, al fine di evitare che la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (da poco più del 5% in alcune Regioni del Nord, es. 5,2% nella PA di Bolzano, fino a più dell'11% in alcune Regioni del Sud, es. 11,2% in Calabria) si trasformi in un ostacolo insormontabile per alcune Regioni nell'erogazione dei servizi essenziali. Tale variabilità, infatti, se non fosse livellata tramite il meccanismo perequativo, comporterebbe un'accentuazione delle differenze nella capacità delle Regioni di erogare i LEA, se non a prezzo di un forte aumento della pressione fiscale o delle compartecipazioni, oppure di una sostanziale distrazione di risorse da altri ambiti di intervento pubblico nelle Regioni in cui l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è maggiore (soprattutto a causa del minore PIL pro-capite), con margini di manovra molto ristretti in quanto la spesa sanitaria rappresenta una quota molto rilevante della spesa pubblica regionale. In altri termini, la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL mette in evidenza il *trade-off* tra finalità di equità del SSN sul territorio nazionale e spinte federaliste verso una maggiore responsabilizzazione delle Regioni sul finanziamento e sulla spesa. Questo *trade-off* è la ragione principale per cui il federalismo fiscale in sanità non è stato mai applicato nella sua forma più radicale.

Tabella 5.8 Incidenza della spesa sanitaria pubblica (al netto della mobilità) sul PIL regionale (2004-2016)

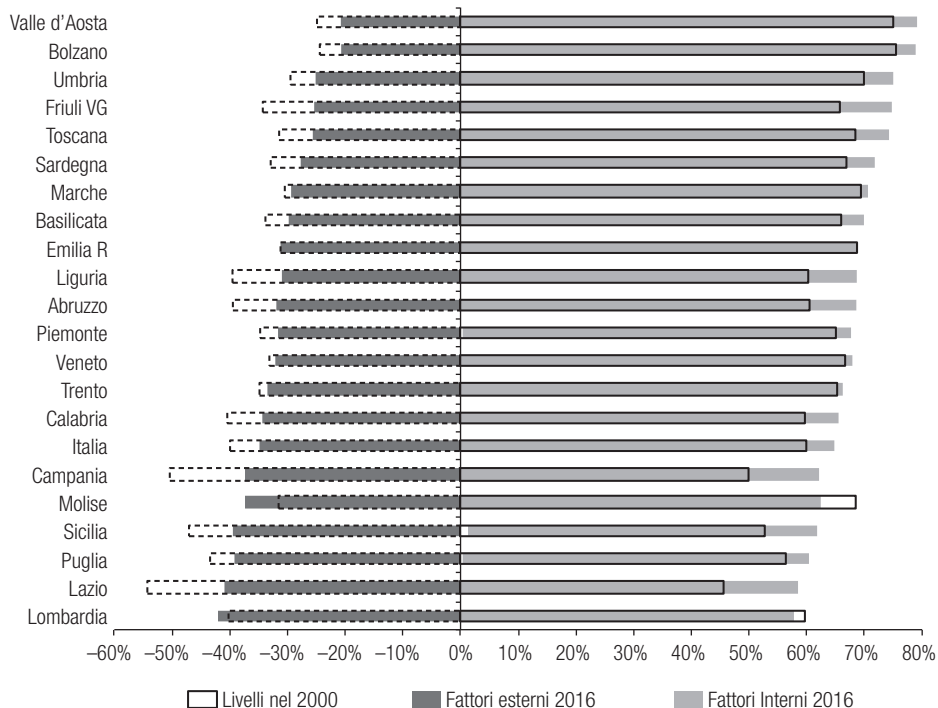
Regioni	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Piemonte	6,10%	5,99%	5,98%	5,99%	6,26%	6,91%	6,76%	6,60%	6,90%	6,67%	6,68%	6,54%	6,53%
Valle d'Aosta	6,83%	7,19%	7,42%	7,21%	7,08%	6,94%	7,00%	6,98%	6,79%	6,57%	6,55%	6,16%	5,87%
Lombardia	5,30%	5,56%	5,51%	5,56%	5,57%	5,54%	5,59%	5,65%	5,45%	5,25%	5,66%	5,41%	5,18%
Bolzano	7,28%	7,13%	7,22%	7,38%	7,41%	6,73%	6,84%	6,66%	6,63%	6,37%	6,40%	6,27%	6,25%
Trento	6,54%	6,49%	6,51%	6,62%	6,75%	6,97%	7,01%	7,22%	7,02%	6,89%	7,00%	6,73%	6,66%
Veneto	6,48%	6,58%	6,60%	6,66%	6,57%	6,44%	6,36%	6,16%	6,04%	6,02%	6,27%	6,20%	6,19%
Friuli VG	7,22%	7,09%	6,72%	7,08%	7,52%	7,54%	7,32%	7,36%	7,10%	7,03%	7,15%	6,83%	6,65%
Liguria	8,28%	7,94%	7,56%	7,83%	7,72%	7,68%	7,40%	7,32%	6,80%	6,60%	6,98%	7,02%	7,04%
Emilia R	6,46%	6,31%	6,28%	6,34%	6,42%	6,40%	6,35%	6,09%	6,19%	5,98%	6,31%	6,25%	6,13%
Toscana	7,28%	7,19%	7,18%	7,15%	7,19%	7,38%	7,20%	6,98%	6,90%	6,69%	6,93%	6,92%	6,93%
Umbria	7,92%	7,86%	7,88%	7,91%	7,98%	7,91%	7,83%	7,64%	7,47%	7,32%	7,74%	7,69%	7,73%
Marche	8,04%	7,82%	7,76%	7,57%	7,65%	7,63%	7,57%	7,19%	6,91%	6,87%	7,15%	7,10%	7,22%
Lazio	7,46%	7,39%	7,38%	7,12%	7,04%	6,75%	6,51%	6,33%	6,05%	5,96%	6,07%	6,05%	5,98%
Abruzzo	8,58%	9,28%	8,76%	9,08%	9,03%	9,16%	8,69%	8,35%	8,29%	7,86%	8,37%	8,10%	8,00%
Molise	10,24%	12,16%	10,27%	10,52%	10,83%	10,45%	10,15%	9,36%	9,23%	10,02%	9,83%	9,60%	9,83%
Campania	11,60%	12,10%	10,97%	11,05%	11,15%	10,97%	10,52%	10,10%	9,67%	9,51%	9,93%	10,11%	10,41%
Puglia	10,26%	11,07%	10,84%	11,40%	11,59%	11,32%	11,23%	10,51%	10,19%	10,29%	10,78%	10,70%	10,72%
Basilicata	9,51%	9,95%	9,82%	10,11%	10,60%	10,47%	10,50%	10,00%	9,42%	9,32%	10,11%	10,23%	10,39%
Calabria	11,80%	11,74%	11,67%	13,02%	12,39%	12,26%	11,83%	11,29%	10,99%	10,64%	11,05%	11,10%	11,16%
Sicilia	11,68%	11,52%	11,74%	11,27%	10,81%	10,62%	10,30%	10,08%	9,91%	9,78%	10,14%	10,13%	10,26%
Sardegna	10,41%	10,91%	10,13%	10,21%	10,41%	10,39%	10,44%	10,36%	10,17%	9,78%	10,25%	10,20%	10,29%
Totale	6,22%	6,47%	6,40%	6,42%	6,53%	6,97%	6,90%	6,85%	7,02%	7,00%	7,01%	6,92%	6,89%

*Il dato 2016 del PIL è stimato.

Nota: la mobilità interregionale 2015 e 2016 è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2014 e del 2015, e quella consuntiva per gli anni precedenti.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017), ISTAT (2017)

Figura 5.7 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente regionale, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione) (2000; 2016)**



Nota: dal dato sono esclusi gli altri costi, rappresentati in prevalenza dal saldo delle voci economiche. Sono invece inclusi gli accantonamenti tipici, che (cfr. supra) vengono accorpati ai servizi, anche se in parte si riferiscono al rinnovo delle convenzioni di fattori esterni alla produzione (MMG e specialisti).

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

Analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, interni ed esterni alle aziende sanitarie, si evidenziano rilevanti differenze a livello regionale. La Figura 5.7 illustra l'evoluzione del dato tra il 2000 e il 2016. La Tabella 5.9 riporta il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi.

Le differenze sono da ricondurre in primo luogo al diverso assetto dei SSR, con riferimento, in particolare, al differente mix pubblico/privato nelle strutture di offerta: ad esempio, Lombardia, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Sicilia presentano dati di incidenza della spesa per fattori della produzione interni alle aziende sanitarie inferiori alla media nazionale, data la rilevante presenza di strutture private accreditate (ospedaliere ed ambulatoriali). Queste Regioni presentano, infatti, valori per quanto riguarda i servizi accreditati (ospedaliera, specialistica e altra assistenza) tendenzialmente superiori alla media nazionale. È inoltre interessante osservare come, con riferimento specifico al personale

Tabella 5.9 Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica nei SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica (2016)

Anno 2016	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmacaceutica convenzionata	Ospedaliere accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale (milioni di Euro)	Fattori Interni	Fattori esterni
Piemonte	33,1%	34,7%	5,7%	6,9%	5,8%	2,9%	10,9%	8.399	67,8%	32,2%
Valle d'Aosta	44,0%	35,7%	6,0%	5,9%	2,5%	0,5%	5,3%	258	79,7%	20,3%
Lombardia	26,0%	32,2%	4,6%	6,9%	12,1%	5,3%	12,9%	19.131	58,3%	41,7%
Bolzano	48,8%	30,4%	4,6%	3,8%	2,3%	0,7%	9,4%	1.215	79,2%	20,8%
Trento	35,4%	30,9%	5,0%	5,4%	4,7%	2,3%	16,2%	1.180	66,4%	33,6%
Veneto	29,9%	38,0%	6,1%	5,7%	5,9%	3,6%	10,9%	9.154	67,8%	32,2%
Friuli VG	38,8%	36,5%	5,1%	7,1%	2,5%	2,1%	7,9%	2.390	75,3%	24,7%
Liguria	33,6%	35,4%	4,9%	6,1%	6,5%	3,6%	10,1%	3.214	69,0%	31,0%
Emilia R	33,0%	36,1%	5,8%	5,4%	6,9%	2,2%	10,5%	8.991	69,1%	30,9%
Toscana	34,1%	39,9%	5,6%	6,2%	3,8%	2,1%	8,2%	7.385	74,1%	25,9%
Umbria	35,6%	39,7%	5,4%	7,3%	2,4%	1,2%	8,3%	1.723	75,4%	24,6%
Marche	34,9%	35,7%	6,0%	8,2%	3,6%	1,8%	9,9%	2.846	70,6%	29,4%
Lazio	24,5%	34,5%	5,6%	7,9%	11,7%	4,4%	11,5%	10.875	59,0%	41,0%
Abruzzo	31,3%	37,5%	6,4%	9,2%	5,4%	1,9%	8,4%	2.433	68,7%	31,3%
Molise	27,5%	35,0%	7,1%	6,4%	10,2%	5,8%	8,0%	658	62,6%	37,4%
Campania	25,9%	36,8%	6,4%	8,2%	8,1%	7,5%	7,1%	10.065	62,6%	37,4%
Puglia	27,5%	33,3%	7,2%	8,6%	10,4%	3,9%	9,2%	7.227	60,8%	39,2%
Basilicata	35,8%	34,5%	7,6%	7,5%	1,6%	3,2%	9,8%	1.044	70,3%	29,7%
Calabria	33,3%	32,6%	7,3%	8,8%	5,7%	3,5%	8,8%	3.424	65,9%	34,1%
Sicilia	31,2%	31,1%	6,7%	7,5%	7,9%	5,8%	9,8%	8.884	62,2%	37,8%
Sardegna	36,0%	35,9%	6,0%	7,8%	2,6%	3,7%	7,9%	3.289	72,0%	28,0%
Italia	30,2%	34,9%	5,8%	7,1%	7,7%	4,0%	10,2%	113.785	65,1%	34,9%
<i>Nord</i>	<i>30,8%</i>	<i>34,6%</i>	<i>5,3%</i>	<i>6,3%</i>	<i>8,0%</i>	<i>3,7%</i>	<i>11,4%</i>	<i>53.933</i>	<i>65,3%</i>	<i>34,7%</i>
<i>Centro</i>	<i>29,8%</i>	<i>36,8%</i>	<i>5,6%</i>	<i>7,3%</i>	<i>7,4%</i>	<i>3,1%</i>	<i>10,0%</i>	<i>22.829</i>	<i>66,5%</i>	<i>33,5%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>29,7%</i>	<i>34,2%</i>	<i>6,7%</i>	<i>8,2%</i>	<i>7,5%</i>	<i>5,2%</i>	<i>8,6%</i>	<i>37.024</i>	<i>63,9%</i>	<i>36,1%</i>

Nota: rispetto alla tabella 5.5 non vengono considerate le seguenti voci: «altri costi»; «altri enti» ed «ammortamenti». Per fattori interni si intende la somma della spesa per personale e acquisti di beni e servizi; per fattori esterni si intende l'insieme delle altre voci di spesa

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

dipendente (Tabella 5.9), Lombardia, Lazio, Campania, Puglia e Molise presentano incidenze decisamente inferiori alla media nazionale, mentre la Sicilia, pur avendo una presenza importante di strutture private accreditate, evidenzia valori più elevati della media nazionale⁴³.

Per quanto concerne la spesa farmaceutica (Tabella 5.10), nel 2013 i tetti di spesa territoriale e ospedaliera sono stati fissati rispettivamente al 11,35%⁴⁴ e al 3,5% delle assegnazioni regionali. I tetti sono stati modificati dal 2013, diminuendo rispetto al 2012 il tetto sulla spesa territoriale (precedentemente fissato al 13,1%) e aumentando il tetto sulla spesa ospedaliera (precedentemente fissato al 2,4%). Da segnalare che la L. 190/2014 (Legge di Stabilità 2015) ha previsto l'istituzione di un fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (soprattutto nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C dispensati direttamente dalle strutture sanitarie) pari a 500 milioni di euro rispettivamente per il 2015 e il 2016. La Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016) stabilisce che ogni eccedenza del fondo *ad hoc* destinato per gli anni 2015 e 2016 per l'acquisto dei farmaci innovativi concorre al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica territoriale. Inoltre, la Legge 232/2016 (Legge di Stabilità 2017) rinnova il fondo di 500 milioni di euro annui per i medicinali innovativi ed introduce, a partire dal 1 gennaio 2017, un ulteriore fondo di 500 milioni di euro annui per l'acquisto di farmaci oncologici innovativi. Viene inoltre specificato che, a partire dal 2017, la spesa per l'acquisto dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi concorrerà al raggiungimento del nuovo tetto della spesa farmaceutica per gli acquisti diretti⁴⁵ per l'ammontare eccedente annualmente l'importo di ciascuno dei fondi (comma 406).

Nel 2016 la spesa territoriale al netto del *pay-back* a carico delle imprese⁴⁶ e del fondo *ad hoc* per farmaci innovativi è stata pari a 12.316 milioni di

⁴³ Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo 6 del presente Rapporto.

⁴⁴ Il tetto di spesa del 11,35% è riferito alla spesa farmaceutica territoriale, che è pari alla somma della spesa convenzionata netta, delle compartecipazioni in quota fissa regionale e della distribuzione diretta di farmaci di fascia A, inclusa la distribuzione in nome e per conto e in sede di dimissione ospedaliera, al netto degli sconti a carico degli attori della filiera diversi dalle imprese produttrici. Rientra, quindi, nel budget per la spesa territoriale anche una parte di spesa non convenzionata (per la parte di distribuzione diretta e distribuzione per conto dei farmaci di fascia A).

⁴⁵ La legge di stabilità 2017 (L. 232/2016) stabilisce la ridefinizione dei nuovi tetti alla spesa farmaceutica a decorrere dal 2017. Il c. 398 stabilisce che il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera è calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e in nome e per conto, ed è rideterminato nella misura del 6,89% del FSN. Conseguentemente, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera assume la denominazione di tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti. Il c. 399 stabilisce invece che il tetto della spesa farmaceutica territoriale è rideterminato nella misura del 7,96% del FSN. Conseguentemente, il tetto della spesa farmaceutica territoriale assume la denominazione di tetto della spesa farmaceutica convenzionata.

⁴⁶ *Pay-back* della sospensione della riduzione dei prezzi del 5% (settembre 2006), *pay-back* legato allo sfondamento dei tetti di prodotto, *pay-back* relativo agli accordi di rimborso condizio-

Tabella 5.10 La spesa farmaceutica pubblica: territoriale e ospedaliera (2016) milioni di euro

Regione	FARMACEUTICA TERRITORIALE				FARMACEUTICA OSPEDALIERA					
	Tetto (11,35%)	Farmaceutica territoriale netto payback	Sfondamento (segno positivo)	% Variazione 2015/2016 (netto Pay-back)	% Incidenza su FSR	Tetto (3,5%)	Farmaceutica ospedaliera lordo payback	Sfondamento (segno positivo)	% Variazione 2014/2015 (lordo Pay-back)	% Incidenza su FSR
Piemonte	930,08	832,01	-98,07	-3,74%	10,15%	286,81	387,99	101,18	4,08%	4,73%
Valle d'Aosta	26,15	21,40	-4,75	-4,68%	9,29%	8,06	10,38	2,32	5,33%	4,51%
Lombardia	2.052,02	1.886,56	-165,46	-2,61%	10,43%	632,78	843,06	210,27	3,12%	4,66%
Bolzano	102,32	81,49	-20,83	2,69%	9,04%	31,55	40,99	9,43	-3,67%	4,55%
Trento	107,71	98,08	-9,63	5,41%	10,34%	33,21	30,99	-2,22	-1,78%	3,27%
Veneto	1.012,69	843,91	-168,78	-4,58%	9,46%	312,28	393,31	81,02	2,70%	4,41%
Friuli VG	254,37	249,41	-4,96	-1,18%	11,13%	78,44	105,10	26,66	-0,38%	4,69%
Liguria	351,21	316,27	-34,94	-4,69%	10,22%	108,30	161,16	52,86	2,30%	5,21%
Emilia R	927,56	789,36	-138,20	-4,28%	9,66%	286,03	433,45	147,42	4,62%	5,30%
Toscana	789,64	746,40	-43,24	-1,86%	10,73%	243,50	439,58	196,08	0,82%	6,32%
Umbria	189,37	183,42	-5,95	1,03%	10,99%	58,40	96,96	38,56	7,73%	5,81%
Marche	325,53	330,60	5,07	-1,95%	11,53%	100,38	162,08	61,69	7,60%	5,65%
Lazio	1.204,57	1.272,55	67,99	-4,53%	11,99%	371,45	475,77	104,32	0,40%	4,48%
Abruzzo	276,60	298,12	21,52	-2,18%	12,23%	85,29	134,62	49,33	-0,38%	5,52%
Molise	69,16	64,78	-4,38	-6,24%	10,63%	21,33	25,91	4,59	1,70%	4,25%
Campania	1.183,70	1.308,54	124,84	-2,10%	12,55%	365,02	511,86	146,84	-1,06%	4,91%
Puglia	831,01	959,30	128,29	-0,33%	13,10%	256,26	384,75	128,50	-4,61%	5,26%
Basilicata	120,93	119,51	-1,41	-5,06%	11,22%	37,29	56,60	19,31	9,51%	5,31%
Calabria	403,29	448,28	44,99	-0,11%	12,62%	124,36	178,92	54,56	-2,78%	5,04%
Sicilia	1.027,00	1.040,65	13,65	-3,18%	11,50%	316,70	401,98	85,28	4,85%	4,44%
Sardegna	337,40	426,23	88,83	-3,74%	14,34%	104,04	156,78	52,74	-6,40%	5,27%
Italia	12.522,30	12.316,88	-205,42	-2,76%	11,16%	3.861,50	5.432,24	1.570,74	1,48%	4,92%

Nota: Spesa farmaceutica Territoriale: calcolata come somma della spesa convenzionata netta più la spesa per farmaci di fascia A erogati in distribuzione diretta e in distribuzione in nome e per conto, più le partecipazioni in quota fissa regionali.

Spesa farmaceutica Ospedaliera: calcolata come differenza tra la spesa farmaceutica non convenzionata, la spesa per farmaci di fascia A erogati in distribuzione diretta e in distribuzione in nome e per conto e le voci come previste dalla «Spending Review» (spesa per farmaci in classe C e C-bis erogati in setting ospedaliero).

Fonte: dati Monitoraggio della Spesa farmaceutica Regionale Gennaio – Dicembre 2016 consuntivo. Riunione CdA AIFA del 20 luglio 2017

euro (11,16% del FSN), in decremento rispetto al 2015 del 2,8%. Il dettaglio regionale fornito dal monitoraggio della spesa farmaceutica AIFA (consuntivo 2016, CdA 20/07/2017) evidenzia, tuttavia, alcune realtà regionali in cui il tetto dell'11,35% non è stato rispettato. In particolare, la spesa farmaceutica territoriale (al netto del *pay-back*) è stata superiore al tetto nelle Marche, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna. L'incidenza media della spesa farmaceutica territoriale (al netto del *pay-back*) sul FSR è del 11,16%, dove P.A. di Bolzano e Valle d'Aosta mostrano i livelli più bassi (9,04% e 9,29%), mentre Puglia e Sardegna registrano un'incidenza superiore al 13%.

La spesa ospedaliera al netto del *pay-back* a carico delle imprese⁴⁷ è pari a 5.432 milioni di euro, in crescita rispetto al 2015 del 1,5%, e assorbe il 4,92% delle assegnazioni per il 2016. Lo sfondamento complessivo registrato per il 2016 è quindi pari a 1.571 milioni di euro, dove tutte le Regioni registrano sfondamenti del tetto del 3,5% ad esclusione della PA di Trento.

5.4 I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura

Con la Legge 405/01, alle Regioni è stato attribuito l'onere di coprire i disavanzi sanitari⁴⁸. Con l'accordo tra il Governo, le Regioni e le PP.AA. di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2004, sono state definite le iniziative considerate idonee per la copertura degli stessi (Jommi e Lecci, 2005). Il principio di piena responsabilità delle Regioni sulla copertura dei disavanzi è stato poi in parte derogato dalle Leggi Finanziarie per gli anni successivi.

Negli anni, le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee. Un primo elemento che avrebbe dovuto influenzare i comportamenti regionali è l'entità effettiva dei disavanzi. È ovviamente importante usare molta cautela nell'interpretare i dati di disavanzo: esiste, infatti, una forte variabilità nei sistemi di rilevazione delle voci introdotte a seguito dell'adozione della contabilità economico-patrimoniale (Anessi Pessina, 2005). A partire dall'implementazione dell'armonizzazione contabile prevista dal D.lgs 118/2001 e quindi dai dati di consuntivo 2012, si registra una netta convergenza delle Regioni nella contabilizzazione dei livelli di disavanzo: fino al 2011, questi ultimi erano contabilizzati dalle Regioni prevalentemente al lordo delle

nato, *pay-back* relativo alla mancata riduzione del prezzo dei farmaci (Det. AIFA 1525/2015, GU 282/2015).

⁴⁷ Vedi nota 45.

⁴⁸ In particolare l'art. 4 stabilisce che «gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati (...) sono coperti dalle Regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria (...); variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente; altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci».

coperture regionali, mentre dal 2012 sono riportati al netto delle stesse – cfr. par. 4.2.

In seguito all'ultimo aggiornamento dei dati pubblicati dal Ministero della Salute, nel 2015 si interrompe la serie di risultati di avanzo relativa al periodo 2012-2014, chiudendo l'anno con un disavanzo pari a 614 milioni di euro, a differenza di quanto riportato nel precedente Rapporto OASI (Amoroso *et al.*, 2016). La principale voce che contribuisce a questo risultato di esercizio è correlata al saldo per la gestione straordinaria delle aziende sanitarie, che passa, pur mantenendo valori negativi, da -397 milioni di euro nel 2014 a -653 milioni di euro nel 2015. Nel 2016, invece, il sistema sanitario evidenzia nuovamente un risultato di avanzo, attestandosi a valori simili a quelli osservati nel 2013 (329 milioni di euro – Tabella 5.11 e Tabella 5.3). A livello regionale si rilevano tuttavia eterogeneità nei livelli di avanzo sanitario, con otto Regioni che registrano risultati negativi: Sardegna (-297 milioni di euro), Toscana (-89 milioni di euro), Liguria (-71 milioni di euro), Puglia (-38 milioni di euro), Abruzzo (-24 milioni di euro), Friuli Venezia Giulia (-15 milioni di euro), P.A. di Trento (-7 milioni di euro) e Valle d'Aosta (-4 milioni di euro) (Tabella 5.11). Nel 2016 la Sardegna incide sul disavanzo annuale complessivo per quasi il 55%.

Le Regioni in PdR⁴⁹ anche nel 2016 hanno confermato il trend degli anni precedenti; tra il 2009 e il 2014 hanno infatti ridotto il disavanzo prima delle coperture da quasi 3,5 miliardi di euro nel complesso a poco più di 275 milioni di euro. Un dato particolarmente significativo considerando che, per cinque regioni, i consuntivi 2014 registravano una gestione in avanzo e sole tre regioni presentano ancora ampi margini di miglioramento (Corte dei Conti, 2016).

Il Lazio, seguito da Sicilia e Campania, si dimostra la realtà in cui l'avanzo, dopo le coperture, è maggiore (547, 143 e 74 milioni di euro rispettivamente)⁵⁰.

Come già evidenziato, l'avanzo degli ultimi tre anni è principalmente dovuto alla contabilizzazione di risorse aggiuntive a livello regionale (addizionali IRPEF e IRAP per il ripiano dei disavanzi dell'anno) come previsto dal D.lgs 118/2011, mentre in precedenza non erano riportate perché disposte in sede di assestamento dei bilanci previsionali dell'anno successivo.

La Figura 5.8 illustra il livello delle risorse complessivamente a disposizione del SSN (cfr § 5.2) sulla spesa sanitaria pubblica corrente per singola regione. Dal grafico si evince il grado di copertura della spesa sanitaria attraverso: i) i fondi messi a disposizione dal livello centrale, ii) le risorse aggiuntive regionali e

⁴⁹ Tra le Regioni in PdR ricomprendiamo le Regioni che hanno avviato il PdR nel periodo 2007-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia. Vengono comprese anche le due Regioni con PdR «leggero»: Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano con un livello di gravosità minore da quello ordinario.

⁵⁰ I valori sono tratti dai flussi ministeriali, più aggiornati rispetto a quelli riportati nel rapporto della Corte dei Conti.

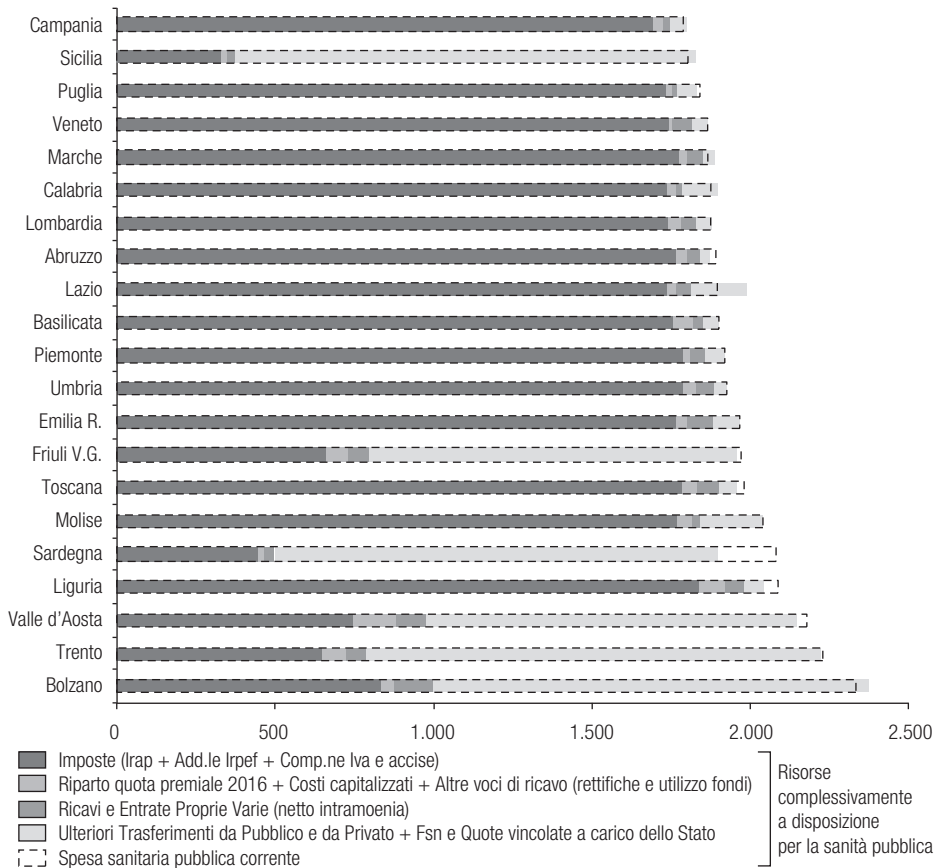
Tabella 5.11 Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2016)

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	210	40	100	671	-1	7	-31	-5	-17	-2	-5	-21	-13	-57	-6	-8
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	1	4	-2	-1	-7	-3	50	4
Lombardia	281	323	-64	-131	14	4	-10	-4	-2	-22	-14	-2	-10	-6	-15	-3
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-22	-15	-37	-8	-17	42	5	-11	422	-10
Trento	-4	-1	5	9	3	14	8	10	12	12	-2	190	-2	-1	-25	7
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-75	-68	27	-13	-162	-42	-46	-56	-8	-5
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-39	-22	-17	-15	-17	62	-16	-23	-31	15
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	105	90	143	13	78	64	95	71
Emilia R	16	50	40	380	16	38	-26	-27	-22	-29	-55	10	-1	-14	8	-2
Toscana	88	44	-20	240	15	121	-42	3	7	16	-14	2	25	-8	26	89
Umbria	7	10	46	52	8	41	-7	-9	-5	-9	-12	-20	-7	-10	-5	-6
Marche	125	98	71	163	18	39	-15	-37	-17	2	-21	-50	-61	-62	-66	-28
Lazio	987	574	711	1.669	1.737	1.971	1.635	1.665	1.396	1.031	775	-204	-31	-0	-3	-547
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	95	6	-52	-48	-53	-7	0	24
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	64	58	37	33	70	40	26	-2
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	815	789	478	245	-148	-63	-183	-128	-74
Puglia	166	4	-109	-42	412	170	313	358	302	322	108	-4	5	-5	-10	38
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	21	28	31	-7	-2	-1	7	-2
Calabria	226	148	57	128	79	35	170	202	232	67	110	-44	-76	-41	-46	-44
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	262	200	31	13	-324	-120	-55	-16	-143
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	183	230	149	173	-18	-10	216	339	297
Totale	4.122	2.891	2.323	5.790	5.735	4.483	3.709	3.658	3.364	2.196	1.262	-583	-333	-224	614	-329
<i>Nord</i>	1.232	704	292	1.231	359	63	-40	-8	50	17	-133	250	-11	-107	489	68
<i>Centro</i>	1.207	726	808	2.125	1.779	2.171	1.571	1.623	1.382	1.041	728	-272	-74	-80	-47	-491
<i>Sud e Isole</i>	1.683	1.461	1.224	2.434	3.597	2.250	2.178	2.043	1.932	1.138	666	-561	-248	-36	172	94

Nota: valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari fino al 2011. Il segno - denota un avanzo, mentre il segno + denota un disavanzo.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

Figura 5.8 **Copertura della spesa sanitaria pubblica tramite finanziamento indistinto (2016)**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

iii) le risorse aggiuntive aziendali. Tale informazione permette di valutare quali Regioni riescono maggiormente a contenere la spesa nei limiti delle risorse a disposizione e quali, invece, fanno ricorso ad altre voci di ricavo (o al disavanzo) per integrarle. Si segnala che le regioni a statuto speciale fanno maggiore ricorso agli ulteriori trasferimenti da pubblico e da privato rispetto alle regioni a statuto ordinario che invece attingono maggiormente ai tributi regionali.

Piani di Rientro e forme di copertura a livello regionale

Per quelle Regioni che, dai dati del monitoraggio del quarto trimestre, fanno registrare un disavanzo di gestione a fronte del quale non siano stati adottati i necessari provvedimenti di copertura (o tali provvedimenti non siano stati

sufficienti), le LL.311/2004 e 266/2005 (Leggi Finanziarie per il 2005 ed il 2006) hanno istituito una procedura di diffida e sottoscrizione dei PdR. Si rimanda al Capitolo 3 del Rapporto OASI 2010 (Armeni, 2010) per il dettaglio sulla procedura prevista per la sottoscrizione dei PdR.

I PdR erano articolati, inizialmente, sul triennio 2007-2009 ed erano finalizzati a coprire il disavanzo pregresso e ad individuare e definire le misure di intervento per governare le cause che, in maniera strutturale, avevano determinato, nel corso degli anni, gli elevati livelli di disavanzo sanitario. L'imposizione di interventi strutturali avrebbe dovuto consentire non solo il recupero del disavanzo pregresso, ma soprattutto il cambiamento verso una gestione sostenibile del sistema sanitario, ponendo le condizioni per operare in equilibrio di bilancio a partire dal 2010. Sette Regioni (Liguria, Abruzzo, Lazio, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna) sottoscrissero il PdR nel 2007, altre seguirono in tempi relativamente più recenti con piani triennali di minor complessità (Calabria a fine 2009; Piemonte e Puglia nella seconda metà del 2010).

Nel corso del 2010 si sono conclusi, con esiti diversi, i percorsi previsti per il riequilibrio della Regione Liguria e per lo svincolo di somme rimaste sospese per il mancato rispetto degli obiettivi di copertura di disavanzi sanitari pregressi da parte della Regione Sardegna⁵¹. Inoltre, a marzo 2017, dopo oltre sei anni dalla sottoscrizione, il Piemonte è uscito dal Piano di rientro dal debito sanitario.

Le Regioni sottoposte a PdR dal disavanzo sanitario e che presentano situazioni di mancato mantenimento dei LEA, possono redigere, in prosecuzione del piano, Programmi Operativi regionali (PO) volti a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, in coerenza con gli obiettivi finanziari programmati. Attraverso i PO, le Regioni specificano gli strumenti e gli interventi necessari per garantire il proseguimento dell'equilibrio economico e l'erogazione dei LEA. Tutte le Regioni commissariate⁵² presentano i PO, così come previsto dall'art. 2, comma 88 della L. 191/2009. Delle sette Regioni ancora sotto PdR, tutte hanno scelto di proseguire predisponendo dei PO per il biennio 2010-2012⁵³. Tra le sette Regioni a luglio 2017 in PdR⁵⁴, quelle che hanno pubblicato i PO per il

⁵¹ La Regione Liguria ha raggiunto gli obiettivi sia sotto il profilo dell'equilibrio economico e finanziario, sia in riferimento all'adeguamento del SSR al quadro normativo nazionale ed al Patto per la salute. Per la Sardegna la verifica annuale 2009 ha avuto esito negativo. Tale valutazione ha indotto i Tavoli di monitoraggio nel febbraio 2011 a considerare definitivamente non assegnabili alla Regione le risorse residue (14,8 milioni di euro). (Armeni e Ferré, 2012)

⁵² Per il dettaglio sulla procedura di commissariamento si rimanda al Capitolo 3 del Rapporto Oasi 2010 (Armeni, 2010)

⁵³ Ai sensi dell'art. 2, comma 88, della L. 191/2009 per le Regioni commissariate (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania), ai sensi dell'art. 11, comma 1, del D.lgs 78/2010, per le Regioni non commissariate (Sicilia). Nel corso del 2012 anche alla Regione Calabria, Puglia e Piemonte i tavoli di monitoraggio hanno chiesto di redigere e adottare i Programmi Operativi per il biennio 2013-2015.

⁵⁴ Le Regioni in PdR a luglio 2017 sono: Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria, Sicilia.

proseguimento dei piani per il triennio 2013 – 2015 sono Abruzzo, Campania, Lazio, Piemonte, Puglia e Sicilia.

A ottobre 2017 le Regioni commissariate sono cinque: Abruzzo, Lazio, Molise, Campania e Calabria (Tabella 5.12).

Il rispetto dei vincoli di bilancio non deve però tradursi, nelle Regioni in PdR, in un peggioramento della qualità dell'offerta sanitaria pubblica; pertanto l'erogazione dei LEA viene costantemente monitorata dal Comitato LEA⁵⁵ attraverso un insieme di indicatori che riguardano: i) l'assistenza ospedaliera; ii) l'emergenza urgenza; iii) l'assistenza territoriale e la prevenzione.

Guardando al complessivo punteggio della c.d. Griglia Lea⁵⁶ delle sette regioni in PdR, cinque sono risultate inadempienti nel 2015: sono ancora sotto soglia, infatti, Calabria (147 punti), Molise (156), Puglia (155), Sicilia (153) e Campania con 106 punti. Il dato della Campania è davvero allarmante perché, rispetto al 2014, dove la regione raggiungeva un punteggio di 139, nell'ultimo anno si è notato un calo di oltre 30 punti. Ma ad aver peggiorato le *performance* sono anche Puglia, Molise e Sicilia.

L'equilibrio economico complessivo di una regione dipende però dalle *performance* delle singole aziende sanitarie. In questo senso, la L. 208/2015, integrata dal DM 21/06/2016, impone alle aziende ospedaliere che presentano

Tabella 5.12 **Le Regioni in PdR, Commissariate, e il punteggio in griglia LEA (2017)**

Regioni in PdR	Commissariamento	Punteggio Griglia LEA
Piemonte		205
Lazio		176
Abruzzo		182
Molise	X	156
Puglia	X	155
Campania	X	106
Calabria	X	147
Sicilia	X	153

⁵⁵ Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stata prevista l'istituzione, presso il Ministero della Salute, del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

⁵⁶ La metodologia prevede di assegnare ad ogni indicatore un peso di riferimento e di calcolare un punteggio rispetto al valore raggiunto dalla regione nei confronti dello standard nazionale nell'erogazione dei LEA. Il punteggio totale consente di valutare la regione come adempiente (punteggio ≥ 160), adempiente con impegno ($130 \leq$ punteggio < 160) e critica (punteggio < 130).

situazioni critiche in termini di *performance* economiche e/o di esiti clinici la redazione di un piano di rientro aziendale.⁵⁷

Con riferimento alle forme di copertura previste dalla L. 405/2001 e dall'accordo tra Stato e Regioni del 16 dicembre 2004, un primo provvedimento è rappresentato dalle misure fiscali, ed in particolare dalle addizionali IRPEF, IRAP e Bollo auto. Per quanto concerne l'addizionale regionale all'IRPEF l'aliquota base è pari a 1,23% (0,9%, a cui è stato aggiunto un aumento dello 0,33% nel 2012⁵⁸). Per le Regioni sottoposte a PdR che non raggiungono gli obiettivi fissati nei rispettivi piani, scatta l'applicazione automatica di un ulteriore incremento dello 0,30% (art. 2, comma 6 D.lgs 120/2013)⁵⁹.

Nello specifico, le addizionali regionali IRPEF superiori alla minima dell'1,23% sono attualmente presenti in 15 Regioni⁶⁰. L'unica variazione intervenuta nel 2017 rispetto al 2016 (Tabella 5.13) riguarda l'aumento del numero degli scaglioni in Lazio, che da due nel 2016 passa a cinque nel 2017.

Tutte le Regioni hanno adottato un'aliquota progressiva, ad eccezione della Valle D'Aosta, delle PP.AA. di Trento e Bolzano, del Veneto, dell'Abruzzo, della Campania, della Calabria, della Sicilia e della Sardegna, che hanno adottato un'aliquota unica. Rispetto all'entità delle addizionali, nel 2017 il Piemonte e il Lazio registrano il livello più alto, pari al 3,33% (aliquota per i redditi superiori ai 75.000 euro in entrambe le regioni).

Per quanto riguarda l'IRAP, l'imposta è determinata applicando al valore della produzione netta l'aliquota ordinaria del 3,9%⁶¹, ma viene data in capo alle Regioni la facoltà di variare tale aliquota fino ad un massimo di 0,92 punti percentuali. L'aliquota IRAP è poi modulata per settori di attività o categorie di contribuenti (ad esempio, banche e altri enti o società finanziarie, imprese assicuratrici, soggetti che operano nel settore agricolo e amministrazioni pubbliche). Similmente all'IRPEF, anche l'addizionale IRAP è incrementabile di 0,15 punti percentuali oltre il limite massimo per le Regioni che non raggiun-

⁵⁷ Vedi nota 11.

⁵⁸ Ai sensi e per gli effetti dell'art. 28 del D.lgs 201/2011 convertito nella L. 214/2011, a decorrere dall'anno di imposta 2011, l'aliquota base è aumentata di 0,33 punti percentuali, passando da 0,9% a 1,23%. Tale aliquota (1,23%) può essere innalzata dalle Regioni fino ad un massimo dell'1,73%. Il D.lgs 76/2013 inoltre prevede per le Regioni a statuto speciale, a decorrere dall'anno 2014, la possibilità di aumentare fino a un massimo dell'1% l'aliquota base dell'IRPEF.

⁵⁹ L'art. 2, comma 6 del D.lgs 120/2013 ha integrato l'art. 2, comma 80, L.191/2009 e, a decorrere dal 2013, consente alle Regioni che presentano in ciascuno degli ultimi tre anni d'esecuzione del PdR o PO un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, decrescente e inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, la riduzione delle maggiorazioni (IRPEF e IRAP).

⁶⁰ Informazione aggiornata al 18 luglio 2017.

⁶¹ Come previsto dall'art. 1, comma 50, lett. h della L.244/2007 (esclusi i casi previsti dal comma 2 dell'art. 16 e dai commi 1 e 2 dell'art. 45 D.lgs. n. 446/1997), che ha modificato la precedente aliquota base pari a 4,25%, portandola al 3,90%.

Tabella 5.13 **Le addizionali IRPEF nelle diverse Regioni (2016-2016)**

Regioni	2016		2017		Differenza rispetto al 2016
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	
Piemonte	fino a 15.000,00	1,62	fino a 15.000,00	1,62	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,13	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,13	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,75	da 28.000,01 a 55.000,00	2,75	
	da 55.000,01 a 75.000,00	3,32	da 55.000,01 a 75.000,00	3,32	
	oltre 75.000,00	3,33	oltre 75.000,00	3,33	
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Lombardia	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	da 15.500,01 a 28.000,00	1,58	da 15.500,01 a 28.000,00	1,58	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,72	da 28.000,01 a 55.000,00	1,72	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	
	oltre 75.000,00	1,74	oltre 75.000,00	1,74	
Bolzano	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Trento	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Veneto	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Friuli Venezia Giulia	fino a 15.000,00	0,70	fino a 15.000,00	0,70	-
	oltre 15.000,00	1,23	oltre 15.000,00	1,23	
Liguria	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,81	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,81	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,31	da 28.000,01 a 55.000,00	2,31	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,32	da 55.000,01 a 75.000,00	2,32	
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33	
Emilia Romagna	fino a 15.000,00	1,33	fino a 15.000,00	1,33	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,03	da 28.000,01 a 55.000,00	2,03	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33	
Toscana	fino a 15.000,00	1,42	fino a 15.000,00	1,42	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73	
Umbria	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,63	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,63	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	
	oltre 75.000,00	1,83	oltre 75.000,00	1,83	

Tabella 5.13 (segue)

Regioni	2016		2017		Differenza rispetto al 2016
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	
Marche	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,53	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,53	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,70	da 28.000,01 a 55.000,00	1,70	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73	
Lazio	fino a 15.000,00	1,73	fino a 15.000,00	1,73	Modifica scaglioni
	superiori a 15.000,00	3,33	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,73	
			da 28.000,01 a 55.000,00	2,93	
			da 55.000,01 a 75.000,00	3,23	
			oltre 75.000,00	3,33	
Abruzzo	per tutti i redditi	1,73	per tutti i redditi	1,73	-
Molise	fino a 15.000,00	1,73	fino a 15.000,00	1,73	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,13	da 28.000,01 a 55.000,00	2,13	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33	
Campania	per tutti i redditi	2,03	per tutti i redditi	2,03	-
Puglia	fino a 15.000,00	1,33	fino a 15.000,00	1,33	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,71	da 28.000,01 a 55.000,00	1,71	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73	
Basilicata	per tutti i redditi	1,73	per tutti i redditi	1,73	-
Calabria	per tutti i redditi	1,73	per tutti i redditi	1,73	-
Sicilia	per tutti i redditi	1,73	per tutti i redditi	1,73	-
Sardegna	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-

Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento delle Finanze, fiscalità locale (2017)

no gli obiettivi del PdR⁶² (quindi l'aliquota ordinaria massima è pari al 4,97%). Nell'ambito di quest'autonomia, tutte le Regioni hanno deliberato, nel corso degli anni, diversi aumenti di aliquota per alcuni soggetti giuridici (tipicamente banche e soggetti finanziari ed assicurativi) anche se contemporaneamente

⁶² Art. 2 commi 66-98 della legge Finanziaria 2010, che recepisce a livello normativo il contenuto del nuovo «Patto per la Salute» per gli anni 2010-2012, approvato il 3 dicembre 2009 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Mediante le suddette disposizioni è stata integrata la disciplina relativa all'aumento automatico dell'IRAP e dell'addizionale regionale IRPEF nelle Regioni che presentino disavanzi di gestione del Servizio sanitario, già prevista dall'art. 1 commi 174 e 175 della L. 30 dicembre 2004 n. 311 (Finanziaria 2005) e successive modifiche ed integrazioni.

sono state previste delle agevolazioni in capo a particolari categorie di soggetti (per esempio coloro che operano nel settore agricolo). Per il 2017, le Regioni del Sud fanno registrare aliquote superiori all'aliquota base per effetto dei disavanzi pregressi. In particolare, la Campania, continua ad applicare l'aliquota massima del 4,97% (pari a 4,82% + 0,15%); anche Calabria, Molise, Sicilia, Puglia, Lazio e dal 2015 l'Abruzzo continuano ad applicare l'aliquota del 4,82% (3,90% + 0,92%). Le Marche continuano ad applicare un'aliquota base pari a 4,73% (3,90% + 0,83%) come previsto già dal 2008.

Tutte le altre Regioni, ad eccezione della Sardegna e della P.P.A.A. di Trento e Bolzano, applicano l'aliquota ordinaria del 3,9%.

Infine, sul fronte delle entrate fiscali, le Regioni sottoposte a PdR possono ricorrere ad aumenti sul bollo auto. Si rimanda al capitolo 3 del Rapporto Oasi 2009 (Armeni, 2009) per il dettaglio dei provvedimenti normativi. Nel corso del 2017 non sono state apportate modifiche sulle disposizioni per il pagamento del bollo auto. L'importo annuale del bollo è pari, di base, a 2,58 euro per Kw, ma diverse Regioni hanno introdotto maggiorazioni o riduzioni.

Un secondo insieme di misure di copertura dei disavanzi è rappresentato dalle compartecipazioni alla spesa sanitaria, ovvero ticket sul pronto soccorso, specialistica e farmaceutica. Rispetto al ticket sul pronto soccorso, non si registrano variazioni rispetto a quanto riportato nel Rapporto 2011 (Armeni 2011), al quale, pertanto, si rinvia. Riguardo alle compartecipazioni sulla specialistica ambulatoriale, la normativa nazionale prevede un ticket massimo sulle prestazioni pari a 36,15 euro e una quota fissa di 10 euro (superticket)⁶³. Ogni Regione può applicare o non applicare autonomamente il superticket. La situazione, in particolare, è la seguente:

- ▶ applicazione superticket pari a 10 euro: Puglia, Calabria, Sicilia, Lazio, Marche, Molise, Friuli Venezia Giulia, Liguria e Sardegna;
- ▶ applicazione superticket in base al reddito: Campania, Abruzzo, Umbria, Toscana, Emilia Romagna e Veneto;
- ▶ applicazione del superticket in base al costo della prestazione erogata: Piemonte e Lombardia;
- ▶ applicazione del superticket pari a 3 euro per la P.A. di Trento;
- ▶ applicazione del superticket pari a 10 euro per ricette superiori ai 20 euro in Valle d'Aosta;
- ▶ nessuna applicazione del superticket in Basilicata e in P.A. di Bolzano.

Riguardo alle compartecipazioni alla spesa farmaceutica si segnala che a luglio 2017 (data di aggiornamento del presente Rapporto) non viene applicato alcun

⁶³ Introdotto con la L. 111/2011.

ticket in quota fissa regionale in Sardegna, Marche e Friuli Venezia Giulia. La Valle d'Aosta, invece, dal 15 ottobre 2016 ha introdotto il pagamento di una quota fissa per ogni ricetta di assistenza farmaceutica convenzionata, che varia in base al reddito. Le compartecipazioni in quota fissa regionale (ticket) si aggiungono alle compartecipazioni, attive a livello nazionale, che ogni cittadino deve sostenere, in caso di acquisto di un farmaco generico, come differenza rispetto al prezzo di riferimento dei farmaci inseriti nella lista di trasparenza dell'AIFA.

Una terza misura di copertura dei disavanzi, riconosciuta dall'Accordo del 16/12/2004, è rappresentata dalla dismissione del patrimonio e dalla relativa cartolarizzazione. La Regione Lazio è stata la prima a puntare sull'alienazione delle strutture ospedaliere. Non sono invece riconosciute come forme di copertura dei disavanzi le cartolarizzazioni dei crediti, finalizzate a recuperare liquidità e le operazioni di cessione dei crediti, finalizzate a rilevare i debiti che le aziende sanitarie hanno nei confronti dei propri fornitori (Armeni, 2009).

Tabella 5.14 **Quadro riassuntivo sulle principali misure di ripiano dei disavanzi adottate dalle Regioni sul versante delle entrate**

Regione	Maggiorazione addizionale IRPEF	IRAP aliquota ordinaria >3,9%	Maggiorazione bollo auto	Cartolarizzazione
Piemonte	•			
Valle d'Aosta				
Lombardia	•			
Bolzano				
Trento				
Veneto			•	
Friuli VG				
Liguria	•		•	
Emilia R	•			
Toscana	•		•	
Umbria	•			
Marche	•	•	•	
Lazio	•	•	•	Immobiliare
Abruzzo	•	•	•	•*
Molise	•	•	•	•*
Campania	•	•	•	•*
Puglia	•	•		
Basilicata	•			
Calabria	•	•	•	
Sicilia	•	•		•*
Sardegna				

* Si segnala che la Regione Lazio ha effettuato sia cartolarizzazioni immobiliari che dei crediti, mentre Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia hanno effettuato solo cartolarizzazioni dei crediti sanitari e quindi non sono valide come strumento di copertura dei disavanzi.

La Tabella 5.14 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le Regioni⁶⁴.

5.5 Conclusioni

La spesa sanitaria pubblica corrente in Italia è ormai tendenzialmente stabile, sebbene le rielaborazioni dei dati portino alla luce un disavanzo nel 2015. L'efficacia complessiva delle manovre di contenimento ha permesso al sistema di chiudere l'esercizio 2016, ai dati attuali, con un avanzo di 329 milioni di euro, confermando la capacità del sistema di mantenere l'equilibrio economico-finanziario complessivo per il quarto anno di seguito. A frenare la crescita della spesa è soprattutto la spesa per il personale, in calo dal 2010 ad un tasso medio annuo dell'1,1% e la farmaceutica convenzionata che diminuisce dal 2010 mediamente del 4,9% ogni anno. La diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata è da leggere soprattutto in funzione della diffusione delle forme alternative di distribuzione dei farmaci e del numero rilevante di scadenze brevettuali degli ultimi anni; la dinamica della spesa per il personale è, invece, più problematica in quanto legata ai limiti imposti al turnover, con conseguenti potenziali difficoltà nel garantire la necessaria copertura professionale. Crescono, invece, gli acquisti di beni e servizi (CAGR 2010-2016 pari a 2,7%) soprattutto con riferimento alla componente sanitaria, indicando una concentrazione di risorse sull'innovazione tecnologica. Degno di nota è l'aumento della spesa per riparazioni e manutenzioni, probabile indicatore di uno stock di capitale che invecchia e mostra segni di obsolescenza. La spesa privata è aumentata nel 2016 dello 0,3% rispetto al 2015, anno in cui era però cresciuta del 4%. La componente privata della spesa sanitaria è naturalmente più legata alle dinamiche del ciclo economico ma le sue variazioni non sono speculari a quelle della spesa pubblica che mostra anch'essa una certa prociclicità.

La complessiva stabilità a livello nazionale nasconde, tuttavia, una rilevante eterogeneità a livello regionale, non tanto con riferimento ai risultati d'esercizio, ma soprattutto in relazione alla variabilità della spesa e dell'incidenza di quest'ultima sul PIL regionale. In particolare, emerge come la variabilità regio-

⁶⁴ Non vengono prese in considerazione, in questa sede, le altre misure di razionalizzazione della spesa, quali: il blocco delle assunzioni, la razionalizzazione dell'organico, l'utilizzo del budget per i medici di medicina generale, l'adesione alle convenzioni Consp, la centralizzazione degli acquisti, la riduzione delle tariffe, l'introduzione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica, la fissazione di tetti per l'assistenza protesica e l'abbattimento delle tariffe per l'assistenza riabilitativa, in quanto previste in quasi tutte le Regioni, e l'applicazione puntuale del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA, in quanto rappresenta, in realtà, un obbligo delle Regioni. Non viene preso in considerazione, infine, l'utilizzo di fondi regionali provenienti da altri settori (misura generata dall'abolizione, a partire dal 2004, del vincolo di destinazione sulle assegnazioni per l'assistenza sanitaria).

nale della spesa sanitaria pubblica pro-capite sia in diminuzione, segnalando come il costo dell'assistenza si stia lentamente omogenizzando. Questa tendenza è ancora più visibile se si tiene conto della mobilità, testimoniando come la domanda reale di servizi sia poco variabile sul territorio. Al contrario, la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL regionale aumenta. Questa evidenza segnala il contrasto tra un sistema che, da un lato, tende ad uniformare le funzioni di costo e, dall'altro, si finanzia a partire da sistemi economici locali sempre più diversi tra loro. Si tratta di una dinamica da tenere in cauta considerazione al fine di mantenere l'unità del SSN non solo in termini di costi ma anche in termini di reperimento delle risorse che contribuiscono al suo finanziamento.

Bibliografia

- Amoroso N., Armeni P., Costa F. (2016), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2016*, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E., Sicilia M. (2010), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende nel 2008», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2009), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2010), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2011), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Ferrè F. (2012), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Costa F. (2015), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2015*, Milano, EGEA.
- Cantù E., Notarnicola E., Anessi Pessina E. (2015), «L'evoluzione della situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche», in CER-

- GAS – Bocconi (a cura di), *L'azionalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2015*, Milano, EGEA.
- CIPE (2015), Riparto disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale nell'anno 2015. Richiesta di intesa alla conferenza Stato Regioni.
- Corte dei Conti (2017), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2017.
- Corte dei Conti (2016), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2016.
- Corte dei Conti (2015), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2015.
- ISTAT (2016), *Statistiche demografiche*, <http://demo.istat.it/pop2016/index.html> (ultimo accesso, 8 giugno 2016).
- ISTAT (2016), *Conti nazionali*, <http://www.istat.it/it/conti-nazionali> (ultimo accesso, 8 giugno 2016).
- ISTAT (2016), *Rapporto annuale 2016 – La situazione del Paese*, <http://www.istat.it/it/archivio/185497> (ultimo accesso, 5 luglio 2016).
- Jommi C., Lecci F. (2005), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'azionalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2015), Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 2.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2016), Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 3.

6 **Gli erogatori privati accreditati: attività ospedaliera, distrettuale e valutazione esplorativa degli esiti**

di Francesco Petracca e Alberto Ricci¹

6.1 **Introduzione**

Gli erogatori privati accreditati combinano la natura istituzionale privata e la provenienza pubblica delle risorse destinate a finanziare le prestazioni fornite (per l'analisi dei «circuiti» del settore sanitario, si veda il capitolo 7 del presente Rapporto). In questo particolare circuito, dunque, si combinano diverse caratteristiche specifiche che determinano la natura e le relative scelte di posizionamento strategico degli erogatori (Carbone, 2013).

In particolare, si osserva che:

- ▶ in quanto aziende di servizi appartenenti al settore sanitario, i processi produttivi degli erogatori privati accreditati necessitano la compresenza dell'utente (paziente) e dell'erogatore (medico)²; inoltre, sono aziende contraddistinte da rilevante complessità nella gestione dei professionisti sanitari (aziende *brain intensive*);
- ▶ in quanto aziende private, sono contraddistinte da una fondamentale autonomia nelle scelte strategiche ed operative (ad es. nell'organizzazione del proprio personale), dall'esposizione a forti meccanismi di mercato sia nelle scelte di acquisizione degli input che di cessione degli output, e, almeno di norma, dall'imperativo della sostenibilità economica e/o della generazione di utili (rispettivamente nel caso delle aziende e delle imprese *not for profit*);

¹ Il capitolo aggiorna e amplia i contenuti del capitolo 5 del Rapporto OASI 2016 (Petracca e Ricci, 2016). Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, i §§ 6.2, 6.3, 6.4.1, 6.4.2 e 6.5 sono da attribuire a Francesco Petracca, i §§ 6.1, 6.4.3 e 6.6 ad Alberto Ricci. Si ringrazia Federica Ambrosio per il contributo nella fase di analisi. Si ringrazia Francesco Longo per i commenti e suggerimenti forniti.

La ricerca è stata realizzata grazie al supporto incondizionato di AIOP, ARSOP, Assolombarda e Confindustria Lombardia Sanità Servizi.

² Va però sottolineato come lo sviluppo di innovative soluzioni tecnologiche e informatiche (come, ad esempio, la telemedicina) abbia consentito, in alcuni casi, di superare il vincolo della compresenza.

Box 6.1 **Obiettivi e fonti dell'indagine**

Paragrafo	Obiettivo	Fonti
§ 6.2 Attori della sanità privata accreditata	Analisi delle strutture ospedaliere e territoriali oggetto di studio del capitolo	
§ 6.3 Spesa privata accreditata	Analisi della rilevanza economica delle prestazioni e dei servizi offerti da strutture accreditate rispetto alla spesa totale del SSN	<ul style="list-style-type: none"> • Ministero della Salute (2016)
§ 6.4 Assistenza ospedaliera	Analisi delle caratteristiche dimensionali, della produttività e di alcune misure di esito degli erogatori accreditati in ambito ospedaliero	<ul style="list-style-type: none"> • Annuario Statistico SSN (2013) • Ministero della Salute, Open Data, posti letto pubblici e privati accreditati (2014) • Ministero della Salute, Archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera SDO (2015) • Programma Nazionale Esiti (2015)
§ 6.5 Assistenza distrettuale	Analisi dell'attività territoriale garantita dagli erogatori privati accreditati	<ul style="list-style-type: none"> • Annuario Statistico SSN (2013)

► in quanto aziende accreditate, dipendono strettamente dalle dinamiche e dalle regole proprie dei sistemi pubblici, come, per esempio, i prezzi politici (tariffe) per tutti quei casi in cui i pazienti ricevono servizi sanitari in regime SSN. Inoltre, per la pianificazione di medio-lungo periodo e la programmazione dei flussi di cassa, queste aziende dipendono fortemente dalle scelte di pianificazione del sistema operate dal pubblico a livello nazionale e regionale³.

Questo capitolo presenta un aggiornamento delle analisi dell'Osservatorio Sanità Privata Accreditata del CERGAS-Bocconi. In particolare, come evidenziato dal Box 6.1, si analizza l'insieme degli erogatori privati accreditati (§ 6.2) evidenziandone la rilevanza dal punto di vista economico (§ 6.3), delle caratteristiche dimensionali e dei livelli di attività dei due principali livelli di assistenza: quello ospedaliero (§ 6.4) e quello territoriale (§ 6.5). Nel par. 6.4 si trovano anche due approfondimenti con un confronto tra ospedali pubblici e privati, rispettivamente sui trend di remunerazione teorica delle attività e su alcuni dati di esito. Il par. 6.6, infine, raccoglie le conclusioni.

³ A riprova della prevalente dipendenza degli erogatori privati accreditati dalle scelte di pianificazione pubblica, nel 2012 l'incidenza dei ricoveri a onore privato sui volumi totali di erogazione risultava pari al 2% dei ricoveri del privato no profit e al 6,5% per il privato profit (Carbone *et al.*, 2014)

6.2 Gli attori della sanità privata accreditata

Prima di analizzare il contributo degli erogatori privati accreditati al sistema salute del nostro Paese, risulta necessario individuare la complessa rete di strutture private accreditate oggetto di analisi del presente capitolo. Ai fini d'analisi, le strutture d'erogazione sono distinte per livello di assistenza: assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, il Ministero della Salute (Rapporto SDO 2015) considera le seguenti categorie di strutture private accreditate dotate di posti letto (PL):

- ▶ le case di cura private accreditate;
- ▶ gli IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) di diritto privato e gli IRCCS Fondazione privati;
- ▶ i Policlinici universitari privati;
- ▶ gli enti di ricerca;
- ▶ gli ospedali classificati;
- ▶ gli istituti qualificati presidio di ASL.

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, invece, gli erogatori privati accreditati afferiscono a due principali categorie (Ministero della Salute, Annuario Statistico 2013):

- ▶ gli ambulatori e i laboratori privati accreditati, che erogano attività specialistica clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale;
- ▶ le strutture residenziali e semiresidenziali, che erogano principalmente assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e ai disabili fisici.

6.3 La spesa SSN per l'assistenza sanitaria privata accreditata

Un primo indicatore della rilevanza del settore del privato accreditato in sanità è dato dal suo peso all'interno della spesa complessiva del SSN⁴. La Tabella 6.1 evidenzia la spesa pro capite per le prestazioni a carico del SSN erogate da soggetti privati accreditati, suddivisa per le varie tipologie di attività (ospedaliera, specialistica, riabilitativa, altra assistenza). Nel 2016, la spesa SSN per assistenza privata accreditata ha registrato un valore di € 357 per abitante, pari al 18,8% della spesa complessiva del SSN. Tale incidenza varia sensibilmente a livello regionale, passando dal massimo registrato in Lombardia (27,9%), seguito da

⁴ Per un quadro completo della spesa sanitaria si rimanda al cap. 5 del presente Rapporto.

Tabella 6.1 La spesa SSN per l'assistenza sanitaria privata accreditata (euro pro capite – 2016)

	Ospedaliera accreditata, €	Specialistica accreditata, €	Riabilitativa accreditata, €	Altra assistenza accreditata*, €	Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata pro capite, €	Totale spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente pro capite, €	% Spesa sanitaria SSN per assistenza privata accreditata
Piemonte	111	54	33	117	314	1.913	16,4%
Valle d'Aosta	51	11	34	50	145	2.107	6,9%
Lombardia	231	101	17	190	538	1.931	27,9%
PA Bolzano	53	16	0	113	183	2.348	7,8%
PA Trento	103	51	1	86	240	2.199	10,9%
Veneto	110	68	6	131	314	1.882	16,7%
Friuli VG	49	41	11	67	168	1.997	8,4%
Liguria	31	30	61	110	231	2.063	11,2%
Emilia Romagna	124	42	1	136	303	2.040	14,9%
Toscana	63	35	21	102	222	2.016	11,0%
Umbria	47	23	11	106	187	1.943	9,6%
Marche	66	33	43	77	218	1.852	11,8%
Lazio	215	82	36	132	466	1.890	24,6%
Abruzzo	99	35	53	75	262	1.845	14,2%
Molise	216	122	54	87	478	2.136	22,4%
Campania	140	128	51	41	360	1.743	20,6%
Puglia	184	69	38	94	385	1.799	21,4%
Basilicata	29	58	74	58	219	1.854	11,8%
Calabria	99	61	34	72	265	1.749	15,1%
Sicilia	136	101	37	92	366	1.768	20,7%
Sardegna	51	74	32	86	242	2.042	11,9%
ITALIA	140	74	28	114	357	1.899	18,8%

*La voce «altra assistenza accreditata» include: prestazioni di psichiatria, distribuzione di farmaci File F, prestazioni termali, prestazioni di trasporto sanitario, prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria e consulenze per attività libero professionale intramoenia. La voce più cospicua è rappresentata dalla spesa per l'assistenza territoriale offerta dalle strutture socio-sanitarie private accreditate, principalmente dedicate alla lungodegenza.

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2016

Lazio (24,6%) e Molise (22,4%), al minimo del 6,9% in Valle d'Aosta. Tutti i valori riportati sono al lordo della mobilità interregionale⁵. A livello nazionale i dati di spesa pro capite risultano invariati rispetto all'anno precedente per tutti i setting considerati, a eccezione della macrovoce «Altra assistenza accreditata» che registra una crescita del 4,6% rispetto al 2015 (114 euro pro capite nel 2016). Rispetto ai dati comparabili⁶ dell'anno 2012 riportati nel Rapporto OASI 2015, si nota una riduzione della spesa accreditata per abitante soprattutto in ambito riabilitativo (-12,4% nel periodo 2010-2016), ma anche a livello ospedaliero (-4,0%).

Per quel che riguarda la composizione della spesa SSN gestita da erogatori accreditati, circa il 40% della spesa complessiva (140 € pro capite) è costituito da spesa per ricoveri ospedalieri in strutture accreditate, mentre un altro 31% è da imputare alla «Altra assistenza accreditata», costituita prevalentemente dall'assistenza territoriale sociosanitaria presso strutture residenziali.

A livello regionale, si conferma la forte variabilità anche nella composizione della spesa SSN per l'assistenza privata accreditata. In termini di range osservati, la variabilità è massima nel caso della spesa ospedaliera privata accreditata: si passa da un valore pro capite massimo registrato in Lombardia pari a 231 €, con valori simili in Molise e Lazio (216 € e 215 €, rispettivamente), a un minimo di soli 29 € pro capite in Basilicata, seguita da Liguria, Umbria e Friuli Venezia Giulia, anch'esse con una spesa ospedaliera accreditata pro capite inferiore a 50 €. Se invece del delta tra valore massimo e minimo si considera il coefficiente di variazione⁷, il setting che presenta la maggiore variabilità interregionale in termini di spesa per assistenza accreditata è quello riabilitativo (CV: 72,3%). Rispetto a una spesa media pro capite pari a 28 euro a livello nazionale, infatti, si rilevano alcune regioni in cui l'attività riabilitativa è quasi integralmente erogata da strutture pubbliche (PA Bolzano, PA Trento, Emilia Romagna e Veneto, tutte con una spesa accreditata pro capite inferiore a 10 euro) mentre in altre si registra una presenza cospicua di erogatori privati (Basilicata e Liguria presentano dati di spesa pro capite superiori ai 60 euro).

⁵ Si include quindi anche la spesa per prestazioni destinate a pazienti non residenti nel territorio regionale.

⁶ A partire dai dati di spesa 2015 riportati nel Rapporto OASI 2016 è stato possibile scorporare la spesa privata accreditata da quella convenzionata (spesa per acquisto di servizi sanitari da altre aziende pubbliche della regione o extraregione non soggetto a compensazione) per tutte le tipologie di attività. Le voci «Specialistica accreditata» e «Altra assistenza accreditata» risultano immediatamente comparabili solo con quelle riportate a partire dal Rapporto 2016 e non con quelle delle edizioni precedenti.

⁷ Il coefficiente di variazione è una misura relativa di dispersione che permette di valutare la variabilità dei valori registrati attorno alla media: si calcola rapportando la deviazione standard alla media ed è particolarmente utile per confrontare gruppi con medie significativamente diverse.

Anche per le restanti voci il range tra valore massimo e minimo resta considerevole, ma con variabilità interregionale complessivamente più contenuta. Nella «Altra assistenza accreditata» si passa da una spesa pro capite massima in Lombardia (190 €) a minima in Campania (41 €), con un valore medio nazionale che si posiziona nel mezzo tra i due valori e un coefficiente di variazione pari al 29%. L'attività specialistica, infine, presenta una variabilità interregionale intermedia (CV: 43,7%), con valori particolarmente elevati in Campania e Molise (128 € e 122 € pro capite, rispettivamente).

6.4 L'assistenza ospedaliera

Il presente paragrafo, adottando la logica del focus sul singolo livello di assistenza, analizza l'assistenza ospedaliera distinguendo tre differenti segmenti: la dotazione strutturale, l'attività ospedaliera e la valutazione degli esiti.

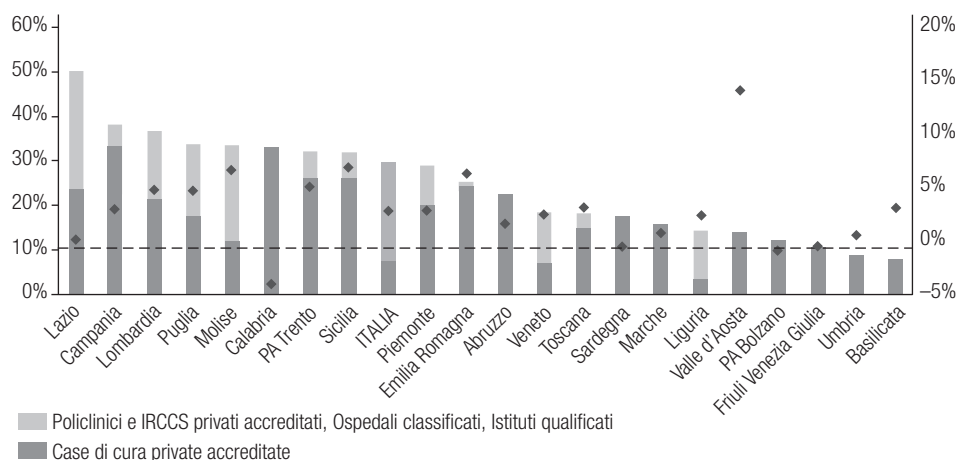
6.4.1 Strutture e dati dimensionali

In termini strutturali, l'analisi a livello ospedaliero si focalizza sui posti letto e sulla loro recente evoluzione⁸. Considerando la dotazione complessiva di PL disponibile nel SSN al 2014⁹, l'insieme degli erogatori privati accreditati detiene circa il 30% dei posti letto totali a livello nazionale, per oltre i due terzi concentrati presso le case di cura accreditate (CdC, 67,8% dei PL accreditati, in linea con il dato 2013). IRCCS, Policlinici privati ed Enti di ricerca hanno in dotazione il 17,7% dei posti letto accreditati (il 14,4% presso gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati, il 2,8% presso i due Policlinici universitari privati e lo 0,5% presso Enti di ricerca), mentre il restante 14,5% è suddiviso tra ospedali classificati (10,0%) e istituti qualificati (4,5%). Ragionando per tipologia di ricovero ospedaliero, il peso del privato accreditato in termini di posti letto è minore nell'attività per acuti (22,6% dei PL per acuti totali del SSN), sostanzialmente equivalente a quello degli erogatori pubblici quando si considera la lungodegenza (52,3% dei posti letto per lungodegenza) e prevalente nell'attività di riabilitazione (73,2%). Per quanto riguarda il contributo delle diverse tipologie di strutture accreditate nei differenti segmenti di attività, per gli acuti la distribuzione percentuale dei PL accreditati è in massima parte allineata con quella generale, con un'incidenza leggermente inferiore delle case di cura (64,8%) a cui si contrappone un peso maggiore degli ospedali classifi-

⁸ Per un approfondimento sul numero di strutture accreditate si rimanda al par. 4.2.

⁹ L'ultimo aggiornamento sull'Open Data del Ministero della Salute è relativo al 2014: i dati qui presentati sono invariati rispetto a quanto pubblicato nel capitolo 5 del Rapporto OASI 2016. Se ne propone però un'elaborazione differente che distingue gli erogatori privati accreditati per macroclasse.

Figura 6.1 **Incidenza PL privati accreditati per regione e tipo erogatore privato accreditato 2014 (asse sx) e variazione 2007-2014 (asse dx)**



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2014

cati (13,4%). Riguardo ai PL per la riabilitazione ospedaliera, invece, IRCCS e IRCCS Fondazione privati detengono il 21,5% dei posti letto; i PL accreditati per lungodegenza, infine, sono quasi esclusivamente localizzati presso case di cura accreditate, che ne detengono il 96,3%.

Il ruolo delle strutture di ricovero private accreditate nei sistemi di offerta dei SSR dipende dalle differenti scelte istituzionali da parte dei livelli regionali: si passa da una realtà come il Lazio, dove circa la metà dei PL totali è situata presso strutture private accreditate (50,1%), a situazioni, come quelle delle regioni Umbria e Basilicata, in cui meno di un posto letto su dieci (rispettivamente 8,6% e 8,0%) si trova presso strutture accreditate (Figura 6.1). Adottando la medesima classificazione delle strutture private accreditate presentata nel resto del capitolo¹⁰, la Figura 6.1 mostra inoltre il contributo di ciascuna categoria in termini di posti letto a livello regionale. A livello nazionale, le case di cura risultano la principale struttura tra gli erogatori accreditati (oltre due terzi dei posti letto accreditati, pari al 20,2% dei posti letto totali del SSN). In linea con il dato nazionale, le CdC risultano prevalenti nella maggior parte dei contesti regionali. Rivestono invece un ruolo minoritario in Molise, per via della compresenza di un Ente di ricerca e un IRCCS privato, oltre che in Veneto e in Liguria, dove è rilevante il peso delle strutture classificate. In Lombardia, Puglia e Lazio, invece, si rileva una sostanziale equivalenza tra case di cura e altre

¹⁰ Gli erogatori accreditati sono stati raggruppati in due categorie: 1) IRCCS e Policlinici Universitari privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati, Enti di ricerca; 2) Case di cura private accreditate.

strutture accreditate. Ciò è dovuto, nel Lazio, alle rilevanti dotazioni strutturali dei Policlinici Universitari e alla compresenza di diversi IRCCS; in Lombardia e Puglia, invece, si rileva un'elevata concentrazione di IRCCS privati e ospedali classificati.

Complessivamente, nel periodo considerato (2007-2014) si registra un delta positivo nell'incidenza dei PL accreditati pari a circa 3 punti percentuali a livello nazionale, con una crescita distribuita piuttosto equamente su tutto il territorio del Paese. L'unico caso vistosamente in controtendenza è quello della Calabria che, pur restando tra le regioni in cui il peso strutturale degli erogatori privati accreditati risulta maggiore del dato nazionale, registra una riduzione dell'incidenza dei PL accreditati pari a 4 punti percentuali nel periodo osservato, principalmente legata alla contrazione del numero di case di cura accreditate, passato da 38 a 29. Il forte aumento della quota privata in Valle d'Aosta è dovuto all'accreditamento dell'Istituto Clinico Valle d'Aosta¹¹, avvenuto nel 2013.

La forte prevalenza delle case di cura in quasi tutti i contesti regionali ha delle naturali implicazioni in termini dimensionali: oltre il 60% delle strutture accreditate ha una dotazione di posti letto inferiore ai 100 PL accreditati, mentre soltanto l'11% supera i 200 PL accreditati. Le grandi strutture sono concentrate principalmente in Lazio e Lombardia, regioni nelle quali sono localizzate 35 delle 64 strutture con più di 200 posti letto (55%)¹². Ad ogni modo, anche in queste regioni le strutture con dotazione superiore ai 200 PL non superano il 25% del totale delle strutture.

La dimensione degli ospedali privati accreditati è particolarmente rilevante anche perché è stata oggetto dell'intervento del regolatore tramite il «Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» (D.M. 70 del 02.04.15). Il provvedimento normativo prevede una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali, per cui le regioni non potrebbero più accreditare, a partire dal 1° gennaio 2015, nuove strutture dotate di meno di 40 PL per acuti né sottoscrivere dal 1° luglio 2015 contratti con strutture già accreditate con meno di 40 PL per acuti¹³. A partire dal 1° gennaio 2017, invece, non è più possibile sottoscrivere contratti con le strutture con posti letto per acuti compresi tra 40 e 60, a meno che non siano state interessate dai processi di riconversione e aggregazione favoriti dal Decreto¹⁴.

¹¹ Si tratta dell'unico ospedale privato accreditato presente nella regione.

¹² In queste due regioni si concentrano circa 2/3 degli IRCCS e dei Policlinici Universitari privati in termini sia di sedi, sia di posti letto. Consultando l'elenco pubblicato sul sito del Ministero della Salute al 18/07/17, 19 dei 28 IRCCS privati hanno sede tra Lombardia e Lazio. A questi si aggiungono i due Policlinici Universitario Privati.

¹³ Dal suddetto provvedimento sono escluse le strutture monospecialistiche, per le quali resta in vigore la valutazione regionale dei singoli contesti.

¹⁴ Per il nuovo soggetto giuridico che viene a formarsi, la soglia prevista si alza fino agli 80 PL per acuti.

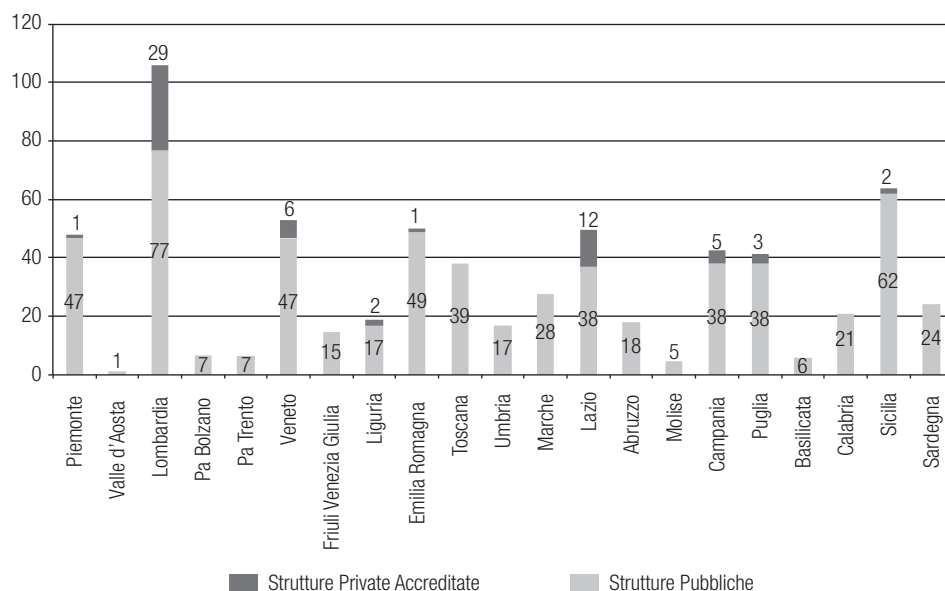
Il problema è senz'altro rilevante e potrebbe avere un impatto importante sul profilo del settore privato accreditato, specialmente nelle regioni meridionali: nel 2014, prima dell'introduzione del decreto, circa il 22% delle strutture accreditate risultava dotato di meno di 40 PL per acuti, mentre un altro 10% aveva una dotazione compresa tra 40 e 60 PL per acuti (Carbone e Petracca, 2015). Gli sviluppi futuri, insieme ai dati relativi agli anni successivi all'introduzione del decreto, permetteranno una migliore interpretazione dell'effettivo impatto del DM 70 sulla riorganizzazione della capacità produttiva degli erogatori privati accreditati¹⁵. Per ulteriori approfondimenti al riguardo si vedano il cap. 5 del Rapporto OASI 2015 e il cap. 9 del Rapporto OASI 2016.

L'erogazione di servizi di emergenza ospedaliera garantisce agli erogatori privati un'integrazione ancora più profonda nella rete d'offerta del SSN: questi servizi, infatti, devono essere accompagnati da specifiche discipline a complessità crescente, coerentemente con il bacino di utenti servito (cfr. capitolo 9 del Rapporto OASI 2016). La Figura 6.2, che riporta la distribuzione geografica dei 662 ospedali pubblici e privati accreditati dotati di Pronto Soccorso (PS) o Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Accettazione (DEA) nelle regioni italiane¹⁶, mostra che 61 di questi (9,2%) sono privati accreditati. Quasi la metà degli ospedali privati accreditati con servizi di emergenza è situata in Lombardia (29 strutture, pari al 25,9% degli ospedali dotati di servizi di emergenza a livello regionale); seguono Lazio (12; 24,5%) e Veneto (6; 11,1%). Complessivamente, il 10,5% delle strutture private accreditate è sede di PS o DEA. In termini di accessi, i privati accreditati hanno garantito nel 2015 l'8,5% del totale degli accessi in PS: il numero medio di accessi per struttura privata accreditata dotata di PS è dunque inferiore rispetto a quello delle strutture pubbliche (28.558 contro 31.098). A livello regionale, i territori in cui almeno il 10% degli accessi è coperto da privati accreditati sono Lazio, Lombardia e Liguria (25,8%, 19,3% e 11,1%, rispettivamente).

¹⁵ Al momento, gli unici dati disponibili su cui poter basare alcune considerazioni sono quelli relativi all'indirizzario del Ministero della Salute che tiene traccia dell'elenco delle strutture di ricovero: tra il 2014 e la fine del 2016, il numero degli erogatori accreditati è diminuito di sole 11 unità, per la massima parte riconducibili a case di cura private accreditate (10). Si tratta di dati troppo limitati per trarre conclusioni affrettate: sulla base di questi dati, non è possibile valutare se il Decreto abbia già avuto, nel periodo immediatamente successivo alla sua entrata in vigore, parte degli effetti che si prospettano.

¹⁶ Si considerano i PS con almeno 400 accessi annui; sono inclusi i PS nelle strutture monospécialistiche e questo spiega la differenza rispetto al numero riportato nel capitolo 9 del Rapporto OASI 2016 (622 strutture).

Figura 6.2 **Distribuzione dei servizi di emergenza-urgenza presso strutture pubbliche e private accreditate, per regione (2015)**



Fonte: Ministero della Salute e AGENAS, Programma Nazionale Esiti 2016

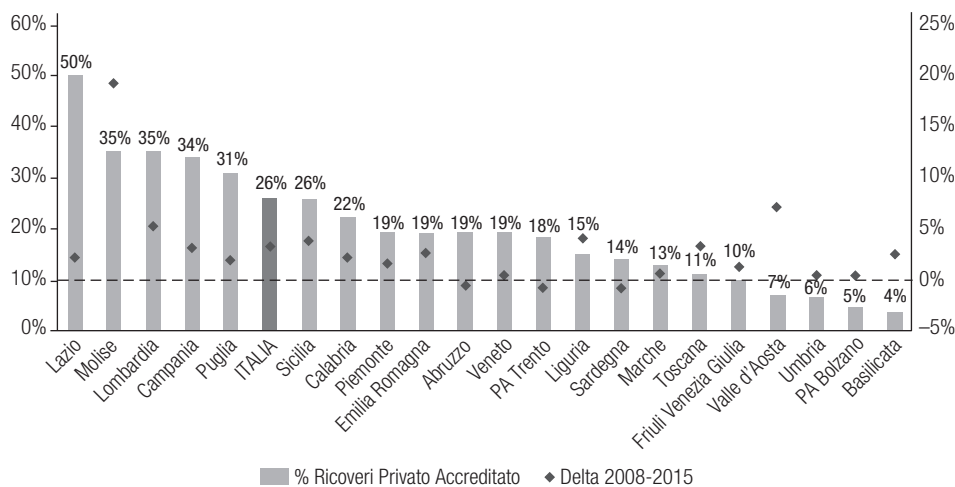
6.4.2 L'attività ospedaliera degli erogatori privati accreditati

Nel 2015, le strutture private accreditate hanno erogato il 26,2% dei ricoveri in regime SSN. Più nel dettaglio, il 16,0% delle 8.864.184 dimissioni presso strutture pubbliche o accreditate per conto del SSN è stato effettuato da case di cura accreditate, mentre gli IRCCS e i Policlinici privati hanno erogato il 5,8% dei ricoveri; gli ospedali classificati e gli istituti qualificati il rimanente 4,4%.

Anche per quanto riguarda i ricoveri si rilevano forti differenze a livello regionale¹⁷. Il Lazio è l'unica regione in cui il peso del privato accreditato è equivalente a quello pubblico (50,3% dei ricoveri), mentre il Molise e altre tre regioni di grandi dimensioni, Lombardia, Campania e Puglia, presentano un dato superiore alla media nazionale: in esse il peso degli erogatori accreditati, in termini di volumi di attività, equivale a circa un terzo del totale. Come evidenziato dalla Figura 6.3, tutte le altre regioni si trovano al di sotto della media nazionale e sono 4 le realtà in cui la quota del privato accreditato è inferiore al 10% del totale regionale (Basilicata, PA di Bolzano, Umbria

¹⁷ I dati sono calcolati sui ricoveri complessivi erogati dalle strutture localizzate nella regione, a prescindere dalla regione di residenza dei pazienti. Includono quindi la mobilità.

Figura 6.3 **Incidenza dei ricoveri da strutture private accreditate 2015 e variazione 2008-2015, per regione**



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2015

e Valle d'Aosta). Il peso percentuale dei ricoveri da strutture accreditate è cresciuto di 3,2 punti a livello nazionale negli ultimi 7 anni, con un delta positivo in quasi tutte le regioni italiane¹⁸. Le uniche regioni a mostrare differenziali negativi sono l'Abruzzo (-2 punti percentuali), insieme alla Provincia Autonoma di Trento e alla Sardegna, che presentano delta negativi di un solo punto.

In linea con quanto espresso per l'aspetto dimensionale, anche per l'attività il peso dei ricoveri accreditati varia notevolmente a seconda della tipologia di attività considerata. L'attività per acuti (94,8% dei ricoveri totali SSN) è principalmente presidiata dal pubblico e gli erogatori privati accreditati garantiscono il 23,9% dei ricoveri, con un peso leggermente difforme tra regime ordinario e diurno (rispettivamente, 22,9% e 27,0%). Nella comparazione interregionale, il Lazio si riconferma SSR dove il privato accreditato riveste un ruolo focale nel rispondere ai bisogni di salute (48,2% dell'attività per acuti), mentre in 7 SSR il peso degli erogatori accreditati è al di sotto del 10%. Per converso, nelle restanti classi di attività il privato assume un ruolo centrale: garantisce il 48,7% dei ricoveri per lungodegenza e il 73,3% dei ricoveri totali per riabilitazione.

¹⁸ Il volume dei ricoveri privati accreditati si è ridotto tra il 2008 e il 2015 del 11,8%, principalmente per effetto della riduzione dei budget ospedalieri. Tuttavia, questa riduzione è più contenuta rispetto a quanto occorso tra gli erogatori pubblici (-27,7%), il che spiega l'aumento percentuale della categoria delle strutture accreditate.

Un tradizionale indicatore di analisi dell'attività ospedaliera è la degenza media, che consente di operare una valutazione sull'efficienza operativa¹⁹. La degenza media dell'attività per acuti in regime ordinario, a livello nazionale, si è attestata nel 2015 a 6,85 giorni. Mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche nel segmento degli acuti (5,5 rispetto a 7,3 giorni), mentre presentano degenze medie superiori per la riabilitazione (26,5 rispetto a 20 giorni) e per la lungodegenza (29,3 rispetto a 25,2). La Tabella 6.2 mostra il confronto della degenza media per tipo di attività in regime ordinario e tipo di struttura. Negli acuti, tutte le strutture pubbliche presentano una degenza media superiore alle 7 giornate (massimo registrato nelle Aziende Ospedaliere **-7,7**); al contrario, gli istituti accreditati mostrano degenze medie inferiori alle 7 giornate, con l'eccezione dei Policlinici Universitari privati, e un valore minimo presso le Case di cura, che erogano circa il 60% dei ricoveri privati accreditati per acuti e presentano una degenza media pari a 5,0 giornate. Nell'ambito di riabilitazione e lungodegenza si rileva una maggiore omogeneità tra i diversi tipi di struttura, con valori significativamente superiori per IRCCS privati e istituti qualificati per la lungodegenza.

Tabella 6.2 **Degenza media per tipo di attività in regime ordinario e struttura erogatrice**

	Acuti	Riabilitazione	Lungodegenza
Aziende ospedaliere	7,7	24,2	24,0
Ospedali a gestione diretta	7,0	26,3	25,2
Policlinici universitari pubblici	7,5	31,1	28,9
I.R.C.C.S. pubblici	7,3	16,1	17,9
ISTITUTI PUBBLICI	7,3	25,0	25,2
Case di cura private accreditate	5,0	25,6	29,4
I.R.C.C.S. privati	6,1	28,2	55,0
Ospedali classificati	6,5	29,2	21,3
Istituti qualificati	6,1	31,7	43,8
Policlinici universitari privati	7,1	22,3	28,9
Enti di ricerca	6,5	12,3	–
ISTITUTI PRIVATI ACCREDITATI	5,5	26,5	29,3

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2015

¹⁹ Una maggiore appropriatezza degli ambiti di cura e della durata della degenza ospedaliera, oltre che strumento per recuperare efficienza operativa, può tradursi in un beneficio per il paziente, aumentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato e incrementando quindi anche l'efficacia della prestazione. D'altra parte, degenze media troppo ridotte potrebbero segnalare trattamenti clinici non adeguati (per esempio, dimissioni precoci). Gli standard ospedalieri approvati dalla Conferenza Stato-Regioni il 05/08/14 e recepiti dal D.M. 7072015 indicano una soglia di riferimento per la degenza media dei ricoveri ordinari per acuti pari a 7 giorni. Per valutare l'efficienza operativa di una struttura è comunque necessario valutare la complessità della sua casistica.

A completamento del quadro relativo alla assistenza ospedaliera, si analizza infine la distribuzione della remunerazione teorica destinata a finanziare le prestazioni erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate. La valorizzazione (remunerazione teorica) dei ricoveri è stimata utilizzando i valori di riferimento nazionali ex D.M. 18/10/2012 e ipotizzando che la casistica sia raggruppata secondo il sistema di classificazione DRG versione 24²⁰. Tale analisi permette di raccogliere informazioni aggiuntive relative al valore dei servizi ospedalieri forniti dalle strutture pubbliche e accreditate con il SSN. Opportunamente incrociate con i dati di attività e degenza sopra analizzati, tali elaborazioni consentono infatti di valutare eventuali specializzazioni produttive e strategie emergenti nei rispettivi gruppi. A partire dai dati pubblicati nei Rapporti SDO dal 2009 al 2015, si riportano di seguito queste analisi che raggruppano gli erogatori in quattro gruppi, due per natura istituzionale:

► Istituti pubblici

1. Gruppo 1: Aziende ospedaliere, Aziende Ospedaliere-Universitarie, Aziende Ospedaliere integrate l'Università, IRCCS e Fondazioni pubbliche;
2. Gruppo 2: Ospedali a gestione diretta ASL.

► Istituti privati accreditati

1. Gruppo 1: Policlinici Universitari, IRCCS e IRCCS Fondazione privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati USL, Enti di ricerca; si tratta dei privati accreditati maggiormente integrati con la rete di offerta;
2. Gruppo 2: Case di cura private accreditate.

Per l'anno 2015, la valorizzazione dei ricoveri erogati in nome e per conto del SSN risulta pari a 28,8 miliardi di euro, in riduzione dello 0,2% rispetto all'anno precedente ma con una contrazione di 7,7 punti percentuali nell'intero arco temporale considerato (31,2 miliardi di euro nel 2009). Nella suddivisione per tipologia di attività, i ricoveri che hanno assorbito la maggior parte delle risorse sono stati quelli per acuti, in regime ordinario (23,6 miliardi, pari all'81,8% della valorizzazione complessiva) e diurno (day hospital e day surgery: 2,7 miliardi, 9,4%). L'attività riabilitativa in regime ospedaliero corrisponde a circa il 7,2% della valorizzazione complessiva ed è principalmente erogata in regime ordinario; l'attività in lungodegenza, infine, occupa un ruolo marginale e copre circa

²⁰ Sono state utilizzate:

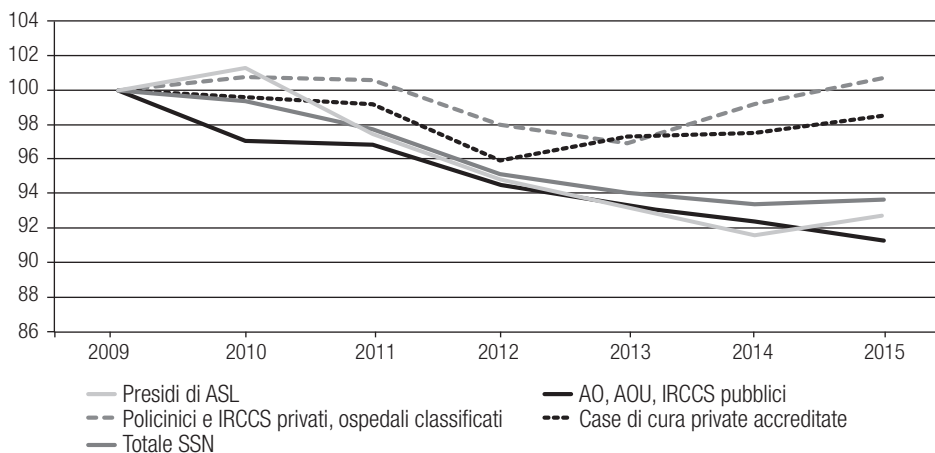
- le tariffe DRG per ricoveri acuti ordinari o diurni;
- le tariffe a giornata per MDC per i ricoveri di riabilitazione e lungodegenza;
- le integrazioni tariffarie (acuti) e gli abbattimenti tariffari (non acuti) per le degenze oltre soglia, facendo riferimento alle soglie definite dal sistema DRG - versione 24 ex D.M. 18/10/2012;
- la lista di 86 DRG contenuta nella TUC 2013, attuale riferimento a livello nazionale, per l'alta complessità.

Fino al 2011 compreso si utilizzava la TUC 2009, senza scostamenti significativi rispetto alla versione attualmente in uso.

l'1,6% della remunerazione. A partire dalla fotografia per l'anno 2015, risulta interessante approfondire l'analisi per ciascuna tipologia di attività distinguendo per la natura istituzionale della struttura erogatrice.

Per quanto riguarda l'attività per acuti in regime ordinario, in linea con quanto presentato in precedenza per l'attività (**77,1%** dei ricoveri presso strutture pubbliche), si registra una prevalente incidenza di valore generato presso istituti pubblici: per il 2015, il 76,2% della valorizzazione complessiva dell'attività per acuti in regime ordinario è da attribuire alle strutture pubbliche, con un peso sostanzialmente allineato per i due gruppi individuati (**37,8%** per i presidi a gestione diretta ASL, 38,4% per le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS pubblici). I privati accreditati generano il restante 23,8%, 13,9% tramite l'attività delle case di cura accreditate e 9,8% con tutte le altre tipologie di strutture. La Figura 6.4 riporta, per il periodo 2009-2015, l'evoluzione della valorizzazione dei ricoveri SSN per acuti in regime ordinario utilizzando i numeri indice a base 100: fatto 100 il valore registrato nel primo anno considerato (2009), le osservazioni successive mostrano il rapporto tra il dato dei successivi anni e il valore 2009 così da evidenziare l'andamento nell'intero periodo. Il trend risulta differenziato per erogatori pubblici e privati accreditati: presidi ASL, Aziende Ospedaliere e IRCCS pubblici hanno registrato una progressiva e costante riduzione del valore dei ricoveri acuti in regime ordinario, con una valorizzazione nel 2015 pari al 91,3% del valore 2009 per le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS e al 92,7% per i presidi ASL. Per converso, gli erogatori privati accreditati, dopo un'iniziale,

Figura 6.4 **Valorizzazione dei ricoveri acuti in regime ordinario, per natura istituzionale dell'erogatore (2009-2015), 2009=100**



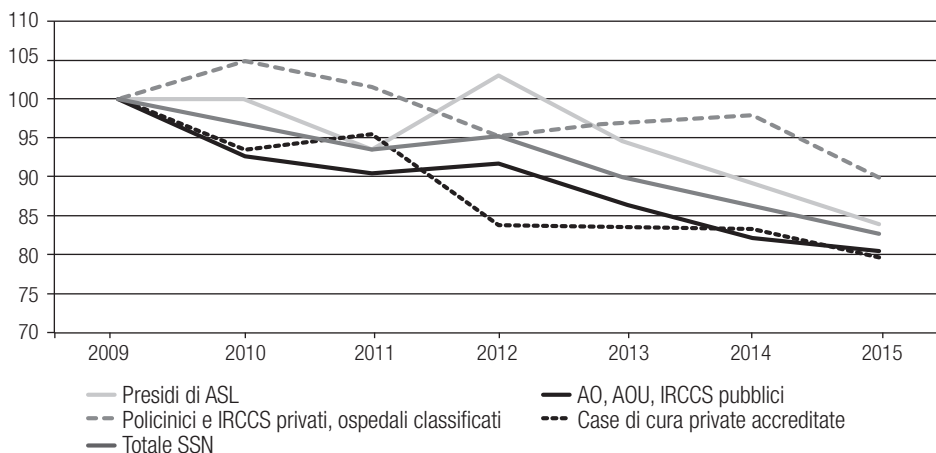
Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2009-2015

ma comunque più contenuta, riduzione della valorizzazione, hanno invertito a partire dal 2012 la tendenza: nel 2015 la valorizzazione teorica per le case di cura accreditate è pari al 98,5% di quella 2009, mentre per le restanti strutture private il valore 2015 è persino superiore a quello iniziale (100,7%).

La situazione cambia parzialmente quando si considera l'attività per acuti erogata in regime diurno: in linea con quanto appena analizzato per il regime ordinario, si confermano la prevalenza di remunerazione teorica relativa al 2015 attribuita alle strutture pubbliche (76,2%), la sostanziale uguaglianza tra i due gruppi di erogatori pubblici e la leggera prevalenza, tra gli erogatori privati accreditati, delle case di cura (14,1% della valorizzazione rispetto al 9,6% delle altre tipologie di strutture). Differentemente da quanto emerso per il regime ordinario, però, il trend longitudinale mette in evidenza per day hospital e day surgery un trend di riduzione più marcato e comune a tutti i gruppi di erogatori, principalmente dovuto al trasferimento in regime ambulatoriale di alcune prestazioni tradizionalmente erogate in regime diurno in ospedale. La Figura 6.5 mostra per l'intero SSN una riduzione di **17,6** punti percentuali tra 2009 e 2015: la contrazione è più marcata per case di cura private accreditate (20 punti indice nel 2015 rispetto al valore 2009), Aziende Ospedaliere e IRCCS pubblici. Per le altre tipologie di erogatori privati, invece, la riduzione è complessivamente più contenuta e registrata quasi integralmente nel corso dell'ultimo anno osservato (-8,2 punti percentuali tra 2014 e 2015).

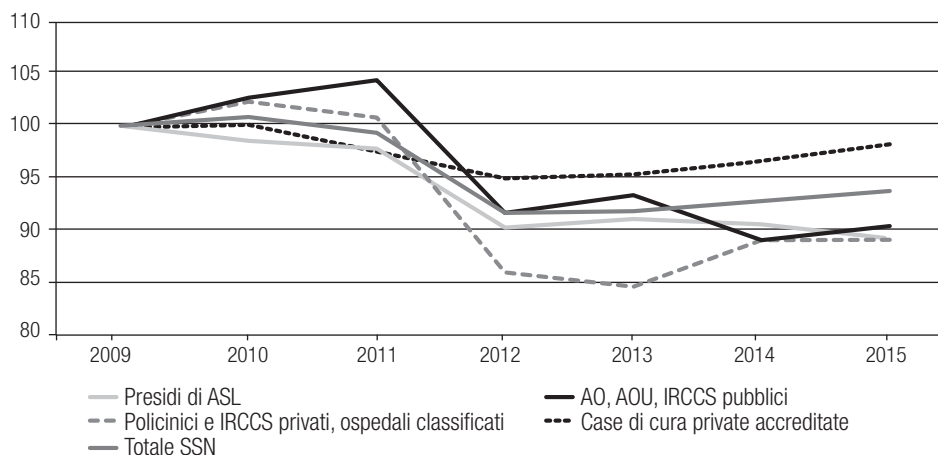
Per quanto riguarda invece i ricoveri riabilitativi in regime ordinario, i posizionamenti relativi dei vari gruppi considerati cambiano considerevolmente. Come

Figura 6.5 **Valorizzazione dei ricoveri acuti in regime diurno, per natura istituzionale dell'erogatore (2009-2015), 2009=100**



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2009-2015

Figura 6.6 **Valorizzazione dei ricoveri per riabilitazione in regime ordinario, per natura istituzionale dell'erogatore (2009-2015), 2009=100**



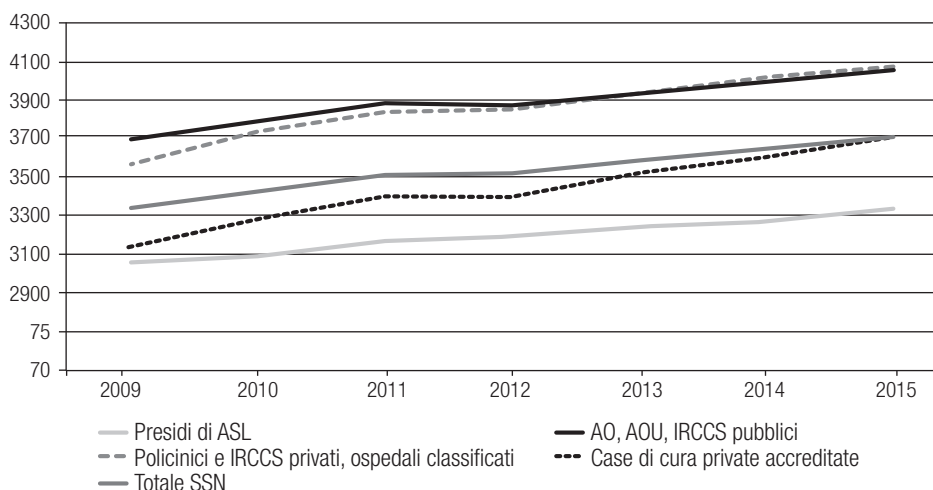
Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2009-2015

già messo in luce in termini di attività erogata, alle case di cura accreditate si attribuisce per il 2015 una valorizzazione teorica di oltre 1 miliardo di euro, pari al 51,5% del totale per tale tipologia di ricoveri, al Gruppo 1 delle strutture accreditate un altro 24,5%, mentre il pubblico, considerando i due gruppi congiuntamente, raccoglie il 24,0% delle risorse. Analizzando il trend nel periodo 2009-2015 (Figura 6.6), si evidenzia anche per questo segmento una riduzione complessiva di oltre 6 punti percentuali che è il risultato di tre differenti fasi: (i) una sostanziale stabilità, o leggera crescita per alcuni gruppi, fino al 2011; (ii) una consistente riduzione nella valorizzazione tra 2011 e 2012 (-7,8%); (iii) dal 2013, una lieve crescita comune a tutti gli erogatori. L'unico gruppo a fare eccezione al forte calo tra 2011 e 2012 è quello delle case di cura accreditate, che nello stesso periodo hanno registrato una contrazione di soli 2,6 punti percentuali e che quindi nel 2015 mostrano una valorizzazione totale sostanzialmente allineata a quella 2009.

Per quanto riguarda infine le restanti, e più marginali, tipologie di attività, la riabilitazione in regime diurno nel 2015 presenta una valorizzazione dimezzata rispetto al 2009 mentre per la lungodegenza la contrazione del valore è complessivamente contenuta con un trend in controtendenza per il Gruppo 1 dei privati accreditati (+36,1% rispetto al 2009).

L'analisi della remunerazione teorica connessa all'attività di degenza erogata dai vari gruppi di erogatori può essere completata da alcuni approfondimenti relativi ai ricoveri effettivamente erogati nel periodo considerato e al corri-

Figura 6.7 **Valorizzazione teorica media dei ricoveri ordinari acuti, per natura istituzionale (2009-2015, €)**



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2009-2015

spondente valore medio degli stessi. Nell'attività per acuti in regime ordinario, per la quale a partire dal 2011 si rileva un trend di valorizzazione positivo per i due gruppi privati accreditati contrapposto a una progressiva contrazione del valore pubblico, la quota di attività attribuibile agli erogatori accreditati è rimasta stabile nell'arco di tempo considerato nell'intorno del 23%. In un quadro di generale riduzione del numero di ricoveri (si veda il capitolo 4 del presente Rapporto), le strutture private accreditate hanno progressivamente contenuto il numero di quei ricoveri meno remunerativi in termini tariffari e potenzialmente inappropriati e si sono concentrate su profili di attività progressivamente più complessi. Tale trend è evidente dalla Figura 6.7, che mostra l'evoluzione tra 2009 e 2015 del rapporto tra valorizzazione teorica e ricoveri complessivi dando quindi evidenza della remunerazione teorica media per singolo ricovero.

Tale progressiva specializzazione produttiva è particolarmente evidente per le case di cura private accreditate (Gruppo 2 istituti privati accreditati), che registrano tra 2009 e 2015 una crescita del 18% nella valorizzazione media per singolo ricovero e che nel periodo hanno distaccato i presidi a gestione diretta ASL andandosi a posizionare a un livello intermedio tra questi ultimi e gli erogatori specialistici più votati all'alta complessità, a prescindere dalla natura istituzionale.

La situazione è molto diversa quando si considera il regime diurno dell'attività per acuti: in questo caso, nel periodo 2009-2015, l'incidenza dei ricoveri accreditati è progressivamente cresciuta dal 22,9% al 27,0%. Di tale incremento,

però, non si ha evidenza quando si analizza il trend della valorizzazione teorica (Figura 6.5) visto che, nello stesso periodo, la remunerazione media per ricovero è cresciuta di oltre il 30% per entrambi i gruppi di erogatori pubblici mentre per i privati accreditati i tassi di crescita sono molto più contenuti (soli 6 punti percentuali per le case di cure private accreditate). Per l'attività riabilitativa in regime ordinario, infine, si registra una situazione ancora differente: la quota di attività imputabile ai privati accreditati è cresciuta in modo marginale dal 73,7% del 2009 al 75,2% del 2015, e l'intera crescita è attribuibile alle case di cura private accreditate (dal 50,8% al 52,8%). Tale incremento è accompagnato da una riduzione della remunerazione teorica per ricovero che è sostanzialmente equivalente in tutti i gruppi analizzati, risultando così in un aumento della valorizzazione teorica nel periodo considerato per le sole case di cure accreditate.

6.4.3 Esiti dell'attività ospedaliera: alcune evidenze

Il Decreto Ministeriale 70/2015 introduce alcune soglie di volume ed esito per la valutazione quantitativa e qualitativa dell'assistenza ospedaliera²¹. Tali soglie, stabilite sulla base delle evidenze clinico-scientifiche, sono valide a livello nazionale e si applicano sia agli erogatori pubblici che a quelli privati accreditati, anche ai fini di impostare processi a forte valenza strategica come il riordino dei punti di erogazione²², la valutazione dell'accreditamento²³ e la stesura di Piani di efficientamento e riqualificazione delle aziende ospedaliere²⁴. I valori degli indicatori di volume ed esito, aggiustati per i principali fattori di rischio clinico, sono disponibili a livello di singolo stabilimento ospedaliero grazie al sito Open Source del Programma Nazionale Esiti (PNE).

Il presente paragrafo si concentra sugli esiti, mentre per quanto riguarda i volumi si rimanda al capitolo 9 del Rapporto OASI 2016. Inoltre, per una disamina più ampia e approfondita dei dati di esito a livello regionale, nazionale e internazionale, si rimanda al capitolo 2 del presente Rapporto. Nel dettaglio, sono state analizzate quattro prestazioni chirurgiche, afferenti a quattro differenti discipline e caratterizzate da un diverso grado di diffusione, complessità chirurgica e profilo del paziente. Si tratta dei seguenti indicatori:

- ▶ proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni, che deve essere uguale o maggiore al 70%;
- ▶ proporzione di interventi chirurgici entro 48 ore su persone ultrasessantacinquenni con fratture del femore, che deve essere uguale o maggiore al 60%;
- ▶ proporzione di tagli cesarei primari, che deve essere uguale o minore del

²¹ Si veda in particolare il par. 4.6 del Decreto.

²² Ibidem.

²³ Ibidem.

²⁴ D.M. del 21 giugno 2016, emanato sulla base della Legge di Stabilità per il 2016.

15% per i punti nascita sotto i 1.000 parti, del 25% per i punti nascita oltre i 1.000 parti;

- ▶ mortalità²⁵ a 30 giorni per valvuloplastica o sostituzione di valvole isolate, che deve essere uguale o minore del 4%²⁶.

L'analisi della degenza post-operatoria della colecistectomia laparoscopica (CL) valuta la capacità di stabilizzare e dimettere in tempi adeguati il paziente che si sottopone a un intervento di chirurgia generale mini-invasiva ormai considerato come routinario²⁷. Gli stabilimenti pubblici e privati accreditati che eseguono CL e che presentano la casistica sufficiente²⁸ per standardizzare i volumi secondo adeguati parametri di rischio clinico sono 497 (Tabella 6.3). Di questi, 354 (71%) sono pubblici e 143 (29%) sono privati accreditati. Da notare che per 115 ospedali (23%) è stata richiesta una procedura di audit sulla qualità dei dati. Tra i restanti 382 stabilimenti, a livello nazionale se ne contano 260 che raggiungono lo standard (52%) e 122 che non lo raggiungono (25%). Tale percentuale di *compliance*, che considera gli ospedali in audit come terza categoria a sé, è del 66% per i privati accreditati, mentre scende al 47% per i pubblici. La percentuale più elevata di ospedali che raggiungono lo standard si registra tra i privati accreditati del Nord (83%, 44 su 53), a seguire i pubblici e i privati accreditati del Centro (rispettivamente 66%, con 48 su 73, e 65%, 15 su 23). I valori minimi si registrano invece per i pubblici del Mezzogiorno (28%, 30 su 106). Un'altra evidenza è che gli stabilimenti per cui è stato richiesto un audit sono prevalentemente concentrati al Sud e nelle Isole²⁹, dove se ne contano 72 tra pubblici (49) e privati accreditati (23), a rappresentare rispettivamente il 46% e il 34% delle rispettive categorie (dato non riportato in tabella).

Un'ulteriore analisi può approfondire l'eventuale variabilità tra le diverse tipologie di ospedali all'interno delle macro-categorie dei pubblici e dei privati accreditati. La Figura 6.8, adottando una ripartizione per tipologia di ospedale, riporta quindi la percentuale degli stabilimenti che raggiungono lo standard.

²⁵ Aggiustata per gravità.

²⁶ A questi indicatori si aggiunge la proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 minuti dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta. Con riferimento a tale indicatore, però, non è stato possibile reperire adeguati indicatori all'interno del sito del PNE. Un ultimo indicatore suggerito dal DM 70 riguarda la mortalità successiva all'impianto di bypass. Per esigenze di sintesi, però, si è preferito concentrare l'analisi su una sola prestazione cardiocirurgica.

²⁷ In Italia, con riferimento al 2015, si registrano 67.622 ricoveri per CL. Di questi, 46.781 registrano una degenza post-operatoria inferiore a tre giorni: si tratta del 69%, poco al di sotto dello standard del 70%. Si segnala che la percentuale è in costante crescita dal 2008 (+13 punti percentuali). Per maggiori informazioni sui dati di esito del SSN, si rimanda al capitolo 2 del presente Rapporto.

²⁸ Sono esclusi gli ospedali con volumi di erogazione inferiore ai 50 interventi annui, a fronte di uno standard minimo di 100.

²⁹ Il 63% degli stabilimenti sottoposti ad audit a livello nazionale si trova nel Sud o nelle Isole. A titolo di confronto, si ricorda che questa macro-area raccoglie il 35% della popolazione nazionale.

Tabella 6.3 **Colecistectomia laparoscopica con degenza inferiore a tre giorni: ripartizione degli stabilimenti in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard (2015).**

	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Strutture con audit in corso/da effettuare	Totale
NORD – pubblico	87	58	30	175
NORD – privato accreditato	44	8	1	53
CENTRO – pubblico	48	16	9	73
CENTRO – privato accreditato	15	5	3	23
SUD E ISOLE– pubblico	30	27	49	106
SUD E ISOLE–privato accreditato	36	8	23	67
Totale – pubblico	165	101	88	354
Totale – privato accreditato	95	21	27	143
Totale – SSN	260	122	115	497
<i>Totale – pubblico</i>	<i>47%</i>	<i>29%</i>	<i>25%</i>	<i>100%</i>
<i>Totale – privato accreditato</i>	<i>66%</i>	<i>15%</i>	<i>19%</i>	<i>100%</i>
<i>Totale – SSN</i>	<i>52%</i>	<i>25%</i>	<i>23%</i>	<i>100%</i>

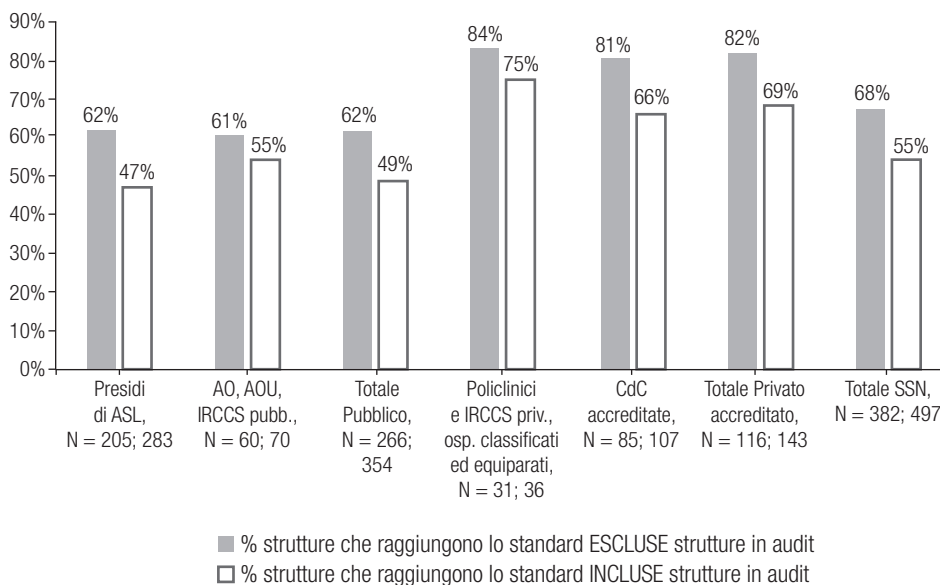
Fonte: rielaborazione OASI su dati PNE

Per una più completa interpretazione di questi dati, bisogna però considerare che le procedure di audit vengono più frequentemente avviate in presenza di valori inferiori allo standard e che spesso i valori sottoposti a scrutinio dichiarati vengono confermati o modificati in maniera non sostanziale a valle dell'attività di audit³⁰. Per ogni tipologia di ospedale le percentuali di *compliance* riportate in Figura 6.8 sono quindi due: (i) escludendo gli ospedali in audit, dunque considerando un campione pari a 382 stabilimenti; (ii) poi includendo gli ospedali in audit, assumendo come validi i dati attualmente a disposizione e quindi tornando al campione allargato di 497 ospedali. A livello di SSN, escludendo gli ospedali in audit, il 68% degli ospedali rispetta lo standard; si scende al 55% se invece includiamo tutti gli stabilimenti. Gli ospedali privati accreditati registrano percentuali di *compliance* superiori rispetto ai pubblici adottando entrambi i criteri di calcolo (82% vs 62% e 70% vs 48%), con un *gap* che rimane attorno ai venti punti percentuali. I valori di *compliance* più alti (84%; 75%) si registrano per gli ospedali privati accreditati fortemente integrati con la rete di offerta pubblica (policlinici e IRCCS privati, enti di ricerca, ospedali classificati ed equiparati), seguiti dalle case di cura accreditate, che passano da una percentuale di *compliance* del 66% all'81% se si escludono le strutture in audit.

Una degenza preoperatoria inferiore a due giorni per i ricoverati ultrasessantacinquenni con frattura al collo del femore è considerato un requisito mi-

³⁰ Si veda la sezione del PNE dedicata alle attività di audit intraprese nel 2015 sui dati 2014.

Figura 6.8 Colecistectomia laparoscopica con degenza inferiore a tre giorni: percentuale degli stabilimenti che rispettano lo standard, esclusi e inclusi gli stabilimenti in audit (N=382; 497), per natura giuridica e tipologia ospedale (2015)



Fonte: rielaborazione OASI su dati PNE

nimo per assicurare la presa in carico chirurgica efficace di questa categoria di pazienti fragili³¹. Gli stabilimenti pubblici e privati accreditati che operano pazienti anziani con frattura del femore e che presentano la casistica sufficiente per standardizzare i volumi secondo adeguati parametri di rischio clinico³² sono 440 (Tabella 6.4). Di questi, 393 (89%) sono pubblici e 47 (11%) sono privati accreditati. L'esiguità dei privati accreditati è al tempo stesso un limite in termini di confrontabilità con il pubblico e una conferma: i privati accreditati molto più raramente del pubblico si trovano a prendere in carico questi pazienti fragili, che provengono prevalentemente dalle reti dell'emergenza-urgenza (cfr. § 6.3.2). Gli ospedali per i quali è stata richiesta o è in corso una procedura di audit sono 120 a livello nazionale, pari al 27%. L'incidenza è più alta per i

³¹ In Italia, con riferimento al 2015, si contano 70.827 ricoveri per frattura del femore in pazienti over65. Di questi, 38.700 ricoveri registrano una degenza pre-operatoria entro i due giorni. Si tratta del 55% del totale, poco al di sotto dello standard del 60%. Si segnala che la percentuale è in costante e marcata crescita dal 2008 (+33 punti percentuali). Per maggiori informazioni sui dati di esito del SSN, si rimanda al capitolo 2 del presente Rapporto.

³² Sono esclusi gli ospedali con volumi inferiori ai 50 interventi annui, a fronte di uno standard minimo di 75.

Tabella 6.4 Intervento per frattura del femore entro 2 giorni dal ricovero: ripartizione degli stabilimenti in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard (2015)

	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Strutture con audit in corso/da effettuare	Totale
NORD – pubblico	108	47	23	178
NORD – privato accreditato	11	7	7	25
CENTRO – pubblico	45	19	12	76
CENTRO – privato accreditato	7	3	1	11
SUD E ISOLE- pubblico	37	32	70	139
SUD E ISOLE- privato accreditato	1	3	7	11
Totale – pubblico	190	98	105	393
Totale – privato accreditato	19	13	15	47
Totale – SSN	209	111	120	440
<i>Totale – pubblico</i>	<i>48%</i>	<i>25%</i>	<i>27%</i>	<i>100%</i>
<i>Totale – privato accreditato</i>	<i>40%</i>	<i>28%</i>	<i>32%</i>	<i>100%</i>
<i>Totale – SSN</i>	<i>48%</i>	<i>25%</i>	<i>27%</i>	<i>100%</i>

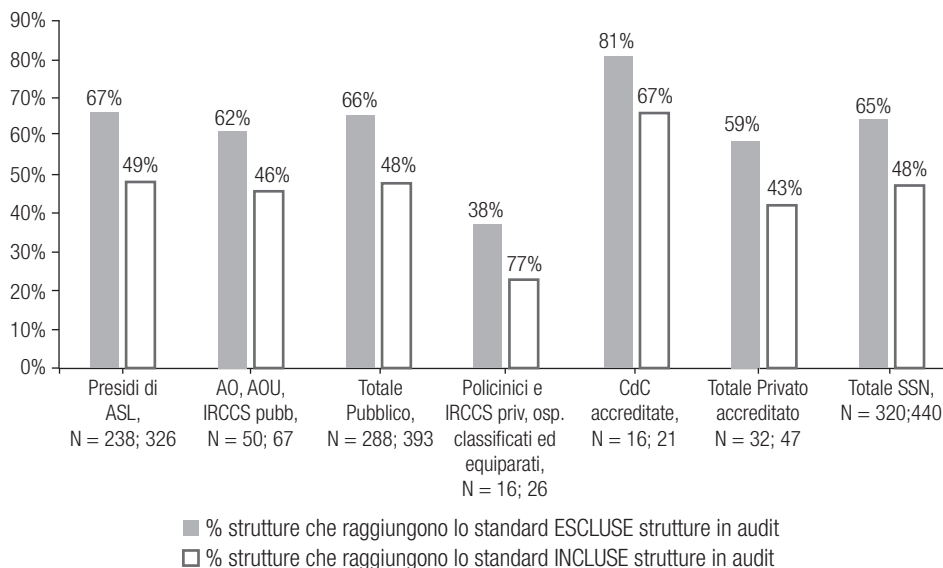
Fonte: rielaborazione OASI su dati PNE

privati accreditati (32%, 15 su 47) che per i pubblici (27%, 105 su 393). Tra i restanti 320 ospedali per cui non è stata richiesta una procedura di audit, se ne contano 209 che raggiungono lo standard (48%). Tale percentuale rimane pari al 48% per i pubblici, mentre cala al 40% per i privati accreditati. La percentuale di ospedali che raggiunge lo standard è più alta tra i privati accreditati del Centro (64%), ma si tratta di un campione molto ridotto (7 su 11). A seguire gli stabilimenti pubblici del Nord (61%, 108 su 178), che distanziano di pochi punti percentuali i pubblici del Centro (59%, 45 su 76) e in maniera più marcata i privati accreditati del Nord (44%, 11 su 25). I valori minimi si registrano invece nel Mezzogiorno, per i pubblici (27%, 37 su 139) e ancor più per i privati accreditati (9%, 1 su 11). Da notare che anche per gli interventi al femore gli stabilimenti in audit sono prevalentemente localizzati al Sud e nelle Isole³³, dove se ne contano 77 tra pubblici (70) e privati accreditati (7). Tali ospedali rappresentano rispettivamente il 50% e il 64% delle relative categorie (dato non riportato in tabella).

La Figura 6.9, adottando la ripartizione per tipologia di struttura, riporta la percentuale di stabilimenti che raggiungono lo standard, confrontando i valori ottenuti prima escludendo e successivamente includendo dal computo gli ospedali in audit. A livello di SSN, escludendo gli ospedali in audit, il 65% degli ospedali rispetta lo standard; si scende al 48% se invece includiamo tutti gli stabilimenti. Gli ospedali pubblici registrano percentuali di *compliance* supe-

³³ Il 64% degli stabilimenti sottoposti ad audit a livello nazionale si trova nel Sud o nelle Isole.

Figura 6.9 Intervento per frattura del femore entro 2 giorni dal ricovero: percentuale degli stabilimenti che rispettano lo standard, esclusi e inclusi gli stabilimenti in audit (N=320; 440), per natura giuridica e tipologia ospedale (2015)



Fonte: rielaborazione OASI su dati PNE

riori rispetto ai privati accreditati, adottando entrambi i criteri di calcolo (66% vs 59% e 48% vs 45%). I valori di *compliance* più alti (81%; 67%) si registrano per le case di cura private accreditate, che tuttavia rappresentano un campione ridotto (N=21; 16). Seguono i presidi di ASL (67%; 49%) e le aziende ospedaliere e gli IRCCS pubblici (62%; 45%). Policlinici e IRCCS privati, enti di ricerca, ospedali classificati ed equiparati registrano la percentuale di *compliance* più bassa (38%; 23%), anche in questo caso costituendo un campione ridotto (N=16; 26).

La percentuale di parti cesarei è un classico indicatore di appropriatezza clinica in ambito perinatale³⁴. Gli stabilimenti pubblici e privati accreditati con sala parto e che presentano la casistica sufficiente per standardizzare i volumi

³⁴ Nel nostro Paese, con riferimento al 2015, si contano 361.159 parti riferibili a gestanti senza tagli cesarei pregressi. Il 25,1% di questi parti (90.687) avviene grazie a un taglio cesareo primario, teoricamente in linea con lo standard del 25% valido per i punti nascita con più di 1.000 parti. Per i punti nascita sotto i mille parti, che rappresentano una quota molto considerevole (cfr. capitolo 5 del presente Rapporto) lo standard è però abbassato al 15%. Si segnala infine che la percentuale è in diminuzione dal 2008 (-4 punti percentuali). Per maggiori informazioni sui dati di esito del SSN, si rimanda al capitolo 2 del presente Rapporto.

Tanella 6.5 **Percentuale di parti cesarei primari: ripartizione degli stabilimenti (N=451) in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard**

	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Strutture con audit in corso/da effettuare	Totale
NORD – pubblico	71	77	18	166
NORD – privato accreditato	7	8	6	21
CENTRO – pubblico	16	37	16	69
CENTRO – privato accreditato	1	5	6	12
SUD E ISOLE- pubblico	6	51	78	135
SUD E ISOLE- privato accreditato	2	13	33	48
Totale – pubblico	93	165	112	370
Totale – privato accreditato	10	26	45	81
Totale – SSN	103	191	157	451
<i>Totale – pubblico</i>	<i>25%</i>	<i>45%</i>	<i>30%</i>	<i>100%</i>
<i>Totale – privato accreditato</i>	<i>12%</i>	<i>32%</i>	<i>56%</i>	<i>100%</i>
<i>Totale – SSN</i>	<i>23%</i>	<i>42%</i>	<i>35%</i>	<i>100%</i>

Fonte: rielaborazione OASI su dati PNE

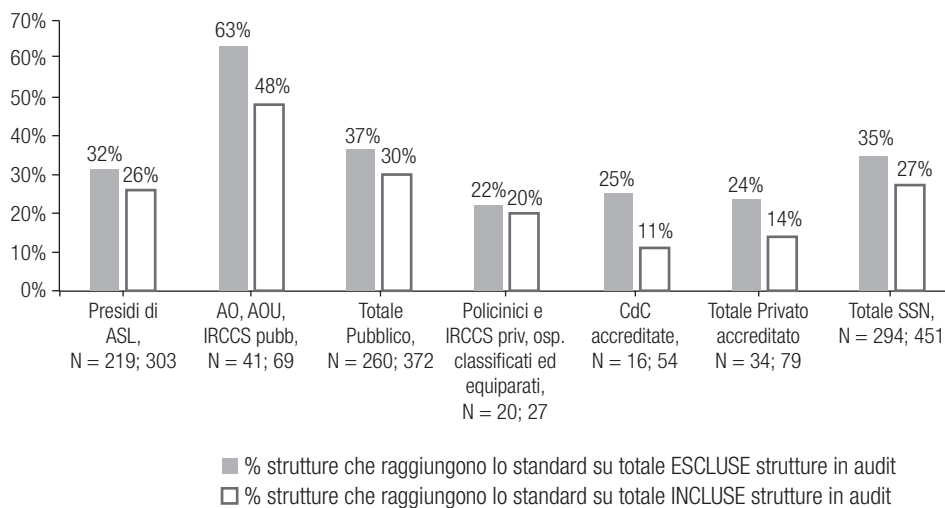
secondo adeguati parametri di rischio clinico³⁵ sono 451 a livello nazionale. Di questi, 370 (82%) sono pubblici e 81 (18%) sono privati accreditati.

Gli ospedali per i quali è stata richiesta o è in corso una procedura di audit sono 157 a livello nazionale, pari al 35%. L'incidenza è più alta per i privati accreditati (56%) che per i pubblici (30%). Tra i restanti 294 ospedali per cui non è stata richiesta una procedura di audit, a livello nazionale se ne contano 103 che rispettano le soglie massime (23%). Gli stabilimenti pubblici che raggiungono lo standard sono il 25% del totale, mentre i privati accreditati il 12%. La percentuale di ospedali che rispetta lo standard è più alta tra i pubblici del Nord (43%, 71 su 166), seguiti dai privati accreditati del Nord (33%, 7 su 21) e dai pubblici del Centro (23%, 16 su 69). I privati accreditati del Centro che rimangono entro le soglie sono l'8% (1 su 12), mentre gli ospedali del Mezzogiorno che rispettano lo standard sono solo il 4%, sia pubblici (6 su 135), sia privati (2 su 48). Come per le precedenti prestazioni, anche per i tagli cesarei gli stabilimenti in audit sono prevalentemente localizzati al Sud e nelle Isole³⁶, dove se ne contano 111 tra pubblici (78) e privati accreditati (33); tali ospedali rappresentano rispettivamente il 58% e il 69% delle relative categorie.

³⁵ Sono esclusi gli ospedali con volumi inferiori ai 150 parti annui, a fronte di uno standard minimo di casistica di 500.

³⁶ Il 71% degli stabilimenti sottoposti ad audit a livello nazionale si trova nel Sud o nelle Isole.

Figura 6.10 **Percentuale di parti cesarei primari: percentuale degli stabilimenti che rispettano lo standard, esclusi e inclusi gli stabilimenti in audit (N=294; 451), per natura giuridica e tipologia ospedale (2015)**



Fonte: rielaborazione OASI su dati PNE

La Figura 6.10, adottando una ripartizione per tipologia di struttura, riporta la percentuale di stabilimenti che raggiungimento lo standard, confrontando i valori ottenuti prima escludendo e poi includendo dal computo gli ospedali in audit. A livello di SSN, escludendo gli ospedali in audit, il 35% degli ospedali rispetta lo standard; si scende al 27% se invece si includono tutti gli stabilimenti in audit. Gli ospedali pubblici registrano percentuali di *compliance* superiori rispetto ai privati accreditati, adottando entrambi i criteri di calcolo (37% vs 24% e 30% vs 14%). I valori di *compliance* più alti (63%; 48%) si registrano per le Aziende ospedaliere e gli IRCCS pubblici, mentre i più ridotti si registrano per i privati accreditati fortemente integrati con la rete di offerta (22%, 20%) e per le case di cura (25%, 11%).

La mortalità per gli interventi di valvuloplastica, prestazione ad alta complessità in costante aumento in termini di volumi³⁷, rappresenta una *proxy* della qualità clinica assicurata nei centri cardiocirurgici³⁸. Gli stabilimenti pubblici e privati accreditati che hanno eseguito valvuloplastiche e che presentano la casistica sufficiente per standardizzare i volumi secondo adeguati parametri di rischio clinico sono 91 (Tabella 6.6). Di questi, 51 (56%) sono pubblici e 40 (44%) sono privati accreditati. Gli ospedali per i quali è stata richiesta una pro-

³⁷ +20% tra 2008 e 2015 (cfr. PNE 2016).

³⁸ Cfr. PNE 2016

Tabella 6.6 **Mortalità a 30 gg per valvuloplastica isolata: ripartizione degli stabilimenti in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard (2015)**

	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Strutture con audit in corso/da effettuare	Totale
NORD – pubblico	12	0	13	25
NORD – privato accreditato	15	0	5	20
CENTRO – pubblico	6	0	4	10
CENTRO – privato accreditato	4	0	2	6
SUD E ISOLE- pubblico	7	0	9	16
SUD E ISOLE- privato accreditato	4	0	10	14
Totale – pubblico	25	0	26	51
Totale – privato accreditato	23	0	17	40
Totale – SSN	48	0	43	91
<i>Totale – pubblico</i>	<i>49%</i>	<i>0%</i>	<i>51%</i>	<i>100%</i>
<i>Totale – privato accreditato</i>	<i>58%</i>	<i>0%</i>	<i>43%</i>	<i>100%</i>
<i>Totale – SSN</i>	<i>53%</i>	<i>0%</i>	<i>47%</i>	<i>100%</i>

Fonte: rielaborazione OASI su dati PNE

cedura di audit sono 43 a livello nazionale (47%). L'incidenza è più alta per i pubblici (51%, 26 su 51) che per i privati accreditati (43%, 17 su 40). Tutti gli ospedali per cui non è stata richiesta una procedura di audit raggiungono invece lo standard (53%). Tale percentuale è pari al 49% per gli ospedali pubblici e al 58% per i privati accreditati. La percentuale di ospedali che rispetta lo standard raggiunge i valori massimi tra i privati accreditati del Nord (75%, 15 su 20), e del Centro (67%, 4 su 6). All'opposto, i privati accreditati del Mezzogiorno si fermano al 29% (4 su 14), mentre i pubblici si posizionano su percentuali intermedie, tra il 44% del Mezzogiorno e il 60% del Nord. Specularmente, anche per le valvuloplastiche gli stabilimenti in audit sono prevalentemente localizzati al Sud e nelle Isole³⁹.

Se si escludono gli ospedali in audit, il 100% degli stabilimenti rispetta lo standard. Includendo invece tutti gli stabilimenti e calcolando le percentuali sulla base dei valori attualmente trasmessi dalle strutture, il valore scende al 75%. Quest'ultima percentuale non si modifica in maniera rilevante comparando ospedali pubblici (76%) e privati accreditati (73%). Passando all'analisi per tipologia di struttura, le percentuali più elevate si registrano per le aziende ospedaliere e gli IRCCS pubblici (79%) e per i privati accreditati fortemente integrati con la rete di offerta (77%). Leggermente più ridotti i valori delle case di cura (70%) e dei presidi di ASL (69%).

³⁹ Il 44% degli stabilimenti sottoposti ad audit a livello nazionale si trova nel Sud o nelle Isole.

6.5 L'assistenza distrettuale privata accreditata

L'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale rappresenta uno dei principali obiettivi di politica sanitaria che i sistemi sanitari più avanzati stanno facendo proprio per far fronte alle sfide demografiche ed epidemiologiche. Questo paragrafo approfondisce dunque alcuni aspetti dell'attività territoriale (per un'analisi più completa e approfondita si rimanda al par. 4.4.2 del presente Rapporto) mettendo in evidenza il contributo del privato accreditato. Per quanto riguarda l'attività territoriale, le strutture che presidiano tale *setting* erogando prestazioni ambulatoriali e residenziali sono: ambulatori e laboratori; strutture residenziali; strutture semiresidenziali; altre strutture territoriali (centri di dialisi, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori familiari, centri distrettuali)⁴⁰.

La Tabella 6.7 presenta la distribuzione delle strutture territoriali nelle diverse regioni italiane riportando, per ciascuna categoria, il totale per l'anno 2013 e l'incidenza delle strutture private accreditate nel 1998 e nel 2013. L'attività territoriale risulta gestita prevalentemente da erogatori privati accreditati⁴¹, che hanno trovato spazi di sviluppo imprenditoriale sempre più ampi a fronte di una rete di offerta pubblica poco sviluppata. Nei 15 anni considerati il peso del privato in termini strutturali è cresciuto complessivamente dal 38,9% al 54,4%⁴², con una crescita comune a tutte le categorie e una consistente variabilità interregionale:

- ▶ nel caso di «Ambulatori e Laboratori», pubblico e privato accreditato continuano a equivalersi in termini di numerosità delle strutture a livello nazionale, con un lieve sbilanciamento a favore del privato accreditato (58,7% vs 41,3%), che mostra una tendenza in crescita negli ultimi 15 anni. La variabilità interregionale risulta sostenuta, con una forte dispersione intorno al dato medio. I valori massimi del contributo del privato accreditato sono raggiunti in Campania (80,7%) e Sicilia (79,9%), mentre i valori più bassi si registrano al Nord, in Piemonte (18,9%) e Liguria (21,4%);
- ▶ con riferimento alle strutture «Residenziali» e «Semiresidenziali», il privato accreditato registra nel periodo di tempo osservato una crescita in entrambi i

⁴⁰ Per maggiori approfondimenti relativi ai distretti e alle strutture impegnate nell'erogazione di prestazioni territoriali si veda il par. 4.3.2 del presente Rapporto.

⁴¹ Tale analisi confronta erogatori pubblici e privati accreditati in meri termini strutturali, non essendo possibile valutare anche l'aspetto dimensionale servendosi dei dati di attività.

⁴² Tale crescita in termini strutturali è determinata da due differenti trend: per ambulatori e laboratori che erogano attività specialistica si registra, lungo i 16 anni considerati, una contrazione nel numero di strutture private accreditate meno marcata rispetto a quella del pubblico (-18,7% rispetto a -44,3%); per le altre categorie di strutture, invece, nel privato accreditato si registra un importante aumento nel conteggio delle strutture (tutte le categorie hanno almeno triplicato il proprio numero), mentre nel pubblico il numero è rimasto stabile o in riduzione.

Tabella 6.7 Presenza di strutture territoriali e peso degli erogatori privati accreditati, per regione (1998-2013)

	Ambulatori e Laboratori		Strutture residenziali				Strutture semiresidenziali				Altri tipi di strutture territoriali				Totale strutture territoriali			
	% Ambulatori e Laboratori privati accreditati		Totale strutture		% Strutture residenziali private accreditate		Totale strutture		% Strutture semiresidenziali private accreditate		Totale strutture		% Altre strutture territoriali private accreditate		Totale strutture		% Totale strutture territoriali private accreditate	
	1998	2013	2013	1998	2013	1998	2013	2013	1998	2013	2013	1998	2013	1998	2013	2013	1998	2013
Piemonte	445	22,1%	18,9%	1.022	57,3%	80,9%	197	42,1%	70,1%	379	2,1%	1,8%	2.043	23,9%	51,7%			
Valle d'Aosta	7	21,4%	57,1%	15	1,9%	86,7%	3	-	100,0%	26	0,0%	3,8%	51	4,2%	41,2%			
Lombardia	730	40,3%	61,4%	1.400	68,1%	86,2%	699	40,8%	80,4%	740	1,6%	15,7%	3.569	34,0%	65,4%			
PA Bolzano	55	16,8%	32,7%	89	52,2%	87,6%	7	-	0,0%	81	1,6%	19,8%	232	16,4%	48,3%			
PA Trento	46	17,5%	52,2%	90	20,0%	81,1%	35	0,0%	80,0%	40	0,0%	17,5%	211	15,1%	62,6%			
Veneto	474	46,4%	51,9%	812	51,2%	80,9%	494	43,3%	68,8%	537	20,9%	24,6%	2.317	38,9%	59,3%			
Friuli VG	121	23,8%	35,5%	187	45,3%	65,2%	83	7,7%	54,2%	100	4,3%	6,0%	491	24,4%	44,0%			
Liguria	364	30,9%	21,4%	301	57,1%	87,0%	64	7,1%	70,3%	122	0,0%	7,4%	851	25,5%	46,3%			
Emilia Romagna	441	31,2%	38,1%	879	46,6%	83,3%	556	31,6%	86,2%	625	5,6%	5,3%	2.501	31,2%	56,5%			
Toscana	767	35,9%	33,9%	549	49,8%	65,0%	251	12,4%	45,0%	518	6,9%	8,7%	2.085	30,3%	37,2%			
Umbria	140	14,6%	27,9%	159	37,2%	62,9%	90	0,0%	28,9%	115	3,0%	6,1%	504	14,8%	34,1%			
Marche	194	29,6%	54,6%	193	14,0%	65,8%	33	13,8%	9,1%	113	2,0%	8,0%	533	23,8%	46,0%			
Lazio	811	58,6%	68,4%	238	37,6%	73,5%	78	0,0%	11,5%	456	3,2%	7,0%	1.583	45,9%	48,7%			
Abruzzo	158	44,4%	59,5%	82	80,0%	69,5%	13	100,0%	0,0%	139	0,0%	2,2%	392	40,9%	39,3%			
Molise	54	48,8%	75,9%	18	0,0%	88,9%	14	0,0%	100,0%	19	0,0%	15,8%	105	40,4%	70,5%			
Campania	1.428	73,6%	80,7%	141	29,9%	31,9%	96	23,5%	16,7%	457	2,1%	35,4%	2.122	65,2%	64,8%			
Puglia	684	47,2%	62,6%	292	60,0%	88,0%	93	21,4%	76,3%	318	0,5%	4,7%	1.387	38,1%	55,6%			
Basilicata	111	21,5%	45,9%	37	23,1%	78,4%	4	100,0%	25,0%	60	4,2%	11,7%	212	20,4%	41,5%			
Calabria	387	49,4%	58,9%	111	45,7%	81,1%	15	12,5%	26,7%	141	14,3%	9,2%	654	45,1%	51,2%			
Sicilia	1.435	72,2%	79,9%	147	14,6%	52,4%	42	14,3%	11,9%	541	2,7%	17,2%	2.165	61,6%	61,0%			
Sardegna	362	45,7%	54,4%	72	18,2%	83,3%	19	7,7%	42,1%	167	1,0%	5,4%	620	36,3%	44,2%			
ITALIA	9.214	49,3%	58,7%	6.834	50,4%	78,4%	2.886	29,6%	66,2%	5.694	5,1%	12,7%	24.628	38,9%	54,4%			

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO 2013

segmenti che l'ha portato a occupare, a livello strutturale, un ruolo predominante (78,4% delle strutture residenziali e 66,2% di quelle semiresidenziali). Nel confronto interregionale sono soprattutto le regioni del Nord Italia a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate (82,8% delle strutture Residenziali, 82,0% delle Semiresidenziali), mentre le regioni del Centro e del Sud presentano valori sotto la media nazionale. Il gap è particolarmente pronunciato nel segmento delle semiresidenziali, dove per Centro e Sud il peso degli accreditati scende rispettivamente al 33,4% e al 40,2%. Fanno eccezione Molise e Puglia, che per entrambe le tipologie presentano dati superiori alla media nazionale. Rispetto al 2012, le strutture residenziali sono aumentate rispettivamente di 90 e 63 unità nelle Marche e nel Lazio, mentre si registra una contrazione pari a 73 strutture in Emilia Romagna;

- ▶ per quanto riguarda le «Altre strutture territoriali», che raggruppano in logica residuale le strutture che svolgono attività di tipo territoriale e non ricadono nelle precedenti classi, il privato accreditato ha conservato un ruolo residuale e nel 2013 presentava una quota pari al 12,7% del totale delle strutture. Il contributo risulta limitato in tutti i contesti territoriali e le uniche regioni che presentano una percentuale superiore al 20% sono Veneto e Campania (rispettivamente, 24,6% e 35,4%).

Ci si focalizza ora sulla specialistica ambulatoriale, la cui complessiva riprogettazione, in termini di servizi e modalità di erogazione degli stessi, rappresenta una delle principali sfide per i moderni sistemi sanitari in risposta ai cambiamenti epidemiologici e alla crescente prevalenza delle cronicità. Le strutture deputate all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in nome e per conto del SSN sono gli ambulatori e i laboratori, pubblici e privati accreditati. Queste strutture, prevalentemente di tipo extra-ospedaliero (nel 2013, rispettivamente il 71,0% delle strutture pubbliche e il 92,2% di quelle private accreditate erano localizzate in setting extra-ospedaliero), erogano tradizionalmente tre principali categorie di attività⁴³:

- ▶ l'attività clinica, che include le visite specialistiche, le prestazioni riabilitative e quelle terapeutiche, assolvendo così alla funzione di consulenza diagnostica o terapeutica;

⁴³ A queste prestazioni tradizionali, sotto la spinta volta a trasferire in regime ambulatoriale una quota crescente delle prestazioni erogate in day hospital, si sono progressivamente aggiunti pacchetti di prestazioni ambulatoriali coordinate e complesse (PAC), che assicurano al paziente una maggiore facilità d'accesso alle prestazioni e raggruppano un insieme di indagini cliniche e strumentali multidisciplinari. Tali prestazioni vengono garantite dagli ambulatori ospedalieri o dai poliambulatori territoriali dotati di tutte le discipline previste dagli specifici percorsi di cura. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al Capitolo 8 del Rapporto OASI 2014 e al Capitolo 10 del Rapporto OASI 2015.

Tabella 6.8 **Confronto ambulatori e laboratori pubblici e privati accreditati per tipo di assistenza erogata e macroarea geografica (2013, %)**

	Strutture pubbliche			Strutture private accreditate		
	Clinica	Diagnostica	Laboratorio	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
Nord	94,0%	40,4%	37,1%	74,8%	49,0%	31,4%
Centro	84,9%	31,7%	24,3%	45,2%	33,4%	46,6%
Sud	94,3%	39,5%	31,9%	41,5%	20,9%	51,0%
Italia	91,8%	37,9%	32,1%	49,0%	28,9%	46,2%

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO 2013

- ▶ le indagini di diagnostica strumentale (RX, TAC, ECG, ecc.), a supporto della formulazione delle diagnosi e delle successive terapie per mezzo di apposite tecniche strumentali;
- ▶ le analisi di laboratorio.

La Tabella 6.8 riporta il confronto tra strutture pubbliche e private accreditate in termini di specializzazione per tipo di assistenza. Emerge un posizionamento altamente differenziato.

Il 91,8% delle strutture pubbliche eroga attività clinica, con sostanziale omogeneità su tutto il territorio nazionale, mentre, tra gli erogatori privati accreditati, solo uno ogni due (49,0%) garantisce visite specialistiche, con una differenza marcata tra i dati intermedi del Nord (74,8%) e quelli delle strutture accreditate del Centro e Sud Italia. Le strutture pubbliche offrono più frequentemente anche prestazioni di diagnostica strumentale rispetto a quelle accreditate (37,9% contro 28,9%), mentre l'erogazione di indagini di laboratorio è mediamente più frequente tra le strutture private accreditate (46,2% contro il 32,1% del pubblico). Complessivamente, si registra dunque una maggiore specializzazione tra le strutture private accreditate: in media, infatti, ambulatori e laboratori accreditati si focalizzano esclusivamente su un solo tipo di assistenza (meno di un quarto delle strutture accreditate eroga congiuntamente almeno due categorie di assistenza), mentre tra le strutture pubbliche è molto più comune la multispecializzazione (il numero di specializzazioni medio per struttura è pari a 1,62). Tali differenze tendono ad acuirsi passando da Nord, dove gli erogatori privati accreditati mostrano un posizionamento in termini di linee di attività simile a quello pubblico, a Sud, dove tra i privati accreditati prevale una specializzazione quasi esclusiva su una sola tipologia di assistenza, con una forte focalizzazione sull'attività di laboratorio.

6.6 Conclusioni

La committenza di servizi pubblici, anche sanitari, è uno strumento da utilizzare con approccio collaborativo, pragmatismo e dinamicità (Boivard, 2016), nell'ottica di costruire delle soluzioni collaborative *win-win* tra committente ed erogatori. Alla luce di queste riflessioni, quali sono i principali punti di forza che la sanità privata accreditata mette a disposizione del SSN italiano, e a cui il regolatore nazionale e regionale dovrebbe dedicare particolare attenzione?

Il SSN italiano è caratterizzato da una rilevante quota di servizi offerti da soggetti privati accreditati, finanziati attraverso una quota pari al 19% della spesa sanitaria pubblica totale. Negli ultimi 15-20 anni la crescita del privato è stata spesso guidata da necessità contingenti, come l'esigenza di ribilanciare o addirittura costruire l'offerta pubblica in alcune aree di domanda emergente, come la riabilitazione, alcune branche ambulatoriali e l'assistenza sociosanitaria. In tali ambiti, la scarsità di risorse per nuovi investimenti e una serie di rigidità del sistema pubblico (si pensi alla gestione del personale) ha portato regioni e ASL a preferire la strada dell'accreditamento a quella dell'avvio di nuovi servizi a gestione diretta (Longo, 2013). Ad oggi, il 25% dei posti letto ospedalieri, il 59% degli ambulatori e il 78% delle strutture sociosanitarie residenziali sono privati accreditati. Una prima considerazione è che le politiche sanitarie dirette a migliorare la continuità assistenziale tra livelli e *setting* di cura non possono prescindere dalla collaborazione con gli erogatori privati accreditati. Ciò è valido sia per l'introduzione di nuovi modelli organici di presa in carico, sia per l'implementazione di singoli ma cruciali strumenti come le centrali operative per le dimissioni.

Gli erogatori ospedalieri privati del SSN, su cui si è concentrato il presente capitolo, appaiono particolarmente solidi nelle attività chirurgiche d'elezione: in termini di esiti, si vedano gli eccellenti risultati riferibili alle degenze medie delle colecistectomie laparoscopiche e alla mortalità post-chirurgica delle valvuloplastiche isolate. Peraltro, alcuni privati accreditati risultano particolarmente efficienti anche nel gestire il passaggio al successivo percorso ospedaliero riabilitativo, ambito nel quale il 73% dei posti letto è da ricondurre a privati accreditati. Nel circuito dell'emergenza urgenza e delle attività scarsamente programmabili, come i punti nascita, gli erogatori pubblici restano invece più presenti ed evidenziano parametri di esito migliori, almeno stando ai due indicatori resi disponibili attraverso il PNE: è il caso dei valori sulle degenze preoperatorie dei pazienti anziani con rottura del femore, così come delle percentuali di parti cesarei. Nel complesso, si tratta di posizionamenti erogativi consolidati, che affondano le radici nelle diverse identità e finalità istituzionali dei soggetti pubblici e privati. Una seconda considerazione è che questi dati, pur con i loro limiti,

confermano la complementarità (e la potenzialità di apprendimento reciproco) tra erogatori pubblici e privati nel nostro SSN.

I dati del capitolo evidenziano la capacità di riposizionamento produttivo dimostrata da molti ospedali privati accreditati negli ultimi anni. Tra 2012 e 2016, la spesa ospedaliera accreditata è diminuita del 4%; nello stesso periodo, in un quadro di generale riduzione del numero di ricoveri, le strutture private accreditate hanno progressivamente contenuto il numero delle ospedalizzazioni meno remunerative (e spesso potenzialmente inappropriate) e si sono concentrate su profili di attività progressivamente più complessi (cfr. § 6.4.2). Anche se il SSN ha sperimentato grandi miglioramenti sul versante sia dell'appropriatezza che dell'efficienza, alcuni contesti regionali presentano ancora oggi tassi eccessivi di ospedalizzazione per prestazioni a bassa complessità e permanenze troppo prolungate nel reparto per acuti (cfr. cap. 4 del presente Rapporto). Una terza considerazione è quindi che la capacità del privato di effettuare rapidi riposizionamenti produttivi potrebbe essere indirizzata dal committente regionale verso obiettivi di riduzione dell'inappropriatezza e di miglioramento dei parametri di efficienza, in parallelo all'indispensabile monitoraggio degli esiti clinici. Pur essendo uno strumento ancora affinabile, il PNE offre a *policymaker*, manager e ricercatori del SSN uno strumento per implementare la ristrutturazione del sistema di offerta anche su parametri di efficacia e non solo di dotazione di PL. Tale ristrutturazione, peraltro prefigurata dal DM 70/2015 ma ad oggi non osservabile, dovrebbe interessare soprattutto le regioni meridionali (Carbone e Petracca, 2015), con l'accorpamento o l'uscita dal circuito SSN delle strutture polispecialistiche per acuti sotto i 60 PL.

Un altro punto di forza dei privati accreditati è la capacità di riposizionamento nel mercato. Una fonte che ha permesso a molti privati accreditati di far fronte alla diminuzione di risorse finanziarie del SSR, mantenendo i propri livelli di remunerazione (Figura 6.4), è stata la diversificazione di mercato, vale a dire l'attrazione di pazienti in mobilità. Tra 2013 e 2015 l'erogazione di ricoveri da parte di strutture pubbliche ha registrato un decremento complessivo del 3%, a fronte di un incremento del privato accreditato dell'11%. Ad oggi, però, a seguito della Legge di stabilità 2016, molte regioni stanno introducendo tetti anche sull'attività svolta da pazienti in mobilità. Tali misure, motivate dalla necessità di mantenere il controllo sui flussi finanziari regionali, lascia però scoperta una quota di domanda sanitaria, che ormai non trova più risposta né all'interno né all'esterno dei confini regionali. Ne consegue una quarta considerazione. Una strategia coordinata a livello nazionale ma attuata dalle regioni potrebbe assegnare le risorse che non vengono più erogate per la mobilità interregionale a quegli erogatori (privati o pubblici) che si impegnassero a ridurre i flussi di pazienti in uscita (eccetto che per l'altissima specialità). In tal

modo, a parità di remunerazione, la capacità produttiva dei privati accreditati verrebbe impiegata per rispondere ai bisogni dei loro territori, con un notevole beneficio in termini di equità e funzionalità per i pazienti.

Un'ultima conferma che deriva dalle analisi di esito, e che aggiunge un rilevante *caveat* alle considerazioni precedenti, è il profondo differenziale di performance tra erogatori privati accreditati delle diverse macro-aree geografiche del Paese. Con riferimento a tutte e quattro le prestazioni analizzate, la percentuale di strutture che raggiunge lo standard è sempre largamente superiore al Centro-Nord rispetto al Sud e alle Isole, similmente a quanto accade nel pubblico. Anche la percentuale di strutture private in audit è sistematicamente più alta nel Mezzogiorno, a testimoniare le criticità nella raccolta di dati solidi e nell'implementazione di affidabili sistemi di monitoraggio. Una quinta considerazione è che le leve della regolazione e della committenza saranno senz'altro importanti per cercare di recuperare il gap quali-quantitativo della sanità di molte aree del Mezzogiorno, ma, vista l'ampiezza del divario stesso, non potranno restare le uniche; dovranno essere accompagnate da politiche più ampie per favorire i trasferimenti tecnologici, gli investimenti strutturali e il rafforzamento delle competenze clinico-manageriali anche nel settore dell'assistenza privata accreditata.

Bibliografia

- Boivard T. (2016), The ins and outs of outsourcing and insourcing: what have we learnt from the past 30 years?, *Public Money and Management*, pp. 67-64.
- Carbone C. (2013), *Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico*, Milano, Egea.
- Carbone C., Petracca F. (2015), «Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività», in CER GAS (a cura di), *Rapporto Oasi 2015*, Milano, Egea, pp. 185-209.
- Carbone C., Longo F., Ricci A. (2014), «Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati: analisi delle leve competitive», in CER GAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2014*, Milano, Egea, pp. 437-462.
- Petracca F., Ricci A. (2016), «Gli ospedali privati accreditati: struttura, attività e attrazione di mobilità interregionale», in CER GAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2016*, Milano, Egea, pp. 201-223.
- Longo F. (2013), «Postfazione», in Carbone C. *Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico*, Milano, Egea, pp. 113-114.

7 **Risposta al bisogno sociosanitario e sociale: rete dei servizi e relazione con l'assistenza ospedaliera per gli anziani non autosufficienti**

di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola, Agnese Pirazzoli e Andrea Rotolo¹

7.1 **Introduzione**

Il capitolo propone un approfondimento sull'assistenza sociale e sociosanitaria con l'intento di fornire un quadro aggiornato della rete di offerta e del livello di presa in carico dei cittadini rispetto a tre target di bisogno sociale. Attraverso una ricostruzione dettagliata dei servizi assistenziali esistenti e del portafoglio di offerta e assistenza erogata, il capitolo si pone a completamento di quanto già illustrato in altre parti del Rapporto sul tema delle interdipendenze tra diversi setting assistenziali; il fine è di ampliare la lettura di quanto accade nel sistema pubblico al confine tra il mondo sanitario e sociosanitario.

Il capitolo si divide in due parti. La prima ha l'obiettivo di fornire una rappresentazione complessiva del sistema sociosanitario e sociale con riferimento a tre target di intervento: anziani non autosufficienti, persone con disabilità e interventi per i minori in condizioni di disagio. Attraverso una sistematizzazione di che cosa si intenda a livello nazionale per questi interventi e tramite la raccolta di dati riguardanti la dotazione di offerta di servizi, l'erogazione di interventi, la stima del fabbisogno e dei cittadini presi in carico si intende fornire una fotografia aggiornata e completa che può essere utilizzata da addetti ai lavori e *policy makers* per la programmazione delle politiche in questo settore. La seconda parte del capitolo presenta invece un approfondimento riguardante il target degli anziani non autosufficienti e, in particolare, sul tema del ricorso «inappropriato» alla rete ospedaliera in risposta a bisogni originati nella sfera socio-assistenziale. Partendo dai dati sui ricoveri ospedalieri per cittadini over65, si indaga il fenomeno dei ricoveri multipli in un orizzonte temporale di breve periodo per comprenderne le ca-

¹ Nonostante il capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, i §§ 6.1 e 6.2 sono da attribuirsi ad Agnese Pirazzoli e Andrea Rotolo; il § 6.3 Elisabetta Notarnicola; il § 6.4 a Giovanni Fosti e Francesco Longo. Gli autori desiderano ringraziare tutti coloro che hanno collaborato alla raccolta dei dati ed in particolare il Ministero della Salute per i dati SDO e ISTAT per il supporto fornito.

ratteristiche e le origini e quindi verificare un legame con l'assistenza socio-sanitaria e sociale.

Il capitolo è strutturato come segue: nel par. 7.2 viene presentata la fotografia del sistema sociosanitario e sociale; nel par. 7.3 l'approfondimento sui ricoveri per anziani non autosufficienti; nel par. 7.4 si presentano alcune riflessioni sui dati e alcune raccomandazioni di policy.

7.2 Il sistema sociosanitario e sociale italiano: anziani, disabili e minori

7.2.1 L'analisi dei tre target di intervento: metodo di lavoro

La prima parte del capitolo approfondisce le caratteristiche del sistema socio-sanitario e sociale declinando l'analisi attraverso tre prospettive corrispondenti ai tre target di utenza selezionati: anziani non autosufficienti, persone con disabilità e minori in condizioni di disagio. L'obiettivo è quello di definire una stima della copertura del bisogno assistenziale per ciascuno dei tre target, ricostruendo a tal fine i dati relativi alla rete dei servizi e degli interventi sociosanitari e sociali loro indirizzati, nonché una stima dei fabbisogni che emergono all'interno della popolazione italiana.

Per condurre l'analisi sono state replicate per ognuno dei target sei fasi di lavoro:

1. Definizione del fabbisogno assistenziale di ciascun target e delle sue caratteristiche;
2. Stima del fabbisogno per ciascuno dei target in analisi tramite l'utilizzo di fonti primarie di dati, quali:
 - a. Condizioni di salute, rischio e prevenzione, 2014, ISTAT, anni di riferimento 2012-2013.
 - b. Dati sulla popolazione tratti da I.Stat.
 - c. Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi, 2015, ISTAT, anno di riferimento 2013.
 - d. L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di primo grado, 2014, ISTAT, Anno scolastico di riferimento 2013-2014.
3. Ricostruzione dei servizi e degli interventi indirizzati a ciascun target. Questi sono stati suddivisi nelle categorie sociosanitario e sociale in base alla categorizzazione fornita da ISTAT rispetto al livello di assistenza sanitaria: se «basso», «medio» o «alto» i servizi e gli interventi sono stati classificati come sociosanitari, se «assente» come sociali. I servizi e gli interventi individuati sono stati di seguito ulteriormente suddivisi in residenziali, semiresidenziali e domiciliari (SAD e ADI);

4. Stima della capacità complessiva del sistema, considerando sia la dotazione di posti letto nelle strutture di tipo residenziale e semiresidenziale, sia le ore erogate nei servizi domiciliari. Per la mappatura sono state utilizzate fonti primarie nazionali quali:
 - a. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2016, Ministero della Salute, anno di riferimento 2013.
 - b. Presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari, Dati I.Stat, anno di riferimento 2014.
 - c. Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari, Dati I.Stat, anno di riferimento 2014.
 - d. Spesa per interventi e servizi sociali, Dati I.Stat, anno di riferimento 2013.
5. Individuazione del numero di utenti in carico ai servizi, tramite l'utilizzo delle fonti sopracitate;
6. Comparazione fra fabbisogno e utenti in carico ai servizi per la stima del grado di copertura del bisogno.

Poiché il sistema sociosanitario e sociale non dispone di un sistema informativo integrato che permetta di associare univocamente a ciascun beneficiario il numero e la tipologia di prestazioni di cui usufruisce, nello svolgere l'analisi si è fatto ricorso ad alcuni accorgimenti di carattere metodologico. L'obiettivo è infatti quello di determinare una stima il più possibile vicina alla reale copertura del bisogno assistenziale dei target in analisi.

A tal fine, sono stati considerati nell'analisi solo servizi reali, detti anche *in kind*. Non vengono quindi considerati i trasferimenti monetari, dal momento che tale calcolo richiede che le duplicazioni nel conteggio degli utenti (per esempio un anziano che benefici sia del SAD, sia di contributi economici di integrazione al reddito o assistenziali) vengano minimizzate.

Inoltre, dopo aver escluso dal conteggio i beneficiari di contributi economici, non sono state incluse nella stima le misure denominate «di sostegno alla domiciliarità» (come, ad esempio, l'assistenza sociale professionale, gli interventi per l'integrazione sociale, gli interventi educativo-assistenziali e quelli per l'inserimento lavorativo), includendo nell'analisi esclusivamente l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e integrata (SAD e ADI).

Una breve trattazione di queste misure è contenuta nel par. 7.2.6.

7.2.2 La definizione dei target di bisogno

Come già anticipato, i target in analisi nella prima parte del presente capitolo sono tre: anziani non autosufficienti, persone con disabilità e minori in condizioni di disagio. Essi vengono di seguito brevemente descritti; per un approfondimento è possibile consultare il Capitolo 6 del Rapporto Oasi 2016.

Anziani non autosufficienti

Il target comprende le persone di età superiore o uguale a 65 anni, con limitazioni funzionali secondo la definizione di disabilità proposta con la classificazione *International classification of functioning, disability and health* (ICF). Tali limitazioni riguardano specifiche dimensioni, individuate come segue: la costrizione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); le limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, incluse le attività di vita quotidiana (Activities of Daily Living, ADL); problemi nel camminare, usare le scale e raccogliere oggetti da terra (limitazioni nel movimento); difficoltà della comunicazione (limitazioni di vista, udito e parola). Per semplicità, nelle tabelle si definirà questo target «Non autosufficienza anziani».

Persone con disabilità

Si considerano parte di questo target gli adulti (compresi tra i 18 e i 64 anni d'età) e i minori (di età compresa tra 0 e 17 anni) che presentano limitazioni funzionali, secondo la stessa definizione proposta per gli anziani non autosufficienti con la classificazione ICF. Per semplicità, nelle tabelle si definirà questo target «Disabilità».

Minori in condizioni di disagio

Vengono considerati minori in condizioni di disagio tutti i minori (da 0 anni al compimento del diciottesimo anno d'età) i cui diritti, sanciti dalla Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia (UN General Assembly, 1989), non vengono rispettati. Tale definizione è certamente molto ampia e pone problemi di quantificazione del target, ma risulta la più appropriata anche in relazione all'ampia gamma di servizi offerti dalle pubbliche amministrazioni italiane ai minori ed alle loro famiglie. Per semplicità, nelle tabelle si definirà questo target «Disagio minori».

Per poter giungere alla stima del grado di copertura del bisogno fornita dai servizi per i target in analisi, è necessario stimare il numero complessivo di persone

Tabella 7.1 **Sintesi delle definizioni utilizzate e relative fonti**

Target	Definizione	Fonte
NON AUTOSUFFICIENZA ANZIANI	Persone con 65 anni e più che presentano almeno una limitazione funzionale	<ul style="list-style-type: none"> • OMS (2002) <i>Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health</i> • ISTAT (2014b), <i>Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione</i>
DISABILITÀ	Persone di età compresa fra 0 e 64 anni che presentano limitazioni funzionali	<ul style="list-style-type: none"> • OMS (2002) <i>Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health</i> • ISTAT (2014b), <i>Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione</i>
DISAGIO MINORI	Minori (0-17 anni) i cui diritti sanciti dalla Commissione internazionale dei diritti dell'infanzia non vengono rispettati	<ul style="list-style-type: none"> • UN General Assembly (1989) <i>Convention on the Rights of the Child</i>

potenzialmente appartenenti a ciascuna categoria; la procedura seguita e il risultato ottenuto vengono illustrati nella Tabella 7.2. I valori relativi alla popolazione di riferimento sono aggiornati all'1.1.2014 mentre le percentuali applicate afferiscono a vari anni a seconda della disponibilità delle fonti informative da cui sono state tratte; per ognuna di esse è stato utilizzato l'anno più vicino al 2014.

Tabella 7.2 **Stima del bisogno potenziale**

Target	Descrizione target	Fonte	Modalità di calcolo	Pop. di riferimento (1.1.2014)	Stima
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Anziani (≥ 65 anni) con limitazioni funzionali	ISTAT (2014b), Anno di riferimento: 2013	19,8% della popolazione di riferimento	≥ 65 anni	2.519.619
		Dati I.Stat <i>Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari</i> , Anno di riferimento: 2014	anziani residenti permanentemente in istituzioni	≥ 65 anni	289.592
DISABILITÀ	Alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di primo grado	ISTAT (2014a), Anno di riferimento: A.S. 2013/2014	Stima fornita da ISTAT	6-14 anni	150.000
	Persone 15-64 anni con limitazioni funzionali gravi	ISTAT (2015): Anno di riferimento: 2013	Stima fornita da ISTAT	15-64 anni	549.000
DISAGIO MINORI	Minori i cui diritti sono a rischio	Non esiste una fonte di riferimento	Non è possibile raggiungere una stima	0-17 anni	10.158.005

Alcune considerazioni sulla stima della popolazione potenzialmente appartenente ai target di riferimento sono:

- Il numero complessivo degli anziani non autosufficienti è pari a 2.809.211. Tale valore è determinato dalla somma: (i) della percentuale di anziani con limitazioni funzionali che vivono in famiglia, individuata da ISTAT, moltiplicata per il numero di cittadini anziani non ospitati permanentemente in istituzioni all'1.1.2014 tratto da I.Stat e (ii) del numero di residenti permanentemente in istituzioni, esclusi dalla rilevazione citata, tratto dai dati I.Stat relativi agli ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari. È opportuno specificare che il numero complessivo degli anziani non autosufficienti riportato potrebbe essere una stima per difetto, in quanto l'indagine ISTAT utilizzata consente di cogliere solo in modo parziale le limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche o a disagio mentale;

- ▶ La stima dei minori e degli adulti con disabilità è ricavata a partire dai valori relativi agli alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di primo grado e alle persone di età compresa fra 15 e 64 anni con limitazioni funzionali. Si è scelta questa modalità di calcolo così da intercettare, almeno in parte, una porzione dei minori con disabilità che altre rilevazioni² escludono. Si segnala inoltre che, come per il target precedente, questa stima coglie in modo parziale le limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche e a insufficienze mentali.
- ▶ Rispetto ai minori in condizione di disagio le fonti primarie disponibili non affrontano la materia in modo organico, presentando rapporti frammentati focalizzati ciascuno su tematiche molto diverse fra loro (es. consumo di alcool e droga, prostituzione minorile, abusi su minori, minori stranieri non accompagnati, etc.). Per tale motivazione, non essendo possibile ricostruire con un sufficiente grado di solidità metodologica la stima complessiva del target di riferimento, si è deciso di utilizzare come parametro di riferimento il numero di minori presenti in Italia all'1.1.2014, con la consapevolezza di non poter parlare propriamente di «tasso di copertura del bisogno».

7.2.3 La capacità produttiva del sistema di offerta

La capacità produttiva del sistema di offerta: classificazione complessiva

La Tabella 7.3 riporta il quadro a livello nazionale della capacità produttiva complessiva della rete di offerta rivolta ai tre target in analisi. Essa comprende esclusivamente le dotazioni di posti disponibili in strutture residenziali e semiresidenziali; per ulteriori approfondimenti in base al tipo di servizio (residenziale, semiresidenziale e domiciliare, di cui si riportano le ore erogate), si rimanda alla Tabella 7.4.

La Tabella 7.3 mette subito in evidenza alcune caratteristiche della rete di servizi analizzata.

In primo luogo, è possibile osservare la prevalenza di dotazione di posti letto dedicati agli anziani non autosufficienti, i cui posti rappresentano circa l'80,2% della disponibilità dei servizi rivolti a tutti i target analizzati (381.896 posti in totale). La capacità produttiva del sistema di offerta appare inoltre maggiormente orientata alla fornitura di servizi di tipo sociosanitario rispetto a servizi di tipo sociale (con l'eccezione dei servizi rivolti ai minori, dove prevale la componente sociale); i primi rappresentano infatti il 90,6% del totale dei posti disponibili nei due ambiti.

Più in dettaglio, possiamo notare che la dotazione complessiva di posti indirizzati al target anziani non autosufficienti è pari a 306.249 unità, che per il

² Ad esempio ISTAT «Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi» o «Condizioni di salute, rischio e prevenzione».

Tabella 7.3 **Quadro della capacità produttiva del sistema di offerta per target d'utenza, valori totali**

	CAPACITÀ PRODUTTIVA COMPLESSIVA DEL SISTEMA: Posti disponibili	
	SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	283.992	22.257
DISABILITÀ	54.167	2.504
DISAGIO MINORI	7.702	11.274

Fonti: (a) Ministero della Salute (2016) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) Dati I.Stat riferiti all'anno 2014, *Presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari*

Tabella 7.4 **Capacità produttiva complessiva del sistema per target d'utenza e tipo di servizio erogato, dettaglio**

Target	Tipo di servizio	CAPACITÀ PRODUTTIVA COMPLESSIVA DEL SISTEMA: POSTI DISPONIBILI	
		SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Residenziale	269.065 ¹	22.257
	Semiresidenziale	14.927	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	10.401.812*	n.d.
DISABILITÀ	Residenziale	30.130 ¹	2.504
	Semiresidenziale	24.037	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	936.493 ^{2*}	n.d.
DISAGIO MINORI	Residenziale	7.702 ¹	11.274
	Semiresidenziale	n.d.	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	n.d.	n.d.

*ore erogate

(1) Il numero di posti letto relativo ai servizi residenziali sociosanitari e sociali, è stato individuato con riferimento al livello di assistenza sanitaria previsto: i posti letto con livello di assistenza sanitaria «basso», «medio» e «alto» sono stati assegnati ai servizi residenziali sociosanitari; i posti letto con livello di assistenza sanitaria «assente» ai servizi residenziali sociali (Dati I.Stat riferiti all'anno 2014).

(2) Il numero di ore di ADI cui fanno ricorso le persone con disabilità è stato ricavato dall'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, che riporta la suddivisione del totale dei casi trattati in ADI solo per anziani e pazienti terminali; sottratte dal totale tali categorie, il valore restante è stato attribuito al target in analisi.

Fonti: (a) Ministero della Salute (2016) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) Dati I.Stat riferiti all'anno 2014, *Presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari*

92,7% si trovano all'interno di strutture che offrono, in unione a servizi di tipo sociale, anche un'assistenza di tipo sanitario. Tale percentuale non è variata in modo rilevante rispetto al valore registrato nella rilevazione precedente, contenuto all'interno del capitolo 6 del Rapporto Oasi 2016, pari al 91,7%; risulta invece significativamente aumentato il numero di posti dedicato al target, che dalla rilevazione precedente segna un +20,4%, meglio approfondito nel paragrafo successivo. La quota di posti afferenti a servizi di tipo sociosanitario aumenta ulteriormente se si considerano i servizi rivolti a persone con disabilità: il

95,6% del totale, pari a 56.671, è inserito in strutture di afferenza sociosanitaria. Si distingue invece dagli altri il caso dei minori in condizioni di disagio; presentando infatti minori necessità di ricevere cure di tipo sanitario, i posti letto totali (18.976) si distribuiscono per il 40,6% in servizi residenziali e semiresidenziali di tipo sociosanitario e per il restante 59,4% in servizi residenziali e semiresidenziali di tipo sociale. Anche in questo caso si registra un considerevole scostamento rispetto alla rilevazione riportata nel Rapporto OASI 2016: il numero di posti sociosanitari risulta infatti essere aumentato del 18,5% mentre quello dei posti sociali diminuito dell'8,1%.

La capacità produttiva del sistema di offerta: classificazione per tipo di servizio

La Tabella 7.4 illustra la capacità complessiva del sistema di offerta, approfondendo le informazioni precedentemente riportate e integrandole con i dati a disposizione sui servizi di tipo domiciliare. Date le diverse modalità di lettura che essa offre, si segnala che di seguito se ne privilegerà una che evidenzia l'assetto dei servizi per ogni target.

Relativamente al target anziani non autosufficienti, è possibile verificare che solo una minima parte dei servizi è di tipo semiresidenziale (il 4,9% sul totale, dato dalla somma di semiresidenziale e residenziale) e che, fra i servizi di tipo residenziale, il 92,4% è rappresentato da strutture che prevedono una componente sanitaria nell'attività di assistenza³. La tabella permette di scomporre l'aumento dei posti dedicati agli anziani non autosufficienti già citato nel paragrafo precedente nelle tre diverse componenti: si riscontra infatti rispetto alla rilevazione effettuata dagli autori nel 2016 un incremento (i) del 22,9% dei posti letto residenziali di tipo sociosanitario, (ii) del 6% dei posti letto residenziali di tipo sociale e (iii) del 4% nei servizi semiresidenziali di tipo sociosanitario. Tale incremento è da attribuirsi alla riclassificazione delle strutture per target di utenza prevalente effettuata da ISTAT; molte strutture infatti, che nel 2013 erano state classificate come strutture con target multiutenza pur avendo esclusivamente ospiti anziani, sono state riclassificate nel 2014 come strutture per anziani. Le ore di ADI erogate agli anziani non autosufficienti sono state 10.401.812 nel corso dell'anno 2013, valore diminuito rispetto all'anno precedente del 6,5%.

Diversa è invece la capacità produttiva dedicata al target disabilità, in cui i servizi semiresidenziali rappresentano il 42,4% dei posti disponibili complessivi semiresidenziali e residenziali; questi ultimi si dividono per il 92,3% in posti letto residenziali a integrazione sanitaria e per il restante 7,7% in posti letto residenziali di natura sociale. Come nel caso degli anziani non autosufficienti le ore di ADI erogate risultano essere diminuite rispetto all'anno precedente: con un valore di 936.493 ore la riduzione risulta essere stata dell'8,0%.

³ Livello di assistenza sanitaria «basso», «medio» e «alto» (Dati IStat riferiti all'anno 2014).

A differenza dei target già citati, nel caso del disagio minori non sono presenti fonti informative che riportino dati relativi al numero di posti disponibili all'interno di servizi semiresidenziali; tuttavia, viste le caratteristiche e i bisogni propri del target in oggetto, è immaginabile che i servizi diurni sociosanitari siano estremamente limitati. Sono invece accessibili i dati riguardanti i posti letto in strutture residenziali; essi sono in totale 18.976 e si distribuiscono per il 40,6% in strutture di tipo sociosanitario e per il 59,4% in strutture di tipo sociale. Questi valori si discostano in modo consistente da quelli dell'anno precedente, rispettivamente 34,6% e 65,4%.

7.2.4 Gli utenti in carico ai servizi

Gli utenti in carico ai servizi: classificazione complessiva

La Tabella 7.5 riporta gli utenti in carico ai servizi secondo una suddivisione per target; nella successiva Tabella 7.6 tali valori vengono approfonditi tramite un'ulteriore suddivisione per tipologia di servizio.

Dall'analisi della Tabella 7.5 emerge che il numero di utenti anziani non autosufficienti in carico ai servizi risulta essere superiore a quelli degli altri target sia in termini assoluti che in termini relativi; gli anziani in carico risultano infatti rappresentare il 61,1% del totale degli utenti che fanno complessivamente riferimento ai tre target considerati (2.238.682). Gli utenti che usufruiscono dei servizi per anziani, coerentemente con la distribuzione dei servizi illustrata nei paragrafi precedenti, appaiono principalmente in carico all'area sociosanitaria rispetto all'area sociale, rappresentando rispettivamente il 66,3% e il 33,7% del totale dei servizi per anziani analizzati. Gli utenti in carico ai servizi per la disabilità (adulti e minori) risultano essere 205.401, mentre quelli in carico ai servizi per disagio minori 666.180; come si può notare non è possibile distinguere gli utenti in base alla tipologia di servizio cui fanno riferimento (sociosanitario o sociale): ciò accade dal momento che la fonte informativa dalla quale tali dati sono stati tratti (ISTAT, 2015) non presenta un sufficiente livello di approfondimento.

Tabella 7.5 **Utenti in carico alla rete di offerta per target d'utenza**

Target	UTENTI IN CARICO	
	SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	907.034	460.067
DISABILITÀ	205.401	
DISAGIO MINORI	666.180	

Fonti: (a) Ministero della Salute (2016) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) Dati I.Stat riferiti all'anno 2014, *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari*; (c) ISTAT (2015) *I presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari*

Tabella 7.6 Utenti presi in carico dal sistema di offerta per target d'utenza e tipo di servizio

Target	Tipo di servizio	UTENTI IN CARICO	
		SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Residenziale	271.052	18.540
	Semiresidenziale	24.111	291.532
	Domiciliare (ADI e SAD)	611.871	149.995
DISABILITÀ	Residenziale	54.740	
	Semiresidenziale	23.758	34.177
	Domiciliare (ADI e SAD)	52.027 ¹	40.699
DISAGIO MINORI	Residenziale	16.808	
	Semiresidenziale	n.d.	630.194
	Domiciliare (ADI e SAD)	n.d.	19.178

(1) Il numero di ore di ADI cui fanno ricorso le persone con disabilità è stato ricavato dall'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, che riporta la suddivisione del totale dei casi trattati in ADI solo per anziani e pazienti terminali; sottratte dal totale tali categorie, il valore restante è stato attribuito al target in analisi.

Fonti: (a) Ministero della Salute (2016) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) Dati I.Stat riferiti all'anno 2014, *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari*; (c) ISTAT (2015) *I presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari*

Da ultimo, appare interessante notare che, rispetto alla rilevazione riferita all'anno precedente contenuta nel Capitolo 6 del Rapporto Oasi 2016, il numero di utenti anziani in carico ai servizi sociosanitari è aumentato dell'11,6%, mentre il numero di anziani in carico ai servizi sociali è diminuito del 20,5%. Rispetto alle altre due categorie di beneficiari in analisi, è possibile verificare che il numero di utenti in carico ai servizi è aumentato del 5,1% nel caso delle persone con disabilità mentre è diminuito del 12,2% nel caso dei minori in condizioni di disagio. Tali valori vengono meglio approfonditi nel paragrafo successivo, in cui sono riportate le variazioni più significative per singola tipologia di servizio.

Gli utenti in carico ai servizi: classificazione per tipo di servizio

Si riporta di seguito la scomposizione degli utenti in carico ai servizi in relazione alla tipologia di servizio (Tabella 7.6).

Approfondendo l'analisi a partire dal target anziani non autosufficienti, è possibile notare che il 66,3% degli utenti appartenenti a tale categoria sono in carico a servizi di tipo sociosanitario. Tale prevalenza è da imputarsi ai servizi di tipo residenziale, dove il 93,6% degli utenti risulta essere inserito in strutture che prevedono un'integrazione sanitaria (271.052 utenti, +4,2% in più rispetto alla rilevazione precedente), e ai servizi di tipo domiciliare, dove l'ADI coinvolge l'80,3% degli utenti (611.871; il SAD invece si attesta su 149.995 utenti ovvero il restante 19,7%). Gli utenti anziani in carico ai servizi di tipo semiresidenziale si distinguono invece dai precedenti in quanto solo il 7,6% di essi risul-

ta frequentare centri diurni che prevedono un'assistenza di tipo sociosanitario, mentre il restante 92,4% frequenta centri sociali finalizzati alla socializzazione e allo svolgimento di attività ludico-ricreative, sociali, educative, culturali, sportive. Quest'ultima tipologia di servizi semiresidenziali ha registrato una variazione considerevole rispetto alla rilevazione precedente, segnando un -27,6% di utenti.

Relativamente al caso delle persone con disabilità, emerge invece un minor sbilanciamento a favore dei servizi di tipo sociosanitario. Mentre infatti gli utenti dei servizi semiresidenziali afferiscono per il 41,0% (23.758) a tale tipologia di attività, nel caso dei servizi domiciliari tale valore aumenta per giungere sino al 56,1% (52.027), valore comunque di molto inferiore rispetto a quanto registrato per il target precedente. Come già affermato in relazione alla Tabella 7.5, non è stato possibile scorporare anche in questo caso quanti utenti afferiscano a servizi residenziali sociosanitari e sociali, che risultano aumentati del 4,9% rispetto all'anno precedente.

È interessante notare che il numero di utenti che usufruiscono del servizio di ADI è aumentato rispetto all'anno precedente sia per il target degli anziani non autosufficienti (+15,5%), sia per il target delle persone con disabilità (+12,5%). Ciò ha comportato una riduzione delle ore medie pro-capite erogate, da 21 a 17 nel caso degli anziani e, più in generale, da 22 a 18 per la totalità degli utenti.

La situazione dei minori in condizioni di disagio risulta invece differente. Per questo gruppo oggetto d'analisi non è stato possibile identificare né la suddivisione fra sociosanitario e sociale degli utenti in carico ai servizi residenziali, né il numero di utenti in carico ai servizi sociosanitari di tipo semiresidenziale; tali informazioni non sono infatti presenti nelle fonti primarie di riferimento. Si rileva innanzitutto l'elevato numero di minori in carico a servizi semiresidenziali di tipo sociale (630.194): tale risultato rispecchia i bisogni di assistenza propri di questo target ed è influenzato dalla presenza di attività di tipo promozionale e preventivo, come per esempio quelle che vengono svolte nei centri di aggregazione sociale giovanile e nelle ludoteche/laboratori per bambini. I minori che beneficiano del SAD risultano invece essere 19.178. Entrambi i valori risultano essere diminuiti fra il 2013 e il 2012, registrando rispettivamente un -13,0% e un -3,1%; al contrario risulta aumentato il numero di utenti che usufruiscono dei servizi residenziali, cresciuto del 12,6%.

7.2.5 Stima della copertura del bisogno

Dopo aver presentato la stima del bisogno potenziale, la mappatura della dotazione della rete di offerta a livello nazionale e gli utenti in carico ai diversi servizi, la Tabella 7.7 riporta il tasso di copertura del bisogno dei target considerati; esso è stato ottenuto come rapporto tra il numero di utenti in carico ai servizi considerati e la stima del bisogno potenziale. Dove possibile, il tasso di copertura è stato

Tabella 7.7 Tassi di copertura del bisogno per target di riferimento

Target	Descrizione target	Pop. di riferimento	Stima bisogno potenziale	Utenti in carico al servizio	Tasso di copertura servizi sociosanitari	Tasso di copertura servizi sociali
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Anziani (≥ 65 anni) con limitazioni funzionali	13.014.942	2.809.211	1.367.101	32,3%	16,4%
DISABILITÀ	Alunni con disabilità + persone 15-64 anni con limitazioni funzionali	44.466.845	699.000	205.401	29,4%	
DISAGIO MINORI	Minori i cui diritti sono a rischio	10.158.005	Non è possibile raggiungere una stima	666.180		

distinto fra servizi sociosanitari e servizi sociali; tale suddivisione è stata operata al fine di ridurre il rischio di sovrapposizioni naturalmente presenti in tali ambiti (è infatti probabile che una stessa persona ricorra sia a servizi di tipo sociale che di tipo sociosanitario, ad esempio di ADI e di SAD, integrandoli fra loro).

Relativamente al target anziani non autosufficienti, il tasso di copertura si attesta al 32,3% del bisogno potenziale per i servizi sociosanitari, e al 16,4% per i servizi sociali. È probabile che anche in queste misure siano presenti dei doppi conteggi di utenti (per esempio un anziano che ricorra contestualmente ad ADI e centri diurni integrati), che non è però possibile ridurre o eliminare del tutto sulla base delle informazioni disponibili. Rispetto alla rilevazione precedente la copertura del bisogno tramite servizi sociali e sociosanitari per il target anziani risulta essere aumentata del 3,1% in ambito sociosanitario e diminuita del 4,4% in ambito sociale. Due situazioni molto diverse si configurano relativamente al tasso di copertura del fabbisogno proprio delle persone con disabilità e dei minori in situazione di disagio: il primo è complessivamente pari al 29,4% (contro il 28,0% dell'anno precedente), mentre il secondo non è stato calcolato dal momento che sono disponibili solo i dati sulla popolazione 0-17 anni e non quelli effettivi sulla stima del bisogno.

7.2.6 Il supporto alla permanenza presso il domicilio e i contributi economici comunali

La seguente tabella riporta il numero di utenti in carico e il valore economico dei servizi di supporto alla persona finalizzati a favorirne la permanenza presso il domicilio e delle misure economiche erogate dai comuni. Nei primi si includono i servizi: sociali professionali, di intermediazione abitativa, per l'integrazio-

Tabella 7.8 **Utenti in carico a servizi e interventi di supporto alla permanenza presso il domicilio e contributi economici comunali**

Target	Tipo di servizio sociale	Utenti in carico	Valore economico intervento
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Supporto alla persona per la permanenza al domicilio (escluso SAD e ADI)	1.290.925	282.822.757
	Contributo economico	175.123	331.711.126
DISABILITÀ	Supporto alla persona per la permanenza al domicilio (escluso SAD e ADI)	463.357	713.802.937
	Contributo economico	128.391	446.359.224
DISAGIO MINORI*	Supporto alla persona per la permanenza al domicilio (escluso SAD e ADI)	1.316.033	397.282.324
	Contributo economico	449.888	538.704.768

*Per maggiore coerenza rispetto al target vengono esclusi dall'analisi le voci riferite agli asilo nido, ai servizi integrativi per la prima infanzia e all'attività di sostegno alla genitorialità

Fonte: Dati I.Stat riferiti all'anno 2013, Spesa per interventi e servizi sociali

ne sociale, educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo, di prossimità, di telesoccorso e teleassistenza, voucher, assegni di cura, buoni sociosanitari e altri servizi di supporto; nelle seconde invece si includono tutti i trasferimenti in denaro di provenienza comunale per il pagamento di interventi e servizi⁴. In aggiunta a tali trasferimenti, è opportuno ricordare che fanno parte delle erogazioni a favore dei target anziani non autosufficienti e disabilità i contributi INPS per interventi non pensionistici e assistenziali, che nel 2013 raggiungevano un valore complessivo di 41.116.000 euro; fra essi un ruolo fondamentale viene giocato dalle Indennità di Accompagnamento. La tabella viene trattata separatamente rispetto alle precedenti in quanto il rischio di sovrapposizioni è molto elevato, elemento che porterebbe ad una sovrastima delle persone in carico al sistema pubblico (possiamo infatti immaginare che un anziano non autosufficiente che si trovi al domicilio ricorra sia ad attività proprie di un servizio sociale professionale, sia alla consegna dei pasti a domicilio, oltre che a SAD o ADI).

Con riferimento ai soli servizi di supporto alla domiciliarità, esclusi ADI e SAD, già inclusi nelle analisi precedenti, è possibile specificare quali di essi siano più rilevanti per ciascun target:

- Relativamente al target anziani non autosufficienti, il 45,7% e il 22,3% degli utenti sembra polarizzarsi rispettivamente sui c.d. «Servizio sociale professionale» e «Attività ricreative, sociali, culturali»; al terzo posto si trovano i

⁴ Per approfondimenti è possibile consultare il Glossario ISTAT relativo all'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati.

servizi di trasporto sociale che coinvolgono 108.037 anziani, ossia l'8,4% del target in analisi;

- ▶ Anche nel caso delle persone con disabilità, un numero molto elevato di utenti (48,1% del totale) fa ricorso alle prestazioni proprie del servizio sociale professionale; altri servizi particolarmente rilevanti appaiono essere il servizio di trasporto sociale e il sostegno socio-educativo scolastico (che rispettivamente coinvolgono il 13,2% e il 11,9% degli utenti);
- ▶ Il target minori in condizioni di disagio si concentra invece sul «Servizio sociale professionale» (49,5% degli utenti in carico) e su «Attività ricreative, sociali, culturali» (19,9%). Più in generale, è possibile osservare una particolare rilevanza dell'intera categoria dei servizi per l'integrazione sociale.

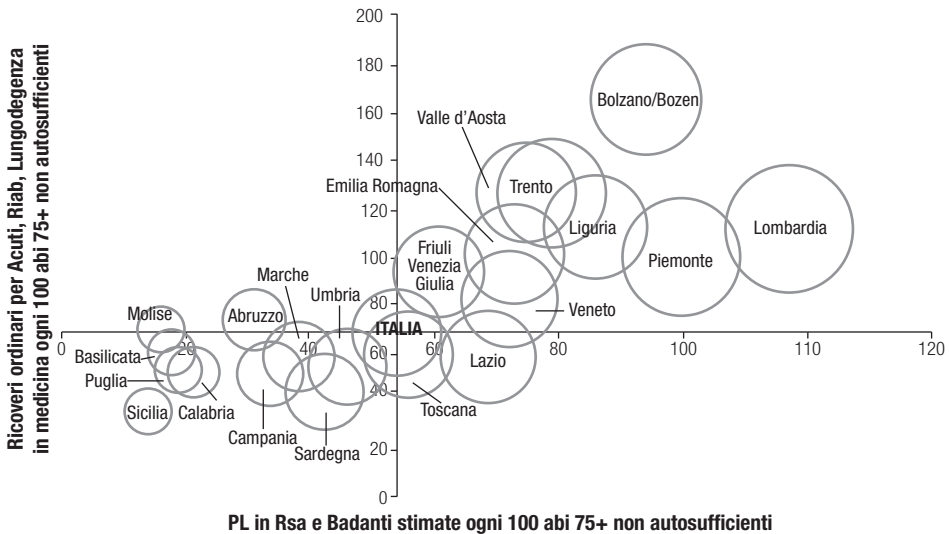
7.2.7 Considerazioni sul livello di presa in carico dei 3 target analizzati

I dati presentati fino a qui riguardano gli interventi di welfare rivolti agli anziani non autosufficienti, alle persone con disabilità e ai minori in condizioni di disagio. Questi presentano numerose criticità nel computo e nella stima in quanto non facilmente riconducibili a una prospettiva unitaria, facendo essi riferimento a problemi e bisogni differenti affrontati con ipotesi e modelli di intervento necessariamente diversi. Questa eterogeneità rende complesso individuare elementi comuni che permettano di ricomporre il quadro dei servizi in un'analisi complessiva. Nonostante tali limiti, sono stati presentati i dati riguardanti gli interventi in ambito sociale e sociosanitario con l'ambizione di fornire una stima della copertura del bisogno. Questa appare limitata con riferimento a tutti i target analizzati, evidenziando alcuni importanti vuoti di offerta. Per fare fronte a tale carenza di risposte assistenziali formalizzate i cittadini trovano soluzioni rivolgendosi ad altri setting di cura, informali (come le cosiddette «badanti») o formali ma inappropriati (come ad esempio nel caso del ricorso alla rete ospedaliera per bisogni sociosanitari da parte degli anziani non autosufficienti). Questo fenomeno è analizzato nel proseguito del capitolo.

7.3 Anziani over65 e modalità di fruizione della rete ospedaliera

Dopo aver riportato alcuni dati generali riguardanti il settore sociosanitario e sociale, si presenta in questa parte di capitolo un approfondimento riguardante i cittadini anziani e il ricorso ai ricoveri ospedalieri. Già nel rapporto OASI 2016 era stato riscontrato che i modelli regionali oggi esistenti definiscono nel loro insieme un panorama molto variegato ed eterogeneo in termini di assetti di *governance*, portafoglio dell'offerta e modalità di presa in carico dell'utenza anziana non autosufficiente. Inoltre, i dati disponibili sulla dotazione dei servizi sociosanitari e sociali confermano una situazione a macchia di leopardo a li-

Figura 7.1 **Mix lungo assistenza pubblica e informale vs ricovero ospedaliero, con copertura complessiva del bisogno**



Fonte: Fosti et al., 2016

vello nazionale ma anche all'interno degli stessi territori regionali, con livelli di copertura della popolazione molto eterogenei e in alcuni casi molto bassi rispetto alla domanda potenziale. Si è evidenziato inoltre come nelle diverse regioni si siano consolidati pattern di ricorso ai servizi ospedalieri da parte degli anziani che contraddicono le aspettative della programmazione sanitaria, smentendo l'atteso effetto sostitutivo tra setting assistenziali; era infatti emersa la presenza di regioni dove gli anziani non ricorrono a nessun tipo di assistenza e altre dove ricorrono in modo massiccio sia al ricovero ospedaliero, che alle cure intermedie, che alla rete sociosanitaria e della cura informale (Fosti et al., 2016). Come si vede in Figura 7.1 (tratta da Fosti et al., 2016) le regioni con i più alti tassi di ospedalizzazione corrispondono infatti a quelle dove è maggiormente sviluppata una rete di lungo assistenza formale (tramite residenze sanitarie assistenziali, RSA) e/o informale (tramite ricorso ad assistenti familiari, «badanti»). Questo modello emergente di ricorso ai servizi, dove chi più accede a uno dei possibili nodi del sistema accede con più frequenza anche agli altri, può essere interpretato seguendo l'ipotesi classica in sanità «dell'offerta che genera domanda», oppure immaginando che i nodi deputati all'orientamento dei cittadini e alle prese in carico «intermedie» siano ancora poco sviluppati, o ancora che il bisogno degli anziani non autosufficienti non accolto sia ancora tale da ricercare risposta in qualsiasi setting, purché espressivo di una qualche forma di assistenza.

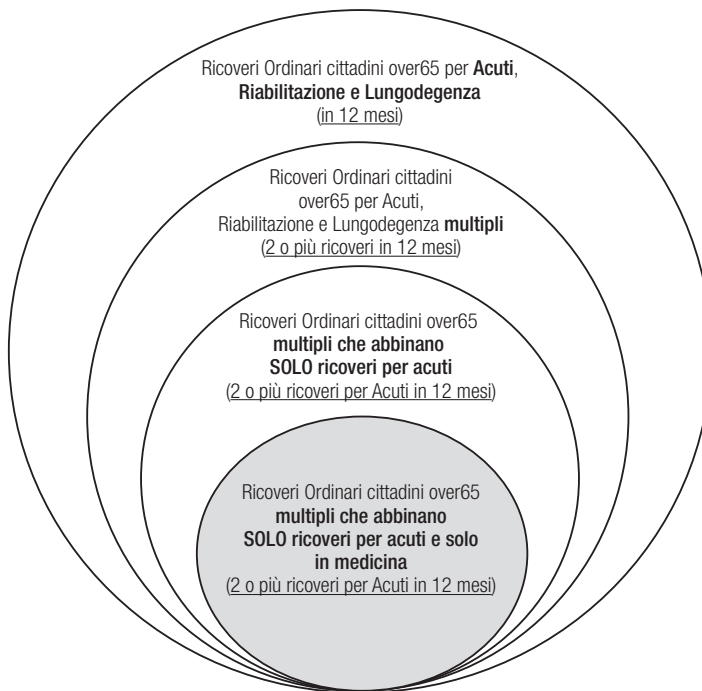
Le interpretazioni possibili sono quindi molteplici e lungi dall'essere esaustive. Per meglio comprendere il rapporto tra fruizione di servizi sanitari ospe-

dalieri e risposta a bisogni derivanti da non autosufficienza, si approfondisce in questa seconda parte del capitolo il fenomeno del ricorso ai ricoveri ospedalieri da parte degli anziani. Si vuole indagare nello specifico il fenomeno dei ricoveri ospedalieri multipli, ovvero di quelle situazioni che vedono gli anziani over65 ricorrere al ricovero in modo ravvicinato e ripetuto nel corso di uno stesso periodo di tempo. Queste situazioni vengono infatti ricollegate a bisogni sanitari e assistenziali non necessariamente caratterizzati da acuzia o emergenza, ma piuttosto derivanti da condizioni di cronicità o non autosufficienza. Definiscono quindi un bacino di prestazioni sanitarie ospedaliere che potenzialmente vanno a colmare un'assenza di alternative sociosanitarie o di cure intermedie, spostando nel perimetro degli interventi sanitari casi che teoricamente non dovrebbero trovare in questo setting una risposta in termini di presa in carico. Si vuole meglio comprendere quali siano le situazioni che più frequentemente portano a ricoveri multipli e quali elementi caratterizzino questi ricoveri in modo da proporre interpretazioni e soluzioni. Si specifica che tali ricoveri in numerosi casi possono derivare da condizioni conclamate di cronicità o con riferimento a specifiche patologie. Tramite alcune ipotesi restrittive si è cercato di escludere tali ricoveri, espressivi al contrario di una presa in carico ospedaliera appropriata. Si analizzano come prima cosa i ricoveri multipli effettuati in un orizzonte temporale di un anno da cittadini over65, esaminandone le caratteristiche e profilando le diverse situazioni. Si estende poi l'analisi ad un orizzonte temporale più ampio, che include il periodo 2012-2013-2014-2015, in modo da osservare l'esistenza di situazioni di ricovero multiplo nel medio periodo e la loro incidenza sul totale dei ricoveri. In ultima analisi si approfondisce il rapporto tra ricovero ospedaliero e strutture di lungo-assistenza sociosanitarie esaminando le caratteristiche dei ricoveri che si concludono con una dimissione verso questo tipo di strutture.

7.3.1 Analisi dei ricoveri ospedalieri degli anziani over65: metodologia e ipotesi

Le analisi presentate nei prossimi paragrafi sono state effettuate sulla base dei dati SDO⁵, Schede di Dimissione Ospedaliera, per i cittadini over65 (che hanno compiuto il loro 65imo anno di età nel 2015 o più anziani). Sulla base di questi dati è stato possibile analizzare i ricoveri effettuati da cittadini over65 distinguendo per classi di età, tipologia di ricovero, provenienza, modalità di dimissione e caratteristiche del ricovero rispetto ai DRG, agli interventi e alle diagnosi principali e alle MDC più frequenti. L'obiettivo di tali analisi è quello di approfondire il fenomeno del ricorso all'ospedale come potenziale sostituto

⁵ Archivio Nazionale SDO, Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, anni 2012, 2013, 2014, 2015.

Figura 7.2 **Gruppi e sottogruppi di ricoveri considerati nelle analisi**

di altri setting assistenziali, in risposta a bisogni di lungo assistenza o derivanti da cronicità, escludendo quindi i ricoveri che sono riconducibili alla «tipica» casistica ospedaliera, legati ad episodi acuti o a interventi chirurgici. Per questo motivo sono state adottate delle ipotesi e delle restrizioni alle analisi, che vengono presentate di seguito e rappresentate in Figura 7.2:

- ▶ ***Sono stati considerati solo i ricoveri ordinari***, non includendo nell'analisi i day hospital in quanto non espressivi del fenomeno di ricerca di setting alternativi che si vuole indagare.
- ▶ ***Sono stati analizzati i ricoveri ordinari multipli con riferimento a uno specifico arco temporale***: in questo caso l'ipotesi assunta è che gli anziani over65 che ricorrono al ricovero ospedaliero come setting sostitutivo o di emergenza lo facciano con sistematicità nel tempo. Dato il profilo medio di salute della popolazione over65, i cittadini che riportano un unico ricovero ordinario (singolo) in un arco temporale di medio periodo (12 mesi) possono essere verosimilmente ricondotti ad un ricorso appropriato all'ospedale. I ricoveri multipli sono stati analizzati osservando per ogni anziano over65 il periodo di 12 mesi precedenti la data di dimissione dell'ultimo ricovero effettuato, e includendo tutti i ricoveri ordinari effettuati in questo periodo.

All'analisi su un singolo anno si aggiunge quella su un triennio (2014-2103-2012), che osserva il fenomeno a 36 mesi dall'ultimo ricovero ordinario effettuato nel 2015.

- ▶ ***Tra le possibili combinazioni di ricoveri ordinari in una sequenza di ricoveri multipli, quella che abbina solo ricoveri per acuti è stata considerata come quella che mostra con maggiore probabilità il fenomeno del ricorso all'ospedale come setting di cura sostitutivo.*** I ricoveri multipli che vedono susseguirsi ricoveri per acuti, per lungodegenza e/o riabilitazione possono essere infatti interpretati come percorsi di presa in carico che fanno seguire all'episodio acuto una presa in carico in riabilitazione o lungodegenza, quindi espressivi di una presa in carico appropriata.
- ▶ ***Tra i ricoveri ordinari multipli per acuti si opera una distinzione tra quelli che includono almeno un ricovero chirurgico nella sequenza e quelli che presentano solo ricoveri medici.*** I primi infatti, sulla base della presenza di un evento di natura chirurgica, possono essere interpretati ancora una volta come ricoveri multipli «maggiormente appropriati» in quanto derivanti da una situazione clinica sfociata nella necessità di un ricovero chirurgico.
- ▶ ***Tra i ricoveri multipli si indagano quelli che si ripetono presentando una stessa MDC.*** Questo è indicativo di un ricorso al ricovero ospedaliero per intervenire su una stessa patologia o condizione sanitaria, senza che il ricovero sia risolutivo del bisogno espresso.

I dati sono presentati di seguito seguendo due diverse tre diverse classificazioni:

- ▶ Per classi di età: 65-74enni; 75-84enni; over85enni.
- ▶ Per numero di ricoveri multipli nell'orizzonte temporale di riferimento. Per i 12 mesi a partire dal 2015: 2 ricoveri, 3 ricoveri, 4 ricoveri, 5 o più ricoveri.
- ▶ Per «abbinamenti» di ricoveri: solo Acuti; Acuti e Riabilitazione; Acuti e Lungodegenza; Acuti, Riabilitazione e Lungodegenza; Riabilitazione e Lungodegenza.

Si presentano di seguito le analisi svolte, partendo dalla rappresentazione generale del fenomeno e caratterizzando via via i ricoveri multipli che segnalano un ricorso inappropriato all'ospedale, utilizzato come setting sostitutivo in presenza di bisogni di lungo assistenza o legati a condizione di cronicità. Da ultimo si presentano dati che illustrano il rapporto tra ricovero ospedaliero e inserimento in strutture sociosanitarie residenziali (RSA).

7.3.2 Il fenomeno dei ricoveri multipli degli anziani over65

Nel panorama dei ricoveri ospedalieri in Italia, quelli che riguardano cittadini over65 costituiscono circa il 46% del totale. Nel 2015 infatti, su 6.827.050 rico-

Tabella 7.9 **Il fenomeno dei ricoveri multipli dei cittadini over65 nell'arco di 12 mesi (2015)**

	Pazienti	Ricoveri ordinari	GG totali	GG medie per paziente	GG medie per ricovero
Ricoveri singoli 65+ anno 2015	1.421.712	1.421.712	11.395.190	8,02	8,02
Ricoveri multipli 65+ avvenuti nell'anno 2015 (01.01-31.12)	680.731	1.747.542	19.535.122	28,69	11,17
Totale ricoveri tot 65+ anno 2015	2.102.443	3.169.254	30.930.312	14,71	9,76
Ricoveri multipli 65+ definiti come ricoveri avvenuti nel 2015 e nell'arco dei 12 mesi precedenti la data di dimissione dell'ultimo ricovero 2015 (tra 01.01.2014 e 31.12.2015)	881.361	2.402.892	25.933.628	29,42	10,79

veri ordinari (di cui 6.398.034 per acuti e i restanti in riabilitazione o lungodegenza) ben 3.169.254 hanno riguardato cittadini over65. Di questi circa il 37% ha riguardato cittadini tra i 65 e i 74 anni, il 41% cittadini tra i 75 e gli 85 anni e il 22% cittadini over85. In valori assoluti i cittadini anziani che hanno effettuato ricoveri sono stati 2.102.443, pari al 16% della popolazione anziana italiana e al 4% della popolazione totale⁶.

Guardando al numero di ricoveri nell'anno 2015 emerge che il 68% degli anziani ha svolto nel 2015 solo un ricovero (d'ora in poi «ricovero singolo») per un totale di 1.421.712 ricoveri e pazienti anziani. Nello stesso anno, 680.731 ulteriori (pari al 32% del totale) anziani hanno svolto invece più di un ricovero ordinario (almeno due), aggiungendo quindi al totale altri 1.747.542 ricoveri per una media di 2,6 ricoveri a testa. Ampliando l'orizzonte temporale e indagando i 12 mesi precedenti all'ultimo ricovero del 2015, emerge che gli anziani che hanno effettuato ricoveri multipli a cavallo tra il 2014 e il 2015 sono 881.361 per un totale di 2.402.892 ricoveri. Si conferma quindi che, tra gli anziani over65 che hanno effettuato almeno un ricovero ordinario in un periodo di 12 mesi, 1 ogni 3 ha svolto ricoveri multipli. In Tabella 7.9 si presentano ulteriori dati descrittivi del fenomeno.

Indagando il fenomeno nelle diverse regioni italiane, si conferma quanto già riportato precedentemente nel capitolo, ovvero che il ricorso al ricovero ospedaliero da parte dei cittadini over65 è in termini generali più alto in quelle regioni dove è più alta è anche la dotazione di servizi (come si vede in Figura 7.1). Lo stesso vale per il fenomeno dei ricoveri multipli. La Figura 7.3 mostra i tassi di ospedalizzazione complessivi, per ricoveri singoli e per ricoveri multipli in tutte le regioni italiane. La Figura 7.4 mostra invece la distribuzione tra ricoveri

⁶ Al 01.01.2015 la popolazione italiana over65 era pari a 13.219.074 di cui il 49% tra i 65 e i 74 anni, il 36% tra i 75 e gli 84 anni e il 15 oltre gli 85 anni. Gli anziani over65 corrispondono al 22% della popolazione totale (Istat, 2017).

Figura 7.3 **Tasso di ospedalizzazione ogni 1000 cittadini over65, anno 2015**

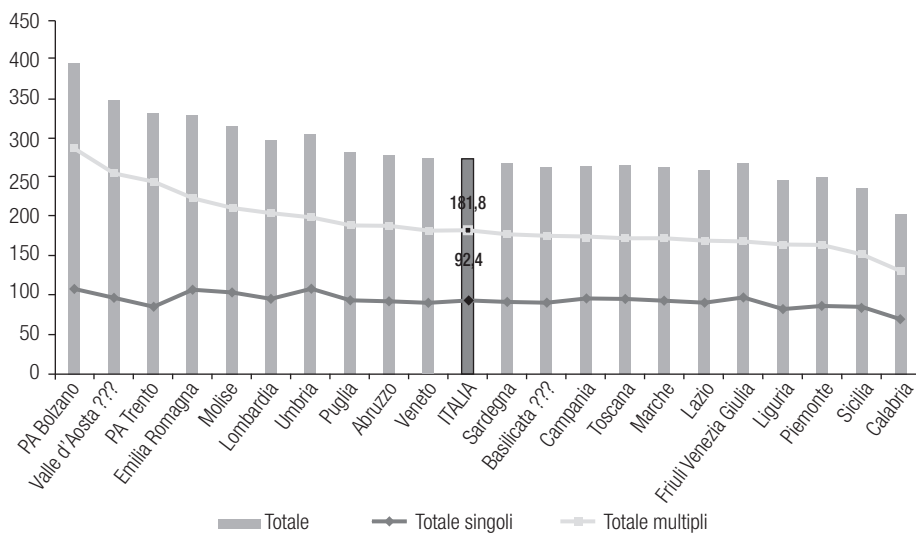


Figura 7.4 **Distribuzione dei ricoveri singoli e multipli per over65 sul totale dei ricoveri over65, anno 2015**

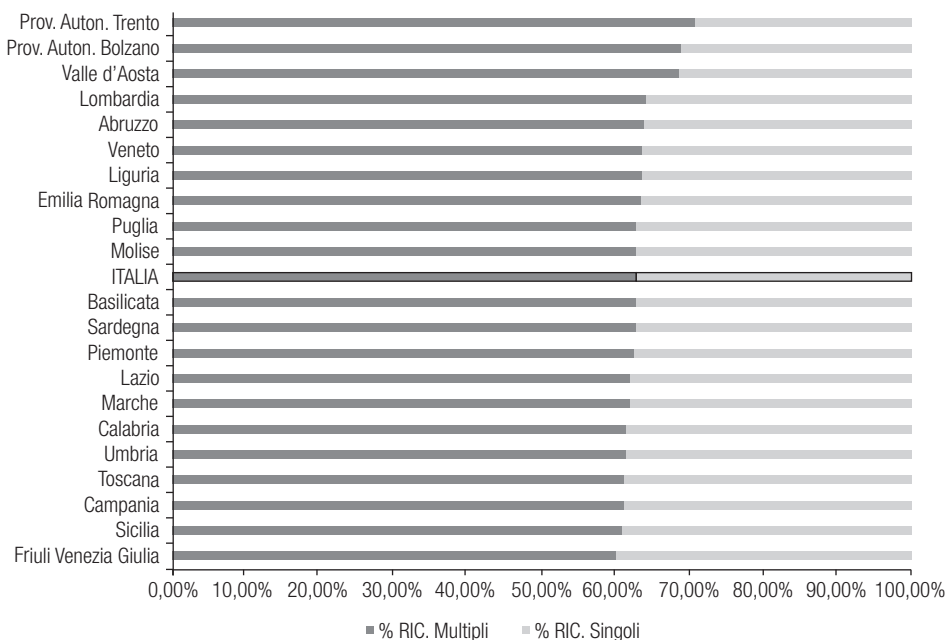


Tabella 7.10 Volumi e casistica caratterizzante i ricoveri multipli degli over65, 2015

	Pazienti	Ricoveri	% su tot. ricoveri	Giornate	GG medie per paziente	GG medie per ricovero
2 ricoveri nei 12 mesi	526.937	1.053.874	43,86%	11.006.580	20,89	10,44
3 ricoveri nei 12 mesi	202.589	607.767	25,29%	6.635.769	32,75	10,92
4 ricoveri nei 12 mesi	84.650	338.600	14,09%	3.860.381	45,60	11,40
5 o più ricoveri nei 12 mesi	67.185	402.651	16,76%	4.430.898	65,95	11,00

Tabella 7.11 Distribuzione per fasce di età dei ricoveri multipli degli over65, 2015

	65-74 anni	75-84 anni	85+
2 ricoveri nei 12 mesi	35,7%	41,5%	22,8%
3 ricoveri nei 12 mesi	33,8%	43,1%	23,0%
4 ricoveri nei 12 mesi	34,1%	44,1%	21,8%
5 o più ricoveri nei 12 mesi	37,5%	44,3%	18,2%
Ricoveri multipli totali	35,3%	42,3%	22,4%

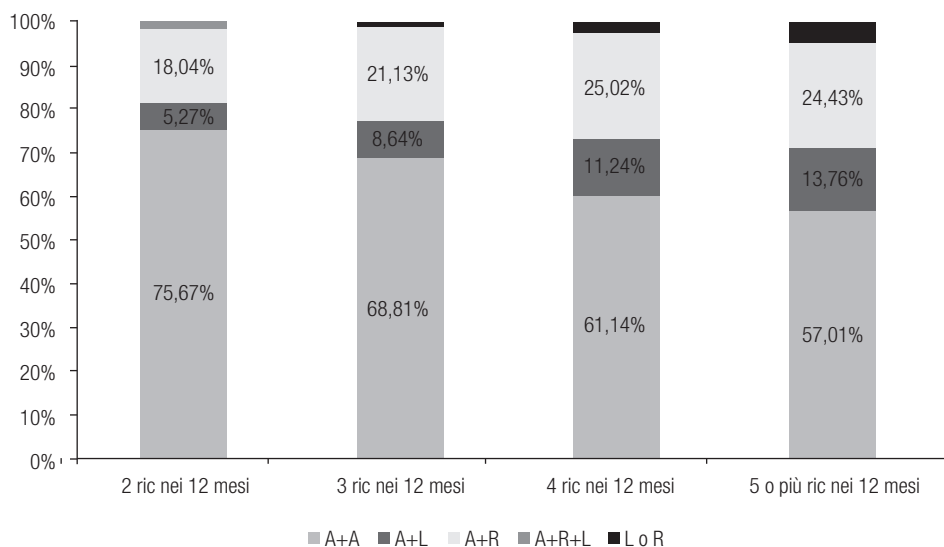
singoli e multipli. Le differenze interregionali tra tassi di ospedalizzazione degli over65⁷ sono spiegate in gran parte dal tasso di ospedalizzazione per ricoveri multipli, mentre il tasso di ospedalizzazione per ricoveri singoli risulta omogeneo e in linea con la media italiana pari a 10,76 ricoveri ogni 100 cittadini over65. In estrema sintesi è possibile affermare quindi che le regioni che mostrano tassi di ospedalizzazione dei cittadini over65 più elevati lo devono ad una maggiore frequenza di ricoveri multipli rispetto alle altre.

Il dato medio di 2,6 ricoveri per ogni anziano fautore di ricoveri multipli è sostanziato dal fatto che la maggior parte della casistica (il 43,86%, pari a 1.053.874 ricoveri complessivi) è composta da coppie di ricoveri e un ulteriore 25% della casistica (pari a 607.767 ricoveri complessivi) da serie di tre ricoveri. Per la restante parte nel 14% dei casi si tratta di serie di quattro ricoveri in 12 mesi e per il 16% di cinque o più ricoveri in 12 mesi (Tabella 7.10). Per ognuna di queste fattispecie la fascia di età più rappresentata è quella degli anziani tra i 75 e gli 84 anni (in Tabella 7.11).

Guardando alle tipologie di ricovero («Acuti», indicati con A nelle figure seguenti; «Riabilitazione», indicati con R nelle figure seguenti e «di Lungodegenza», indicati con L nelle figure seguenti), il 75% dei ricoveri multipli è rappresentato da serie di ricoveri che includono solo la tipologia per acuti. Questa percentuale tende a diminuire all'aumentare del numero di ricoveri multipli in 12 mesi; in particolare i ricoveri multipli che prevedono quattro, cinque o più ricoveri in 12 mesi presentano un mix interno di tipologie più articolate e assu-

⁷ Calcolato come (Totale ricoveri della tipologia analizzata) / (Popolazione residente over65 2015) * 100.

Figura 7.5 **Distribuzione delle tipologie di ricovero per numero di ricoveri multipli, 2015**

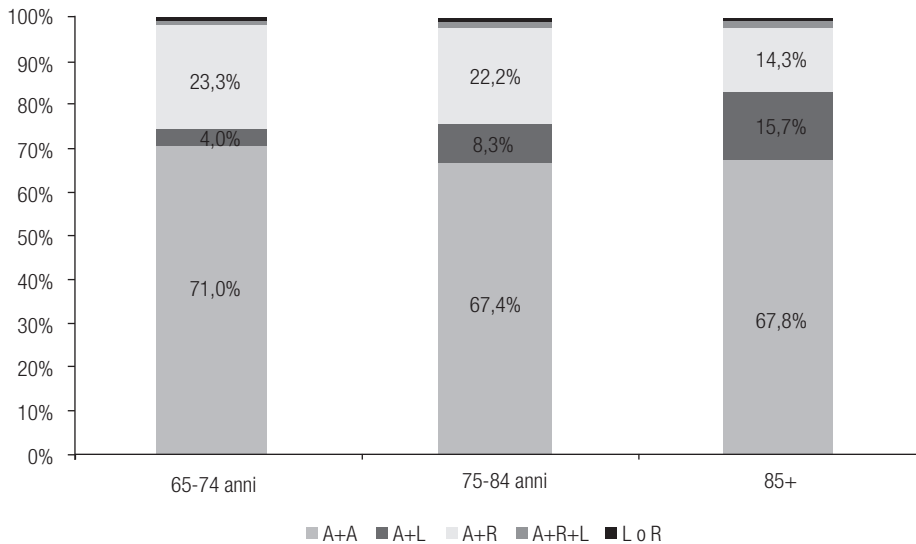


mono maggior rilievo le casistiche che abbinano a ricoveri per acuti anche ricoveri per riabilitazione (25% di casi circa) o lungodegenza (11 o 13%), entrambi meno rilevanti nel caso di due o tre ricoveri multipli.

La prevalenza di ricoveri multipli tutti per acuti è confermata a prescindere dalla fascia di età (Figura 7.6): per tutte e tre infatti risulta essere la casistica maggiormente presente. Unica differenza rimarcabile è quella che segnala che tra i 65-74enni e i 75-84enni la seconda situazione più frequente è quella che abbinava a ricoveri per acuti quelli per riabilitazione, mentre per gli over85 è decisamente più rilevante la casistica che abbinava a ricoveri per acuti quelli in lungodegenza.

Con riferimento alle motivazioni dei ricoveri multipli sono stati analizzati i DRG, gli interventi principali, le diagnosi principali e le MDC più frequenti (riportate in Tabella 7.12). Complessivamente circa il 55% dei ricoveri multipli è riferito a «Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo e dell'apparato respiratorio». Le prime tre diagnosi per frequenza sono «insufficienza respiratoria acuta», «insufficienza cardiaca congestizia non specificata», «insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)» (complessivamente 18% dei ricoveri). I primi tre DRG sono invece «insufficienza cardiaca e shock», «edema polmonare e insufficienza respiratoria» e «sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori» (complessivamente 15% dei ricoveri).

Al fine di valutare se il fenomeno dei ricoveri multipli fosse significativo anche con un orizzonte temporale più lungo, l'analisi è stata estesa da 12 a 36 mesi.

Figura 7.6 Distribuzione delle tipologie di ricovero per fasce di età, 2015

Tabella 7.12 Prime 10 MDC per frequenza tra i ricoveri multipli, 2015

Classifica MDC	N. ricoveri	%
Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	552.907	23,01%
Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	365.973	15,23%
Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	327.296	13,62%
Malattie e disturbi del sistema nervoso	233.856	9,73%
Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	185.874	7,74%
Malattie e disturbi dell'apparato digerente	181.270	7,54%
Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	122.317	5,09%
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	72.086	3,00%
Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	56.376	2,35%
Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	46.237	1,92%
Altro	258.700	10,77%

Si è voluto verificare quindi se gli anziani che hanno effettuato ricoveri multipli (due o più) in un periodo di 12 mesi a partire dal 2015, ne avessero effettuati altri precedentemente e più precisamente nel triennio precedente (2014-2013-2012). L'analisi ha mostrato che il 17% degli anziani che ha svolto ricoveri multipli nel 2015 ne aveva già svolto uno ulteriore nel periodo precedente, il 9% ne aveva svolti altri due e il 5% altri tre per un totale di ulteriori 457.065 ricoveri (Tabella 7.13). Un altro 6,5% ne ha svolti un numero maggiore, da tre fino a oltre 16 ricoveri (in questo ultimo caso parliamo di 338 cittadini, pari allo 0,04% del totale). Guardando alle caratteristiche di tali ricoveri questi sono per la maggior parte ricoveri acuti (in media il 92%) e in medicina (in media il 70%).

Tabella 7.13 **Volumi e caratteristiche dei ricoveri ulteriori effettuati nel triennio 2012-2013-2014 da parte di over65 che avevano già effettuato ricoveri multipli nel 2015¹**

Ricoveri ulteriori precedenti i ricoveri multipli 2015	Pazienti	Ricoveri	% pazienti che hanno effettuato ricoveri multipli nel 2015 e precedentemente sul totale 2015	A	L	R	M	C
1 ricoveri	155.028	155.028	17,59%	97,58%	0,89%	1,53%	61,06%	38,94%
2 ricoveri	84.462	168.924	9,58%	91,57%	1,90%	6,53%	65,20%	34,79%
3 ricoveri	44.371	133.113	5,03%	91,53%	2,11%	6,36%	68,39%	31,60%
4 ricoveri	24.767	99.068	2,81%	90,78%	2,34%	6,88%	71,07%	28,92%
5 ricoveri	13.385	66.925	1,52%	90,58%	2,64%	6,78%	73,35%	26,63%
6 ricoveri	7.428	44.568	0,84%	90,29%	2,89%	6,83%	75,18%	24,81%
7 ricoveri	4.358	30.506	0,49%	90,31%	2,69%	6,99%	77,26%	22,74%
8 ricoveri	2.615	20.920	0,30%	90,94%	2,56%	6,50%	78,69%	21,28%
9 ricoveri	1.554	13.986	0,18%	90,48%	2,97%	6,55%	80,36%	19,62%
10 ricoveri	951	9.510	0,11%	90,80%	2,92%	6,28%	82,71%	17,29%
11-15 ricoveri	1.563	19.184	0,18%	92,22%	2,64%	5,14%	85,27%	14,72%
16+ ricoveri	338	6.817	0,04%	95,76%	1,82%	2,42%	93,84%	6,15%
Totale	340.820	768.549	38,67%	92,47%	2,01%	5,52%	69,06%	30,93%

(1) In tabella: A sta per Acuti, L per Lungodegenza, R per Riabilitazione, M per Medici e C per Chirurghi

I ricoveri multipli per acuti in medicina: quale interpretazione?

L'analisi si concentra ora sui ricoveri multipli che presentano esclusivamente una sequenza di ricoveri per acuti nei 12 mesi precedenti all'ultimo ricovero effettuato nel 2015. Come già presentato nella metodologia, si assume l'ipotesi che è proprio in questo gruppo di ricoveri multipli che si configura il ricorso all'ospedale come setting sostitutivo di altre forme di assistenza e cura funzionali a bisogni di lungo assistenza e cronicità. I ricoveri multipli che mixano invece ricoveri acuti, di riabilitazione e di lungodegenza segnalano probabilmente una presa in carico articolata lungo la filiera dei diversi setting assistenziali, sebbene tutti ospedalieri. I ricoveri multipli per acuti sono stati nel 2015 1.652.187, ovvero il 68% del totale. Di questi il 68% è costituito da ricoveri medici (1.130.667) mentre il 32% da ricoveri chirurgici. Stringendo ancora il campo si escludono dall'analisi anche i ricoveri in chirurgia: l'ipotesi è che se il ricovero ha avuto come oggetto un intervento chirurgico questo era sicuramente espressivo di un bisogno clinico e quindi non riconducibile a quella fattispecie di ricerca di setting assistenziali che qui si sta indagando. Queste ipotesi restrittive ridefiniscono il campione di analisi in un bacino di 960.642 ricoveri⁸ pari al 39%

⁸ Avendo escluso i ricoveri chirurgici, tutte quelle coppie di ricoveri multipli che erano formati da un ricovero per acuti in medicina e uno in chirurgia o da più ricoveri per acuti tutti in chirurgia sono stati esclusi dal campione. Questi ammontano a 170.025 e sono pari al 15% dei ricoveri multipli per acuti.

Tabella 7.14 **Distribuzione dei ricoveri multipli per numero di MDC, 2015**

	1 MDC	2 MDC	3 MDC	4 MDC	Più di 4 MDC
2 ricoveri nei 12 mesi	40,93%	59,07%			
3 ricoveri nei 12 mesi	25,72%	47,45%	26,83%		
4 ricoveri nei 12 mesi	19,47%	39,14%	31,88%	9,50%	
5 o più ricoveri nei 12 mesi	16,06%	32,45%	30,34%	15,24%	5,90%
Ricoveri multipli totali	31,23%	50,19%	14,52%	3,24%	0,82%

Tabella 7.15 **Distribuzione dei ricoveri multipli per numero di strutture di ricovero, 2015**

	1 struttura	2 strutture	3 strutture	4 strutture	Più di 4 strutture
2 ricoveri nei 12 mesi	62,5%	37,5%			
3 ricoveri nei 12 mesi	50,3%	39,3%	10,4%		
4 ricoveri nei 12 mesi	43,7%	38,5%	15,0%	2,9%	
5 o più ricoveri nei 12 mesi	44,4%	34,3%	15,4%	4,7%	1,2%
Ricoveri multipli totali	54,78%	37,60%	6,45%	0,99%	0,17%

dei ricoveri multipli del 2015 considerati a inizio capitolo⁹. Osservando questo campione ci si trova di fronte ad una casistica di over65enni che nell'arco di 12 mesi hanno effettuato due o più ricoveri, tutti per acuti e tutti in reparti medici.

Quali sono state le motivazioni che hanno portato a questo comportamento? Alcune analisi specifiche sono state condotte per comprendere il fenomeno. In prima istanza si è cercato di capire se la motivazione alla base dei ricoveri multipli fosse sempre la stessa o cambiasse nel tempo tra un ricovero e il successivo. Si è guardato quindi alle MDC (ovvero alla classe di diagnosi, poiché nel caso di stessa MDC essa è riconducibile a un'unica patologia) dei singoli ricoveri facenti parte del gruppo dei multipli di un singolo anziano e se ne è analizzata la variazione (Tabella 7.14). Nel 31% dei casi la MDC è la stessa per tutti ricoveri multipli. Nel caso di quattro o cinque o più ricoveri in 12 mesi anche la presenza di due MDC è ritenuta significativa (in media 36%). Ad ogni modo, nella gran parte dei casi i ricoveri si ripetono con riferimento a una stessa MDC. Lo stesso vale per la struttura di ricovero (Tabella 7.15): indagando la struttura per i singoli ricoveri di un gruppo di multipli emerge infatti che nel 55% dei casi questi vengono effettuati tutti in una stessa struttura e nel 38% in due strutture differenti.

⁹ I ricoveri multipli definiti in modo più esteso, sia medici che chirurgici, sia per acuti che in riabilitazione o lungodegenza.

Tabella 7.16 **Distribuzione delle provenienze di ricovero tra ricoveri multipli, 2015**

	Senza proposta del medico	Programmato o con proposta del medico	Trasferito da altro istituto	Traferito dallo stesso istituto
2 ricoveri nei 12 mesi	57,44%	19,35%	4,54%	18,67%
3 ricoveri nei 12 mesi	58,07%	18,40%	4,53%	19,00%
4 ricoveri nei 12 mesi	58,11%	18,49%	4,52%	18,88%
5 o più ricoveri nei 12 mesi	50,96%	27,69%	3,50%	17,85%
Ricoveri multipli totali	56,80%	20,17%	4,39%	18,64%

Rispetto all'origine e all'esito dei ricoveri si è guardato alle provenienze e alle modalità di dimissione dei ricoveri parte di ricoveri multipli per acuti e in medicina degli over65. Rispetto alla provenienza emerge con chiarezza che la maggior parte di questi ricoveri è al di fuori di un percorso di presa in carico di qualsiasi tipo: il 57% di questi infatti avviene senza proposta del medico. Dei restanti 43%: il 20% è un ricovero che deriva da proposta del medico; il 19% su trasferimento dallo stesso istituto e il 4% da trasferimento da altro istituto. Particolarmente significativo è il dato sui trasferimenti da uno stesso istituto: essi infatti sono ricoveri che si originano da trasferimenti interni tra reparti. Si osserva poi che è presente una certa variabilità tra provenienze per ricoveri multipli di due, tre, quattro o cinque o più ricoveri. Ad esempio, per quest'ultima categoria, l'incidenza dei ricoveri programmati o su proposta del medico sale al 27%.

Il 6,7%¹⁰ dei ricoveri multipli indagati si conclude con il decesso dell'anziano. Nel restante 92,3% dei casi la modalità di dimissione più frequente è quella al domicilio senza alcun tipo di presa in carico (circa il 90% dei ricoveri). Negli altri rari casi si realizza invece una dimissione verso il domicilio con l'attivazione di una presa in carico (ADI o ospedale a domicilio; 2,5% dei casi), oppure una dimissione verso RSA (3,8%) o altro istituto (2,9%). Se fossero stati considerati anche i ricoveri in chirurgia il dato sarebbe stato significativamente diverso rispetto alle dimissioni verso RSA e verso altri istituti, con un aumento della quota dei secondi (dimissioni verso altri istituti) a svantaggio dei primi (dimissioni verso RSA). Anche in questo caso resterebbe comunque il dato molto significativo della predominanza delle dimissioni verso domicilio senza alcuna presa in carico. Con riferimento alle dimissioni al domicilio con ADI già nel par. 7.2.5 si segnalava come l'intensità assistenziale dell'assistenza domiciliare fosse molto bassa e pari a 17 ore medie per utente

¹⁰ Il dato è leggermente più alto del tasso di decesso dei ricoveri per over65 totali, per i quali è pari al 6,18% (anno 2015).

Tabella 7.17 **Distribuzione delle modalità di dimissioni per ricoveri multipli, 2015**

	Verso domicilio, senza presa in carico	Al domicilio, con presa in carico	Verso RSA	Verso stesso istituto	Verso altro istituto
2 ricoveri nei 12 mesi	90,85%	2,06%	3,60%	0,89%	2,60%
3 ricoveri nei 12 mesi	89,50%	2,61%	4,00%	1,07%	2,82%
4 ricoveri nei 12 mesi	88,96%	2,95%	4,02%	1,11%	2,97%
5 o più ricoveri nei 12 mesi	89,80%	2,96%	3,40%	1,12%	2,72%
Ricoveri multipli totali	89,88%	2,45%	3,79%	0,99%	2,89%

anziano: da questo punto di vista si ritiene che la distinzione tra dimissione al domicilio con o senza presa in carico è di scarso rilievo. La limitatezza della presa in carico domiciliare contribuisce probabilmente a spiegare perché la modalità di dimissione al domicilio prevalente sia quella senza alcuna presa in carico domiciliare.

7.3.3 Dimissioni ospedaliere e inserimento in strutture sociosanitarie

L'ultima parte dell'analisi approfondisce il tema delle dimissioni ospedaliere verso strutture sociosanitarie e, in particolare, verso RSA. Questo approfondimento è utile per comprendere l'altra faccia del fenomeno, ossia quali ricoveri danno origine a una dimissione verso RSA. Guardando a tutti i ricoveri ordinari per over65 avvenuti nel 2015, quelli che hanno originato una dimissione verso RSA sono il 2,5%. È interessante osservare che questo dato medio (che include tutti i ricoveri 2015) è inferiore rispetto a quello osservato per i ricoveri multipli per acuti in medicina (per i quali era pari al 3,8%). A supporto di questa osservazione si aggiunge che le dimissioni verso RSA si originano per il 60,5% dei casi da ricoveri che nel 2015 sono inseriti in gruppi di ricoveri multipli, mentre per il 39,5% da ricoveri che sono singoli nel 2015. Il dato è poi più alto (comprensibilmente) per i ricoveri acuti rispetto a quelli in riabilitazione e lungodegenza, mentre è omogeneo per fasce di età e leggermente crescente (ovvero aumenta all'aumentare dell'età). Sono dimessi verso RSA il 2,29% dei 65-74enni, il 2,55% dei 75-84enni e il 2,39% degli over85. Rispetto alla caratterizzazione delle motivazioni di ricovero poi sfociato in inserimento verso RSA, le MDC più frequenti sono le «malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo», le «malattie e disturbi dell'apparato respiratorio», le «malattie e disturbi del sistema nervoso» e le «malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio». Le diagnosi più frequenti sono invece: «insufficienza respiratoria acuta», «fratture in sezione trocanterica», «insufficienza cardiaca congestizia non specificata», «trombosi cerebrale con infarto cerebrale», «broncopolmonite», «polmonite», «insufficienza renale acuta». I DRG più frequenti

sono invece: «edema polmonare e insufficienza respiratoria», «emorragia intracranica o infarto cerebrale», «insufficienza cardiaca e shock», «sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori», «polmonite semplice e pleurite», «setticemia».

7.4 Conclusioni

Nella prima parte del capitolo si è analizzato il livello di offerta e presa in carico della rete sociale e sociosanitaria per anziani non autosufficienti, disabili adulti e minori. Rispetto alle analisi già svolte nel Rapporto OASI 2016 e qui aggiornate, si confermano bassi tassi di copertura del bisogno tramite servizi sociosanitari e sociali per tutti i target di utenza. In alcuni casi si è registrata una inattesa diminuzione dell'offerta di servizi e quindi un probabile arretramento della capacità di presa in carico e del sistema di welfare pubblico. È il caso dell'assistenza domiciliare ADI, che nel corso di un anno ha visto diminuire il numero di ore erogate per cittadino in carico da 22 nel 2012 a 18 nel 2013¹¹. Se tale arretramento è facilmente individuabile e attuabile da parte del programmatore pubblico data la flessibilità della spesa per assistenza domiciliare, lo stesso non si può dire nel caso dei servizi residenziali per i quali la presenza di dotazioni infrastrutturali rende la spesa più rigida e vincolata ai livelli storici. Si intravede in questo primo dato un segnale della mancanza di una chiara visione di policy sul settore sociosanitario e sociale e di una coerenza tra gli obiettivi dichiarati delle politiche e gli interventi erogati a livello locale nei servizi. Non si vede tuttavia una possibilità nel breve periodo di maggiore chiarezza nello sviluppo di una strategia per il settore: date le sue caratteristiche e in particolar modo il livello di frammentazione che lo caratterizza, non esiste a oggi un attore istituzionale sufficientemente forte da promuovere una visione in grado di indirizzare l'agenda di policy e orientare il sistema nel suo complesso.

Tale contesto produce effetti non solo sul sistema sociosanitario e sociale e sui cittadini che manifestano bisogni assistenziali, ma si allarga con un effetto «alone» anche su altri comparti pubblici, sui quali si riversano gli effetti della mancata o debole presa in carico nei settori citati. Ne sono esempio il settore sanitario (sul quale sono state svolte analisi specifiche in questo capitolo), il settore dei servizi pubblici comunali erosi dal drenaggio di risorse verso gli interventi sociali, e gli interventi socioassistenziali di INPS, in costante aumento negli ultimi anni¹².

¹¹ Tali valori si riferiscono alla popolazione nella sua interezza. Facendo invece riferimento ai soli anziani over65 si nota che il numero medio di ore ADI erogate è diminuito da 21 nel 2012 a 17 nel 2013.

¹² La spesa Inps per prestazioni sociali nel 2014 è stata di 280 milioni, con un incremento di 66

Con riferimento al settore sanitario, nel capitolo si è mostrato come l'effetto «alone» prodotto dallo sconfinamento di alcuni bisogni assistenziali generi un sovraccarico nel comparto ospedaliero, in particolare si è analizzato il caso specifico dei ricoveri effettuati da persone non autosufficienti che si rivolgono all'ospedale come setting di presa in carico in mancanza di altre risposte.

Il fenomeno dei ricoveri multipli presentato nel par. 7.3 mette in luce una potenziale sacca di ricoveri inappropriati.

I ricoveri multipli, nel corso di almeno un anno, riguardano un terzo dei ricoverati over65, e si concentrano prevalentemente tra i ricoveri per acuti (non, come sarebbe lecito aspettarsi, tra i ricoveri che integrano in una filiera acuto, lungodegenza, riabilitazione). Tra i ricoveri multipli, il 39% riguarda una casistica di over65enni che nell'arco di 12 mesi hanno effettuato due o più ricoveri, tutti per acuti e tutti in reparti medici, al di fuori quindi di un percorso di filiera o di un ricovero chirurgico che in modo differente evidenziano una linea di appropriatezza.

L'analisi dei ricoveri multipli ha evidenziato come tali ricoveri siano presenti soprattutto nelle regioni con maggiore dotazione di offerta, come siano fuori da un percorso complessivo di presa in carico dell'anziano e come a loro volta le dimissioni diano vita in misura molto limitata a percorsi di presa in carico domiciliare.

Il citato concetto di «inappropriatezza» si colora di due significati contrapposti: si tratta con buona probabilità di ricoveri caratterizzati da inappropriatezza «tecnica», in quanto evitabili da un punto di vista prettamente clinico, ma non sono del tutto inappropriati nella prospettiva del paziente anziano non autosufficiente e della sua famiglia, per i quali il bisogno per cui cercano una risposta è talmente grave e urgente che riconoscono nel contesto ospedaliero la migliore risposta possibile in termini di tempo e risorse messe in campo. Lo scollamento tra il percepito della famiglia e quello dei professionisti o policy maker è molto ampio: se i secondi lamentano un dirottamento di risorse inappropriate e cercano di riorientare la presa in carico verso altri servizi riconoscendo un dispiego eccessivo di risorse per questo target di utenza, i primi lamentano invece una carenza rispetto alle cure ricevute. Il fenomeno genera poi due diversi effetti rispetto alla possibilità di accesso ai servizi pubblici. Il primo è legato al fatto che viene esasperata la differenziazione tra settore sanitario gratuito e universalistico (quindi facilmente accessibile) e settore sociosanitario per il quale vige compartecipazione e selezione dell'utenza (quindi «a numero chiuso», con barriere all'ingresso). Il secondo effetto è legato alla differenziazione territoriale: i dati regionali mostrano ancora una volta uno spaccato tra nord e sud del Paese,

milioni di euro rispetto al 2013 (di cui 122,1 milioni di euro per prestazioni a favore dei giovani, e 156,7 milioni di euro per prestazioni a favore di persone anziane non autosufficienti e disabili).
Fonte: welforum.it su dati INPS 2014.

dove nelle regioni del nord sembra emergere un tema di sovraccarico per la rete ospedaliera e per le regioni del sud un vuoto generalizzato nell'offerta di servizi.

I fenomeni descritti sono consistenti nei volumi e strutturali nella loro diffusione nel tempo e nelle regioni. Chiedersi come sciogliere questo nodo vuol dire decidere se rilanciare il settore socioassistenziale in modo che si strutturi e diventi in grado di prendere in carico gli utenti di sua competenza, oppure agire sul settore sanitario in modo da definire regole più stringenti per l'accesso ai servizi, che schermano il ricorso a servizi sanitari da parte di chi presenta bisogni socioassistenziali. La seconda opzione è sicuramente più complessa in quanto di fronte ad una tale urgenza e intensità del bisogno espresso dai cittadini il sistema sanitario nazionale non può agire facilmente un diniego alle cure, considerando anche che l'alternativa oggi in campo per buona parte dei casi è una totale assenza di presa in carico. Si pone una riflessione che ha implicazioni di etica pubblica e di equità nelle cure. Allo stesso tempo difficilmente si può immaginare che in breve tempo il settore sociosanitario e sociale riesca a espandersi e a crescere in modo tale da offrire quelle risposte oggi mancanti: il dilemma continuerà a pesare ancora sulle spalle del settore sanitario che dovrà chiedersi se continuare a offrire risposte, indebolendo però la sua capacità di investire sul suo *core business* (il bisogno sanitario puro) diluendo le risorse anche per altri tipi interventi o, all'opposto, attuare una separazione netta tra settori, costruendo esplicitamente sistemi di *gate keeping* che selezionino in modo più severo gli accessi al sistema.

Bibliografia

- Fosti G., Larenza O., Longo F., Rotolo A. (2012), «Caratteristiche e criticità del settore sociosanitario italiano: quali prospettive di policy?» in Cantù E. (a cura di), (2012), *Rapporto OASI 2012: l'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- Fosti G., Furnari A., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A. (2016), «Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi» in Cergas Bocconi (a cura di), (2016), *Rapporto OASI 2016*, Egea, Milano.
- INPS (2014), *Bilancio Sociale – Anno 2013*, disponibile online https://www.inps.it/docallegatiNP/DatiEBilanci/bilanciosocialeinps/Documents/BS2013_Integrale.pdf
- ISTAT (2014a), *L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di primo grado statali e non statali, Anni 2013-2014*, disponibile online <http://www.istat.it/it/files/2014/12/Alunni-con-disabilit%C3%A0.pdf?title=Integrazione+degli+alunni+con+disabilit%C3%A0++19%2Fdic%2F2014++Testo+integrale.pdf>

- ISTAT (2014b), *Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione*, disponibile online <http://www.istat.it/it/archivio/144093>
- ISTAT (2015), *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi – Anno 2013*, disponibile online http://www.istat.it/it/files/2015/07/Inclusione-sociale-persone-con-limitazioni-funzionali_def_240715.pdf?title=Limitazioni+funzioni%2C+invalidit%C3%A0%2C+cronicit%C3%A0+gravi+-+21%2Fflug%2F2015+-+Testo+integrale.pdf
- ISTAT (2016), *I presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari – Anno 2014*, disponibile online <http://dati.istat.it/Index.aspx>
- ISTAT (2016), *Spesa per interventi e servizi sociali – Anno 2013*, disponibile online <http://dati.istat.it/Index.aspx>
- Ministero della Salute (2016), *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN - Anno 2013*, disponibile online http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2536
- UN General Assembly (1989), *Convention on the Rights of the Child*, 20 November 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, disponibile online in italiano: http://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/documenti/Convenzione_diritti_infanzia_adolescenza_autorita.pdf
- OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità (2001), *Resolution WHA 54.21, International Classification on Functioning Disability and Health* (22 May 2001). Disponibile online <http://www.who.int/classifications/icf/wha-en.pdf>
- OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità (2002), *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health*. World Health Organization, Ginevra. Disponibile online <http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1>

8 I consumi privati in sanità

di Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech e Valeria Rappini¹

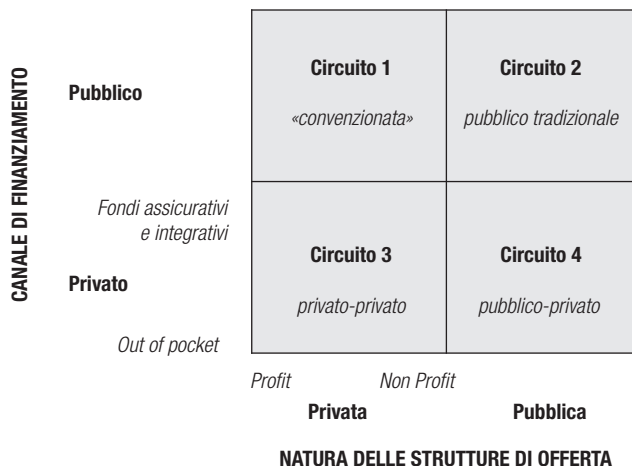
8.1 Introduzione

L'oggetto di attenzione del capitolo sono i consumi privati in sanità (CPS), cioè l'insieme di beni e servizi sanitari finanziati attraverso una spesa posta direttamente a carico delle famiglie (*out of pocket*), delle imprese (per esempio, medicina del lavoro) o intermediata da soggetti collettivi non pubblici (assicurazioni, casse aziendali, fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso). Il capitolo, curato dall'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) di CERGAS-SDA Bocconi offre, attraverso l'esplorazione dei database istituzionali più aggiornati, un quadro complessivo dei «numeri» del settore dei consumi privati in sanità e delle sue principali determinanti (socio-demografiche ed economiche) fino al 2016. Rispetto agli analoghi contributi che gli stessi autori hanno offerto nei precedenti rapporti per OASI (Del Vecchio, Fenech, Mallarini, Rappini 2013, 2014; Del Vecchio, Fenech, Rappini 2015 e 2016), è utile, in via preliminare, riprendere alcune riflessioni che possono aiutare a meglio definire il tema e a identificare le ragioni che lo rendono di particolare interesse.

La Figura 8.1 chiarisce come il riferimento dirimente sia la provenienza pubblica o privata delle risorse che alimentano il consumo (righe nella figura) e non, come usualmente accade nel dibattito su «pubblico e privato in sanità», l'assetto istituzionale delle strutture di erogazione (colonne nella figura). A una definizione apparentemente semplice e di immediata comprensione, come quella proposta, corrisponde, però, un insieme complesso e articolato di diversi circuiti (Del Vecchio, 2012). I prodotti e servizi per la salute possono, infatti, essere inseriti in meccanismi economici che si caratterizzano, non solo per il soggetto che ne sopporta l'onere, ma anche dalla pluralità di attori che compon-

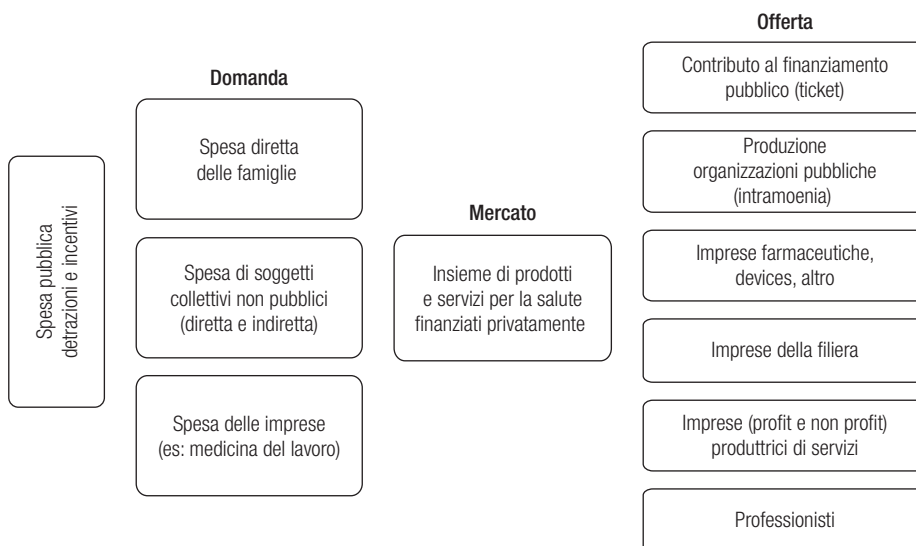
¹ Il lavoro è il frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, i §§ 8.1, 8.4.3 e 8.6 possono essere attribuiti a Mario Del Vecchio; i §§ 8.3 e 8.5 a Lorenzo Fenech; i restanti paragrafi a Valeria Rappini.

Figura 8.1 I quattro circuiti del settore sanitario



gono il sistema e i complessivi meccanismi di offerta (si veda la Figura 8.2). Così, da una parte, l'onere può ricadere sulle famiglie, sui fondi e le assicurazioni o sulle imprese e, dall'altra, i destinatari essere la stessa pubblica amministrazione, le imprese fornitrici di beni o servizi, o i professionisti. L'esistenza di diverse componenti, a partire dalla fondamentale distinzione tra *out of pocket* e consumi intermediati, oltre a rendere sempre meno significativi ragionamenti di natura aggregata e indistinta sul «privato in sanità», complicano la ricostruzione

Figura 8.2 I consumi privati: un mondo complesso e articolato



di quel quadro comprensibile e affidabile di informazioni sul quale sarebbe bene fondare un dibattito, come quello sul futuro del nostro sistema sanitario, che diventa sempre più intenso e animato.

La scomposizione della spesa sanitaria privata nelle sue diverse componenti può, dunque, fornire spunti di riflessione e dar conto delle tendenze strutturali che stanno attraversando il settore. A livello disaggregato risulta evidente come alcune componenti, per esempio quella odontoiatrica, si comportino come un «bene di lusso» a differenza di altre, come la spesa per farmaci, che per elasticità al reddito è simile a quella che caratterizza i «beni primari» (D'Angela, 2012). L'osservazione e l'analisi consentono anche di evidenziare fenomeni contro-intuitivi. Se si guarda ai divari regionali sulla spesa sanitaria privata pro-capite (§ 8.5.1), non trova riscontro l'idea comune che questi siano legati ai differenziali nel funzionamento del sistema pubblico. Analogamente, può sorprendere la rilevante presenza dell'operatore pubblico come destinatario della spesa ambulatoriale privata, sia attraverso il canale del *copayment* sia attraverso l'*intra-moenia* (§§ 8.3.2 e 8.4.3).

Dopo un breve paragrafo che ricorda le fonti utilizzate e gli ultimi aggiornamenti nei metodi e nelle classificazioni utilizzate (§ 8.2), nel prosieguo del capitolo la spesa sanitaria privata viene analizzata attraverso diverse prospettive di indagine:

- ▶ la natura delle relazioni che si instaurano tra diverse variabili macroeconomiche (§ 8.3);
- ▶ la composizione interna dei CPS per funzioni di spesa, canali di finanziamento e natura degli erogatori (§ 8.4);
- ▶ le abitudini di spesa sanitaria, per regione, tipologie di consumatori e altre determinanti socio-demografiche (§ 8.5).

8.2 Le fonti utilizzate

La scelta di riflettere sulla spesa sanitaria privata in termini disaggregati pone, evidentemente, il tema delle fonti da utilizzare per ricostruire un quadro informativo sufficientemente attendibile. Da questo punto di vista è bene sottolineare come la componente privata della spesa sanitaria sia soggetta a molteplici stime, riflettendo il variegato universo di attori operanti nel settore, di oggetti di osservazione e pluralità di metodi a disposizione. Non stupisce, dunque, che i dati rilasciati dalle principali fonti istituzionali siano apparentemente discordanti e passibili di interpretazioni diverse. Lo stesso ISTAT, per esempio, facendo riferimento a differenti aggregati rilascia due stime (Tabella 8.1):

Tabella 8.1 **La pluralità delle fonti e delle stime sulla componente privata della spesa sanitaria**

Fonti	Aggregati e metodi di riferimento	Fonti primarie	Classificazioni	Stima 2016 (o anno più recente)
ISTAT-Contabilità Nazionale	Spesa per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico stimata secondo il Sistema dei Conti Nazionali (Sec2010) integrando dati amministrativi e campionari	Integrazione di numerose e diverse Fonti (ISTAT, Ministero della Salute, Banca d'Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA)	<i>Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP)</i>	35,2
	Spesa sanitaria sostenuta dalla popolazione residente (spesa diretta delle famiglie) stimata secondo il Sistema dei Conti per la Sanità (SHA 2011) che si muove in un ambito contiguo a quello dei Conti Nazionali		<i>International Classification for Health Accounts (ICHA)</i>	33,9
Corte dei Conti	Spesa sanitaria delle famiglie residenti per servizi e spese per la salute (sostenute in Italia e all'estero) stimata su dati campionari	Indagine ISTAT sulla Spesa delle Famiglie (2015)	<i>Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP)</i>	34,9
OECD, Eurostat, WHO	Spesa sanitaria privata (spesa diretta delle famiglie e dei regimi di finanziamento volontari) stimata secondo il System of Health Accounts (SHA 2011) che utilizza il Joint Health Accounts Questionnaire (JHAQ) per la trasmissione dei dati	ISTAT (trasmessi i dati con JHAQ per gli anni 2015 e 2016 e riviste le stime dal 2012 al 2014)	<i>International Classification for Health Accounts (ICHA)</i>	37,3

- ▶ la prima, è quella del Sistema dei Conti Nazionali che considera la spesa per consumi finali delle famiglie (residenti e non) sul territorio economico (35,2 miliardi di euro nel 2016);
- ▶ la seconda deriva dal Sistema dei Conti per la Sanità (ISTAT, 2017) che considera la spesa diretta delle famiglie residenti (33,9 miliardi nel 2016).

Un'altra istituzione spesso citata è la Corte dei Conti che nell'ultimo rapporto (Corte dei Conti, 2017) rilascia una stima ancora diversa richiamando l'Indagine sempre ISTAT sulla Spesa delle famiglie italiane che rileva le spese per servizi e spese per la salute delle famiglie residenti (34,9 miliardi nel 2015). Infine, OECD utilizza i dati di fonte ISTAT per effettuare comparazioni tra i Paesi fornendo una stima provvisoria della spesa sanitaria privata (che considera, oltre alla spesa diretta delle famiglie, anche le diverse componenti dei «regimi di finanziamento volontari²») pari a 37,3 miliardi di euro per il 2016 (OECD, 2017).

Pur consapevole dei rischi e delle limitazioni, l'OCPS ha quindi avviato da alcuni anni un lavoro di ricostruzione e consolidamento delle informazioni uti-

² «Assicurazioni sanitarie volontarie, regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro, regimi di finanziamento da parte delle imprese» (ISTAT, 2017).

lizzando un approccio multi-fonte e di confronto con le principali classificazioni presenti in letteratura. In questo capitolo, come nei rapporti precedenti, la principale fonte di riferimento è ISTAT che realizza un'ampia gamma di indagini campionarie e, tra queste, in particolare: l'Indagine sulla Spesa delle Famiglie, l'Indagine sulle Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari, l'Indagine Multiscopo sugli Aspetti della Vita Quotidiana. Nel rimandare ai rapporti precedenti per approfondimenti sull'origine e la struttura delle principali Indagini ISTAT (Del Vecchio, Fenech, Mallarini, Rappini, 2013) in questa sede si richiamano alcuni aggiornamenti nei metodi e nelle classificazioni utilizzate.

Per quanto riguarda il Sistema dei Conti Nazionali, che rileva storicamente dati sull'attività economica del Paese, va qui segnalato che le stime sono state rivisitate sulla base del nuovo sistema di regole Sec2010, per cui i conti registrano, a partire dal 2015, una rivalutazione generale di tutte le principali grandezze macroeconomiche. Tale rivalutazione è, per buona parte, imputabile all'affinamento delle tecniche per la stima del «sommerso» e, nello specifico della spesa sanitaria delle famiglie, alla componente ambulatoriale (visite mediche, analisi del sangue, accertamenti diagnostici e cure odontoiatriche). Assumendo a riferimento il 2013, la spesa per servizi ambulatoriali passa dalla stima di 13,9 miliardi dell'edizione di settembre 2014 a quella di 14,8 miliardi dell'edizione di marzo 2016 (+6,5%). Si tratta di una rivalutazione di tipo «strutturale» che ha portato alla revisione di tutte le serie storiche e, pertanto, le dinamiche analizzate nei successivi paragrafi si basano su serie coerenti.

Nel 2016, sempre a livello europeo, è entrato in vigore il regolamento UE 359/2015 per la produzione di dati armonizzati secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA) con la conseguente revisione dei dati per l'Italia. Nella stima dei dati secondo la metodologia SHA 2011 (OECD, Eurostat, WHO, 2014 e 2017) si fa riferimento al consumo di beni e servizi sanitari da parte della popolazione residente del Paese (sia in Italia sia all'estero). Ciò influenza la struttura delle classificazioni utilizzate per rappresentare il sistema, in quanto la priorità è data alla spesa per consumi finali piuttosto che alla produzione. Tale spesa è rappresentata secondo le dimensioni previste dall'*International Classification for Health Accounts* (ICHA) ovvero:

- ▶ per regime di finanziamento (ICHA-HF), che classifica il tipo di finanziamento attraverso cui la popolazione usufruisce di servizi sanitari (spesa della pubblica amministrazione e delle assicurazioni a contribuzione obbligatoria, spesa diretta delle famiglie e dei regimi di finanziamento volontari);
- ▶ per funzione (ICHA-HC), che dettaglia la tipologia e lo scopo dei servizi offerti distinguendo tra: assistenza per cura e riabilitazione (ospedaliera, ambulatoriale, domiciliare e a lungo termine), servizi ausiliari non specificati (servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti, ecc.), prodotti farmaceutici e altri beni non durevoli;

- per erogatore (ICHA-HP), che classifica i fornitori di beni e servizi sanitari, quali ospedali, ambulatori, fornitori di servizi ancillari, farmacie (per l'Italia sono considerate le strutture pubbliche, private e private accreditate).

Il manuale SHA 2011 prevede che i dati siano trasmessi annualmente a Eurostat mediante il questionario denominato *Joint Health Accounts Questionnaire* (JHAQ), elaborato congiuntamente da Eurostat, OECD e WHO, allo scopo di creare un sistema comune di informazioni sulla spesa sanitaria. La compilazione del sistema dei conti della sanità per l'Italia si basa quindi sull'integrazione di dati amministrativi e campionari, muovendosi in un ambito contiguo a quello dei conti nazionali. L'ISTAT ha inviato a Eurostat con JHAQ edizione 2017 gli anni 2015 e 2016 (su base volontaria) e rivisto le stime per gli anni 2012-2014. Pertanto, se negli anni precedenti la fonte di riferimento per i confronti tra grandezze economiche era unicamente rappresentata dal Sistema dei Conti Nazionali, a partire da quest'anno saranno evidenziate anche quelle derivanti dal nuovo Sistema dei Conti della Sanità (rilasciate per la prima volta da ISTAT a luglio 2017 e rese disponibili per il periodo 2012-2016).

Bisogna poi ricordare come i cambiamenti avvenuti sul lato dei Conti Nazionali siano anche il frutto delle modifiche introdotte nella rilevazione campionaria della spesa effettuata attraverso la nuova Indagine sulle Spese delle Famiglie, la quale sostituisce la precedente Indagine sui Consumi ed è il «risultato di una lunga fase di sperimentazione di tecniche e metodologie per il miglioramento della qualità dei dati. Modifiche sostanziali sono state introdotte in tutte le fasi del processo» (ISTAT, 2015). Nel caso dell'Indagine sulle Spese si tratta di una vera e propria «rottura» con il sistema precedente che rende difficili i confronti intertemporali. L'indagine rileva le spese familiari per consumi finali, con particolare attenzione agli aspetti sociali ed economici delle condizioni di vita delle famiglie. Essa rappresenta, dunque, un utile strumento attraverso il quale poter descrivere e analizzare i comportamenti di spesa delle famiglie residenti in Italia. I dati di spesa riguardano l'intero portafoglio di spesa delle famiglie, di cui almeno quindici voci afferiscono all'ambito sanitario. L'indagine è annuale e coinvolge circa 28 mila famiglie. Questa indagine costituisce il punto di partenza delle analisi OCPS sulle determinanti sociali, economiche e territoriali della spesa sanitaria (§ 8.5).

Le informazioni di fonte ISTAT sono come di consueto integrate con i dati di altre fonti istituzionali quali, in particolare, il «Rapporto SDO» del Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2016), gli studi di settore dell'Agenzia delle Entrate, i rapporti sulla spesa sanitaria della Corte dei Conti (Corte dei Conti, 2017), ANIA, AIFA (rapporto OSMED) Federfarma e, infine, OECD che, insieme a Eurostat e WHO, produce statistiche a livello europeo e internazionale seguendo la metodologia del SHA.

8.3 Le dinamiche della spesa sanitaria privata

8.3.1 Relazione tra spesa sanitaria pubblica, privata e PIL

La spesa sanitaria totale corrente ammonta in Italia nel 2016 a circa 151 miliardi di euro (vedi Capitolo 4 del presente Rapporto) ed è composta per circa il 77% da spesa sanitaria pubblica e per il restante 23% dalla spesa diretta delle famiglie sul territorio italiano (Tabella 8.2).

Considerando gli ultimi dieci anni, la spesa sanitaria totale corrente mostra una dinamica in crescita fino al 2013, anno in cui subisce una riduzione di circa un miliardo che viene comunque più che compensata da una crescita di circa sei miliardi tra il 2013 e il 2016. Tale oscillazione non cambia sostanzialmente la composizione delle fonti di finanziamento della spesa sanitaria in quanto l'aumento è imputabile sia alla componente pubblica sia a quella privata, ormai

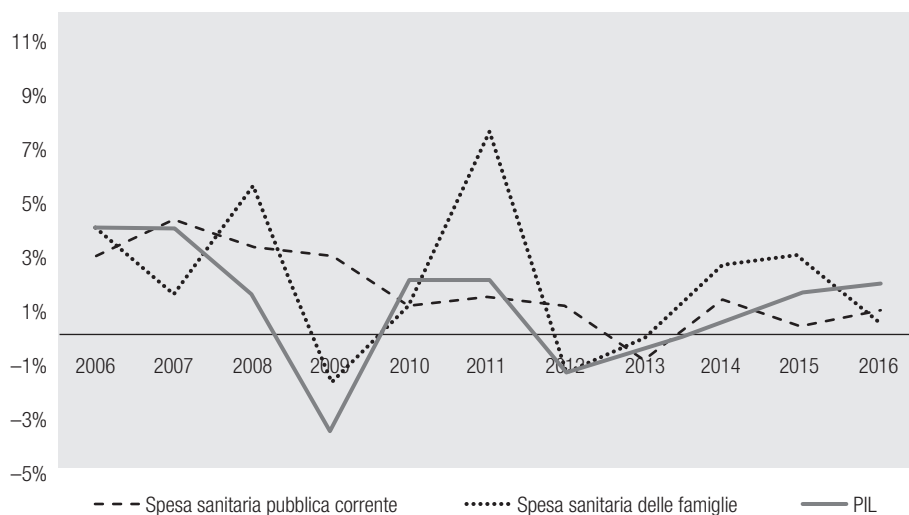
Tabella 8.2 **Spesa sanitaria pubblica, spesa sanitaria privata e PIL (2006-2016)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Spesa sanitaria totale corrente											
Miliardi di euro	128,8	133,4	138,3	140,8	142,3	146,1	146,7	145,6	148,0	149,6	151,0
In % del PIL	8,3	8,3	8,5	9,0	8,9	8,9	9,1	9,1	9,1	9,1	9,0
Spesa sanitaria pubblica corrente											
Miliardi di euro	99,6	103,8	107,1	110,2	111,3	112,8	114,0	112,9	114,3	114,6	115,8
In % della spesa sanitaria totale	77,4	77,8	77,4	78,3	78,2	77,2	77,7	77,5	77,2	76,6	76,7
In % del PIL	6,4	6,4	6,6	7,0	6,9	6,9	7,1	7,0	7,0	7,0	6,9
In % della spesa per consumi finali della PA	14,5	14,3	14,7	14,6	14,9	14,5	14,1	14,1	14,1	14,1	n.a.
Spesa sanitaria delle famiglie sul territorio economico											
Miliardi di euro	29,1	29,6	31,2	30,6	31,0	33,3	32,8	32,7	33,7	35,1	35,2
In % della spesa sanitaria totale	22,6	22,2	22,6	21,7	21,8	22,8	22,3	22,5	22,8	23,4	23,3
In % del PIL	1,9	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1
In % della spesa per consumi finali delle famiglie	3,1	3,1	3,2	3,2	3,1	3,3	3,3	3,3	3,4	3,5	3,4
Spesa sanitaria privata (out of pocket famiglie residenti e regimi volontari)											
Miliardi di euro	–	–	–	–	–	–	34,5	34,4	35,6	37,2	37,3
In % della spesa sanitaria totale *	–	–	–	–	–	–	23,9	23,9	24,3	25,1	24,9

* Calcolata sulla stima della spesa sanitaria totale secondo il SHA.

Fonte: elaborazioni OCPS su dati Cergas-SDA Bocconi (Spesa Sanitaria Pubblica), EUROSTAT (Spesa Pubblica Totale), ISTAT-Nuovi Conti Nazionali (Spesa Sanitaria delle Famiglie, Spesa Generale delle Famiglie, PIL), ISTAT-SHA (Spesa Sanitaria Privata, Spesa Sanitaria Totale).

Figura 8.3 **Tassi di crescita su base annuale di spesa sanitaria pubblica, delle famiglie e del PIL in Italia (2006-2016)**



Fonte: elaborazione OCPS su dati Cergas-SDA Bocconi (Spesa Sanitaria Pubblica), ISTAT-Nuovi Conti Nazionali (Spesa sanitaria delle famiglie, PIL).

saldamente agganciate alle dinamiche del reddito (Figura 8.3). A partire dal 2009, la spesa sanitaria pubblica rimane, infatti, intorno al 7% del PIL e la spesa sanitaria privata intorno al 2%. Il marcato aumento della spesa sanitaria delle famiglie tra il 2014 e il 2016 non si traduce, quindi, in aumento del peso rispetto al reddito e, in una prospettiva congiunturale, può essere quasi interamente attribuito a una ripresa, seppure debole, della dinamica del PIL.

Bisogna comunque notare come, nell'arco del decennio, sembra esservi una lieve, ma a questo punto osservabile, crescita della componente privata della spesa in relazione alle principali grandezze di riferimento. Infatti, nel periodo considerato la quota della spesa sanitaria delle famiglie su quella totale passa dal 22,6 al 23,3%, il suo peso nel paniere di spesa delle famiglie dal 3,1 al 3,4%, il suo contributo all'economia complessiva dall'1,9 al 2,1%. Analogamente mostra la spesa sanitaria privata stimata attraverso il sistema delle statistiche europee dei conti della sanità che include anche la componente sostenuta dai regimi di finanziamento volontari. Nel periodo 2012-2016 reso disponibile da ISTAT (ISTAT, 2017), la spesa sanitaria privata mostra una crescita media annua del 2%, con una diminuzione dello 0,3% nel 2013 e aumenti del 3,5% e del 4,5% nel 2014 e nel 2015 (Tabella 8.2). Nell'ultimo anno considerato (2016) la sua incidenza sul totale della spesa sanitaria è stata del 24,9%, in leggera diminuzione rispetto al 2015 (25,1%) ma comunque in aumento rispetto al 2013 (23,9%).

Le tre variabili considerate (PIL, spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria delle famiglie) mostrano negli ultimi dieci anni una marcata correlazione sintetizzata dalla sostanziale stabilità degli indici di spesa rispetto al PIL. Tale stabilità può essere ricondotta a due diversi meccanismi. Da una parte, l'intensità dei vincoli di finanza pubblica e la loro progressiva efficacia, in risposta alla crisi, sembrano avere stabilmente agganciato la dinamica della spesa sanitaria pubblica ai tassi di crescita (decrescita) del PIL. Dall'altra, le dinamiche del reddito sembrano essersi proporzionalmente riflesse sui consumi sanitari privati (elasticità intorno all'unità o lievemente superiore).

Le cautele interpretative sono in questo caso d'obbligo. Assunto un quadro di correlazioni tra le tre variabili, la natura dei nessi causali e la loro direzione non sono, infatti, di semplice decifrazione, a partire dall'ipotesi, spesso implicitamente assunta, di residualità della spesa privata. Secondo tale ipotesi il cittadino dovrebbe rivolgersi al privato solo quando il sistema pubblico non è in grado di fornire per obiettivi di appropriatezza, ragioni di equità o vincoli di bilancio servizi che possano rispondere ai propri bisogni (Levaggi e Turati, 2011). In tal caso, riduzioni di spesa sanitaria pubblica, a parità di altre condizioni, dovrebbero causare aumenti in quella privata (Armeni e Ferré, 2014; Del Vecchio, Fenech, Prenestini, 2015).

Tuttavia, l'osservazione degli andamenti delle variabili non fornisce evidenze in tal senso. Ciò che rende particolarmente difficile comprendere come spesa pubblica (offerta e consumo) e spesa privata (consumo) possano interagire è la presenza di un effetto di reddito. Così al ridimensionamento dell'offerta pubblica, conseguente alla crisi economica, pur in presenza di una maggiore domanda potenziale di consumo sanitario privato, potrebbe non corrispondere un aumento del consumo effettivo, in quanto i vincoli di bilancio sulle famiglie «mordono» con maggiore intensità (dominanza dell'effetto reddito). La stessa ipotesi di residualità potrebbe essere messa in discussione ed essere assunta l'ipotesi di una correlazione positiva tra qualità e quantità di consumi pubblici, da una parte, e consumi privati, dall'altra, nel senso che «maggiori quantità» di servizi sanitari pubblici potrebbero indurre negli individui e nelle famiglie una maggiore propensione a investire nella propria salute. Il tema verrà comunque meglio approfondito in seguito (§ 8.5.1) attraverso un'analisi sui dati regionali.

Nell'analisi delle relazioni tra spesa pubblica e privata il dibattito si concentra spesso sulle relazioni tra queste e il PIL, tralasciando il confronto tra il peso che queste assumono nei «panieri di spesa» della pubblica amministrazione e delle famiglie. Adottando questa prospettiva, i dati rivelano come la sanità sia una componente particolarmente stabile rispetto ad altre voci di spesa, in entrambi i casi. Per quanto riguarda la spesa pubblica corrente, si registra una sostanziale invarianza intorno ai valori del 14% tra il 2012 e il 2015 (ultimo anno disponibile, vedi Tabella 8.2). Sempre considerando i dati dei nuovi conti nazionali, anche

la spesa sanitaria delle famiglie (residenti e non) sul territorio economico, in percentuale del paniere complessivo, rimane sostanzialmente stabile tra il 2012 e il 2016, contrariamente ad altri elementi del paniere che manifestano un progressivo cambiamento di peso nel portafoglio familiare (Tabella 8.3). I valori si stabilizzano dopo il 2013 e, in alcuni casi, mostrano un'inversione di tendenza: da una parte, continua a diminuire il peso delle spese per mobili e manutenzione della casa (dal 7% del 2007 al 6,2% del 2016) e, dall'altra, diminuisce il peso relativo della spesa per abitazione e utenze dopo un aumento di ben quattro punti percentuali tra il 2007 e il 2013 (da 20,8% al 24,4%).

In un quadro di ridefinizione dei pesi di alcune componenti del paniere familiare, si qualifica meglio un giudizio di sostanziale stabilità della quota della spesa sanitaria, la quale, seppur condizionata dalle dinamiche del reddito, non risulta molto «comprimibile» o «estensibile» rispetto ad altri *item* di spesa. Una valutazione di merito sul peso che la spesa sanitaria delle famiglie assume nel bilancio familiare deve, evidentemente, tener conto di altre variabili, sebbene il rapporto con altre voci, segnatamente la voce di spesa per «bevande alcoliche, tabacco, narcotici», che raggiunge livelli di spesa addirittura superiori a quello della spesa sanitaria, andrebbe attentamente considerato in qualunque discussione circa la sostenibilità di quest'ultima.

L'Indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie recentemente rivisitata fornisce ulteriori elementi a supporto della tenuta della componente sanitaria nel paniere familiare pur mostrando, evidentemente, diversi ordini di grandezza

Tabella 8.3 **Spesa per consumi finali sul territorio economico delle famiglie residenti e non residenti (composizione percentuale)**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Alimentari e bevande non alcoliche	14,6	14,5	14,8	14,5	14,3	14,3	14,4	14,3	14,3	14,3
Bevande alcoliche, tabacco, narcotici	4,3	4,1	4,1	4,0	4,0	4,2	4,2	4,1	4,1	4,1
Vestitario e calzature	6,7	6,7	6,5	6,6	6,6	6,3	6,2	6,3	6,3	6,2
Abitazione e utenze (*)	20,8	21,5	22,6	22,6	22,6	23,7	24,4	23,9	23,8	23,7
Mobili e manutenzione casa (**)	7,0	6,8	6,7	6,9	6,8	6,4	6,3	6,3	6,2	6,2
Sanità	3,1	3,2	3,2	3,1	3,3	3,3	3,3	3,4	3,5	3,4
Trasporti	13,0	12,8	12,3	12,2	12,3	12,2	11,9	12,0	12,0	12,3
Comunicazioni	2,9	2,7	2,8	2,8	2,7	2,7	2,5	2,3	2,3	2,3
Ricreazione e cultura	7,0	6,8	7,0	7,2	7,1	6,8	6,5	6,5	6,6	6,7
Istruzione	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,0
Alberghi e ristoranti	9,1	9,1	9,4	9,4	9,4	9,6	9,7	9,8	9,9	10,1
Beni e servizi vari	10,7	10,8	9,6	9,7	10,0	9,6	9,7	10,0	9,9	9,6
Totale consumi delle famiglie	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili.

(**) mobili, elettrodomestici e manutenzione della casa.

Fonte: ISTAT (Nuovi Conti Nazionali, Edizione Marzo 2017)

Tabella 8.4 **Spesa per consumi delle famiglie residenti (composizione percentuale)**

	2013 *	2014	2015	2016
SPESA MEDIA MENSILE FAMILIARE (=100)	2471,1	2488,5	2499,4	2524,4
Prodotti alimentari e bevande analcoliche	17,8	17,5	17,7	17,7
Bevande alcoliche e tabacchi	1,7	1,7	1,8	1,8
Abbigliamento e calzature	4,4	4,6	4,6	4,7
Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili	37,2	36,7	36,1	35,8
Mobili, articoli e servizi per la casa	3,8	4,1	4,2	4,2
Servizi sanitari e spese per la salute	3,9	4,4	4,5	4,5
Trasporti	10,5	10,3	10,6	10,7
Comunicazioni	2,8	2,6	2,5	2,5
Ricreazione, spettacoli e cultura	4,9	4,9	5,1	5,2
Istruzione	0,5	0,6	0,6	0,6
Servizi ricettivi e di ristorazione	4,8	4,4	4,9	5,1
Altri beni e servizi	7,7	8,1	7,5	7,3

*anno di partenza della nuova indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie.

Fonte: ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie, 2017)

(Tabella 8.4). Prendendo a riferimento il periodo successivo al 2013 (anno di partenza della nuova indagine) il peso della sanità nel paniere delle famiglie italiane residenti rimane infatti stabile intorno al 4,5%. Nello stesso periodo, dinamiche differenziate caratterizzano i diversi beni e servizi considerati in una fase di ripresa dell'economia. Aumentano le spese per servizi ricettivi e di ristorazione e anche le spese per beni e servizi ricreativi, spettacoli e cultura, fino a raggiungere un peso percentuale rispettivamente del 5,1 e del 5,2%. Sulla spesa per beni e servizi non alimentari a pesare è soprattutto la voce abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili che passa dal 37,2% del 2013 al 35,8% del 2015.

Con una dinamica inflazionistica prossima allo zero (0,2% e 0,1% le variazioni dell'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività nazionale rispettivamente nel 2014 e nel 2015) questo quadro dovrebbe confermarsi anche in termini reali. Bisogna, comunque, notare come ogni confronto tra dinamiche della spesa sanitaria e quelle relative ad altre componenti del paniere familiare riflettano inevitabilmente le dinamiche di prezzo relative. I consumi reali di servizi sanitari, soprattutto per alcune tipologie, potrebbero infatti essere aumentati più di quanto i dati di spesa non lascino trasparire, se i prezzi relativi fossero diminuiti nel frattempo. Qualche segnale in tal senso sembra emergere. Si tratta, comunque, di una prospettiva di analisi complessa qui non approfondita.

8.3.2 La spesa per *copayment* delle famiglie

Nell'analizzare la relazione tra consumi privati e sistema pubblico non si può non tenere conto delle dinamiche che si manifestano sul lato della compartecipazione alla spesa. Nato con il doppio scopo di migliorare il governo della domanda e, allo stesso tempo, garantire una fonte alternativa di finanziamento, il *ticket* viene introdotto per la prima volta in Italia nel 1978 nell'ambito della spesa farmaceutica, ma rimane lontano dai «riflettori» fino a tempi relativamente recenti. L'introduzione nel 2011 del cosiddetto «*super-ticket*» per la specialistica ambulatoriale e la recente crisi economica, pongono, infatti, una serie di questioni sulla sua efficacia e sul suo impatto in termini di equità (Fenech e Panfili, 2013). Negli ultimi dieci anni disponibili, la spesa per *copayment* delle famiglie – prevista sulle prestazioni specialistiche (visite, analisi, accertamenti diagnostici), sul pronto soccorso (se non si tratta di emergenze) e sull'acquisto di farmaci – è aumentata fino al 2012, registrando un incremento di circa 500 milioni di euro (Tabella 8.5), per poi stabilizzarsi negli ultimi tre anni disponibili.

Il dato mostra un andamento oscillatorio in particolare quando lo si guarda in percentuale della spesa sanitaria totale delle famiglie: la spesa per *copayment* passa dal livello minimo del 5,1% nel 2006 al livello massimo del 9,2% del 2012, per poi assestarsi all'8,2% nel 2016. Se l'incremento iniziale è imputabile alla vistosa crescita della spesa per compartecipazione farmaci sul totale della spesa delle famiglie per beni sanitari (dal 3,3 all'11,5%), la diminuzione degli ultimi anni sembra riconducibile alla riduzione del peso del *ticket* sulla spesa delle famiglie per servizi ambulatoriali (dal 9,3 del 2014 all'8,3% del 2015). Quest'ultimo trend segnala come i mercati stiano progressivamente reagendo alle politiche del *super-ticket* sia sul lato della domanda che dal lato dell'offerta privata

Tabella 8.5 **La spesa per compartecipazioni in Italia (beni e servizi)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Spesa totale per compartecipazioni											
Miliardi di euro	1,5	1,7	1,8	2,0	2,2	2,7	3,0	2,9	3,0	2,9	2,9
In % della spesa sanitaria delle famiglie	5,1	5,7	5,8	6,5	7,1	8,1	9,2	9,2	8,6	8,3	8,2
Ticket servizi sanitari (Specialistica ambulatoriale, PS, altre prestazioni)											
Miliardi di euro	1,1	1,2	1,1	1,2	1,2	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4	1,4
In % della spesa delle famiglie per servizi ambulatoriali	8,3	8,9	7,7	8,6	8,6	9,3	9,3	9,7	9,2	8,3	n.a.
Compartecipazione farmaci (quota compartecipazione sul prezzo di riferimento e ticket fisso per ricetta)											
Miliardi di euro	0,4	0,5	0,6	0,9	1,0	1,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
In % della spesa sanitaria delle famiglie per beni	3,3	4,0	4,6	7,2	8,0	9,9	11,7	11,5	11,6	11,5	n.a.

Fonte: elaborazioni OCPS su dati ISTAT (Nuovi Conti Nazionali) e Corte dei Conti (vari anni)

che, sulla spinta di alcuni operatori, tiene esplicitamente conto dei livelli dei *ticket* nella formulazione del *pricing* (Del Vecchio e Rappini, 2011).

Una riflessione a parte meritano, invece, i farmaci, ambito in cui la compartecipazione alla spesa è composta da due elementi: da una parte, il pagamento della differenza di prezzo tra il farmaco generico a prezzo più basso e i farmaci con prezzo più alto (farmaci *branded* e generici più costosi), qualora l'utente decida di optare per il secondo, e, dall'altra il *ticket* in senso stretto (*ticket* in quota fissa regionale). Come si vedrà nel par. 8.4.2, la maggior parte della compartecipazione alla spesa farmaceutica pubblica è data dalla prima componente, segnalando una propensione per l'acquisto dei *branded* rispetto ai generici.

8.3.3 Il contributo dello Stato alla spesa sanitaria delle famiglie

Nell'analisi della spesa sanitaria privata andrebbe anche considerato il contributo pubblico a sostegno della spesa della popolazione residente. Il testo unico sui redditi delle persone fisiche prevede, infatti, una detrazione del 19% per le spese sanitarie. Come illustrato in Tabella 8.6, nel 2015 la detrazione ha comportato mancati introiti IRPEF per poco meno di 3,2 miliardi (1,4 ove si guardi ai soli pensionati), circa 800 milioni in più del 2009 (con un aumento del 32%) (Corte dei Conti, 2017). Va qui considerato che gli importi sono al netto della franchigia prevista per questo tipo di spesa (129 euro per contribuente) e che, i più rigidi criteri di premialità del fisco, portano a escludere alcune voci di spesa sanitaria. Si tratta, per esempio, delle attività legate a cure preventive o riabilitative non collegate a una specifica prescrizione medica. Bisogna sottolineare come le detrazioni non coprano l'intero perimetro della spesa sanitaria privata potenzialmente interessata. Infatti, una quota non facilmente determinabile della spesa è a carico di soggetti «incapienti» (non soggetti, quindi, a un onere di imposta che possa essere ridotto). Inoltre, rimane l'area (anche questa difficilmente quantificabile) per la quale l'incentivo del beneficio fiscale non è stato in grado di contrastare l'interesse a non dichiarare le spese per servizi sanitari. Nonostante questi limiti, i dati provenienti dalla dichiarazione dei redditi, oltre a indicare l'ammontare del beneficio fiscale sulla spesa sanitaria delle famiglie, confermano le indicazioni relative alle tendenze in atto e forniscono ulteriori elementi a supporto delle analisi territoriali e socio demografiche (§ 8.5.1). La spesa (e la conseguente detrazione) è per circa il 59% destinata a residenti delle Regioni del Nord, a cui è riconducibile il 55% del reddito complessivo. Sono poi i contribuenti tra i 15.000 e i 40.000 euro che presentano, nel periodo 2009-2015, i tassi di crescita delle spese più marcati. A questa stessa classe di reddito è riferibile oltre il 62% della spesa a fronte di una quota di reddito di poco superiore al 54%. I contribuenti con più di 50.000 euro di reddito denunciano spese per il 14,6% del totale e redditi per il 23%.

Tabella 8.6 Il contributo della fiscalità alla spesa sanitaria delle famiglie (anno 2015 e differenze con il 2009)

	Spesa sanitaria (base per detrazione)		Distribuzione geografica contribuenti (%)	Quota contribuenti con spese mediche (%)	Distribuzione geografica redditi dichiarati (%) 2015	Distribuzione geografica spesa sanitaria (%)	Reddito complessivo medio	2015/2009 Δ (%)	Importi medi spesa sanitaria (per soggetti che presentano la spesa)		Sanità/reddito (%) 2015	Sanità/reddito (%) 2009	Sanità media/ reddito medio (%) 2015	Detrazione in milioni di euro 2015
	2015	2009							2015	Δ (%)				
Piemonte	1.402.859	1.060.662	7,8	44,4	8,4	8,4	21.989	10,3	997	9,0	2,0	1,6	4,5	266,5
Valle d'Aosta	42.529	32.359	0,2	45,8	0,3	0,3	21.833	6,3	954	9,0	2,0	1,6	4,4	8,1
Lombardia	3.809.767	2.892.277	17,4	47,3	20,6	22,8	24.235	8,8	1.136	7,5	2,2	1,8	4,7	723,9
Liguria	559.835	431.240	2,9	46,2	3,1	3,4	21.856	8,2	1.031	10,0	2,2	1,7	4,7	106,4
PA Trento	178.337	135.370	1,0	46,8	1,0	1,1	20.847	6,0	920	7,2	2,1	1,7	4,4	33,9
PA Bolzano	175.992	124.475	1,0	40,7	1,1	1,1	22.587	10,5	1.026	8,5	1,9	1,5	4,5	33,4
Veneto	1.635.835	1.178.897	8,7	48,8	9,1	9,8	21.418	10,2	949	12,9	2,2	1,7	4,4	310,8
Friuli Ven. Giulia	408.603	311.627	2,3	47,6	2,4	2,4	21.390	9,5	933	9,0	2,1	1,7	4,4	77,6
Emilia Romagna	1.602.093	1.242.045	8,1	48,5	9,0	9,6	22.470	10,3	993	10,6	2,2	1,8	4,4	304,4
Nord	9.815.850	7.408.952	49,4	47,1	54,9	58,8	22.712	9,5	1.035	9,4	2,2	1,8	4,6	186,5
Toscana	1.104.453	822.473	6,6	43,8	6,8	6,6	20.987	8,5	932	10,8	1,9	1,6	4,4	209,8
Umbria	224.265	162.240	1,5	42,4	1,4	1,3	19.260	6,7	846	10,3	1,9	1,4	4,4	42,6
Marche	430.508	321.087	2,7	46,6	2,5	2,6	19.085	9,0	830	11,9	2,0	1,6	4,4	81,8
Lazio	1.857.610	1.508.625	9,5	43,4	10,3	11,1	22.338	5,2	1.109	2,6	2,2	1,9	5,0	352,9
Centro	3.616.836	2.814.425	20,4	43,9	21,2	21,7	21.230	6,9	992	6,4	2,1	1,7	4,7	687,2
Abruzzo	276.439	188.942	2,2	38,7	1,9	1,7	17.371	9,6	789	9,9	1,8	1,3	4,5	52,5
Molise	51.808	38.049	0,5	34,7	0,4	0,3	15.642	7,5	704	6,4	1,6	1,2	4,5	9,8
Campania	805.123	600.762	7,7	31,9	6,3	4,8	16.684	5,4	801	-5,8	1,5	1,2	4,8	153
Puglia	732.584	525.217	6,3	38,8	4,8	4,4	15.821	6,2	740	7,8	1,8	1,4	4,7	139,2
Basilicata	87.104	63.492	0,9	33,2	0,7	0,5	15.733	8,8	688	3,5	1,5	1,1	4,4	16,5
Calabria	272.976	210.115	2,9	31,1	2,1	1,6	14.571	6,2	742	0,3	1,6	1,2	5,1	51,9
Sicilia	760.652	614.042	7,1	35,3	5,5	4,6	15.858	4,1	746	5,1	1,7	1,4	4,7	144,5
Sardegna	285.877	213.154	2,6	33,5	2,2	1,7	17.361	6,0	812	7,6	1,6	1,2	4,7	54,3
Sud	3.272.563	2.454.773	30,2	34,8	23,9	19,6	16.170	5,9	764	3,3	1,6	1,3	4,7	621,8
Non indicata	0	0	0,0	0,0	0,0	0	3.390	7,7					0,0	0,0
TOTALE	16.705.249	12.678.153	100,0	42,7	100,0	100	20.431	8,3	959	7,2	2,0	1,6	4,7	3174

Fonte: Corte dei Conti (2017) su dati MEF.

8.4 La struttura dei consumi sanitari privati: dati e prospettive a confronto

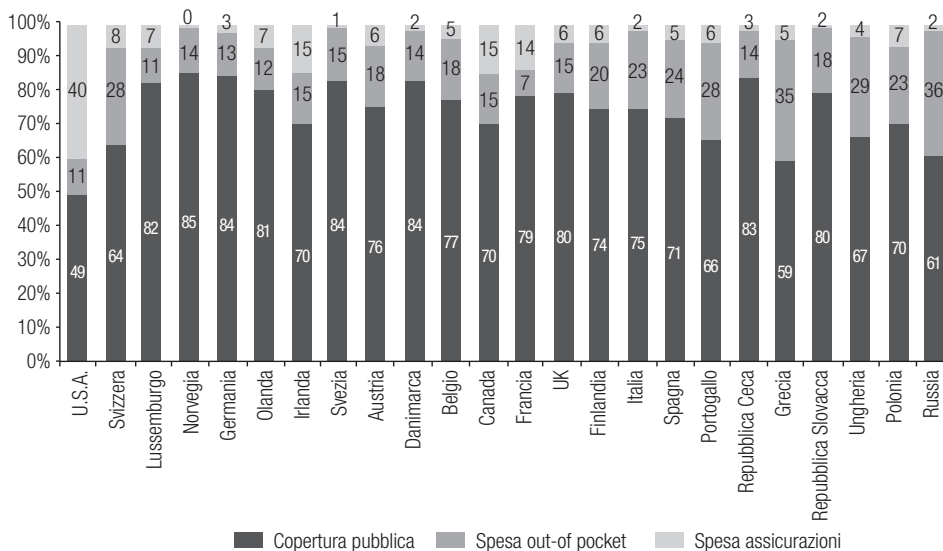
Il dato analitico della spesa sanitaria privata è sempre più presente nei principali rapporti e pubblicazioni del settore, ma le classificazioni differiscono e le stime non sempre consentono interpretazioni univoche. La scomposizione della spesa sanitaria nelle sue diverse voci componenti, seppur da «maneggiare con cautela», può però fornire spunti interessanti e pertanto il paragrafo si propone di illustrare il quadro di dettaglio della spesa in modo organico e sistemico attraverso tre chiavi di lettura: le fonti di finanziamento della spesa privata, le funzioni di spesa (oggetti di acquisto), le direzioni dei flussi monetari (verso sistemi pubblici e/o privati).

8.4.1 I CPS per canale di finanziamento

Riprendendo la classificazione del SHA sui regimi di finanziamento dell'assistenza sanitaria (ICHA-HF), la spesa sanitaria privata si distingue, innanzitutto, tra spesa sanitaria *out of pocket*, cioè interamente o parzialmente (per esempio, *ticket*, o quota rimborsata dalle assicurazioni) a carico delle famiglie e spesa sanitaria intermediata da assicurazioni.

Nell'ottica di un confronto internazionale (Figura 8.4), il dato sul peso della spesa sanitaria privata in percentuale del totale (circa 25%) è vicino ai Paesi di

Figura 8.4 Spesa sanitaria totale per fonte di finanziamento, 2015 (o anno più vicino)



Fonte: OECD Health Statistics 2015.

stampo «universalistico» come Francia (21%), Regno Unito (20%) e Germania (16%). Il nostro Paese presenta, tuttavia, una peculiarità rispetto a questi Paesi: la maggior parte della spesa sanitaria privata è di tipo *out of pocket*, cioè non intermediata da assicurazioni sanitarie. Secondo i dati in figura, la spesa sanitaria *out of pocket* rappresenta in Italia circa il 23% della spesa sanitaria totale, in Francia il 7%, in Germania il 13% e in Gran Bretagna il 15%.

Dunque, secondo i dati OECD, recentemente revisionati da ISTAT (Tabella 8.7), solo il 2% della spesa sanitaria totale è intermediato in Italia, dato che però sembra destinato ad aumentare. Rimane, infatti, ancora esclusa dalla stima per l'Italia la spesa sanitaria finanziata attraverso i fondi sanitari integrativi per la quale ISTAT prospetta «un utilizzo integrato delle informazioni di tipo amministrativo su cui ci sono ancora difficoltà» (ISTAT, 2017).

Una stima accurata dell'entità della spesa privata intermediata non è comunemente agevole (Cavazza e De Pietro, 2011). Le difficoltà nascono, in parte, dalla circostanza che nella stima dei consumi sanitari delle famiglie è incorporata una quota difficilmente quantificabile di spesa successivamente rimborsata da assicurazioni e fondi. Si tratta di una spesa che avviene al di fuori degli accordi di convenzionamento diretto fondi-erogatori e che quindi viene rimborsata *ex post* su presentazione della fattura. Rimane poi il problema della stima della parte intermediata in modo diretto, calcolabile solo da fonti amministrative delle compagnie e non sul lato della domanda. Inoltre, la stima della componente intermediata può avvenire, alternativamente, sul versante dei premi incassati o su quello dei rimborsi erogati a famiglie o erogatori. Nel rimandare a precedenti Rapporti OCPS per un approfondimento specifico (De Pietro, 2015; Cavazza, De Pietro, Del Vecchio, Rappini, 2016), qui si rileva che il dato che appare più attendibile – e che comprende tutte le diverse forme di copertura integrativa (Fondi Assicurati e Casse Aziendali, Fondi in Autogestione, Casse Professionali, Assicurazioni Individuali, Mutue) – è quello fornito dai principali operatori del settore che colloca, per il 2015, l'insieme dei rimborsi intorno ai

Tabella 8.7 **Spesa sanitaria privata per regimi di finanziamento 2012-2016**
(miliardi di euro)

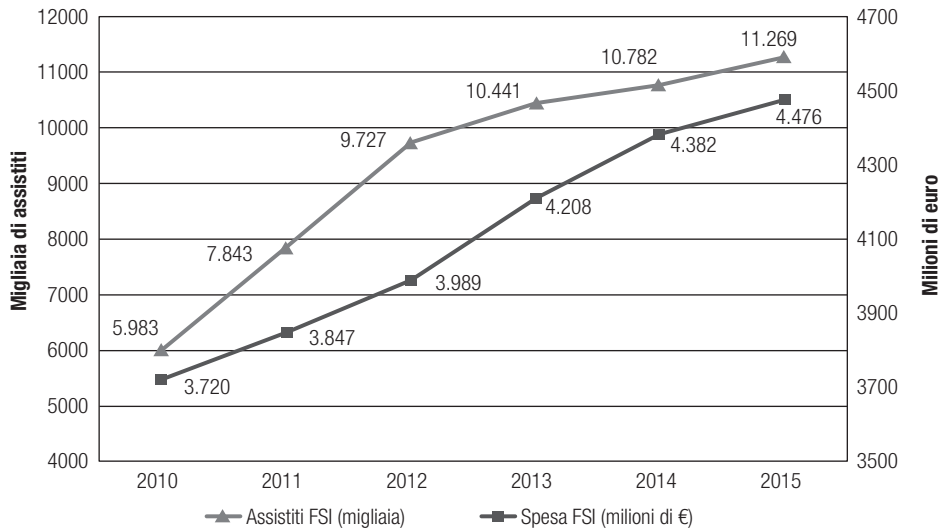
La spesa sanitaria privata	2012	2013	2014	2015	2016
Spesa diretta delle famiglie	31,3	31,3	32,3	33,8	33,9
Regimi di finanziamento volontari, di cui:	3,2	3,1	3,2	3,4	3,4
• Assicurazioni sanitarie volontarie(*)	2,3	2,2	2,2	2,2	2,2
• Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6
• Regimi di finanziamento da parte delle imprese	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6
Totale	34,5	34,4	35,5	37,2	37,3

* la stima è basata principalmente sui dati di bilancio delle imprese assicuratrici e vengono utilizzati gli indennizzi pagati dalle assicurazioni nel ramo malattia.

Fonte: ISTAT-SHA (2017).

4,5³ miliardi di euro, con una popolazione coperta di più di circa 11 milioni di persone. Entrambe le variabili registrano una netta crescita negli ultimi cinque anni disponibili (Figura 8.5).

Figura 8.5 **Spesa sanitaria intermediata e numero di assistiti di Fondi Sanitari Integrativi (FSI), Società di Mutuo Soccorso, Casse Mutue e Assicurazioni, 2010-2015**



Fonte: RBM Assicurazione Salute (2016)

La classificazione ICHA-HF include (nei regimi di finanziamento volontari) anche le spese sostenute da imprese e istituzioni senza scopo di lucro, le quali trovano una stima puntuale da parte di ISTAT con l'entrata in vigore nel 2016 del regolamento europeo per la produzione di dati armonizzati (precedente Tabella 8.7). Il dato riferito alla spesa sostenuta dalle imprese per la promozione della salute nei luoghi di lavoro, in particolare, appare in linea con i dati inviati dai Medici Competenti a INAIL sui lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria (circa 5,4 milioni di lavoratori).

8.4.2 I CPS per funzione di spesa

I 33,9 miliardi di euro di spesa diretta delle famiglie residenti per il 2016, di fonte ISTAT-SHA, sono costituiti per circa 5,1 miliardi da spesa per servizi ospe-

³ La stima OECD in figura 7.4 riconduce a delle stime inferiori in quanto riprende le stime ISTAT su dati ANIA sui premi contabilizzati rispetto alle polizze malattia che ammontano a poco più di 2 miliardi di euro.

Tabella 8.8 La composizione della spesa sanitaria delle famiglie residenti nel periodo 2012-2016 (dati in miliardi di euro)

Servizi sanitari e spese per la salute (COICOP)	2012	2013	2014	2015	2016	Tasso di crescita 2012-2016 (%)
Servizi ospedalieri *	4,9	5,0	5,0	5,1	5,1	4,1
Servizi Ambulatoriali **	13,8	13,6	14,6	15,7	15,6	13,0
Medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali ***	12,6	12,7	12,7	13,0	13,2	4,8
Totale	31,3	31,3	32,3	33,8	33,9	8,3

* Nei servizi ospedalieri sono inclusi (oltre i ricoveri in cliniche e ospedali) anche i trattamenti in day-care, home-care e i ricoveri in residenze assistenziali a lungo termine con una prevalente funzione sanitaria.

** Nei servizi ambulatoriali sono ricomprese (oltre alle visite mediche) anche le cure dentali e i servizi paramedici quali, in particolare, gli esami diagnostici, i trattamenti riabilitativi e di medicina non convenzionale (es. chiropratici).

*** Secondo la classificazione COICOP nei medicinali (oltre ai farmaci in senso stretto) sono da ricomprendere anche i prodotti omeopatici, le vitamine e altri integratori che sono esclusi dalla stima ISTAT-SHA.

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-SHA (2017)

dalieri, 15,6 miliardi da spesa per servizi ambulatoriali e 13,2 miliardi da spesa per medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali (Tabella 8.8). Questa riclassificazione delle funzioni di spesa in tre componenti si basa sul noto sistema internazionale «COICOP a tre cifre»⁴ ed è utile per un primo macro-inquadramento della spesa sanitaria privata. Dall'osservazione degli ultimi cinque anni resi disponibili da ISTAT spicca un tasso di crescita del 13% per i servizi ambulatoriali e un tasso di crescita di circa il 5% per i beni e del 4% per i servizi ospedalieri (Tabella 8.8).

Al fine di poter disporre di analisi più approfondite, in questi anni OCPS ha avviato un lavoro di confronto tra i dati ufficiali e le stime ricavabili da fonti diverse in modo da scorporare e valutare il peso di alcuni aggregati «chiave» come la spesa per ricoveri in cliniche e ospedali, quella per dentisti e quella per prodotti farmaceutici.

Le recenti stime prodotte da ISTAT-SHA, in particolare, consentono di distinguere la spesa per ricoveri in cliniche e ospedali per acuti (in regime ordinario) da quelli per assistenza a lungo termine (Tabella 8.9). Pertanto, per quanto riguarda i ricoveri per acuti, è stata conseguentemente rivalutata la stima OCPS rilasciata in precedenti rapporti basata sui dati delle sole schede di dimissione ospedaliera del Ministero della Salute, pari a 440 milioni di euro (Rapporto SDO 2015). Tale dato considera la remunerazione teorica relativa ai ricoveri a pagamento ed è riferibile al sotto-insieme dei ricoveri effettuati in istituti pubblici e privati accreditati; sono pertanto esclusi i ricoveri per riabili-

⁴ La classificazione COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose*) è uno standard internazionale messo a punto dalla Divisione Statistica delle Nazioni Unite che viene usato, tra l'altro, per l'elaborazione degli indici dei prezzi al consumo.

Tabella 8.9 **La spesa diretta delle famiglie per assistenza sanitaria ospedaliera e domiciliare a lungo termine nel periodo 2012-2016 (dati in miliardi di euro).**

Funzione di assistenza sanitaria (ICHA-HF)	2012	2013	2014	2015	2016
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Assistenza ospedaliera in regime di <i>day hospital</i> per cura e riabilitazione	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine	2,8	2,9	3,0	3,0	3,0
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna a lungo termine	0	0	0	0	0
Assistenza (sanitaria) domiciliare a lungo termine	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Fonte: ISTAT-SHA (2017)

tazione e lungodegenza e quelli effettuati presso gli istituti privati autorizzati. Incrociando i dati amministrativi e campionari di varie fonti, la stima di ISTAT-SHA sembra avere pertanto maggiore consistenza. Il dato di circa 3 miliardi per assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine può essere ampliato ulteriormente considerando la più recente stima dell'indagine sulla Spesa Famiglie ISTAT che indica una spesa per assistenza anziani e/o disabili presso strutture, non classificabile come «sanitaria» ma ad essa strettamente correlata, pari a circa 500 milioni. Sempre la stessa indagine consente anche di stimare altre spese non classificate come sanitarie per LTC quali personale convivente e a domicilio per assistenza anziani e/o disabili (oltre 1,7 miliardi).

Rimanendo in tema di servizi e passando a un ambito storicamente associato alla spesa sanitaria privata, gli Studi di settore dell'Agenzia delle Entrate rappresentano una fonte utile per comprendere la dimensione economica associata alle cure odontoiatriche. Tale fonte produce una stima dei «ricavi e compensi dichiarati dei servizi degli studi odontoiatrici» e dei «ricavi e compensi dichiarati per la fabbricazione e riparazione di protesi dentarie» (servizi degli studi odontotecnici), ottenuta moltiplicando i «ricavi o compensi medi dichiarati» per il «numero di contribuenti» (persone fisiche, società di persone, società di capitali). Il dato per il 2015 (ultimo dato disponibile) è di circa 8 miliardi di euro per i servizi degli studi odontoiatrici. Tali stime non comprenderebbero una quota strutturale di evasione che in Italia si può ipotizzare essere intorno al 18% per i servizi professionali⁵ (ISTAT, 2015). Il dato complessivo di spesa per servizi odontoiatrici per il 2015 potrebbe pertanto attestarsi sui 9,3 miliardi di euro. Il dato include la stima di circa 1,1 miliardi di euro di ricavi per la fabbricazione di protesi, sempre dell'Agenzia delle Entrate, che si ipotizza essere in-

⁵ Sulla base della revisione dei Conti Nazionali, ISTAT ha rilasciato il 4 Dicembre 2015 le nuove stime per l'economia non osservata, relativamente al 2013. Per quanto riguarda la stima della quota di evasione per la categoria dei dentisti, il dato si riferisce alla stima sulla quota di «sottodichiarazione» del fatturato relativa ai liberi professionisti.

corporata nella fattura finale degli studi odontoiatrici. Anche l'Indagine ISTAT sulla Spesa delle Famiglie fornisce per il 2015 un dato analogo (8,7 miliardi) per cui si rileva, rispetto alle stime delle edizioni precedenti alla revisione, una rivalutazione consistente (di oltre il 50%).

Per quanto riguarda i beni e, in particolare, la voce «medicinali» vi sono alcuni importanti scarti tra le principali rilevazioni di settore, in parte spiegati dalla differenza tra il concetto di «farmaco» utilizzato da Contabilità Nazionale e quello di «medicinale» utilizzato nell'Indagine ISTAT sulla Spesa delle Famiglie (e ripreso dalla Corte dei Conti). LAIFA (Rapporto OSMED) stima che la spesa per farmaci erogati tramite le farmacie aperte al pubblico da parte delle famiglie ammonti a circa 8,4 miliardi di euro (Tabella 8.10), dato in linea anche con altre fonti istituzionali (OSFAR-CERGAS SDA Bocconi). Come prevedibile, la maggior parte della spesa si concentra su farmaci di automedicazione e su farmaci con obbligo di prescrizione non rimborsabili (fascia C). Sommando alle stime sui farmaci, i circa 5 miliardi di euro di altre voci associabili ai medicinali generalmente intesi (prodotti omeopatici, ad uso erboristico, nutrizionali, integratori, presidi medico chirurgici ecc.) il dato arriva ai circa 13,6 miliardi di euro stimati da ISTAT attraverso l'Indagine sulla spesa delle famiglie per «medicinali». È una conferma di come, nel percepito del consumatore, i «farmaci» non esauriscano il variegato ed esteso universo di bisogni di salute che trovano invece risposta nel più ampio insieme dei «medicinali». Sempre nell'ottica del consumatore, è da rilevare l'importanza del dato sull'esborso degli utenti per la differenza tra prezzo del farmaco *branded* e prezzo di riferimento (prezzo più basso in lista di trasparenza). Il dato rileva il permanere di un forte legame di fiducia con il *brand* (circa 1 miliardo di euro), contrariamente a quanto ci si sarebbe potuti aspettare.

Tabella 8.10 **La spesa per medicinali (2016 o dato più recente), dati in milioni di euro**

La spesa delle famiglie per medicinali	Valori (milioni di euro)	Fonti
Spesa per farmaci in senso stretto, di cui:	8.380	
• <i>Ticket</i> in quota fissa regionale	524	
• Differenza prezzo di riferimento	997	AIFA (Rapporto OSMED) e OSFAR Cergas
• Acquisto privato di farmaci in fascia A	1.487	Bocconi
• Farmaci in fascia C con ricetta	2.997	
• Automedicazione (SOP e OTC)	2.375	
Spesa per altri medicinali (prodotti omeopatici, erboristici, integratori, pmc ecc.)	5.242	Stime OCPS su ISTAT Indagine Spesa e Federfarma
Spesa totale delle famiglie per medicinali	13.622	

Fonte: AIFA (Rapporto OSMED), OSFAR-CERGAS SDA Bocconi, Federfarma e ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie)

Lo sforzo di integrazione delle diverse fonti ha quindi portato OCPS a produrre delle stime della spesa sanitaria delle famiglie che permettono un maggiore livello di dettaglio rispetto ai macro aggregati utilizzati dalle classificazioni internazionali in uso (ICHA e COICOP), sebbene si tratti ancora di aggregati provvisori (Tabella 8.11). In particolare, non è stato possibile «nettare» tale spesa dai rimborsi previsti nel caso di coperture indirette, né considerare analiticamente la spesa sostenuta attraverso altri regimi di finanziamento volontari in quanto i dati non paiono ancora sufficientemente consistenti.

Considerando quindi la sola spesa delle famiglie, e la relativa approssimazione della stima qui proposta, si possono comunque confermare alcune precedenti analisi OCPS sulla composizione della spesa sanitaria privata. In sintesi, per quanto riguarda i servizi ospedalieri, dei circa 5,1 miliardi stimati da ISTAT-SHA circa il 35% sono riconducibili ai servizi pagati privatamente negli ospedali pubblici e privati accreditati. La maggior parte dei flussi è, invece, allocata nei servizi socio-assistenziali offerti in case di cura e residenze per anziani. Per quanto riguarda la spesa per servizi ambulatoriali, oltre la metà (54%) è dedicata alle spese per dentisti e la restante parte alle spese per visite specialistiche, analisi di laboratorio, esami diagnostici e trattamenti di riabilitazione. Infine, i prodotti sanitari pesano per quasi il 50% della spesa sanitaria delle famiglie, di cui buona parte è allocata per farmaci in senso stretto, ma non è da sottovalutare la componente degli integratori, dei parafarmaci e dei prodotti utilizzati dai pazienti per il monitoraggio delle proprie patologie o per migliorare la funzionalità fisica. Tale componente non è inclusa nelle stime rilasciate da ISTAT attraverso il nuovo sistema SHA e spiega la maggior parte della differenza tra le stime proposte in Tabella 8.11.

8.4.3 I CPS: una visione d'insieme dei flussi economici nel settore

Mettendo a sistema i dati precedenti e includendo le stime per l'attività a pagamento (*intramoenia*) nel pubblico, proponiamo, come per i rapporti precedenti, una visione di insieme che distingue, da un lato, tra beni e servizi e, dall'altro, tra componente pubblica e componente privata dell'offerta. Tale distinzione consente di identificare un'area dei consumi privati destinata a sostenere direttamente la spesa pubblica (Figura 8.6), escludendo così le risorse private legate al «puro» mercato. In questa prospettiva, la spesa sanitaria delle famiglie che confluisce verso il sistema pubblico, tramite l'attività a pagamento o il co-finanziamento di beni e servizi sanitari, risulta pari a circa 3,9 miliardi, cioè a circa il 10% della spesa sanitaria complessiva delle famiglie.

Se poi si focalizza l'attenzione sulle aree dove ci sono maggiori sovrapposizioni tra sistemi pubblici e circuiti privati, quali i servizi ambulatoriali (visite mediche, esami diagnostici e altri servizi ausiliari) e i farmaci (Figura 8.7), il pubblico emerge come *key player* del mercato. Dei 7,5 miliardi di spesa per ser-

Tabella 8.11 La spesa sanitaria delle famiglie italiane per voci di spesa (2016 o anno più recente).

Voci di spesa secondo la COICOP a tre cifre		ISTAT-SHA riclassificata COICOP		STIME OCPS SDA Bocconi su varie fonti		Micro voci di spesa		Euro (min)		% del totale		Fonti	
		Euro (min)	% del totale										
Servizi ospedalieri		5.100	15,1	Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione				1.403					
				Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione				460					
				Assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine				3.050		5.153		13,1	
				Assistenza (sanitaria) domiciliare				200				ISTAT (SHA) e Corte dei Conti	
				PS (<i>ticket</i>)				40					
Servizi Ambulatoriali		15.600	46,0	Servizi medici (visite specialistiche incluso <i>ticket</i>)				4.400				Agenzia delle Entrate, Corte dei Conti, ISTAT (indagine sulla Spesa e SHA)	
				Servizi da dentista				8.700					
				Servizi di laboratori di analisi ed esami radiografici (incluso <i>ticket</i>)				1.700		16.200		41,1	
				Altri servizi paramedici (bagni termali, chinesioterapia, ambulanza, noleggio di attrezzature terapeutiche, infermieri, psicologi, fisioterapisti, podologi, logopedisti, agopunturisti, ecc.)				1.400					
Medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali		13.200	38,9	Farmaci in senso stretto (fascia A, C, OTC, con <i>ticket</i>)				8.400				Agenzia delle Entrate, Federfarma, AIFA, ISTAT (indagine sulla Spesa)	
				Altri medicinali (prodotti omeopatici, erboristici, integratori, ecc.) *				5.200					
				Altri prodotti medicali (cerotti, siringhe, termometri, Kit da pronto soccorso, bendaggi, fasce elastiche)				1.100		18.100		45,9	
				Attrezzature e apparecchi terapeutici (occhiali e lenti a contatto correttivi, protesi uditive, riparazione e noleggio attrezzature)				3.400					
Totale		33.900	100	Spesa sanitaria totale delle famiglie				39.453		100			

*Questo elemento non viene considerato (o viene considerato solo in parte) nella stima ISTAT sulle spese sanitarie

Fonte: elaborazione OCPS su varie fonti

Figura 8.6 **La spesa sanitaria delle famiglie: un quadro d'insieme (2016 o anno più recente). Valori in miliardi di euro**

		Servizi	Beni	Spesa sanitaria totale delle famiglie
PUBBLICO	Copayment	1,4	0,5	3,9
	Intramoenia o differenza prezzo	1,0	1,0	
PRIVATO		18,9	16,6	35,5
TOTALE		21,3	18,1	39,4

Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA Corte dei Conti, ISTAT (Nuovi Conti Nazionali), Ministero della Salute

Nota. La spesa sanitaria privata totale, beni e servizi, è stimata sulla base dei Nuovi Conti Nazionali di ISTAT (2016); la spesa per compartecipazione è stimata sulla base dei dati AIFA (AIFA, 2015) e Corte dei Conti (Corte dei Conti, 2016); la spesa per *intramoenia* per la specialistica ambulatoriale è rilevata dal Ministero della Salute (Osservatorio Nazionale per la Libera Professione Intramuraria, 2015).

Figura 8.7 **La spesa sanitaria delle famiglie: sistema pubblico e mercato privato di servizi ambulatoriali e farmaci (2016 o anno più recente). Valori in miliardi di euro**

		Servizi ambulatoriali (esclusi dentisti)	Farmaci	Totale
PUBBLICO	Copayment	1,4	0,5	3,9
	Intramoenia o differenza prezzo	1,0	1,0	
PRIVATO		5,1	6,9	12
TOTALE		7,5	8,4	15,9

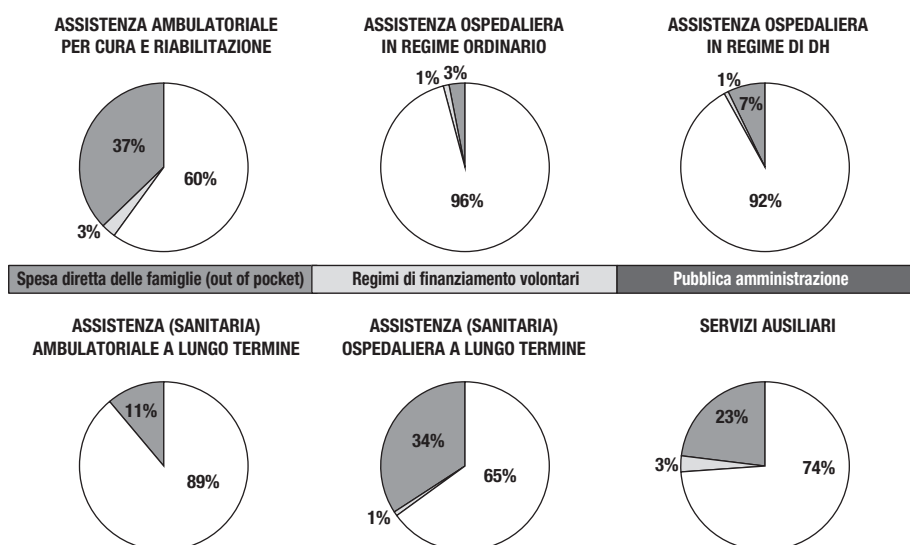
Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA Corte dei Conti, ISTAT (Nuovi Conti Nazionali), Ministero della Salute

Nota. La spesa sanitaria privata totale, beni e servizi, è stimata sulla base dei dati ISTAT-SHA (2017); la spesa per compartecipazione è stimata sulla base dei dati AIFA (AIFA, 2016) e Corte dei Conti (Corte dei Conti, 2017); la spesa per *intramoenia* è rilevata dal Ministero della Salute.

vizi ambulatoriali in senso stretto (escluse le cure dentali), la spesa per *ticket* e *intramoenia* ammonta a circa il 35%. Per quanto riguarda i farmaci, degli 8,4 miliardi di spesa, il *ticket* (inteso come *ticket* fisso regionale per ricetta o per confezione) e la spesa per la differenza con il prezzo di riferimento ammontano a quasi il 20%.

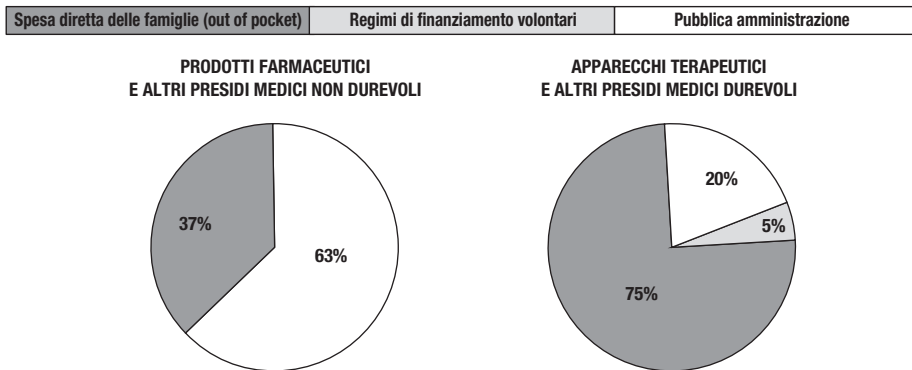
A una migliore comprensione delle caratteristiche di questa area di consumo, contribuiscono i dati di ISTAT-SHA, che rilevano per le diverse categorie di prodotti e servizi considerati nel paniere «sanità» gli schemi di finanziamento utilizzati (pubblica amministrazione, assicurazioni sanitarie volontarie, imprese e istituzioni senza scopo di lucro). Nel rimandare al già citato Rapporto OCPS 2015 per approfondimenti settoriali specifici, va qui segnalato che, a seconda della funzione di assistenza, cambia significativamente il mix di canali di finanziamento. In Figura 8.8 e in Figura 8.9 sono illustrate – per l'Italia – le stime relative a otto tipologie di funzioni selezionate tra quelle più significative per disponibilità di informazioni analitiche nell'ICHA-HC: (i) assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione; (ii) assistenza ambulatoriale a lungo termine; (iii) servizi ausiliari; (iv) assistenza ospedaliera in regime ordinario; (v) assistenza ospedaliera in regime di *day hospital*; (vi) assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine; (vii) prodotti farmaceutici e presidi medici non durevoli; (viii) apparecchi terapeutici e presidi medici durevoli.

Figura 8.8 **Spesa sanitaria per funzione di assistenza e schema di finanziamento (2016), servizi**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-SHA (2017)

Figura 8.9 **Spesa sanitaria per funzione di assistenza e schema di finanziamento (2016), beni**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-SHA (2017).

Nell'ambito dei servizi di cura e riabilitazione, l'assistenza ambulatoriale è la funzione in cui prevale il peso del finanziamento da parte delle famiglie (circa il 37%). All'estremo opposto vi sono, invece, i ricoveri ospedalieri per i quali la quota di spesa sanitaria privata risulta molto bassa (circa il 3,3% per i ricoveri ordinari e circa il 7,4% per i ricoveri in DH). Nell'assistenza a lungo termine, diversamente, il peso della spesa delle famiglie è maggiore per la funzione di assistenza ospedaliera (33,9%) rispetto a quella ambulatoriale (10,7%), mentre appare decisamente contenuta quella per assistenza sanitaria domiciliare (3,7%). Di rilievo anche la quota di finanziamento delle famiglie per servizi ausiliari (22,9%). Per i prodotti, la componente di spesa delle famiglie è quasi pari alla quota di finanziamento pubblico (42,4%) e raggiunge il 74,8% nel caso di apparecchi terapeutici e altri presidi medici durevoli. Si tratta dell'ambito di assistenza (quello degli apparecchi terapeutici e altri presidi medici durevoli) in cui i regimi di finanziamento volontari sembrano peraltro giocare, rispetto ad altre funzioni di assistenza, un certo ruolo (4,81%). Va qui, infine, segnalato come, nonostante la stima della componente intermedia della spesa sia ancora carente – non essendo stata ancora inclusa la spesa sostenuta dai fondi sanitari integrativi – sembra esservi una crescente attenzione dell'assicurazione salute al finanziamento della prevenzione rappresentata dal 10,5% di finanziamento della spesa per vaccinazioni (complessivamente pari a 5,4 miliardi nel 2016 secondo i dati ISTAT-SHA).

Tra il 2012 e 2016 (periodo reso disponibile da ISTAT-SHA) sono osservabili alcune dinamiche di rilievo (ISTAT, 2017). Innanzitutto, la spesa diretta delle famiglie per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione è aumentata in media annua del 3,7% con una crescita del 4,4% per la componente ambulatoriale. Su quest'ultima sembrano aver influito anche l'aumento dei livelli

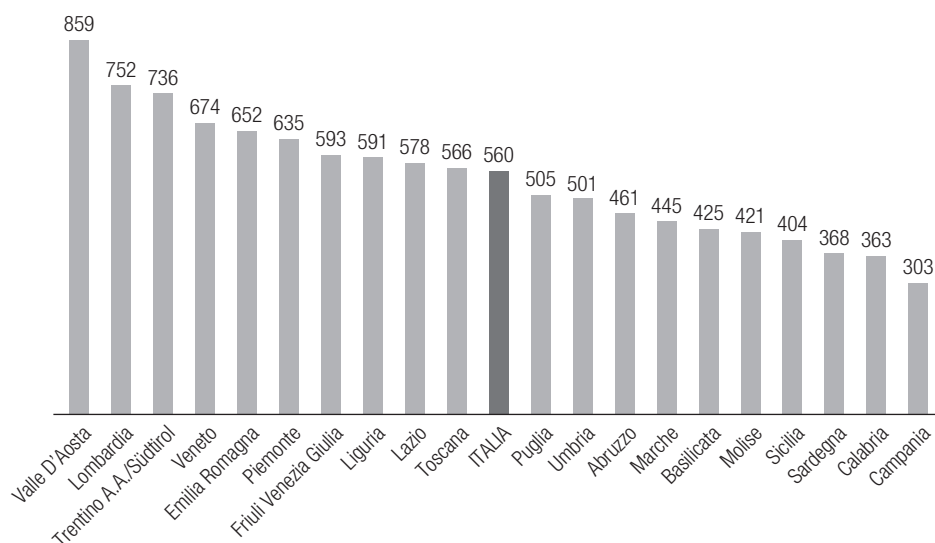
della compartecipazione (che avvicina le tariffe pagate nel pubblico a quelle del settore privato). Anche la spesa diretta delle famiglie per assistenza LTC ha registrato una crescita significativa (+2,1% in media annua), influenzata principalmente dagli aumenti della componente per assistenza ospedaliera (+1,8%) e di quella ambulatoriale (+4,5%). Infine, la crescita della spesa per prodotti (che ha registrato un aumento medio annuo del 2,7% nel periodo considerato) deriva, per la parte pubblica, dalla spesa per prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (+4,0%) e per quella privata dalla spesa per apparecchi e altri presidi medici (lenti correttive, lenti a contatto, apparecchi ortodontici e altro).

8.5 Dai consumi ai consumatori: differenze territoriali, caratteristiche socio-demografiche e «intenzioni» di spesa sanitaria

8.5.1 La spesa sanitaria delle famiglie per regione

A livello regionale si notano differenze rilevanti nella spesa sanitaria privata pro capite, differenze che definiscono un *ranking* molto netto tra le regioni (Figura 8.10). In linea con quanto già emerso nei rapporti precedenti, tale classifica sembra sottendere un legame positivo della spesa sanitaria delle famiglie, sia con il reddito sia con la qualità dell'offerta pubblica. Nelle primissime posizioni

Figura 8.10 **Spesa sanitaria annuale delle famiglie, media dei pro capite 2014-2016, per regione**



Fonte: elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie)

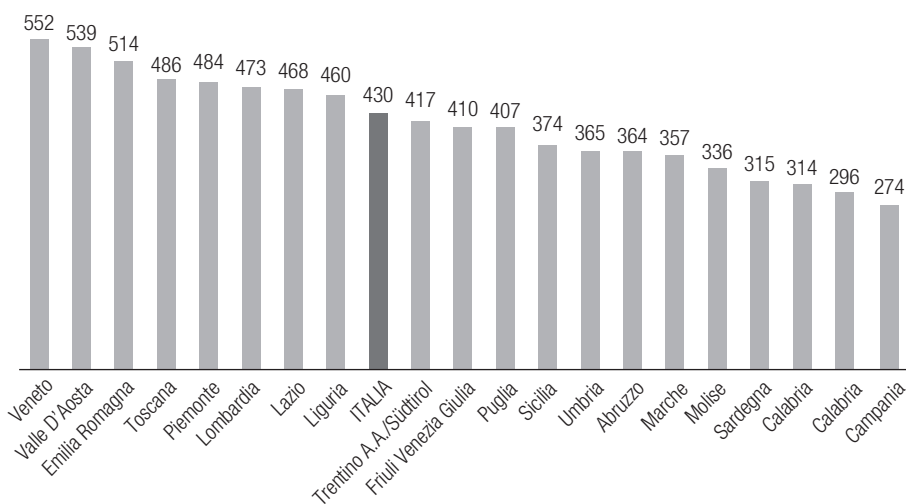
si trovano, infatti, regioni a più alto reddito come la Lombardia, il Veneto e l'Emilia-Romagna, che difficilmente potrebbero essere considerate nel contesto nazionale come le peggiori per i servizi sanitari offerti. Viceversa, regioni come la Sicilia, la Calabria e la Campania, si trovano nelle ultime posizioni. La stessa graduatoria non subisce sostanziali modifiche pesando il dato «per età» della popolazione residente. Bisogna qui sottolineare, ancora una volta, come i risultati siano frutto di un'indagine campionaria che, seppur stratificata, produce delle stime meno solide via via che si riduce il livello istituzionale di riferimento. Pertanto, con l'obiettivo di «irrobustire» il più possibile il confronto, il *ranking* viene prodotto sulla media triennale della spesa sanitaria pro capite delle famiglie.

Un approfondimento sui dati elementari del 2015 consente poi di distinguere tra le varie macro-componenti della spesa sanitaria e di valutare quali siano le componenti che concorrono a determinare il *ranking* generale. Usando come valore indice il coefficiente di variazione interregionale della spesa sanitaria pro capite (indice che va dall'1% al 100%), si osserva una variabilità del 27% per la spesa sanitaria generale, del 21% per quella relativa ai soli beni e del 40% per quella dei servizi. La variabilità della spesa sanitaria per servizi si riduce, allineandosi a quella per i beni, se si esclude la spesa per dentisti, che presenta la variabilità territoriale più alta (66%).

Da una prima valutazione di questo *pattern*, si potrebbe essere portati a ricondurre il divario Nord-Sud nella spesa sanitaria delle famiglie alla sua componente definita tipicamente di natura «voluttuaria»; difficilmente ascrivibile alle interdipendenze tra sistemi pubblici e privati e più facilmente riconducibile alle sole dinamiche del reddito. In realtà, quando si osserva il dato di spesa sanitaria complessiva escludendo dal computo la spesa per dentisti (Figura 8.11), il quadro generale rimane ancora caratterizzato da regioni settentrionali tendenzialmente superiori (o vicine) alla media e viceversa, con le regioni centrali spostate un po' a sinistra (Lazio) e un po' a destra del quadrante (Umbria, Marche, Abruzzo). Si possono però osservare chiaramente due effetti. Il primo è una riduzione del *range* in cui si colloca la spesa sanitaria pro capite tra le regioni (552/274 euro contro i 752/303 euro). Il secondo, è lo spostamento di alcune regioni nel *ranking*: «scendono» le prime tre regioni (Lombardia, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia) e «sale» la Sicilia.

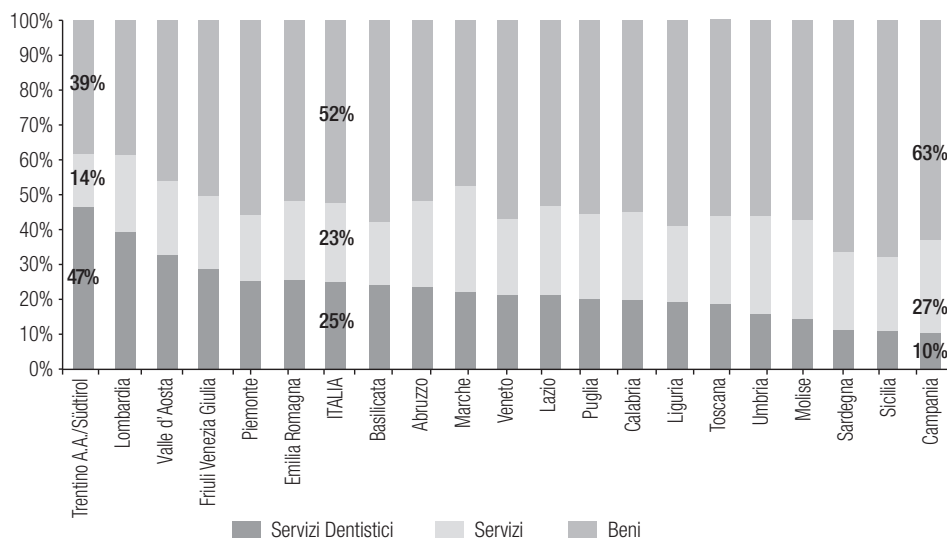
Da uno sguardo alla composizione percentuale della spesa sanitaria delle regioni, emerge, infatti, come le famiglie residenti in Trentino Alto Adige e Lombardia spendano più del 40% della loro spesa sanitaria per visite e cure dentarie, contro una media del 25% (Figura 8.12). La spesa per dentisti sembra pertanto offrire una spiegazione dei valori particolarmente elevati di spesa sanitaria osservati in queste due regioni (la coda sinistra del *ranking* generale di Figura 8.10).

Figura 8.11 **Spesa sanitaria annuale delle famiglie esclusa la spesa per dentisti, valori pro capite 2015, per regione**



Fonte: elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie)

Figura 8.12 **Composizione percentuale della spesa sanitaria delle famiglie, per macro componenti (Servizi Dentistici, Servizi, Beni) e per regione (2015), in ordine decrescente della quota di spesa per dentisti**



Fonte: elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie)

8.5.2 La spesa sanitaria delle famiglie per caratteristiche sociodemografiche

L'indagine sulla spesa delle famiglie contiene dati socio demografici della popolazione oggetto di rilevazione. Ciò permette di associare ai dati di spesa sanitaria delle famiglie informazioni quali la tipologia familiare, l'età, il titolo di studio e la posizione professionale della persona di riferimento della famiglia. La Tabella 8.12 mostra come la dimensione familiare e l'età sembrano infatti spiegare i diversi livelli di spesa sanitaria e, quindi, le differenti scelte di allocazione di risorse all'interno del portafoglio di spesa disponibile. In particolare, la

Tabella 8.12 **Spesa media mensile sanitaria, spesa media mensile generale pro famiglia e propensione alla spesa sanitaria, per tipologia familiare, titolo di studio e condizione professionale della persona di riferimento (2016)**

Variabili Socio demo	Categorie	Spesa San. media mensile pro famiglia	Spesa Gen. media mensile pro famiglia	Propensione alla spesa %		
Tipologia familiare	Persona sola 18-34 anni	36	1.716	2,1		
	Persona sola 35-64 anni	64	1.952	3,3		
	Persona sola 65 anni e più	98	1635	6,0		
	Coppia senza figli con p.r. 18-34 anni	90	2.538	3,6		
	Coppia senza figli con p.r. 35-64 anni	129	2.874	4,5		
	Coppia senza figli con p.r. 65 anni e più	168	2.617	6,4		
	Coppia con 1 figlio	127	2.997	4,2		
	Coppia con 2 figli	125	3.256	3,8		
	Coppia con 3 e più figli	127	3.174	4,0		
	Mono-genitore	110	2.467	4,5		
	Altre tipologie	107	2.643	4,0		
Titolo di studio conseguito	Licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	102	1.725	5,9		
	Licenza di scuola media	101	2.288	4,4		
	Diploma di scuola secondaria superiore	120	2.786	4,3		
	Laurea e post-laurea	143	3.550	4,0		
Condizione professionale	Occupato	Dip. Dirigente, quadro e impiegato	122	3.164	3,8	
		Operaio e assimilato	86	2.231	3,9	
	Indip.	Imprenditore e libero prof.	109	3.586	3,0	
		Altro indipendente	97	2.805	3,5	
		In cerca di occupazione	58	1.736	3,3	
	Non occupato	Inattivo	Ritirato dal lavoro	141	2.372	6,0
			In altra condizione	89	1.871	4,7
	Totale		114	2.524	4,5	

Fonte: elaborazione OCPS-SDA Bocconi su Report ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie, 2017)

spesa sanitaria media familiare aumenta con l'età della persona di riferimento e diminuisce con il numero di figli. Ciò implica che la spesa a livello pro capite, nelle famiglie numerose, diminuisca in maniera rilevante.

Il primo aspetto emerge in particolare dall'osservazione dei *pattern* di consumo delle «persone sole» e delle «coppie senza figli». Una «persona sola con 65 anni e più» spende, in media, circa 100 euro al mese, cioè più del doppio della «persona sola con meno di 35 anni» che spende, in media, circa 35 euro. Allo stesso modo, una «coppia senza figli con persona di riferimento di 65 anni e più», spende più di una «coppia senza figli con persona di riferimento con meno di 35 anni» (168 euro e 90 euro al mese, rispettivamente). Le dinamiche della spesa generale e le propensioni al consumo sembrano indicare inoltre che, per queste tipologie familiari, l'età sia un fattore più rilevante del reddito (Tabella 8.12).

Prendendo come riferimento la categoria «persone sole», le persone con più di 65 anni presentano, in media, una spesa generale minore rispetto alle altre tipologie, ma hanno una propensione a spendere in sanità nettamente maggiore (6,0%, contro il 2,1% delle persone con meno di 35 anni e il 3,3 % delle persone tra i 35 e i 64 anni). L'impatto «negativo» del numero di figli sulla spesa sanitaria è, invece, meno intuitivo e può trovare diverse spiegazioni. Una prima è legata ai vincoli di spesa che la famiglia incontra, i quali tendono ad aumentare in misura meno che proporzionale rispetto al numero dei figli. Questo dato «medio» potrebbe anche derivare dal fatto che al Sud, dove i redditi sono mediamente più bassi, vi è una maggiore incidenza di famiglie con più di 2 figli, circa il 25% della popolazione, mentre al Nord, l'incidenza è di circa il 15%.

Anche i dati sulla condizione professionale sembrano sottendere delle relazioni con reddito ed età. Tra i dipendenti, spendono mediamente di più i dipendenti dirigenti, quadri e gli impiegati rispetto agli operai. Qui l'effetto reddito potrebbe unirsi all'adesione o meno dell'azienda di appartenenza a una qualche forma di welfare aziendale, notoriamente più corposo per i dirigenti e i quadri rispetto alle altre categorie. Con riferimento poi ai non occupati, i ritirati dal lavoro sono coloro che spendono di più in sanità e che presentano una propensione alla spesa pari al 6%, dato verosimilmente collegato al fattore età.

8.5.3 La spesa sanitaria delle famiglie e le «intenzioni» di spesa

Un'ultima riflessione meritano i dati dell'Indagine sulla Spesa delle famiglie Italiane di ISTAT relativi a cosa dichiarano le famiglie relativamente alle loro intenzioni di spesa per determinati beni e servizi. La Tabella 8.13 riporta i dati per il 2015 e 2016 circa la percentuale di famiglie che ha cercato di limitare la spesa per i seguenti beni e servizi: alimentari, bevande, abbigliamento e calzature, cure e igiene personale, visite mediche e accertamenti periodici di controllo, carburanti.

Tabella 8.13 **Intenzioni di spesa delle famiglie per alcuni beni e servizi (2015-2016)**

BENI E SERVIZI	Percentuale di famiglie che:					
	Hanno cercato di limitare la spesa riducendo la quantità o la qualità		Non hanno cercato di limitare la spesa		Non li acquistavano	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Alimentari	54	47	45	52	1	1
Bevande	51	47	42	48	7	6
Abbigliamento e calzature	63	60	29	33	8	7
Cura e igiene personale	51	48	45	49	4	3
Visite mediche e accertamenti periodici di controllo	20	21	74	74	6	5
Carburanti	42	40	41	46	17	15

Fonte: Report ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie, 2017)

Ancora una volta, l'indagine permette di osservare i comportamenti di spesa sanitaria come il frutto di una scelta di consumo in «competizione» con gli altri beni e servizi che concorrono a comporre il budget familiare. In questa prospettiva, la sanità si stacca dal resto del gruppo in quanto solo il 21% delle famiglie dichiara di aver cercato di limitarne la spesa, contro un dato che si attesta al 47% per gli alimentari e le bevande, al 60% per abbigliamento e calzature, al 48% per cura e igiene personale e al 40% per carburanti. In altre parole: «La spesa sanitaria, essendo in larga misura incompressibile, si conferma nel tempo come quella sulla quale le famiglie agiscono meno per provare a limitare il budget di spesa» (ISTAT, 2017).

La visione di insieme del paniere delle famiglie permette innanzitutto di inquadrare il tema dell'accesso alla sanità a pagamento in un contesto più ampio nel quale i consumi sanitari, come quelli di altri beni indispensabili (per esempio, alimentari), sono soggetti a vincoli di bilancio e quindi a scelte di consumo.

Da un approfondimento dei dati 2015 (Tabella 8.14), si conferma poi la presenza di un gradiente territoriale che mostra una maggiore tendenza a voler limitare le spese sanitarie nelle regioni meridionali. Ciò potrebbe essere legato

Tabella 8.14 **Percentuale di famiglie che hanno cercato di limitare la spesa per visite e accertamenti, per area geografica, 2015**

Area geografica	% di famiglie che ha cercato di limitare la spesa
Nord-ovest	19
Nord-est	13
Centro	21
Sud	24
Isole	29

Fonte: Report ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie, 2017)

a una diversa capacità di spesa che porterebbe le famiglie a minor reddito a incontrare vincoli di bilancio più stretti. In realtà, la stessa indagine ci mostra un fenomeno di segno contrario quando rileva che le famiglie che hanno effettivamente cercato di limitare la spesa non sono quelle che hanno livelli di reddito significativamente più bassi (la loro spesa media mensile non è lontana dalla media nazionale) (Tabella 8.15). Più chiaro è l'impatto dell'età: rispetto al dato nazionale, le famiglie che hanno limitato la sanità sono «più giovani» visto che presentano una minore quota di famiglie con persone di riferimento con età superiori ai 65 anni. Nel confronto tra i comportamenti dei due *cluster*, rimane poi inalterata la composizione della spesa sanitaria.

Tabella 8.15 **Confronto tra le famiglie che hanno cercato di limitare e i comportamenti delle famiglie italiane in generale, 2015**

	Famiglie che hanno cercato di limitare le spese	Famiglie italiane
Famiglie	5.242.750	25.788.585
Spesa media mensile familiare (euro)	2119	2499
Spesa sanitaria media mensile familiare (euro)	90	112
Servizi Medici (%)	0,6	0,6
Servizi Paramedici (%)	0,4	0,4
Servizi Dentistici (%)	0,9	1,1
Medicinali (%)	1,8	1,8
Articoli Sanitari (%)	0,2	0,1
Attrezzature Terapeutici (%)	0,4	0,4
Servizi Sanitari e Spesa per La Salute (%)	4,2	4,5
Famiglie con età della p.r. di età 65-74 (%)	15,3	17,0
Famiglie con età della p.r. di età over75(%)	14,6	19,2

Fonte: elaborazioni OCPS-SDA Bocconi su ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie)

Al contrario di quanto accade nel dibattito corrente, tali evidenze dovrebbero contribuire a mitigare l'ipotesi comune di un netto *trade-off* tra consumi sanitari privati e pubblici e a svincolare i consumi privati da un legame univoco con la capacità di spesa, riportando la discussione a una dimensione più ampia di scelte, priorità e attitudini di consumo. Interessante, infatti, notare come, tra le famiglie che dichiarano di aver cercato di limitare le spese in sanità, ben l'80% lo abbia fatto provando a ridurre il consumo senza provare a rivolgersi a un altro fornitore come avviene, ad esempio, per gli alimentari e, in parte, anche per l'abbigliamento (Tabella 8.16). Questo dato potrebbe essere legato alla complessità dell'oggetto in questione, ma anche alle dinamiche di un settore non ancora maturo e non sempre decodificabile in tutti i suoi elementi (difficoltà a reperire e confrontare i prezzi, ad esempio).

Tabella 8.16 **Famiglie che hanno cercato di limitare le spese per alcuni beni e servizi, per strategia di limitazione (rinuncia vs modifica del mix), 2015**

% di famiglie che hanno cercato di limitare le spese, per «tattica» di consumo e per capitolo di spesa			
	Solo in quantità	Solo in «qualità»	Sia per quantità che per qualità
Alimentari	38	44	18
Bevande	53	34	13
Abbigliamento	69	21	10
Igiene e cura della persona	60	31	9
Visite e accertamenti	80	16	4
Carburante	61	34	5

Fonte: elaborazioni OCPS-SDA Bocconi su ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie)

8.6 Note conclusive

Le modalità con cui le società economicamente avanzate finanziano e organizzano la risposta ai propri bisogni di salute – ovvero i sistemi sanitari – diventano più complesse, intrecciando meccanismi basati su convenienze e scelte individuali con meccanismi orientati alla definizione e realizzazione di scelte collettive. Anche nel nostro paese il sistema sanitario si estende oltre i ben conosciuti confini di un SSN alimentato da risorse pubbliche e la cui produzione è affidata ad aziende pubbliche e private. Al di là di quei confini i consumi sanitari sono sostenuti da risorse private che, attraverso differenti circuiti, finanziano la produzione di servizi offerti da produttori principalmente privati, ma anche pubblici.

Il mondo dei consumi privati e le loro connessioni con quelli pubblici sono stati fino a tempi relativamente recenti poco esplorati, essendo considerati una componente marginale – e per molti osservatori poco accettabile – di un sistema quasi totalmente collocato in un ambito di responsabilità collettive. Lo sforzo compiuto da OCPS, a partire dalla sua nascita, è stato quello di offrire una base di osservazioni sistematiche a un dibattito che, nel prendere progressivamente atto di un ruolo significativo dei consumi privati, spesso rimane tuttora ancorato a visioni ideologiche e stenta ad assumere dati ed evidenze come base per ogni riflessione. Di dati ed evidenze il capitolo ne ha offerti molti e vale qui la pena provare a riassumerne i principali.

Nonostante la presenza di un sistema universalistico poco meno di un quarto (23%) della spesa sanitaria totale è finanziata privatamente. Difficilmente ciò può essere semplicisticamente ascritto a una sorta di fallimento del sistema pubblico nel raggiungere i propri obiettivi istituzionali. La presenza di una componente privata della spesa può essere considerato un fenomeno strutturale e la sua relazione con la funzionalità del sistema pubblico non è facilmente deci-

frabile. In tal senso tre considerazioni possono essere utili. Innanzitutto la quota di spesa sanitaria privata italiana è in linea con quella di altri paesi a estesa copertura pubblica, i quali, peraltro, mostrano livelli di spesa totale significativamente maggiori. I dati mostrano, poi, come la spesa privata sia maggiore nelle regioni dove il sistema pubblico funziona meglio. Infine, la stessa quota di spesa privata è rimasta sostanzialmente stabile nonostante i prolungati anni di contenimento sperimentati dalla spesa pubblica, sia in relazione alla spesa sanitaria totale, sia, soprattutto, in relazione ai consumi delle famiglie.

Se nel nostro paese il contributo della componente privata alla spesa sanitaria totale è paragonabile a quello che caratterizza sistemi analoghi, il caso italiano rappresenta una eccezione per quanto riguarda la parte intermediata della spesa. A differenza di altri paesi, infatti, le forme assicurative volontarie intermediano una parte ancora minoritaria della spesa, rappresentando, a seconda delle stime, tra 10 e il 15% della spesa privata. Tale componente è comunque in crescita soprattutto in termini di popolazione coperta, grazie alla crescente diffusione della sanità integrativa di natura contrattuale. Dal 2010 al 2015 gli italiani coperti sono quasi raddoppiati, passando da circa 6 milioni a circa 11 milioni, mentre le risorse intermedie sono cresciute più lentamente incrementandosi nello stesso periodo da poco più di 3,5 miliardi a circa 4,5 miliardi. La diffusione delle forme di sanità integrativa e la crescita della parte intermediata rispetto a quella *out of pocket* sembrano essere dinamiche destinate a influenzare in maniera rilevante il sistema. Non si tratta solo del progressivo consolidamento di un sistema multipilastro, con la conseguente legittimazione di uno spostamento da responsabilità pubbliche a quelle private, ma anche dell'impatto che l'intermediazione produce sull'offerta. I soggetti collettivi privati sono, infatti, in grado di esercitare una pressione notevole sui prezzi e la redditività delle strutture di offerta, in un settore caratterizzata da un elevato valore aggiunto.

Spesso la spesa privata viene considerata come un insieme indistinto. In realtà essa è composta di segmenti diversi, che meritano analisi specifiche. Una prima importante segmentazione offerta nel testo mostra come la spesa in questione si ripartisca tra acquisto di beni (farmaci, ma non solo), che pesa per circa il 45%, e acquisto di servizi, il restante 55%. A loro volta, i più di 21 miliardi destinati ai servizi, vedono come voci significative: la spesa odontoiatrica (circa 9 miliardi), i ricoveri per acuti (circa 1,5 miliardi), le prestazioni ambulatoriali (circa 7 miliardi). In una diversa prospettiva gli stessi dati mostrano come una parte delle risorse private «tornino» al sistema pubblico (circa 4 miliardi) attraverso: la compartecipazione (*ticket*) obbligatoria alla spesa (circa 2 miliardi, di cui 1,5 sui servizi e il resto sui farmaci); l'integrazione rispetto ai farmaci equivalenti (circa 1 miliardo) e le prestazioni erogate in regime di mercato da parte delle strutture pubbliche (circa 1 miliardo). Quest'ultimo dato sommato a quello relativo ai *ticket* sulle prestazioni porta il sistema pubblico ad assorbire una

parte non irrilevante (circa il 35%) delle risorse private destinate alle prestazioni ambulatoriali. Tali prestazioni vanno considerate con particolare attenzione in quanto, da una parte, rappresentano la parte più visibile ed emblematica della spesa privata e, dall'altra, nella loro componente non direttamente collegata alle cronicità, sembrano in prospettiva destinate a godere di minore copertura da parte del sistema pubblico. Le analisi svolte mostrano come già oggi circa il 40% delle visite specialistiche sia finanziato privatamente e come tale dato mostri variazioni limitate tra le diverse regioni italiane.

Non solo i consumi, ma anche i consumatori, meritano una visione in grado di cogliere gli elementi di differenziazione meglio di quanto non avvenga comunemente. Dai dati presentati è sicuramente percepibile un impatto, ampiamente prevedibile, del reddito sui consumi sanitari. A livello aggregato la serie storica sembrerebbe indicare una elasticità attorno all'unità. Meno facile è distinguere tra le diverse componenti, anche se appare evidente una più accentuata elasticità della spesa odontoiatrica rispetto alle altre e vi sono sufficienti indizi per ritenere l'elasticità dei consumi per servizi (al netto dell'odontoiatria) leggermente maggiori di quella che caratterizza i beni. Anche per altri fattori, pure questi ampiamente prevedibili, emerge dall'analisi una significativa influenza sul livello dei consumi. Così l'età è un gradiente di particolare importanza – al netto di un picco nell'età pediatrica – come pure la composizione e la dimensione familiare e, non ultimo, l'ambito geografico di residenza. I diversi fattori, comunque, si intrecciano rendendo difficile una clusterizzazione su base generale e suggerendo la necessità di approfondire le conoscenze rispetto a target specifici di consumatori.

Il quadro che il capitolo descrive è molto articolato e si presta a diverse letture, rispetto a un tema, come quello del rapporto tra pubblico e privato nei sistemi di tutela della salute, di per sé caratterizzato da confini labili e, inevitabilmente, segnato da giudizi di valore. Dati ed evidenze aiutano ad ancorare meglio il dibattito, ma certamente non sono in grado di fornire risposte risolutive. In questa prospettiva, al di là di una rappresentazione per quanto possibile accurata del fenomeno, si ritiene opportuno offrire, in conclusione, solo due considerazioni di ordine generale.

La prima riguarda un avvertibile ritardo nel dibattito sul ruolo che la collettività intende assegnare ai consumi privati nell'evoluzione del sistema sanitario. Già adesso essi rappresentano una parte significativa della risposta ai bisogni di salute, così come avvertiti dalla popolazione. Prenderne semplicemente atto e avviare una riflessione esplicita su come risorse pubbliche e private possano concorrere nella risposta a bisogni importanti e crescenti rappresenterebbe un utile passo avanti rispetto a una situazione nella quale il dibattito pubblico – e quello politico, in particolare – evitano il confronto su temi difficili e impopolari. Soprattutto chi, come i ricercatori OCPS, è convinto che la sanità debba rimanere un terreno ampiamente caratterizzato da scelte collettive, il tema non

può più essere se il privato ha cittadinanza in sanità, ma come assicurare la positiva coesistenza di meccanismi diversi.

La seconda attiene ai dati e alle evidenze. Rispetto ai consumi sanitari pubblici, per i quali i dati amministrativi forniscono una solida base conoscitiva, le conoscenze sui consumi privati sono affidate a una pluralità di fonti informative e spesso originano da indagini *ad hoc*. Nonostante l'impegno di diversi soggetti e i miglioramenti intervenuti, il quadro informativo rimane ancora non in linea con quello disponibile in altri paesi. Si tratta di uno sforzo che dovrebbe vedere più uniti il mondo della ricerca, le istituzioni e i soggetti impegnati sul mercato. Un quadro concettuale e informativo adeguati sono infatti prerequisiti indispensabili non solo per decisioni collettive efficaci, ma anche per lo sviluppo del mercato stesso.

Bibliografia

- ANDI (2013), Rapporto 61° Congresso Scientifico 15-16 novembre 2013. Agenzia delle Entrate, Studi di settore (<http://www.agenziaentrate.gov.it>).
- ANIA (2012), *L'assicurazione italiana 2013/2014*, ANIA (www.ania.it).
- Armeni P., Ferré F. (2014), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea
- Baldini M., Turati G. (2009), «Equità nell'accesso ai servizi sanitari: verso l'identificazione dei fattori esplicativi e delle politiche di intervento in Europa e nelle regioni italiane», in P. Bosi, N. Dirindin, G. Turati (a cura di), *Decentramento fiscale, riorganizzazione interna e integrazione sociosanitaria: le nuove sfide dei sistemi sanitari regionali*, Milano: Vita e Pensiero.
- Cavazza M., De Pietro C. (2011), «Sviluppo e prospettive dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea.
- Cislaghi C., Giuliani F. (2008), «Out of Pocket Sanitario nelle Regioni Italiane», *Quaderni Monitor*, AGENAS, n.22, anno VII, 3° supplemento, pp. 161-177.
- Cislaghi C., Sferrazza A. (2013), «Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica», *Quaderni Monitor*, AGENAS, n. 22, anno VII, 3° supplemento, pp. 161-177.
- Corte dei Conti (2017), *Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica*, <http://www.corteconti.it/>
- D'Angela D. (2012), «Indicatori di performance: aggiornamenti sull'impatto equitativo della crisi finanziaria», in F. Spandonaro (a cura di), *VII Rapporto Sanità- Ceis*, Arti Grafiche Srl.
- Del Vecchio M. (2012), *Settore, sistema e azienda. Logiche di governance in sanità*, Milano, Egea.

- Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V. (2016), «I Consumi Privati in Sanità: i dati», in Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V. (2015), «I Consumi Privati in Sanità: i dati», in Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (2015) (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea
- Del Vecchio M., Fenech L., Prenestini A. (2015), «Private health care expenditure and quality in Beveridge systems: Cross-regional differences in the Italian NHS» *Health Policy*, 119(3): 356-366.
- Del Vecchio M., Fenech L., Mallarini E., Rappini V. (2014), «I Consumi Privati in Sanità», in CERGAS – Bocconi (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Mallarini E., Rappini V. (2013), «I Consumi Privati in Sanità», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*.
- Del Vecchio M., Rappini V. (2011), «Low cost in Sanità», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea, pp. 331-367.
- Cavazza M., De Pietro C., Rappini V. (2016), «Il sistema sanitario e l'assicurazione salute in Italia», in Cavazza M., De Pietro C., Del Vecchio M., Rappini V. *L'Innovazione nell'Assicurazione Salute*, Milano, Egea.
- De Pietro C. (2015), «Le relazioni tra i fondi sanitari e gli erogatori di servizi sanitari in Italia», in Del Vecchio M., Mallarini E. e Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- De Pietro C., Domenighetti G., Tomada A., Vineis P. (2010), «Ability to pay and equity in access to Italian and British National Health Services», *The European Journal of Public Health*, 20(5):500-3.
- Exley C., Rousseau N., Donaldson C., Steele J.G., (2013), «Beyond price: individuals' accounts of deciding to pay for private healthcare treatment in the UK», *BMC Health Services Research*, 7 12-53.
- Fabbri D., Monfardini C. (2011), «Opt out or top up? Voluntary healthcare insurance and the public vs. private substitution», WP 11/28, University of York.
- Fenech L., Panfili A. (2013), *L'evoluzione del ticket in Italia. Gli effetti delle politiche sulla spesa sanitaria delle famiglie e prospettive future*, Salute e Territorio, N. 198.
- ISTAT (2017), «Il sistema dei conti della sanità per l'Italia», Statistiche Report, 4 luglio 2017.
- ISTAT (2017), «Spese per consumi delle famiglie», Statistiche Report, 6 luglio 2017.

- ISTAT (2016), «La Povertà in Italia», *Statistiche Report*, 14 Luglio 2016.
- ISTAT (2015), «L'Economia non osservata nei Conti Nazionali», *Statistiche Report*, 4 dicembre 2015.
- Levaggi R., Turati G. (2011), «Spesa sanitaria pubblica e privata: sostituti o complementi?», in De Vincenti C., Finocchi Ghersi R., Tardiola A. (a cura di), *La Sanità in Italia: organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, Il Mulino.
- Mallarini E., Rappini V., Vercellino L. (2015), «Over65 non autosufficienti: la domanda» in Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Ministero della Salute (2016), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero: dati SDO 2015*, www.salute.gov.it
- Ministero della Salute (2011), Quaderni del Ministero della Salute, n. 7, 2011.
- OECD (2017), Health Statistics (www.oecd.org)
- OECD, Eurostat, WHO (2017), Manual A System of Health Accounts (SHA, revised edition), Paris, OECD.
- OECD, Eurostat, WHO (2014), Guidelines for the Implementation of the SHA 2011 Framework for Accounting Health Care Financing, Paris, OECD.
- OECD, Eurostat, WHO (2013), Guidelines to Improve Estimates of Expenditure on Health Administration and Health, Paris, OECD.
- OSFAR-Osservatorio Farmaci (2014), Executive Summary REPORT N°35, Cergas-Università Bocconi.
- Propper C. (2000), «The demand for private health care in the UK», *Journal of Health Economics*, 19(6): 855-76.
- RBM Assicurazione Salute (2016), Sintesi Ricerca Welfare Day 2016.

9 La regione capogruppo sanitaria: assetti istituzionali e modelli organizzativi emergenti

di Paola Cantarelli, Federico Lega e Francesco Longo¹

9.1 Lo scenario di riferimento

Il SSN era stato definito dal D.lgs. 502/92 come un sistema sanitario regionalizzato (articolo 2): ogni regione avrebbe dovuto costruire, gestire e regolare una rete di aziende pubbliche e private accreditate in competizione tra di loro (articolo 8-quater, comma 3, lettera b). A partire dal triennio 2008-2010, nel SSN si assiste a una progressiva evoluzione e trasformazione verso un sistema di *holding* regionali: le reti di aziende in competizione sono progressivamente diventati, in ogni regione, sistemi di erogazione unitariamente coordinati dalla capogruppo regionale. Il passaggio da una logica competitiva a una logica collaborativa e di programmazione centralizzata costituisce una trasformazione estremamente rilevante delle architetture di sistema. Questa trasformazione, infatti, impone il ripensamento delle logiche e degli strumenti manageriali necessari per governare i sistemi sanitari regionali. La trasformazione è avvenuta senza una spinta normativa esplicita e quindi senza un quadro normativo definito. Questo ha aumentato gli spazi di autonomia per definire consapevolmente ruoli, responsabilità, meccanismi di programmazione e di *check and balance* che permettono il funzionamento di un gruppo regionale di aziende sanitarie.

Il macro obiettivo del rigido contenimento della spesa entro il modesto finanziamento disponibile per il SSN (cfr. capitolo 5 del presente Rapporto) comporta un fisiologico accentramento dei sistemi. Tutte le aziende o le reti di aziende, davanti a gravi crisi e/o all'urgenza di determinare capillari conte-

¹ Nell'ambito di un comune lavoro di ricerca, i §§ 9.1, 9.2, 9.3, 9.4 sono da attribuirsi a Francesco Longo, i §§ 9.5 e 9.6 a Paola Cantarelli, e il § 9.7 a Federico Lega.

Gli autori ringraziano tutti i *key informat* delle sei regioni oggetto di indagine che hanno risposto alle interviste semi/strutturate e/o hanno fornito i dati quantitativi del personale. In ordine alfabetico: Dott.ssa Mara Azzi, Dott. Pier Paolo Benetollo, Dott. Mauro Bonin, Dott.ssa Manuela Brusoni, Dott.ssa Daniela Cademartori, Dott. Luciano Flor, Dott. Walter Locatelli, Dott. Domenico Mantoan, Dott. Adriano Marcolongo, Dott. ssa Monica Piovi, Dott. Massimo Romano.

nimenti dei costi, automaticamente accentrano i poteri per poter meglio controllare le dinamiche di spesa. I due principali obiettivi di fondo (contenimento della spesa e massimizzazione del valore sociale prodotto) sono stati perseguiti attraverso vari interventi finalizzati a raggiungere la dimensione ottimale dal punto di vista istituzionale, organizzativo e gestionale. Più precisamente, i sistemi sanitari regionali hanno agito sulla base delle seguenti considerazioni:

- ▶ L'emergere di un sistema regionale unitario e coordinato ha lo scopo di eliminare ogni ridondanza nelle strutture di erogazione, calibrando le cubature dei *setting* assistenziali (es. posti letti per specialità, grandi tecnologie) rispetto ai volumi di erogazione prestabiliti a livello regionale, necessari per garantire *clinical competence* e razionalità produttiva.
- ▶ In un sistema regionale unitario, molte funzioni, soprattutto quelle amministrative e anche alcuni processi di erogazione di servizi sanitari (es. diagnostica di laboratorio, sterilizzazioni), possono tecnicamente essere centralizzate, ovvero assegnate a uno o a un numero limitato di soggetti che erogano le prestazioni per tutto il sistema regionale o per l'area vasta assegnata.
- ▶ Un sistema regionale maggiormente accentrato può più facilmente promuovere la standardizzazione dei percorsi clinico-assistenziali, della selezione delle tecnologie (farmaci e *Medical Device*) e dell'intensità assistenziale per garantire equità ed appropriatezza.

Il servizio sanitario nazionale scaturito dal D.lgs 502/92 è oramai stato disegnato oltre 25 anni fa, pur con le revisioni apportate dal D.lgs 299/99. In assenza di una riforma normativa organica, altri vettori di trasformazione istituzionale e organizzativi, attivi ed efficaci negli ultimi 10 anni, anche se meno espliciti e visibili, hanno determinato l'emergere delle *holding* sanitarie regionali.

- ▶ La riduzione del numero di ASL/AO. Questo ha aumentato la dimensione media delle aziende, riconducendole sempre più a una logica di sistema regionale e di autosufficienza rispetto ai propri cittadini: al crescere delle dimensioni delle ASL diminuisce la probabilità della mobilità inter-aziendale. Inoltre, la dimensione crescente delle aziende sanitarie le ha allontanate dalla politica locale, rendendole meno soggette ai localismi ed alle collegate pressioni centrifughe, e più connesse al centro regionale.
- ▶ La differenziazione della missione delle singole aziende presenti in ogni regione (ad esempio in Lombardia: ATS, ASST, IRCCS) che diventano tra di loro più eterogenee e talvolta esercitano funzioni per l'intero territorio regionale. Svolgendo funzioni complementari, si rafforza la logica di sistema e la necessità di una programmazione unitaria.
- ▶ L'incremento delle prerogative di governo, si a contenuto prevalentemente operativo che a contenuto prevalentemente strategico, progressivamente

esercitate dalle capogruppo regionali. Ciò è valido innanzitutto nelle regioni in piano di rientro sotto controllo ministeriale, ma anche nelle altre regioni, non sottoposte a controlli esterni, ma che applicano sostanzialmente gli stessi vincoli finanziari e di regolazione amministrativa.

- ◀ Lo sviluppo di funzioni gestite centralmente dal sistema regionale (es. acquisti, logistica, sistemi informativi, amministrazione del personale, laboratori analisi unificati), come nel caso EGAS in FVG o ESTAR in Toscana;
- ◀ L'introduzione di agenzie regionali finalizzate al supporto delle funzioni di pianificazione (es. Agenzia dei controlli e Osservatorio epidemiologico in Lombardia) e alla gestione delle funzioni amministrative centralizzate (es. EGAS in FVG, ESTAV in Toscana);
- ▶ La progressiva trasformazione degli assessorati regionali verso svariate forme di holding operative e/o la trasformazione di agenzie regionali in aziende (es. Azienda Zero in Veneto e A.Li.Sa. in Liguria).

Il combinato disposto di questi vettori, presenti con intensità variabile nelle diverse regioni, ha favorito l'adozione di logiche di pianificazione congiunta o centrale e la collaborazione tra gli attori del sistema modificando progressivamente la pre-esistente logica competitiva (effettiva o potenziale) tra provider pubblici e privati accreditati.

9.2 Obiettivi e metodo di indagine

Scopo di questo capitolo è quello di indagare le architetture emergenti delle capogruppo regionali partendo dall'indagine dei loro compiti e delle loro funzioni e valutandone di seguito la coerenza dei loro assetti istituzionali e delle loro dotazioni di personale. Il lavoro cerca quindi di essere contemporaneamente descrittivo, interpretativo e prescrittivo rispetto ai gap di governo centrali presenti nei sistemi regionali, rispetto ai quali è necessario sviluppare nuovi ruoli e strumenti di governo.

L'obiettivo iniziale della ricerca è pertanto indagare gli assetti istituzionali e organizzativi con cui si stanno strutturando le capogruppo regionali. Per assetto istituzionale intendiamo la relazione tra Assessorato, Agenzie regionali, forme di cooperazione inter-aziendali ed aziende sanitarie singole o strutture accreditate, con uno specifico focus sulla suddivisione dei compiti di governo di sistema.

Le capogruppo si possono articolare in diverse istituzioni centrali (assessorato, agenzie o altro) che assolvono le funzioni di governo di sistema e delle quali sono stati indagati soprattutto gli assetti organizzativi e le dotazioni di personale, per disporre di informazioni sulle competenze professionali disponibili e sui modelli di suddivisione dei compiti di governo.

La ricerca, proprio per la sua natura esplorativa su un oggetto in profondo e rapido divenire, indaga alcuni casi regionali esemplificativi. Lo studio intende comprendere gli elementi di convergenza e divergenza istituzionali e organizzativi dei diversi sistemi regionali, con l'obiettivo di produrre una sistematizzazione dei modelli emergenti, le relative condizioni di applicabilità e le attese di funzionamento e risultato.

La ricerca utilizza un metodo misto composto dai seguenti strumenti di indagine.

- ▶ Analisi *desk* degli assetti istituzionali e organizzativi della capogruppo, delle sue agenzie collegate e del complementare ruolo di sistema assegnato alle aziende sanitarie locali in tutte le loro configurazioni, tramite l'analisi di leggi regionali, regolamenti e siti web istituzionali.
- ▶ Approfondimento degli assetti emergenti attraverso interviste al *top management* di sistema su tre processi chiave: pianificazione e autorizzazione assunzione personale; pianificazione ed espletamento gare per acquisti grandi tecnologie; pianificazione, realizzazione e gestione logistica dei beni. Per ciascuna Regione oggetto di indagine e ove possibile, sono state effettuate interviste a tre *key player* selezionati in modo che potessero fornire interpretazioni da prospettive diverse: quella del livello centrale dell'assessorato, quella del livello centrale/intermedio di una o più agenzie capogruppo collegate all'assessorato, quella del livello locale delle aziende sanitarie. Le interviste sono state di tipo semi-strutturato;
- ▶ Analisi quantitativa e qualitativa del personale e delle competenze presenti nelle funzioni centrali di sistema, per verificarne la coerenza con le funzioni assegnate sulla base di dati primari forniti dai *key informant* di ciascuna regione.

Per completare questa prima analisi esplorativa, la ricerca approfondisce nelle conclusioni due livelli di coerenza:

- ▶ una coerenza di primo ordine tra funzioni assegnate alla capogruppo ed assetto istituzionale del sistema che presiede;
- ▶ una di secondo ordine tra lo stesso ruolo e le condizioni di operatività (assetto organizzativo e dotazioni di personale).

Questi due livelli di confronto permettono di mettere a fuoco e discutere eventuali gap e trarne implicazioni di politica e management.

Le regioni analizzate nel presente capitolo sono, in ordine alfabetico: Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Veneto. Esse sono state scelte in quanto sono quelle che con più incisività e velocità stanno modificando gli assetti centrali della capogruppo proprio per esercitare le nuove prerogative di governo.

Tabella 9.1 **Tipologie di gruppi sanitari regionali**

	Poteri e funzioni della capogruppo	Poteri e funzioni delle aziende controllate	Profili di responsabilità delle aziende controllate
Centrale di servizio	Se presente, offre servizi di supporto alle aziende controllate	Definiscono obiettivi e piani strategici, sono autonome nella gestione, scelgono se avvalersi di servizi centrali	Responsabilità strategica e gestionale
Capogruppo di pianificazione	Definisce obiettivi sanitari e/o economici	Definiscono piani strategici, sono autonome nella gestione	Responsabilità strategica e gestionale
Capogruppo strategica	Definisce obiettivi e programmi strategici per raggiungerli	Sono autonome nella gestione	Responsabilità gestionale
Capogruppo direzionale	Definisce obiettivi, piano strategico e gestione	Attuano le procedure definite dalla capogruppo	Compliance alle decisioni centrali

Fonte: elaborazione degli autori

9.3 Capogruppo sanitarie regionali: le tipologie

La Tabella 9.1 mostra le architetture possibili di gruppi regionali sanitari pubblici (e.g., Cardinaels, Sorderstom 2013, Dossi, Lecci, Longo, Morelli 2017; Kostova, Kendall, Dacin 2008). I gruppi si differenziano per l'intensità e le tipologie di prerogative di governo esercitate dalla capogruppo e, di riflesso, per il profilo di potere, autonomia e responsabilità lasciato alle aziende controllate. L'agenzia centrale (chiamata in letteratura capogruppo, *holding* o *parent company*) può semplicemente offrire alle aziende dei servizi su richiesta, senza esercitare nessuna prerogativa di potere. In questo caso ci troviamo davanti non a una vera e proprio capogruppo, ma a una **centrale di servizio**. La capogruppo può, invece, focalizzarsi prevalentemente sulla pianificazione degli obiettivi di sistema e sulla relativa allocazione di risorse, sia nella parte corrente che nella parte in conto capitale. In questo caso siamo di fronte ad un **capogruppo di pianificazione**. Le aziende controllate hanno il compito di definire le strategie per raggiungere gli obiettivi pianificati centralmente. Di conseguenza, esse hanno piena autonomia gestionale. Poi la capogruppo può aggiungere ai compiti di pianificazione anche la funzione di definizione delle strategie delle singole aziende controllate. Per esempio, la capogruppo può definire il target principale di patologia su cui devono focalizzarsi le politiche sanitarie regionali, definendo anche i *setting* assistenziali da sviluppare maggiormente. In questo caso parliamo di **capogruppo strategica**: alle aziende controllate rimane il potere e la responsabilità gestionale. La **capogruppo**, infine, è di tipo **direzionale** se, oltre alla pianificazione e alla definizione delle strategie di ogni azienda, definisce anche le singole procedure verticali che le aziende controllate devono applicare. In questo caso, la responsabilità delle aziende controllate è di *compliance* (aderen-

za) alle procedure. In questi casi, per qualificare la natura molto accentrata del gruppo dove le singole controllate perdono significative quote di autonomia, si usa anche il termine di quasi-impresa (Luke, Begun, Pointer 1989).

La Tabella 9.1 viene utilizzata nel paragrafo successivo per classificare le tipologie di gruppi che hanno strutturato le sei regioni del nostro campione di indagine.

9.4 La classificazione delle regioni

In questo paragrafo dapprima si analizzano i principali cambiamenti di sistema deliberati negli ultimi tre anni dalle regioni nel campione, per poi classificare ogni sistema in una delle tipologie di gruppo sanitario regionale presentate al paragrafo precedente.

9.4.1 Le riforme dei sistemi sanitari regionali

In Friuli Venezia Giulia, (FVG) le aziende territoriali sono state ridotte a cinque, re-incorporando le aziende ospedaliere universitarie di Trieste e di Udine. È stato rafforzato il ruolo istituzionale del CRA di Aviano come *hub* oncologico regionale. È stato istituito EGAS (Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi condivisi) con il compito di svolgere funzioni di centralizzazione delle funzioni amministrative e progressivamente di *Health Technology Assessment* di sistema.

In Liguria, le funzioni di pianificazione dell'assessorato sono state trasferite alla neo-nominata A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sanitaria) che ha sostituito la precedente agenzia regionale. Ad essa è stato assegnato anche il compito di accentrare progressivamente le funzioni amministrative, logistiche e di coordinamento direzionale della rete delle cinque ASL e delle realtà ospedaliere regionali.

La Regione Lombardia ha istituito un sistema a tre livelli di governo: a livello centrale, l'Assessorato Unico al Welfare e le sue numerose agenzie, a livello intermedio le otto ATS (Agenzia di Tutela della Salute) di pianificazione sanitaria, committenza e monitoraggio e a livello locale le ventisette ASST (Azienda Socio Sanitaria Territoriale) e i quattro IRCCS pubblici. Le agenzie centrali sono: Agenzia dei Controlli, Osservatorio Epidemiologico, Agenzia per la Promozione del Sistema Lombardo nel Mondo, ARCA (Azienda Regionale Centrale Acquisti), LISPA (Lombardia Informatica SpA), EUPOLIS (agenzia di formazione e ricerca), Finlombarda, Lombardia Infrastrutture e Fondazione per la ricerca sanitaria. Non tutte le agenzie regionali lombarde lavorano solo

ed esclusivamente nel comparto sanità (ad esempio, LISPA ed EUPOLIS). Tra le principali novità, è importante sottolineare l'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri accorpati in aziende integrate.

La Regione Emilia Romagna (RER) è stata tra le prime regioni italiane ad istituire ASL di amplissime dimensioni (ASL di Bologna, ASL unica della Romagna, ASL della provincia di Modena). Questo ha confermato e favorito un forte orientamento all'autonomia delle aziende che ha privilegiato interventi nati da iniziative degli *stakeholder* locali che, una volta maturi, sono stati successivamente istituzionalmente riconosciuti dalla Regione. A questo proposito, si segnalano il processo di spostamento dell'ospedale di Modena-Baggiovara, in precedenza a gestione diretta dell'ASL, nel perimetro dell'Azienda ospedaliero-Universitaria (Policlinico). Inoltre, si segnala l'avvio della discussione per la fusione dell'Ospedale Sant'Orsola e l'Ospedale Maggiore di Bologna. Con la stessa filosofia *bottom-up*, nei territori delle province di Ferrara, Piacenza e Bologna si stanno consolidando processi di unificazione di tutte le funzioni amministrative delle aziende sanitarie. Le stesse funzioni di centralizzazione degli acquisti e della logistica si basano su accordi tra aziende di area vasta. La regione ha invece guidato centralmente la nascita delle principali reti cliniche di alta specializzazione. Ne sono esempi quella oncologica che fa perno sull'*hub* scientifico IRCCS di Meldola, quella neurologica che ha come fulcro il neo-costituito IRCCS neurologico di Bologna, così come quelle di patologie tempo-dipendenti.

La regione Toscana ha ridotto le aziende territoriali a tre aziende USL e ha costituito tre agenzie di coordinamento tra ognuna delle AUSL e le rispettive aziende ospedaliere-universitarie (Firenze, Pisa, Siena). Le funzioni amministrative sono in avanzata fase di centralizzazione in ESTAR, che già oggi svolge le seguenti funzioni per l'intero sistema regionale: acquisti, logistica, gestione del sistema informativo e procedure di selezione del personale. Il sistema è stato quindi significativamente semplificato a pochissimi attori sotto una forte regia regionale mentre le funzioni amministrative sono in avanzato processo di unificazione e centralizzazione.

In Veneto, le aziende sanitarie sono state ridotte da ventuno a nove, sono state confermate le due AO esistenti (Verona e Padova) a cui si è aggiunto ed è stato rafforzato il ruolo dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) come *hub* regionale oncologico. La capogruppo centrale è stata istituzionalmente ri-disegnata attorno alla centralità dell'Azienda Zero, che esercita le funzioni di gestione sanitaria accentrata e che progressivamente assorbirà tutte le funzioni amministrative.

Per ulteriori approfondimenti sulle riforme dei sistemi sanitari regionali in queste regioni si rimanda a Fattore, Gugiatti e Longo (2016).

9.4.2 Una classificazione delle capogruppo regionali: situazione attuale e tendenze

In tutti i sistemi regionali analizzati e classificati di seguito, sembra esistere un elevato livello di convergenza sul fatto che l'autorizzazione all'acquisizione di nuovi fattori produttivi strategici è competenza esclusiva della Regione e delle relative tecnostrutture. Di fatto, in tutti i casi studiati, è la Regione che prende decisioni critiche e strategiche nei seguenti ambiti:

- ▶ apertura di bandi di concorso per l'assunzione di nuovo personale, sia medico che infermieristico, con la definizione dell'entità e della composizione professionale del nuovo personale;
- ▶ acquisto di macchinari ed impianti di grande tecnologia, definizione del relativo mix e della localizzazione geografica inter-regionale degli stessi;
- ▶ scelta delle modifiche all'assetto di gestione del magazzino e della logistica dei beni e definizione dei nuovi sistemi.

Questi elementi rafforzano l'ipotesi che tutti i sistemi sanitari regionali analizzati si configurino come gruppo. Infatti, da un lato, è il livello centrale che autorizza la quantità e il mix dei fattori produttivi strategici. Dall'altro lato, poi, è il livello locale che può decidere come organizzare i fattori produttivi strategici a disposizione per aumentare la produttività e l'efficacia del sistema nel suo complesso (a volte, tuttavia, nell'ambito di indirizzi regionali vincolanti o fortemente auspicati).

Un ulteriore elemento che indica come i sistemi sanitari regionali vadano sempre più configurandosi come gruppi è la composizione del bilancio delle organizzazioni controllate che, nei fatti, è deciso dal livello di governo centrale. Per esempio, se il personale, le apparecchiature e gli acquisti sono acquisiti a livello regionale, di fatto questi elementi del bilancio aziendale non sono più sotto il controllo delle aziende. Di fronte a questa tendenza generale e alla luce dell'implementazione delle principali riforme dei sistemi sanitari regionali, è possibile riclassificare le capogruppo regionali nelle diverse tipologie presentate nella Tabella 9.1 del precedente paragrafo. Le architetture sono ancora in una fase di prima applicazione, da un lato molto fluida e dinamica e dall'altro lato anche emergente, non del tutto intenzionale o guidata. Anche per questo può risultare fisiologica una differenziazione della tipologia di capogruppo e delle prerogative di governo esercitate dal centro rispetto a tre dimensioni rilevanti: le funzioni di erogazione sanitaria, le funzioni amministrative e le funzioni di logistica dei beni. Per questo motivo la nostra classificazione distingue tra queste tre funzioni. Inoltre, in alcuni casi, il modello di capogruppo storicamente stratificatosi differisce dal modello a tendere. In questi casi abbiamo distinto la situazione attuale (etichettata *as is*) dalla situazione obiettivo (etichettata *to be*) tramite frecce nella Tabella 9.2.

Tabella 9.2 **La classificazione dei gruppi sanitari regionali**

	Centrale di servizio	Capogruppo di pianificazione	Capogruppo strategica	Capogruppo direzionale
Funzioni sanitarie	Liguria (<i>as is</i>)	Lombardia RER Toscana Veneto (<i>as is</i>)	FVG Liguria, (<i>to be</i>) Veneto (<i>to be</i>)	
Funzioni amministrative	Liguria (<i>as is</i>)	RER	FVG (<i>as is</i>) Lombardia Veneto (<i>as is</i>)	FVG (<i>to be</i>) Liguria (<i>to be</i>) Veneto (<i>to be</i>) Toscana
Funzioni logistiche		Liguria (<i>as is</i>) Lombardia RER Veneto (<i>as is</i>)	FVG (<i>as is</i>)	FVG (<i>to be</i>) Liguria (<i>to be</i>) Toscana Veneto (<i>to be</i>)

Fonte: elaborazione degli autori

Per quanto riguarda la funzione sanitaria, il FVG consoliderà la natura di capogruppo strategica che definisce sia gli obiettivi strategici nell’ambito sanitario che i piani strategici di implementazione degli stessi mentre alle aziende controllate è lasciata l’autonomia e la responsabilità della gestione. Lombardia, RER, e Toscana, invece, hanno attualmente capogruppo di pianificazione e non sembrano esserci in atto cambiamenti sostanziali in questo ambito. Le rispettive capogruppo, infatti, insieme alle strutture tecniche centrali più o meno articolate e complesse, continueranno a definire gli obiettivi sanitari ed economici. Alle organizzazioni controllate sono demandate responsabilità di disegno dei piani strategici e della gestione dei servizi sanitari e socio-assistenziali. La Liguria si sta progressivamente trasformando da centrale di servizio a sistema con una capogruppo strategica. Ciò significa non solo che si va delineando una vera e propria azienda capogruppo, prima assente, ma anche che questa, oltre ad assumere il ruolo di definizione degli obiettivi sanitari strategici definirà anche i piani per il loro raggiungimento. In maniera speculare, le aziende controllate avranno meno responsabilità strategiche e maggiori responsabilità gestionali. Il Veneto, infine, dalla situazione *as is* di capogruppo di pianificazione va configurandosi come sistema con una capogruppo strategica. Di conseguenza, dunque, il compito di definizione dei piani strategici verrà trasferito dalle aziende locali all’azienda capogruppo.

Per quanto riguarda le funzioni amministrative, Lombardia, RER e Toscana sono tre casi nei quali la situazione *as is* corrisponde con la situazione *to be*. In particolare, la Lombardia definisce a livello centralizzato sia gli obiettivi amministrativi strategici che i relativi piani di attuazione mentre le decisioni gestionali sono lasciate al livello locale. Si configura dunque con una capogruppo strategica da questo punto di vista. Nella RER, invece, caratterizzata da una capogruppo di pianificazione, le aziende locali delineano i piani strategici per la realizzazione degli obiettivi amministrativi strategici decisi a livello centrale e si occupano della gestione. Il sistema con capogruppo direzionale, poi, caratterizza la Toscana, dove obiettivi, piani e gestione amministrativa sono affidati ad ESTAR. Anche il FVG ed il Veneto, a tendere, adotteranno una capogruppo direzionale per quanto riguarda le funzioni amministrative, mentre per il momento tendono ancora ad avere una capogruppo strategica. La Liguria, infine, è la regione che sembra intenzionata ad attuare il cambio più radicale dal punto di vista delle funzioni amministrative. Passerà infatti da centrale di servizio, in cui la massima autonomia è lasciata al livello locale, ad avere una capogruppo direzionale, nel quale A.Li.Sa dichiarerà gli obiettivi strategici, creerà i piani strategici e si occuperà delle procedure gestionali per tutte le aziende locali.

Così come per le funzioni sanitarie ed amministrative, Lombardia, RER e Toscana non sembrano intenzionate a cambiare radicalmente per quanto riguarda le funzioni logistiche. In altre parole, pertanto, la situazione attuale corrisponde con la situazione a tendere. Più precisamente, Lombardia e RER hanno capogruppo di pianificazione, mentre la Toscana, con i compiti assegnati ad ESTAR, si caratterizza con una capogruppo direzionale. In FVG, la responsabilità gestionale delle funzioni logistiche non sarà più in capo al livello locale, ma spostato a livello centrale, che, d'altro lato, continuerà a definire obiettivi e piani strategici. In altre parole, il FVG passerà da una capogruppo strategica ad una capogruppo direzionale per quanto riguarda le funzioni logistiche. Da ultimo, anche Liguria e Veneto sono caratterizzate da capogruppo direzionali, ma derivando da una situazione di partenza con capogruppo di pianificazione per quanto riguarda logistica e magazzino.

Tutte e tre le tipologie di capogruppo appaiono utilizzate mentre la centrale di servizio risulta una soluzione transitoria da cui ci si vuole sicuramente allontanare. Questo conferma l'intenzione generale di creare gruppi sanitari regionali, anche se di natura profondamente diversa tra di loro. Per quanto riguarda le funzioni sanitarie, si posso identificare due *cluster*: Lombardia, RER e Toscana che assegnano la definizione della strategia alle singole aziende (capogruppo di pianificazione); mentre FVG, Liguria e Veneto tendono a definire anche le strategie locali presso la capogruppo strategica. Probabilmente i motivi per cui Lombardia, RER e Toscana hanno scelto il gruppo di pianificazione che dà autonomia strategica alle aziende sono tra loro diversificati. La Lombardia è la regione più grande d'Italia, almeno doppia rispetto alle altre in termini di

popolazione e quindi strutturalmente necessita di più decentramento. In questa direzione, è l'unica che ha articolato il gruppo sanitario a tre livelli istituendo le ATS come agenzie di programmazione strategica di area vasta. La Toscana ha deciso centralmente di costituire solo tre aziende, di dimensioni imponenti, e quindi ha dovuto delegare almeno la funzione di programmazione strategica. A sottolineare questa volontà di delega della funzione strategica, in ogni area vasta è stata costituita una direzione della programmazione di area, che funge da piattaforma istituzionale di concertazione strategica tra Aziende USL e AO. La RER conferma e rafforza la sua tradizione di autonomia e responsabilizzazione dei territori anche rispetto alla definizione di assetti istituzionali locali e alla nascita di forme di collaborazione inter-aziendali.

Tutti i sistemi hanno invece in comune la tendenza ad accentrare le funzioni amministrative sviluppando un'unica agenzia con questa specifica missione. Unica eccezione è la RER dove l'accentramento amministrativo avviene a livello di reti locali di aziende. Nell'accentramento amministrativo prevale il modello dell'agenzia unica e multi-scopo salvo il caso della regione Lombardia che ha ulteriormente arricchito il suo storico portafoglio di agenzie regionali.

La funzione logistica ha un andamento prospettico simile a quello delle funzioni amministrative, seppure con un ritardo attuativo: nei processi di accentramento, la priorità risulta assegnata alla funzione degli acquisti.

L'accentramento delle funzioni amministrative e logistiche in tutte le regioni analizzate, o la loro condivisione tra più aziende, delinea un cambiamento nella *mission* delle aziende sanitarie, sempre più focalizzate sul solo governo della produzione clinica e progressivamente spogliate di processi operativi.

9.5 L'assetto istituzionale della capogruppo

In FVG, l'elemento più peculiare di funzionamento e coordinamento di EGAS è il Comitato di Indirizzo. Si tratta di un board presieduto dal Direttore Generale della Sanità e composto da tutti i Direttori Generali delle aziende sanitarie e dal Direttore Generale di EGAS. Nessuna delle presenze è delegabile ad altri. Il Comitato si riunisce mediamente una volta ogni due settimane e si occupa della programmazione e del coordinamento attuativo. Le decisioni del Comitato di Indirizzo sono vincolanti per tutti gli attori del sistema sanitario regionale. EGAS progressivamente si occuperà della pianificazione sanitaria, centralizzerà l'amministrazione della logistica e svolgerà le attività di HTA delle innovazioni tecnologiche e cliniche, selezionando farmaci e *medical device* per le diverse patologie.

In Liguria, l'elemento caratterizzante dell'assetto istituzionale di A.Li.Sa. è la costituzione di una serie di dipartimenti interaziendali, tendenzialmente uno

per ambito sociosanitario, che coordineranno l'erogazione in ambito sanitario a livello regionale. I dipartimenti sono in fase di creazione, saranno costituiti dai Direttori Generali dei dipartimenti competenti per materia e da un responsabile scientifico e saranno coordinati da A.Li.Sa. Anche il regolamento degli stessi dipartimenti è in fase di scrittura. A.Li.Sa. progressivamente si occuperà della pianificazione sanitaria e centralizzerà l'amministrazione della logistica. Il perimetro esatto degli ambiti sociosanitari e degli utenti-pazienti di riferimento per ogni dipartimento sono ancora in fase di definizione. Tutti questi elementi rafforzano comunque l'ipotesi di un percorso di riforma nella direzione di creazione di un'azienda sanitaria unica a livello regionale.

In Lombardia si riscontra una sovrapposizione almeno parziale tra le funzioni esercitate dai tre livelli del SSR che caratterizzano il sistema (agenzie, ATS, ASST). In particolare, risulta ancora in parte indeterminato se le agenzie e le ATS condividano alcune funzioni tra pianificazione e strategia. Inoltre, non emerge ancora in maniera cristallina se le ATS abbiano responsabilità di coordinamento delle ASST oppure se ricoprono il ruolo di soli arbitri del gioco competitivo tra le ASST. Rispetto alle regioni oggetto di analisi, il sistema sanitario regionale lombardo appare attualmente il più indeterminato.

In Emilia Romagna, sulla scia di una lunga e consolidata tradizione storica e culturale, le aziende locali stanno mantenendo una certa autonomia strategica e gestionale, comparabilmente superiore alla situazione delle altre regioni studiate. Da un lato, infatti, le aziende locali tendono ad essere sempre più grandi. A dimensioni maggiori tende a corrispondere maggiore autonomia. Dall'altro lato, le aziende condividono le attività amministrative, che quindi risultano essere difficilmente centralizzabili. Queste due determinanti (grandi dimensioni e condivisione della parte amministrativa a livello inter-aziendale) fanno sì che le aziende sanitarie locali abbiano il primato decisionale sulle leve di configurazione della rete di offerta sociosanitaria regionale. Ad esempio, decidono la localizzazione degli ospedali. Al contrario, il livello centrale, articolato in assessorato e agenzia, è storicamente molto forte sugli aspetti di HTA per la selezione dell'innovazione clinica e la costruzione di reti cliniche per le alte specialità.

In Toscana, due elementi caratterizzano l'assetto istituzionale del sistema, che ha vissuto una progressiva e profonda centralizzazione. Primo, il sistema sanitario toscano è molto compatto, è infatti composto solamente da tre aziende. Secondo, il ruolo di ESTAR è molto forte e sostanzialmente unico per l'acquisizione dei fattori produttivi strategici.

Il Veneto si sta muovendo in maniera decisa verso una forte centralizzazione delle decisioni e verso la costituzione di una tecnostruttura (Azienda Zero) che

sarà un attore di rilevanza sempre maggiore al fianco dell'assessorato regionale. A fronte delle responsabilità affidate ad Azienda Zero, le aziende sanitarie locali si configureranno sempre più come filiali, con la funzione principale di rispetto di procedure e standard definiti a livello centrale. Vanno in questa direzione le operazioni di trasferimento selettivo delle persone e delle competenze dall'assessorato verso Azienda Zero. In altre parole, questo sembra essere un lavoro esplicito di rafforzamento della capogruppo.

9.6 Il personale della capogruppo

La presente sezione offre una prima fotografia delle distribuzioni di personale per assessorato, agenzia, tipologia di laurea, inquadramento contrattuale ed età per le regioni oggetto di indagine. Trattandosi di una situazione in forte divenire al momento in cui si scrive, i dati sono parziali, più o meno dettagliati e soggetti a rapido cambiamento. Solamente a titolo esemplificativo, Azienda Zero di Regione Veneto non dispone di personale proprio: i dati riportati nelle tabelle di seguito (Tabelle 9.3, 9.4, 9.5 e 9.6) sono relativi al personale attualmente in distacco o in missione presso Azienda Zero. Ancora, A.Li.Sa. è correntemente nella fase di disegno della dotazione organica.

Seppure in assenza di dati definitivi, è possibile enucleare alcune considerazioni preliminari. Per quanto riguarda la composizione del personale della capogruppo e dell'agenzia in termini di tipologia di laurea, i sistemi sanitari regionali sembrano andare verso un mix. In altre parole, le regioni si stanno

Tabella 9.3 **Distribuzione del personale dell'assessorato per regione e tipologia di laurea**

	ASSESSORATO			
	FVG		TOSCANA	
	N. dipendenti	% dipendenti	N. dipendenti	% dipendenti
Medicina	10	8%	5	2%
Farmacia	5	4%	3	1%
Veterinaria	6	5%	1	0%
Economia e management	13	10%	13	6%
Giurisprudenza	16	12%	13	6%
Scienze politiche e sociologia	18	14%	20	9%
Statistica	4	3%	8	3%
Scienze infermieristiche	2	2%		0%
Ingegneria, architettura, informatica	4	3%	10	4%
Non laureato	32	25%	119	51%
Altro	19	15%	41	18%
	129	100%	233	100%

Tabella 9.4 Distribuzione del personale dell'assessorato per regione, inquadramento contrattuale ed età

FVG – ASSESSORATO						
	Categoria C	Categoria D	Categoria D con PO	Dirigente	Libero professionista e atipico	Totale % sul totale
Meno di 30 anni	1	1			5	7 6%
Tra 31 e 40 anni	5	10		3	6	24 20%
Tra 41 e 50 anni	4	20	2	9		35 29%
Tra 51 e 60 anni	7	26	2	9		44 36%
Più di 60 anni		4	2	5		11 9%
Totale	17	61	6	26	11	121 100%
% sul totale	14%	50%	5%	21%	9%	100%
LOMBARDIA – ASSESSORATO						
	Categoria C	Categoria D	Categoria D con PO	Dirigente	Libero professionista e atipico	Totale % sul totale
Totale	41	85	53	23	47	249 100%
% sul totale	16%	34%	21%	9%	19%	100%
TOSCANA – ASSESSORATO						
	Categoria B	Categoria C	Categoria D con PO	Categoria D con PO	Comandati comparto	Dirigente % sul totale
Tra 31 e 40 anni	2	10	3	1		16 7%
Tra 41 e 50 anni	3	37	21	18		81 35%
Tra 51 e 60 anni	6	36	32	25	3	109 47%
Più di 60 anni	5	5	11	4		27 12%
Totale	16	88	67	48	3	233 100%
% sul totale	7%	38%	29%	21%	1%	100%

Tabella 9.5 Distribuzione del personale dell'agenzia per regione, inquadramento contrattuale ed età

	EGAS					Totale	% sul totale
	Categoria C	Categoria D	Categoria D con PO	Dirigente	Libero professionista ed atipico		
Meno di 30 anni		6			1	7	5%
Tra 31 e 40 anni	13	13	3	4	2	35	27%
Tra 41 e 50 anni	13	20	3	13	1	50	38%
Tra 51 e 60 anni	13	13	3	3		32	25%
Più di 60 anni	1	1		4		6	5%
Totale	40	53	9	24	4	130	100%
% sul totale	31%	41%	7%	18%	3%	100%	
AZIENDA ZERO							
	Categoria C	Categoria D e Ds	Dirigente	Borsista	Totale	% sul totale	
Meno di 30 anni				4	4	15%	
Tra 31 e 40 anni		4		3	7	27%	
Tra 41 e 50 anni	1	8	1	1	11	42%	
Tra 51 e 60 anni		2	2		4	15%	
Totale	1	14	3	8	26	100%	
% sul totale	4%	54%	12%	31%	100%		

Tabella 9.6 **Distribuzione del personale dell'agenzia per regione e tipologia di laurea**

	AGENZIA			
	EGAS		AZIENDA ZERO	
	N. dipendenti	% dipendenti	N. dipendenti	% dipendenti
Medicina	2	2%		0%
Farmacia	3	2%		0%
Economia e management	3	2%	6	33%
Giurisprudenza	4	3%	3	17%
Scienze politiche e sociologia	2	2%	3	17%
Scienze infermieristiche	31	23%		0%
Ingegneria, architettura, informatica	4	3%	2	11%
Non laureato	57	43%	4	22%
Altro	26	20%		0%
	132	100%	18	100%

dotando di risorse umane con percorsi di studi diversificati al fine di acquisire competenze che siano diversificate e complementari. Inoltre, in tutti i casi in cui i dati sono disponibili, il personale con età inferiore ai 40 anni è meno della metà del personale totale. Infine, si riscontra alta variabilità nelle tipologie contrattuali utilizzate sia nell'assessorato che nelle agenzie.

9.7 Conclusioni: le regioni si stanno strutturando consapevolmente come capogruppo?

L'analisi e la riclassificazione dei servizi sanitari regionali discussa in questo capitolo è fondata in particolare sull'assetto di alcune funzioni e processi decisionali (acquisti, logistica, turn-over personale, strutturazione delle reti cliniche). Tali ambiti, pur non rappresentando la totalità delle decisioni strategiche che possono interessare la relazione tra livello regionale ed aziendale, certamente possono essere considerati indicativi della direzione verso cui ci si sta muovendo.

In conclusione, l'analisi evidenzia un processo a tre stadi, che alcuni SSR hanno compiuto in modo sequenziale, altri, arrivati più di recente a scelte politico-istituzionali di centralizzazione, stanno cercando di sviluppare in parallelo.

La prima fase o stadio ha visto l'emergere di soluzioni centralizzate per gestire gli acquisti e la logistica (con particolare riferimento ai magazzini), con soluzioni demandate anche al livello aziendale, ma indirizzate da quello regionale. In tempi più recenti la stessa Regione ha acquistato la gestione di tali piattaforme amministrative, assumendo quindi la forma di centrale di servizio.

La seconda fase è quella che ha caratterizzato gli ultimissimi anni e che ha visto un ruolo crescente delle strutture regionali (assessorati, agenzie, nuove

forme di aziende uniche) nel dirigere in modo più verticale le aziende. Configurando quindi l'emergere di gruppi regionali di aziende sanitarie sotto il controllo di capogruppo regionali di pianificazione o con ruoli strategici che sono intervenute maggiormente nelle scelte sanitarie delle stesse aziende. Questo processo ha coinciso – e per altri versi è stato reso possibile – dal concomitante emergere di tre fattori.

- ▶ La stretta economica del SSN si è riverberata sia sulle Regioni in piano di rientro che sulle restanti; con intensità diversa, ma con simili effetti. La stretta economica è stata accompagnata dalla preoccupazione di proteggere l'autonomia regionale e l'assetto attuale di sistema. Questa tendenza ha determinato una verticalizzazione della politica che ha condotto al rafforzamento della linea decisionale governatore-assessorato-aziende. La politica di livello regionale sembra aver assunto un ruolo più incisivo rispetto al passato, di fatto esautorando quella locale dalle storiche prerogative – mai venute meno nei fatti nonostante il riassetto istituzionale progressivo del SSN – di prima interfaccia delle aziende. Questa verticalizzazione si è concretizzata nel fatto che molte direzioni aziendali si sono trovate ad avere un filo diretto molto più intenso con il governatore stesso, con l'assessore o con cabine di regia regionale e a volte con gli stessi dirigenti regionali. Ciò è avvenuto anche, in misura crescente, su scelte di configurazione locale della rete dei servizi sanitari e socio-assistenziali.
- ▶ Sono stati chiamati a dirigere gli assessorati, e a svolgere il ruolo di assessore, persone con esperienze pregresse di Direttore Generale di azienda sanitaria. Si tratta di professionisti capaci di intervenire non solo sui perimetri delle aziende (dimensioni e configurazione istituzionale), ma anche sui contenuti stessi dell'offerta (ad esempio, rete dei servizi, localizzazione, modelli operativi). Questo ha permesso a diverse Regioni di assumere in modo più consapevole ed efficace il ruolo di capogruppo.
- ▶ Si sono create condizioni di contesto molto favorevoli all'accentramento regionale delle decisioni. Ad esempio, quelle generate dal D.M. 70 sulle reti ospedaliere, i risultati e le pressioni indotte dal programma nazionale esiti, il recente intervento sulle liste di attesa. Le spinte nazionali, e i vincoli attuativi corrispondenti, hanno dato alle Regioni l'opportunità di centralizzare un portafoglio crescente di decisioni che riguardavano l'ambito delle funzioni sanitarie.

La terza fase è quella attuale, degli ultimi mesi ed in corso. Fase che vede una intensificazione dei processi di centralizzazione verso assetti di capogruppo strategica e direzionale. Il *driver* di questa accelerazione è forse riconducibile a una diversa percezione della variabile tempo, che appare ora più indipendente dai tempi della politica. Ovvero, l'azione del livello istituzionale regionale su

quello aziendale appare più disgiunta che in passato dai tempi del ciclo politico: assessori e tecnici regionali, con esperienza di direzione aziendale e forti della verticalizzazione della politica – che ha indebolito i processi concertativi di livello regionale e locale – sono in grado di esercitare un indirizzo ed un controllo più rapido e pervasivo sull'azione del *management* delle aziende sanitarie. Di conseguenza, si attendono tempi di intervento altrettanto rapidi. Ne è dimostrazione la *governance* più stringente che molte Regioni del campione analizzato hanno messo in atto ad esempio, tramite riunioni continue con le direzioni aziendali, tavoli di lavoro, gruppi tecnici e momenti di formazione congiunti. Questa *governance* allargata configura l'emergere chiaro di una Regione sempre di più nelle vesti di capogruppo strategica o direzionale, indipendentemente dal fatto che sia stata prevista un'azienda/agenzia regionale di governo del sistema o che la Regione svolga tale ruolo in quanto in piano di rientro.

In questo senso, si può affermare che le Regioni svolgono oggi, molto più che in un passato anche recente, un ruolo attivo ed incisivo di capogruppo del sistema di aziende sanitarie del SSR.

Rimangono due nodi centrali, non esaustivi delle complessità che genera un assetto istituzionale da capogruppo, ma che è opportuno sottolineare in questa conclusione, in quanto elementi di particolare criticità.

- ▶ Il primo è la necessità di un rafforzamento delle capacità operative delle tecnostutture regionali, sia per competenze che per dimensionamento degli organici. Qui si percepisce un disallineamento tra le aspettative di funzionamento della *holding* regionale e la sua effettiva capacità di lavoro. Questo genera non di rado un funzionamento ad elastico, fatto di accelerazioni quando si arriva vicino alle scadenze e pause e rallentamenti in itinere, con implicazioni importanti sui processi di governo e cambiamento aziendali.
- ▶ Il secondo è la probabile necessità di rafforzare il coinvolgimento del privato accreditato (e non) nella *governance* allargata regionale. Questo coinvolgimento serve per transitare da logiche di governo centrate sulla sola variabile spesa a logiche di intervento coerenti sulle reti di offerta e sulle funzioni sanitarie in relazione a quanto previsto per il sistema pubblico e tenuto conto delle necessità di sviluppo dello stesso settore privato.

Bibliografia

- Cardinaels E., Sorderstom N. (2013), «Managing in complex world: accounting and governance choices in hospitals». *European Accounting Review*; 22: 647-684.
- Del Vecchio M. (2009), «Deintegrazione Istituzionale e Integrazione Funzionale Nelle Aziende Sanitarie Pubbliche», *Egea*, Milano.

- Dossi A., Lecci F., Longo F., Morelli M. (2017), «Hospital acquisitions, parenting styles and management accounting change: an institutional perspective», *Health Services Management Research*, 30 (1): 22-33.
- Fattore G., Gugiatti A., Longo F. (2016), «Il riordino dei servizi sanitari regionali», in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, pp. 293-311.
- Kostova T., Roth K., Dacin M.T. (2008), «Institutional theory in the study of multinational corporations: a critique and new directions». *Academy of Management Review*, 33: 994-1006.
- Longo F., Lega F. (2002), «Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto», *Mecosan*, n. 41: 9-21.
- Luke R.D., Begun J.W., Pointer D.D. (1989), «Quasi firm: strategic interorganizational forms in the health care industry», *Academy of Management Review*, vol. 14, n. 1, 9-19
- Regione Liguria, sito istituzionale Sistema Sanitario Regione Liguria, disponibile on line <http://www.alisa.liguria.it/index.php> (Ultimo accesso 28 giugno 2017)
- Regione Friuli Venezia Giulia, sito istituzionale Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi, disponibile on line <https://egas.sanita.fvg.it/en/>
- Regione Friuli Venezia Giulia, «Atto Aziendale - Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi», disponibile on line https://egas.sanita.fvg.it/media/uploads/files/atto_aziendale_definitivo1.01.pdf (Ultimo accesso 28 giugno 2017)
- Regione Friuli Venezia Giulia, sito istituzionale Sistema Sociale e Sanitario, disponibile on line <http://www.regione.fvg.it/rafv/cms/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/> (Ultimo accesso 28 giugno 2017)
- Regione Lombardia, sito istituzionale, disponibile on line <http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/servizi-e-informazioni/cittadini/salute-e-prevenzione> (Ultimo accesso 28 giugno 2017)
- Regione Lombardia, «Il nuovo Sistema Sociosanitario Lombardo», disponibile on line http://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/d4e33ded-95f9-4fcf-ac68-be33e5d5658c/mappa_LR23_2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=d4e33ded-95f9-4fcf-ac68-be33e5d5658c (Ultimo accesso 28 giugno 2017)
- Regione Emilia Romagna, sito istituzionale, disponibile on line <http://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr> (Ultimo accesso 28 giugno 2017)
- Regione Toscana, sito istituzionale, disponibile on line <http://www.regione.toscana.it/sst/organizzazione> (Ultimo accesso 28 giugno 2017)
- Regione Veneto, sito istituzionale, disponibile on line <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/il-sistema-socio-sanitario-regionale>
- Regione Veneto, sito istituzionale, disponibile on line <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/struttura-organizzativa>
- Regione Veneto, sito istituzionale, disponibile on line <https://salute.regione.veneto.it/aziendazero> (Ultimo accesso 28 giugno 2017)

10 Nuovi modelli organizzativi e sviluppo del middle management nelle Aziende Sanitarie

di Mario Del Vecchio, Federico Lega e Anna Prenestini¹

10.1 Introduzione

Se si confronta l'attuale panorama delle aziende sanitarie rispetto a quello di un decennio fa, un'area di significativa differenza è rappresentata dalle dimensioni delle aziende. Il concetto di dimensione per una azienda sanitaria pubblica non è immediatamente riconducibile a una sola variabile, ma se si considerano le aziende territoriali e si assume come variabile rilevante la sola popolazione servita, le aziende sono inequivocabilmente molto più grandi. La dimensione media, che nel 2005 era di circa 300 mila abitanti, arriva a quasi 600.000 nel 2017, con visibili variazioni tra le medie che caratterizzano le diverse regioni (si veda capitolo 4 del presente Rapporto). Ciò implica non solo un'accresciuta distanza nelle dimensioni assolute tra aziende «grandi» e «piccole», ma, soprattutto, l'apparire di aziende che per dimensioni sono difficilmente riconducibili a quelle cui più di un ventennio di aziendalizzazione ci aveva abituato. Nel panorama sono, così, progressivamente apparse aziende con uno o più tratti del tutto peculiari: bilanci che superano il miliardo di euro, più di diecimila operatori diretti, distanze tra punti di erogazione che possono arrivare alle tre ore di percorrenza, popolazioni servite che superano il milione di abitanti.

Non è sempre agevole ricostruire le ragioni e i disegni che hanno spinto verso tali soluzioni, talvolta inserite in quadri di riforma complessiva di sistema, talvolta frutto di scelte e contingenze locali. In ogni caso, un tratto comune sembra essere il perseguimento di generiche economie di scala e di una semplificazione sul versante istituzionale (Furnari, Gugiatti e Petracca 2016). Indi-

¹ Sebbene il lavoro di ricerca sia frutto di riflessioni comuni degli autori, a Mario Del Vecchio sono attribuiti i paragrafi 10.1 e 10.2, a Federico Lega i paragrafi 10.5, 10.6 e 10.7, ad Anna Prenestini i restanti. Gli autori ringraziano per le interviste e per il prezioso contributo nel reperimento delle informazioni necessarie alla strutturazione dei casi: per l'ASL Città di Torino, il Direttore Generale Valerio Alberti; per l'APSS della Provincia Autonoma di Trento, il Direttore Generale Paolo Bordon; per l'ASL Roma 1, il Direttore Generale Angelo Tanese.

pendentemente dagli obiettivi perseguiti, il risultato sul piano dei meccanismi di governo è il trasferimento di processi e obiettivi, precedentemente affidati ad aziende distinte, a un unico «contenitore istituzionale», il quale è chiamato ad assicurare efficaci condizioni di governo, in un nuovo più esteso perimetro di azione. In altri termini, dal punto di vista dei sistemi regionali, le fusioni non fanno venire meno i problemi di governo di sistemi complessi, ma li spostano dal terreno istituzionale a quello organizzativo. Il punto di interesse è se e come gli assetti delle aziende si siano modificati in relazione al cambiamento delle dimensioni.

Alcune notazioni preliminari e una schematica ricostruzione di come le aziende hanno fino a tempi recenti risposto a quella che poteva essere considerata una «crescita fisiologica nelle dimensioni» possono aiutare a circoscrivere un oggetto di indagine altrimenti difficilmente maneggiabile.

Le dimensioni dell'azienda non sono certamente l'unica variabile in grado di influenzare la complessità cui strutture e sistemi di governo aziendali devono dare risposta. L'eterogeneità dei processi e delle funzioni svolte, la loro variabilità e interdipendenza, le pressioni esterne e interne rispetto ai risultati sono elementi altrettanto influenti nel definire la complessità ovvero il volume di decisioni da prendere durante lo svolgimento delle attività (Airoldi, Brunetti Coda 2005). Nel caso delle aziende sanitarie le dimensioni, in qualunque modo apprezzate, impattano però in modo rilevante sulla complessità. A sostegno di tale affermazione è sufficiente richiamare almeno due questioni. La prima è la scarsa standardizzabilità dei servizi, e di quelli sanitari in particolare, che, unitamente alla autonomia di cui godono i professionisti, rende il loro coordinamento particolarmente complesso. Se dal punto di vista della «produzione fisica» è possibile, quindi, immaginare lo sfruttamento di potenziali economie di scala, sul lato delle decisioni da assumere e coordinare ogni aggiunta di «pezzi di produzione» moltiplica i fabbisogni di governo. La seconda attiene alla gestione dei portatori di interesse e delle loro attese. L'ampliamento delle comunità servite comporta un aumento di complessità nell'interlocazione dell'azienda con l'ambiente e con i soggetti istituzionali, aumento non sempre facilmente fronteggiabile, considerata anche la scarsa delegabilità da parte dei vertici aziendali delle relazioni politico-istituzionali.

Come più volte accennato, alla natura e al livello di complessità deve corrispondere un coerente insieme di elementi in grado di assicurare la guida della compagine aziendale. In questa prospettiva l'assetto organizzativo, e l'articolazione delle responsabilità (struttura di base) in particolare, giocano un ruolo di rilievo. Soprattutto nel caso delle aziende sanitarie pubbliche, poi, la struttura rappresenta tradizionalmente la variabile più comunemente utilizzata per rispondere ai problemi di governo aziendale, e all'aumento della complessità in particolare. Ciò non solo per la sua effettiva capacità di orientare e modificare i comportamenti aziendali, ma anche per una sua più immediata comunicabilità

rispetto ad altri strumenti e per l'attenzione che molti portatori di interesse ad essa costantemente rivolgono (Del Vecchio 2000).

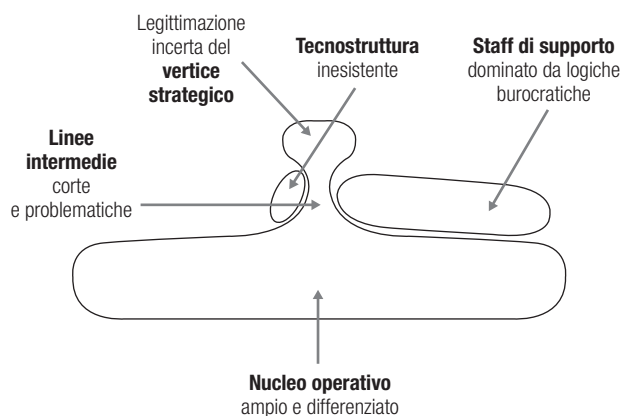
A fronte di un ruolo di particolare rilievo assunto dalla struttura nelle strategie di governo, lo spazio aperto alle aziende sanitarie pubbliche per plasmare le architetture organizzative di base soffre di almeno due peculiari limitazioni che non possono essere sottovalutate. La prima è un «repertorio» di snodi organizzativi – dipartimento, distretto, unità operativa semplice e complessa – difficilmente modificabile nei contenuti di responsabilità ad essi associabili. Si tratta di una griglia imposta da norme di natura diversa, rispetto alla quale è sempre possibile immaginare interventi che orientino disegno complessivo verso direzioni coerenti con autonome valutazioni aziendali, ma ciò richiede uno sforzo notevole in termini di messa a punto di meccanismi che ne qualificano il funzionamento. Il secondo è rappresentato dalla variabile professionale, le cui esigenze si riflettono spesso sull'assetto organizzativo, limitando anche la «contendibilità» tra diverse matrici professionali di molti ruoli organizzativi. È appena il caso di notare come la previsione di una matrice professionale obbligatoria diventi sempre meno funzionale al crescere della distanza della posizione rispetto ai processi operativi e alla loro supervisione e, quindi, rispetto al crescere dei fabbisogni di managerialità.

Oggetto specifico del presente contributo è l'evoluzione delle logiche organizzative nelle aziende territoriali di grandi dimensioni con particolare riferimento alla strutturazione degli snodi intermedi tra vertice strategico e nuclei operativi. Tali snodi – oggi presidiati da figure riconducibili al *middle management* come i direttori di dipartimento, di distretto o di funzione aziendale – saranno analizzati attraverso la ricostruzione di tre casi significativi al fine di mettere a fuoco le criticità da risolvere per affrontare un cambiamento strutturale che attraversa un numero crescente di aziende. Prima di affrontare l'oggetto di ricerca è necessario ricostruire brevemente come le logiche organizzative prevalenti nelle aziende sanitarie pubbliche si siano modificate cercando di rispondere ai costanti cambiamenti nei fabbisogni di governo.

10.2 L'evoluzione delle logiche organizzative: una interpretazione

Utili punti di partenza per comprendere l'evoluzione degli assetti organizzativi nelle aziende sanitarie pubbliche sono, da una parte, la ben nota configurazione tipica delle «burocrazie professionali» (Mintzberg 1985) e dall'altra alcune specifiche caratteristiche di partenza del contesto istituzionale pubblico (Borroni 1996).

Nella Figura 10.1 è facilmente riconoscibile uno schema che vede l'azienda guidata da un vertice strategico posto in relazione diretta con il nucleo operativo attraverso le linee intermedie, le quali, da una parte, assicurano il funzio-

Figura 10.1 **Le aziende sanitarie pubbliche: le caratteristiche di base**

Fonte: adattamento degli autori su Mintzberg 1985.

namento coordinato delle unità poste sotto la loro responsabilità e, dall'altra, partecipano alla più generale funzione di governo strategico. La tecnostuttura – come, ad esempio, il controllo di gestione o il governo clinico – dovrebbe coadiuvare il governo e l'operatività aziendale attraverso processi di standardizzazione (influenza indiretta). Agli staff di supporto – tipicamente, ma non esclusivamente, le funzioni amministrative in senso stretto – viene lasciata la responsabilità di tutte le operazioni non direttamente connesse alla produzione. La natura professionale si riflette in un nucleo operativo ampio e molto differenziato. Gli ospedali con le diverse specialità sono un esempio tipico, ma le aziende territoriali lo sono ancora di più per l'eterogeneità dei servizi offerti. In aziende di questo genere le relazioni tra vertice strategico e nuclei operativi sono molto strette, anche per le intrinseche difficoltà nel «gerarchizzare», attraverso l'azione di lunghe linee intermedie, una struttura pervasa di autonomia professionale. Le possibilità di coordinare efficacemente gli sforzi in vista di un obiettivo unitario passano, quindi, attraverso un insieme complesso di condizioni, tra le quali spiccano le capacità di influenza e l'intervento diretto del vertice strategico sul nucleo operativo e una sufficiente pressione dei meccanismi di standardizzazione, supportati anche da adeguati processi amministrativi.

A questo contesto di base la natura pubblica delle aziende ha poi aggiunto ulteriori e specifici elementi di difficoltà. In primo luogo quella di una legittimazione incerta del vertice strategico che consegue a una investitura di origine politica e a orizzonti temporali di mandato relativamente brevi e, comunque, poco prevedibili. Ciò non significa che la legittimazione – fondamentale per potere esercitare influenza e avere possibilità di intervento – non sia costruibile, ma essa deve essere costantemente conquistata e difesa. Vi è poi l'impatto di

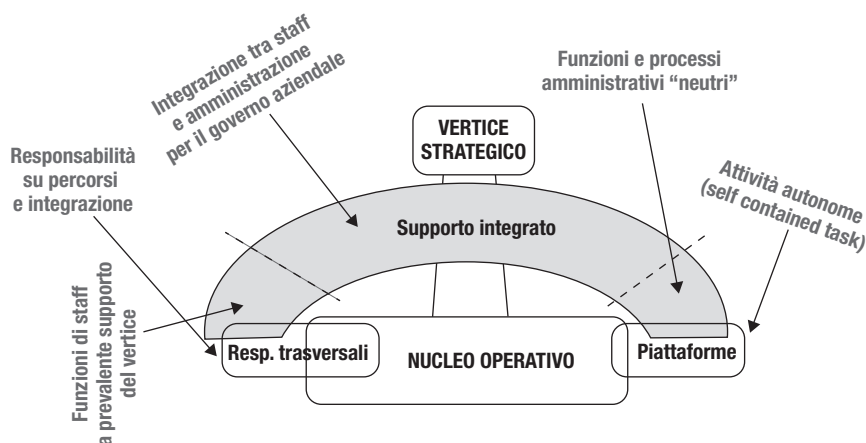
funzioni di supporto e standardizzazione largamente influenzate da logiche e pratiche burocratiche che guardano più alla *conformance* nelle procedure che alla *performance* dei processi e al perseguimento dei risultati.

Nel corso del tempo, al crescere delle dimensioni e della complessità e con l'apprendimento e la maturazione manageriale, molte aziende sono riuscite a costruire risposte sufficientemente efficaci in termini di capacità di governo. Una sintesi «eroica», che copre più di vent'anni di aziendalizzazione e una varietà di esperienze regionali e locali, potrebbe argomentare come buona parte delle risposte siano state essenzialmente costruite attorno al rafforzamento delle possibilità di governo del vertice strategico sul nucleo operativo. L'investimento sugli staff aziendali e sul loro funzionamento, la maturazione dei meccanismi operativi, e dei sistemi di programmazione e controllo in particolare, la rifunzionalizzazione degli apparati amministrativi, sono tutti elementi tesi ad ampliare le capacità di controllo di un vertice strategico, spesso in affanno rispetto alla domanda di decisioni e di intervento che viene sia dal nucleo operativo, ma anche dal contesto esterno.

Sempre in termini molto semplificati e in tempi più recenti, a fronteggiare una complessità crescente sono poi intervenuti, sul piano della struttura, almeno due cambiamenti significativi. Il primo è la diffusione di responsabilità «trasversali», che incrociano le tradizionali linee verticali e che rispondono alla necessità di presidiare dimensioni diverse da quelle specialistiche, più collegate ai percorsi effettivi dei pazienti e alle esigenze di ricomposizione multiprofessionale. In realtà, le strutture a matrice hanno da sempre, almeno formalmente, caratterizzato le aziende sanitarie pubbliche, soprattutto quelle territoriali. L'elemento di novità è rappresentato da un maggiore bilanciamento tra le diverse dimensioni e una sorta di «strutturalizzazione» di quelle che prima erano responsabilità meramente integrative, prive di adeguati meccanismi di responsabilizzazione e di sufficiente influenza. Il secondo è legato all'emergere delle «piattaforme», nuclei di operazioni il cui funzionamento può essere reso largamente autonomo, scorporato dalle linee operative, e offrire i propri servizi, facilmente osservabili e misurabili, al resto dell'organizzazione. La logica è analoga a quella che guida le esternalizzazioni, solo che in questo caso, attraverso l'identificazione di *self contained task*, la diminuzione della complessità organizzativa è perseguita per linee interne.

Come rappresentato nella Figura 10.2 le linee verticali, ovvero le responsabilità intermedie che dovrebbero mettere direttamente in relazione il nucleo operativo con il vertice strategico, sono il grande assente in questo disegno di governo. Eppure la divisionalizzazione, vale a dire la creazione di unità di primo livello, relativamente autonome, che assumono la piena responsabilità di zone definite del nucleo operativo, è una delle prime, e più classiche, risposte al crescere della complessità e di quella legata alla dimensione in particolare. In realtà la divisionalizzazione delle aziende sanitarie tramite il rafforzamento

Figura 10.2 Il rafforzamento delle funzioni di governo



Fonte: adattamento degli autori su Mintzberg 1985.

dei dipartimenti e, con accenti diversi, dei distretti, è stata una politica a lungo perseguita, ma non ha, in generale, raggiunto i risultati attesi di decongestionamento delle responsabilità delle decisioni che afferivano al *top management* dell'azienda. Un equilibrio, seppur precario e con livelli molto differenziati di funzionalità, è stato comunque raggiunto, prendendo atto di una debolezza strutturale delle linee intermedie e rafforzando, conseguentemente, le capacità e gli strumenti di governo attorno al vertice strategico.

Le aziende di grandi dimensioni che si diffondono nello scenario della sanità italiana ripropongono con grande evidenza il tema delle linee intermedie e della loro strutturazione. Per aziende come quelle esemplificate dai casi di studio selezionati è difficile immaginare soluzioni che siano semplicemente la replica, su scala ampliata, delle strutture di governo tipiche delle aziende precedenti. In questa prospettiva, se una più compiuta divisionalizzazione appare inevitabile, è interessante analizzare come i vertici strategici delle aziende intendano attrezzarsi per rafforzare quelle responsabilità intermedie che hanno finora rappresentato uno snodo particolarmente critico nella evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche.

10.3 Obiettivi e metodologia della ricerca empirica

Nei precedenti paragrafi si è discussa l'evoluzione organizzativa delle Aziende Sanitarie dalla storica configurazione di burocrazie professionali ai nuovi modelli organizzativi e la rilevanza del ruolo del *middle management* in questo cambiamento.

Il principale obiettivo della parte empirica di questa ricerca è analizzare il cambiamento delle logiche organizzative nelle Aziende Sanitarie del SSN approfondendo, in modo esplorativo, la strutturazione del *middle management* clinico-sanitario in termini di: i) tipologia di figure che ricadono sotto tale definizione, ii) strumenti per il coinvolgimento e la responsabilizzazione, iii) aspettative attuali e percorsi di sviluppo per migliorare l'esercizio del ruolo.

Il lavoro di ricerca si è focalizzato su tre casi di aziende sanitarie territoriali interessanti poiché caratterizzati da recenti fusioni o incorporazioni aziendali e/o da un percorso di riassetto organizzativo con lo sviluppo di linee di responsabilità orizzontali e trasversali.

Si tratta, nello specifico, di due aziende metropolitane che stanno affrontando un delicato percorso di fusione aziendale (ASL Città di Torino e ASL Roma 1) e di un'azienda provinciale che ha condotto un importante processo di riorganizzazione (APSS di Trento). Le tre aziende hanno approvato recentemente i nuovi documenti di organizzazione (atto aziendale o regolamento di organizzazione), modificando in modo radicale l'assetto organizzativo preesistente e rafforzando il ruolo del *middle management*.

La metodologia di analisi dei tre casi ha previsto:

- ▶ l'analisi della documentazione aziendale resa disponibile dalle aziende indagate, in particolare atto aziendale, eventuali ulteriori documenti di organizzazione (ad es. organigrammi e funzionigrammi) e/o altri materiali istituzionali (ad es. documenti prodotti dalle Direzioni Generali relativi alla nuova organizzazione, presentazioni istituzionali effettuate presso *stakeholders* esterni, ecc.) allo scopo di analizzare le modificazioni della struttura organizzativa aziendale in funzione dell'attivazione di una linea intermedia forte;
- ▶ un'intervista semistrutturata ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie coinvolte, per approfondire le strategie organizzative dell'azienda e, nello specifico, la costruzione del middle management aziendale.

L'intervista era volta a comprendere come tali manager avessero risolto i principali snodi della progettazione organizzativa della linea intermedia (Mintzberg 1985; Jones, 2007). In particolare, sono stati indagati i seguenti elementi: i) le motivazioni alla base della valorizzazione e dell'implementazione della linea intermedia in azienda; ii) i ruoli cui è stata attribuita la responsabilità di middle manager; iii) gli strumenti definiti dall'azienda per garantire l'esercizio del ruolo (ossia quali modalità sono state utilizzate per la devoluzione dei poteri verso i middle manager e la loro partecipazione alle decisioni strategiche aziendali); iv) le aspettative di ruolo che la DG ritiene necessarie per i middle manager; v) i percorsi di sviluppo previsti per garantire la crescita e la piena efficacia delle figure che fanno parte della linea intermedia.

10.4 Analisi dei casi

10.4.1 L'ASL Città di Torino

L'ASL Città di Torino è stata costituita il 1 gennaio 2017 come risultato dell'acorpamento delle ASL TO1 e TO2. L'ASL gestisce le attività sanitarie territoriali dell'intera città (otto circoscrizioni) e quelle di 3 ospedali cittadini: San Giovanni Bosco (ospedale *hub*), Maria Vittoria e Martini (ospedali *spoke*). Il bacino di riferimento è di circa 900.000 abitanti e i dipendenti dell'ASL sono oltre 6.000.

Il DG dell'ASL Città di Torino è stato precedentemente Direttore dell'ASL TO2 e, nel periodo di transizione verso l'approvazione della proposta di unificazione da parte del Consiglio Regionale piemontese, anche Commissario Straordinario dell'ASL TO1.

Sin dall'insediamento, la direzione strategica aziendale ha condotto il percorso di unificazione attraverso l'attuazione di due progetti paralleli: a) l'analisi e reingegnerizzazione dei processi e delle procedure amministrative per garantire una gestione fin da subito integrata delle attività delle due precedenti aziende; b) lo sviluppo organizzativo, con lo scopo finale di portare a standard più elevati i servizi sanitari e sociosanitari offerti ai cittadini, uniformare procedure e percorsi assistenziali su tutto il territorio dell'ASL, garantire maggiore efficienza gestionale e operativa. Parte fondamentale del processo di sviluppo organizzativo è stata la definizione del nuovo assetto organizzativo aziendale.

Concentrando l'attenzione sulla riorganizzazione aziendale di carattere clinico-sanitario, la Direzione Generale (DG) – nell'esercizio delle funzioni di governo strategico – è oggi coadiuvata da due nuovi ruoli: il Coordinatore delle attività dei presidi ospedalieri e il Coordinatore delle attività dei distretti². Essi interagiscono con i Direttori di Dipartimento e i Direttori di Strutture sanitarie complesse per le attività svolte, rispettivamente, negli ospedali e nei Distretti. Come indicato nel funzionigramma aziendale, «I Coordinatori:

- ▶ promuovono l'attuazione degli indirizzi strategici all'interno dell'ambito di attività che coordinano;
- ▶ sono altresì garanti dell'integrazione e interconnessione con gli ambiti sovrintesi dagli altri Coordinatori;
- ▶ inoltre, su mandato specifico del Direttore Generale, perseguono le azioni necessarie al fine di gestire determinate questioni rilevanti a livello aziendale».

² Sono presenti anche tre coordinatori di area amministrativa per le seguenti attività: a) pianificazione e sviluppo; b) supporto e gestione; c) controllo. Tuttavia, la scelta del presente contributo è di concentrare l'analisi sulle aree clinico-sanitarie.

Come espresso in quest'ultimo punto, tali figure di coordinamento partecipano al governo strategico secondo un principio di «decentramento verticale selettivo», ossia attraverso un sistema di deleghe stabilite su mandato del Direttore Generale che focalizzano la loro attività e possibilità di prendere decisioni su processi o progetti aziendali particolarmente rilevanti e/o critici. Tali figure di coordinatori rappresentano un'estensione della direzione strategica aziendale facendo parte, quindi, del top management in senso allargato.

I ruoli di *middle management* clinico-sanitario sono più numerosi. Nella visione della DG svolgono questo ruolo i direttori di presidio ospedaliero e di distretto, la Direzione delle Professioni Sanitarie (DiPSA), i direttori di dipartimento ospedaliero, il direttore del dipartimento di prevenzione, i direttori di dipartimento territoriale, i coordinatori di attività ospedaliere e territoriali che operano come coordinamento di attività cliniche negli ospedali e a livello territoriale.

I *middle manager* partecipano all'individuazione degli indirizzi strategici dell'azienda attraverso due organismi collegiali, ciascuno per la propria area: il comitato di assistenza ospedaliera e il comitato di assistenza territoriale. Tali comitati sono estesi anche ad altri ruoli in base alle attività di competenza (ad es. responsabili di struttura) oppure in quanto funzioni di supporto (ad es. staff). I comitati di assistenza ospedaliera e territoriale si riuniscono almeno una volta al mese, presieduti da DG o da suo delegato, e hanno il duplice obiettivo di definire gli orientamenti strategici e sviluppare le politiche di integrazione all'interno della propria area di assistenza.

Inoltre, il DG può affidare «mandati» per la realizzazione o l'attuazione di processi/progetti aziendali rilevanti e/o critici a persone esperte su specifiche tematiche manageriali o in possesso di capacità organizzativo-gestionali adeguate, indipendentemente dal ruolo ricoperto e dall'ambito aziendale in cui svolgono la propria attività. Si tratta, in questo caso, dell'attuazione del principio del «decentramento orizzontale selettivo» sulla base di un mandato del DG. Il ruolo di questi professionisti – indipendentemente dalla collocazione nell'assetto organizzativo – si trasforma in quello di *middle manager* orientati all'ottenimento di specifici obiettivi. Si tratta di responsabilità trasversali all'intera azienda su temi specifici, finalizzati all'omogeneizzazione dei processi e alla risoluzione/gestione di «problemi manageriali».

Le aspettative della Direzione in relazione ai nuovi ruoli di *middle management* sono, innanzitutto, di avere professionisti capaci di analizzare le situazioni e prendere decisioni utili e più vicine alle operazioni aziendali. La partecipazione ai comitati, le routine organizzative strutturate e il sistema delle deleghe selettive sono i principali strumenti con cui si coinvolgono tali figure nel governo aziendale.

La motivazione che ha portato l'azienda a definire un assetto organizzativo con un'importante valorizzazione dei ruoli di *middle management* è la consapevolezza che dimensioni aziendali così ampie non garantissero alla sola Dire-

zione Strategica la possibilità di seguire in modo soddisfacente tutte le attività aziendali. Di conseguenza, vi è stata la ricerca di soluzioni organizzative «intermediate» che aumentassero la capacità decisionale e d'intervento della Direzione, accorciando la distanza tra centro e nucleo operativo.

Per rendere efficaci tali ruoli, la Direzione spingerà verso la maturazione di capacità di lavorare per processi e non per singola funzione, anche attraverso una formazione *ad hoc*. Inoltre, focalizzerà l'attenzione verso lo sviluppo di un sistema di programmazione e controllo che permetta di garantire maggiore attenzione verso l'ottenimento degli obiettivi affidati, controllando adeguatamente il raggiungimento delle *milestones* (obiettivi intermedi).

10.4.2 LASL Roma

L'ASL Roma 1 è nata da un'importante percorso di riassetto istituzionale che ha visto prima l'incorporazione dell'azienda ospedaliera San Filippo Neri nell'ASL Roma E dal 01/01/2015 e poi, dal 01/01/2016, la fusione di quest'ultima con l'ASL Roma A. Questo processo di fusione ha creato una delle più grandi realtà sanitarie del Lazio con oltre 5.600 dipendenti, una popolazione servita di più di 1 milione di abitanti e una densità media abitativa di circa 2.000 abitanti per Km² (pari a 10 volte la densità media italiana). L'ASL si estende sul territorio di sei municipi della Città di Roma, comprendendo zone con strutture ad alta attrattività per turismo, manifestazioni ed eventi. La rete d'offerta dell'ASL conta anche tre strutture ospedaliere e, in particolare, due ospedali generalisti con DEA di I livello (San Filippo Neri e S. Spirito) e uno specialistico a vocazione oculistica con PS dedicato (Oftalmico).

La stabilità dei vertici istituzionali, di cui sta beneficiando l'Azienda in questi anni, sta garantendo la possibilità di condurre questo percorso di fusione con una visione unitaria da parte della DG (che ha diretto entrambe le fusioni) e con una prospettiva di più ampio respiro rispetto alla generale breve durata dei mandati dei DG nel SSN italiano.

Le due grandi sfide su cui la Direzione Aziendale ha coinvolto i suoi professionisti per il triennio 2016-2018 sono state: 1) creare una «nuova identità» come azienda pubblica di riferimento per i problemi di salute della popolazione servita, 2) diventare un'azienda moderna, solida e innovativa, attraverso la visione per processi, la valorizzazione del personale, una nuova immagine esterna, la messa in opera di nuove soluzioni organizzative, gestionali e operative. Per conseguire tali sfide la Direzione Aziendale ritiene indispensabile il superamento dell'idea di essere semplicemente una sommatoria di singole aziende e mira alla costruzione di un'unica nuova grande Azienda con il compito di garantire la gestione integrata delle seguenti funzioni: a) accoglienza, ascolto e orientamento della domanda; b) erogazione di servizi sanitari di alta

qualità; c) presa in carico dei pazienti e definizione di un percorso di assistenza; d) tutela e promozione della salute. La visione per processi è, in particolare, il meccanismo attraverso cui si intende promuovere l'integrazione tra le ex aziende e tra ospedale e territorio. Per ottenere questi risultati, la definizione del nuovo modello organizzativo è stata un punto centrale nelle strategie della DG.

Il nuovo assetto organizzativo dell'ASL Roma 1 ha condotto l'Azienda a ricercare un disegno unitario attraverso, innanzitutto, una forte riduzione della frammentazione organizzativa e la razionalizzazione delle strutture organizzative. In particolare, le macrostrutture (dipartimenti e distretti) sono state ridotte da 40 a 26 (-35%), le Unità Operative Complesse sono diminuite di circa il 39% (oggi sono 122), le Unità Operative Semplici Dipartimentali di oltre il 50% (attualmente sono 35).

Le grandi dimensioni aziendali e la necessità di evitare il sovraccarico decisionale sul vertice strategico, condividendo la guida e le responsabilità del processo di riorganizzazione, hanno spinto la Direzione Aziendale a valorizzare il ruolo del *middle management*.

I *middle manager* clinico-sanitari dell'Azienda sono i direttori di: Area, di Distretto e di Dipartimento. Tali figure, da un lato, partecipano alla definizione e condividono le linee strategiche per la nuova azienda, dall'altro, traducono tale strategia in gestione quotidiana attraverso il loro ruolo di cerniera tra vertice e nucleo operativo. Essi si avvalgono di un forte mandato fiduciario da parte della Direzione Strategica per l'accompagnamento dell'Azienda in questa fase di trasformazione e d'integrazione tra le tre aziende.

Ai *middle manager* la DG richiede la capacità di intervenire sul percorso di integrazione dell'Azienda costruendo parti della riorganizzazione, definendo piani di sviluppo integrati e stabilendo indicatori di *performance* per valutare il raggiungimento degli obiettivi.

Tra gli strumenti che la DG ha proposto per favorire l'esercizio di questo ruolo vi sono, innanzitutto, le schede di organizzazione. In tali schede viene chiesto di articolare: i) la *mission* della struttura che si dirige, ii) le responsabilità nei confronti dei principali *stakeholders* interni ed esterni all'Azienda, iii) i criteri di valutazione dei risultati della struttura e gli indicatori di verifica, iv) l'assetto organizzativo in termini di strutture di afferenza, sedi di erogazione dei servizi, dotazioni di personale. Ogni macrostruttura si dota di un sistema di misurazione della *performance* a cascata in cui sono definiti dei macro-obiettivi generali di miglioramento delle attività (ad es. continuità assistenziale), che vengono declinati in obiettivi specifici (ossia i singoli temi che consentono di migliorare la continuità assistenziale: ad es. a) prosecuzione delle cure in ambito riabilitativo e b) gestione dei pazienti con trauma), cui corrispondono una serie di *Key Performance Indicators* (KPI) per monitorare l'andamento dei risultati rispetto ai target prefissati.

I *middle managers* hanno anche il compito di coordinare il lavoro delle unità operative ad essi sottoposte gerarchicamente e, a tal fine, seguono il lavoro sulle

schede di organizzazione attribuite alle singole UOC, supportati dal controllo di gestione aziendale.

Tale percorso di riorganizzazione e programmazione sarà associato alla definizione di un vero e proprio *masterplan* aziendale, ossia un documento con prospettiva biennale nel quale sono riportati i progetti aziendali, gli obiettivi finali e intermedi, gli indicatori di risultato e il cronoprogramma delle attività.

Ulteriori strumenti di coinvolgimento nelle decisioni dei *middle manager* aziendali sono le *routine* organizzative strutturate, come l'incontro una volta a settimana dei distretti con il Direttore Sanitario e riunioni *ad hoc* con la direzione strategica per discutere decisioni importanti per l'azienda. Con il riaffidamento di tutti gli incarichi è stato anche costituito il nuovo Collegio di Direzione.

Il percorso di costruzione del *middle management* nell'ASL Roma 1 è ancora in divenire. Nell'idea della DG, la capacità di essere autonomi e responsabilizzati aumenta nel tempo grazie alla gestione autonoma dei processi di sviluppo organizzativo; i professionisti devono però esser certi di poter contare sul supporto continuativo della Direzione Strategica e degli staff aziendali.

10.4.3 L'APSS della Provincia Autonoma di Trento

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari gestisce le attività sanitarie e socio-sanitarie pubbliche sul territorio dell'intera Provincia Autonoma di Trento, che comprende un bacino di utenza di quasi 540.000 abitanti. Nel territorio sono presenti due ospedali *hub* (Trento e Rovereto) e cinque ospedali *spokes*, che costituiscono una rete ospedaliera di oltre 1800 PL. I dipendenti dell'Azienda sono oltre 8.000, di cui più della metà di area clinico-sanitaria.

La Direzione Aziendale, insediatasi nel 2016, definisce una nuova strategia Aziendale i cui punti fondamentali sono: i) integrazione tra ospedale e territorio; ii) governo unitario della rete ospedaliera; iii) omogeneità dei servizi offerti su tutto il territorio aziendale; iv) contenimento dei costi. Il raggiungimento di tali obiettivi necessitava una modificazione rilevante dell'assetto organizzativo aziendale.

La Direzione Strategica, nella definizione e nell'attuazione delle strategie, è supportata da tre ruoli di *line* produttiva (Articolazioni Organizzative Fondamentali - AOF) che fanno parte del cerchio esteso del top management: i) il direttore del servizio ospedaliero provinciale, che gestisce in modo coordinato e unitario la rete ospedaliera attraverso le aree clinico-sanitarie (simili a dipartimenti ospedalieri); ii) il direttore del servizio territoriale, che garantisce il governo unitario delle attività sanitarie territoriali attraverso le aree delle cure primarie, della riabilitazione e della salute mentale; iii) il direttore del dipartimento di prevenzione.

Il *middle management* dell'azienda è composto da ruoli diversificati: da un lato, si tratta dei 3 direttori di area territoriale e dei 7 direttori di area ospedaliera

che hanno rilevanti responsabilità gestionali; dall'altro, sono stati creati 5 ruoli di Coordinatore per l'integrazione ospedale-territorio, ciascuno per un contesto locale di riferimento. Tali Coordinatori hanno l'obiettivo di «garantire il presidio dei percorsi clinico-assistenziali trasversali alla dimensione territoriale e ospedaliera, al fine di fornire rassicurazioni e risposte alla comunità locale, attraverso la proposta di soluzioni, il monitoraggio delle attività e dei risultati di integrazione tra ospedale, territorio e prevenzione». Ai coordinatori è richiesto di coltivare non solo le relazioni con i professionisti ospedalieri e territoriali dell'azienda, ma anche un rapporto privilegiato con gli *stakeholders* esterni (in particolare, Enti Locali e Comunità di Valle) e con i professionisti convenzionati. Le figure professionali che sono state scelte per ricoprire il ruolo di Coordinatore per l'integrazione ospedale-territorio sono diverse: 3 sono dirigenti medici con esperienza nel settore territoriale, 2 sono dirigenti delle professioni sanitarie. Mentre i coordinatori hanno un ruolo trasversale e funzionale, essendo responsabilizzati sui processi e percorsi clinico-assistenziali nei territori di riferimento, i direttori di Area lavorano secondo logiche gerarchiche e hanno l'obiettivo di garantire l'omogeneità dei servizi erogati su tutto il territorio aziendale, orientando e specializzando le risorse subordinate verso tali fini.

Inoltre, fanno parte del *middle management* sanitario aziendale anche i Responsabili dei Servizi delle Professioni sanitarie, che hanno responsabilità dirette sulla gestione delle risorse assistenziali (in termini di allocazione delle risorse, di sviluppo delle prestazioni e delle competenze professionali) e riportano gerarchicamente ai direttori di Area (nel caso dei Servizi delle Professioni Sanitarie del settore territoriale) o di AOF (nel caso del Servizio Ospedaliero e del Dipartimento di Prevenzione).

Nella visione della DG i *middle manager* hanno l'obiettivo di avvicinare le strategie della Direzione e delle AOF al lavoro quotidiano, ciascuno in relazione al mandato che la Direzione ha disegnato per tale ruolo.

Il coinvolgimento di questi ruoli di *middle management* avviene attraverso *routine* organizzative strutturate, ossia incontri con la Direzione Sanitaria, nel caso dei Coordinatori per l'integrazione ospedale-territorio, e con le proprie AOF di appartenenza, nel caso dei direttori di Area.

Tra gli strumenti con i quali la DG vuole rafforzare il ruolo del *middle management*, sono particolarmente rilevanti: a) la formazione congiunta con i membri della direzione strategica allargata (direttori AOF); b) la costruzione un sistema di programmazione e controllo che definisca obiettivi, attività e indicatori di riferimento. Gli stessi *middle manager* saranno chiamati a costruire la propria «cassetta degli attrezzi», inserendovi gli strumenti e le tracce più utili per svolgere efficacemente il proprio compito.

La Direzione Aziendale, inoltre, ha voluto garantire un forte mandato fiduciario ai *middle manager* con la condivisione e la comunicazione dei valori alla base della nuova azienda, del nuovo assetto organizzativo e del ruolo dei ma-

nager di linea a tutti i professionisti facenti parte il nucleo operativo. A tal fine, sono stati svolti numerosi incontri con tutti i livelli dell'organizzazione.

10.4.4 Un confronto tra i casi

La Tabella 10.1 riporta un quadro sinottico di comparazione tra i tre casi aziendali analizzati.

Nelle ASL Città di Torino e Roma 1 – che provengono da un processo di fusione che ha reso le loro dimensioni particolarmente ampie – le DG ritengono che la valorizzazione dei ruoli di *middle management* sia indispensabile

Tabella 10.1 **Quadro sinottico di comparazione tra i casi**

	ASL Città di Torino	ASL Roma 1	APSS Trento
Ragioni della valorizzazione Middle Management	<ul style="list-style-type: none"> – Grandi dimensioni aziendali – Avvicinare le decisioni alle azioni 	<ul style="list-style-type: none"> – Grandi dimensioni aziendali – Condividere responsabilità e guida del processo di cambiamento organizzativo 	<ul style="list-style-type: none"> – Strategie aziendali che puntano alla trasversalità dei processi e all'omogeneità nell'erogazione dei servizi su tutto il territorio – Avvicinare le strategie aziendali alle azioni
Tipologia di Middle Manager	Decentramento verticale, direttori di: <ul style="list-style-type: none"> – Presidi ospedalieri (3) – Distretti (4) – DiPSA – Dipartimenti ospedalieri (4) – Dipartimenti territoriali (5) – Dipartimento di prevenzione – I coordinatori di attività ospedaliere e territoriali Decentramento orizzontale: <ul style="list-style-type: none"> – Ruoli trasversali con obiettivi di mandato su progetti o processi 	Decentramento verticale, direttori macro-strutture: <ul style="list-style-type: none"> – Aree gestionali – Distretti (6) – Dipartimento di Prevenzione – Dipartimenti ospedalieri – Dipartimento di salute mentale – Dipartimento delle professioni sanitarie e sociali 	Decentramento verticale, direttori: <ul style="list-style-type: none"> – Aree del Servizio Ospedaliero Provinciale (7) – Aree territoriali (cure primarie, riabilitazione, salute mentale) (3) – Responsabili dei Servizi delle professioni sanitarie Decentramento orizzontale: <ul style="list-style-type: none"> – Coordinatori per l'integrazione ospedale-territorio (5)
Strumenti di decentramento e partecipazione	<ul style="list-style-type: none"> – Delega del DG su specifiche materie – Partecipazione a comitati di indirizzo strategico: comitato ospedaliero e comitato territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> – Mandato fiduciario della DG – Schede di Organizzazione – Management by objectives e project management – Incontri collegiali 	<ul style="list-style-type: none"> – Mandato fiduciario della DG – Definizione di profili di ruolo e modello delle competenze – Routine organizzative strutturate con DS o direttori di AFO
Aspettative di ruolo	<ul style="list-style-type: none"> – Capacità decisionali – Problem solving 	<ul style="list-style-type: none"> – Capacità di costruire percorsi di sviluppo organizzativo, definire obiettivi e risultati 	<ul style="list-style-type: none"> – Capacità di tradurre strategia aziendale in azione – Costruzione di una «cassetta degli attrezzi»
Percorsi di crescita dei ruoli	<ul style="list-style-type: none"> – Lavoro per processi – Formazione ad hoc – Sviluppo di sistemi di P&C, Management by objectives 	<ul style="list-style-type: none"> – Lavoro sul campo su processi di sviluppo organizzativo 	<ul style="list-style-type: none"> – Lavoro per processi e percorsi – Formazione ad hoc – Sviluppo di sistemi di P&C

per evitare che tutte le scelte gestionali, anche quelle più vicine alle operazioni aziendali, siano riportate al vertice strategico (rischiando possibili *impasse* decisionali). Nel caso dell'APSS di Trento, che da anni ha raggiunto una stabilità dimensionale, il tema del rafforzamento del *middle management* era necessario per tradurre in azione la nuova visione strategica aziendale. Da tali ragioni discendono le aspettative di ruolo da parte delle DG, che presuppongono la capacità dei *middle manager* di rispondere ai problemi decisionali che si pongono alla periferia aziendale e di rappresentare delle vere e proprie «cinghie di trasmissione» tra il vertice strategico e il nucleo operativo.

Nell'ASL Roma 1 il *middle management* è costruito esclusivamente attraverso politiche organizzative di decentramento verticale, secondo l'idea classica della letteratura organizzativa. Nel caso delle altre due Aziende, invece, le figure di manager di linea sono anche il risultato di strategie di decentramento orizzontale su questioni manageriali specifiche, con la creazione di ruoli trasversali con obiettivi di mandato su progetti o processi (ASL Città di Torino) o con finalità di integrazione tra attività ospedaliere e territoriali per specifici ambiti locali (APSS di Trento). Si assiste, quindi, non a un fenomeno di effettiva divisionalizzazione delle organizzazioni sanitarie, ma alla definizione di ruoli e meccanismi organizzativi che rendono l'Azienda un modello organizzativo matriciale.

Se nel caso dell'ASL Città di Torino le deleghe formali sono lo strumento con il quale si dà forza al decentramento verticale e orizzontale, nelle altre due Aziende il mandato ai *middle managers* è di carattere fiduciario (non sono, quindi, utilizzate deleghe formali) da parte della DG. In tutti i casi analizzati, inoltre, si rilevano modalità di coinvolgimento di tali figure nei processi decisionali attraverso comitati formalizzati o in incontri collegiali stabiliti come routine organizzative strutturate.

Nell'ASL Roma 1 sono stati adottati dei sistemi di *Management by Objectives*, richiedendo agli stessi manager di linea di produrre piani organizzativi per la propria area di riferimento, declinati in progetti, obiettivi e indicatori di risultato. Il percorso di sviluppo organizzativo è, così, il meccanismo attraverso il quale l'Azienda «forma sul campo» i *middle manager*. A queste figure sono state attribuite maggiori responsabilità nel corso del tempo, ma la Direzione Aziendale continua a mantenere un forte ruolo di accompagnamento. Sia l'APSS di Trento, sia l'ASL Città di Torino mirano a sviluppare anch'esse questi sistemi di programmazione e controllo per obiettivi, guidando i professionisti alla costruzione del ruolo anche attraverso percorsi di formazione *ad hoc*.

10.5 Discussione

L'analisi dei casi e il quadro interpretativo presentato in apertura del capitolo evidenziano il percorso parallelo della crescita dimensionale delle aziende sani-

tarie e della collegata sofisticazione dei loro assetti organizzativi. Sofisticazione che, alla luce dei casi, sembra effettivamente essere dettata in primo luogo dalla ricerca di soluzioni organizzative e schemi di funzionamento capaci di garantire alla Direzione condizioni di migliore governabilità dell'azienda di fronte a:

- ▶ una significativa crescita della complessità organizzativa. La dimensione – si è già discusso nell'introduzione – non è di per sé fattore complicante, ma lo diventa in misura rilevante laddove si inserisce in ambiti a forte discrezionalità comportamentale, *job tenure* con alti gradi di protezione, *turf wars* tra famiglie professionali, differenziazione spinta delle linee di prodotto e servizio, *accountability* diffusa e «liquida» sul territorio, ecc. Si tratta di tutte quelle condizioni che rendono l'azienda sanitaria tra le organizzazioni più fisiologicamente complicata da governare, se non quella più complicata in assoluto;
- ▶ un'accelerazione marcata nelle pressioni ambientali, segnalate dalle attese di performance, di miglioramento degli esiti, di sostenibilità economica, e in generale di conseguimento di obiettivi istituzionali dettati dall'agenda regionale e politica; nonché di quelli autodefiniti tramite le emergenti pratiche di pianificazione strategica, sempre più diffuse tra le aziende.

Le scelte di assetto organizzativo, e in particolare quelle della struttura e di conseguente articolazione delle responsabilità, sono poi ovviamente «mediate» dalle spinte generate dalle attese dei membri dell'azienda sanitaria – i professionisti apicali, le loro cordate di «potere», ma anche il bisogno fisiologico di usare la struttura come elemento incentivante e gratificante in una prospettiva di carriera passata, presente e futura – e da quelle «imposte» dai quadri normativi di riferimento e dalla inclinazione verso forme di isomorfismo competitivo (Di Maggio e Powell, 1983). Le scelte finali inevitabilmente scontano un certo grado di «compromesso» tra la pura razionalità tecnica e la necessità di optare per «semplificazioni» delle filiere di comando in ragione della storia organizzativa (la cosiddetta *path dependency* (Sydow *et al* 2009)) e della limitatezza del potenziale organizzativo disponibile in termini di *leadership* nella linea del *middle management*.

Questa riflessione introduce il vero nodo della «questione organizzativa» che oggi fronteggiano le aziende sanitarie a dimensione accresciuta.

L'analisi dei casi non riesce ovviamente a cogliere fino in fondo l'effetto della «dimensione progettuale umana», ma coglie invece molto bene la questione strutturale, e quindi permette di apprezzare come le aziende sanitarie stiano comunque effettivamente cercando soluzioni che costruiscano, valorizzino e consolidino il livello del *middle management*. Generalmente si assiste a verticalizzazioni e divisionalizzazioni, con un crescente trasferimento – almeno atteso – di responsabilità sia di livello strategico che operativo dal vertice

aziendale alla prima linea organizzativa. Inoltre, è interessante osservare come, diversamente da quanto ci restituiscono i quadri concettuali consolidati (come descritto nell'introduzione), traspaia un tentativo in atto di personalizzare il «repertorio» degli snodi organizzativi – in particolare del dipartimento e distretto – in termini di contenuti di responsabilità ad essi associabili. I tre casi propongono una qualche divisionalizzazione dell'azienda sanitaria, con un esercizio di autonomia organizzativa manifesto sia nella individuazione di livelli organizzativi estranei ai quadri normativi consolidati (le «aree»), sia nella definizione di contenuti e ruoli diversi associati alla medesima tipologia di articolazioni organizzative consolidate (dipartimenti e distretti).

In ogni caso, traspare come i *middle manager* diventino figure chiave nei processi di programmazione e controllo: o perché responsabilizzati direttamente (e dotati di adeguate risorse) o perché chiamati a raccogliere gli obiettivi di una porzione del nucleo operativo per poi negoziarli/rappresentarli con la direzione strategica. Non è una discontinuità «marcata» rispetto alle attese che da tempo insistono sui ruoli di direzione delle macrostrutture nelle aziende sanitarie, ma probabilmente è ancora oggi un passo obbligato per legittimare e rafforzare il middle management.

Meno marcate sono invece le scelte di trasversalità nelle tre aziende analizzate, ma in due di queste vi sono ruoli e responsabilità orizzontali importanti, che segnalano l'emergere di una sofisticazione organizzativa sempre più diffusa nelle aziende sanitarie per tre ragioni di fondo, vale a dire il presidio di specifici processi:

- ▶ di integrazione tra ospedale e territorio;
- ▶ di integrazione su percorsi di cura, con il consolidamento di reti cliniche aziendali strutturate (Del Vecchio, Lega e Prenestini, 2016);
- ▶ di carattere operativo (di gestione operativa, di qualità, di logistica dei beni ecc.);
- ▶ di relazione con gli stakeholder del territorio.

Sotto il profilo «strutturale», quindi, le aziende sanitarie stanno modificandosi per rafforzare la gerarchia delle linee intermedie.

Ma per rispondere alla domanda posta alla fine dell'introduzione, e cioè «come le aziende pensano di attrezzarsi per rafforzare quelle responsabilità intermedie che hanno finora rappresentato uno snodo particolarmente critico nell'evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche», dobbiamo tornare alla «questione organizzativa umana».

Assunto che le scelte di struttura – divisionalizzazioni e trasversalità – mostrano una loro coerenza e razionalità che ne spiegano le ragioni e ne rendono possibile l'effettivo funzionamento, va osservato che nelle organizzazioni professionali le scelte organizzative comportano interventi ancora più pro-

fondi e propedeutici sulle persone e sulla loro messa in contesto. In particolare perché i cambiamenti strutturali segnalano la transizione in atto verso un cambio di paradigma in cui sono le persone che ci si attende si adattino al nuovo «impianto» organizzativo, a fronte di una storia e cultura in cui era l'organizzazione che veniva spesso plasmata sulle attese e convenienze dei professionisti.

Costruire le linee intermedie, il *middle management*, è operazione difficile in sé, molto complessa, specificatamente in contesti professionali di ampie dimensioni con limitate tecnostrutture centrali e/o decentrate, come le aziende sanitarie pubbliche.

La letteratura di management e sociologica ha studiato a lungo e messo bene in evidenza come vi sia una «infelicità» ben riconosciuta dei *middle managers* che ne limita l'efficacia e performance, alla quale si associano i tratti tipici e le ulteriori difficoltà fisiologiche dei contesti professionali dove gli stessi manager ricoprono ruoli ibridi.

Rispetto al primo punto, la letteratura è concorde sul fatto che i *middle managers* (Osterman, 2009):

- ▶ percepiscono l'organizzazione come inefficiente e inefficace;
- ▶ si sentono oberati di lavoro (*overworked*);
- ▶ non credono di essere veramente ascoltati dalla direzione;
- ▶ non vedono il significato completo del loro lavoro;
- ▶ vivono il contesto organizzativo come ambiguo, incoerente e fonte di conflitto di valori.

Rispetto alla questione dei ruoli ibridi, le evidenze prodotte dagli studi segnalano che (King's Fund 2011):

- ▶ si percepiscono nativamente come rappresentanti della «pancia» organizzativa piuttosto che gruppo dirigente e «cinghia di trasmissione» tra vertice aziendale e collaboratori;
- ▶ quando non rappresentano porzioni della *line* organizzativa, spesso perseguono la strategia opposta di isolare la pancia dell'organizzazione del vertice, per conservare lo status quo (cosiddetta «custodial strategy»);
- ▶ non di rado, sono leader «riluttanti». Accettano di dirigere una linea intermedia per convenienza o necessità, non per aspirazioni da leader e da esercizio del ruolo;
- ▶ la loro lealtà è prima verso il paziente e gli stakeholder esterni piuttosto che verso l'organizzazione (portato della tradizionale inversione mezzo-fine, cioè l'organizzazione come strumento asservito ai fini professionali, mentre dai medici-manager ci si attende la capacità di mediare in modo efficace le priorità organizzative con quelle professionali);

- il tentativo di trasformare le culture professionali in ibride manageriali spesso genera spinte alla burocratizzazione formale (adempimento passivo del ruolo piuttosto che azione proattiva).

Il prossimo paragrafo approfondisce implicazioni e conseguenze di questo quadro di contesto.

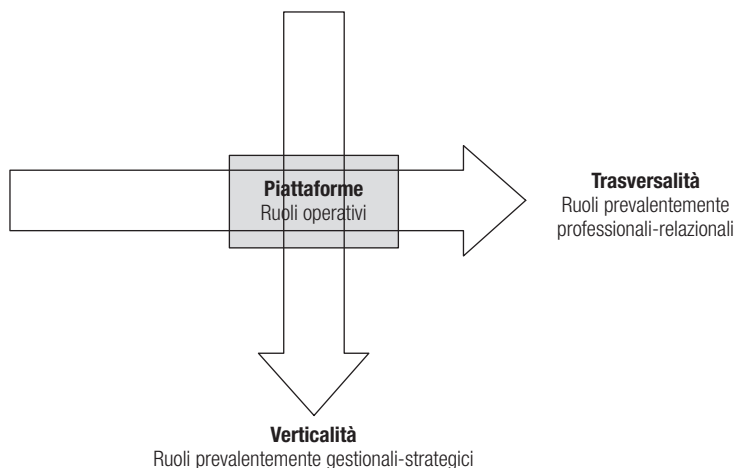
10.6 Implicazioni

Cosa può essere utile quindi alle aziende sanitarie per attrezzarsi a far «decolare» le linee intermedie in coerenza con le attese generate dai nuovi schemi organizzativi? Probabilmente un investimento mirato importante, intenso e continuo sulla messa in contesto dei *middle manager*. Con una attenzione specifica ai tratti dominanti del tipo di leadership attesa in relazione ai ruoli.

La Figura 10.3 identifica i tre ruoli di linea intermedia emergenti o in consolidamento, come anticipato nel paragrafo di discussione dell'analisi dei casi studio.

Ruoli che hanno connotazioni diverse, e quindi «accenti» diversi sulle attitudini e posture di esercizio. I ruoli «verticali» sembrano collegarsi maggiormente, come messo in evidenza anche dai tre casi studiati, ad una leadership trasformativa (più recentemente definita anche «abrasiva») finalizzata all'implementazione dei cambiamenti e delle scelte «difficili», alla presa di decisioni in condizioni «wicked» (Rittel e Webber 1973), cioè caratterizzate da assenza di una soluzione dominante, ambiguità e complessità di inquadramento. I ruoli trasversali connotano viceversa una leadership relazionale, orientate alla

Figura 10.3 I ruoli di linea intermedia emergenti



riconnessione, ricomposizione e negoziazione tra priorità non sempre allineate, all'influenza «dolce» ma decisa.

I ruoli di gestione delle piattaforme richiedono una *servant leadership* a forte impronta di razionalità tecnica, dove le decisioni e azioni seguono i «fatti brutali» e sono il portato di scelte prese dalle altre linee intermedie titolari delle questioni strategiche.

Appare evidente che non ci sono *middle manager* per tutte le stagioni: essi devono ricoprire ruoli con diverse necessità di competenze e stili comportamentali; inoltre lo stesso ruolo può richiedere un esercizio differente in momenti di vita diversi dell'organizzazione. È molto probabile che le attese di esercizio in una linea intermedia in costruzione siano diverse da quelle di un'azienda sanitaria con un assetto organizzativo già consolidato.

L'implicazione evidente è che la sofisticazione delle strutture e degli assetti organizzativi delle «mega» aziende sanitarie richiede una contemporanea sofisticazione dei meccanismi di messa in contesto e «imbarco» (*l'engagement* della letteratura internazionale) dei futuri *middle managers*.

Un processo che quindi può avvalersi di diversi strumenti, diversi dei quali in misura crescente sono già utilizzati, o almeno, stanno comparando nel «radar» delle aziende sanitarie:

- ▶ costruzione senso di squadra attraverso il consolidamento di specifiche *routine organizzative* (come messo in evidenza anche nei tre casi);
- ▶ ricorso a ritiri strategici in modalità *outing*, almeno una volta all'anno;
- ▶ richiesta di una crescente attività da *reflective practitioner*, cioè di apprendimento e *sensemaking* di quanto accaduto, di come è stato gestito, di come si è consolidato il proprio «metodo» di lavoro e stile di leadership;
- ▶ *shadowing*, cioè periodi di apprendimento del ruolo tramite affiancamento a colleghi che svolgono funzioni ed esercitano ruoli analoghi;
- ▶ *light coaching* e *mentoring* da parte di colleghi o tramite ricorso a professionisti esterni.

10.7 Conclusioni

Lo studio dei tre casi di aziende sanitarie di grandi dimensioni ha permesso di analizzare e discutere i cambiamenti in essere sulle strutture organizzative, quale riflesso della accresciuta complessità e del tentativo di generare una migliore governabilità dell'organizzazione. Ovviamente incide anche il portato della loro stessa storia, e quindi le Aziende sono soggette fisiologicamente alle influenze derivanti dalla *path dependency* (dipendenza dalle scelte e situazioni precedenti). Le tre aziende analizzate sono nel pieno di processi di sviluppo organizzativo, dove l'allineamento tra attese di funzionamento della struttura or-

ganizzativa e messa in contesto dei ruoli è la questione chiave, la più difficile. Se quindi in questa prospettiva il migliore investimento è forse quello a sostegno dell'*engagement* della squadra dei *middle manager*, all'interno di schemi organizzativi in via di sofisticazione tra linee di responsabilità verticali, orizzontali e di piattaforma, rimane ancora da chiedersi quali ulteriori possibilità, interventi, soluzioni possono aiutare le aziende sanitarie ad «attrezzarsi» per questa sfida organizzativa. Alcune discontinuità interessanti, molto premature, ma che lentamente si stanno facendo spazio nella riflessione, in parte del dibattito, ed in qualche pratica aziendale, sembrano essere le seguenti.

1. Trasformare i ruoli di direzione delle grandi macrostrutture (aree, dipartimenti, distretti, ecc.) in ruoli di carriera che prevedano un percorso di acquisizione di competenze specifico, e non quello generalista da direttori di struttura complessa. Ruolo che può avvicinarsi ad una funzione di direzione sanitaria (per gli aspetti gestionali). Traiettorie, questa, complessa, e foriera di pro e contro da soppesare bene, probabilmente possibile solo per parte delle linee intermedie. Ma che pone la questione di quanto la temporaneità del ruolo sia un'opportunità o un problema per l'*engagement* dei professionisti. Da approfondire prendendo la prospettiva della Direzione Aziendale.
2. Istituire un collegio di direzione delle professioni sanitarie per rafforzare il governo unitario di tutta la parte sanitaria del comparto, evitare personalismi e verticalizzazioni spinte – le ultime specificatamente quando immotivate o incoerenti con il momento di vita aziendale – favorendo la ricomposizione sotto la Direzione del Sanitaria di tutta la linea di produzione aziendale.
3. Rafforzare le nascenti tecnostrutture di Direzione/Gestione Operativa, quale riferimento per il supporto gestionale alle funzioni e responsabilità operative della linea intermedia;
4. Prevedere per le macrostrutture di linea intermedia con-direzioni o direzioni e vicedirezioni con professionisti portatori di metodi e stili di leadership diversi che possono complementarsi. Questi professionisti, all'occorrenza, possono assumere il governo di specifici processi e azioni che richiedono una certa postura comportamentale piuttosto che un'altra. Investendo ovviamente molto per rafforzare la visione e le pratiche di lavoro in team tra i due professionisti, onde evitare il degenerare verso – sempre possibili – situazioni di conflittualità e competizione interna.

Quanto sopra rappresenta solo un contributo, *food for thought*, ad una riflessione che è in corso e probabilmente maturerà ulteriormente nei prossimi mesi. Il futuro delle aziende sanitarie, oggi più di ieri, sembra dipendere in misura crescente dal contributo (non solo professionale, ma sempre di più gestionale) dei professionisti chiamati a coprire i ruoli di *middle management*. Con questa consapevolezza, ci auguriamo quindi che questo contributo possa essere un ul-

teriore elemento per arricchire la riflessione accademica, il dibattito istituzionale e le pratiche aziendali rispetto all'evolvere della complessità delle sfide organizzative.

Bibliografia

- Airoldi G., Brunetti G., Coda V. (2005), *Corso di economia aziendale*. Bologna, il Mulino.
- Borgonovi E. (1996), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*. Milano, EGEA.
- Del Vecchio M. (2000), «L'evoluzione nelle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche» in E. Anessi Pessina e E. Cantù. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Lega F., Prenestini A. (2016), «La trasformazione delle unità operative: team multidisciplinari ed équipe itineranti» in CeRGAS – Bocconi, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario italiano. *Rapporto OASI 2016*, EGEA, Milano.
- Di Maggio P.J., Powell W.W. (1983), «The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields», *American Sociological Review*, 48(2), pp. 147-170.
- Fattore G., Gugiatti A., Longo F. (2016), «Il riordino dei servizi sanitari regionali», in CeRGAS – Bocconi, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario italiano. *Rapporto OASI 2016*, EGEA, Milano.
- Jones G.R. (2007), *Organizzazione. Teoria, progettazione, cambiamento*, Ed. italiana a cura di Giuseppe Soda (Edizione originale: *Organizational Theory, Design and Change*, Pearson, 2003), Milano, EGEA.
- King's Fund (2011), *The Future of Leadership and Management in the NHS: No More Heroes*
- Mintzberg H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Bologna, Il Mulino.
- Osterman P. (2009), *The Truth About Middle Managers: Who They Are, How They Work, Why They Matter*, Harvard Business Press, Boston.
- Rittel H., Melvin M. Webber (1973), Dilemmas in a general theory of planning, *Policy Sciences*, June, Volume 4, Issue 2, pp 155-169.
- Sydow J., Schreyögg G., Koch J. (2009), «Organizational Path Dependence: Opening the Black Box», *Academy of Management Review*, October 1, vol. 34, no. 4 689-709.

11 Rafforzamento e diversificazione dei percorsi di carriera della professione infermieristica: stato dell'arte e prospettive

di Mario Del Vecchio, Roberta Montanelli ed Elisabetta Trincherò¹

11.1 Introduzione

La professione infermieristica ha vissuto stagioni di grande e profonda trasformazione che nel tempo ne hanno aumentato l'autonomia, accrescendone, insieme alla responsabilità sugli atti sanitari, quella sulla dimensione organizzativa. Sono ormai passati oltre vent'anni dalla definizione del profilo professionale dell'infermiere² e si stanno per aprire nuove fasi contrattuali che vedranno la probabile collocazione della dirigenza infermieristica nel medesimo CCNL della dirigenza medica e veterinaria.

La professione si è arricchita, inoltre, di percorsi formativi sempre più articolati con diplomi di laurea magistrale, master universitari di primo e secondo livello, aprendo così nuove opportunità di riconoscimento di ruolo nelle aziende sanitarie sia pubbliche che private.

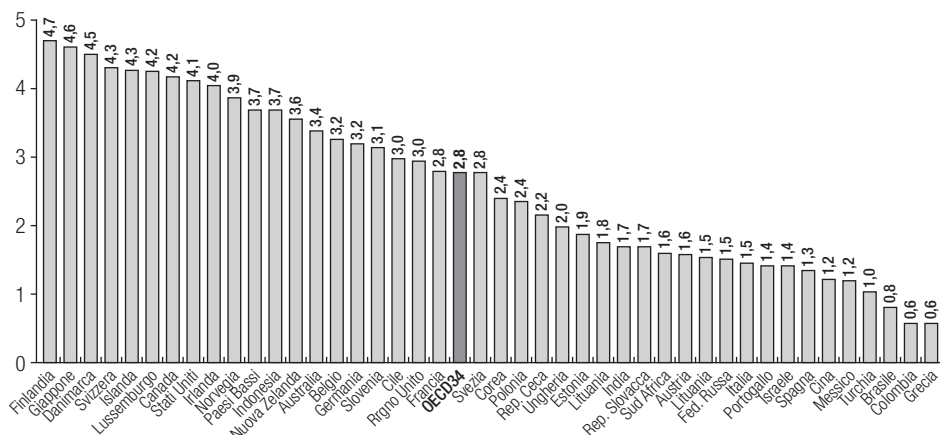
A livello nazionale si sta, dunque, consolidando una tendenza alla valorizzazione e allo sviluppo professionale analoga a quella presente in altri paesi europei. Rimane comunque una distanza significativa in termini di *skill mix*, come dimostra (vedi Figura 11.1) la posizione dell'Italia nel rapporto tra numero di

¹ Sebbene il presente capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, i §§ 11.1, 11.3.3, 11.4 sono attribuiti a Roberta Montanelli, i §§ 11.1.1, 11.2, 11.3.1, 11.3.2 a Elisabetta Trincherò e il § 11.5 a Mario Del Vecchio.

Fermo restando la completa responsabilità degli autori rispetto all'idea e ai contenuti della ricerca, si ringraziano per il proficuo contributo dato alla preparazione e distribuzione del questionario e alla comprensione dei dati raccolti, i seguenti esponenti della professione infermieristica: Patrizia Bevilacqua, Marino Dell'Acqua, Tiziana Fiorini, Carmelo Gagliano, Giorgio Magon, Orienna Malvoni, Carlo Orlandi, Sebastiano Zappulla, Maurizio Zega, Laura Zoppini. Inoltre questa ricerca non sarebbe stata possibile senza l'apporto dei dirigenti della professioni infermieristica che hanno prestato il loro tempo nella fase di test del questionario e nella fase di raccolta dei dati.

² DM 14 settembre 1994 Profilo professionale dell'infermiere e Legge 42/99: Disposizioni in materia di professioni sanitarie

Figura 11.1 Rapporto tra infermieri e medici nei Paesi OCSE



Fonte: OECD 2015, Health at a Glance

infermieri e di medici operanti nel sistema (1,5 infermieri per medico contro una media OECD di 2,8).

Lo sviluppo della professione si accompagna e trova alimento anche in alcune importanti trasformazioni in atto nel SSN come l'emergere di nuove modalità di erogazione dei servizi (ospedali per intensità di cura, gestione per processi assistenziali, integrazione ospedale e territorio e forme di presa in carico delle cronicità) e le conseguenti trasformazioni negli assetti organizzativi. In questo nuovo scenario è sempre più richiesto un approccio multi professionale alle cure e l'apertura a forme di collaborazione innovative tra professioni con l'attenzione centrata sul paziente.

La ricerca, di cui vengono presentati i risultati, ha voluto approfondire, con un'indagine empirica e un confronto con alcuni interlocutori particolarmente rilevanti per la professione infermieristica (per esperienza, responsabilità organizzativa e visibilità), quali siano a oggi i principali percorsi di carriera per gli infermieri e quali strumenti vengano utilizzati per la loro valorizzazione. Il fine è quello di identificare i trend emergenti a livello nazionale nelle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate.

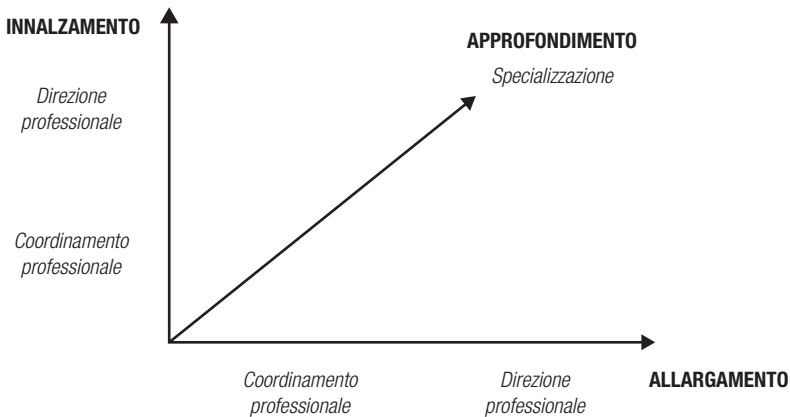
La ricerca ha preso spunto da uno studio SDA Bocconi condotto nel 2014-2015 per la Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi. Lo studio ha consentito un'ampia ricognizione delle previsioni istituzionali e organizzative che caratterizzano, nelle diverse regioni italiane, il ruolo delle professioni sanitarie. Se da un lato i documenti esaminati prefiguravano un perimetro di attese su ruoli e funzioni che le professioni sanitarie possono assolvere particolarmente ampio, dall'altro la ricerca stessa rilevava una certa (seppur fisiologica) distanza tra i modelli disegnati dal «dover essere» istituzionale e la pratica prevalente nei concreti contesti aziendali.

11.1.1 Dimensioni dello sviluppo di carriera della professione infermieristica: lo schema logico interpretativo adottato

Lo schema logico-interpretativo utilizzato nello studio individua tre assi di sviluppo di carriera possibili per la professione infermieristica:

- ▶ la linea **dell'innalzamento** in ruoli gestionali formalmente riconosciuti dalle aziende legati a responsabilità di natura mono professionale (posizioni organizzative a valenza gestionale nell'area infermieristica, coordinamenti infermieristici, ruoli di direzione infermieristica);
- ▶ la linea **dell'approfondimento specialistico** nell'area professionale di riferimento;
- ▶ la linea **dell'allargamento** delle opzioni di sviluppo di carriera con l'ingresso in aree di responsabilità organizzativo gestionale contendibili con altre professioni.

Figura 11.2 **Schema logico interpretativo della ricerca**



Fonte: da SDA Bocconi, Rapporto di ricerca IPASVI 2015

All'interno delle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, la professione infermieristica si connota in base alle conoscenze, competenze, abilità, attitudini: (i) di tipo organizzativo gestionale monoprofessionale (sull'impiego delle risorse e sulla valutazione dei risultati); (ii) di tipo specialistico professionale (per la risposta ai bisogni del paziente); (iii) per il governo di funzioni a valenza aziendale contendibili con altre professioni (gestione del rischio clinico, governo della formazione, governo della qualità).

Secondo lo schema proposto, con riferimento ai percorsi di carriera della professione infermieristica, una prima opportunità di crescita è rappresentata dalle funzioni di coordinamento su base mono-professionale. Una evoluzione,

per certi versi naturale, di tali ruoli di responsabilità è quella della conduzione di gruppi multi professionali o di assunzione di responsabilità trasversali (di riconnessione rispetto al paziente). È bene sottolineare come, nonostante una maggiore «intensità manageriale» di tali posizioni, rimane comunque forte la loro matrice professionale ovvero la necessità per chi occupa ruoli di responsabilità di sapere (competenze) e di potere (legittimazione) entrare nel merito dei processi assistenziali.

Una diversa opportunità di crescita è invece quella specialistica (l'infermiere specialista rispetto a specifici problemi o che padroneggia procedure tecnologicamente complesse). L'orizzonte dell'assistenza è centrale rispetto ai percorsi di crescita clinico professionale.

Guardando ad alcune aziende sanitarie si può delineare la figura del dirigente che «governa macro sistemi complessi» con responsabilità su risultati, intesi come outcome, output e risultati finanziari complessivi (a livello di funzione, dipartimento, presidio, distretto, azienda). Considerando alcune funzioni strategiche a valenza trasversale, che spesso impattano su tutto il sistema aziendale, si possono considerare le posizioni dirigenziali che assicurano il corretto ed efficace funzionamento e i risultati di specifici meccanismi operativi a servizio dell'azienda e delle sue articolazioni (quali ad esempio la funzione del *quality manager*).

A seconda degli specifici contenuti di responsabilità, i ruoli assumono tratti marcatamente manageriali, allontanandosi dalla base professionale. Si possono così identificare sentieri di sviluppo diversi quali: (i) il coordinamento professionale e multiprofessionale; (ii) la specializzazione, influenzata dalla progressione del sapere infermieristico; (iii) i ruoli manageriali di line e staff, la cui attribuzione alla componente infermieristica è funzione dello status e della capacità degli infermieri.

11.2 Metodi di ricerca

Dopo aver sviluppato il *framework* logico di riferimento, è stata costruita una ipotesi di griglia di osservazione, che è stata condivisa e testata con un *panel* di esperti della professione infermieristica. Da ciò è emerso un primo *draft* di questionario che è stato testato con 15 dirigenti infermieristici. La versione validata del questionario (cfr. Tabella 11.1 per una sintetica visione delle dimensioni oggetto di analisi) è stata inviata via mail alla totalità dei referenti aziendali delle professioni infermieristiche delle aziende sanitarie pubbliche italiane, fatta eccezione per le regioni Calabria e Campania (dove non è stato possibile raggiungere tutti i referenti aziendali) per un totale di 180 invii. Per quanto riguarda il settore del privato accreditato, è stato possibile raggiungere 45 direzioni infermieristiche sul territorio nazionale.

Tabella 11.1 **Dimensioni oggetto di analisi**

Area dell'innalzamento (ruoli gestionali)
Numero di infermieri con posizioni organizzative per incarichi di natura organizzativo gestionale monoprofessionale
Costo annuo per le posizioni organizzative degli infermieri con incarichi di natura organizzativo gestionale monoprofessionale
Numero di coordinatori infermieristici di unità organizzativa/operativa con incarichi di natura organizzativo gestionale monoprofessionale
Numero di coordinatori infermieristici di dipartimento con incarichi di natura organizzativo gestionale monoprofessionale
Numero di dirigenti infermieristici con incarichi di natura organizzativo gestionale monoprofessionale
Numero di direttori infermieristici con incarichi di natura organizzativo gestionale monoprofessionale
Area dell'approfondimento specialistico (riconoscimento competenze specialistiche avanzate)
Numero di infermieri con forme di riconoscimento per competenze specialistiche
Aree in cui gli infermieri hanno forme di riconoscimento per competenze specialistiche
Competenze specialistiche riconosciute
Modalità di riconoscimento formale delle competenze specialistiche degli infermieri
Area allargamento (ruoli gestionali contendibili)
Numero di infermieri con posizioni organizzative, ruoli di coordinamento o ruoli direttivi contendibili
Aree in cui afferiscono gli infermieri con posizioni organizzative, ruoli di coordinamento o ruoli direttivi contendibili
Ruoli contendibili ricoperti dagli infermieri

I dati sono poi stati raccolti durante i primi mesi del 2017 attraverso una strategia di auto-somministrazione (Ghuri and Grønhaug 2002). Sono stati compilati 128 questionari di cui 81 utilizzabili, 68 provenienti da aziende sanitarie pubbliche (*redemption rate* 38%) e 13 da aziende sanitarie private accreditate. (*redemption rate* 29%). I dati relativi alle aziende pubbliche del campione riguardano circa 91.000 infermieri, su una popolazione infermieristica impiegata nel settore pubblico di quasi 260.000 infermieri (Ministero della Salute, 2017). I dati relativi alle aziende private accreditate del campione riguardano circa 6.700 infermieri su un totale di circa 45.000 (Ministero della Salute, 2013).

Per quanto riguarda la dimensione delle aziende pubbliche e private del campione in termini di personale infermieristico impiegato, i dati sono riportati in Tabella 11.2.

Tabella 11.2 **Distribuzione per numero di infermieri delle aziende del campione**

N. infermieri	N. Aziende Private	N. Aziende pubbliche
<500	10	10
500-1000	1	22
1000-1500	1	17
1500-2000	0	8
>2000	1	11
Totale	13	68

Per quanto riguarda la distribuzione geografica delle aziende pubbliche e private del campione, i dati sono riportati in Tabella 11.3. Le 39 aziende pubbliche del Nord Italia rappresentano circa 51.900 infermieri, contro i 23.600 infermieri

Tabella 11.3 **Distribuzione geografia delle aziende del campione**

	N. Aziende Private	N. Aziende pubbliche
Nord	9	39
Centro	3	16
Sud	1	13
Totale	13	68

del Centro (16 aziende) e 16.000 infermieri del Sud (13 aziende). Le 9 aziende private accreditate del Nord Italia rappresentano circa 3.400 infermieri, contro 2.900 infermieri del Centro (3 aziende) e 300 infermieri del Sud (1 azienda).

I dati analizzati sono stati oggetto di confronto con *key informant* della professione infermieristica (dirigenti delle professioni sanitarie a livello aziendale di aziende pubbliche e private accreditate).

11.3 Risultati

Rispetto alle tre dimensioni analizzate, segnatamente **dell'innalzamento** nei ruoli gestionali sul piano della responsabilità mono professionale, dell'**approfondimento specialistico** nell'area professionale di riferimento e **dell'allargamento** delle opzioni di sviluppo di carriera con l'ingresso in aree di responsabilità organizzativo gestionale contendibili con altre professioni, ecco i principali risultati emersi dall'analisi.

11.3.1 Innalzamento nei ruoli gestionali

La percentuale di aziende del campione che ricorre alle diverse modalità di riconoscimento dei ruoli gestionali (posizione organizzativa, coordinamento di unità organizzativa, coordinamento di dipartimento o area, dirigenza, direzione) per la professione infermieristica è riportata in Tabella 11.4. Si segnala il fatto che la percentuale di aziende che investe in ruoli dirigenziali per gli infermieri è dell'85% nel privato e dell'84% nel pubblico. Il numero di infermieri

Tabella 11.4 **Percentuale di aziende del campione con infermieri che ricoprono ruoli gestionali mono-professionali (innalzamento)**

	Aziende Private	Aziende pubbliche	Totale
Posizione Organizzativa	NA	90%	NA
Coordinamento UO	92%	93%	93%
Coordinamento Dipartimento	31%	66%	60%
Dirigenza	85%	84%	84%

con ruoli dirigenziali per azienda sembra non essere legato alla collocazione geografica né alla natura istituzionale, bensì alla dimensione dell'azienda. Troviamo mediamente un dirigente nelle aziende con meno di 500 infermieri, due dirigenti nelle aziende che hanno un numero di infermieri compreso tra 500 e 2000, mentre oltre i 2000 infermieri troviamo oltre quattro infermieri dirigenti con ruoli gestionali.

Si ricorda che la Posizione Organizzativa e la Direzione sono prerogativa del settore pubblico. Nel 90% delle aziende sanitarie pubbliche del campione ad infermieri, infermieri coordinatori ed infermieri dirigenti è stato attribuito un incarico di posizione organizzativa come forma di riconoscimento di un ruolo gestionale. Nel 71% delle aziende sanitarie pubbliche del campione al dirigente infermiere è stato conferito un incarico di Direttore di Struttura.

Il minore tasso percentuale di figure di coordinamento di dipartimento nel privato accreditato rispetto al pubblico riflette un differente modello organizzativo.

Il 5,7% degli infermieri del campione ha un ruolo gestionale, e segnatamente il 5,72% degli infermieri che lavorano nel pubblico contro il 5,37 del privato accreditato. Nel settore pubblico, sono riconosciuti ruoli gestionali al 6,28% degli infermieri che lavorano nelle aziende sanitarie del Nord Italia, al 5,74% degli infermieri che lavorano nelle aziende sanitarie del Centro Italia e allo 3,84% degli infermieri che lavorano nelle aziende sanitarie del Sud Italia. Sempre nel settore pubblico, il 5,9% degli infermieri che lavorano in aziende che impiegano meno di 500 infermieri vede assegnati ruoli gestionali, contro il 6,3% degli infermieri che lavora in aziende che impiegano tra 500 e 1000 infermieri, il 5,93% degli infermieri che lavora in aziende che impiegano tra 1000 e 1500, il 6,43% degli infermieri che lavora in aziende che impiegano tra 1.500 e 2.000 e il 5,02% degli infermieri che lavora in aziende che impiegano oltre i 2.000 infermieri.

Per quanto riguarda la distribuzione delle opportunità di innalzamento nei ruoli gestionali, si veda Tabella 11.5. La percentuale di infermieri con posizione organizzativa delle aziende pubbliche del Nord Italia è del 1,41%, del Centro è del 1,1% e del Sud è dello 0,29%.

Il costo medio di una posizione organizzativa delle aziende pubbliche del campione è di 5.700 euro (5.900 euro nelle aziende pubbliche del Nord Italia, 4.800 euro nel Centro, e 7.000 euro nel Sud).

Tabella 11.5 **Percentuale di infermieri del campione con ruoli gestionali mono-professionali (innalzamento)**

	Infermieri in aziende Private	Infermieri in aziende pubbliche	Totale
Posizione Organizzativa	NA	1,14%	NA
Coordinamento UO	4,61%	3,89%	3,94%
Coordinamento Dipartimento	0,42%	0,45%	0,45%
Dirigenza	0,34%	0,17%	0,25%

Quasi la metà (0,46%) degli infermieri dirigenti che lavorano nelle strutture sanitarie pubbliche ha un incarico di direzione di struttura pari allo 0,08% dell'intera popolazione infermieristica del campione delle aziende pubbliche.

11.3.2 Approfondimento specialistico nell'area professionale

Per quanto attiene all'approfondimento specialistico nell'area professionale di riferimento, l'88% delle aziende del campione individua delle competenze specialistiche infermieristiche distintive. In particolare, si tratta del 100% delle aziende private, contro l'85% delle aziende pubbliche. A livello nazionale, al 2,1% degli infermieri sono riconosciute competenze specialistiche distintive. Tale riconoscimento riguarda l'1,9% degli infermieri del settore pubblico contro il 4,85% degli infermieri del settore privato accreditato. Nel settore pubblico, sono riconosciute competenze specialistiche distintive al 2,32% degli infermieri che lavorano nelle aziende sanitarie del Nord Italia, all'1,66% degli infermieri che lavorano nelle aziende sanitarie del Centro Italia e allo 0,87% degli infermieri che lavorano nelle aziende sanitarie del Sud Italia. Sempre nel settore pubblico, il 2,1% degli infermieri che lavorano in aziende che impiegano meno di 500 infermieri vede riconosciute competenze distintive specialistiche, contro l'1,85% degli infermieri che lavora in aziende che impiegano tra 500 e 1.000 infermieri, l'1,96% degli infermieri che lavora in aziende che impiegano tra 1.000 e 1.500, lo 0,95% degli infermieri che lavora in aziende che impiegano tra 1.500 e 2.000 e il 2,26% degli infermieri che lavora in aziende che impiegano oltre i 2.000 infermieri.

Per quanto riguarda la distribuzione delle opportunità di approfondimento specialistico nelle diverse aree, si veda il grafico riportato in Figura 11.3. In

Figura 11.3 **Aree dell'approfondimento specialistico nel campione**

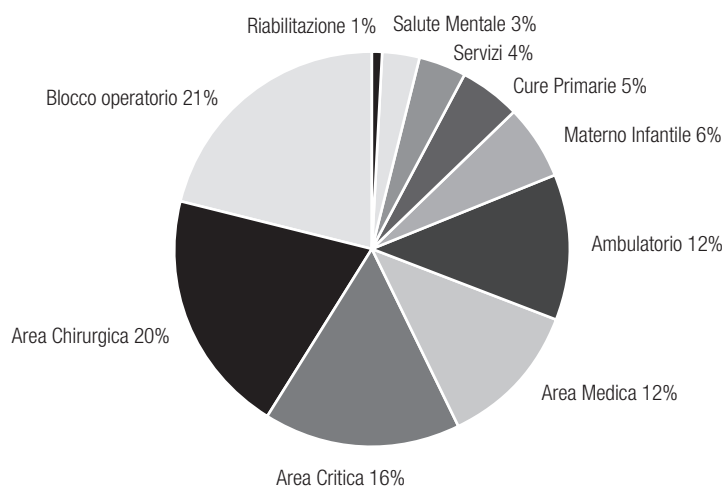


Figura 11.4 **Aree dell'approfondimento specialistico tra pubblico e privato accreditato**

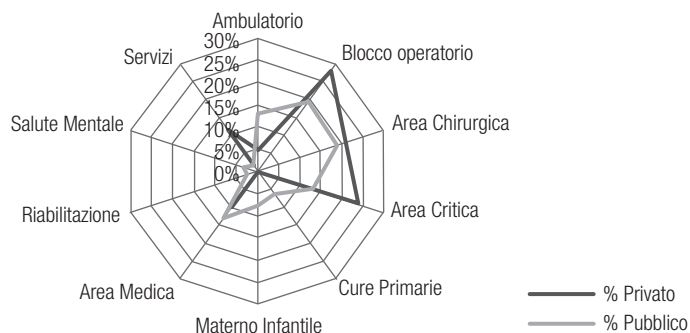


Figura 11.5 **Ruoli di approfondimento specialistico nel campione**

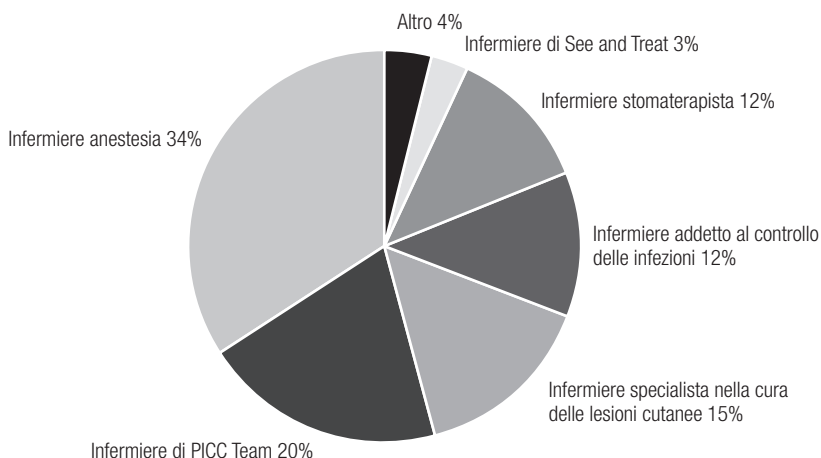
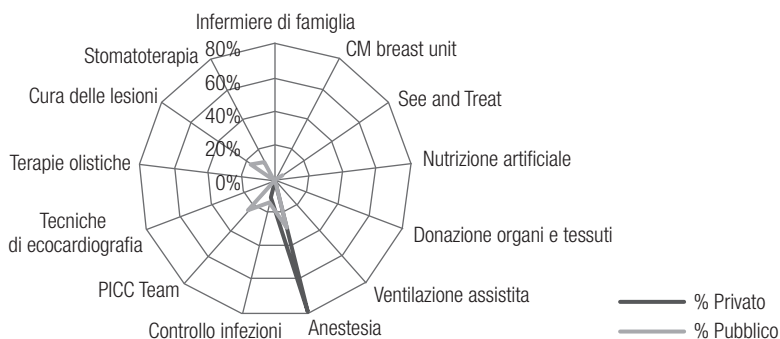


Figura 11.4 si può apprezzare la differente distribuzione delle aree dell'approfondimento specialistico tra il settore pubblico e il settore privato accreditato, che concentra l'investimento nell'area chirurgica, dei blocchi operatori e critica.

Per quanto riguarda la distribuzione dei ruoli legati all'approfondimento specialistico, si veda il grafico riportato in Figura 11.5. Residuali – rappresentano complessivamente il 4% dell'intero campione – ma degni di nota, sono ruoli quali Infermiere Case Manager della Breast Unit, Infermiere esperto nella donazione di organi e tessuti, Infermiere di famiglia, Infermiere di nutrizione artificiale, Infermiere esperto di tecniche di ecocardiografia, Infermiere esperto di terapie olistiche, Infermiere esperto di ventilazione assistita.

In Figura 11.6 si può apprezzare la differente distribuzione dei ruoli dell'approfondimento specialistico tra il settore pubblico e il settore privato accreditato. Il privato accreditato, che come abbiamo già visto investe prioritariamen-

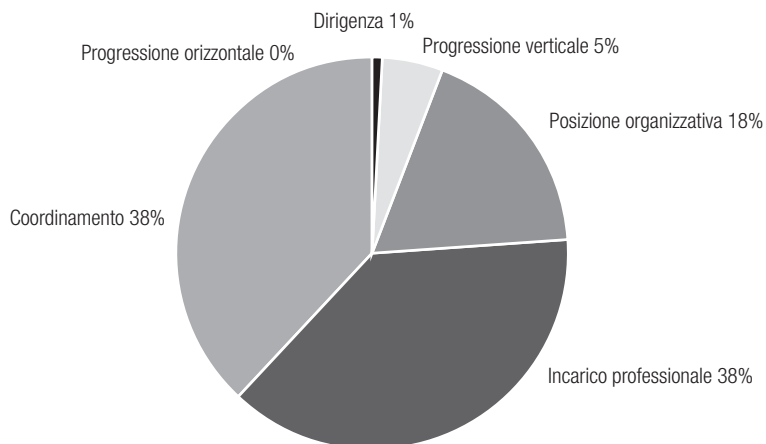
Figura 11.6 **Ruoli dell'approfondimento specialistico tra pubblico e privato accreditato**



te sull'area chirurgica, predilige la valorizzazione di ruoli quali l'infermiere di anestesia, che rappresenta il 79% dei ruoli specialistici apprezzati nel settore privato accreditato.

Per quanto riguarda la distribuzione delle forme di valorizzazione delle opportunità di approfondimento specialistico, si veda il grafico riportato in Figura 11.7 Il privato accreditato utilizza principalmente l'incarico professionale (96%) e residualmente (4%) la progressione verticale e orizzontale. Il pubblico utilizza principalmente il coordinamento (43%), seguito dall'incarico professionale (31%) e dalla posizione organizzativa (21%). La progressione (verticale) viene utilizzata nel 5% dei casi e la dirigenza nell'1% dei casi.

Figura 11.7 **Forme di valorizzazione dell'approfondimento specialistico nel campione**



11.3.3 Allargamento delle opzioni di sviluppo di carriera

Per quanto attiene all'allargamento delle opzioni di sviluppo di carriera, il 57% delle aziende del campione ha selezionato infermieri in aree di responsabilità organizzativo gestionale contendibili con altre professioni. In particolare, si tratta del 54% delle aziende private e del 57% delle aziende pubbliche. Sono ruoli che riguardano lo 0,32% degli infermieri del campione, lo 0,63% degli infermieri che lavorano nelle aziende private accreditate e lo 0,29% degli infermieri che lavorano nelle aziende pubbliche.

Come chiaramente mostrato dalle Figure 11.8 e 11.9 il ruolo contendibile principalmente assunto dagli infermieri sia nel pubblico che nel privato è la

Figura 11.8 **Distribuzione dei ruoli gestionali contendibili ricoperti da infermieri nel pubblico**

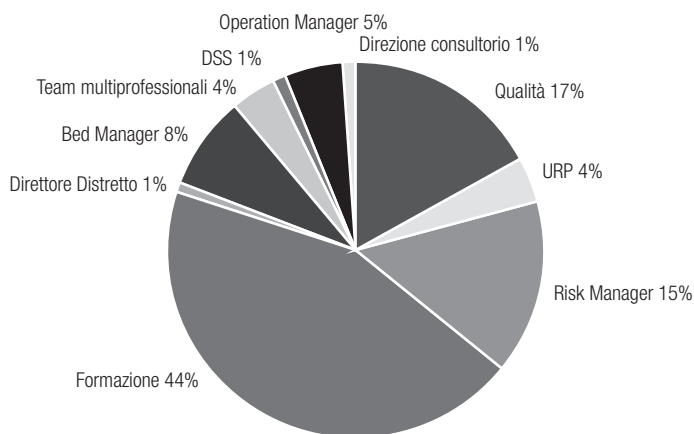
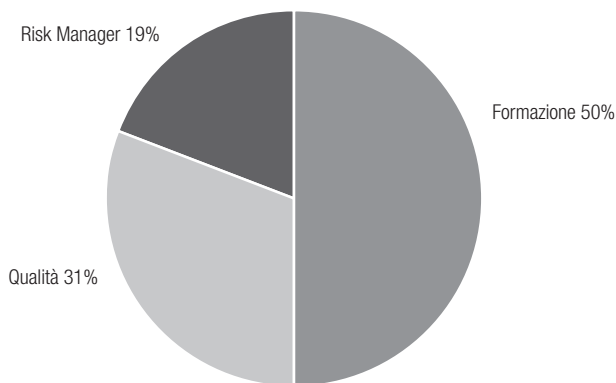


Figura 11.9 **Distribuzione dei ruoli gestionali contendibili ricoperti da infermieri nel privato**



responsabilità sulle attività formative aziendali, con un peso relativo tra il 45% e il 50% del totale delle opportunità.

Mentre poi nel privato si osserva una focalizzazione sulle aree della gestione della qualità e del *risk management*, aree che mostrano valori importanti anche nelle aziende pubbliche, in queste ultime è presente una gamma più ampia di opzioni di ruolo.

Interessanti appaiono i dati sulla presenza di infermieri con incarichi gestionali nelle aree del *bed management*, dell'*operation management* e della conduzione di team multiprofessionali a dimostrazione dell'emergere di questi nuovi ruoli come opportunità di sviluppo di carriera per la professione infermieristica.

Da rilevare è anche la presenza nel pubblico di incarichi di direzione di unità operative specifiche come i consultori oltre alla direzione distrettuale e alla direzione sociosanitaria aziendale.

11.4 Discussione

11.4.1 Innalzamento nei ruoli gestionali

Dall'analisi emerge come il ruolo gestionale principalmente ricoperto dagli infermieri sia quello di coordinamento, seguito dalla posizione organizzativa (nel pubblico) e dalla dirigenza. Tali ruoli e questo tipo di sviluppo di carriera sono i più tradizionali per la professione infermieristica e rappresentano ancora per molti il principale percorso di crescita all'interno delle organizzazioni sanitarie, sia per rappresentazione condivisa di che cosa significhi «fare carriera», sia per le reali opportunità che le aziende sanitarie mettono a disposizione.

Il personale del comparto può avere incarichi di natura organizzativa gestionale attraverso gli strumenti della posizione organizzativa e del coordinamento e con la legge 251 del 2000³ incarichi dirigenziali prima fra tutte la responsabilità della Direzione del SITRA (Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale).

Il contratto AIOP, tipicamente adottato dalle aziende sanitarie private, prevede che la progressione di carriera di un infermiere si sviluppi in fasce economiche, nel coordinamento e nella direzione infermieristica.

Dall'analisi emerge come il 4% circa della popolazione infermieristica analizzata ricopra un ruolo di coordinamento (Tabella 11.5). Equiparando tale dato a quello dei quadri nelle aziende di produzione non sanitarie va riconosciuto che si tratta di un risultato molto positivo essendo la percentuale nazionale dei quadri circa il 2,5% del totale degli addetti (Manageritalia 2014; ISTAT 2015).

³ Legge 251/2000, Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.

Dal commento ai dati da parte del *panel* di esperti della professione infermieristica è emerso come, di frequente, al ruolo di coordinamento si aggiunga, per le medesime persone, anche la posizione organizzativa indicando come quest'ultima venga utilizzata impropriamente per valorizzare ulteriormente alcuni ruoli di coordinamento. Questa prassi organizzativa limita di fatto la possibilità di utilizzare la posizione organizzativa come istituto per riconoscere ruoli gestionali intermedi diversi dal coordinamento.

Molto è stato fatto negli anni dalla professione per definire il profilo del coordinatore infermieristico sia rispetto alle competenze specifiche che con riferimento alla definizione dei titoli e dei percorsi formativi universitari, e non, previsti come requisiti per l'accesso al ruolo. In ulteriore sviluppo si trova al momento il ruolo dirigenziale nella professione infermieristica: nella prossima tornata contrattuale tale dirigenza verrà molto probabilmente inserita nell'unico contratto dedicato insieme a quella medica e veterinaria.

Le fusioni che stanno vivendo molte delle aziende sanitarie pubbliche, e gli importanti fenomeni di concentrazione dei processi produttivi per livelli di intensità delle cure più che per disciplina, fanno intravedere uno scenario che non sembra lasciare molto spazio ad un'ulteriore espansione di questo percorso di sviluppo di carriera per la professione infermieristica. Più plausibili, seppur più complesse, sembrano le opportunità negli altri due assi di sviluppo analizzati: la specializzazione e l'allargamento.

11.4.2 La specializzazione

La ricerca ha messo in evidenza come siano ormai diffuse nelle organizzazioni forme di specializzazione della professione infermieristica (in media l'88% delle aziende riconosce forme di specializzazione). Le aree nelle quali sembra focalizzarsi tale fenomeno sono principalmente l'emergenza – urgenza e l'area chirurgica.

Sono già previsti percorsi formativi a supporto di alcune figure specialistiche (es. master universitari di I livello in Wound Care), ma non sono ancora state concordate in via definitiva le aree di specializzazione e gli istituti contrattuali (pubblici e privati) per il riconoscimento delle specializzazioni.

Rispetto alla aree di possibile partizione della professione infermieristica è in corso un importante dibattito sul piano politico, organizzativo e professionale circa la loro definizione⁴. Le aree ad oggi individuate sono:

1. Area cure primarie – infermiere comunità- famiglia;
2. Area intensiva e dell'emergenza urgenza;

⁴ Tavolo di lavoro Regioni – Ministero, Evoluzione della professione infermieristica. Aree di competenza nei nuovi scenari sanitari e socio-sanitari (Bozza)

3. Area medica;
4. Area chirurgica;
5. Area neonatologica e pediatrica;
6. Area salute mentale e dipendenze.

Nel dibattito, inoltre, si fa riferimento a due possibili tipologie di specializzazione: l'infermiere specialista e l'infermiere esperto. Il primo è un laureato e con un master di I livello nelle professioni sanitarie, il secondo ha acquisito competenze avanzate grazie a percorsi formativi complementari regionali e le attività professionali svolte sul campo.

Un aspetto che sarà interessante approfondire è se la specializzazione sia da intendersi come prerequisito di accesso al sistema o come possibilità di sviluppo di carriera e in questo caso occorrerà stabilire:

- ▶ in che modo verranno valorizzate le diverse forme di specializzazione;
- ▶ come verranno eventualmente graduate tra loro le forme di specializzazione e
- ▶ quali forme di valutazione (se non di certificazione delle competenze) verranno messe in campo dalle aziende.

Rispetto al primo punto, attualmente le principali forme di valorizzazione sono l'incarico professionale (38%) e il coordinamento con una focalizzazione del privato accreditato sul primo strumento (nel 96% dei casi) e del pubblico sul secondo (coordinamento). Dall'analisi emerge, inoltre, come in media nel 62% dei casi per la valorizzazione della professionalità vengano utilizzati i medesimi istituti previsti per i ruoli gestionali introducendo elementi confusivi nel percorso di carriera sul fronte professionale.

Secondo i dati dell'analisi, il privato accreditato sembra utilizzare la valorizzazione della specializzazione con maggior intensità rispetto al pubblico: tutte le aziende private del campione riconoscono forme di specializzazione (contro l'85% delle aziende pubbliche) e quasi il 5% degli infermieri impiegati riceve forme di valorizzazione (contro l'1,9% degli infermieri del pubblico). Sembra, dunque, emergere come la diversificazione del percorso di carriera degli infermieri nel privato accreditato passi per la specializzazione: in esso infatti è elevata la percentuale di infermieri che hanno incarichi professionali (4,85%) pari circa a quella degli infermieri ha cui è stato riconosciuto il più tradizione dei ruoli gestionali, il coordinamento (4,61%).

11.4.3 L'allargamento

Molto del dibattito attuale sulla trasformazione e sull'evoluzione del profilo dell'infermiere è concentrato sulla dimensione professionale (infermiere esperto / infermiere specialista e riconoscimento istituzionale delle aree di specializ-

zazione della professione) mentre nel recente passato molta attenzione è stata rivolta alla formalizzazione di alcuni ruoli gestionali di natura monoprofessionale (tutto il tema del coordinamento e della dirigenza).

Intanto il settore sanitario è stato attraversato da profondi processi di trasformazione che ne hanno modificato alcuni elementi che lo hanno connotato tradizionalmente. Dopo la fase della divisionalizzazione dei processi produttivi si è passati alla riprogettazione delle strutture organizzative per intensità di cure o per profili assistenziali, logiche che tagliano trasversalmente le unità operative specialistiche a cui eravamo abituati. A questo si è aggiunto un fenomeno importante di accorpamento delle aziende sanitarie pubbliche che ha creato realtà organizzative di dimensioni molto significative. Tutto questo sta ponendo alla comunità professionale degli infermieri e alle aziende stesse importanti quesiti circa la possibile rimodulazione dei percorsi di carriera.

Forse in questa importante fase di trasformazione, l'allargamento, l'opzione finora meno considerata (coinvolge lo 0,32% degli infermieri) può essere quella che offre nuove opportunità di crescita per la professione infermieristica, proprio in virtù del particolare momento storico.

Su questa dimensione gli infermieri sono impegnati in ruoli contendibili con gli altri operatori sanitari, dove la specifica origine professionale non rileva in maniera così significativa. Dall'analisi emerge come i principali ruoli nei quali a oggi gli infermieri sembrano maggiormente impegnati sono:

- ▶ la gestione dei processi formativi;
- ▶ la qualità;
- ▶ il risk management.

Nel pubblico sono presenti anche casi di assunzione di responsabilità più ampie come la direzione sociosanitaria delle ASL e la direzione di Distretto.

Dallo studio risulta come nelle aziende pubbliche si sia sperimentato un numero maggiore di forme di assunzione di ruoli gestionali contendibili da parte degli infermieri che nel privato, segno di una disponibilità della professione infermieristica a farsi carico dei nuovi fronti di responsabilità che si aprono con le riorganizzazioni che stanno caratterizzando il settore pubblico (*bed management, operation management*, gestione di team multiprofessionali).

Lo sforzo maggiore che la professione infermieristica è chiamata ad affrontare con riferimento a questo possibile fronte di sviluppo di carriera riguarda l'apertura a logiche e strumenti di tipo manageriale sempre più generali e lontani dai contenuti professionali di origine. Questi spazi contendibili sono un terreno rispetto al quale occorre apertura alle dinamiche aziendali più complessive e capacità di gioco d'anticipo rispetto ad alcuni processi organizzativi in modo da poter essere considerati interlocutori in grado di supportare l'azienda nei processi di cambiamento.

Si aprono, dunque, nuove prospettive di ruolo, rispetto alle quali può essere utile cogliere per tempo quali siano le competenze da sviluppare per sostenere l'assunzione.

11.5 Conclusioni

Pochi dubbi dovrebbero esistere sul fatto che il nostro sistema sanitario, come quello di molti altri paesi avanzati, sia attraversato da profonde dinamiche di cambiamento. Il passaggio da un modello basato sull'acuzie a uno basato sulla cronicità, da una parte, e la pressione sulle risorse, dall'altra, in un quadro di tumultuoso aumento delle opportunità diagnostiche e terapeutiche, mettono in discussione molti degli elementi fondamentali che ne hanno finora caratterizzato l'architettura. Se la necessità di modificare in profondità il sistema di erogazione dei servizi, e con esso gli assetti organizzativi che lo sostengono, è comunemente avvertita, una minore consapevolezza contraddistingue, invece, il tema di come le trasformazioni impattino sulle professioni. Le professioni, le loro dinamiche, gli equilibri reciproci rappresentano una struttura fondamentale, spesso implicita, che condiziona il funzionamento complessivo del sistema ed è difficile immaginare che cambiamenti come quelli richiesti non trasformino e necessitino trasformazioni nelle prospettive professionali.

In questo contesto la «questione infermieristica» è di fondamentale importanza e da essa dipende, in larga parte, la possibilità del sistema di fare fronte alle sfide del futuro. La ricerca ci consegna la fotografia di una situazione positiva rispetto a quella che era una «professione ausiliaria» qualche decennio fa, ma mostra anche come molti nodi siano ancora da sciogliere, in un complesso intreccio di elementi quantitativi e di problemi legati agli assetti organizzativi e contrattuali nei quali la professione opera.

Dal punto di vista quantitativo la diagnosi è relativamente semplice: con una densità medica (rapporto medici popolazione) medio-alta e una densità infermieristica medio-bassa, il rapporto infermieri-medici nel nostro paese è già oggi troppo basso, ma lo è soprattutto rispetto alle future esigenze. Due dinamiche, infatti, impongono importanti modificazioni nella composizione della forza lavoro (*skill mix*) tra infermieri e medici. La prima è l'emergere della cronicità e della «presa in carico» come questioni fondamentali per il sistema sanitario, con la conseguente necessità di riaggiustare il rapporto tra le diverse professioni. La seconda è la progressiva professionalizzazione degli infermieri che consente in molti ambiti la sostituzione del lavoro medico, più costoso e caratterizzato da percorsi formativi più lunghi, con il lavoro infermieristico. Tanto la diagnosi è semplice e largamente condivisibile, tanto la terapia rischia di essere complessa, soprattutto in un contesto di limitazione del *turnover* come quello che caratterizza la parte, maggioritaria, del sistema sanitario alimentata da risorse

pubbliche. Una modificazione nello *skill mix* è, infatti, una operazione lunga che implica, in termini molto semplificati, l'assunzione, costante nel tempo, di un certo numero di infermieri per ogni medico assunto. Si tratta di una scelta molto difficile da attuare, sia per una perdurante identificazione presso l'opinione pubblica della sanità più con la componente medica che con quella infermieristica, sia, e soprattutto, per la differente fungibilità che contraddistingue le due professioni (una carenza in una specialità medica non può essere coperta con un differente specialista). Per raggiungere l'obiettivo, è necessario, quindi, un intervento molto determinato, sorretto da una esplicita presa di posizione e pronto a scontare grandi problemi e resistenze nel breve periodo.

Il difficile, ma necessario, cambiamento nella dimensione quantitativa del rapporto tra professioni presuppone e si accompagna a una trasformazione – altrettanto necessaria, ma più complessa – nel ruolo che le professioni, e quella infermieristica in particolare, svolgono nel funzionamento del sistema e nell'erogazione dei servizi. Se emerge il bisogno di una maggiore «intensità infermieristica», ciò implica anche un diverso e più sostanziale contributo della professione nel soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione. Si tratta, perciò, di costruire o rafforzare le condizioni affinché la professione possa pienamente esprimere nella pratica tutte le potenzialità di cui è portatrice. Se le potenzialità sono quelle offerte dal sapere infermieristico, dal contributo che la disciplina è in grado di dare alla soluzione dei problemi di salute, le condizioni sono largamente legate a come il lavoro infermieristico viene organizzato, riconosciuto e valorizzato nelle aziende sanitarie.

Da questo punto di vista, il percorso di sviluppo fin qui prevalentemente seguito dalla professione è ben evidenziato nei risultati dell'analisi. In termini molto semplificati è possibile osservare come lo sviluppo e la crescita nel ruolo degli infermieri abbiano prodotto i maggiori risultati su una dimensione gestionale caratterizzata in termini monoprofessionali. Gli assetti organizzativi, il sistema dei ruoli e i meccanismi di progressione di carriera hanno offerto le maggiori opportunità sul terreno dell'innalzamento, ovvero della possibilità per gli infermieri di gestirsi in autonomia, assumendo la direzione di gruppi monoprofessionali. I risultati ottenuti non possono essere sottovalutati non solo in termini di autonomia, assunzione di responsabilità e ruolo riconosciuto alla professione, ma anche di sviluppo sul terreno di un «quadro dirigente» indispensabile per lo sviluppo di qualunque professione.

Il tema critico che affiora con sempre maggiore evidenza è che la legittimazione gestionale, indispensabile per rompere il tradizionale quadro di subordinazione rispetto alla professione medica, rispecchia sempre meno i contenuti qualificanti insieme agli sviluppi specifici della professione, mentre corre il rischio di distogliere l'attenzione dalle basi fondamentali di ogni legittimazione professionale: il sapere e la sua applicazione. La ricerca conferma la difficoltà di riconoscere e valorizzare i contenuti specificamente professionali. Sul fronte

della specializzazione, è vero che la quasi totalità delle aziende riconosce ormai posizioni specializzate, ma queste appaiono piuttosto come una eccezione, comunque confinate su aree ristrette, piuttosto che essere una opportunità comunemente offerta alla generalità degli infermieri. Anche l'innalzamento e l'allargamento riflettono una concezione più gestionale-manageriale che tecnico-professionale del coordinamento di team, mono o multiprofessionali che siano.

Se ciò che il sistema si attende dagli infermieri è una pratica professionale coerente con le potenzialità della disciplina e una piena assunzione di responsabilità nella concreta erogazione dei servizi, un riconoscimento e una adeguata formalizzazione organizzativa e contrattuale dei percorsi di crescita professionale appare una esigenza ormai indifferibile. È necessario però chiedersi quali siano le principali difficoltà per una evoluzione nella direzione indicata. Sicuramente l'attuale repertorio di strumenti organizzativi e contrattuali per quanto riguarda gli infermieri è del tutto inadeguato ad accompagnare e stimolare uno spostamento del baricentro dalla prospettiva manageriale a quella professionale. La netta cesura rispetto alle professioni consolidate prodotta dall'inserimento degli infermieri nel comparto e le limitate tipologie di riconoscimento disponibili sono vincoli che devono essere e molto probabilmente saranno superati dai nuovi contratti. Rimangono però alcune questioni di fondo sui modelli di riferimento, la cui definizione richiederà tempo e accumulo di esperienze e che suggeriscono impianti organizzativi e contrattuali aperti, in grado di adattarsi e stimolare differenti soluzioni, invece che assumere e prescrivere modelli.

Una prima questione riguarda quella che potrebbe essere definita come specializzazione orizzontale e la sua istituzionalizzazione. Il tema è se le sei aree di specializzazione già menzionate debbano, in prospettiva, rappresentare altrettante partizioni di ingresso per tutti (come accade per le specialità mediche) o una parte degli infermieri. La prospettiva di una specializzazione come requisito iniziale potrebbe meglio riflettere, rispetto alla situazione attuale, gli sviluppi del sapere infermieristico, qualificando meglio i professionisti in termini di *status*. D'altra parte una specializzazione orizzontale, segmenterebbe la professione e imporrebbe una infungibilità tra i professionisti che costituirebbe un vincolo ulteriore alla gestione del personale nelle aziende.

Una seconda questione riguarda la specializzazione verticale e, in senso più ampio, la progressione nelle competenze nel corso della carriera professionale. La focalizzazione e l'approfondimento delle conoscenze rispetto ad ambiti sempre più specifici del sapere e della pratica è una delle forme più comunemente considerate di evoluzione del percorso professionale. In realtà, soprattutto per una professione che ha nella orizzontalità uno dei suoi tratti distintivi (il *care* rispetto al *cure*), tale sviluppo non può che rimanere una eccezione. Con la maturazione della professione diventa quindi fondamentale iniziare a comprendere e prefigurare meglio i percorsi di sviluppo possibili per la grande

maggioranza degli infermieri, i quali dovranno essere sempre più stimolati ad approfondire le loro conoscenze e a diventare sempre più «esperti».

In sintesi, si sta aprendo una fase nuova per la crescita della professione, una fase nella quale una indubitabile maturazione dei contenuti professionali ha bisogno di trovare condizioni organizzative molto diverse dal passato per poter dispiegare pienamente le proprie potenzialità, a vantaggio non solo della professione, ma soprattutto del sistema sanitario nel suo insieme. La realizzazione di tali condizioni deve essere vista come un processo nel quale alcuni elementi di natura puntuale, su cui spesso si concentra l'attenzione dei diversi attori (es. il contratto, il piano regionale, ...), sono accompagnati da una progressiva messa a fuoco di un disegno che orienti e dia significato agli specifici contenuti. La sfida per la comunità professionale e per il sistema sarà quella di riuscire ad avanzare sul piano degli strumenti, senza perdere di vista la necessità di un disegno complessivo.

Bibliografia

- Borgonovi E., Cotta R., Filannino C., Trincherò E. (2015), Trasformazione della geografia dei servizi e ruolo delle professioni sanitarie: un'analisi di casi nella Regione Lazio in Cantù (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2015*, Milano Egea
- Del Vecchio M., De Pietro C. (2011), «Lo sviluppo della professione infermieristica: opportunità e condizioni», *Mecosan*, 80:9-26
- Filannino C., Lega F., Sartirana M. (2013), L'evoluzione dello skill mix nelle aziende sanitarie italiane, in Cantù E. (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2013*, Milano Egea
- Ghauri P., Grønhaug K. (2002), *Research Methods in Business Studies (2nd ed.)*. Harlow: Pearson Education Lmt.
- ISTAT 2015, *Italia in cifre*, ISTAT Roma.
- Manageritalia 2014, *Quadri di valore. La più grande indagine sui quadri, manager che fanno girare le aziende*, Manageritalia Milano.
- Ministero della Salute 2013, *Il Personale del sistema sanitario italiano. Anno 2011*.
- Ministero della Salute 2017, *Personale delle ASL e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati. Anno 2013*.
- OECD 2015, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
- SDA Bocconi 2015, *Il modello concettuale per lo sviluppo professionale degli infermieri*, Rapporto di ricerca IPASVI non pubblicato.

12 **Configurazioni aziendali e modelli di *transitional care*: la gestione della continuità ospedale-territorio**

di Lucia Ferrara, Verdiana Morando e Valeria D. Tozzi¹

12.1 **Obiettivi della ricerca: confini aziendali e gestione delle interdipendenze nella filiera di offerta**

L'interesse per le Cure di Transizione (note in letteratura come *Transitional Care*, di seguito TC) all'interno del Rapporto Oasi 2017 nasce dalla constatazione che le trasformazioni istituzionali delle aziende sanitarie pubbliche in Lombardia, Toscana e Veneto, indotte da atti di riordino generale dei rispettivi SSR, stanno sviluppando in parallelo, e con formule differenti, progetti innovativi dedicati alla gestione della transizione del paziente tra ospedale e territorio. In merito, si osserva che: a) queste nuove aziende sono caratterizzate spesso da un significativo allargamento del bacino territoriale di riferimento che ne amplia i «confini» in modo importante. Si tratta di una situazione che riguarda non solo le regioni citate ma si rintraccia anche nelle aziende uniche regionali o in quelle metropolitane. Spesso queste nuove fattispecie aziendali adottano modelli di «gestione per processi» che, da un lato, realizzano forme di allineamento tra diverse partizioni aziendali tra di loro interdipendenti e, dall'altro, definiscono standard e comportamenti attesi affinché le performance del processo stesso siano efficaci ed efficienti. Queste scelte rispondono al crescente fabbisogno di governo delle interdipendenze che il gigantismo aziendale alimenta; b) spesso queste nuove fattispecie aziendali adottano modelli di «gestione per processi» che, in generale, realizzano forme di allineamento tra diverse partizioni aziendali tra di loro interdipendenti e, nello specifico, contrinuiscono alla connes-

¹ Benché il capitolo sia frutto di un lavoro comune, sono da attribuire a Valeria D. Tozzi, i paragrafi 12.1 e 12.5, a Lucia Ferrara il paragrafo 12.3 e a Verdiana Morando i paragrafi 12.2 e 12.4. Il capitolo non sarebbe stato possibile senza la partecipazione degli esperti aziendali e regionali che hanno consentito di sviluppare i diversi casi qui discussi. Si ringraziano pertanto per la partecipazione, in ordine alfabetico: Salvatore Barra, Ornella Casati, Cristina Dalla Riva, Simona Dei, Mario Dei Tos, Enrico Desideri, Maria Cristina Ghiotto, Loredana Luzzi, Mario Modolo, Gianpaolo Stoppazolo, Debora Tormena.

sione tra filiere di servizi diverse per natura (come quelle che afferiscono al territorio o all'ospedale) anche quando fanno riferimento ad aziende distinte; c) queste regioni propongono la medesima configurazione d'azienda, situazione che dovrebbe consentire di comparare filiere omogenee di servizi aziendali, almeno in via teorica, rivelando una sorta di disegno deliberato rispetto al ruolo delle TC nella loro gestione.

Tra le interdipendenze, quella tra ospedale e territorio è storicamente una delle più drammatiche da gestire e di grande sensibilità per l'utenza. Progettare soluzioni capaci di omogeneizzare le risposte è il fine delle TC che si intende analizzare: infatti, all'interno dei modelli d'azienda, definiti dalle regioni citate, sono quindi in fase di elaborazione soluzioni specifiche poiché l'espansione dei confini dell'ASL amplia la rete di offerta aziendale e le opzioni per il paziente, rendendo difficile censire l'offerta disponibile (non solo pubblica ma anche privata), conoscere la disponibilità di risorse (posti letto, accessi domiciliari, ecc.) e dei meccanismi di accesso; d) in questi contesti, si osserva la contrazione del numero delle aziende, riducendo la distanza tra azienda e Regione, e l'elaborazione regionale di risposte ai fabbisogni contingenti dell'azienda. Molti prototipi manageriali nascono, infatti, come implementazione di politiche regionali, e) le aziende delle regioni studiate, rappresentano **importanti** trasformazioni rispetto al loro recente passato: in Lombardia l'ATS Città Metropolitana di Milano fa riferimento a 3,4 milioni di abitanti, mentre in Toscana e Veneto sono stati completati i processi di fusione tra ASL generando nuovi soggetti di dimensioni significativamente più ampie rispetto al loro recente passato. Queste trasformazioni sfidano i modelli pregressi di gestione delle interdipendenza nella filiera dei servizi, perché essa si estende su territori sempre più ampi (la popolazione media delle ASL è pari a 504.912 abitanti) e invocano nuove forme di garanzia dell'unitarietà d'azienda.

Il presente contributo ha lo scopo di analizzare i progetti del Centro Servizi Milano, dell'Agenzia di Continuità Ospedale – Territorio (ACOT) e della Centrale Operativa Territoriale (COT), attivate rispettivamente in Lombardia, Toscana e Veneto, funzionali alla gestione dello «scambio» tra ospedale e territorio e riconducibili ai modelli di TC, all'interno del modello unitario di azienda definito dalla Regione. Si anticipa che non si tratta delle uniche esperienze di TC nelle aziende sanitarie e in quelle *big*, nello specifico, ma di quelle che meglio si prestano a una riflessione generale tra configurazione d'azienda e TC, nella misura in cui si prospetta l'adozione di queste ultime da parte di tutte le aziende regionali. L'obiettivo è quindi realizzare una prima analisi delle esperienze più mature a livello aziendale di tali progettualità, per esplorare le soluzioni in fase di elaborazione e consolidamento, data la recentissima istituzione di queste aziende e dei rispettivi modelli di TC.

12.2 Organizzazione della ricerca

Sul piano del metodo, la ricerca è stata organizzata in due attività che corrispondono alla struttura del presente capitolo:

- ▶ **analisi della letteratura di settore**, per sintetizzare i quadri interpretativi e le esperienze maturate a livello internazionale nell'alveo delle TC;
- ▶ **conduzione di quattro casi esplorativi** (Centro Servizi realizzato nell'ambito dell'ATS Città Metropolitana di Milano, COT-Centrale Operativa Territoriale dell'ULSS 1 delle Dolomiti, COT dell'ULSS 8 Berica, ACOT – Agenzia Continuità Ospedale Territorio dell'azienda ULSS Toscana Sud Est) attraverso interviste in profondità ai referenti dei servizi², *site visite* e raccolta di materiale documentale. L'analisi dei casi è sviluppata su due livelli: dopo la descrizione dei contenuti e delle condizioni operative di funzionamento, le esperienze sono analizzate in modo comparativo per elaborare delle generalizzazioni, esplicitando sia gli elementi ricorrenti sia quelli caratteristici rispetto alla configurazione aziendale.

12.3 Elementi per una definizione di cure di transizione

L'analisi della letteratura ha individuato gli aspetti salienti sul tema della transizione del paziente all'interno della filiera dei servizi. Allo stato dell'arte, non si intercetta un filone di dibattito e studio riferibile esclusivamente alle TC, ma di esse si argomenta all'interno di tre aree tematiche.

Più antico e noto è il filone di studi sul *discharge management and planning*. Il momento di programmazione della dimissione, i servizi da attivare in uscita dall'ospedale, la risposta a fabbisogni non solo sanitari ma anche sociosanitari e assistenziali richiedono servizi dedicati e condivisi tra le unità operative, non più gestibili con soluzioni eterogenee e interne a ciascuna di esse. Qui le TC derivano in larga parte dall'evoluzione dei servizi di dimissione programmata attivati per un target specifico: i pazienti fragili spesso anziani (Fox et al., 2013; Escarrabill, 2009). Questo perché l'episodio della dimissione deve gestire anche problematiche non sanitarie. Urbanski e colleghi (2017) evidenziano le principali criticità nella progettazione efficace della dimissione: a) combinazione tra obiettivi di salute del malato e vocazioni dei diversi «luoghi di cura» che interpretano in modo autoreferenziale il loro contributo alla gestione del ca-

² Le interviste in profondità hanno coinvolto sia i referenti di ogni servizio, ovvero i dirigenti medici o infermieri attualmente identificati come responsabili, sia le figure aziendali di riferimento da cui dipendono funzionalmente i servizi di TC, ovvero i direttori sociosanitari o sanitari delle quattro aziende sanitarie, nonché il direttore di distretto nel caso della COT di Arzignano. In totale, sono state quindi realizzate dieci interviste in profondità per i 4 casi.

so; b) pluralità di approcci clinico-comportamentali tra specialisti e necessità di costruire forme di «riconciliazione» per ogni singolo caso in occasione di approcci non condivisi; c) convenienze specifiche tra meccanismi di rimborso e pagamento tra unità d'offerta; d) integrazione degli interventi clinici con quelli assistenziali e sociali; e) trasferimento delle informazioni appropriate in fase di dimissione e di accoglienza attraverso sistemi automatizzati e condivisi; f) gestione della responsabilità plurima, ovvero di equipe soprattutto quando è multi-professionale e multi-disciplinare.

Grande sovrapposizione di contenuto si osserva tra le cure intermedie e le TC. Le prime, come già osservato nel precedente Rapporto Oasi (cfr. Morando & Tozzi, 2016), nascono per intermediare i servizi ospedalieri e quelli tipicamente territoriali proponendo soluzioni temporanee per il recupero funzionale o la stabilizzazione clinica del paziente, attivabili sia dall'ospedale sia dal territorio³. Naylor et al. (2011) definiscono le TC come «*un insieme di azioni progettate per assicurare coordinamento e continuità tra livelli e setting di cura all'interno di una stessa struttura o tra strutture organizzative differenti*». Si tratta, quindi, di un insieme molto ampio di soluzioni del quale è difficile definire puntualmente il contenuto. La spiegazione della sovrapposizione nasce dal fatto che ogniquale volta si attivano le cure intermedie vi sono questioni relative alla transizione del paziente nella rete di offerta. In linea di principio, non è sempre valido il contrario (non sempre le TC riguardano contenuti di servizio propri delle cure intermedie). Nella descrizione del *Transitional care model*, Naylor e Keating, (2008), così come prima Coleman e Berenson (2004) per i *Care Transition Intervention*, individuano alcuni professionisti con ruoli dedicati alla transizione (in genere, figure infermieristiche e/o assistenti sociali, definiti *transitional coach, guided nurse, navigator manager*). Essi effettuano la valutazione del paziente in fase di pre-dimissione, collaborano con il team ospedaliero per sviluppare il piano di cura e seguono il paziente nel periodo di transizione (da 1 a tre mesi post dimissione). Sul fronte territoriale, esistono ruoli simili all'interno delle cure primarie evolute (ad esempio, i *Patient Centred Medical Homes*, le *Integrated Practice Unit*, le *Transitional Care Clinic o Unit*) che intervengono principalmente in fase di post dimissione per un periodo di tempo limitato⁴. È di aiuto la sistematizzazione proposta in Tabella 12.1 che attribuisce alle TC l'obiettivo non solo di gestire le interdipendenze tra strutture di

³ Il dibattito e le esperienze sulle cure intermedie rivela la progettazione di nuovi servizi specifici alternativi all'uso improprio dell'ospedale o del «territorio» nelle accezioni più classiche: in questa direzione sono stati progettati gli ospedali di comunità, centri per la continuità assistenziale a valenza sanitarie, ecc. Si rimanda al contributo Oasi 2016 a cura di Morando e Tozzi per un quadro dettagliato sulla realtà Italiana.

⁴ In questo solco, si collocano i cosiddetti «reparti virtuali» (*virtual ward*) (Lewis et al., 2013). Questo modello organizzativo prevede dei «reparti virtuali» dotati di circa 100 posti letto domiciliari, per una popolazione di riferimento di ca. 30.000 persone che sono seguite da una équipe multiprofessionale (composta da infermiere, assistente sociale, fisioterapista, farmacista e MMG) collegata con i servizi sanitari offerti nel territorio e in ospedale.

Tabella 12.1 **Elementi delle cure di transizione rispetto altre forme di cure per i pazienti cronici adulti**

	Cure di transizione	Cure primarie	Ruoli di coordinamento	Dimissioni pianificate	Disease management	Case management
Obiettivi	Assicurare continuità delle cure ed ridurre accessi inappropriati	Fornire un primo contatto	Integrare le cure tra episodi diversi	Garantire la gestione clinica del percorso alla dimissione	Rallentare il progresso della malattia cronica	Aiutare l'utente nell'accesso a servizi e risorse
Popolazione target	Soggetti cronici fragili	Popolazione locale	Soggetti cronici fragili	Dimessi da ospedale	Soggetti cronici con specifiche diagnosi	Utenti in cerca di servizi
Setting	Gestione stabile delle interdipendenze tra servizi	Ambulatoriale	Connessione tra setting di cura e professionisti	Degenza	Vari	Servizi sanitari e sociali
Durata	Tempo limitato	Continuo	Continuo	Episodio degenza	Decorso malattia	In base ai bisogni del paziente
Dimissione formale	Si	No	No	Si	No	No

Fonte: adattato da Naylor, Aiken, Kurtzman, Olds, Hirschman (2011).

offerta ma anche di ridurre gli accessi inappropriati per un target di popolazione quale quella cronica e fragile (obiettivo condiviso con i modelli di disease management). Inoltre, sottolinea la natura temporanea delle TC e la presenza in genere di un evento di dimissione dall'ospedale. È evidente una certa sovrapposizione tra le diverse soluzioni proposte per la gestione della casistica cronica.

Un contributo di grande valore, infine, è quello del filone delle cd. *integrated care*: qui il tema dell'integrazione e della continuità assistenziale supera i confini delle aziende di erogazione e diviene oggetto delle strategie dei sistemi sanitari (Burns et al., 2002). La connessione tra sistemi e aziende passa attraverso la codifica di PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziale, come insieme mandatorio delle attività e delle performance della presa in carico) rendendo efficace in prima battuta la gestione degli eventi post dimissione, per poi proseguire nel processo di recupero del paziente (Rennke et al., 2013). In questo dibattito, si pone attenzione alla logica di processo nella progettazione della presa in carico del malato, evidenziando che la somma dei singoli interventi non offre una risposta né efficace per il paziente né efficiente per i sistemi; inoltre, il modello proposto da Valentijn (2017) sottolinea la rilevanza di molteplici variabili nella progettazione integrata della presa in carico. Nel *rainbow model of integrated care*, l'autore evidenzia la specificità delle variabili cliniche, professionali, organizzative e di sistema che, se in passato collassavano intorno a un unico nodo della rete di offerta (spesso la singola unità operativa), adesso devono essere progettate in un sistema a rete⁵.

⁵ Un modello integrato sulla presa in carico necessita che vengano ben articolati i contributi sul piano clinico nelle diverse fasi del percorso del malato, che vengano definiti i «territori» di

I contributi elaborati all'interno dei tre filoni evidenziano pertanto alcuni elementi che trasversalmente qualificano le TC:

- ▶ **il transito intercetta l'ospedale.** La ricca elaborazione dei modelli di *discharge management* evidenzia non solo la genesi delle TC ma sottolinea come ancora oggi sia critica la stabilizzazione del paziente in uscita dall'ospedale attraverso la corretta selezione delle strutture e dei *setting* di accoglienza;
- ▶ **il target delle CT è complesso.** Le TC non si rivolgono a tutta la popolazione ma a quella intorno alla quale il sistema di offerta riscontra maggiore difficoltà a integrare gli interventi. In questo senso, non vi è una definizione universale, ma la selezione del target dipende dalle frizioni che si osservano nella filiera dell'offerta. Si va dalla gestione del cronico fragile fino all'anziano o al piccolo paziente ad alta complessità;
- ▶ spesso, ma non sempre, le **CT non sono strutture di offerta ma funzioni aziendali** dedicate alle transizioni tra *setting* secondo una logica programmatoria e modelli di gestione continuativa del paziente all'interno di un percorso di cura condiviso tra più professionisti (Chenoweth et al. 2015; Wong et al. 2011). Sono quindi modelli di *process management* che sostengono non solo il «movimento» del paziente nella rete di offerta ma attivano una serie di strumenti per monitorare che il percorso di cura si stia svolgendo secondo gli standard attesi. Ecco alcuni esempi: l'attivazione di un servizio telefonico per il richiamo del *follow up*, oppure la predisposizione di schede di dimissione inviate al servizio di destinazione, o ancora la previsione di penalizzazioni sul sistema di finanziamento per la riospedalizzazione (Bahr et al. 2014). I servizi di transizione che hanno mostrato evidenze positive di risultato e impatto nel medio periodo hanno previsto la combinazione di più elementi (Drachler et al. 2012; Hesselink et al. 2014).

12.4 Lombardia, Toscana e Veneto alle prese con la continuità ospedale-territorio: analisi dei modelli di transitional care sviluppati a livello aziendale

12.4.1 Selezione e analisi dei modelli di TC

La selezione delle tre regioni e dei modelli di TC sviluppata a livello aziendale è stata determinata da due criteri, in linea con gli obiettivi del presente contri-

— riferimento per le diverse figure professionali (non solo mediche), che si progettino i sistemi organizzativi che guidano il movimento del paziente tra strutture di offerta e che, infine, l'integrazione non sia demandata implicitamente ai professionisti, ma che il sistema (quello che si assume la responsabilità sui risultati di salute) definisca specifiche regole (per l'appunto «di sistema») che sostengano le spinte all'integrazione condizionando le convenienze degli attori.

buto. In primo luogo, la matrice dei processi di riforma degli assetti istituzionali delle aziende sanitarie e la revisione dei modelli produttivi, determinata dal riordino della rete di offerta ospedaliera in prima istanza ai sensi del DM 70/2015. Di conseguenza, sono qui presentate solo le esperienze originate in questi processi, attraverso le quali sono osservabili alcuni fenomeni specifici del gigantismo aziendale: ampliamento dei bacini di utenza e della rete di offerta, integrazione tra sanitario e sociosanitario, sia rispetto alla filiera d'offerta che dei professionisti coinvolti, e in particolare la funzionalità delle TC a gestire le transizioni ospedale-territorio, e, infine, il collegamento con l'esplosione delle cure intermedie e il riordino dei posti letto territoriali (riabilitazione estensiva, ospedali di comunità, strutture intermedie a vocazione internistica e per i profili dementigeni o psichiatrici). In secondo luogo, rispetto a questo primo criterio, sono stati selezionati solo i casi formalizzati e avviati al momento dell'analisi (Marzo-Giugno 2017), tali per cui fosse possibile analizzare l'esperienza di implementazione e le difficoltà e soluzioni adottate⁶.

Di seguito sono presentati i quattro casi aziendali, sviluppati in funzione dei rispettivi SSR, rispetto agli assetti istituzionali, le condizioni di funzionamento organizzativo e manageriale, le scelte di policy e indirizzo nella gestione della rete di offerta e dei modelli di committenza. L'analisi dei casi, dopo una breve descrizione di ogni modello di TC e della sua evoluzione, è presentata attraverso l'adozione di uno schema comparativo finalizzato a identificare le principali variabili organizzative e manageriali che denotano la configurazione organizzativa (secondo la definizione di Mintzberg, 1989). Il modello comparativo è esplicitato nella tabella di sintesi dei quattro casi (Tabella 12.2).

12.4.2 Lombardia: Il Centro Servizi dell'ATS Città Metropolitana Milano

Il Centro Servizi di Milano (CSM) è uno strumento dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Città Metropolitana di Milano, per gestire le TC nell'ambito esclusivo delle cure intermedie che insistono nell'area metropolitana, come definite dalla Regione Lombardia (ricomposizione dei posti letti per post-acute sociosanitari e le sub-acute, cfr. Morando & Tozzi, 2016).

L'attività del CSM avviene in collaborazione con i Centri Servizio Aziendali (CSA), istituiti dai POAS (Piani di Organizzazione Aziendali Strategi-

⁶ Rispetto ai criteri di selezione della casistica adottata è quindi evidente che sono stati esclusi da un lato, i casi assimilabili alle TC, preesistenti ai processi di riordino degli assetti istituzionali dei SSR e riconfigurazione descritti, tra cui ad esempio l'esperienza dell'AUSL di Bologna e della centrale di continuità (Annichiarico et al, 2012) e della Regione Piemonte dei Nuclei Ospedalieri di Continuità delle Cure (NOC) e dei Nuclei Distrettuali di Continuità delle Cure (NDCC). Dall'altro, non sono stati esaminati i casi più recenti, ancora in fase informale o formalizzati nel periodo di studio del presente capitolo, alcuni dei quali nati dallo scambio di esperienze con gli esempi descritti – ad esempio, la COT dell'USL Umbria 1, approvata con Delibera aziendale n. 497 del 05/04/2017.

Tabella 12.2 Confronto tra le esperienze aziendali

	COT Arzignano	COT Feltre	CSM	ACOT
Collocazione fisica	Distretto sociosanitario	Distretto sociosanitario	ASST Niguarda Grande Ospedale Metropolitano	Poliambulatorio Siena
Dipendenza organizzativa	Direzione sociale e della funzione territoriale, servizi territoriali	Direzione sociale e della funzione territoriale, servizi territoriali	Direzione Sociosanitaria	Zona Distretto
Modello professionale – coordinatore	Coordinatore infermieristico dotato di esperienza consolidata sul territorio e in ospedale	Coordinatore infermieristico dotato di esperienza consolidata sul territorio e in ospedale	Coordinatore è un medico, il responsabile del CSM, che coincide con il responsabile della SC Cure Domiciliari di ASST Niguarda – Medico	Coordinatore è un medico, nominato dal Direttore della Zona Distretto.
Modello professionale: operatori	Multi-professionale 8 risorse 5 infermieri – 2 dedicati Dimissioni protette 3 Assistenti sociali – 1 tempo pieno	Multi-professionale 5 risorse 4 infermieri – 1 assistente sociale a tempo pieno 3 Assistenti sociali – 1 tempo pieno	Multi-professionale e inter-aziendale 7 risorse dedicate: 2 OSS di ATS, 4 infermieri di ASST e 1 fisioterapista di ASST. Medico coordinatore è responsabile della SC di cure primarie di ASST Niguarda, non è impiegato a tempo pieno dal CSM	Multi-professionale Personale prevalentemente dedicato 1 Medico di riferimento 3 infermieri 1 assistente sociale
Contenuto: estensione e tipologia di servizi	Servizi di gestione delle transizioni: segnalazione, valutazione, attivazione dimissioni protette, ADI, attivazione servizi sociali e servizi di tutela del minore Sono coinvolti tutti i servizi della rete di offerta aziendale nella programmazione del percorso individuale di cura Servizi di supporto alla progettazione dei processi aziendali	Servizi di gestione delle transizioni rispetto alle strutture ospedaliere: dimissioni e ammissioni protette; Sono coinvolti tutti i servizi della rete di offerta aziendale nella programmazione del percorso individuale di cura Servizi di supporto alla progettazione dei processi aziendali	Coordina l'invio degli utenti segnalati e idonei per l'accesso alle cure intermedie in quattro strutture presenti nell'area dell'ASST città Metropolitana di Milano La logistica del paziente e l'accesso ai servizi domiciliari con un piano individuale invece è gestito dai CSA delle diverse ASST	Informa e orienta l'Ospedale sulle modalità di accesso; funge da facilitatore tra territorio ed ospedale; funge da punto di riferimento unico di attivazione dei percorsi ospedale/territorio e territorio/ospedale; interviene a supporto della dimissione concordata tra l'ospedale e i servizi territoriali sociosanitari.
Valutazione della casistica	Scheda di segnalazione Compilazione della SVAMA	Scheda di segnalazione Scheda per la UWMO	Scheda unica di segnalazione e valutazione valida per tutte le strutture di ATS	Scheda di segnalazione (BRASS)

Tabella 12.2 (segue)

	COT Arzignano	COT Feltre	CSM	ACOT
Governo domanda: target	Utenti fragili/complessi, sia minori che adulti per cui è riconosciuta la necessità di una presa in carico multidimensionale	Pazienti fragili in accesso alle strutture ospedaliere, per lo più anziani cronici;	Utenti fragili identificati, sulla base della valutazione, come idonei all'accesso alle cure intermedie	Utenti fragili/complessi, sia minori che adulti per cui è riconosciuta la necessità di una presa in carico multidimensionale
Monitoraggio e valutazione	Monitoraggio continuo della presa in carico, dall'attivazione per alcuni mesi successivi Non sono attivi sistemi di valutazione	Monitoraggio continuo dei processi identificati per la presa in carico e rispetto ai casi gestiti; Non sono attivi sistemi di valutazione	Attualmente non sono in vigore sistemi di valutazione di efficacia dell'invio alle cure intermedie, nella misura in cui il PAI è gestito poi dall'ente gestore di riferimento. Sono stati adottati degli indicatori di processo per l'attivazione del CSM e il rapporto con gli altri CSA.	Monitoraggio della presa in carico, Valutazione di esito
Sistema di attivazione del servizio	Segnalazione dei professionisti di tutta la rete, anche dal comune – contatto telefonico, mail;	Segnalazione del case manager ospedaliero o del MMG o del PS attraverso le schede di attivazione della COT	Segnalazione da parte dei CSA Aziendali al CSM attraverso la scheda unica di valutazione entro 72 ore dalla segnalazione. L'invio per i soggetti idonei dipende dall'effettiva disponibilità delle strutture di offerta, sebbene il CSM può gestire delle agende di priorità per l'accesso a queste strutture	Segnalazione da parte dei professionisti del reparto attraverso Scheda BRASS
Strumenti operativi informatizzazione	Scheda di segnalazione SVAMA Sistema gestionale informatizzato che integra cartella dell'utente con tutta la rete assistenziale ed è accessibile da tutti i professionisti coinvolti	Scheda di segnalazione UVMIO Sistema gestionale della COT non è informatizzato	Attualmente il sistema gestionale del CSM non è informatizzato, ma è stato aperto un progetto per l'avvio dell'informatizzazione del database.	Scheda di segnalazione Piattaforma web condivisa tra ospedale e territorio

ci) delle ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali), istituite a partire dal 1 gennaio 2016, e che hanno integrato le Aziende Ospedaliere con le funzioni e le attività in capo alle Aziende Sanitarie Locali per il territorio di riferimento. In questa direzione, il CSA rappresenta uno degli strumenti di supporto, una funzione organizzativa che dipende dalle direzioni sociosanitarie delle ASST, nell'organizzazione della rete di presa in carico assistenziale, e integra la filiera d'offerta dalle acuzie alla continuità assistenziale ambulatoriale e territoriale, includendo la gestione e la programmazione dei servizi sanitari (prestazioni ambulatoriali nei presidi ospedalieri territoriali, POT) e sociosanitari. L'accesso alle altre strutture residenziali e riabilitative, invece, dipende dagli accordi presi dall'azienda con organizzazioni che sono autonome. I CSA risultano quindi uno strumento attivato dai nuovi POAS per la gestione di quella che viene definita la RICCA (Rete integrata di Continuità Clinico Assistenziale), attivata per alcune condizioni croniche e utenti-target con un fabbisogno assistenziale specifico, secondo tre livelli di complessità e relativi profili. Questa premessa sulla riorganizzazione del Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL), avvenuta con LR 23/2015, è fondamentale per comprendere le specificità e le potenzialità innovative del CSM⁷.

Come funziona il CSM

Il CSM è stato attivato il 24 gennaio 2017 con delibera dell'ATS Città Metropolitana di Milano. Si tratta di un centro servizi che coordina l'attività di tutte le ASST presenti nel territorio metropolitano dell'Agenzia per l'invio dei pazienti ricoverati alle cure intermedie.

Il CSM è stato collocato fisicamente presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano di Niguarda (ASST Niguarda) e risponde alla direzione sociosanitaria, in capo alla quale è collocata anche la struttura complessa di cure domiciliari per la quale l'ASST è centro coordinatore dell'ATS. Quest'ultima mantiene il coordinamento del CSM, sebbene l'esecuzione e la gestione operativa sia stata affidata all'ASST Niguarda, dove è stato trasferito il personale che operava nel dipartimento di cure primarie dell'ASL Città di Milano. Il CSM è nato su proposta delle ASST per supportare l'invio alle strutture intermedie, attraverso un coordinamento centralizzato indispensabile per garantire condizioni di accesso equo, tempestivo e appropriato nell'area milanese. Le strutture intermedie, infatti, rappresentano una delle alternative più valide all'istituzionalizzazione, o all'invio in RSA o ad altra residenza protetta, per la stabilizzazione clinica e il recupero funzionale.

⁷ Al momento della scrittura del presente contributo è in fase di avvio il modello lombardo sulla gestione delle cronicità che, secondo quanto definito dalle D.G.R 6161 e 6551 dei primi mesi del 2017, punta a individuare i soggetti gestori ed erogatori per 5 profili di complessità della condizione cronica, sui quali è stata stadiata la popolazione lombarda.

Il CSM riceve tutte le richieste provenienti dalle ASST metropolitane e attiva, per gli utenti idonei, l'invio alle cure intermedie in quattro strutture presenti sul territorio dell'ATS (Istituto Palazzolo, Istituto Redaelli, Pio Albergo Trivulzio, Don Orione). L'accesso alle cure intermedie è vincolato alla disponibilità delle strutture, poiché esse sono autonome: il CSM, infatti, così come i CSA, non dispone di un accesso diretto al sistema informativo integrato della rete d'offerta e non può quindi né conoscere la distribuzione e disponibilità dei posti letto né, di conseguenza, mettere in campo autonomamente una funzione di *bed management* centralizzata. Al tal fine, l'istituzione del CSM è stata l'occasione per formalizzare una collaborazione con le quattro strutture di cure intermedie citate: queste ultime ogni lunedì inviano al CSM un report sull'occupazione e la disponibilità dei posti letto, riservando un canale preferenziale per le segnalazioni del CSM.

Il modello organizzativo e professionale

Il CSM è quindi una funzione organizzativa, coordinata dalla SC di cure primarie, che dipende dalla direzione sociosanitaria: la direzione dell'ASST Niguarda pertanto ha un ruolo di coordinamento del CSM, in collaborazione con le altre ASST. L'avvio del CSM non ha previsto lo stanziamento di un budget o risorse dedicate da parte di ATS Milano né delle ASST.

Il modello di organizzazione del lavoro è multi-professionale e inter-aziendale. Al suo interno sono presenti 7 professionisti dedicati e un medico coordinatore. Nel gruppo di professionisti sono presenti 2 OSS inviati dall'ATS e 4 infermieri professionali inviati dalle ASST (uno da Niguarda, uno da Fatebenefratelli-Sacco, uno da Santi Carlo e Paolo, e uno dall'IRCCS Ca Granda Ospedale Maggiore Policlinico, più un fisioterapista inviato da ASST Gaetano Pini, mentre l'IRCCS Neurologico Besta, attualmente non ha trasferito alcun professionista) ora dipendenti della ASST Niguarda in forza del trasferimento di funzioni in attuazione della legge regionale 33/2009 così come modificata dalla legge regionale 23/2015. Il medico coordinatore è il responsabile della SC di cure domiciliari, e non è dedicato a tempo pieno. La selezione delle figure inviate al CSM è avvenuta nelle ASST coinvolgendo il SITRA/ DITRA e le direzioni sociosanitarie: i professionisti mantengono l'inquadramento contrattuale precedente con il riconoscimento degli straordinari. Il gruppo si incontra una volta a settimana per discutere i casi più complessi e per il monitoraggio (altri incontri sono organizzati al bisogno) e partecipano anche i medici provenienti dalle 4 strutture di cure intermedie a cui vengono inviati i casi. Ogni infermiere del CSM prende in carico i casi segnalati dal CSA della propria azienda. ASST Niguarda ha messo a disposizione gli spazi; i computer e le postazioni sono state fornite in parte dall'ATS e in parte dalle ASST. Il CSM è attivo 5 giorni su 7 (dalle ore 8 alle 17) come i CSA aziendali. L'avvio del CSM è stato supportato da formazione mirata per gli operatori del CSM e dei CSA delle ASST, per costruire le procedure coerenti di attivazione dei due servizi.

A chi si rivolge?

Il target del CSM è costituito dai soggetti segnalati dalle unità operative delle ASST ai CSA e poi al CSM, qualora risultino idonei per l'accesso alle strutture intermedie. La valutazione di idoneità avviene attraverso la compilazione della «scheda unica di valutazione per ricovero in unità di cure intermedie». Di conseguenza, si tratta per lo più di una popolazione anziana: su 408 casi trattati da febbraio a giugno 2017, l'età media è di 79,4 anni (max 95 – min 42). La verifica di idoneità viene effettuata in prima istanza dal CSA che, oltre alla valutazione della scheda inviata dal case manager dell'unità operativa, può attivare una valutazione multi-dimensionale al letto del paziente, coinvolgendo i professionisti, l'utente e i familiari. È questo l'unico contatto diretto del CSA con gli utenti, mentre il CSM non ha contatti con gli utenti. Nel periodo 24 gennaio 22 sono giunte al CSM 2242 domande e 1842 sono state accettate. Di queste, 1637 sono state gestite senza il bisogno di confronto in equipe, mentre 347 hanno richiesto la valutazione di equipe (nella fase di avvio, per tutte le domande era prevista la valutazione in equipe al fine di formare gli operatori). In generale, una volta verificata l'idoneità alle cure intermedie, i CSA delle ASST trasmettono la scheda al CSM che, su ulteriore verifica, potrà contattare direttamente l'ASST inviante, in caso dubbio. Nel caso di invii ritenuti non idonei anche dopo ulteriore verifica, i casi dubbi vengono discussi all'interno dell'equipe multidisciplinare (ogni giovedì).

Nella compilazione della scheda di invio, viene lasciato uno spazio in cui il paziente e i familiari possono indicare la struttura di preferenza e il CSM cercherà di soddisfare le preferenze dell'utente. Tuttavia, qualora la lista di attesa per l'accesso superi i 15 giorni, viene proposta un'altra struttura per un accesso più rapido.

Quali i principali strumenti adottati?

Lo strumento principale oggi adottato dal CSM è la scheda di valutazione unica che è stata approvata e messa a regime in tutte le ASST dell'ATS. Essa è molto dettagliata e comprende sia scale cliniche, di gestione delle terapie e delle medicazioni, che funzionali (sull'autonomia residua, disturbi psicologici comportamentali, ecc.); infine contiene informazioni sulla condizione sociale ed assistenziale dell'utente. Questo livello di dettaglio è inoltre funzionale all'attribuzione del profilo per l'accesso alle cure intermedie e la definizione del percorso individuale (PAI) che dovrà essere attivato dalla struttura nel momento dell'accesso dell'utente, come previsto dalla delibera di accreditamento delle strutture intermedie (DGR 3383/2015).

L'attività del CSM attualmente non è informatizzata: l'invio delle schede avviene per email e la registrazione dei casi su un database interno. Con il 2018, è previsto l'avvio di un processo di informatizzazione e prevedrà un sistema informativo dedicato.

Esistono prime evidenze?

I primi risultati mostrano come il CSM e la collaborazione con i CSA sia stata acquisita e stabilmente recepita dalle ASST e dalle rispettive unità operative. I dati sulla riduzione delle schede non accettate per incompletezza o inidoneità mostrano una sensibile riduzione già a partire da febbraio 2017 a testimonianza del processo di allineamento e condivisione delle procedure su un'unica scheda di riferimento. Rispetto all'efficacia degli invii alle strutture intermedie, si osserva un miglioramento delle liste di attesa poiché sembrano in fase di superamento le difficoltà dovute alle modalità di invio e di accettazione, in passato molto eterogenee, e all'assenza di criteri di priorità per l'accesso.

Data la recente attivazione, attualmente sono stati previsti e alimentati alcuni indicatori di monitoraggio e valutazione in funzione delle procedure concordate tra CSM e CSA: 1) il rispetto ai tempi di attivazione della domanda (72 ore); 2) l'appropriatezza nella compilazione delle schede (minimo dell'80% delle schede inviate devono risultare idonee per l'accesso in cure intermedie).

12.4.3 Toscana: Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (ACOT)

In Toscana, l'ACOT è stata introdotta con due atti normativi: il primo del 2008 in cui sono state individuate le prime linee di indirizzo per la costituzione di modelli di *discharge room* e agenzie di continuità ospedale-territorio (allegato B della DGR n. 1010/2008); il secondo, invece, istitutivo dell'ACOT, del 2016 (DGR.679/2016 «Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio: indirizzi per la costituzione nelle Zone/Distretto. Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di *handover* dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio»).

Per lo sviluppo delle ACOT, la Regione ha stanziato risorse aggiuntive pari a € 9.000.000 in due anni (provenienti dal Fondo sociale europeo), finalizzate al potenziamento dei servizi di continuità assistenziale, per interventi a sostegno dei servizi domiciliari e, in generale, per tutti i servizi territoriali di continuità ospedale-territorio (DGR 905/2016).

Ai fini del presente contributo, è stata osservata l'ACOT dell'Azienda USL Toscana Sud Est⁸, e in particolare quella della zona distretto del senese che,

⁸ L'Azienda USL Sud Est è stata costituita (come previsto dalla l.r. n. 84 del 28 dicembre 2015 «Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale»). Modifiche alla l.r. 40/2005 nel gennaio 2016 dalla fusione delle tre aziende di Arezzo, Siena e Grosseto, comprende 101 comuni, estendendosi su un territorio molto ampio di ca. 11.560 km², ma con una densità abitativa dimezzata (72,50 ab./km²) e una popolazione mediamente più anziana rispetto alla media regionale (1 su 4 ab. ha più di 65 anni e il 4% della popolazione è oltre gli 85 anni). Nell'Azienda USL Toscana Sud Est sono attualmente attive l'ACOT di Siena e Arezzo mentre è in fase di sperimentazione l'ACOT di Grosseto.

partita per prima⁹, è oggi da esempio paradigmatico per le altre esperienze, sia a livello aziendale che regionale¹⁰.

Come funziona?

L'ACOT è un servizio di integrazione che fa capo funzionalmente alle Zone Distretto¹¹ per assicurare i flussi dei pazienti in uscita dall'ospedali, operando nei presidi ospedalieri zionali di riferimento. L'ACOT pertanto non eroga prestazioni assistenziali ma facilita la connessione tra gli ospedali e i servizi territoriali, sia nel percorso di dimissione programmate (in uscita) che come riferimento per le segnalazioni provenienti dal territorio (in entrata), qualora vi sia una richiesta di inserimento nelle strutture intermedie.

Sul fronte ospedaliero, l'ACOT si attiva come un modello *pull* poiché progetta la dimissione a partire dall'ingresso del paziente, grazie al coordinamento tra la Direzione di Presidio e le unità operative di degenza ospedaliera. L'ACOT assolve ai seguenti compiti: a) verifica l'appropriatezza della segnalazione, definisce il percorso di continuità assistenziale attivando, in presenza di un bisogno sociosanitario complesso, l'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) zonale competente; b) coordina il processo di dimissione, coniugando sia le esigenze del contesto familiare che le potenzialità della rete territoriale; c) coordina l'interdisciplinarietà degli interventi, allertando i referenti dei servizi territoriali, i professionisti della struttura ospedaliera e il MMG; d) monitora l'appropriatezza e la sicurezza clinica nella transizione fra i presidi ospedalieri

⁹ L'esperienza dell'ACOT senese è iniziata in via sperimentale con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS) il 6 ottobre 2014 ma il Progetto ACOT è stato poi avviato dal gennaio 2015 con l'aggiunta della segnalazione dei casi complessi da parte dei Presidi Ospedalieri di Nottola, Campostaggia e Abbadia San Salvatore.

¹⁰ Nell'Azienda Usl Toscana Sud Est si è sviluppato anche un nuovo modello di Cure Intermedie denominato Modulo di Continuità Assistenziale (MOdiCA): si tratta di un'unità di degenza territoriale posta all'interno di un presidio/stabilimento ospedaliero che garantisce la continuità assistenziale tra l'intensività delle cure ospedaliere e l'estensività della presa in carico territoriale. La permanenza all'interno del MOdiCA è articolata secondo il piano di assistenza e si realizza in linea di massima fra 7 e 10 giorni. L'elemento più innovativo del MOdiCA è l'ingresso nel team multidisciplinare (oltre al personale dell'ACOT, al MMG e al coordinatore infermieristico del MOdiCA) dello specialista dell'unità di degenza ospedaliera dimettente denominato Tutor clinico ospedaliero, il quale nelle prime 48 ore di degenza collabora con l'equipe del MOdiCA nella presa in carico del paziente, garantendo la continuità assistenziale.

La collocazione del MOdiCA all'interno del presidio ospedaliero e la collaborazione con la Direzione di Presidio permette di usufruire dei servizi propri delle unità di degenza come il confort alberghiero, la gestione delle emergenze, l'approvvigionamento farmaci e l'accesso diretto ad esami clinici e strumentali. Tuttavia, la responsabilità organizzativa e gestionale è attribuita al Coordinatore Infermieristico del MOdiCA, la responsabilità clinica del singolo paziente è del MMG, mentre la responsabilità di Coordinamento Clinico della struttura è affidata ad un MMG.

¹¹ La zona-distretto (art. 56 l.r. 80/2015) è l'ambito territoriale ottimale dell'ASL per valutare i bisogni sanitari e sociali delle comunità e per organizzare ed erogare i servizi delle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate. Attualmente sul territorio dell'Area Vasta sud est le articolazioni di zone-distretto sono 13.

e territoriali; e) attiva la procedura di fornitura degli ausili per la consegna al domicilio prima della dimissione.

L'ACOT si attiva prevalentemente per gestire le dimissioni complesse. Quest'ultime, infatti, prevedono che entro 48 ore dall'ingresso del paziente, l'unità operativa, utilizzando la scala di Brass¹², segnali all'ACOT il paziente con punteggio 10 che si attiva per effettuare la valutazione multidisciplinare, insieme al personale ospedaliero (medico, infermiere, ecc.), il MMG e il paziente e i suoi familiari. Entro le 48 ore successive alla valutazione multidisciplinare, l'ACOT definisce il percorso assistenziale più appropriato e invia al reparto il PAI (Progetto Assistenziale Integrato). A quel punto, il reparto, se non sono sopraggiunte cause cliniche di rinvio della dimissione, può dimettere il paziente.

Il modello organizzativo e professionale

L'ACOT è una funzione organizzativa che dipende dalle Zone Distretto ed è coordinata da un professionista nominato dal Direttore della Zona Distretto. Fisicamente, è collocata presso un poliambulatorio distrettuale, in prossimità del servizio di gestione delle cure domiciliari

L'ACOT è un'equipe multi-professionale e, nel caso senese, è costituita da un medico di comunità, tre infermieri e un assistente sociale. Nell'ACOT senese, il personale è dedicato prevalentemente all'agenzia e si attiva al bisogno.

L'ACOT è operativa 5 giorni alla settimana dalle 8 alle 19.

A quali pazienti si rivolge?

La DGR 905/2016 individua due categorie di beneficiari degli interventi dell'ACOT: a) persone anziane >65anni con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza, in dimissione da un qualunque presidio ospedaliero zonale o AOU o strutture intermedie o riabilitative, presenti sul territorio regionale.; b) persone disabili in condizione di gravità¹³, residenti nel territorio regionale, in dimissione da un ospedale territoriale o da un'AOU presente sul territorio regionale.

Rispetto alle indicazioni della DGR, l'ACOT di Siena ha inteso gestire tutte le fragilità e situazioni complesse, indipendentemente dall'età. Non solo, nel caso di Siena, l'ACOT può essere attivata anche dal territorio, per tutti soggetti

¹² La scala di valutazione dell'Indice di BRASS (*Blaylock Risk Assessment Screening*) è oggi uno degli strumenti più diffusi per la valutazione infermieristica della complessità assistenziale ai fini di predire il rischio di dimissione protetta/difficile. La scala prevede una valutazione dei fattori rilevanti per la prognosi assistenziale rispetto al quadro sindromico: l'età, la disponibilità dei caregiver, lo stato funzionale, lo stato cognitivo, la presenza di disturbi del comportamento, le abilità motorie, la presenza di deficit sensoriali, l'utilizzo del pronto soccorso e/o i ricoveri nei precedenti 3 mesi, il numero dei problemi medici attivi e il numero di farmaci in terapia.

¹³ Ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

fragili segnalati. Il criterio per l'attivazione dell'ACOT rimane quindi la complessità della casistica stimata attraverso lo score della scala Brass (≥ 10).

Da sottolineare, infine, che per i pazienti non residenti nel senese, l'ACOT si raccorda con le Zone Distretto di provenienza per definirne la dimissione.

Quali i principali strumenti adottati?

L'ACOT utilizza due strumenti standard in fase di dimissione: la scheda di segnalazione della casistica indentificata attraverso la valutazione della scala BRASS e la scheda di valutazione congiunta, entrambe presenti su una piattaforma web condivisa tra ospedale e territorio, accessibile tramite password identificativa e dotata di una scheda informatizzata per ogni utente. La piattaforma permette: a) di raccogliere e condividere osservazioni e informazioni sui singoli casi; b) di verificare il percorso di presa in carico territoriale (tempi di attivazione e modalità); c) di velocizzare il percorso; d) di migliorare la comunicazione; e) di elaborare indicatori e dati relativi alla presa in carico; f) di visualizzare le pratiche in corso o da attivare (es. UVM, invalidità).

Esistono prime evidenze?

Nel 2016, l'ACOT senese ha avuto 1.909 segnalazioni (60% – 1076 donne e 40% – 718 maschi) con un'età media dei pazienti di 83,2 anni. I primi risultati evidenziano: a) una percentuale importante di segnalazioni da parte dell'AOU Senese che ha colto subito l'opportunità di dimettere velocemente i pazienti e ridurre la degenza media; b) un incremento progressivo delle segnalazioni anche da parte delle altre strutture territoriali. I percorsi attivati dall'ACOT sono nel 29% domiciliari, nel 25% verso ospedale di comunità; nel 13% in ADI; nel 7% verso RSA, cure intermedie (7%), hospice (7%) e istituti di riabilitazione ex art. 26 (7%); nel 3% di assistenza domiciliare oncologica integrata (ADOI); nell'1% assistenza domiciliare programmata e riabilitazione ambulatoriale (1%).

I dati di monitoraggio mostrano un impatto positivo dell'ACOT sia rispetto all'efficacia dei processi di gestione della casistica più complessa (riduzione delle ospedalizzazioni, riduzione del tasso di ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti, riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100 mila residenti, aumento della percentuale di ultra 75enni dimessi da ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni) sia nell'avvio di nuove forme e modalità di integrazione funzionale tra le strutture di offerta della Zona Distretto.

12.4.4 Centrale Operativa Territoriale (COT) della Regione Veneto

La Centrale Operativa Territoriale della Regione Veneto rappresenta oggi una delle esperienze più mature a livello regionale di TC, essendo stata introdotta nel PSSR 2012-2016 e definita in via sperimentale dalla DGR 2271/2013 «Nuovo

ve disposizioni in materia di organizzazione delle aziende ULSS» e con maggior dettaglio nelle delibere attuative aziendali successive. L'implementazione della COT, inoltre, a partire dal 2014, è stata inserita negli obiettivi dei direttori generali.

La DGR 2271/2013 (Allegato B) definisce la COT come «l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto ha una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale». La delibera inoltre prevede: a) l'attivazione delle COT a costo zero, attraverso l'allocazione di personale e operatori sociosanitari aziendali, distaccati da altre funzioni/unità; b) la collocazione della COT nel distretto e in staff alla direzione dei servizi sociali e della funzione territoriale.

Proprio per la valenza innovativa del modello a livello regionale, è stato attivato un percorso di accompagnamento alla attivazione delle COT, strutturato in incontri di confronto periodici tra i referenti delle 21 COT e le rispettive direzioni strategiche – pari al numero delle ULSS venete fino al 2016. La soluzione di TC del Veneto, quindi, ha preceduto il ridisegno del SSR, che ha ridotto il numero delle ULSS a 9. A partire dal 2016, infine, è stato promosso un percorso formativo per i 21 Referenti COT, che si è concluso nel giugno 2017, rappresentando la prima esperienza formativa dedicata ad una figura simile al cd. «*transitional care coach/manager*»

La delibera regionale richiamata ha posto quindi i primi elementi distintivi e gli obiettivi comuni per l'attivazione delle COT, mentre è stata data ampia autonomia a livello locale per la definizione delle condizioni di funzionamento e degli obiettivi operativi. Gli incontri periodici hanno consentito di affinare il modello della COT rispetto alle esigenze del sistema: ad esempio, è stata rivista l'impostazione fornita dalla DGR 2271 che proponeva il funzionamento h24 della centrale ridisegnandolo sulla fascia diurna.

Da qui, l'interesse del presente contributo ad analizzare le differenze attuative, a livello locale, prendendo in esame due COT: Arzignano, collocata in un contesto urbano-collinare, nel vicentino, oggi nell'ULSS 8 Berica; e Feltre, collocata in un contesto montano, oggi nell'ULSS 1 Dolomiti.

La **COT di Arzignano** è parte del distretto sociosanitario Ovest della nuova ULSS 8 Berica, frutto della fusione delle ex ULSS 6 Vicenza e ULSS 5 Ovest Vicentino, con un bacino di ca. 480.00 abitanti (179.624 residenti nel distretto Ovest nel 2016) e 62 comuni di riferimento. Nell'ULSS 8 sono attualmente presenti 2 COT che operano nei due distretti.

La **COT di Feltre** si trova nell'ULSS 1 Dolomiti, nata dall'accorpamento tra l'ex ULSS 1 Belluno e l'ULSS 2 Feltre, con un bacino di ca. 206.795 abitanti, di cui 85.000 residenti nel distretto di Feltre, e 64 comuni di riferimento. Anche nell'ULSS 1 sono attualmente presenti 2 COT, una per distretto sociosanitario. Elemento distintivo della COT di Feltre è la collocazione geografica in una zona montuosa: di conseguenza, vi è bassa densità abitativa su un territorio molto

ampio, che rende complessa l'erogazione dei servizi. Inoltre, essendo un'area ad alta attrazione turistica, in determinati periodi dell'anno, deve garantire l'assistenza sanitaria anche a cittadini extra-provinciali ed extra-regionali. La configurazione del territorio, pertanto, rende più complesso il funzionamento di questa COT: la conoscenza approfondita della rete di offerta e la conoscenza sulle risorse disponibili e attivabili è ed è stata più complessa in questo caso. La partenza della COT, infatti, ha comportato una prima mappatura di tutta la rete d'offerta aziendale e l'incontro con ogni singola struttura.

Come funziona?

Entrambe le COT sono state definite nelle condizioni di funzionamento da delibere e atti aziendali, in attuazione di quanto indicato dalla richiamata delibera regionale che ha definito le COT funzioni organizzative, e non strutture organizzative, facilitatrici dei processi clinico-assistenziali.

Nel caso della COT di Arzignano, la delibera aziendale definisce i compiti principali quali: a) raccogliere il bisogno espresso dai professionisti e/o dai pazienti, favorendo l'esplicitazione di quelli inespressi; b) fornire informazioni ai professionisti, grazie alla mappatura delle risorse e delle dotazioni a disposizione dei nodi della rete di offerta; c) garantire il coordinamento funzionale nella presa in carico dell'utente tra professionisti e unità d'offerta; d) monitorare i processi di presa in carico assicurando la tracciabilità dei flussi.

La delibera istitutiva della COT di Feltre, invece, esplicita alcuni ruoli distintivi, tra cui una maggior focalizzazione sulla presa in carico a partire dal passaggio dell'utente nel presidio ospedaliero: a) favorire l'integrazione ospedale-territorio, avviando delle procedure di collaborazione con i servizi ospedalieri e unità d'offerta territoriali; b) acquisire e analizzare i bisogni del paziente, espressi e inespressi, segnalando il caso ai servizi/professionisti più appropriati e verificandone la presa in carico; c) assicurare all'utente continuità dell'assistenza e integrazione tra i diversi servizi, il passaggio tra i diversi livelli e luoghi di cura, sia a domicilio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali, intermedi o in ospedale.

Sebbene nella composizione professionale e nel modello organizzativo, le due COT osservate siano molto simili, in realtà vi sono differenze significative sia nelle condizioni di funzionamento e che nella tipologia e modalità di erogazione dei servizi.

Nella COT di Arzignano, le procedure o processi che tipicamente vengono attivati sono: le dimissioni protette, i trasferimenti intra-ospedalieri da unità operative per acuti a reparti di lungodegenza e riabilitazione; la continuità assistenziale per il dipartimento di salute mentale rispetto alla rete assistenziale e per la gestione dei minori nei casi di carenza nell'esercizio della responsabilità genitoriale; per l'attivazione dell'ADIMED, ovvero l'ADI complessa. La COT inoltre può ricevere una segnalazione dal territorio, dai professionisti o da altri

servizi per richiesta di informazioni e supporto per la gestione di alcuni casi complessi. A monte di questi servizi, la COT coordina la gestione della valutazione multi-dimensionale e supporta la compilazione della SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano), in capo al distretto per il singolo caso.

Nella COT di Feltre, invece, risulta più stretto il legame con il presidio ospedaliero, sia in fase di attivazione dei servizi della COT sia rispetto alle attività tipiche che la COT ha messo in campo. L'utenza della COT viene segnalata sia attraverso le dimissioni protette sia quando l'utente accede all'ospedale, attraverso quelle che si possono definire delle «ammissioni protette». La COT infatti può essere attivata sia su segnalazione del MMG che invia l'assistito in pronto soccorso (PS) sia dal PS stesso e può intervenire anche nel caso di paziente gestito in OBI (osservazione temporanea in PS), per valutare il setting assistenziale più appropriato tra il ricovero, l'invio in strutture residenziali piuttosto che al domicilio con il supporto dell'ADI. Oltre alla gestione dell'OBI, la COT di Feltre ha previsto una specifica valutazione della casistica al letto dell'utente. Nella segnalazione di un nuovo caso, la COT si attiva relazionandosi con le strutture di ricovero, per poi avviare la UVMO – Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera –, che coinvolge il direttore dell'UO di Geriatria, l'infermiere case manager dell'unità operativa ospedaliera, l'infermiere e l'assistente sociale della COT. L'UVMO è una modalità di valutazione dei pazienti che presentano bisogni socio-assistenziali complessi o che non possono essere inviati immediatamente al domicilio. La richiesta di UVMO viene effettuata dopo la valutazione della scala BRASS da parte del case manager ospedaliero. La COT, invece, attiva l'UVMD – Unità di Valutazione Multidimensionale del Distretto, al bisogno, quando la valutazione dovrà coinvolgere strutture distrettuali e del territorio – la UVMD rimane in capo al distretto.

Nel modello veneto della COT, pertanto, un elemento distintivo è la collocazione operativa in back-office: l'unico momento di contatto diretto con l'utente e i familiari è la valutazione multidimensionale e il colloquio dell'assistente sociale. In tutte le altre fasi, la COT si relaziona con i professionisti dei diversi servizi, a conferma della natura organizzativa della stessa che non deve mai essere confusa con lo sportello unico o call center.

In secondo luogo, un altro elemento che qualifica la COT è l'accesso diretto ai sistemi informativi aziendali che consentono di monitorare costantemente l'andamento della turnazione dei posti letto, sia ospedalieri che residenziali, l'attivazione della ADI, i tempi di prenotazione e consegna degli ausili, ecc. Ovvero le informazioni sui servizi e le dotazioni che consentono di gestire la presa in carico e la continuità assistenziale. Di conseguenza, il ruolo di questa funzione organizzativa è quello di essere non solo un supporto alla gestione della presa in carico dell'utente, attraverso l'integrazione e il coordinamento sul

singolo caso tre le unità d'offerta e i professionisti, ma altresì essa rappresenta l'occasione per monitorare e migliorare tutti i processi clinico-assistenziali.

Un'altra peculiarità della COT è che può essere attivata da tutti i professionisti ed i servizi del sistema e per questo, benché afferente all'area distrettuale, di fatto è strumento organizzativo del sistema azienda.

Il modello organizzativo e professionale

La COT di Arzignano è collocata in staff alla Direzione dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale dell'ULSS e fisicamente si trova nella sede distrettuale, dove vi sono spazi attrezzati e dedicati (uffici e sala riunione). Anche la COT di Feltre è collocata in staff alla Direzione dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale e, fisicamente, è all'interno negli uffici distrettuali, nella stessa sede del presidio ospedaliero.

I professionisti dedicati alla COT di Grosseto oggi sono 8 e sono stati trasferiti da precedenti funzioni all'interno dell'azienda. Si tratta di 5 infermieri (di cui 2 dedicati alla gestione delle dimissioni protette) e 3 assistenti sociali (1 a tempo pieno e 2 dedicate a tempo parziale) per la gestione delle dimissioni protette e i contatti con i centri servizio e le strutture residenziali. È un infermiere professionale, referente della COT, presente fin dalla prima attivazione (sperimentale) della COT nel 2014, identificato sulla base delle precedenti esperienze professionali maturate sia nella gestione territoriale dell'ADI sia a livello ospedaliero. La composizione e la numerosità del team si sono modificate nel tempo, anche a seguito del perfezionamento del modello. Inizialmente, infatti, erano presenti 2 OSS, oltre al referente. La complessità della casistica e la numerosità degli interventi, anche per via di un progressivo coinvolgimento della COT all'interno delle dinamiche aziendali, hanno richiesto il ridisegno delle competenze: oltre alla necessità di gestire un ampio ventaglio di relazioni (dai clinici ai referenti dei servizi sociali), la COT ha riscontrato la necessità di valutare il fabbisogno del paziente con strumenti specifici. Da qui, la prima decisione di sostituire gli OSS con gli infermieri e quella di inserire gli assistenti sociali per la gestione dei bisogni di natura sociale. Il team si riunisce almeno due volte a settimana per fare il punto sulla gestione dei casi e al bisogno per la gestione di casi più complessi. Infine, la COT è attiva 6/7 giorni, su turni da 12 ore durante la settimana, mentre il sabato solo la mattina.

I team di professionisti dedicato alla COT di Grosseto è composto da 4 infermieri e 1 assistente sociale, unica figura non trasferita da precedenti funzioni aziendali ma assunta direttamente. La COT è coordinata da un infermiere professionale, presente fin dalla prima attivazione nel 2014, con esperienze pregresse sul territorio e in ospedale. Anche in questo caso, la composizione del team è cambiata nel tempo e inizialmente alla COT erano assegnate 2 OSS, oltre al coordinatore. La COT è attiva 6/7 giorni, su turni da 12 ore durante la

settimana e prevede un turno di otto ore al sabato. L'orario di attività è stato prolungato su richiesta delle unità operative ospedaliere nel 2016 (prima era di 5/7 giorni con turni di 8 ore). Il team si riunisce una volta a settimana per fare il punto sull'andamento della gestione dei casi e al bisogno per quelli più complessi.

A quali pazienti si rivolge?

L'utente target della COT è la persona fragile identificata sia attraverso una valutazione del quadro sindromico che degli aspetti assistenziali e sociali. I soggetti fragili possono essere identificati da tutte le strutture della rete assistenziale ed essere segnalati alla COT, sebbene questo avvenga prevalentemente in fase di dimissione ospedaliera. La COT di Arzignano gestisce le segnalazioni attraverso una scheda uniforme che assegna uno score su quattro aree di valutazione: cognitivo e funzionale, sociale, sanitaria, capacità residue. La COT di Feltre, invece, prevede la segnalazione attraverso una scheda compilata dal case manager infermiere dell'unità operativa, e in cui deve riportata la valutazione della BRASS. In generale, l'elemento distintivo in entrambi i casi per l'attivazione della COT è la complessità della casistica: la COT interviene solo per il soggetto complesso, ovvero utenti adulti-anziani o minori con bisogni importanti e che necessitano di una presa in carico multidisciplinare, residenti nell'area distrettuale di riferimento. Per questi utenti, la COT si attiva con percorsi che possono prevedere l'accesso in ADIMED o in strutture residenziali, centri servizi o strutture intermedie etc., qualunque nodo della rete d'offerta territoriale che risulti appropriato per la gestione del caso. Al contrario, la COT segnala ai servizi territoriali e, al limite monitora in caso di evidenti difficoltà di processo (i.e. consegna ausili e protesi), i casi che non risultino complessi e per cui i servizi esistenti possono risultare appropriati.

Per i casi non residenti, si attiva il sistema di rete tra le diverse COT regionali, per cui sarà riferito alla COT di residenza o ai servizi territoriali, per i casi extra-regionali la COT prende contatti con i servizi territoriali di provenienza per segnalare il caso.

Quali i principali strumenti adottati?

In entrambe le esperienze, la COT nel tempo si è dotata di una scheda di segnalazione, scala valutativa nonché di una classificazione degli interventi da attivare in relazione alla severità del bisogno (ad esempio, classificazione dell'ADI, definizione di uno score di gravità e urgenza per gli accessi alle strutture residenziali e intermedie, classificazione delle urgenze nella gestione dei casi).

Fondamentale, nell'esperienza dalla COT di Arzignano è la messa a punto di un sistema informatizzato per la gestione di ogni caso, in grado di: a) costruire una cartella/fascicolo per ogni utente, che è inter-operabile e può essere compilato da ogni professionista che interviene sul caso; b) integrare tutte le infor-

mazioni sulla rete di offerta, rispetto alle disponibilità di strutture residenziali, l'accessibilità in ADI, o in hospice o in altra struttura pubblica per cui siano accessibili le informazioni dai flussi aziendali. Questo sistema informatizzato consente quindi sia una programmazione mirata all'atto della presa in carico di ogni utente, rendendo disponibili in tempo reale tutte le informazioni sul caso a tutti i professionisti, sia l'attivazione di una funzione di monitoraggio continua su ogni singolo caso, una volta avviata la presa in carico.

Anche la COT di Feltre ha in programma l'informatizzazione entro il 2018, con la costruzione di un database dedicato e la cartella utente. Oggi tutte le attività e i processi seguiti dalla COT sono tracciati sui gestionali aziendali.

Esistono prime evidenze?

In entrambe le esperienze vi sono diverse evidenze a sostegno dell'impatto positivo della COT. Da un lato, osservando i dati di riduzione dei tempi di degenza e il ricorso all'ospedalizzazione sugli utenti target della COT, così come la riduzione significativa dei tassi di riospedalizzazione a 30 giorni. Le COT tracciano puntualmente tutta l'attività di dimissione e l'invio ad altre unità di offerta e questo ha determinato un aumento nell'utilizzo dei servizi domiciliari, supportandone sia la presa in carico tempestiva e la segnalazione delle criticità da presidiare nei processi di invio.

In entrambe le esperienze viene segnalato come l'avvio della COT abbia richiesto più di un anno: in primis, per far conoscere il servizio e mappare la rete di offerta; in secondo luogo, anche una volta avviati i processi e l'attività della COT, è stato necessario un lungo lavoro di adeguamento delle schede di segnalazione e di revisione dei criteri di accesso, attraverso una serie di interventi formativi, multi-disciplinari e integrati tra le diverse unità d'offerta.

Sebbene la COT, in entrambe le esperienze, abbia accesso a tutti i flussi operativi aziendali, nella fase attuale, come è stato ribadito dalle direzioni sociosanitarie, non ha una funzione valutativa né una collocazione gerarchica rispetto ai processi, alla loro gestione e alle altre unità di offerta coinvolte. Di conseguenza, per preservare la funzione facilitatrice e di supporto della COT, in questa fase, non sono previsti indicatori di risultato né sull'attività della COT in sé né sulle attività/processi clinico-assistenziali che monitora.

12.5 Discussione e conclusioni

Le esperienze introdotte non esauriscono il portafoglio delle possibili configurazioni di TC, come è stato già anticipato, ma certo ne rappresentano esempi di grande rilevanza rispetto alle trasformazioni delle aziende sanitarie in corso su scala nazionale. Di seguito, alcune riflessioni generali, raccolte per punti di sintesi. Si anticipa che per interpretare il rapporto tra configurazioni aziendali

e TC, si fa riferimento alla rappresentazione d'azienda prodotta da Mintzberg (1989)¹⁴.

I progetti di TC osservati presentano nuove funzioni aziendali in fase di determinazione. I casi hanno evidenziato come le esperienze di TC si sono sviluppate sotto l'ombrello della direzione della Zona Distretto piuttosto che della direzione sociosanitaria delle nuove aziende. Si tratta di esperienze in embrione, spesso ancora in fase sperimentale, composte da competenze molto specializzate ed eterogenee, che operano in stretto contatto con la linea intermedia e il nucleo operativo, adottando modelli di coordinamento dinamici quali l'adattamento reciproco. Il consolidamento delle esperienze e lo sviluppo di una domanda interna all'azienda di TC mettono in discussione l'attuale configurazione: rimarrà la convenienza a lasciare questa funzione agganciata alla direzione sociosanitaria o a quella territorio? Se si decide di specializzare queste competenze enucleando delle responsabilità specifiche, le si trasformerà in tecnostrutture oppure in staff di supporto? Il collegamento diretto al nucleo operativo consentirà di intercettare i contenuti di una tecnostruttura; il collocamento delle TC al di fuori dell'azienda sanitaria di erogazione, invece, le allontanerà dal nucleo operativo promuovendo forme di standardizzazione importanti. Si configurano così i contorni di uno staff di gestione (sempre nell'accezione di Mintzberg) piuttosto che di una tecnostruttura a seconda dei contenuti e del posizionamento organizzativo. L'enucleazione di questa funzione dalla direzione sociosanitaria o da quella della Zona Distretto, rendendola visibile nell'architettura aziendale, consentirebbe di esprimere alcune potenzialità (operare per un numero molto ampio di soggetti compresi quelli non solo aziendali e anche non pubblici, concorrere con obiettivi propri alla realizzazione di quelli aziendali e interaziendali specifici, effettuare valutazioni sulle condizioni di svolgimento del processo di presa in carico, ecc.) ma solo dopo aver trovato soluzione ad alcuni elementi critici: i contenuti di ruolo del responsabile (quello

¹⁴ Mintzberg distingue 5 parti: il *nucleo operativo* comprende le persone che svolgono l'attività direttamente legata all'ottenimento di prodotti e servizi. Sono direttamente impegnate nei processi di erogazione/produzione. Il *vertice strategico* è composto dalle persone che hanno la responsabilità globale dell'organizzazione, svolgendo tre funzioni principali: a) la supervisione del lavoro; b) la gestione delle relazioni con l'ambiente esterno; c) lo sviluppo e la formulazione della strategia aziendale. La *linea intermedia* è composta da manager che hanno autorità formale e collegano il vertice strategico con il nucleo operativo, attraverso la supervisione diretta sui propri operatori. Più grande è l'azienda più esteso sarà il suo middle management (direttori di dipartimento o di distretto sociosanitario). Lo *staff di supporto* rappresenta un sorta di supporto «esterno» al suo flusso di lavoro operativo e non entra direttamente nell'attività core di produzione/erogazione (ad es. la cura del paziente), fornendo un supporto indiretto ma centrale al funzionamento aziendale (ad esempio, l'ufficio legale). La *tecnostruttura* è composta dagli analisti (e dal relativo personale amministrativo) che non sono direttamente coinvolti nella produzione di beni o servizi ma che possono progettare, pianificare, modificare il lavoro degli altri operatori o addestrarli a compierlo. – La tecnostruttura utilizza tecniche e strumenti per controllare e standardizzare l'attività nell'organizzazione (alcuni esempi, Gestione del personale, Controllo di Gestione, Qualità e rischio clinico).

che nelle esperienze è indicato come il coordinatore e che in alcuni casi è un medico e in uno è un infermiere) e quello dei singoli membri dell'equipe multiprofessionale; i percorsi formativi per ciascuno di essi e, non da ultimo, la possibilità di dotarsi di un sistema informativo completamente interfacciabile con quelli dei singoli nodi della rete di offerta per agire una vera e propria gestione del percorso del paziente nelle fasi di transizione tra *setting*. Quello che si osserva è quindi una configurazione che parteciperà al consolidamento dei nuovi modelli organizzativi d'azienda (in tutti i casi si tratta di aziende di recente istituzione). Le interviste hanno rivelato, con sfumature diverse a seconda dei contesti, la convinzione che tale funzione non possa essere esplicitata e isolata nell'organigramma aziendale con una struttura organizzativa propria, in alcuni casi per una scarsa formalizzazione del mandato e delle condizioni operative e in altre per fruire dei modelli gerarchici già esistenti, agiti dalla direzione socio-sanitaria o da quella del distretto.

L'aumento delle dimensioni d'azienda depotenzia la gerarchia: il raggiungimento dei fini istituzionali risulta largamente condizionato dalle forme di integrazione tra le parti di cui si compone l'azienda e nello specifico tra le varie partizioni del nucleo operativo. La gerarchia delle aziende con confini espansi ha bisogno di essere bilanciata con approcci manageriali «orizzontali»: la gestione delle interdipendenze tra ospedale e territorio è un tema di rilevanza così ampia e trasversale che, intorno ad essa, si sta concretizzando una nuova funzione aziendale che avoca a sé attività e strumenti in passato delegati alla linea intermedia o nucleo operativo aziendale (sempre nell'accezione di Mintzberg). Le esperienze elaborate nell'area bolognese intorno alle TC con un focus sulla sub acuzie (Annicchiarico et al., 2012) testimoniano ciò in un contesto regionale con configurazioni ASL plurime.

I modelli di *process management* che questa nuova funzione interpreta riguardano i processi erogativi primari e non quelli sanitari di supporto: i primi rappresentano la sequenza di servizi funzionali ai fabbisogni di diagnosi, terapia e *follow up* rispetto alla condizione di salute del malato; i secondi i servizi sanitari che supportano gli operatori e le strutture di offerta – la gestione della logistica del farmaco piuttosto che quella relativa alle sale operatorie (per un approfondimento si rimanda a Tozzi, 2004). L'ampio riscontro che ha avuto e continua ad avere il tema della gestione operativa testimonia lo sforzo compiuto da molte aziende sanitarie nella costruzione di modelli unitari di gestione di processi sanitari di supporto trasversali per più unità operative (le cd. piattaforme). Tali sforzi hanno rappresentato lo scorporo dal perimetro delle responsabilità della linea intermedia e del nucleo operativo della gestione di molti processi sanitari di supporto e il riposizionamento nella parte alta dell'organizzazione aziendale. Questo ha portato alla generazione di nuovi staff che hanno condiviso modelli di gestione unitaria delle sale operatorie, dei servizi ambulatoriali, ecc., fornendo supporto a tutte le unità operative a prescindere dalle

discipline e dalle caratteristiche specifiche della patologia del paziente (Lega, 2013). Queste suggestioni hanno portato fino ai modelli generali d'azienda per flussi o per intensità delle cure. I casi analizzati pertanto mettono a fuoco come il vissuto sull'*operations management* si stia estendendo a un'altra classe di processi, ovvero i processi primari e, in particolare, gli episodi clinico-organizzativi nel percorso di cura caratterizzati dalla transizione tra *setting* – fenomeno tipico durante scompensi/aggravamenti nel follow up o quale segnale di difficoltà nel piano di cura programmato (in genere, legato a fattori sociali);

Le TC si focalizzano prioritariamente sui target di maggiore complessità sul piano manageriale. Sia le esperienze censite in letteratura che quelle proposte dai 4 casi aziendali si rivolgono al target di pazienti definito complesso. Si tratta però di una complessità non necessariamente clinica ma frequentemente di tipo gestionale: ciò che rende ardua la presa in carico e la continuità delle cure è il fatto che si tratti di casi intorno ai quali occorre organizzare e conciliare interventi sanitari di natura diversa, spesso combinati a quelli di contenuto sociale o socio assistenziale. Chi ha la responsabilità di leggere e interpretare il quadro complessivo di salute del paziente e le esigenze della sua famiglia? Chi è capace di ricomporre la filiera dei servizi quando tali bisogni si modificano perché si conclude un evento (quale il ricovero, ad esempio) e se ne apre un altro (quale la stabilizzazione funzionale, ad esempio)? Si tratta di situazioni rispetto alle quali i sistemi sono in grande affanno e, in assenza della possibilità di delegare queste responsabilità su un soggetto, la risposta trovata è quella di organizzare una funzione aziendale trasversale. Si osservano due ricadute manageriali: 1) quando è possibile utilizzare meccanismi di coordinamento più semplici (quali, ad esempio, la standardizzazione) per governare la filiera dei servizi di cui ha bisogno il malato, la responsabilità della gestione di queste interdipendenze può essere affidata al professionista e all'unità operativa di riferimento; quando invece occorre utilizzare strumenti più sofisticati, tale responsabilità si scarica su una funzione aziendale che si dota di modelli multi-professionali e multi-disciplinari, che rappresentano forme di coordinamento di adattamento reciproco. Tale fenomeno rappresenta una sorta di rivoluzione copernicana nel rapporto tra professionisti e azienda sanitaria, nella misura in cui i modelli funzionali d'azienda, che ricalcavano le discipline in campo medico, individuavano in modo chiaro quale nodo avesse la responsabilità della presa in carico sia esprimendo le scelte cliniche sia attivando la filiera dei servizi (i pazienti nefropatici, trovavano nel nefrologo e nella nefrologia le risposte alla gestione della malattia, così come la cardiologia per il cardiopatico o l'oncologia per il malato di cancro). Le logiche di *process management* mettono in discussione i modelli funzionali e il caso delle TC illustrano come le prerogative sulla gestione della filiera non rientrano più nel perimetro delle scelte dei clinici ma in quello di nuove funzioni aziendali; 2) quando il processo è primario e riguarda i bisogni di salute è difficile distinguere i due momenti logici della definizione del PAI dalla sua messa

in opera concreta. Infatti, in tutti i casi, oltre ad attività operative (di messa in moto della filiera dei servizi sulla base delle esigenze dichiarate dalle unità operative) ve ne sono alcune di natura valutativa in carico a questa nuova funzione.

Il Population Health Management (PHM) per la gestione ordinaria dei modelli di presa in carico e le TC per un target specifico di complessità. Sul piano organizzativo, potremmo semplificare il concetto di presa in carico come la costruzione di un processo unitario, costante e continuativo di interventi di diversa natura (sanitari e non) che si articola lungo una rete ampia di strutture di offerta. Se in passato, le prerogative sulla presa in carico erano appaltate alla comunità dei professionisti all'interno delle unità operative, col tempo sono diventate aziendali. Per comprendere cosa erogare e per quale utenza, i sistemi hanno iniziato a distinguere delle sotto popolazioni (si pensi alle classificazioni elaborate in Veneto e Lombardia), codificando per ciascuna di esse, di concerto con i professionisti, le attività mandatorie da erogare per ciascun target di popolazione nelle diverse fasi di malattia (questo è divenuto nel tempo il contenuto distintivo dei PDTA): si tratta di esperienze di PHM. I casi analizzati si muovono all'interno di queste traiettorie definite a livello regionale in Lombardia e Veneto e aziendale in Toscana. Come è stato sottolineato all'interno del Rapporto Oasi 2015 (Morando & Tozzi), in tali contesti sono presenti modelli diversi di identificazione dei bisogni di salute della popolazione residente attraverso specifici algoritmi di lettura dei database amministrativi. Tali esperienze consentono di individuare la o le patologie di cui è affetta la popolazione e di progettare le responsabilità della presa in carico a seconda dei livelli di severità. Sono attualmente in corso esperienze pilota che puntano a leggere non solo la polipatologia ma anche la fragilità socio ambientale su scala regionale, screenando tutta popolazione residente e distinguendo la coorte complessa. Sul piano delle implicazioni manageriali, si coglie che: 1) il PHM rappresenta la pista che consente di leggere i fabbisogni su ampia scala, distinguendo su tutta la popolazione la quota parte definibile complessa e quindi, i soggetti su cui ricade la responsabilità nel governo della filiera di offerta; 2) i modelli di PHM sono in fase di implementazione e il loro consolidamento consentirà nel tempo di adottare approcci predittivi che permetteranno di anticipare i casi potenzialmente complessi per via dell'indebolimento di una condizione di salute o sociale. Ciò avverrà in seguito alla raccolta delle informazioni sulla casistica trattata e all'analisi dei modelli di consumo di prestazioni che consentiranno di leggere le ricorrenze nella popolazione. In sintesi, dall'adozione estesa di modelli di PHM derivano le principali scelte sulla presa in carico della casistica cronica anche complessa, mentre le TC si focalizzano fino a questo momento su un sottotarget di complessità. Quando i sistemi di PHM saranno affinati, leggendo retrospettivamente modelli consolidati di consumi per target di popolazione, potranno sviluppare una capacità predittiva rispetto ai potenziali fabbisogni di transizione del paziente

Le TC hanno un costo anche organizzativo. L'introduzione di penalizzazioni per la riospedalizzazione a 30 giorni è stata un incentivo importante per promuovere lo sviluppo di servizi di dimissione. Ciononostante, quest'ultima scelta, da un lato, ha significato spostare la pressione dalle dimissioni all'attività ambulatoriale, andando ulteriormente ad appesantire quest'ultima con agende dedicate per il *follow up*; dall'altro, l'attivazione di servizi e unità di gestione delle dimissioni è stata possibile solo in quelle aziende in cui sono stati organizzati progetti su scala aziendale elaborando strumenti e ruoli specifici (in alcuni casi per sollecitazione regionale, come nei casi osservati). Si tratta di uno sforzo di riprogettazione delle interdipendenze che tutte o molte unità operative ospedaliere con la rete dei servizi extra-ospedaliera hanno dovuto o dovranno affrontare e che, se sostenuto da un unitario progetto d'azienda, ha maggiori possibilità di successo. In merito, si segnala che anche la letteratura (oltre alle esperienze dei casi trattati in questo capitolo) enfatizza la scala aziendale di elaborazione di formule di transizione e l'assenza di risorse dedicate, se non quelle derivanti dalla ricollocazione del personale interno (Shepperd et al., 2013). Ad oggi, a livello nazionale, solo il modello lombardo di gestione dei pazienti cronici andrà a introdurre un sistema di finanziamento per percorso di presa in carico che includa anche la transizione tra i *setting*.

Per quel che riguarda, la spesa complessiva che i sistemi stanno affrontando, è verosimile immaginare nel breve periodo un aumento complessivo dell'invio a strutture residenziali o l'attivazione di servizi di ospedalizzazione domiciliare. Questo significa che complessivamente il taglio delle risorse sulle giornate di degenza, associate a un sistema di TC efficace, comporti nel tempo una razionalizzazione della spesa con la distribuzione di costi aggiuntivi su altri snodi della rete d'offerta, dalla gestione dei servizi ambulatoriali alla degenza in strutture extra-ospedaliere. Un recentissimo studio americano infatti ha messo in evidenza che la riduzione dei tempi di degenza medi a 6 giorni nell'ultimo decennio dovrebbe essere ritardato sul contemporaneo aumentato ricorso a strutture post-acute, tale per cui la crescita delle giornate di degenza post-acute, se ricalcolata sulle giornate complessive di degenza per acuzie, comporterebbe un andamento medio fino 9.5 giornate (ovvero, quel delta di 3.5 giornate di degenza per acuti, che possiamo leggere come dato di riduzione di PL e del periodo di degenza, in realtà è stato spostato sulle cure post-acute, che in una logica di costo-opportunità consentono di rispondere meglio ad una domanda più ampia ma con intensità assistenziale inferiore). Questo è un esempio paradigmatico di razionalizzazione appropriata della spesa sanitaria e non di efficientamento. Lo studio a tal proposito parla della necessità di spostare i parametri di valutazione attuale dalle giornate di degenza al cd. *time to home treatment* (Barnett et al., 2017).

La complessa relazione con il paziente e i suoi familiari nella fase di transizione. Il coinvolgimento del malato nella costruzione del percorso è largamente auspicato, ma di non facile gestione in generale e, in modo specifico, nelle scelte

relative alla transizione tra luoghi di cura. Le principali difficoltà riguardano l'introduzione di un ulteriore punto di vista nel processo decisionale, non sempre di facile contemperamento con le valutazioni dei professionisti, con le barriere di linguaggio, la diversità delle attese, ricollegabili alla asimmetria informativa (Abad-Corpa et al., 2013; Shepperd et al., 2013), nonché la disponibilità dell'offerta. Corollario alla relazione con il paziente è il tema della corresponsabilità nelle scelte del cittadino (non solo il paziente ma anche la sua famiglia) e del sistema di tutela per la salute, chiedendo al primo di essere soggetto attivo e consapevole, e non più solo destinatario passivo ed esigente. Si tratta di modelli di *engagement* che non possono essere scaricate sulla funzione esordiente delle TC, ma che rientrano nel quadro più ampio delle scelte aziendali. Sebbene i casi rivelino in generale la difficoltà di entrare in relazione con paziente e la sua famiglia, essa però viene garantita in alcuni casi: si tratta di casi in cui la dimensione sociale e assistenziale è di grande importanza e il dialogo è affidato agli operatori del settore. La possibilità di tale opzione alle TC mette in discussione il suo potenziale sviluppo verso l'opzione di staff di supporto o di tecnostruttura.

Le TC per allineare target complessi e setting nuovi. Tra i modelli di offerta più recenti si ricordano le cure intermedie per le quali non solo è difficile identificare ex ante i profili idonei all'accesso, ma appare complesso anche la valutazione dei singoli casi. Si cita a titolo esemplificativo il caso lombardo in cui le cure intermedie (DGR 3383/2015) si sono inserite nel riordino della riabilitazione. Con la DGR 19833/2004, la riabilitazione è stata organizzata in tre aree: specialistica geriatrica ospedaliera e di mantenimento con la previsione di 7300 PL. Le cure intermedie, in via sperimentale, con la DGR 1185/2013 hanno modificato le attività riabilitative per adulti (ai sensi del Piano nazionale per la riabilitazione del 2011), promuovendo la conversione di PL riabilitativi in cure post-acute. La classificazione odierna delle cure intermedie e della riabilitazione di mantenimento e geriatrica risulta particolarmente critica nella gestione dei profili a bassa e media intensità, laddove la potenziale sovrapposizione ha condizionato l'invio appropriato ad uno dei due setting assistenziali. Nonostante l'ampia offerta riabilitativa, la maggior parte afferisce a strutture private accreditate e la codifica dei profili più ambigui ha creato una rapida saturazione delle cure intermedie, soprattutto nell'area metropolitana, dove la pressione sulle degenze in acuzie è più alta. La degenza in strutture intermedie, classificata come sanitaria (ex DM 70/2015), è oggi completamente a carico del SSN per 60 giorni, prorogabili per i profili più gravi o in condizione economica disagiata, mentre l'invio alle strutture riabilitative richiede la compartecipazione qualora non sia specialistica. La presa in carico nelle strutture intermedie, proprio per la loro origine, ha un'impronta riabilitativa, con la previsione di un progetto individuale di degenza, la presenza di un case manager e di uno specialista di riferimento (geriatra o fisiatra) incaricati della valutazione iniziale e della gestione del piano di cura.

Una difficile valutazione. I più diffusi modelli di valutazione leggono fenomeni statici poiché colgono gli accadimenti all'interno delle strutture organizzative e di frequente sotto l'ombrello di una sola responsabilità. Si segnalano alcuni elementi quando la valutazione tocca fenomeni dinamici come l'operato delle TC: 1) in alcuni casi l'equipe di TC non fa la semplice «messa in opera» del piano individuale, ma elabora una sua valutazione (spesso sulla componente sociosanitaria). Probabilmente il presidio di tali aree di discrezionalità è più cruciale sui target complessi e deve essere considerata nel momento valutativo; 2) gli esiti di buone scelte di transizione possono verificarsi nel medio termine; 3) la qualità della transizione non si misura solo rispetto al paziente, ma anche al suo contesto familiare e sociale. Si tratta di questioni che meritano una riflessione specifica capace di intercettare il portato innovativo di queste funzioni di azienda emergenti.

Certi che il tema della transizione del paziente tra ospedale e territorio sarà oggetto di futuri approfondimenti, preme sottolineare alcune situazioni. In primo luogo, si osserva che le trasformazioni istituzionali dell'ASL non sempre hanno preservato la sua natura erogativa. L'organizzazione e la gestione della TC cambia se essa è «posizionata» all'interno dell'azienda di erogazione o all'esterno. In seconda battuta, la gestione delle interdipendenze all'interno della filiera dei servizi appare di grande rilevanza quando i confini aziendali si allargano: per alcune classi di utenti essa non può essere affidata a macro-articolazioni aziendali e viene interiorizzata dall'azienda stessa attraverso una funzione dedicata alla transizione. La presenza di forme di TC all'interno di approcci ricompositivi dell'offerta, giocati sia attraverso la gerarchia (modello toscano e veneto) che attraverso il mercato (Lombardia) evidenziano un certo legame diretto tra i fini dei nuovi soggetti e la loro capacità di ricomposizione dell'offerta intorno ai fabbisogni di coorti specifiche di pazienti.

Bibliografia

- Abad-Corpa E., Royo-Morales T., Iniesta-Sánchez J., Carrillo-Alcaraz A., Rodríguez-Mondejar J.J., Saez-Soto A.R., Vivo-Molina M.C. (2013), Evaluation of the effectiveness of hospital discharge planning and follow-up in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 669-680.
- Annicchiarico M., Colombo M., Protonotari A. (2012), *La rete della post acuzie: un sistema di continuità ospedale – territorio dell'area bolognese*. Mecosan. FrancoAngeli.
- Bahr S.J., Solverson S., Schlidt A., Hack D., Smith J.L., Ryan P. (2014), Integrated literature review of post discharge telephone calls. *Western Journal of Nursing Research*, 36,84-104. doi:10.1177/0193945913491016.

- Barnett M., Grabowski D., Mehrotra A. (2017), Home-to-Home Time – Measuring What Matters to Patients and Payers. *New England Journal of Medicine*; 377:4-6. DOI: 10.1056/NEJMp1703423.
- Burns L.R., Pauly M.V. (2002), Integrated delivery networks: A detour on the road to integrated health care? *Health Affairs*, 21, 128-143. doi:10.1377/hlthaff.21.4.128.
- Chenoweth L., Kable A., Pond D. (2015), Research in hospital discharge procedures addresses gaps in care continuity in the community, but leaves gaping holes for people with dementia: A review of the literature. *Australasian Journal on Ageing*, 34, 9-14.
- Coleman E.A., Berenson R.A. (2004), Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Annals of internal medicine*, 141(7), 533-536.
- Escarrabill J. (2009), Discharge planning and home care for end-stage COPD patients. *The European Respiratory Journal*, 34, 507-512. doi: 10.1183/09031936.00146308.
- Fox M.T., Persaud M., Maimets I., Brooks D., O'Brian K., Tregunno D. (2013), Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 13, 1-9.
- Ghiotto M.C., Boscolo Camiletto S., Pasqual S., Rizzato E., Mantoan D. (2016), Centrale operativa territoriale come centrale della continuità: l'esperienza nella Regione Veneto. *Politiche Sanitarie, Il Pensiero Scientifico Editore*. Volume 17, n.2, pg.105-117.
- Hesselink G., Zegers M., Vernooij-Dassen M., Barach P., Kalkman C., Maria Flink M., Öhlén G., Olsson M., Bergenbrant S., Orrego C., Suñol R., Toccafondi G., Venneri F., Dudzik-Urbaniak E., Kutryba B., Schoonhoven L., Wollersheim H. (2014), Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using intervention mapping. *Health Services Research*, 14, 389.
- Lega F. (2013), *Management della Sanità: lineamenti essenziali e sviluppi recenti del settore e dell'azienda sanitaria*, Egea.
- Mintzberg H. (1989), *The structuring of organizations. In Readings in Strategic Management* (pp. 322-352). Macmillan Education UK.
- Morando V., Tozzi V.D. (2016), Lo zibaldone delle cure intermedie: analisi delle esperienze regionali in Italia e in Europa, *Rapporto OASI 2016*, Egea.
- Naylor M.D., Aiken L.H., Kurtzman E.T., Olds D.M., Hirschman K.B. (2011), The importance of transitional care in achieving health reform. *Health affairs*, 30(4), 746-754.
- Naylor M., Keating S.A. (2008), *Transitional care. Journal of Social Work Education*, 44(sup3), 65-73.
- Rennke S., Nguyen O.K., Shoeb M.H., Magan Y., Wachter R.M., Ranji S.R. (2013), Hospital-initiated transitional care interventions as a patient strategy. *Annals of Internal Medicine*, 158, 433-441.

- Shepperd S., Lannin N.A., Clemson L.M., McCluskey A., Cameron I.D., Barras S.L. (2013), Discharge planning from hospital to home (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000313.
- Tozzi V.D. (2004), *La gestione per processi in sanità*, Mecosan, n. 50.
- Urbanski D., Reichert A., Amelung V. (2017), Discharge and Transition Management in Integrated Care. In *Handbook Integrated Care* (pp. 97-111). Springer International Publishing.
- Valentijn P., Angus L., Boesveld I., Nurjono M., Ruwaard D., Vrijhoef H. (2017), Validating the Rainbow Model of Integrated Care Measurement Tool: results from three pilot studies in The Netherlands, Singapore and Australia. *International Journal of Integrated Care*, 17(3).
- Wong E.L.Y., Yam C.H.K., Cheung A.W.L., Leung M.C.M., Chan F.W.K., Wong F.Y.Y., Yeoh E.K. (2011), Barriers to effective discharge planning: A qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 11, 242.

13 Lo sviluppo delle Case della Salute: analisi e riflessioni sui risultati del primo censimento nel Servizio Sanitario Nazionale

di Verdiana Morando, Anna Prenestini e Valeria Rappini¹

13.1 Premessa

Molte regioni e aziende sanitarie stanno sperimentando nuove (o rinnovate) tipologie di strutture sanitarie che si pongono come intermedie tra ospedale e domicilio. Si tratta di nuove configurazioni della «terra di mezzo» che sono proposte dalle regioni per dare una forma compiuta e anche un nome riconoscibile ai piccoli ospedali riconvertiti e/o ai nuovi presidi simbolo dei processi di riassetto di servizi, responsabilità e funzioni della rete territoriale sanitaria e sociosanitaria. Tali strutture possono assumere diverse forme e denominazioni: case della salute (CdS), ospedali di comunità (OSCO), presidi territoriali di assistenza (PTA), centri di assistenza primaria (CAP) presidi ospedalieri territoriali (POT) o altro ancora. I «perimetri del possibile» sono particolarmente ampi in termini di: target di utenza (cronici, occasionali) e gradi di specializzazione; livelli di cure ricompresi (cure primarie, specialistica ambulatoriale, diagnostica, degenze territoriali); ruolo e partecipazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (MMG, PLS) e della professione infermieristica; collegamento o meno con forme di medicina di iniziativa. Sotto «etichette condivise» sono spesso unificati processi di riorganizzazione e obiettivi molto diversificati. I vincoli che vengono dal passato, a partire da quelli di natura fisico-logistica o professionale, si combinano con ulteriori spinte e motivazioni (esigenze politiche di rinsaldare i legami con la comunità, tensioni ideali ancorate all'affermazione di nuovi modelli di cura e anche tendenze di carattere più manageriale finalizzate alla semplificazione dell'accesso e al miglioramento dell'esperienza di consumo degli utenti) e condizionano assetti e servizi offerti.

¹ Il disegno della ricerca, le analisi e la discussione dei risultati sono frutto di lavoro e riflessioni comuni delle autrici. Tuttavia, a Verdiana Morando sono attribuiti i §§ 13.4.3, 13.4.5, 13.4.6, 13.4.7, ad Anna Prenestini i §§ 13.3, 13.4.1, 13.4.2, 13.4.4, e i restanti a Valeria Rappini. Le autrici ringraziano i direttori generali, sanitari e tutti coloro che hanno collaborato alla compilazione dei questionari sulle Case della Salute, le cui aziende sono riportate in Tabella 13.2 del § 13.4.1.

La letteratura si è finora focalizzata sull'analisi di casi aziendali e/o esperienze regionali mettendo in luce alcune *best practices*, nuovi modelli e percorsi di cambiamento possibili (Del Vecchio, Prenestini, Rappini, 2014; Barsanti, Bonciani, Matarrese, 2015; Prandi, Riboldi, 2016; Brambilla, Maciocco, 2016; Rappini, 2016). Gli studi condotti sino a oggi, tuttavia, forniscono una visione circoscritta del fenomeno, in quanto limitati a pochi casi o a un singolo contesto. A livello di intero SSN, invece, non sono ancora presenti analisi sullo stato di realizzazione e di sviluppo delle diverse tipologie di strutture territoriali. Non per tutte le regioni, inoltre, è disponibile una documentazione di riferimento (legislazione, linee guida, ecc.) o rapporti sullo stato di avanzamento.

In un quadro di crescente ambiguità del significato da attribuire ai termini che designano, con varie connotazioni, le strutture della «terra di mezzo», la precedente ricerca condotta per il Rapporto OASI (Del Vecchio, Prenestini, Rappini, 2016) ha avviato una prima esplorazione su alcune fattispecie di particolare interesse. I casi analizzati (uno in Emilia Romagna, uno in Piemonte, due in Lazio e due in Puglia) sono stati sistematizzati attraverso la definizione di un insieme di dimensioni e criteri utili alla descrizione delle differenti configurazioni. In questo capitolo, il gruppo di ricerca ha inteso proseguire e ampliare l'analisi delle strutture territoriali «tra ospedale e domicilio» promosse nei diversi contesti regionali e aziendali, realizzando un primo censimento qualitativo su tutto il territorio nazionale. A tal fine, in assenza di definizioni e indirizzi nazionali omogenei, sono state necessarie alcune scelte di metodo per costruire il campionamento nazionale e focalizzare l'oggetto di analisi su un'unica fattispecie organizzativa, ossia quelle strutture che possono essere ricondotte alle Case della Salute, anche se presentano differenti denominazioni quali quelle indicate in precedenza. Il censimento nazionale, a partire dall'analisi degli indirizzi di programmazione adottati a livello nazionale e regionale, mira pertanto a valutare il grado di convergenza delle soluzioni e i modelli organizzativi, professionali e le formule di servizio implementate dalle aziende.

Nel successivo paragrafo (§ 13.2) si fornisce un approfondimento documentale sul tema delle CdS (o strutture simili con diversa denominazione) per i differenti quadri regionali e, dopo un approfondimento sugli obiettivi e metodologia della ricerca (§ 13.3), si descrive il campione analizzato attraverso la *survey* e si espongono i principali risultati per le dimensioni oggetto di indagine (§ 13.4). In conclusione (§ 13.5) sono discusse le principali evidenze della ricerca e alcune osservazioni di policy e management per lo sviluppo delle CdS.

13.2 Lo stato dell'arte: lo sviluppo delle Case della Salute (e strutture simili) nella normativa nazionale e regionale

Nel 2007, il Ministro Livia Turco riprende l'idea della Casa della Salute dell'Assessore della Regione Toscana Bruno Benigni, come strumento per rilanciare le

cure primarie e l'organizzazione dei servizi sociosanitari nel territorio (una «casa» che «non doveva essere metaforica» ma «reale e tangibile, con le sue fondamenta e il suo tetto»). La proposta (Decreto del Ministero della Salute del 10 Luglio 2007, attuativo della Legge 27 Dicembre 2006 n. 296), prevedeva la possibilità della «sperimentazione del modello assistenziale Case della Salute» stanziando un fondo di 10 milioni di euro. Al decreto era allegato un documento (Allegato A) che conteneva la definizione della struttura: «La Casa della Salute, struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni sociosanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, deve rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie». Tra l'elenco delle caratteristiche della struttura al primo posto si leggeva: «All'interno della struttura devono trovare collocazione gli studi dei medici di medicina generale e deve essere garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per le 24 ore attraverso il lavoro in *team* con i medici di continuità assistenziale e di emergenza territoriale».

Da allora, diverse Regioni hanno messo in atto, seppure in modo diverso, le indicazioni nazionali, prima in via sperimentale e poi, in alcune realtà, in via definitiva (Tab. 13.1). In due regioni, in particolare, il modello della CdS è da tempo parte integrante della programmazione regionale ed è ampiamente diffuso: l'Emilia Romagna e la Toscana.

Nella Regione Emilia Romagna il modello della CdS è stato centrale nel portare a compimento il processo di innovazione del sistema delle cure primarie e alcuni processi di riconfigurazione di piccoli ospedali (Del Vecchio, Prenestini, Rappini, 2014). Dalle prime indicazioni normative del 2010 (D.G.R. 291/2010) ad oggi il numero di CdS è quasi raddoppiato (da 42 CdS nel 2011 a 84 CdS nel 2016) e ulteriori 38 sono programmate per i prossimi anni. Le nuove linee guida (D.G.R. 2128/2016) sistematizzano le «buone prassi» maturate nei singoli territori, sottolineando il passaggio da una prima fase che potrebbe definirsi «strutturalista» – o, in altri termini, «di maggiore attenzione al luogo, all'*hardware*, più che al modo di funzionamento, al *software*» – a quella attuale, in cui l'accento si sposta, appunto, sull'organizzazione e i suoi meccanismi. Le nuove direttrici di sviluppo sono rappresentate dal rafforzamento della partecipazione della comunità locale (pazienti, *caregiver*, associazioni di pazienti e di volontariato, fino ai singoli cittadini) e dall'integrazione e dal coordinamento delle attività della CdS e della medicina d'iniziativa. In particolare, le nuove indicazioni regionali individuano per le CdS diversi gradi di complessità assistenziale (definibile come «basso», riferito al 40% delle Case della Salute, e «medio/alto», riferito al 60%) a cui corrispondono soluzioni diverse, in funzione dei bisogni della popolazione e delle caratteristiche del territorio. Va qui sottolineato che la nuova distinzione introdotta (per diversi livelli di complessità assistenziale) non è strettamente riconducibile alla originaria classificazione contenuta nelle

indicazioni regionali del 2010 (che distinguevano, invece, in CdS piccola, media, grande). Con tale classificazione, la Regione non intende quindi solo l'insieme dei servizi e delle funzioni presenti nella CdS, ma piuttosto il livello di coordinamento e di integrazione che è necessario raggiungere tra queste. In particolare, per la CdS a «media/alta» complessità assistenziale, è prevista la formalizzazione di un coordinamento organizzativo e clinico-assistenziale. Il coordinamento organizzativo dovrebbe essere garantito da un responsabile, preferibilmente un coordinatore infermieristico e tecnico, e da un *board*, composto da tutti gli attori coinvolti nella CdS. Il coordinamento clinico-assistenziale, invece, dovrebbe essere garantito da referenti con il compito di presidiare le funzioni di governo clinico delle diverse aree di intervento proprie della CdS: (i) prevenzione e promozione della salute; (ii) popolazione con bisogni occasionali-episodici; (iii) benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni; (iv) prevenzione e presa in carico della cronicità; (v) non autosufficienza; (vi) rete delle cure palliative. Il nuovo quadro di riferimento regionale si caratterizza, inoltre, per l'identificazione, rispetto ad alcuni ambiti distrettuali, di una rete integrata di CdS, in forma simile al modello organizzativo *hub&spoke*, già utilizzato per l'assistenza ospedaliera. Questo modello prevede la presenza di CdS a bassa complessità distribuite capillarmente nel territorio aventi come riferimento CdS a media/alta complessità.

In Toscana, le CdS hanno avuto uno sviluppo meno pianificato e regolato rispetto all'Emilia-Romagna. Il primo atto formale risale a febbraio 2008, quando la Giunta regionale approva i progetti pilota per la sperimentazione del «modello assistenziale Case della Salute» (D.G.R. 139/2008). In un successivo documento (D.G.R. 1231/2013) si prevede, a regime, la presenza di una CdS per ogni Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) – così come definite nella norma nazionale nota come «decreto Balduzzi» che introduce anche le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) (Legge n. 189 del 8 novembre 2013)² –, ovvero 115 per l'intero territorio regionale. Solo nel 2015, tuttavia, vengono emanate le linee d'indirizzo regionali (D.G.R. 117/2015), contenenti gli standard e i requisiti delle differenti tipologie di CdS (base, standard e complessa, in funzione dei servizi erogati e degli orari di apertura previsti). La prima esperienza di CdS è presente in Toscana dal 2006 e altre quattro vengono aperte negli anni 2008-2009, il fenomeno comincia a consolidarsi dopo il 2010 e raggiunge una maggiore rilevanza in questi ultimi anni (oltre il 50% delle CdS attualmente presenti sono state aperte nel 2013 e 2014). L'ultimo aggiornamento della mappatura regionale mette in evidenza, all'inizio di gennaio 2016, la

² Come osserva Gavino Maciocco (Brambilla, Maciocco, 2016) «è singolare che il ministro della Salute Renato Balduzzi riferendosi alla sede delle UCCP parli di poliambulatori territoriali e non faccia cenno alle CdS, previste da un precedente ministro della Salute, Livia Turco». Anche questo – la mancanza di un filo comune – contribuisce a definire un quadro frammentario a livello nazionale.

presenza di ben 52 CdS (Barsanti, Bonciani, 2017). La loro distribuzione nelle zone-distretto è molto diversificata e interessa prevalentemente territori rurali e città di medio-piccole dimensioni, mentre non sono ancora presenti CdS nelle grandi città. Sebbene la stessa Regione rilevi che poco più della metà dei MMG pratici il *Chronic Care Model* (CCM) in tutte le CdS del territorio è effettuata la sanità d'iniziativa o la si sta attuando (Brambilla, Maciocco, 2016). L'allineamento tra le due progettualità regionali (CdS e CCM) è molto stretta. In analogia a quanto avvenuto in Emilia Romagna, infatti, l'affermazione del modello di CdS si collega sia all'investimento in soluzioni organizzative per il territorio (a partire dal primo programma di sperimentazione del nuovo modello di cure primarie previsto nel D.G.R. 1204/2003) sia, più recentemente, al progetto di sanità d'iniziativa (avviato con il PSR 2008-2010) che si completa con il piano di formazione del personale (che ha coinvolto circa 1.000 MMG e 200 infermieri), la definizione da parte del Consiglio sanitario regionale delle linee guida dei PDTA per le cinque patologie croniche oggetto del programma (diabete, scompenso cardiaco, esiti di ictus, BPCO, ipertensione) e, infine, l'accordo con i sindacati dei MMG (D.G.R. 467/2009).

In altre regioni, diversamente da Emilia Romagna e Toscana, il modello della CdS non ha ancora superato la fase critica di impianto, è «in sperimentazione» o rappresenta un'evoluzione relativamente recente.

In Lazio, per esempio, le prime indicazioni sono contenute nel documento allegato al DCA n. 428 del 2013 («Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali, di cui al DCA n. 206/2013, riguardo all'organizzazione delle Case della salute») in cui la Regione propone alle direzioni generali «un nuovo modello» di riferimento, la CdS appunto, che «riassume» le diverse tipologie di strutture introdotte in normative precedenti (Centri Clinici Assistenziali Distrettuali, Presidi Territoriali di Prossimità e gli Ospedali distrettuali). Il procedimento di attivazione prevede che siano le stesse direzioni generali delle aziende a presentare la domanda di istituzione a fronte della quale la regione si impegna, previa valutazione di congruità, a finanziare eventuali interventi di natura edilizia o tecnologica (Figorilli, Colombo, 2016). In una prima fase, fino al 2015, la priorità è stata data dalla riconversione di piccoli ospedali.

In Piemonte, nel corso del 2017, è stata avviata «una nuova fase sperimentale» (D.G.R. 3-4287/2016) nella quale i modelli esistenti e quelli in via di sviluppo – sperimentazioni di CdS confluite successivamente nella configurazione delle medicine di gruppo (GCP), Centri di Assistenza Primaria (CAP) e Ospedali di comunità (OSCO) – sono ricondotti alla comune denominazione di CdS. Un investimento da parte della Regione, in compartecipazione con le ASL, dovrebbe permettere la realizzazione o il potenziamento di un totale di 66 CdS su tutto il territorio regionale nel triennio 2017-2019, di cui 34 sono già attive.

Ulteriori sviluppi sul modello della CdS sono previsti per la Liguria (le CdS sono contemplate dal nuovo PSSR e nella riforma del SSR del 2016), in Molise e Sardegna (dove sono in fase di start up le prime CdS) e nella peculiare organizzazione territoriale dell'Umbria (le CdS dovrebbero rappresentare una possibile evoluzione e/o potenziamento dei «Centri di Salute» istituiti con il PSR 1995-96). In Abruzzo (dove sono presenti 5 PTA originati dalla riconversione di piccoli ospedali) il tema è molto dibattuto anche se non ha finora prodotto specifici riferimenti normativi, mentre in altre Regioni, come nelle Marche, il modello delle CdS è stato oggetto di recente revisione (con D.G.R. 139/2016 tutte le CDS con posti letto sono state riqualificate come «Ospedali di comunità»). In Calabria, infine, che ha scelto la strada della sperimentazione, il «meta modello progettuale» definito nel 2009 (D.G.R. 740/2009) è in corso di realizzazione in 3 realtà rappresentative.

In aggiunta alla CdS – che rappresenta la forma più diffusa e anche quella verso cui sembrano convergere la maggior parte delle regioni (Tab. 13.1) – altre strutture stanno emergendo sull'ampia varietà di sedi e luoghi diffusi sul territorio. Sebbene sia ancora difficile ricondurre a modelli univoci le varie realtà in formazione (stante l'indeterminatezza delle proposizioni regionali), è comunque possibile riconoscere alcune tipologie di particolare interesse che, almeno nei disegni regionali, sembrano convergere verso un modello «sostanziale» di CdS.

Una prima fattispecie è quella riferibile ai Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) della Regione Puglia, fattispecie che è stata centrale nella riorganizzazione della rete di assistenza territoriale e ha finora interessato i 27 presidi ospedalieri che tra il 2010 e il 2013 sono stati dismessi per effetto del riordino della rete ospedaliera imposto dal Piano di Rientro (Abbinante, Gorgoni, Narracci, 2016). Nell'ambito dei PTA trovano collocazione le «degenze territoriali» tra cui, in particolare, l'Ospedale di comunità e le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) di tipologia R1 (che erogano prestazioni a pazienti gravemente non autosufficienti) e un'ampia gamma di «Servizi Socio Sanitari» (accesso unico alle cure, attività mediche di base e di specialistica ambulatoriale, assistenza materno infantile, prevenzione, punto di primo intervento, postazione 118, salute mentale, dipendenze patologiche, riabilitazione e, infine, alcuni servizi a gestione ospedaliera come i posti rene).

La stessa denominazione (PTA) è utilizzata anche in Sicilia per identificare il perno della riorganizzazione dei servizi territoriali e delle cure primarie. Nel caso della Sicilia, tali strutture (introdotte dall'art. 12 c.8 della L.R. n. 5/2009 di riordino del SSR e configurate nei loro elementi dalle linee guida del marzo 2010) integrano in un'unica piattaforma comune un insieme ampio di servizi di assistenza (medica e pediatrica di base, specialistica extra ospedaliera, domiciliare preventiva, consultoriale, farmaceutica e integrativa e sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale). La relazione sullo stato del SSR realizzata nel

2015 (D.G.R. 120/2015) analizza i 52 PTA della Sicilia mettendo in luce una realtà che, anche se ancora *in progress*, sta convergendo verso il modello e i temi propri della CdS (medicina di prossimità, presa in carico della cronicità e collegamento funzionale con il sistema delle cure primarie).

Ulteriori e diverse denominazioni sono usate anche in Campania e Lombardia per definire le nuove strutture territoriali che accompagnano i processi di riassetto istituzionale e organizzativo dei SSR.

Nel caso della Campania, il Decreto commissariale, in corso di approvazione, prevede gli Ospedali di comunità (OSCO) e le Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS) che dovrebbero configurarsi come «vere e proprie nuove strutture da aprire sul territorio (sfruttando le dismissioni preventivate dal Piano ospedaliero) delle varie ASL e su cui ricadrà il primo livello assistenziale del servizio sanitario». Il progetto regionale annuncia l'attivazione di 10 OSCO (gestiti da medici di famiglia e infermieri dedicati a pazienti cronici e anziani) e di 11 SPS da ubicare in ospedali in dismissione. In forma analoga a quanto previsto per le diverse configurazioni oggetto del presente studio, anche le SPS – «presidi strategici del Distretto sanitario» – dovranno «ospitare» le diverse funzioni e servizi territoriali (UCCP, postazioni del 118, Punti di Primo Intervento, Ospedali di Comunità, RSA per anziani o disabili, centri per le cure palliative, hospice, centri per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, altri servizi per cronici, ecc.).

In Lombardia, a seguito della L.R. di riordino del SSR (L.R. 25/2015) sono state definite due tipologie di strutture assimilabili alle CdS: (i) i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT), ossia strutture fisiche multiservizio che erogano prestazioni prettamente residenziali a carattere sanitario e sociosanitario di media e bassa intensità per pazienti acuti e cronici, nonché di prestazioni ambulatoriali e domiciliari se le peculiarità territoriali lo richiedono; (ii) i PreSST (Presidi Socio Sanitari Territoriali) che costituiscono una modalità organizzativa e uno strumento di connessione con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale, concorrendo alla presa in carico della persona e della fragilità. Sui PreSST le modalità attuative possono essere molto differenziate, sia per tipologia di servizi sia come identificazione univoca della sede di erogazione. È inoltre utile da rilevare, per questa Regione, la possibilità di forme private e/o di partnership pubblico-privato nella realizzazione dei PreSST (Sarchi, 2016).

Più complessa, infine, è la situazione in altre regioni, come nel Veneto, dove convivono diverse progettualità collegate alla medicina di gruppo (Medicina di Gruppo Integrata) o ad altre tipologie di strutture frutto di processi di riconversione di ospedali (Centri Sanitari Polifunzionali). Nel PSSR 2012-2016 della Regione Veneto (ora rinnovato per il 2017) non sono previste le CdS, ma un rafforzamento del distretto e dell'esperienza della medicina di gruppo.

Tabella 13.1 **Le CdS (o altre strutture «fische» assimilabili con diversa denominazione) nei quadri normativi regionali.**

Regione	Linea guida o altri riferimenti normativi	Modelli «deliberati»	Mappatura (stato di avanzamento)
Abruzzo	Decreto del Commissario ad acta n. 45 del 5/8/2010 e n. 9 del 22/03/2011 «Approvazione dei provvedimenti tecnici attuativi del Programma Operativo 2010» Decreto del Commissario ad acta n. 57 del 11/06/2016 «Progetto sperimentale «studi aperti», finalizzato alla nascita delle Case della Salute – UCCP»	Presidi Territoriali di Assistenza H24 (PTA) con funzioni di Punti di Primo Intervento (PPI) in cui trovano collocazione ambulatori specialistici e dedicati alla riabilitazione, laboratori analisi, postazioni del 118 e lo sportello CUP	5 PTA (derivanti dalla riconversione di ospedali) identificati quali sedi delle forme sperimentali di associazionismo dei MMG/PLS e degli Ospedali di comunità.
Basilicata	Legge Regionale n. 2 del 12 gennaio 2017 «Riordino del Sistema Sanitario di Basilicata»	Presidi ospedalieri Distrettuali (PD) per la presa in carico dei pazienti cronici o che versano in condizioni di fragilità	3 Presidi ospedalieri Distrettuali (PD)
Calabria	D.G.R. n. 740 del 09/11/2009 «Approvazione del modello meta progettuale per le Case della Salute» D.G.R. n. 185 del 04/12/2012 «Linea guida Regione Calabria - Modello Organizzativo e percorso di attuazione delle Case della Salute»	Il modello di CdS prevede l'aggregazione dei servizi che presentano elementi di contiguità e complementarietà operativa in 5 Aree Funzionali Omogenee: (i) Servizi generali e amministrativi; (ii) Accoglienza, accesso e segreteria sociale; (iii) Servizi Sanitari; (iv) Servizi Socio Sanitari; (v) Servizi e attività sociali	3 CdS
Campania	Decreto commissariale in approvazione	Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS), Ospedali di Comunità (OSCO)	Previsti: 10 OSCO (1 solo già attivo) e 11 SPS da ubicare negli ospedali in dismissione
Emilia Romagna	DGR n. 291 del 8 febbraio 2010 «Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale» DGR n. 2128 del 5 dicembre 2016 «Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e delle medicina d'iniziativa»	CdS a «bassa» e «medio/alta» complessità assistenziale in funzione del livello di integrazione delle diverse aree di intervento: (i) prevenzione e promozione della salute; (ii) popolazione con bisogni occasionali-episodici; (iii) benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni; (iv) prevenzione e presa in carico della cronicità; (v) non autosufficienza; (vi) rete delle cure palliative	84 CdS attualmente funzionanti (40% a «bassa» e 60% a «medio/alta» complessità) e ulteriori 38 CdS in programmazione.
Friuli Venezia Giulia	Legge N° 17 del 16/10/2014 «Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e socio-sanitaria»	Presidi Ospedalieri per la Salute (POPS)	Identificate 4 strutture ospedaliere oggetto di riconversione in POPS

Tabella 13.1 (segue)

Regione	Linea guida o altri riferimenti normativi	Modelli «deliberati»	Mappatura (stato di avanzamento)
Lazio	DCA n. 40/2014 «Approvazione dei documenti relativi al percorso attuativo, allo schema di intesa e ai requisiti minimi delle Case della Salute» DCA n. 380/2014 «Attivazione della Casa della Salute in strutture aziendali diverse da quelle in riconversione. Approvazione dello schema d'intesa»	Modello «modulare» di CDS con funzioni di base (area dell'assistenza primaria e area pubblica) e moduli funzionali aggiuntivi (cure intermedie a gestione infermieristica, centri territoriali per le demenze, centri antiviolenza, attività fisica adattata, Punti di Primo Intervento, ecc.)	13 CdS (la prima è stata inaugurata nel 2014 e 3 nell'ultimo anno)
Liguria	D. G.R. n. 1717 del 27/1/2013 «Riordino delle attività distrettuali e delle cure primarie. Direttive vincolanti per le Aziende Sanitarie Locali ai sensi dell'art. 8 della Legge Regionale 41/2006»	Le CdS di «grandi dimensioni» dovrebbero prevedere la presenza di tutte le funzioni di sportello distrettuale, assistenza di base e specialistica, day hospital/day service ambulatoriale per le patologie croniche, forme associative della medicina generale, guardia medica ed, eventualmente, Punto di Primo Intervento (PPI), automedicina del 118 e Ospedale di comunità (OSCO).	n. d.
Lombardia	L.R. n. 23 del 11/08/2015 «Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)»	I Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e i Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST) sono gestiti direttamente dalle ASST o anche mediante la stipulazione di accordi tra le stesse e altri soggetti erogatori accreditati.	n. d.
Marche	DGR n. 452 del 14/04/2014 «Linee guida per l'organizzazione funzionale delle Case della Salute» DGR n. 139 del 22/02/2016 «Adeguamento delle Case della Salute di tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità»	CdS e CdS di tipo C (ridefinite come Ospedali di comunità)	13 CdS/Ospedali di comunità menzionati nel DGR 139/2016
Molise	DCA n. 18 del 28 febbraio 2017 - «Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Adempimenti 1.3.3. «Potenziamento delle Cure Primarie ed attivazione Case della Salute». Funzionamento Case della Salute. Atto di indirizzo»	CdS con funzioni base (modello base) e moduli funzionali aggiuntivi (modello complesso)	1 CdS inaugurata a giugno 2017, 2 di prossima attivazione e ulteriori 10 in programma

Tabella 13.1 (segue)

Regione	Linea guida o altri riferimenti normativi	Modelli «deliberati»	Mappatura (stato di avanzamento)
PA. Bolzano-Alto Adige	Piano Sanitario Provinciale dell'Alto Adige 2016-2020 (delibera provinciale n. 1331 del 29 novembre 2016)	I Centri di Assistenza Sanitaria e Sociale (CASS) sono «strutture specializzate in promozione della salute, prevenzione e assistenza di persone affette da malattie croniche, non autosufficienza, multimorbilità o problemi multipli in campo sociale e sanitario, e che necessitano di un'assistenza integrata e interdisciplinare»	n. d.
Piemonte	D.G.R. n. 3-4287 del 29/11/2016 «Linee d'indirizzo per l'avvio e sviluppo del modello sperimentale di Assistenza Primaria: le Case della Salute»	Il modello organizzativo sperimentale della CdS prevede l'articolazione in tre tipologie: (i) strutturale, con l'identificazione di una sede (o più sedi collegate); (ii) funzionale, che prevede un raccordo organizzativo tra poliambulatori e medicine di gruppo e, quindi, il mantenimento singoli ambulatori MMG/PLS; (iii) misto, con la concentrazione di alcuni servizi e raccordi funzionali.	66 progetti di CdS avviati nel 2017 (di cui 34 già in corso)
Puglia	Regolamento Regionale n. 14 del 4/6/2015 «Regolamento per la definizione dei criteri per il riordino della rete Ospedaliera della Regione Puglia e dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014-2016»	All'interno dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) sono collocate le funzioni di «Degenze Territoriale» (tra cui l'Ospedale di comunità e le RSA di tipo 1) e un'ampia gamma di «Servizi Sanitari e Socio Sanitari»	27 PTA derivanti dalla riconversione di ospedali (ulteriori 4 sono previsti nella programmazione regionale)
Sardegna	D.G.R. n. 32/10 del 04/06/2008 «Programma regionale Casa della Salute» D.G.R. n. 60/2 del 21/2/2015 «Sistema Regionale delle Cure Territoriali. Linee di indirizzo per la riqualificazione delle cure primarie» D.G.R. n. 17/14 del 04/04/2017 «POR FESR 2014-2020. Programmazione integrata interventi in ambito sanitario»	Le CdS (e altre strutture di offerta come i Presidi o Centri di Salute Territoriali) sono «luoghi di offerta del Modello delle Cure Primarie, basate su percorsi assistenziali definiti dai professionisti finalizzati allo sviluppo della Medicina d'Iniziativa».	2 CdS in corso di attivazione e ulteriori 9 previste nella programmazione regionale.
Sicilia	Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale di cui all'art. 12 c. 8 della L.R. 5/2009 di riordino del Servizio sanitario regionale (marzo 2010) D.G.R. n. 120 del 14/05/2015 «Relazione sullo stato del Servizio Sanitario Regionale - Anni 2013 e 2014»	I PTA (Presidi Territoriali di Assistenza) integrano in un'unica piattaforma i servizi di assistenza medica e pediatrica di base, specialistica extra ospedaliera, domiciliare preventiva, consultoriale, farmaceutica e integrativa e di assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale.	52 PTA rilevati nel 2015 derivanti da rifunionalizzazione di strutture ospedaliere (n. 24) o di strutture territoriali già esistenti (n. 28).

Tabella 13.1 (segue)

Regione	Linea guida o altri riferimenti normativi	Modelli «deliberati»	Mappatura (stato di avanzamento)
Toscana	D.G.R. n. 117 del 16 febbraio 2015 «Approvazione delle linee di indirizzo alle aziende sanitarie sulle Case della Salute»	CdS base, standard e complessa in funzione delle attività e servizi presenti e degli orari e giorni di apertura previsti. Il modello base prevede alcuni servizi minimi (accoglienza, CUP, MMG, attività infermieristica, diagnostica di I° livello e attività di telemedicina, la presenza di personale sociale e almeno un'attività di medicina d'iniziativa, vaccinazioni o prevenzione) e l'apertura di 7 ore per 5 giorni alla settimana.	52 CdS (la prima CdS, La Rosa, è stata aperta nel 2006 e oltre il 50% delle CdS è stata inaugurata nel periodo 2013-2014)
Umbria	Piano Sanitario Regionale 2009-2011 (D.G.R. n. 298/2009)	Le CdS rappresentano una possibile evoluzione e opportunità di potenziamento dei «Centri di Salute» (indirizzati allo svolgimento delle attività considerate ad elevato grado di decentrabilità)	2 CdS rilevate nel 2015 e 36 Centri di Salute
Veneto	DGR n. 2556 del 29/12/2011 «Casa della Salute. Sviluppo di modelli organizzativi per le cure primarie, in particolare l'UTAP, dando impulso ai distretti e dotando il territorio di sistemi informatici e telematici che consentano efficienti modalità di comunicazione tra MMG e gli ospedali e tra MMG e gli altri attori presenti sul territorio» D.G.R. n. 530 del 15/04/2014 «Sviluppo di un progetto finalizzato alla definizione del PDTA, nonché alla loro implementazione e sperimentazione del loro monitoraggio nell'ambito delle forme associative più evolute della Medicina Generale» Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. n. 23 del 29/06/2012)	Non sono previste specifiche tipologie di strutture «fisiche», ma un modello avanzato di Medicina di Gruppo Integrata (MG) esito del perfezionamento e del consolidamento dei processi di sperimentazione avviati nel corso degli anni di modelli organizzativi per le cure primarie.	Esistono alcune CdS originate dall'esperienza di Medichine di Gruppo Integrate (MG) e diversi Centri Sanitari Polifunzionali (CPS) frutto di riconversione di ospedali.

13.3 Obiettivi e metodologia della ricerca

Come indicato nella premessa di questo capitolo, sinora la letteratura si era concentrata su analisi di singoli casi particolarmente significativi o di *best practices* per evidenziarne i percorsi di sviluppo strategico e operativo. Oggi appare rilevante analizzare quanto il modello della CdS si sia diffuso nei Servizi Sanitari Regionali (SSR) e con quali denominazioni, forme organizzative, responsabilità professionali e modelli di servizio.

Il principale obiettivo che si è posto questo studio è stato, quindi, quello di analizzare grado di diffusione e sviluppo delle CdS (o di simili strutture ma con diversa denominazione) nei SSR. Per conseguire tale obiettivo è stato effettuato un censimento tramite questionario, inviato a tutte le Aziende Sanitarie Pubbliche territoriali del SSN.

Nello specifico, quattro sono state le fasi previste dal disegno della ricerca.

La prima fase ha condotto alla necessità di stabilire una definizione di CdS che ne delineasse i caratteri fondamentali e garantisse ai destinatari dello studio di poter distinguere l'oggetto della ricerca (CdS) rispetto a tutte le altre tipologie di strutture «tra ospedale e domicilio» presenti nei SSR. Le CdS prese in considerazione sono state pertanto quelle «strutture “fisiche” dell'azienda in cui convivono diversi professionisti, sono erogate più attività, specialità e sono presenti diverse funzioni territoriali». In particolare, con tale definizione si è inteso delimitare il campo a quelle strutture in cui sono presenti i seguenti due elementi:

- ▶ fisicità, intesa come unico luogo fisico/edificio in cui sono verticalmente integrati diversi servizi;
- ▶ modello di offerta caratterizzato – al minimo – dall'integrazione tra cure primarie e altri servizi sanitari. In maniera opzionale e complementare possono essere presenti altri servizi quali assistenza sociale, materno-infantile, dipendenze, area della prevenzione, salute mentale, servizi di degenza territoriale, ecc.

La seconda fase della ricerca, a partire dall'analisi della normativa e delle esperienze di CdS riportate nella letteratura nazionale, ha condotto alla costruzione del questionario utilizzato per il censimento. Il questionario è stato strutturato in quattro sezioni:

- ▶ la prima richiedeva informazioni generali sull'azienda, sul numero di CdS presenti e sulla singola struttura per la quale si compilava il questionario (se- de, popolazione servita, caratteristiche della struttura, ecc.);
- ▶ nella seconda si chiedeva di dettagliare le linee di attività e i servizi presenti nella struttura (cure primarie, servizi sanitari, sociosanitari e sociali, prevenzione, medicina di iniziativa e PDTA, aree di degenza, ecc.);
- ▶ nella terza era richiesta una ricognizione della tipologia e numerosità di professionisti che operano nella CdS;

- nella quarta parte, infine, si intendeva approfondire le percezioni dei compilatori in merito al grado di raggiungimento di diversi obiettivi di risultato grazie all'implementazione delle CdS e le eventuali criticità che si fossero manifestate nell'attuazione.

Le domande della *survey* sono state inviate, per una verifica, ad alcuni studiosi ed esperti di CdS e – grazie ai loro suggerimenti – si è arrivati alla definizione della versione definitiva. Per la *survey* è stato utilizzato il *software* Qualtrics.

La terza fase ha previsto l'invio di un'e-mail a tutti i direttori generali e sanitari delle 120 Aziende Sanitarie territoriali presenti nei SSR al momento della somministrazione del questionario (ASL e AUSL, ASST, ASP, ATS-Azienda Tutela Salute della Sardegna, AULSS) per richiedere la partecipazione dell'azienda al censimento. Tale e-mail presentava la ricerca, riportava le principali istruzioni per la compilazione e il link al questionario su Qualtrics. Alle Aziende riceventi era richiesto di compilare un questionario per ciascuna delle CdS (o strutture simili, con denominazione diversa) attivate. Sono state escluse le CdS in programmazione e non ancora attivate al momento della compilazione del questionario. L'invio delle e-mail è stato effettuato a partire da fine aprile 2017, la compilazione dei questionari si è conclusa a fine giugno ed è stato effettuato almeno un *recall*.

La quarta fase, svoltasi nel mese di luglio, è stata suddivisa in tre momenti:

- la verifica del *database* complessivo risultante dalla compilazione dei questionari;
- l'analisi delle risposte al questionario, in particolare quelle «aperte», per sistematizzare e ricondurre a categorie condivise i fenomeni descritti dalle aziende compilatrici;
- l'analisi e la discussione dei risultati, in modo da evidenziare le possibili interrelazioni tra fenomeni, servizi e le altre variabili descrittive considerate nell'analisi.

La parte di verifica del *database* del censimento merita un approfondimento specifico in quanto ha condotto ad avere 174 questionari utilizzabili, a partire dai 203 ricevuti.

Innanzitutto, sono stati eliminati quei questionari che mostravano un grado di compilazione inferiore all'80% (percentuale minima di compilazione correlata ad un questionario rispondente ai requisiti minimi informativi definiti dalle autrici) e i questionari doppi (ossia compilati due volte per la stessa CdS). Inoltre, in alcuni casi, sulla base delle prime informazioni fornite (azienda, denominazione e numero di CdS) si è effettuata un'analisi delle corrispondenze sui siti aziendali per evidenziare possibili errori di compilazione. A seguito di queste verifiche sono stati eliminati 23 questionari.

In secondo luogo, per ogni struttura è stata effettuata una verifica di rispondenza alla definizione di CdS delineata dalle autrici. Sono state, quindi, eliminate dall'analisi le 6 strutture le cui caratteristiche non corrispondevano, a parere di chi scrive, alla definizione di CdS adottata. Si tratta, in particolare, delle Medicine di Gruppo Integrate (MGI) della Regione Veneto (presenti nelle AULSS Serenissima e AULSS Scaligera) che, sebbene siano state «percepitate» dagli intervistati come rispondenti alla definizione fornita nel questionario, prevedevano la sola presenza dei MMG. Sono, invece, stati ritenuti validi i questionari relativi sempre alle MGI delle stesse aziende venete ove, oltre alla presenza dei MMG, è stata verificata anche la presenza di almeno un'altra attività, servizio o funzione territoriale. I risultati delle analisi sui 174 questionari validi sono riportati nel successivo paragrafo.

13.4 I risultati del censimento

13.4.1 Il campione d'analisi

Delle 120 Aziende Sanitarie territoriali cui è stato mandato l'invito a partecipare al censimento (corrispondenti all'intero universo nazionale) hanno risposto in modo esaustivo 44 aziende. 8 di queste aziende hanno indicato esplicitamente, come richiedeva il questionario, di non avere CdS attivate al momento di compilazione della *survey*. L'analisi dei risultati relativi alle caratteristiche delle CdS sarà, quindi, effettuata su 166 questionari.

Il campione d'analisi è distribuito su tutto il SSN ad eccezione di 6 SSR (Abruzzo, Marche, Molise, Provincia Autonoma di Trento, Sardegna e Val D'Aosta). Come evidenziato nel par. 13.2, le strutture attivate in alcune di queste regioni potrebbero non corrispondere pienamente alla definizione adottata, mentre in altri casi le CdS sono in via di attivazione (per esempio, Sardegna) o l'implementazione del modello e il coinvolgimento dei professionisti sono ancora oggetto di discussione all'interno del SSR (per esempio, Abruzzo). Tali motivazioni hanno costituito, probabilmente, un deterrente alla partecipazione al censimento.

La Tabella 13.2 riporta un quadro sintetico delle regioni e delle aziende che hanno aderito al censimento, il tasso di risposta aziendale per regione e la copertura della rilevazione rispetto alle CdS dichiarate da ciascuna delle aziende rispondenti (numero questionari compilati – la richiesta era di compilare un questionario per ogni CdS – rispetto al numero di strutture dichiarate). Come si evince dalla Tabella 13.2, le regioni italiane che hanno più investito sullo sviluppo delle CdS negli scorsi anni e vedono la presenza di un numero di strutture di gran lunga superiore a quello degli altri SSR, sono anche quelle che hanno risposto in numero maggiore al censimento: per l'Emilia Romagna ha partecipato il 75% delle AUSL presenti in regione con tassi di copertura della rilevazione per ciascu-

Tabella 13.2 **Adesione al censimento e campione d'analisi**

Regione	N° Aziende rispondenti	% su Aziende della Regione	Aziende rispondenti	N° strutture analizzate	% compilazione (su strutture dichiarate)	Tipologia struttura
Basilicata	1	50	Azienda Sanitaria Potenza	3	100	PD
Calabria	2	40	Azienda Sanitaria Potenza ASP Crotona	1 Nessuna	100 Nessuna	CDS
Campania	1	14	ASL Caserta	1	100	OSCO
Emilia Romagna	6	75	AUSL Bologna	10	100	
			AUSL della Romagna	21	100	
			AUSL Ferrara	6	100	
			AUSL Modena	11	100	
			AUSL Parma	17	100	
			AUSL Reggio Emilia	9	82	
Friuli Venezia Giulia	1	20	AAS 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	1	100	POS
Lazio	4	40	ASL Rieti	1	100	
			ASL Roma 1	2	100	
			ASL Roma 2	1	100	
			ASL Roma 4	1	100	
Liguria	1	20	ASL 4 Chiavarese	1	100	CDS
			ASST Bergamo Est	1	100	POT
			ASST Crema	Nessuna	Nessuna	
			ASST Cremona	1	100	POT
			ASST degli Spedali Civili di Brescia	Nessuna	Nessuna	
			ASST del Garda	Nessuna	Nessuna	
Lombardia	9	33	ASST della Valle Olona	Nessuna	Nessuna	
			ASST Lodi	1	100	POT
			ASST Melegnano e della Martesana	5	100	CSSI, PRESST, POT
			ASST Rhodense	1	100	POT

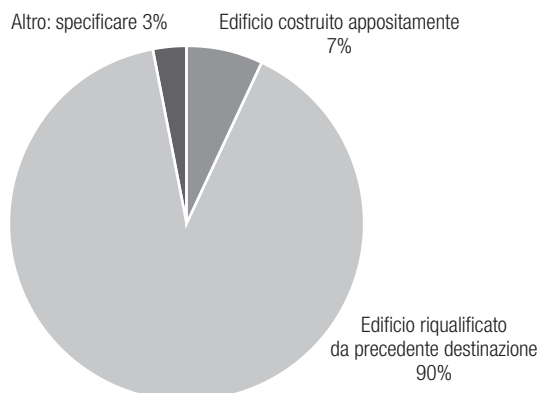
Tabella 13.2 (segue)

Regione	N° Aziende rispondenti	% su Aziende della Regione	Aziende rispondenti	N° strutture analizzate	% compilazione (su strutture dichiarate)	Tipologia struttura
Piemonte	6	50	ASL Alessandria	6	100	CDS
			ASL Città di Torino	Nessuna	Nessuna	
			ASL CN2 Alba-Bra	1	100	GCP avanzati
			ASL Novara	3	100	CDS
			ASL T03	5	100	GCP avanzati, CDS
P.A. di Bolzano	1	100	ASL T04	2	100	CAP, CDS
			Azienda Sanitaria dell'Alto Adige	1	100	CDS
Puglia	2	33	ASL Bari	4	80	PTA
			ASL Taranto	2	100	
Sardegna	1	100	ATS Sardegna	Nessuna	Nessuna	CDS
			ASP Catania	1	13	
Sicilia	4	44	ASP Enna	1	25	PTA
			ASP Ragusa	3	100	
			ASP Siracusa	6	100	
			AUSL Toscana Nord Ovest	8	100	
Toscana	2	67	AUSL Toscana Sud Est	19	100	CDS
Umbria	1	50	USL Umbria 2	1	100	CDS
			AULSS 9 Scalligera	5	100	MGI avanzate, CSP
Veneto	2	22	AULSS 3 Serenissima	3	100	MGI avanzate
			Totale	44	37	166

na azienda che si attestano al 100% ad eccezione di un caso (82%); per la Toscana hanno risposto 2 AUSL su 3, con un tasso di risposta sulle CdS attivate pari al 100% in entrambe le aziende. Meno rappresentati nel campione (rispetto all'universo di riferimento) sono i PTA di Puglia (5 su complessivi 27) e Sicilia (11 su un totale di almeno 52). Per le restanti regioni la numerosità del campione riflette sostanzialmente il dato reale. La percentuale di copertura dell'universo stimato (circa 350 strutture a giugno 2017) raggiunge complessivamente quasi il 50%.

Altro elemento interessante da sottolineare è che la denominazione delle strutture varia tra i SSR, nonostante vi sia una preponderanza della dizione CdS (73% sul totale delle strutture censite). Sebbene, infatti, nella maggior parte dei casi le regioni si siano orientate verso la comune denominazione di CdS (Calabria, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, P.A. di Bolzano, Toscana), vi sono delle importanti eccezioni: in Basilicata sono stati censiti 3 Presidi Distrettuali (PD), in Puglia e Sicilia 17 Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), in Friuli Venezia Giulia è stata rilevata la presenza di un Presidio Ospedaliero Per la Salute (POPS) che deriva da un ospedale riconvertito e presenta una serie di servizi territoriali e degenze intermedie. Più complessa è la situazione in Piemonte, che sta attraversando una fase di transizione in cui coesistono: un modello precedentemente istituito (Centri di Assistenza Primaria – CAP), le CdS verso cui dovranno tendere le Aziende e i Gruppi di Cure Primarie (GCP) avanzati. Con quest'ultima dizione si è inteso riclassificare le strutture che sono principalmente composte da professionisti delle cure primarie (MMG e PLS), ma che presentano, nello stesso luogo fisico, anche alcuni servizi territoriali o relativi all'area della prevenzione. Le Medicine di Gruppo Integrate (MGI) avanzate sono anche il modello riscontrato in Veneto, insieme ai due Centri Sanitari Polifunzionali (CPS) presenti nell'AULSS 9 Scaligera. Una notazione a parte è relativa al modello lombardo dove, come indicato nel par. 13.2, coesistono diverse tipologie di strutture simili alle CdS: Presidi Ospedalieri Territoriali (POT), Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST) – quando siano accompagnati anche dalla caratteristica della «fisicità» – e, nel caso specifico dell'ASST Melegnano e della Martesana, anche Centri Socio-Sanitari Integrati (CSSI). In Campania è stato censito un Ospedale di Comunità (OSCO) presso l'ASL di Caserta.

Infine, sono state effettuate una serie di analisi per verificare se il contesto regionale influisca in modo determinante sulle caratteristiche e i servizi delle CdS (o strutture con diversa denominazione) e se la prevalenza di strutture in alcune regioni modifichi i risultati. Per la quasi totalità delle variabili prese in considerazione non sono state riscontrate delle differenze imputabili all'appartenenza delle CdS a diversi contesti regionali. Fanno eccezione pochi casi collocati in Veneto (le Medicine di Gruppo Integrate), in Lombardia (2 CSSI e un POT) e in Emilia Romagna (una CdS) che si discostano per pochi elementi (mancanza di alcuni servizi di assistenza primaria o di altri servizi sanitari e sociosanitari) dal modello di CdS «emergente».

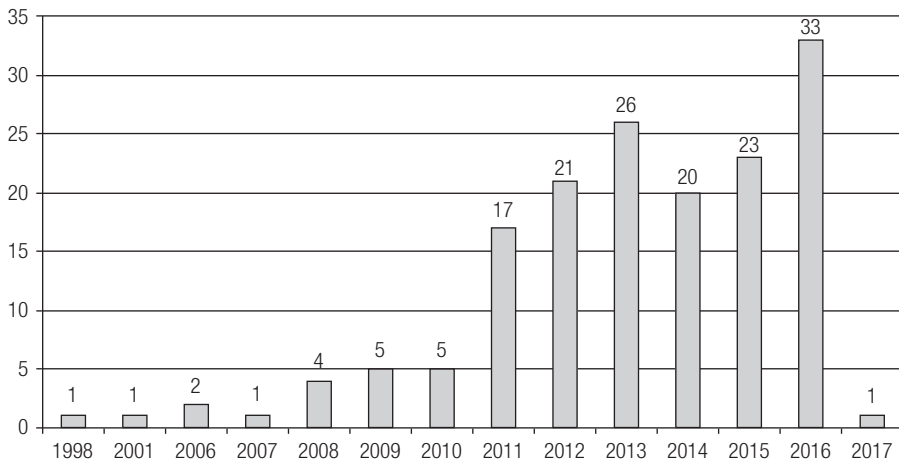
Figura 13.1 **Origini dell'edificio in cui è collocata la CdS**

13.4.2 Le caratteristiche strutturali e organizzative delle case della salute

Le CdS si caratterizzano per essere strutture che si collocano prevalentemente in centri urbani medio-piccoli. Solo nel 13% dei casi (21 CdS) la sede si trova in un centro urbano maggiore, come un capoluogo di Provincia o di Regione (di seguito indicate come CdS urbane). Tale situazione può essere indicativa del fatto che il modello della CdS assume la forma di «presidio fisico» nel quale sono erogate attività e servizi territoriali soprattutto per quelle comunità che non hanno diretto accesso a servizi specialistici all'interno degli ospedali come, invece, avviene per le città maggiori.

Per ciò che concerne le origini dell'edificio nel quale sono state collocate le CdS (Figura 13.1), solo nel 7% dei casi si tratta di una struttura fisica nuova e costruita appositamente (12 CdS). Il 90% delle CdS trovano luogo in edifici riqualificati da una precedente destinazione di carattere sanitario. Di 149 CdS il 43% (64) è, infatti, il risultato di una riconversione di un presidio ospedaliero, mentre il 57% degli edifici (85) è riqualificato da una precedente struttura territoriale (ad es. residenza sanitaria protetta, poliambulatorio specialistico, ecc.). Nel rimanente 3% dei casi (5 strutture) si tratta di una ristrutturazione da struttura privata o, anche, da edificio commerciale.

Il fatto che circa il 39% delle CdS abbia origine da strutture ospedaliere riconvertite (64 CdS) concorre a confermare l'idea che tali modelli organizzativi e di servizio spesso nascono come risposta all'esigenza di preservare un presidio di salute per la comunità, in un contesto dove il piccolo ospedale non può più essere mantenuto per problemi di bassa casistica e di specializzazione. Tale percentuale rappresenta solo in parte la situazione reale, presumibilmente molto più diffusa, se si considera la scarsa rappresentazione nel campione dei PTA di Puglia e Sicilia, tutti derivanti da riconversione di presidi ospedalieri.

Figura 13.2 **Attivazione CdS rispondenti per anno (1998-2017)**

Un altro dato interessante è quello relativo agli anni in cui vi è stata l'attivazione delle CdS³. Come evidenziato in Figura 13.2, è il 2011 l'anno a partire dal quale si è intensificato il fenomeno di attivazione delle CdS (17 CdS attivate). Dal 2012 al 2015 le CdS aperte, tra quelle che hanno risposto al censimento, sono state oltre 20 l'anno sino a un picco di 33 proprio nel 2016. Prima del 2010, il fenomeno era sporadico, con i prodromi offerti dall'esperienza veneta in cui erano stati costituiti i due Centri Sanitari Polifunzionali nel 1998 e nel 2001. Per la Regione Siciliana, di cui non abbiamo una completa copertura, si può ragionevolmente stimare abbia avuto lo stesso tipo di andamento: l'attivazione dei PTA, infatti, si è avuta a partire dalle linee guida del 2010 sino ai 52 rilevati nel 2015. La Tabella 13.3 mostra, in particolare, l'incremento progressivo del numero di CdS per regione nel corso degli anni 1998-2017, di cui discuteremo gli aspetti più interessanti. Per le Regioni Emilia Romagna e Toscana l'incremento delle CdS è stato graduale e crescente a partire dal 2010, con alcune esperienze pionieristiche nel 2006 (1 struttura attivata in entrambi gli SSR) e nel 2008 (2 aperture in Toscana). Il Piemonte, rispetto alle altre rispondenti, mostra un andamento «stop & go» con l'attivazione di 7 strutture nel periodo 2007-2009, 2 negli anni 2012-2013 e ulteriori 2 nello scorso biennio. Per le altre Regioni italiane si tratta di un fenomeno più recente, in particolare sviluppatosi nell'ultimo lustro, ad eccezione della P.A. di Bolzano e Liguria (in entrambe è stata aperta una struttura nel 2008).

La Figura 13.3 mette in relazione orari giornalieri e giorni settimanali di apertura. Oltre il 40% delle CdS indica un orario di apertura di 12 ore al giorno,

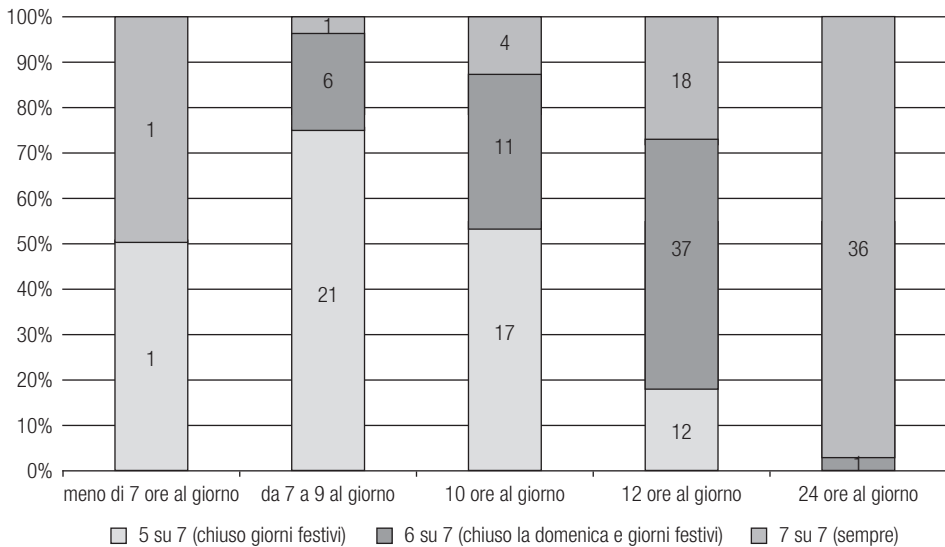
³ La domanda relativa agli anni di apertura ha 6 dati mancanti relativi, in particolare, ad un'Azienda piemontese, perciò i risultati riguardano 160 CDS.

Tabella 13.3 **Incremento progressivo numero di CdS per Regione (1998-2017)**

Regioni	Totale CDS per Regione (anno 2017)	Incremento progressivo numero CDS per Regione (anni 1998-2017)
Basilicata	3	
Calabria	1	
Campania	1	
Emilia Romagna	74	
Friuli Venezia Giulia	1	
Lazio	5	
Liguria	1	
Lombardia	9	
Piemonte	11	
P.A. di Bolzano	1	
Puglia	6	
Sicilia	11	
Toscana	27	
Umbria	1	
Veneto	8	
Totale CDS	160	

seguita dalle strutture che rimangono aperte H24 (circa il 22%). In quest'ultimo caso, si tratta delle CdS nelle quali sono presenti posti letto di degenza e che, quindi, richiedono un'assistenza continuativa. Seguono le strutture aperte 10 ore al giorno (circa il 19%) e quelle dalle 7 alle 9 ore (quasi il 17%), mentre solo 2 erogano servizi meno di 7 ore al giorno. Per quanto riguarda i giorni di apertura, vi è una suddivisione quasi equa tra quelle che aprono solo nei giorni feriali, con la chiusura durante il weekend (circa il 30% sono aperte 5/7 giorni) oppure chiuse la domenica e nei festivi (6/7 giorni, circa il 33%). Il 36% delle strutture, invece, rimane aperto 7 giorni su 7. Le CdS, quindi, sembrerebbero

Figura 13.3 Giorni e ore di apertura CdS



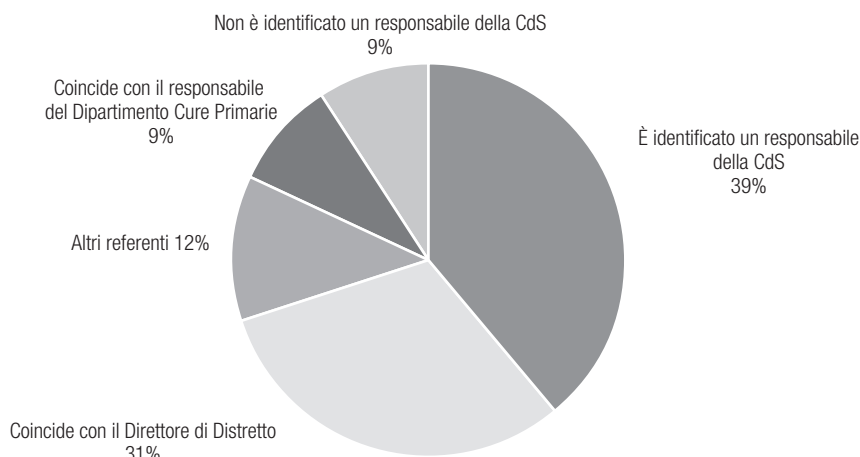
avviarsi a diventare strutture sanitarie che offrono la possibilità ai cittadini di accedere in modo continuo ai servizi lungo l'arco della settimana e della giornata. Un futuro lavoro di approfondimento dovrebbe indagare quali e quante tipologie di servizi siano effettivamente erogati H12.

La Tabella 13.4 riporta la presenza di servizi di accoglienza e informazione all'interno delle strutture indagate. Il Centro Unico di Prenotazione (CUP) è il servizio più frequente nelle CdS (presente nell'89% delle strutture), seguito dalle attività di accoglienza come Front Office (76%) e Punto Informativo (74%). In quasi la metà delle CdS rispondenti vi sono servizi strutturati di assistenza per ausili, presidi e protesi (49%); tale soluzione permette di garantire agli utenti un accesso a indispensabili *device* sanitari vicino al proprio luogo di residenza. Infine, il Punto Unico di Accesso (PUA) è presente nel 43% delle

Tabella 13.4 Servizi accoglienza e informazione nelle CdS

Servizi Accoglienza e informazione	CdS con servizi presenti	Percentuali su campione CdS
CUP	147	89%
Front office	126	76%
Punto informativo	123	74%
Assistenza ausili, presidi e protesi	81	49%
PUA	72	43%
Nessun servizio di accoglienza e informazione	6*	4%

* Si tratta di 2 CdS dell'Emilia Romagna, di 3 MGI del Veneto e di un PTA della regione siciliana.

Figura 13.4 **Responsabile della CdS**

strutture; in quest'ultimo caso si nota una mancanza di omogeneità a livello nazionale, poiché in alcuni SSR (ad es. quello lombardo) non è stato scelto il PUA come modello di presa in carico sociosanitaria. Solo nel 4% dei casi non esiste alcun servizio di accoglienza e informazione.

Infine, per quanto riguarda le responsabilità organizzative, la Figura 13.4 riporta il ruolo del Responsabile della CdS. La situazione, come evidenziato nella figura, è particolarmente variegata: nel 31% dei casi, il responsabile coincide con il Direttore di Distretto, mentre nel 9% con il Direttore di Dipartimento delle Cure Primarie; nel 39% dei casi è identificato un responsabile specifico della CdS, mentre un altro 9% delle strutture asserisce di non aver individuato alcun responsabile. Infine il 12% delle strutture rispondenti indica altre tipologie di referenti, quali l'infermiere coordinatore (in 9 strutture) oppure un MMG referente (in 12 casi).

Quando individuato un responsabile specifico della CdS (65 strutture), ne risulta un profilo professionale piuttosto differenziato: si tratta prevalentemente di figure mediche che possono essere specializzate in igiene e organizzazione o anche avere diverso background specialistico. In Regione Emilia-Romagna i responsabili possono anche essere i direttori delle UOC di Cure Primarie, che dipendono gerarchicamente dal Dipartimento di Cure Primarie.

13.4.3 Cure primarie e sanità d'iniziativa

Per sanità d'iniziativa si intende il modello assistenziale sviluppato per la gestione delle malattie croniche che, a differenza di quello classico, di attesa, orientato al paradigma delle malattie acute, sia in grado di agire in modo preventivo, gestendo il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o di ridurre

Tabella 13.5 Diffusione della sanità d'iniziativa nelle CdS

Regioni	Campione CdS	Presenza sanità d'iniziativa	%
Calabria	1	1	100
PA Bolzano	1	1	100
Sicilia	11	11	100
Umbria	1	1	100
Toscana	27	25	93
Emilia Romagna	74	68	92
Lazio	5	4	80
Veneto	8	6	75
Basilicata	3	2	67
Piemonte	17	10	59
Lombardia	9	4	44
Puglia	6	2	33
Campania	1	0	0
Friuli Venezia Giulia	1	0	0
Liguria	1	0	0
TOTALE	166	135	81

Tabella 13.6 Progetti di sanità d'iniziativa avviati nelle Case della Salute

Progetti di sanità d'iniziativa	CdS con progetti presenti	%
Diabete	129	96
Scenpenso Cardiaco	91	67
BPCO	65	48
Programma Leggeri	30	22
Ictus/TIA	24	18
TAO	24	18
Altro	23	17
Percorso Neonato Sano	12	9
Cardiopatia Ischemica	9	7
Rischio Cardiovascolare	5	4

le complicanze, rallentandone il decorso e garantendo interventi appropriati e differenziati in rapporto al livello di rischio. Come anticipato nel par. 13.2, la diffusione delle CdS e della sanità d'iniziativa sono stati fenomeni strettamente collegati e sinergici: questo punto è testimoniato dalle regioni con esperienze più mature in questi ambiti (i.e. Toscana ed Emilia Romagna) e come emerge dai risultati del censimento. In complesso, infatti, l'81% delle CdS dichiara di aver attivato progettualità di sanità d'iniziativa (Tab. 13.5).

Oltre alla diffusione della sanità d'iniziativa, è interessante rilevare quali tipologie di progettualità siano oggi più diffuse. La Tabella 13.6 riassume le attività presenti nel campione di CdS osservato mostrando, oltre alle risposte chiuse

su alcuni percorsi standard, altri servizi identificati come sanità d'iniziativa. Le evidenze raccolte sono l'occasione per approfondire almeno tre osservazioni.

In primo luogo, si rileva una larga diffusione delle progettualità per le patologie croniche prevalenti: diabete, scompenso e, a seguire, BPCO. Questo risultato è allineato con quanto previsto dal recente Piano Nazionale per la Cronicità che ha individuato un panel di riferimento delle principali patologie croniche o che comunque necessitino una presa in carico mirata. I dati del questionario sono una conferma: in 63 su 135 CdS con progettualità d'iniziativa sono presenti tutti e tre i percorsi (diabete, scompenso e BPCO), e in 7 di questi CdS si trova anche la cardiopatia ischemica⁴. Il diabete, in particolare, si conferma la patologia prevalente e, altrettanto, quella per cui da un ventennio si sperimentano nuovi modelli assistenziali e di *empowerment* dell'utente, attraverso la gestione integrata e la collocazione del baricentro della gestione nel territorio (cfr. rinnovo piano nazionale per il diabete del 2013).

In secondo luogo, accanto ai percorsi per le patologie croniche prevalenti, sono state segnalate sia alcune prestazioni che vengono erogate continuativamente, sebbene non siano propriamente delle progettualità d'iniziativa, come la TAO (Terapia Anticoagulante Orale), sia percorsi che riguardano patologie e/o condizioni di salute specifiche e circoscritte nel tempo. È questo il caso dell'Emilia Romagna in cui sono stati collocati nelle CdS percorsi di presa in carico e prevenzione della salute delle comunità, alcuni dei quali già attivi da tempo a livello distrettuale. Dal questionario, in particolare, sono emersi due percorsi paradigmatici: il percorso neonato sano (LR 24/1989 e LR 26/1998), in linea con il trasferimento nelle CdS dei consultori familiari e la possibilità di eseguire le principali prestazioni diagnostiche di *follow up* fino alla consulenza del pediatra di comunità nei primi anni di vita; e il percorso G. Leggieri, sperimentato fin dagli anni 2000 come modello pilota di integrazione tra cure primarie e salute mentale.

Infine, l'analisi della voce «altro» porta in realtà a considerare quali servizi siano stati collocati nelle CdS, rispetto ai quali si trova una sovrapposizione con i servizi di assistenza domiciliare e con altre prestazioni e funzioni di continuità assistenziale, oggi collocati in queste strutture. Sotto la voce «altro», infatti, sono state indicate prevalentemente la gestione del paziente oncologico, da collegarsi all'attività di diagnosi precoce e screening, in alcuni casi, oppure alla specialistica ambulatoriale di follow up e all'assistenza domiciliare oncologica e palliativa; e la gestione delle dimissioni protette, a sua volta da ricolle-

⁴ Numeriche e scenari simili si possono ritrovare anche nei lavori di Agenas dal 2012 al 2016 di monitoraggio dell'assistenza territoriale e diffusione dei modelli di sanità d'iniziativa, studi prodromi al tavolo di confronto inter-regionale aperto per il Piano Nazionale della Cronicità e la sua attuazione. Cfr. <http://www.agenas.it/assistenza-primaria-e-fragilita/l-impatto-dei-modelli-proattivi-innovativi-implementati-a-livello-regionale-per-l-assistenza-alle-persone-afette-da-patologie-croniche>

Tabella 13.7 Assistenza domiciliare gestita dalle Case della Salute

Tipologia di servizi domiciliari	CdS con servizi presenti	%
ADI	133	80
Assistenza infermieristica domiciliare	118	71
Assistenza domiciliare cure palliative	99	60
Assistenza riabilitativa domiciliare	76	46
Assistenza domiciliare oncologica (ADO)	41	25
Servizio Assistenza Domiciliare (SAD)	34	20
Nessun servizio di assistenza domiciliare	27	16
Ospedale a domicilio	4	2

gare alla Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e alla presenza dei servizi di assistenza sociale nonché alla disponibilità di posti letto territoriali nelle CdS.

La Tabella 13.7 presenta il mix di servizi di assistenza domiciliare presenti nelle CdS: nell'80% dei casi, indipendentemente dai modelli regionali, la CdS è oggi la struttura in cui è collocata l'organizzazione dell'ADI e dell'assistenza infermieristica domiciliare (71%). Al contrario, le diverse forme di assistenza specialistica sono rappresentate in quota minore, e in questo caso prevalgono le differenze regionali e aziendali nell'attuazione del piano di indirizzo nazionale del 2010 sull'assistenza domiciliare, che aveva proposto tre livelli di ADI in funzione dell'intensità assistenziale. Rilevante è la quota di assistenza oncologica e palliativa che, a tendere, assumerà spazi sempre più importanti nelle progettualità di integrazione ospedale-territorio per l'organizzazione dell'assistenza palliativa e delle terapie del dolore a livello distrettuale. Infine, è interessante notare come l'ospedale a domicilio, che rappresenterebbe un'innovazione gestionale «intermedia» di avanguardia rispetto alle soluzioni residenziali, sia ancora una formula di servizio limitata nelle CdS, nonostante la disponibilità di specialisti.

La Tabella 13.8 mostra, infine, il mix dei servizi di assistenza primaria erogati nelle strutture, portando l'attenzione sulla differente composizione tra CdS urbane e non. In generale emerge come, oltre alle forme di associazione dei MMG e PLS, l'ambulatorio infermieristico per le cronicità rappresenti la quota più rilevante, mentre i servizi di continuità assistenziale e l'assistenza integrativa farmaceutica oggi arrivano ad una copertura del 50% circa delle CdS. Il vero dato d'interesse è la differenza tra le CdS urbane e il campione complessivo: emerge come le CdS urbane abbiano una vocazione alla gestione delle cronicità a bassa intensità clinica. Le CdS urbane infatti hanno un tasso di copertura del 100% della sanità d'iniziativa, rispetto ai percorsi sopra descritti, mentre per le CdS non urbane il dato scende al 75%. Osservazione questa che viene confermata dalla diffusione degli ambulatori infermieristici che nelle CdS urba-

Tabella 13.8 **Servizi di assistenza primaria**

Servizi di assistenza primaria	CdS con servizi presenti	% su totale Cds	CdS urbane	%	Delta %
Ambulatorio infermieristico	146	88	21	100	+12
Medici di medicina generale in associazione	131	79	20	96	+17
Assistenza integrativa farmaceutica (distribuzione farmaci)	94	57	7	33	-24
Continuità assistenziale (ex guardia medica)	90	54	6	29	-25
Pediatrati di libera scelta	86	52	7	33	-19
Nessun servizio di assistenza primaria	3*	2	0	0	-2

* Si tratta di due CSSI e di un POT della Lombardia.

ne hanno una copertura del 100% e sono principalmente dedicati alla gestione delle cronicità.

13.4.4 Servizi sanitari, sociosanitari, sociali e area della prevenzione

Le CdS indagate presentano una rilevante varietà di servizi. Nella Tabella 13.9 sono riportati i servizi sanitari, sociosanitari e sociali indicati dai compilatori e riclassificati dalle autrici in sette categorie, distinguendo tra CdS complessive e tra i due cluster CdS urbane e non urbane.

Il punto prelievi e i poliambulatori specialistici sono i servizi più diffusi nelle CdS, il primo si trova nel 92% dei casi, mentre i secondi sono presenti nell'86% delle strutture. La diagnostica strumentale di base è diffusa nel 74% delle CdS, probabilmente perché collegata alla presenza dei poliambulatori specialistici, mentre la diagnostica strumentale ad alta tecnologia si trova solo nel 10% delle CdS. La presenza delle alte tecnologie potrebbe derivare dal precedente ruolo rivestito dalla struttura, giacché nella quasi totalità dei casi (15 su 16 CdS) si trovano in ospedali riqualificati.

Nella categoria «Altri Servizi Sanitari» (28%) rientrano una serie molto variegata di servizi, ciascuno dei quali è presente però in un numero molto basso di CdS. In particolare si tratta di 3 Centri di Procreazione Medicalmente Assistita e dei servizi ambulatoriali di odontoiatria, medicina sportiva, cure palliative, disturbi cognitivi, psicologia clinica, ambulatorio ostetrico, ecc.

Tra i servizi di emergenza territoriale sono presenti nel 28% delle CdS sia i Punti di Primo Intervento (PPI) sia le postazioni dell'ambulanza 118. Il 63% dei PPI si trovano in edifici riconvertiti da strutture ospedaliere e la percentuale sale al 68% per le postazioni 118.

I servizi chirurgici non sono particolarmente diffusi tra le strutture: le attività di chirurgia ambulatoriale sono erogate nel 18% delle CdS, mentre la *Day Surgery* (DS) solo nel 4%. Anche l'attività chirurgica ambulatoriale trova prevalente collocazione in ex strutture ospedaliere (77%) e la percentuale sale per la *Day*

Tabella 13.9 **Servizi Sanitari, Socio Sanitari e Sociali erogati dalle CdS**

Tipologia Servizi Sanitari, Socio sanitari e Sociali	CDS con servizi presenti	% su totale CDS	% su CdS non urbane	% su CdS urbane	Delta CDS Urbane/CDS Non Urbane
Servizi diagnostici					
Punto prelievi	152	92	92	86	-6%
Diagnostica strumentale di base	123	74	73	81	8%
Diagnostica strumentale ad alta tecnologia	16	10	10	10	0%
Servizi Sanitari Specialistici					
Poliambulatorio specialistico	142	86	85	90	5%
Salute Mentale	51	31	32	19	-13%
Altri servizi sanitari	47	28	27	38	11%
NPI ed età evolutiva	26	16	17	5	-12%
Servizi dialisi	26	16	17	10	-7%
Pediatria di comunità	13	8	9	0	-9%
Emergenza territoriale					
Postazione 118	47	28	31	10	-21%
PPI	46	28	30	14	-16%
Servizi chirurgici					
Attività chirurgica ambulatoriale	30	8	20	5	-15%
Day surgery	6	4	4	0	-4%
Servizi di Riabilitazione					
Riabilitazione ambulatoriale	68	41	42	33	-9%
Palestra polivalente	8	5	3	14	11%
Servizi Sociosanitari					
Consultorio materno infantile	119	72	76	43	-33%
UVDM	61	37	32	67	35%
SERT	24	14	15	10	-5%
Altri servizi sociosanitari	9	5	5	10	5%
Centri DCA	7	4	3	14	11%
Centri anti violenza	6	4	3	10	7%
Servizi Sociali					
Servizi di Assistenza Sociale	47	28	28	33	5%
Volontariato	11	7	6	14	8%
Nessun servizio sanitario e sociosanitario					
Nessuno	1*	1	1	0	-1%

* Si tratta di una CdS dell'Emilia Romagna.

Surgey (5 CdS su 6). Poiché il *setting* assistenziale per erogare attività chirurgica è particolarmente normato e richiede degli specifici requisiti di accreditamento, è certamente più facile riscontrare tali servizi in strutture ospedaliere riconvertite. In un solo caso, la DS viene erogata in un edificio costruito appositamente per ospitare un POT lombardo e si tratta di una partnership pubblico-privato.

La riabilitazione ambulatoriale è presente come servizio nel 41% delle CdS e in 8 strutture è anche attiva una palestra polivalente.

Tra i servizi sociosanitari, il più diffuso è il consultorio materno infantile (73%), seguito dalle Unità di Valutazione Multidimensionali (UVDM, nel 37% delle CdS) e dai Servizi dedicati alla gestione e alla cura delle tossicodipendenze (SERT, 14%). Residuali i Centri per i Disturbi del Comportamento Alimentare (Centri DCA) e i Centri Antiviolenza, entrambi presenti nel 4% delle strutture. Tra gli «Altri servizi sociosanitari» (5%) sono stati riclassificati i Centri anziani e quelli dedicati all'utenza diversamente abile.

Infine, nel 28% delle CdS sono presenti i Servizi Sociali e nel 7% viene indicato come rilevante l'apporto fornito dal volontariato.

Se si concentra l'attenzione sulle differenze tra le CdS non urbane e le CdS urbane (ossia quelle presenti in città capoluogo di provincia), si notano alcune interessanti divergenze: tra i Servizi Sanitari Specialistici, la presenza della Salute Mentale e quella della NPI ed età evolutiva nelle CdS urbane è inferiore di oltre il 10% rispetto all'intero campione. Tale situazione potrebbe essere dovuta a una diversa dislocazione dei servizi psichiatrici cittadini che invece, nel caso di città più piccole o di paesi, sono concentrati all'interno delle CdS. Una differenza ancora maggiore vi è per i Servizi di Emergenza territoriale come le postazioni 118 e i PPI, dovuta presumibilmente alla presenza – in città medio-grandi – di almeno un ospedale con DEA di I livello che esercita un ruolo di collettore delle emergenze cittadine (e, anche, di codici bianchi e verdi). Questa situazione occorre anche per l'attività chirurgica ambulatoriale (-15%) che è quasi certamente concentrata all'interno dei blocchi operatori ospedalieri. Infine, per le attività sociosanitarie si assiste a due fenomeni diametralmente opposti: da un lato, il Consultorio Materno Infantile è previsto solo nel 43% delle CdS urbane (-33%) e la motivazione alla base di tale situazione potrebbe essere la grande disponibilità – in città medio-grandi – di alternative (pubbliche e private) per usufruire di servizi di ginecologia, ostetricia e pediatria; dall'altro, l'UVMD è invece presente nel 67% delle CdS urbane (+35%), probabilmente per la necessità di garantire agli ospedali cittadini e agli stessi utenti territoriali una risposta in termini di presa in carico dei pazienti post-dimissioni ospedaliere o complessi.

Per quanto riguarda i servizi relativi all'area della prevenzione (Tabella 13.10), in circa il 73% delle CdS sono erogate le vaccinazioni. Tra gli screening tumorali il più diffuso è quello alla cervice uterina (61% delle strutture), perché generalmente correlato alla presenza dei consultori materno infantili. Lo screening per il tumore al colon-retto è garantito all'interno del 55% delle CdS, mentre quello per il tumore alla mammella è effettuato solo nel 20% dei casi. Tale risultato è, probabilmente, dovuto al fatto che lo screening alla mammella richiede tecnologie importanti e la presenza di tecnici/professionisti specializzati; in alcune Regioni, inoltre, è effettuato tramite l'utilizzo di unità mobili che trasportano la tecnologia e garantiscono una presenza capillare sul territorio nei periodi in cui è attivo il programma. Infine, il 21% delle CdS dichiara di effettuare lo screening cardiovascolare.

Tabella 13.10 Servizi area della prevenzione erogati dalle CdS

Servizi area prevenzione	CdS con servizi presenti	% su totale CdS	% su CdS Non Urbane	% su CdS Urbane	Delta CdS Urbane/CdS Non Urbane
Servizi vaccinali e screening					
Vaccinazioni	121	73	77	43	-34%
Screening tumore cervice uterina	101	61	64	38	-26%
Screening colon-retto	91	55	55	52	-3%
Screening cardiovascolare	35	21	21	19	-2%
Screening tumore mammella	33	20	21	14	-6%
Promozione sani stili di vita					
Promozione sani stili di vita	107	64	64	67	3%
Servizi medici e veterinari					
Uffici di igiene e sanità pubblica	52	31	36	0	-36%
Medicina legale e fiscale	43	26	28	14	-14%
Uffici di salute veterinaria	39	23	27	0	-27%
Medicina del lavoro	5	3	3	5	2%
Altro					
Altri servizi di prevenzione	3	2	2	0	-2%
Nessun servizio di prevenzione	12	7	6	14	8%

Anche meccanismi di promozione di sani stili di vita sono particolarmente diffusi, riscontrandosi l'attivazione di tali servizi nel 64% delle CdS.

Tra i servizi medici di area preventiva, meno di un terzo delle CdS comprende gli uffici di igiene e sanità pubblica (31%) e la medicina legale e fiscale (26%); di molto inferiore è la presenza di uffici di medicina del lavoro (5%). I servizi di salute veterinaria sono prestati nel 23% delle CdS. Tali servizi dipendono gerarchicamente e sono erogati dal personale del Dipartimento di Prevenzione (o Sanità Pubblica). È perciò possibile che vi sia una maggiore concentrazione presso sedi centrali dell'Azienda, mentre una capillarizzazione di alcune di queste attività sul territorio potrebbe essere auspicabile per avvicinarle alle esigenze dei cittadini.

Solo il 2% delle CdS dichiarano altri servizi, come ad esempio la «commissione invalidi» e altri screening specifici (ad esempio, ambiopia). Il 7% non presenta, invece, alcun tipo di servizio di prevenzione.

Focalizzandosi sulle differenze con il cluster delle CdS urbane, si nota che una serie di servizi dell'area della prevenzione risultano poco concentrati all'interno di tali strutture.

Si tratta, in primo luogo, dello screening per il tumore alla cervice uterina (-26%). Tale fenomeno dipende dalla maggiore possibilità – nelle città di medie e grandi dimensioni – di effettuare l'esame presso strutture pubbliche ospedaliere o professionisti in regime privato e, come si è esaminato prece-

dentemente, dalla minor presenza di Consultori Materno Infantili nelle CdS Urbane.

Per quanto riguarda i servizi di pertinenza del Dipartimento di Prevenzione o Sanità Pubblica si nota una concentrazione ancora inferiore all'interno delle CdS urbane rispetto al gruppo di quelle non urbane. Si tratta, in particolare, delle vaccinazioni (-34%), uffici di igiene e sanità pubblica (-36%), medicina legale e fiscale (-14%) e uffici di salute veterinaria (-27%). Presumibilmente, tali servizi sono concentrati in edifici cittadini in cui è storicamente stato dislocato il Dipartimento di Prevenzione.

13.4.5 Le degenze territoriali: tipologia e scelte di riconfigurazione

L'analisi delle degenze extra-ospedaliere, territoriali, collocate nelle CdS mostra un'elevata eterogeneità per tipologia, volumi e attività su scala nazionale, come riassunto nella Tabella 13.11. In generale, su 166 CdS, oggetto di analisi, il 28%, ovvero 47 strutture, presentano moduli di degenza. Questo dato è in linea con quanto riportato in precedenza, ovvero che la maggior parte delle CdS del campione osservato deriva dalla riconfigurazione di strutture territoriali ambulatoriali (83, il 50%), nelle quali sono stati concentrati servizi che hanno mantenuto la precedente vocazione ambulatoriale. Su 47 strutture dichiaranti la presenza di posti di degenza, 36 (76,5%) risultano strutture riconvertite da ospedali, e quindi hanno mantenuto attività di degenza, mentre solo 12 (25%) derivano da strutture ambulatoriali. Questo è il primo dato rilevante: nella riconfigurazione e avvio delle CdS è la precedente destinazione che ha influenzato la disponibilità e opportunità di mantenere, piuttosto che avviare, attività di degenza.

Lo scenario descritto dalla Tabella 13.11, inoltre, riflette come le degenze collocate nelle CdS siano oggi la risultante di diversi interventi sulla rete d'offerta ospedaliera e territoriale, nonché di programmi di indirizzo in ambito sociosanitario. La tipologia di degenze più diffusa risulta essere l'ospedale di comunità (51%), come previsto dal DM 70/2015 e dal Piano nazionale della cronicità⁵. Agli ospedali di comunità registrati, si possono aggiungere anche due strutture piemontesi, in cui sono riportate le degenze rappresentative del modello regionale dei CAVS (i PL per la Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria). A seguire, si trovano le strutture di riabilitazione estensiva territoriale, ex art. 26, e l'URT (Unità Riabilitativa Territoriale) in Veneto tra le post-acute/lungodegenza; nonché alcuni casi sporadici di riabilitazione intensiva specialistica. Sempre nell'area della lungodegenza i posti letto dedicati

⁵ Per un'analisi dettagliata sull'evoluzione della rete d'offerta ospedaliera e territoriale rispetto ai posti letto extra-ospedalieri territoriali a valenza sanitaria, ovvero come definite le cure intermedie dal Piano Nazionale della Cronicità e dal DM 70/2015 si rimanda al rapporto OASI 2016 (Morando, Tozzi, 2016)

Tabella 13.11 **Degenze territoriali: tipologia e numero medio posti letto**

Tipologia	CdS con presenza degenze	%	Numero medio di PL	Min-max
Ospedali di comunità	24	51	14,7	(4-28)
Residenza Sanitaria Assistenziale/Anziani (RSA)/Centri servizio	14	30	32,4	(20-50)
Altro	9	19		
Riab estensiva	5	11	17,3	(6-30)
Hospice	5	11	5	(2-12)
Unità Riabilitativa Territoriale (URT)	3	6	16,3	(4-40)
Residenza Sanitaria Disabili (RSD)	3	6	17	(10-29)
Riab intensiva	3	6	18,6	(12-24)
Riabilitazione salute mentale (SPR1)	2	4	17,5	(15-20)
Riabilitazione salute mentale (SPR3.3)	1	2	20	

agli hospice presentano un'alta variabilità nella dotazione dei posti letto (dai 2 ai 12 posti letto per unità). Rilevanti per rappresentazione nel campione, ma soprattutto per capacità produttiva, sono invece tutti i moduli di degenza socio-sanitaria presenti nelle CdS osservate, dalle RSA, RSD a strutture protette, con una numerosità di circa 30 posti letto in media per unità. Nella stessa area socio-sanitaria, anche se i modelli regionali sono differenti, si trovano le strutture residenziali e riabilitative della salute mentale (SPR1 e 3), previste dal Piano di azione nazionale per la salute mentale (PANSM) del 2013, nonché due CRA (Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza Psichiatrica), presenti in Lombardia, di cui una con 90 posti letto. Infine, sotto la categoria «altro», si trovano i posti letto per il DH chirurgico e psichiatrico e di Osservazione territoriale.

In conclusione, nota osservare come la presenza di moduli di degenza, oltre ad avere una connessione significativa con la precedente destinazione, sembra stia influenzando le scelte di programmazione delle CdS in sinergia ad una revisione delle definizioni di cure intermedie e della rete d'offerta ospedaliera. L'analisi delle degenze, infatti, a differenza degli altri servizi collocati nelle CdS, risulta particolarmente influenzata dal campione di analisi e sottostima la presenza di posti letto di degenza nelle regioni che hanno previsto una riconversione di presidi ospedalieri (come nei PTA di Puglia o Sicilia). Al contrario, nei modelli di Emilia Romagna e Toscana la presenza dell'OSCO è indipendente dalla CdS; solo in casi limitati hanno una presenza fisica contigua. Infine, nota osservare come l'unico risultato evidente nel campione considerato è l'assenza completa di posti letto nelle CdS urbane.

13.4.6 I professionisti presenti nelle Case della Salute

Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

In linea con la definizione e gli obiettivi che hanno guidato la costituzione delle CdS, la presenza dei MMG dovrebbe rappresentare la variabile distintiva delle CdS come luoghi deputati all'integrazione funzionale dei percorsi assistenziali garantendo la continuità della presa in carico. Tuttavia, nel campione osservato, i MMG sono presenti in complesso nell'81% delle CdS mentre per i PLS questo dato scende al 51% circa.

Rispetto ai MMG, il questionario ha approfondito tre elementi. In primo luogo, rispetto alla partecipazione dei MMG nelle CdS, considerando il 20% delle CdS che non ha internalizzato le competenze della MG, non si evincono dei modelli riferimento regionali. In altri termini, la presenza della MG nelle CdS attualmente non è un requisito definitorio delle CdS in nessun modello regionale, sul fronte dell'implementazione locale. Una variabile più significativa sulla presenza dei MMG è invece la collocazione urbana della CdS: i MMG sono presenti nel 100% nelle CdS urbane (in Tabella 13.12). In complesso, la partecipazione dei MMG nelle CdS è pari in media a 7,8 MMG per CdS, mentre la mediana all'interno del campione è pari a 6 MMG per CdS.

Tabella 13.12 **I professionisti presenti nella CdS in complesso e in quelle urbane**

Tipologia	Numero CdS	%	CdS urbane	% CdS urbane	Delta %
Infermiere dipendente	153	92	21	100	+8
Medico specialista convenzionato	145	87	19	90	+3
Personale tecnico-amministrativo	142	86	16	76	-10
MMG	136	82	20	96	+14
Medico dipendente servizi territoriali o DCP	105	63	18	86	+23
Assistente sociale	104	63	12	57	-6
OSS/OTA	91	55	13	62	+7
PLS	86	52	7	33	-19
Psicologo	80	48	8	39	-9
Fisioterapista	77	46	8	39	-7
Medico specialista ospedaliero	75	45	6	29	-16
Personale tecnico-sanitario	57	34	3	14	-20
Veterinario	33	20	0	0	-20
Personale ausiliario cooperativa	32	19	3	14	-5
Altre professioni	20	12	0	0	-12
Terapista occupazionale	13	8	0	0	-8
Infermiere cooperativa	11	7	4	19	+12
Personale MMG	11	7	0	0	-7
Medico del lavoro	9	5	0	0	-5

In secondo luogo, è stato rilevato il tasso di partecipazione dei MMG rispetto al totale dei MMG presenti nell'ambito territoriale di riferimento della CdS, per valutare il grado di copertura e attrattività locale delle CdS rispetto alle forme di collaborazione e modelli di sanità d'iniziativa promossi per la MG.

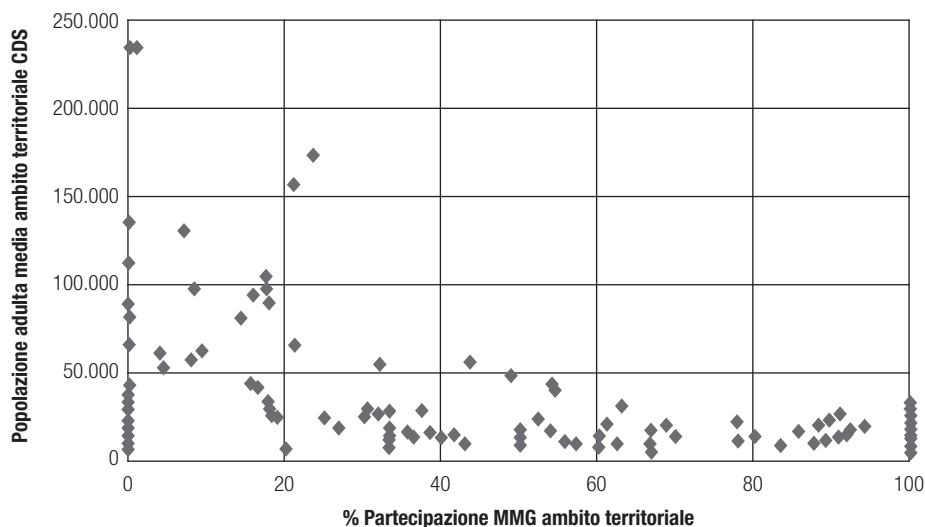
In complesso, risulta che solo nel 34% del campione vi sia una corrispondenza completa, tale per cui il 100% dei MMG dell'ambito territoriale di riferimento partecipano in forma stabile alla CdS. La percentuale media di partecipazione territoriale si attesta al 59%, con una mediana di 61,1%, ma una deviazione standard significativa di circa il 40%. L'alta variabilità del dato assoluto sulla partecipazione dei MMG per ambito territoriale è dovuta alla diversità degli ambiti stessi: gli ambiti urbani tendenzialmente hanno un numero nettamente superiore di MMG dovuto alla densità abitativa – nelle 166 CdS partecipanti, infatti, la numerosità dei MMG negli ambiti di riferimento varia da un minimo di 3 ad un massimo di 206. Inoltre, nel calcolo delle medie, influiscono le code, ovvero il 20% di CdS in cui la partecipazione dei MMG è pari a 0 e il 34% in cui è pari al 100%.

Infine, tra gli obiettivi del questionario, si è provato a clusterizzare delle ricorrenze tra i modelli di servizio delle CdS. A tal fine, in linea con i riferimenti adottati dai documenti di programmazione per le forme associative della MMG (AFT e UCCP) e per le CdS, si è provato ad osservare le correlazioni esistenti tra popolazione servita per ambito territoriale e il tasso di partecipazione dei MMG. Per calcolare il primo dato, ovvero la popolazione servita per ambito di riferimento, è stata considerata una stima teorica degli assistibili, sulla base del numero di MMG per ambito di riferimento dichiarati nel questionario. Quest'ultimo dato è stato infatti ritenuto più affidabile della popolazione dichiarata, spesso indicata come coincidente con il comune.

La figura 13.5 mostra quindi come al crescere della densità abitativa (riferita agli assistibili teorici) diminuisce la percentuale di partecipazione dei MMG. Questa osservazione generale deve essere tuttavia interpretata rispetto a due elementi. In primo luogo, nel primo quintile si trovano per lo più le CdS urbane oppure quelle in cui non partecipano i MMG. Le CdS urbane sono caratterizzate da un'alta densità abitativa, con una popolazione media di assistibili pari a 62.008 (mediana 33.719), a fronte di una partecipazione complessiva dei MMG per ambito piuttosto bassa, in media pari al 26%. In secondo luogo, poiché il campione è rappresentato prevalentemente da CdS non urbane, il grafico mostra come la maggior parte delle esperienze censite si collochi in un quadrante caratterizzato da una popolazione teorica media di assistibili pari a 28.086 abitanti (mediana 14.859), ma una partecipazione medio-alta di MMG, tra il 54% e il 100%.

Sebbene queste osservazioni siano basate sul dato teorico della popolazione adulta assistibile negli ambiti territoriali, e inoltre siano condizionate dall'alta variabilità del campione rispetto ai due parametri, dovrebbero spingere ad alcune considerazioni sui parametri oggi adottati nella programmazione, in primis la popolazione servita. Piuttosto, sarebbe utile considerare il mix dei servizi

Figura 13.5 **Distribuzione CdS rispetto alla popolazione adulta media dell'ambito territoriale di riferimento e alla percentuale di partecipazione dei MMG**



Nota: la popolazione adulta (> 16 anni) media per ambito territoriale è stata calcolata sulla base del numero di MMG dichiarati per ambito e il numero medio di assistiti pari a 1.143 (Dato Annuario Statistico Ministero Salute, 2013)

collocato, rispetto alla densità abitativa e, soprattutto, alla presenza di altre unità nello stesso ambito di riferimento. I dati qui riscontrati ad esempio potrebbero essere allineati ai più recenti indirizzi di programmazione delle CdS, che stimano una popolazione di riferimento di circa 30.000 abitanti per le CdS hub, in linea con quanto previsto per le UCCP.

Nell'osservare la partecipazione dei PLS alle CdS, invece, i dati risultano meno solidi, sia rispetto alle risposte fornite, per cui non è stato possibile stimare il tasso di copertura per ambito territoriale, rapportando il numero di PLS attesi e quelli presenti nelle CdS, sia perché non ci sono dati strutturali sulla media degli assistiti. In generale, la media di PLS presenti nelle CdS risulta di 0,8 e la mediana di 1 PLS per CdS. Dal confronto interregionale, piuttosto, sembrerebbe che la presenza di PLS nelle CdS sia principalmente influenzata dal mix di servizi – ad esempio, l'attivazione dei consultori familiari, di percorsi di tutela della maternità (i.e. percorso neonato sano) fino a centri di primo livello per la diagnosi e cura dell'infertilità. Pertanto, le regioni in cui la pediatria convenzionata registra una presenza significativa sono: Toscana, Emilia Romagna, Piemonte, Liguria e Umbria (sebbene queste ultime siano sotto-rappresentate nel campione per identificare dei trend di rilievo).

La comunità di professionisti

Il questionario ha inteso indagare la composizione multi-professionale e multidisciplinare della comunità professionale delle CdS, la partecipazione dei pro-

fessionisti ospedalieri e convenzionati e il ruolo crescente delle professioni infermieristiche e degli assistenti sociali. Non è stato, però, possibile, in questa prima ricognizione ad ampio raggio, entrare nel dettaglio della dotazione organica rispetto ai singoli moduli e/o linee di attività delle strutture.

La precedente Tabella 13.12 mostra la sintesi della comunità professionale sanitaria, sociosanitaria, sociale e tecnico-amministrativa, presente nelle CdS del nostro campione, distinguendo tra CdS urbane e non. In primo luogo, è evidente la presenza infermieristica in tutte le strutture: in 153 CdS come personale dipendente dell'azienda sanitaria locale e, nelle restanti 13, come personale dipendente dei MMG. Rispetto alla numerosità degli infermieri (stabilmente dedicati) per CdS, invece, si registra un'alta eterogeneità che risulta direttamente proporzionale ai servizi offerti e agli orari di apertura: dai nuclei di cure primarie «avanzati» che dichiarano un solo infermiere part-time, a una media complessiva di 11,94 infermieri per CdS, con la mediana che si colloca a 6 infermieri per CdS, ma una deviazione standard di 14,9 sul totale del campione – questo è giustificato dalla presenza di circa 30-40 infermieri nelle strutture con moduli di degenza di 20 posti letto, fino ai 97 dichiarati da una delle CdS con 90 posti letto sociosanitari.

Rispetto al personale medico, è interessante rilevare come la presenza di personale convenzionato (ex sumai) sia diffusa più capillarmente sul territorio nazionale (145 strutture) rispetto al personale dipendente dei servizi territoriali (105); mentre, solo la metà delle strutture del campione dichiara l'accesso di personale specialistico ospedaliero nelle CdS. Tra il personale medico dipendente dei servizi territoriali si trova anche una quota di medici competenti che svolgono il servizio di sorveglianza sanitaria dei luoghi di lavoro (9 strutture), così come la sorveglianza sanitaria sugli alimenti e i servizi di assistenza veterinaria (33 strutture).

Tra il personale aziendale, nelle CdS occupa un ruolo rilevante il «personale tecnico-amministrativo», data la presenza di molteplici servizi di accettazione e informazione sopra richiamati, e il personale tecnico-sanitario per i servizi di diagnostica e laboratorio. Inoltre, in linea con l'attività riabilitativa estensiva che viene svolta nelle CdS, troviamo personale tecnico della riabilitazione, fisioterapisti, terapisti occupazionali e logopedisti. Tra il personale tecnico sanitario, la presenza degli OSS e OTA è sempre più diffusa, sia all'interno degli ambulatori per la cronicità che nella gestione delle attività di degenza ordinaria: in questo caso, 90 strutture dichiarano di avere personale dipendente, mentre in 32 si tratta di personale ausiliario delle cooperative. Da segnalare, infine, il ruolo delle ostetriche collocate nelle strutture che hanno il percorso «neonato sano».

Tra gli specialisti, inoltre, è rilevante la presenza degli psicologi nelle CdS (48%), che partecipano sia ad attività sanitarie che sociosanitarie, in funzione del mix servizi erogati.

I dati mostrano, infine, il rinnovato ruolo che l'assistente sociale ricopre nelle cure intermedie come case manager nella gestione dei servizi di continuità assistenziale, nella valutazione multidimensionale e nella definizione del piano di cura individuale, in particolare nelle dimissioni protette. L'assistente sociale è infatti parte della comunità professionale delle CdS nel 62% dei casi, con una presenza eterogena nei casi segnalati, con una media di 1,25 in complesso, sebbene in alcuni casi siano presenti fino a 6 o 7 assistenti sociali, soprattutto nelle strutture che concentrano servizi sociosanitari quali consultori, residenze sociosanitarie e servizi afferenti alla Salute Mentale.

Ruoli di coordinamento e responsabilità nelle Case della Salute

La molteplicità di servizi e professionisti, con competenze diversificate e appartenenti funzionalmente a istituzioni diverse o articolazioni differenti dell'azienda (i.e. personale convenzionato, dipendente dal Comune o dalle cooperative o ancora specialisti ospedalieri) rendono necessaria la definizione di ruoli di coordinamento delle attività e dei processi gestiti dalle CdS.

Si tratta in questo caso di forme di coordinamento funzionali e non gerarchiche, finalizzate a: 1) rafforzare il coordinamento e la gestione della complessità delle comunità professionali rispetto alle attività previste (logica di processo); 2) supportare lo sviluppo professionale dell'equipe, preservando la valutazione della qualità assistenziale, sociale e clinica della presa in carico nelle diverse attività/processi. Rispetto a questi obiettivi, alcune regioni (i.e. Emilia Romagna, Toscana, Lazio) hanno dato indicazioni più precise sulle funzioni del coordinatore organizzativo (referente infermieristico, per il punto 1), e sui coordinatori assistenziali (infermieri), clinici (medico convenzionato o dipendente) e coordinatori sociali (assistente sociale) (per il punto 2). Il coordinatore assistenziale, in particolare, viene spesso indicato come un infermiere a cui è affidata la gestione complessiva e l'integrazione organizzativo-funzionale dell'insieme delle professioni sanitarie che intervengono nei processi assistenziali.

Questo scenario composito, o comunque ancora sperimentale nella definizione dei ruoli di coordinamento, emerge con chiarezza nelle risposte del campione di 166 CdS: di queste, 123 dichiarano l'esistenza di ruoli di coordinamento (74%), sebbene non tutti siano formalizzati. Di questo 74%, inoltre, una quota prevalente (84%) riguarda l'assegnazione di ruoli professionali di coordinamento (i.e. MMG di riferimento/coordinatore), mentre solo nel 19% dei casi viene esplicitato il coordinamento su attività specifiche (coordinatore consultori, CRA, attività di degenza, percorso nascita, percorso cronicità etc.).

In generale, i risultati del questionario mostrano una fase ancora embrionale nell'elaborazione di modelli organizzativi e del lavoro nelle CdS. Dal questionario, infatti, è emersa una difficoltà di fondo nel dichiarare funzioni di coordinamento codificate, per ruolo e compiti, siano esse di responsabilità su funzioni o processi. L'eterogeneità delle risposte sembra essere determinata dalla man-

canza di ruoli formalizzati a livello aziendale e, soprattutto, non integrati nei sistemi operativi aziendali, con obiettivi espliciti, funzioni e budget. La funzione di coordinamento organizzativo in alcuni casi è affidata agli infermieri, in altri a medici di comunità, in altri casi ancora si rimanda a specialisti per branca o «di unità operative», lasciando forse intendere un'integrazione con le unità operative dei presidi ospedalieri o distrettuali. Lo stesso si rileva nella funzione di coordinamento socio-assistenziale: in pochi casi viene dichiarata l'esistenza di una figura dedicata, mentre nella maggior parte viene elencata la presenza di un coordinatore per ogni singola attività sociosanitaria (dal consultorio, all'ADI, NPIA, ecc.). Si comprende quindi il percorso evolutivo delle realtà più mature, come l'Emilia Romagna, che nella delibera più recente del 2016 ha portato l'attenzione proprio sulla definizione della comunità professionale delle CdS e predisposto uno schema di riferimento per la definizione di ruoli, profili e funzioni di coordinamento e organizzazione del lavoro al loro interno.

13.4.7 Utilizzo e diffusione dei sistemi operativi aziendali

Fondamentale per comprendere lo stato di attuazione delle CdS come strutture finalizzate all'integrazione funzionale tra ospedale e territorio è la verifica tanto dell'integrazione delle CdS nei sistemi operativi aziendali, quanto la previsione di strumenti e meccanismi distintivi per il governo e la programmazione delle attività specifiche in gestione alla CdS (i.e. sanità d'iniziativa, posti letto territoriali, dimissioni protette, ecc.).

I risultati del questionario mostrano come, allo stato attuale, i sistemi operativi delle CdS siano da ricondurre a quelli aziendali, *in primis* alla gestione del budget e degli obiettivi di performance assegnati al distretto o al dipartimento di cure primarie (Tab. 13.13). Rispetto agli obiettivi assegnati alla CdS, in questa fase storica, prevalgono obiettivi di attività e «start-up»: ad esempio, l'avvio della CdS, il monitoraggio della partecipazione dei MMG, mentre sono residuali i casi in cui sono stati introdotti degli indicatori di performance sulla capacità di arruolamento e l'aderenza dei pazienti ai percorsi previsti dalle CdS (7,8%).

Tabella 13.13 **Sistemi di programmazione e controllo**

Sistemi di P&C	Valori assoluti CdS	%
Performance	78	47
Budget	64	39
No	45	27
Profili di rischio	42	25
Obiettivi e indicatori MMG	16	10
Indicatori di aderenza ai percorsi	13	8
Altro	9	5
Questionari Customer Satisfaction	3	2

Tabella 13.14 **Professionisti e forme di incentivo per la partecipazione alla CdS**

Professionisti	Valore assoluti CdS	%
MMG	64	93
PLS	11	16
Medici ospedalieri	7	10
Altri medici specialisti	3	4
Personale comparto	2	3

Tabella 13.15 **Flussi informativi dedicati nelle Case della salute**

Flussi informativi	Valore assoluto CdS	%
MMG e PLS	55	33
Medicina d'iniziativa	84	51
OSCO	15	9
URT	46	28

Al contrario, strumenti operativi dedicati alla CdS risultano in fase di avvio e consolidamento, sebbene alcune regioni stiano intraprendendo passi significativi verso l'uso di strumenti di programmazione della domanda: l'utilizzo dei profili di rischio è rappresentato dal 25% del nostro campione e, nel dettaglio, dalle regioni dell'Emilia Romagna, Veneto, Lombardia, Puglia.

Rispetto all'utilizzo di meccanismi incentivanti, su un campione di 166 CdS, solo il 42% ha dichiarato l'utilizzo di incentivi per i professionisti, come sintetizzato in Tabella 13.14.

Infine, i flussi informativi adottati nelle CdS risultano prevalentemente i flussi aziendali (specialistica ambulatoriale e farmaceutica territoriale, eventualmente posti letto residenziali) presenti in 157 su 166 CdS (Tab. 13.15). Se questo rappresenta un punto di forza rispetto alla capacità di programmazione e controllo dell'azienda, anche rispetto all'internalizzazione delle competenze della medicina generale, in realtà nell'utilizzo dei flussi standard la sanità d'iniziativa non viene tracciata se non rispetto al conseguimento di alcuni obiettivi codificati, che possono essere di processo (i.e. partecipazione e arruolamento) ma non di risultato (i.e. aderenza), in assenza di PDTA condivisi su base aziendale. Nel questionario sono state individuate delle situazioni per cui sia i MMG che la medicina d'iniziativa posseggono dei sistemi operativi dedicati, sebbene non sia chiaro quanto, a loro volta, siano interoperabili con quelli aziendali.

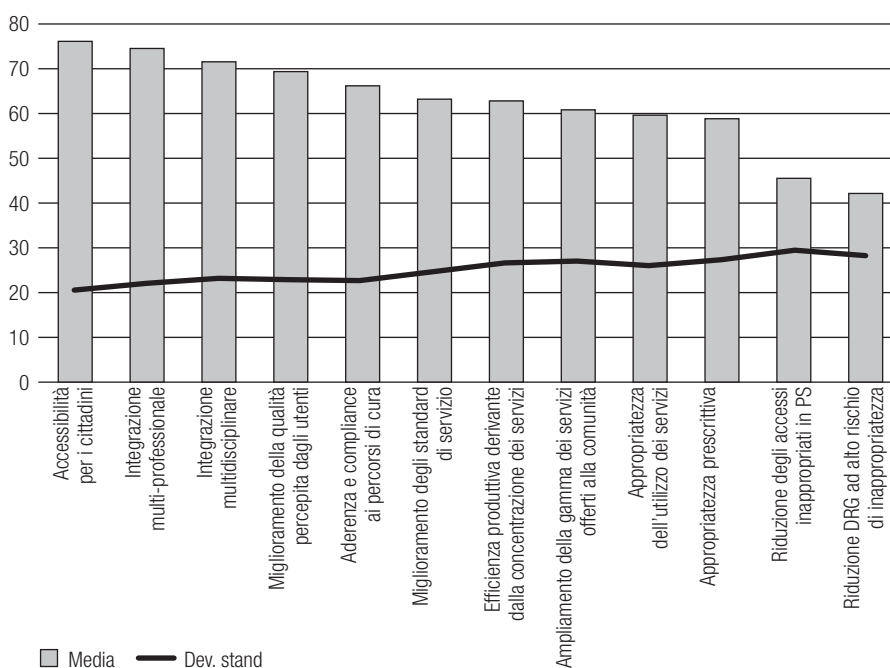
L'utilizzo dei questionari di *customer satisfaction*, infine, risulta ancora pressoché inesistente, sebbene alcune regioni stiano iniziando a promuovere delle rilevazioni standardizzate di valutazione della qualità di cura percepita dall'utente (i.e. Emilia Romagna).

13.5 Osservazioni finali sul primo censimento nazionale delle Case della Salute (e strutture simili con diversa denominazione)

Il tema delle CdS e, più in generale, di tutte quelle entità che si collocano tra l'ospedale e il domicilio o, più semplicemente, il tema dello sviluppo di tutto ciò che non sia ospedale ed è quindi considerato territorio, attraversa il dibattito sulla sanità da molto tempo. Tale discussione è caratterizzata da una sostanziale continuità di accenti e di ispirazione: la multidisciplinarietà, le cure primarie, il riferimento alle comunità, la cronicità, il raccordo con il sociale, la prossimità. Tale continuità si riflette, seppur con «nomi» e stadi di avanzamento diversi, nell'evoluzione dei quadri normativi regionali e, conseguentemente, in questo primo censimento nazionale sullo stato dell'arte delle CdS (o strutture simili con diversa denominazione). Le osservazioni che derivano da questa istantanea mostrano quindi una situazione di «lavori in corso» con velocità e modalità distintive – anche negli approcci culturali e nelle scelte di programmazione e committenza – delle diverse regioni.

Le statistiche descrittive presentate nel par. 13.4 mostrano, innanzitutto, la progressiva diffusione del modello della CdS e come esso si stia posizionando nel sistema di offerta delle aziende. L'impressione che, complessivamente, se ne ritrae è che CdS (o strutture simili) siano, prevalentemente, un luogo di innovazione per il territorio. La collocazione in questi luoghi dei progetti di sanità d'iniziativa, della presa in carico della cronicità e dei progetti di prevenzione e promozione della salute lo confermano, così come la presenza di comunità composite di professionisti e, tra questi, *in primis* i MMG, gli infermieri e gli assistenti sociali. Nel definire il quadro non bisogna ovviamente sottovalutare il ruolo del sistema regionale e della sua cultura, da questo punto di vista, Emilia Romagna e Toscana si staccano nettamente per l'enfasi tradizionalmente posta sul tema.

Ulteriori elementi sul significato attribuito a tali entità sono desumibili dall'importanza assegnata alle diverse, e possibili, dimensioni di risultato. In Figura 13.6 sono rappresentate, infatti, le valutazioni (le percezioni) dei professionisti rispondenti sui risultati conseguiti dalle progettualità delle CdS rispetto agli obiettivi attesi e agli indirizzi di programmazione dei rispettivi contesti regionali e aziendali. Per ogni obiettivo, descritto in ascissa, i rispondenti potevano assegnare un punteggio da 0 a 100 sul grado di raggiungimento. La figura 13.6 riporta la media delle risposte dei 166 questionari. Risalta un «certo distacco» dall'ospedale e dai temi tradizionali ad esso collegati (produttività, efficienza o appropriatezza) i quali sono i meno «votati». Emerge, invece, la percezione di poter conseguire migliori performance sulle dimensioni collegate alla capacità di risposta agli utenti e comunità servite. L'offerta di una pluralità di servizi legati alla salute nel medesimo ambito fisico è, in effetti, un elemento di grande semplificazione soprattutto per pazienti anziani, cronici e pluri-patologici. Pas-

Figura 13.6 **Percezioni relative al raggiungimento degli obiettivi delle CdS**

sando dagli impatti esterni a quelli interni, un'area di fondamentale importanza, sulla quale la compresenza di servizi e professionalità diverse all'interno di un medesimo spazio sembra esercitare una elevata influenza (nella percezione degli intervistati), è anche quella dell'integrazione multi professionale e multidisciplinare la quale diventa una variabile importante per consolidare linee guida e obiettivi comuni di comportamento, tra individui caratterizzati da ampia autonomia professionale.

La tensione verso l'innovazione nelle soluzioni sembra tuttavia essere frenata dai vincoli che vengono dal passato, dai precedenti assetti logistici e strutturali. La fisicità rappresenta quasi sempre un elemento che pre-esiste rispetto al disegno progettuale e che quindi, inevitabilmente, condiziona la concreta attuazione. Salvo rari casi (7% del campione), infatti, gli edifici hanno una loro storia e una loro funzione pregressa, sia in termini di servizi offerti che di ruolo nella rete. Questo elemento, nello specifico, insieme al contesto di collocazione (area urbana o non urbana), rappresenta una delle due variabili indipendenti rispetto alle quali è possibile identificare alcune ricorrenze significative. Tutte le altre variabili osservate, e descritte nel par. 13.4, al contrario, non presentano differenze. In particolare, indipendentemente dalla denominazione adottata, nella quasi totalità delle regioni è simile il mix di servizi integrati in tali strutture. Ciò non significa che ciascuna delle CdS sia uguale alle altre, ma semplicemente

che non si verificano delle differenze rilevanti dovute alla collocazione regionale, per lo meno in questa fase di sviluppo. I modelli deliberati dalle regioni tendono a convergere e, anche nei pochi casi in cui i modelli regionali divergono, la concreta operatività non sembra essere particolarmente toccata. Così il peculiare caso delle MGI del Veneto (dove non esiste un modello definito per le strutture territoriali), la diversa afferenza organizzativa delle strutture (dal distretto o dal dipartimento) o la distinzione tra CdS e OSCO (effettuata da alcune regioni in presenza di degenza territoriali) non si riflettono nel modello operativo sostanziale.

Se i disegni regionali non sembrano influenzare l'operatività, altre variabili, quali la precedente destinazione della struttura e il contesto in cui è collocata (urbano o non urbano), giocano invece un ruolo di rilievo. Rispetto alla seconda variabile, in particolare, l'analisi ha messo in evidenza alcuni elementi distintivi delle strutture urbane rispetto a quelle non urbane. Tali sono:

- ▶ la focalizzazione sull'assistenza primaria e la gestione delle cronicità (la presenza di altri servizi sanitari specialistici risulta significativamente ridotta);
- ▶ l'assenza di moduli di degenza territoriali;
- ▶ la composizione della comunità professionale (formata in prevalenza da MMG e infermieri);
- ▶ una maggiore capacità di reclutamento e coinvolgimento dei MMG;
- ▶ gli orari di apertura (12 ore).

Nella parte finale del questionario è stato chiesto agli intervistati di segnalare le difficoltà incontrate nel consolidamento della CdS. Uno dei temi più trattati è quello della multi-disciplinarietà e della multi-professionalità che si sovrappone, in parte, al problema del reclutamento e coinvolgimento dei MMG. Inoltre, gli intervistati sottolineano le difficoltà incontrate nel rendere concreta l'integrazione ospedale-territorio e tra professionisti afferenti a diverse funzioni dell'azienda.

A conclusione, si vogliono sottolineare almeno tre questioni critiche per lo sviluppo del modello della CdS.

La prima, attiene al *trade off* tra esigenze di prossimità (vicinanza agli utenti e comunità servite) e di economie di scala (concentrazione in un unico luogo fisico di più servizi, professionalità e dotazioni strumentali). I modelli deliberati da alcune regioni cercano di tenere insieme questi due elementi attraverso la classica soluzione *hub&spoke* di matrice ospedaliera. La potenziale contraddizione insita nel modello non sembra, tuttavia, ancora risolta e, in prospettiva, potrebbe condizionare la diffusione dell'esperienza.

La seconda, riguarda alcuni evidenti limiti nello sviluppo di specifici strumenti a supporto della sanità d'iniziativa. Sebbene l'81% delle CdS dichiarò di avere attivato progetti di sanità d'iniziativa, solo la metà delle CdS presenta

flussi informativi dedicati e solo l'8% controlla l'aderenza ai percorsi attraverso indicatori. Anche per altri strumenti di gestione attiva della popolazione e dei rapporti con gli utenti (*population health management*, marketing, ecc.) il grado di diffusione e consolidamento rilevato nelle CdS appare insufficiente.

La terza, riguarda le modalità di connessione «al di fuori delle mura fisiche». Nei diversi propositi regionali, la CdS non si qualifica solo come un centro sanitario polifunzionale, ma piuttosto come un luogo in grado di interagire proattivamente nella comunità di riferimento. Alcuni segnali di avvicinamento a questo ideale ci sono (testimoniati dall'inclusione degli assistenti sociali, del volontariato e, in alcuni casi, di coinvolgimento attivo della popolazione). La percezione rilevata (e variamente espressa nella parte finale della *survey* dagli intervistati) è tuttavia di un qualche tipo di carenza in quest'area di sviluppo e consolidamento della CdS. Ancora una volta, non stupisce che le regioni più avanzate vogliano investire, in questa fase storica, proprio nel rafforzamento dei collegamenti con le comunità locali e con le diverse istituzioni che al territorio appartengono.

Rispetto alle sfide del futuro prossimo è interessante richiamare qui gli obiettivi e le indicazioni proposte dal Gruppo interregionale di lavoro «Case della Salute/Case della Comunità»⁶. Nelle riflessioni di tale Gruppo emerge che la CdS dovrebbe essere caratterizzata proprio dalla tessitura di una rete (i cui nodi sono rappresentati dalla persona, dalla relazione tra pari, dalla salute, dalla comunità e dal welfare) che le permetta di essere «in continua ricerca e sperimentazione per rispondere in modo appropriato ai bisogni della comunità, inclusiva, aperta, completa ed efficiente, relazionale, globale, in ascolto, trasversale alla società, a gestione sociale». Il primo prodotto del Gruppo è stata la definizione condivisa e basata sull'esperienza di un percorso con sei obiettivi e azioni base per la costruzione di una CdS con le caratteristiche di una «Casa della Comunità» (Campedelli, 2016; Prandi e Riboldi, 2016) (i) andare verso (far emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza); (ii) cercare chi non arriva (porre in essere azioni preventive, curative e sociali che raggiungano le persone ad alto rischio di vulnerabilità); (iii) sviluppare una visione condivisa di salute (promuovere la realizzazione di interazioni di conoscenza, di collaborazione, di attività con la comunità e le sue istituzioni formali e informali); (iv) rendere operativa la sostenibilità tecnica, sociale ed economica (realizzare strumenti per la gestione e la rendicontazione delle risorse attivate); (v) favorire il protagonismo della persona (sviluppare percorsi di salute, diritti, inclusione sociale); (vi) favorire il protagonismo della comunità (dotarsi di strumenti formali e sostanziali di partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali, di erogazione dei servizi e nella valutazione dei risultati).

⁶ Si tratta di un gruppo spontaneo di operatori di differenti professionalità, con differenti affiliazioni e curricula che, da oltre due anni, ha attivato una riflessione sull'argomento promossa dalla Fondazione Santa Clelia Barbieri di Porretta Terme (BO) e dalla Fondazione Casa della Carità di Milano.

Bibliografia

- Abbinante M.M., Gorgoni G., Narracci O. (2016), *I Presidi territoriali in Puglia tra presente e futuro*, Salute e Territorio, Fascicolo 211, Anno XXXVII, Dicembre 2016, Pisa, Pacini Editore, pp. 1023-28.
- Barsanti S., Bonciani M. (2017) (a cura di), *Il Quaderno delle Case della Salute*, Polistampa, Firenze.
- Bonciani M., Barsanti S., Matarrese D. (2015), *Esperienze di integrazione nell'assistenza primaria basate sulla co-location dei servizi: quali prospettive per il modello delle Case della Salute?*, Mecosan, 96, pp. 81-121.
- Brambilla A., Maciocco G. (2016), *Le case della salute. Innovazione e buone pratiche*, Roma, Carocci.
- Campedelli M. (2016), *Note sulle Case della Salute. Tra riorganizzazione (sanitaria), integrazione (sociosanitaria) e ricomposizione di attori e determinanti di salute*. R&P, Il Pensiero Scientifico Editore, 33: pp. 63-71.
- Colombo M., Figorilli L. (2016), *La Casa della Salute al centro della rete territoriale*, Salute e Territorio, Fascicolo 211, Anno XXXVII, Dicembre 2016, Pisa, Pacini Editore, pp. 1017-23.
- Del Vecchio M., Prenestini A., Rappini V. (2014), «La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi», in Cergas Bocconi, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2014*. Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Prenestini A., Rappini V. (2016), «Le nuove strutture intermedie: modelli organizzativi, target di utenti e formule di servizio», in Cergas Bocconi, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2016*. Milano, Egea.
- Morando V., Tozzi V.D. (2016), «Lo zibaldone delle Cure intermedie in Italia», in Cergas Bocconi, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2016*. Milano, Egea.
- Prandi F., Riboldi F. (2016), *Riflettendo sulla «Casa della Salute»*, R&P, Il Pensiero Scientifico Editore, 32: pp. 113-125.
- Rappini V. (2016) (a cura di), *Le case della salute*, Salute e Territorio, Fascicolo 211, Anno XXXVII, Dicembre 2016, Pisa, Pacini Editore.
- Sarchi C. (2016), *Il nuovo sistema di welfare in Lombardia*, Salute e Territorio, Fascicolo 211, Anno XXXVII, Dicembre 2016, Pisa, Pacini Editore, pp. 1002-1007.

14 Politiche del farmaco ed impatto sulla spesa: gli effetti di quindici anni di decentramento nel SSN, con un focus sull'adozione di forme alternative di distribuzione dei farmaci

di Patrizio Armeni, Arianna Bertolani, Francesco Costa, Claudio Jommi e Monica Otto¹

14.1 Introduzione, obiettivi, materiali e metodi

Il governo dell'assistenza farmaceutica, nonostante il presidio centrale dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), mantiene un elevato grado di decentramento, originatosi con la modifica del Titolo V della Costituzione operata nel 2001 e con l'approvazione della L. 405/01. La seconda riforma del Titolo V della Costituzione, che avrebbe di fatto eliminato il principio della legislazione concorrente Stato-Regioni, non ha superato il vaglio referendario a dicembre 2016 e questo perpetuerà la variabilità delle politiche regionali. Ci sono state diverse iniziative finalizzate a ridurre l'autonomia delle regioni, dalla immediata disponibilità di farmaci innovativi e di quelli a innovatività potenziale (ora definita «condizionata») sui mercati regionali, all'intervento di AIFA nella valutazione dell'equivalenza terapeutica ai fini della sua applicazione nelle gare per farmaci, agli interventi di indirizzo sulle iniziative di governo regionale (e locale) del comportamento prescrittivo, finalizzati al raggiungimento di risparmi legati al maggiore utilizzo di farmaci a brevetto scaduto, fino ai più recenti interventi sulle politiche relative alle molecole biotecnologiche a brevetto scaduto.

Per quanto la variabilità delle politiche del farmaco adottate nel tempo a livello regionale fornisca una base informativa di grande interesse per la valutazione di impatto di tali politiche, le evidenze su tale aspetto non sono numerose. Un recente studio dei ricercatori dell'Osservatorio Farmaci del CERGAS

¹ Questo capitolo illustra i risultati di una delle due ricerche che ogni anno vengono svolte dall'Osservatorio Farmaci del Cergas Bocconi. L'Osservatorio Farmaci, nato nel 1997, è finanziato da Abbvie, AstraZeneca, Bayer, Boehringer Ingelheim, Glaxo Smith Kline, Janssen Cilag, Merck Sharp & Dohme, Novartis, Pfizer, Sanofi, Roche e Takeda. Per quanto il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§ 14.1 e 14.6 sono da attribuire a Claudio Jommi, i §§ 14.2 e 14.4 a Monica Otto, i §§ 14.3.1, 14.3.2 ad Arianna Bertolani, il § 14.3.3 a Francesco Costa ed il § 14.5 a Patrizio Armeni

SDA Bocconi ha indagato gli effetti delle politiche regionali di governo della domanda (compartecipazioni alla spesa, target prescrittivi sui medici e prezzi di riferimento applicati a Categorie Terapeutiche Omogenee – CTO, vedi *infra*) sulla spesa farmaceutica pubblica e privata (Armeni *et al.*, 2016). Alcuni studi hanno indagato gli effetti dei prontuari regionali sui tempi di accesso dei farmaci oncologici (Prada *et al.*, 2017) e sul tasso di penetrazione del mercato da parte di tali prodotti (Russo *et al.*, 2010). Esistono invece poche evidenze sugli effetti degli acquisti (centralizzazione e formule competitive) e sulle forme alternative di distribuzione dei farmaci.

Scopo del presente capitolo è di (i) fornire un quadro delle politiche del farmaco adottate a livello regionale e del trend della spesa farmaceutica, aggiornando una precedente analisi dell'Osservatorio Farmaci (Jommi *et al.*, 2012) e (ii) analizzare l'impatto di forme alternative di distribuzione dei farmaci sull'andamento della spesa farmaceutica pubblica, coprendo quindi uno dei due gap della letteratura sopra citati.

L'analisi si è avvalsa (i) dell'attività di raccolta sistematica, da parte dell'Osservatorio Farmaci del CERGAS SDA Bocconi, delle azioni di governo regionale dell'assistenza farmaceutica e dei dati di spesa farmaceutica; (ii) di un'analisi statistica per la valutazione di impatto delle forme alternative di distribuzione dei farmaci (e del loro mix) sulla spesa farmaceutica pubblica.

Il capitolo è così strutturato. Dopo una breve introduzione sul contesto regolatorio nazionale (§ 14.2), vengono analizzate le politiche regionali (§ 14.3) ed i trend della spesa farmaceutica a livello nazionale e regionale (§ 14.4). Il capitolo prosegue con la valutazione di impatto delle forme alternative di distribuzione dei farmaci sulla spesa farmaceutica pubblica (§ 14.5) e si chiude con alcune riflessioni generali sui risultati dell'analisi e sulle implicazioni di policy e di gestione dell'assistenza farmaceutica (§ 14.6).

14.2 Il contesto regolatorio nazionale

L'analisi descrittiva delle politiche di governo dell'assistenza farmaceutica regionale richiede un loro inquadramento nel più ampio contesto regolatorio nazionale. In generale, è possibile affermare che la politica del farmaco in Italia negli ultimi 15 anni è stata caratterizzata:

- da un orientamento al contenimento della spesa, prevalentemente perseguito attraverso la definizione di tetti sulla spesa farmaceutica (Jommi e Minghetti, 2015), che hanno assunto una nuova veste a partire da gennaio 2017. In particolare, si è passati da una logica basata sul criterio dell'utilizzo del farmaco (spesa farmaceutica territoriale, ovvero spesa per farmaci utilizzati sul territorio – 11,35% delle risorse complessive del SSN al netto delle somme

non rendicontate dalle aziende sanitarie² – e spesa farmaceutica ospedaliera – 3,5% delle risorse SSN) ad una incentrata sull’acquisizione del farmaco (spesa farmaceutica convenzionata, ovvero spesa per farmaci acquisiti e distribuiti dalle farmacie aperte al pubblico – 7,96% delle risorse SSN – e spesa farmaceutica per acquisti diretti da parte delle aziende sanitarie – 6,89% delle risorse SSN) (L. 232/2016) (Legge di Bilancio per il 2017);

- ▶ da una forte attenzione al controllo dei prezzi, con il risultato che (i) i prezzi dei nuovi prodotti lanciati sul mercato sono più bassi degli altri principali Paesi Europei (Jommi e Costa, 2013), (ii) dal 2001 al 2016 i prezzi dei farmaci distribuiti dalle farmacie aperte al pubblico sono mediamente calati del 13% (nostra elaborazione su dati IMS Health);
- ▶ da un’applicazione via via più estesa di accordi di rimborso condizionato alla produzione di evidenze sull’efficacia della terapia o di tipo finanziario (Toumi *et al.*, 2017);
- ▶ da numerose genericazioni arrivate in ritardo rispetto ad altri Paesi per effetto della maggiore durata del certificato protettivo complementare e del conseguente allungamento della copertura brevettuale. A ciò si è affiancata, a partire dal 2001, l’applicazione del prezzo di riferimento³ (revisionato poi nel 2011);
- ▶ da una consistente variazione del mix della spesa, sempre più generata dagli acquisti di farmaci da parte di aziende sanitarie, su cui agisce l’importante potere contrattuale dei soggetti acquirenti, e meno dalla distribuzione per tramite di farmacie aperte al pubblico (vedi *infra*).

Il 2017, oltre alla già citata revisione del sistema di tetti sulla spesa farmaceutica, è stato caratterizzato anche dalla revisione del concetto di innovatività dei farmaci. Tale processo ha portato nell’allegato 1 della Det. AIFA 519/2017 all’individuazione del livello di bisogno insoddisfatto, del valore terapeutico aggiunto e della robustezza delle evidenze (determinata attraverso il Metodo *Grade*) come criteri di definizione di farmaci innovativi. Questi ultimi, oltre (come sopra citato) all’accesso immediato ai mercati regionali, godono dell’accesso di fondi *ad hoc* e di alcune facilitazioni (mancata compartecipazione al *payback* dovuto dalle imprese in caso di sfondamento dei tetti di spesa e mancata applicazione dello sconto obbligatorio del 5+5% sul prezzo di lancio del prodotto).

² Le somme non rendicontate dalle aziende sanitarie sono quelle non allocate alle Regioni in fase di riparto delle risorse per il SSN. Includono diverse voci tra cui i finanziamenti alla Croce Rossa Italiana, all’Istituto Zooprofilattico Sperimentale, ecc.

³ Il prezzo di riferimento è il prezzo al quale lo stato rimborsa la prescrizione di una molecola genericata (ovvero di una molecola con almeno un generico disponibile nel normale ciclo distributivo regionale): se viene prescritto e dispensato un farmaco con prezzo superiore a quello di riferimento, la differenza tra i due prezzi è a carico del paziente.

14.3 Il processo di regionalizzazione nel governo dell'assistenza farmaceutica

In questo paragrafo si propone un'analisi delle principali politiche regionali di governo dell'assistenza farmaceutica. In particolare si prendono in considerazione:

- ▶ le politiche di governo (diretto ed indiretto) della domanda ad impatto sul territorio, vale a dire le compartecipazioni alla spesa e le azioni di governo del comportamento prescrittivo;
- ▶ le politiche volte a gestire i farmaci in ambito ospedaliero;
- ▶ le forme alternative di distribuzione dei farmaci.

14.3.1 Le politiche di governo (diretto ed indiretto) della domanda

Allo scopo di governare (direttamente o indirettamente) la domanda e di tenere sotto controllo la spesa farmaceutica sul territorio, le Regioni italiane negli ultimi 15 anni si sono attivate principalmente su due fronti: l'attivazione di compartecipazioni alla spesa in quota fissa e la definizione di target prescrittivi (ed in parte di prezzi di riferimento).

Le compartecipazioni del cittadino alla spesa farmaceutica

In Italia esistono due forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica in capo ai cittadini: il differenziale rispetto al prezzo di riferimento ed i ticket in quota fissa (calcolato come contributo per confezione e/o ticket per ricetta). Se il primo è determinato a livello nazionale (*vedi sopra*), i secondi, con l'entrata in vigore della L. 405/01, sono diventati di competenza regionale. Le singole regioni, oltre a determinare l'entità della compartecipazione in quota fissa, possono prevedere forme di esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica in grado di limitare o, in alcuni casi, annullare il pagamento del ticket. Le esenzioni vengono applicate in diversi casi quali la presenza di patologie croniche dell'assistito, condizioni di invalidità (totale o parziale) e basso livello di reddito. Al momento della redazione di questo capitolo (informazioni aggiornate al 31/7/2017) tutte le regioni italiane hanno attivato forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica, ad eccezione del Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna.

L'incidenza delle compartecipazioni totali sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda (ovvero al lordo delle compartecipazioni stesse e di sconti richiesti alla filiera del farmaco) è più che raddoppiata negli ultimi anni, passando dal 6,6% del 2009 al 14,5% del 2016 (Tabella 14.1). Questo fenomeno è l'effetto combinato dell'andamento delle due tipologie di compartecipazioni alla spesa farmaceutica descritte. In particolare, il differenziale rispetto al prezzo di

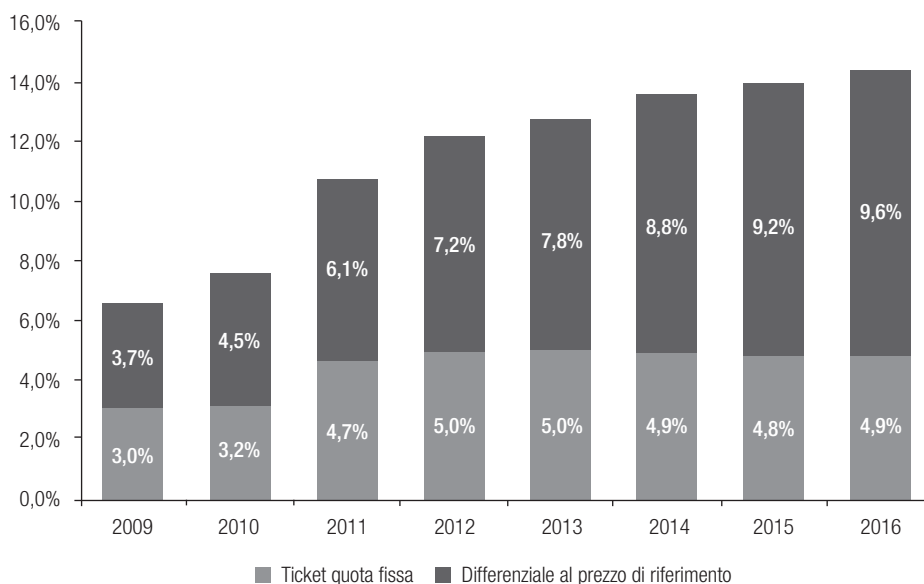
Tabella 14.1 **Incidenza percentuale delle compartecipazioni totali (prezzo di riferimento + ticket in quota fissa) sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda a livello regionale. Anni 2002-2016**

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	7,0%	9,3%	8,9%	7,9%	6,9%	6,8%	5,1%	5,7%	6,4%	8,7%	9,5%	9,6%	10,0%	10,2%	10,3%
Aosta	0,4%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	1,1%	2,0%	3,0%	3,7%	5,9%	7,1%	7,2%	8,0%	8,3%	20,8%
Lombardia	1,1%	9,4%	8,6%	7,1%	7,1%	7,6%	8,5%	9,5%	10,2%	12,5%	13,7%	14,4%	15,1%	15,1%	15,3%
Bolzano	3,0%	5,7%	5,3%	5,3%	6,1%	6,8%	7,7%	8,7%	9,4%	12,0%	14,4%	14,9%	15,3%	15,7%	15,9%
Trento	1,5%	0,8%	0,7%	0,8%	0,7%	1,0%	1,7%	2,7%	3,4%	4,7%	5,6%	5,7%	6,4%	9,7%	11,8%
Veneto	4,3%	7,2%	6,7%	6,4%	6,5%	7,1%	8,3%	9,4%	10,5%	13,6%	15,2%	16,1%	16,9%	17,3%	17,5%
Friuli	0,6%	0,8%	0,7%	0,8%	0,7%	1,0%	2,0%	3,1%	3,8%	6,0%	7,2%	7,4%	8,1%	8,5%	8,7%
Liguria	8,4%	9,8%	9,0%	2,1%	2,1%	3,6%	4,3%	5,3%	6,3%	9,4%	13,8%	14,3%	14,9%	15,3%	15,9%
EmiliaRom	0,5%	0,9%	0,8%	0,9%	0,9%	1,3%	2,2%	3,4%	4,4%	7,5%	9,9%	10,4%	11,4%	12,0%	12,5%
Toscana	0,5%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	1,4%	2,4%	3,7%	4,5%	7,0%	9,3%	10,2%	11,1%	11,9%	12,7%
Umbria	0,5%	0,9%	0,8%	0,9%	0,9%	1,2%	2,3%	3,6%	4,6%	7,7%	9,7%	9,9%	11,0%	11,5%	12,0%
Marche	0,7%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	1,3%	2,2%	3,5%	4,5%	7,1%	8,4%	8,6%	9,3%	9,7%	10,0%
Lazio	3,1%	3,4%	3,1%	3,1%	0,7%	1,5%	3,6%	7,6%	8,0%	10,0%	11,9%	12,3%	13,6%	13,8%	14,2%
Abruzzo	1,8%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	3,1%	3,9%	6,7%	7,9%	9,8%	10,7%	11,1%	11,7%	12,0%	12,2%
Molise	2,4%	4,6%	4,5%	4,8%	4,8%	5,6%	6,4%	7,6%	8,8%	11,1%	14,3%	14,8%	15,6%	15,7%	16,3%
Campania	1,1%	1,2%	1,0%	1,1%	1,1%	3,9%	4,3%	5,6%	8,0%	14,0%	14,8%	14,5%	16,3%	16,6%	17,5%
Puglia	3,3%	7,7%	6,7%	5,5%	2,8%	3,6%	3,8%	4,4%	5,1%	12,2%	14,0%	14,5%	15,2%	15,4%	15,8%
Basilicata	0,7%	1,0%	0,9%	1,0%	0,9%	1,2%	2,1%	3,1%	4,1%	7,6%	12,1%	13,7%	15,7%	16,1%	16,6%
Calabria	3,9%	6,2%	5,6%	3,6%	0,8%	1,5%	2,3%	6,5%	8,5%	10,3%	11,2%	11,8%	12,6%	13,0%	13,4%
Sicilia	3,8%	7,4%	4,2%	4,6%	3,6%	7,1%	8,9%	10,2%	10,8%	13,9%	14,0%	14,5%	16,0%	16,6%	17,0%
Sardegna	2,1%	2,7%	1,0%	0,7%	0,7%	1,8%	2,4%	3,3%	4,1%	5,9%	6,5%	7,1%	7,9%	8,4%	8,8%
Italia	2,7%	5,2%	4,4%	3,8%	3,1%	4,2%	5,1%	6,6%	7,6%	10,8%	12,2%	12,8%	13,7%	14,0%	14,5%
<i>Nord</i>	3,1%	7,1%	6,6%	5,3%	5,2%	5,7%	6,2%	7,2%	8,0%	10,6%	12,2%	12,8%	13,5%	13,8%	14,2%
<i>Centro</i>	1,9%	2,2%	2,1%	2,1%	0,8%	1,4%	3,0%	5,8%	6,4%	8,6%	10,6%	11,1%	12,2%	12,6%	13,1%
<i>Sud e Isole</i>	2,6%	4,7%	3,5%	3,2%	2,1%	4,2%	5,0%	6,5%	7,8%	12,1%	13,1%	13,7%	14,6%	15,0%	15,5%

Nota: in grigio gli anni in cui risultano attivi ticket in quota fissa.

Fonte: elaborazioni OSFAR su dati Federfarma ed AIFA

Figura 14.1 **Incidenza percentuale delle compartecipazioni (distinte in prezzo di riferimento e ticket in quota fissa) sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda. Anni 2009-2016**



Nota: la spesa convenzionata lorda è la spesa per farmaci a carico SSN rimborsati su ricetta SSN dispensata in farmacia aperta al pubblico al lordo delle compartecipazioni e degli sconti a carico della filiera.

Fonte: elaborazioni OSFAR su dati AIFA

riferimento ha assunto nel tempo un peso crescente sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda (dal 3,7% nel 2009 al 9,6% nel 2016), mentre il ticket fisso regionale è aumentato ad un tasso significativamente inferiore nello stesso periodo (dal 3% nel 2009 al 4,9% nel 2016) (Figura 14.1).

L'importante crescita delle compartecipazioni alla spesa collegate al prezzo di riferimento può trovare una spiegazione nell'effetto combinato (i) del numero crescente di molecole generate, cui si applica il prezzo di riferimento, come conseguenza delle scadenze brevettuali; (ii) del ricorso a medicinali più costosi rispetto al prezzo di riferimento e (iii) della riduzione dei prezzi di riferimento, avvenuto nel 2011.

Osservando poi l'andamento storico dell'incidenza delle compartecipazioni alla spesa sulla spesa farmaceutica lorda (Tabella 14.1), emerge come alcune regioni abbiano scelto di attivare ticket in quota fissa solo nel recente passato, arrivando così a registrare un'incidenza delle compartecipazioni sulla spesa farmaceutica lorda superiore al 10%: è il caso di Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Basilicata e Calabria (che hanno per la prima volta introdotto il ticket in quota fissa tra il 2011 ed il 2013) sino alla Provincia Autonoma di Trento (dal

2015) ed alla Valle d'Aosta (2016). Le regioni che, invece, hanno deciso di non introdurre forme di compartecipazione in quota fissa mantengono l'incidenza delle compartecipazioni (rappresentate pertanto dal differenziale al prezzo di riferimento) al di sotto del 10%. Infine, nel 2016 l'incidenza delle compartecipazioni sulla spesa farmaceutica lorda risulta essere più elevata nel Sud e nelle Isole (15,5%), a causa di una maggiore propensione all'acquisto di farmaci *brand* rispetto ai corrispettivi generici.

Il governo del comportamento prescrittivo

Le regioni hanno implementato due tipologie di azioni di governo del comportamento prescrittivo: (i) prezzi di riferimento per Categorie Terapeutiche Omogenee (CTO) e (ii) quote o indirizzi prescrittivi per CTO.

Il prezzo di riferimento per CTO è un meccanismo di regolamentazione che consiste nel fissare un prezzo massimo di rimborso dei farmaci a carico del SSN per tutti i prodotti inseriti in uno stesso gruppo di riferimento e considerati intercambiabili (denominate appunto CTO). Durante i primi sei mesi del 2007, nove regioni (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna) hanno introdotto il prezzo di riferimento per i farmaci antiulcera – inibitori di pompa protonica (ATC A02BC), rimborsando soltanto il costo del farmaco generico *lansoprazolo*. La L. 244/07 ha però annullato i provvedimenti regionali che disponevano la rimborsabilità totale o parziale dei farmaci equivalenti secondo il criterio delle CTO, fatte salve ratifiche adottate dall'AIFA prima del 1 ottobre 2007. Tale disposizione non ha previsto però alcun effetto retroattivo e, di conseguenza, le regioni che già avevano introdotto il prezzo di riferimento per CTO hanno potuto mantenerlo.

Ad oggi, quindi, le regioni non possono più introdurre prezzi di riferimento per CTO, ma mantengono la facoltà di introdurre target o indirizzi prescrittivi per categorie terapeutiche omogenee. Le quote o gli indirizzi prescrittivi per CTO hanno lo scopo di stimolare l'uso di farmaci a brevetto scaduto o, più in generale, economici. In affiancamento a questa politica regionale, AIFA con la L. 122/10 ha introdotto centralmente target di incremento per le molecole a brevetto scaduto nell'ambito delle categorie a più elevato impatto di spesa, quali inibitori di pompa protonica, farmaci antiipertensivi (farmaci attivi sul sistema renina – angiotensina, ACE inibitori, β -bloccanti, calcio antagonisti, sartani, antagonisti dei recettori alfa adrenergici), farmaci ipocolesterolemizzanti (come gli inibitori dell'idrossi-metil-glutaril-CoA reductasi, in prevalenza statine), antidepressivi (serotoninergici), e farmaci per osteoporosi (bifosfonati).

Gli indirizzi e i target prescrittivi vengono periodicamente rivisti e aggiornati da parte delle singole regioni, determinando un'elevata variabilità interregionale sulle politiche collegate al governo del comportamento prescrittivo (Tabella 14.2). In generale, tali quote prescrittive sono state introdotte nelle regioni del Centro-Sud attraverso azioni specifiche collegate ai piani di rientro dai disavan-

Tabella 14.2 **Quote e indirizzi prescrittivi regionali**

Regioni	A02BC	C08CA-C08DA	C09	C10AA-C10BA	M05BA	N06AB	C04CA	Altri
Piemonte	X				X			
Aosta	X		X	X				B01AB (Eparine)
Bolzano	X		X	X		X		
Friuli			X	X	X	X		
Liguria	X	X	X	X		X	X	M01AC (Antinfiammatori oxicam derivati), B01AB (Eparine), J01DC (Cefalosporine di seconda generazione), N06AX (Altri antidepressivi), J01FA (Macrolidi)
Toscana	X	X	X	X	X	X	X	N06AX (Altri antidepressivi), N02AA01 (Morfina)
Umbria	X		X	X		X		
Marche	X	X	X	X		X	X	N02AA01 (Morfina); N06AX (Antidepressivi)
Lazio	X	X	X	X	X	X		Antimocotici per uso sistemico; Beta bloccanti (C07AB)
Abruzzo	X	X	X	X	X	X		Antinfiammatori Cortisonici Inal. (R01AD, R03BA)
Molise	X		X	X				
Campania	X		X	X		X		Antibatterici (J01)
Puglia	X		X	X		X		
Basilicata	X		X	X				Antibatterici (J01)
Calabria	X		X	X		X		Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM)
Sicilia	X		X	X		X	X	N06AX (Altri antidepressivi), N02AA01 (Morfina)
Sardegna	X		X	X		X		

Nota: aggiornamento a luglio 2017

Legenda:

A02BC: Inibitori di pompa protonica (antiulcera); C08CA-C08DA: Calcio antagonisti (antipertensivi); C09: Farmaci attivi sul sistema renina-angiotensina (antipertensivi); C10AA-C10BA: Inibitori HMG CoA reduttasi (Statine) (ipocolesterolemizzanti); M05BA: Bisfosfonati (farmaci per osteoporosi); N06AB: Serotoninergici (antidepressivi); C04CA: Antagonisti Recettori α -adrenergici (antipertensivi)

zi finanziari in ambito sanitario, mentre in altre regioni prevale un approccio più flessibile ed aperto alla condivisione con i clinici – o rappresentanti degli stessi – rispetto alla definizione degli obiettivi prescrittivi.

14.3.2 La gestione dei farmaci in ambito ospedaliero

Con riferimento ai farmaci utilizzati in ambito ospedaliero, le regioni hanno adottato diverse soluzioni normative ed organizzative per coniugare il soddisfacimento dei bisogni terapeutici dei pazienti con la tenuta economica del sistema, tra cui:

- ▶ definizione di procedure e modalità di inserimento del farmaco negli eventuali prontuari regionali e/o locali;
- ▶ iniziative di finanziamento di farmaci innovativi e ad alto costo, alternative o integrative rispetto alle tariffe (come ad esempio il File F);
- ▶ individuazione di centri autorizzati alla prescrizione di medicinali autorizzati da AIFA;
- ▶ centralizzazione regionale e interaziendale degli acquisti.

Nel presente paragrafo vengono descritte le iniziative regionali a più alto impatto sull'accesso dei farmaci innovativi e ad alto costo, focalizzandosi pertanto sui prontuari, l'utilizzo del file F e la centralizzazione degli acquisti.

I prontuari regionali

Il prontuario regionale è un elenco di farmaci prescrivibili, estratto dal Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN), che è messo a disposizione degli operatori sanitari per l'assistenza farmaceutica diretta ai cittadini (lista positiva di farmaci). Il prontuario terapeutico regionale (PTR) può essere di due tipi: (i) vincolante, se vieta l'inserimento di medicinali non presenti al suo interno nei prontuari locali (di aziende sanitarie); (ii) non vincolante, se ha solamente funzione di «indirizzo» relativamente ai medicinali da inserire nei prontuari locali.

La redazione e la gestione del prontuario è di solito affidata ad una commissione terapeutica, che seleziona i farmaci da inserire nel prontuario basandosi su differenti criteri di valutazione, come l'efficacia, la sicurezza, il profilo costo-beneficio, l'impatto finanziario e la facilità di utilizzo. Le commissioni terapeutiche sono tendenzialmente composte da clinici e farmacisti, ma solo raramente da economisti sanitari e personale amministrativo (Jommi *et al.*, 2013).

Nella maggior parte delle regioni italiane è presente un PTR con carattere vincolante, con l'eccezione di Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Veneto che hanno adottato prontuari aziendali (il Veneto ha abbandonato di recente il prontuario regionale). Infine, la Regione Toscana, in coerenza con l'organizzazione del suo sistema sanitario, utilizza prontuari di Area Vasta.

I PTR sono stati ampiamente criticati perché il loro utilizzo potrebbe comportare una differente disponibilità dei farmaci ai pazienti nelle diverse regioni, creando in questo modo potenziali iniquità in un servizio sanitario come quello italiano, in cui la salute è un diritto universale tutelato costituzionalmente. In particolare, la loro diffusione ridurrebbe l'equità di accesso al farmaco in senso orizzontale (diverso accesso per pari bisogno), come effetto (i) della mancata inclusione di un farmaco, (ii) del suo inserimento per indicazioni più restrittive rispetto a quelle autorizzate a livello centrale, (iii) del suo inserimento in tempi differiti.

Dalla letteratura emerge come l'accesso ai trattamenti oncologici risulta essere più rapido nelle regioni che non hanno adottato un prontuario regionale

rispetto a quelle in cui quest'ultimo è presente (45 giorni *versus* 182,5 giorni) (Russo *et al.*, 2010). In un più recente lavoro (Prada *et al.*, 2017), è stato evidenziato come i tempi medi tra la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della determina di AIFA relativa al prezzo e al rimborso del farmaco ed il primo acquisto regionale variano da 120 giorni (in Lombardia) a 279 giorni (in Basilicata). Tale variabilità può essere influenzata dalla presenza dei prontuari regionali e/o dai tempi di approvazione degli stessi.

La centralizzazione degli acquisti e l'uso dell'equivalenza terapeutica in gara

L'uso dell'equivalenza terapeutica nelle gare (lotti costituiti da diverse molecole per lo stesso target), e la centralizzazione sono due aspetti chiave delle politiche di acquisto. L'obiettivo delle regioni è (i) da una parte di allargare il perimetro della concorrenza a tutti i prodotti (inclusi i generici e biosimilari) in caso di molecole fuori brevetto – evitando quindi gare a lotti separati – o a diverse molecole per la stessa indicazione, sfruttando i differenziali di prezzo tra le stesse ed imponendo come prezzo a base d'asta quello unitario più basso; (ii) dall'altra di aumentare, attraverso la centralizzazione (regionale o di area vasta), la dimensione dei lotti ed il conseguente potere contrattuale dell'acquirente, con ovvie aspettative di prezzi più favorevoli.

Negli ultimi anni il SSN è stato interessato dalla diffusione di soluzioni di accentramento sovra-aziendale dei processi di acquisto, in seguito soprattutto alla forte spinta data dall'emanazione del D.L. 66/14, convertito con modificazioni dalla L. 89/14. Il D.P.C.M. 24 dicembre 2015 ha individuato alcune specifiche categorie di beni e servizi (tra cui i farmaci), per le quali l'acquisto centralizzato diventa obbligatorio oltre determinate soglie economiche (40.000 € per i medicinali). L'obiettivo primario che ha spinto le regioni ad adottare processi di centralizzazione degli acquisti è sicuramente il contenimento della spesa, ottenuto da un lato con la riduzione di prezzo generata dall'aumento del potere di acquisto e dall'altro mediante una riduzione delle procedure amministrative. Il processo di centralizzazione degli acquisti è stato implementato nelle varie regioni in maniera eterogenea e ha avuto inizio in alcune di esse sin dagli inizi degli anni 2000 (Emilia Romagna e Toscana). Ad oggi, tutte le regioni italiane hanno attivato una struttura organizzativa deputata alla gestione centralizzata degli acquisti.

Con riferimento all'uso dell'equivalenza terapeutica in gara, in seguito ad alcune prime esperienze a livello regionale/locale, si è sentita l'esigenza di fornire raccomandazioni nazionali sul suo utilizzo. È stato quindi introdotto il D.L. 95/12 convertito con modificazioni nella L. 135/12, in cui si prevede che «nell'adottare eventuali decisioni basate sull'equivalenza terapeutica fra medicinali contenenti differenti principi attivi, le regioni si attengono alle motivate e documentate valutazioni espresse dall'AIFA» (articolo 15, comma 11-ter).

Con la Det. 204/2014, AIFA ha quindi adottato le linee guida sulla procedura di applicazione del succitato art. 15, comma 11 ter, della L. 135/12, individuando

il procedimento di rilascio del parere dell'Agenzia, definendo gli ambiti di applicazione della presente norma e chiarendo i casi di esclusione.

I criteri di valutazione utilizzati dalla Commissione Tecnico – Scientifica (CTS) di AIFA per stabilire l'equivalenza terapeutica ai fini dell'acquisto dei farmaci sono stati formalizzati però solamente nel 2016 con la Det. 458, che integrava la precedente Det. 204/2014, specificando gli ambiti di applicabilità dell'equivalenza. Dopo nove mesi di rinvii della data di attuazione, la Det. 458/2016 è stata ritirata da AIFA (Det. 1571/2016), in quanto fortemente criticata da associazioni di cittadini, sindacati dei medici, società scientifiche e mondo dell'industria farmaceutica. Sul tema dell'equivalenza è infine intervenuta la L. 232/2016, dove il comma 407 dell'art. 1 dispone che «nelle procedure pubbliche di acquisto per i farmaci biosimilari non possono essere posti in gara nel medesimo lotto principi attivi differenti anche se aventi le stesse indicazioni terapeutiche»: in sostanza, la norma vieta l'utilizzo dell'equivalenza terapeutica nelle gare aventi per oggetto farmaci biotecnologici a brevetto scaduto con presenza di biosimilari.

Di fatto, quindi, attualmente rimane in vigore il principio secondo cui l'equivalenza terapeutica può essere richiesta dalle regioni ad AIFA, ai sensi della Det. 204/2014.

Finalità ed utilizzo del File F

Il File F, disciplinato all'interno del TUC (Testo Unico per la Compensazione della Mobilità Sanitaria), è nato come flusso informativo per la compensazione della mobilità sanitaria interregionale per: (i) i farmaci distribuiti attraverso forme alternative di distribuzione (vedi par. 14.3.3), (ii) i farmaci oncologici dispensati a pazienti ricoverati in regime di Day Hospital – DH – e remunerati all'interno della tariffa DRG⁴ (per i soli DRG con codice 409, 410 e 492) e (iii) i medicinali contenenti fattori della coagulazione del sangue somministrati a pazienti emofilici ricoverati in regime di ricovero ordinario.

Nel tempo, il File F ha assunto un ruolo sempre più rilevante, data la dimensione crescente dei farmaci interessati. Inoltre, è diventato uno strumento potenziale di governo della spesa farmaceutica a livello regionale per: (i) la compensazione della mobilità infra-regionale tra aziende sanitarie, (ii) il finanziamento dei farmaci ad alto costo utilizzati in regime di DH (laddove le tariffe DRG non risultino remunerative del costo dei farmaci), (iii) la programmazione e il controllo della spesa per farmaci ad alto costo, essendo questi ultimi rendicontati in modo specifico attraverso il File F.

⁴ I DRG (*Diagnosis Related Groups*) sono un sistema di classificazione delle prestazioni di ricovero, basata sulla presunta omogeneità delle risorse assorbite dalle prestazioni aventi lo stesso codice DRG. I codici 409, 410 e 492, rispettivamente riferiti a radioterapia, chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta e chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta, vengono utilizzati per la somministrazione di farmaci oncologici in regime di DH.

Da una recente analisi sul ruolo del File F in nove regioni italiane (Lombardia, Piemonte, Veneto, Toscana, Lazio, Marche, Campania, Sicilia e Sardegna) (Costa *et al.*, 2016) è emersa una forte differenziazione nell'uso di questo strumento.

Nel corso degli anni le regioni hanno adattato e rivisitato in modi differenti il File F, utilizzandolo principalmente (i) come strumento di gestione della mobilità e di finanziamento *ad hoc* per quei farmaci le cui tariffe non risultano remunerative (tutte le regioni analizzate) (ii) come *tool* di programmazione della spesa farmaceutica (Toscana) e (iii) come strumento di monitoraggio della spesa per farmaci «alto-spendenti» (Lombardia, Piemonte, Lazio e Sicilia). Inoltre, soltanto due delle nove regioni oggetto di ricerca, Lombardia e Veneto, applicano tetti *ad hoc* per i farmaci in File F. La definizione di tetti *ad hoc* avviene normalmente su base incrementale, ovvero in relazione all'incremento delle risorse disponibili per la sanità (ed i farmaci) e non in base ad una valutazione prospettica delle risorse necessarie per il finanziamento dei farmaci in File F.

Le tipologie di farmaci inserite e rendicontate attraverso il File F nelle varie regioni sono diverse, ma in generale, le principali prestazioni per cui è prevista la rendicontazione del farmaco tramite il File F sono quelle di carattere oncologico.

A parte il riferimento al TUC non sembrano esserci criteri e processi standard per l'inserimento dei farmaci in File F. Infine, tutte le regioni, in analogia a quanto previsto per la compensazione interregionale, abbattano la tariffa DRG del 90%, con la sola eccezione della Sardegna per quanto riguarda l'assistenza specialistica.

14.3.3 Le forme alternative di distribuzione dei farmaci

La L. 405/01 ha dato alle singole regioni, al fine di coprire eventuali disavanzi accertati o stimati, la possibilità di implementare forme di distribuzione dei farmaci alternative al canale tradizionale, e cioè quello in regime di convenzione.

Le forme alternative di distribuzione sono modalità di dispensazione dei farmaci tipiche del nostro contesto nazionale⁵ e si dividono in Distribuzione Diretta (DD) e Distribuzione in nome e Per Conto (DPC) delle aziende sanitarie.

Sia la DD che la DPC prevedono che particolari farmaci, che possono essere distribuiti sul territorio attraverso le farmacie aperte al pubblico⁶, vengano

⁵ Esistono alcune esperienze limitate in altri Paesi di distribuzione diretta del primo ciclo di terapia alla dimissione del paziente dalle strutture sanitarie.

⁶ La lista dei farmaci dispensabili attraverso la DD e la DPC è riportato nel Prontuario della distribuzione diretta per la presa in carico e la continuità assistenziale ospedale-territorio (PHT). Quest'ultimo è la lista dei medicinali per i quali sussistono le condizioni di impiego clinico e di *setting* assistenziale compatibili con la DD, ma la cui adozione, per entità e modalità dei farmaci

acquistati (attraverso i sistemi di gara tipici della pubblica amministrazione) dalle aziende sanitarie e cioè a prezzo massimo di cessione SSN a cui applicare le eventuali scontistiche tipiche degli acquisti di farmaci da parte delle aziende sanitarie pubbliche.

In particolare, la DD prevede che il farmaco, acquistato dalle aziende sanitarie, venga distribuito agli assistiti tramite le farmacie interne alle stesse strutture per una somministrazione da effettuarsi al domicilio del paziente. Come riportato dalla L. 222/2007, la DD rappresenta l'unica forma di distribuzione del primo ciclo di terapia post ricovero / visita specialistica e nell'ambito di particolari *setting* assistenziali.

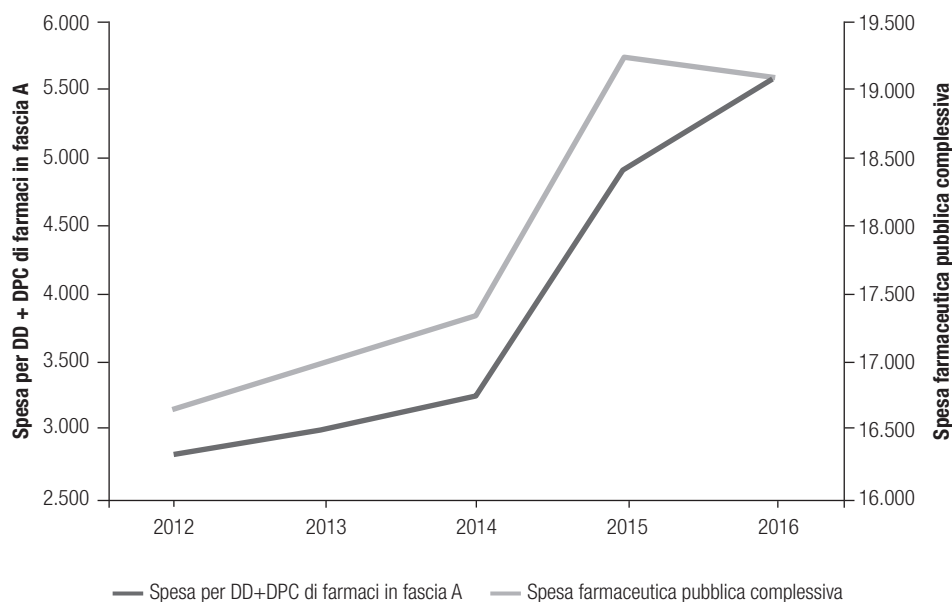
La DPC, come la DD, prevede che il farmaco venga acquistato dalle strutture sanitarie, ma la dispensazione all'assistito avvenga attraverso l'ausilio delle farmacie convenzionate. Il coinvolgimento delle farmacie aperte al pubblico avviene in seguito a particolari accordi stipulati tra le regioni o le aziende sanitarie con le principali sigle sindacali / associazioni di categoria (es. Federfarma). Tali accordi regolano il riconoscimento di un aggio al farmacista e al grossista per il servizio fornito. L'aggio è spesso determinato come quota di spettanza fissa per confezione e non come percentuale sul prezzo al pubblico del farmaco come avviene nel canale convenzionale.

Rispetto alla DD, la DPC è caratterizzata da un esborso finanziario più ampio a carico del SSN (per il riconoscimento dell'aggio al farmacista), ma determina un maggiore sgravio organizzativo a livello della farmacia di struttura, che non dovrà gestire la distribuzione dei farmaci. Inoltre, questa forma di distribuzione consente al paziente di non doversi recare presso le strutture sanitarie per ritirare il farmaco, ma di poter usufruire della maggiore capillarità territoriale delle farmacie aperte al pubblico, pur essendo spesso previsto un doppio accesso alle farmacie (uno per la richiesta del farmaco, uno per il ritiro dello stesso).

Nonostante alcuni studi abbiano provato che la DD consenta dei risparmi sul costo dei farmaci al SSN rispetto alla distribuzione in regime di convenzione ed alla DPC (Jommi e Paruzzolo, 2005; Rega *et al.*, 2010; Jommi *et al.*, 2015), è da tenere in considerazione l'impatto organizzativo che la DD può determinare a livello della struttura erogatrice. Tale impatto è soprattutto associato all'attività della farmacia della struttura sanitaria che, secondo la maggior parte degli studi, non compensa la contrazione del costo dei farmaci, con un effetto di riduzione netta dei costi (Jommi e Paruzzolo, 2005; Jommi *et al.*, 2015; Rega *et al.*, 2010). Uno studio (Garlatti *et al.*, 2014) mostra, invece, un costo complessivo della DD superiore alla DPC. Un ulteriore aspetto rilevante è l'implicazione che la DD può avere sull'assistito che, per ritirare il farmaco prescritto, deve recarsi presso la farmacia ospedaliera o di presidio. Ciò comporta, di fatto, che

elencati, dipende dall'assetto normativo, dalle scelte organizzative e dalle strategie assistenziali definite e assunte da ciascuna regione.

Figura 14.2 **Andamento della spesa sostenuta per farmaci in DD-DPC (Fascia A) e della spesa farmaceutica pubblica complessiva. Anni 2012-2016**



Note: il trend relativo alla DD+DPC fa riferimento all'asse principale sinistro, mentre i trend di spesa complessiva all'asse secondario a destra.

Fonte: elaborazioni OSFAR su dati Monitoraggi della spesa farmaceutica regionale (AIFA) e dati CE (Conti Economici delle aziende sanitarie pubbliche)

il servizio di DD risulta essere meno capillare all'interno del territorio rispetto alla distribuzione convenzionale o alla DPC (cfr. *supra*).

Al momento della redazione di questo contributo (dati aggiornati al 31/7/2017) tutte le regioni hanno attivato la DD e soltanto l'Abruzzo non è ancora entrato a pieno regime per quanto riguarda la DPC nonostante sia già stato siglato il relativo accordo (D.C.A. 114/2016).

L'analisi dei trend storici, sulla base dei dati disponibili dai monitoraggi della spesa farmaceutica regionale AIFA, mostra come la spesa per farmaci di fascia A (farmaci rimborsabili in ospedale e sul territorio) dispensati tramite forme alternative di distribuzione sia in costante aumento negli ultimi quattro anni, in linea (ad eccezione del 2016) con la spesa farmaceutica pubblica complessiva, calcolata come la somma della spesa farmaceutica convenzionata netta e degli acquisti da parte delle aziende sanitarie pubbliche (Figura 14.2). Si rileva, in particolare, un significativo incremento nel 2015 dovuto soprattutto all'introduzione nel mercato dei nuovi farmaci per il trattamento dell'Epatite C classificati da AIFA in A-PHT e distribuiti direttamente dalle aziende sanitarie.

Tabella 14.3 **Incidenza percentuale delle forme alternative di distribuzione dei farmaci in fascia A sulla spesa farmaceutica pubblica complessiva e sulla spesa farmaceutica territoriale. Anni 2013-2016.**

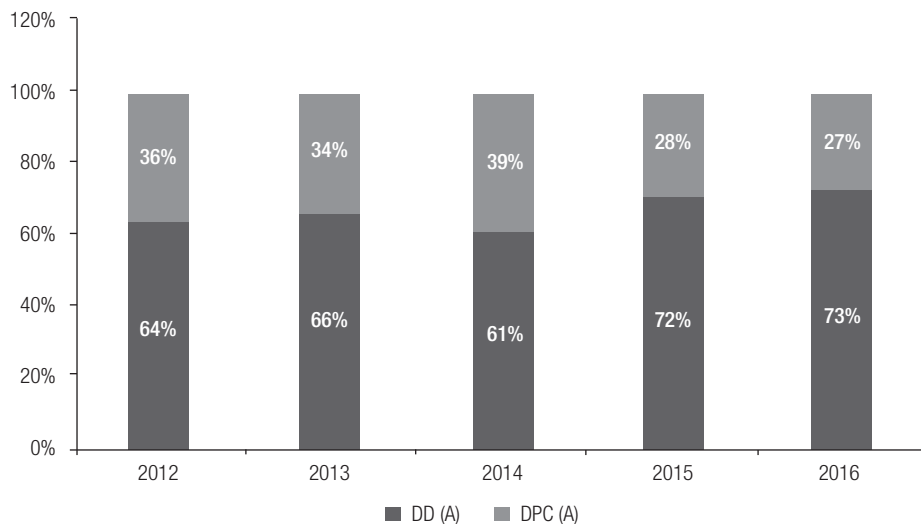
Regioni	Incidenza % DD+DPC sulla spesa farmaceutica pubblica complessiva					Incidenza % DD+DPC sulla spesa farmaceutica territoriale			
	2012	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Piemonte	14,2%	15,7%	17,7%	23,2%	27,6%	23,9%	26,6%	36,3%	45,2%
Aosta	16,4%	17,3%	15,9%	20,2%	23,9%	24,2%	22,6%	31,5%	34,7%
Lombardia	14,4%	14,6%	15,2%	24,1%	27,6%	19,9%	21,0%	35,6%	41,2%
Bolzano	17,5%	17,9%	18,2%	24,0%	27,9%	28,8%	28,9%	38,7%	44,1%
Trento	14,3%	16,9%	17,6%	27,1%	32,1%	22,8%	24,0%	33,9%	40,9%
Veneto	17,4%	18,2%	18,7%	25,0%	27,9%	25,5%	26,7%	37,4%	43,7%
Friuli	15,0%	15,8%	16,4%	21,8%	21,4%	23,8%	25,4%	34,3%	35,3%
Liguria	19,2%	19,9%	20,0%	25,9%	28,5%	27,9%	28,7%	40,8%	46,8%
EmiliaRom	19,5%	19,6%	20,8%	29,3%	32,3%	30,1%	31,9%	46,9%	53,9%
Toscana	21,9%	22,0%	22,4%	28,5%	32,6%	34,4%	35,5%	50,0%	55,3%
Umbria	18,1%	17,8%	17,5%	20,2%	24,2%	26,9%	27,4%	33,4%	42,5%
Marche	18,1%	18,2%	17,2%	22,0%	22,8%	27,4%	27,0%	35,9%	38,5%
Lazio	18,8%	17,5%	19,2%	25,6%	28,2%	24,3%	26,3%	36,9%	42,7%
Abruzzo	14,9%	13,1%	15,4%	19,5%	20,4%	18,9%	22,1%	30,0%	31,9%
Molise	18,1%	17,4%	20,2%	26,3%	30,5%	23,7%	27,2%	37,1%	44,5%
Campania	18,8%	19,8%	20,1%	27,4%	33,7%	25,8%	26,8%	40,8%	51,2%
Puglia	16,7%	17,9%	19,4%	27,6%	32,6%	24,7%	27,0%	42,5%	48,5%
Basilicata	19,4%	19,5%	20,2%	27,5%	28,8%	28,2%	28,5%	41,7%	46,3%
Calabria	14,9%	18,5%	20,1%	24,2%	29,0%	25,2%	27,2%	36,7%	44,0%
Sicilia	14,5%	16,3%	18,0%	25,2%	29,8%	20,6%	23,9%	35,8%	43,7%
Sardegna	16,2%	20,8%	22,6%	28,1%	33,5%	29,8%	32,1%	41,3%	49,7%
Italia	17,0%	17,7%	18,7%	25,6%	29,3%	24,9%	26,6%	38,9%	45,5%
<i>Nord</i>	<i>16,1%</i>	<i>16,7%</i>	<i>17,6%</i>	<i>25,0%</i>	<i>28,2%</i>	<i>24,0%</i>	<i>25,5%</i>	<i>38,0%</i>	<i>44,3%</i>
<i>Centro</i>	<i>19,6%</i>	<i>19,0%</i>	<i>19,8%</i>	<i>25,7%</i>	<i>28,5%</i>	<i>27,8%</i>	<i>29,2%</i>	<i>40,3%</i>	<i>45,9%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>16,5%</i>	<i>18,1%</i>	<i>19,4%</i>	<i>26,2%</i>	<i>31,1%</i>	<i>24,2%</i>	<i>26,4%</i>	<i>39,0%</i>	<i>46,7%</i>

Fonte: elaborazioni OSFAR su dati Monitoraggi della spesa farmaceutica regionale (AIFA) e CE

La spesa per farmaci dispensati in DD e DPC ha visto negli ultimi cinque anni sensibilmente aumentare la sua incidenza sulla spesa farmaceutica pubblica totale, passando dal 17% del 2012 al 29,3% del 2016. Un trend analogo si registra per l'incidenza della spesa per farmaci erogati attraverso DD e DPC sulla spesa farmaceutica territoriale. In particolare il peso delle forme alternative di distribuzione è passato dal 24,9% del 2013 al 45,5% del 2016 (Tabella 14.3).

Per quanto riguarda la composizione percentuale delle forme alternative di distribuzione, i dati mostrano che dal 2012 la DD assume sempre valori superiori al 60% sulla spesa totale per farmaci in fascia A distribuiti attraverso queste tipologie di erogazione. L'incidenza della DD si mostra in continua crescita negli ultimi cinque anni, ad eccezione del 2014 dove si registra un'incidenza pari al 61%. Per quanto riguarda il 2015 e il 2016 il peso assunto dalla DD registra

Figura 14.3 **Incidenza della DD e della DPC (fascia A) sul totale della spesa per farmaci erogati attraverso forme alternative di distribuzione a livello nazionale. Anni 2012-2016**



Fonte: elaborazioni OSFAR su dati provenienti Monitoraggi della spesa farmaceutica regionale (AIFA) e Rapporti OsMED – L'uso dei Farmaci in Italia

un significativo incremento (72% nel 2015 e 73% nel 2016) soprattutto per effetto dei nuovi trattamenti per l'Epatite C che prevedono una dispensazione ad opera delle strutture sanitarie (cfr. *supra*) (Figura 14.3).

Ciò si riflette anche sul peso che DD e DPC assumono sulla spesa farmaceutica territoriale. Il dettaglio relativo al 2016 mostra come l'incidenza percentuale della sola DD si attesti al 33,4% mentre la DPC ha un'incidenza percentuale sulla spesa farmaceutica pari al 12,1%. In particolare, per quanto riguarda la DD, le regioni del Nord e del Sud mostrano valori superiori alla media nazionale (34,4% e 34,3% rispettivamente), mentre, per quanto riguarda la DPC, sono le regioni del Centro ad attestarsi su valori superiori a quelli nazionali (16,3%) (Tabella 14.4).

14.4 Il trend della spesa farmaceutica a livello nazionale e regionale

Il presente paragrafo analizza il trend della spesa farmaceutica nelle sue diverse componenti (spesa pubblica, spesa privata; spesa pubblica per acquisti da parte di aziende sanitarie⁷ e spesa convenzionata netta).

⁷ Si osserva che sia i dati di CE sia i dati di tracciabilità riferiti alle aziende sanitarie includono solo la spesa per farmaci acquistati in aziende sanitarie pubbliche e non quindi dal privato accreditato.

Tabella 14.4 **Spesa regionale per farmaci di fascia A distribuiti attraverso forme alternative di distribuzione e incidenza percentuale di DD e DPC sulla spesa farmaceutica territoriale. Anno 2016. Valori espressi in milioni di euro**

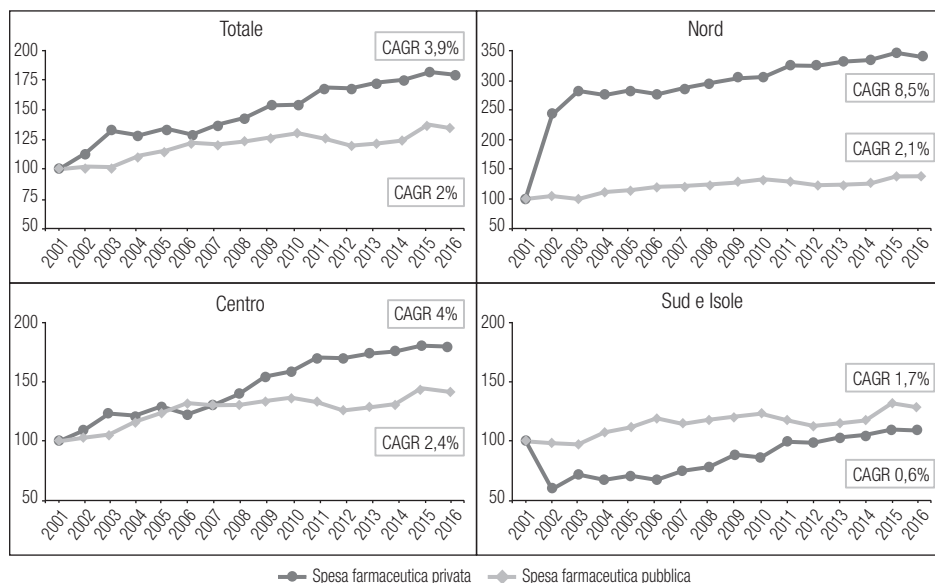
Regioni	Spesa DD + DPC (fascia A)	Spesa DD (fascia A)	Spesa DPC (fascia A)	Inc % DD/spesa territoriale	Inc % DPC/spesa territoriale
Piemonte	375,7	275,2	100,4	32,6%	11,9%
Aosta	7,4	5,1	2,3	23,7%	11,0%
Lombardia	776,9	576,1	200,9	30,5%	10,6%
Bolzano	35,9	27,9	8,0	34,3%	9,8%
Trento	40,1	26,5	13,7	27,0%	13,9%
Veneto	368,8	289,8	79,0	34,8%	9,5%
Friuli	88,1	52,6	35,5	21,1%	14,2%
Liguria	148,2	127,0	21,2	40,1%	6,7%
EmiliaRom	425,8	383,0	42,9	48,5%	5,4%
Toscana	413,1	311,4	101,7	41,7%	13,6%
Umbria	78,0	54,7	23,3	29,8%	12,7%
Marche	127,2	79,2	48,0	24,0%	14,5%
Lazio	543,1	303,4	239,8	23,8%	18,8%
Abruzzo	95,0	95,0	-	31,9%	0,0%
Molise	28,8	15,0	13,8	23,2%	21,3%
Campania	669,5	526,0	143,5	40,2%	11,0%
Puglia	464,8	329,9	134,9	34,4%	14,1%
Basilicata	55,4	38,4	17,0	32,1%	14,2%
Calabria	197,3	96,9	100,4	21,6%	22,4%
Sicilia	454,4	339,1	115,3	32,6%	11,1%
Sardegna	211,8	158,2	53,6	37,1%	12,6%
Italia	5.605,4	4.110,1	1.495,3	33,4%	12,1%
<i>Nord</i>	<i>2.266,9</i>	<i>1.763,1</i>	<i>503,8</i>	<i>34,4%</i>	<i>9,8%</i>
<i>Centro</i>	<i>1.161,5</i>	<i>748,6</i>	<i>412,8</i>	<i>29,6%</i>	<i>16,3%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>2.177,0</i>	<i>1.598,4</i>	<i>578,6</i>	<i>34,3%</i>	<i>12,4%</i>

Fonte: Elaborazioni OSFAR su dati provenienti dal Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale 2016 (AIFA) e dai Rapporto OsMED – L'uso dei Farmaci in Italia Anno 2016

Con riferimento al mix pubblico-privato, a livello nazionale la spesa farmaceutica privata è cresciuta ad un tasso più sostenuto rispetto alla pubblica (CAGR⁸ del 3,9% rispetto al 2%), ad eccezione di quanto avvenuto nel 2015 per effetto dell'introduzione dei farmaci per il trattamento dell'Epatite C (Figura 14.4).

Il differenziale di crescita tra spesa pubblica e privata è stato particolarmente elevato al Nord, dove forme di compartecipazione in quota fissa sono state introdotte su tutto il territorio (ad eccezione di Valle d'Aosta e Friuli Venezia

⁸ Il CAGR (*Compound Annual Growth Rate*) è il tasso di crescita medio composto.

Figura 14.4 **Andamento della spesa farmaceutica pubblica e privata (2001=100)**

Nota: la componente non convenzionata della spesa farmaceutica pubblica è desunta dai dati di CE che presentano una serie storica più completa (dal 2001) rispetto ai dati di tracciabilità.

Fonte: elaborazioni OSFAR su dati IMS Health, Federfarma, AIFA e CE

Giulia) sin dal 2002-2003. Per contro, le regioni del Sud hanno cominciato ad utilizzare tali forme di compartecipazione con maggiore ritardo; ciò ha comportato un'importante contrazione della spesa farmaceutica privata nel 2002, che, tuttavia, è progressivamente aumentata negli anni successivi. Le regioni del Centro, invece, mostrano un andamento piuttosto erratico delle due curve fino al 2007, anno in cui la spesa farmaceutica privata (trascinata dall'introduzione del ticket in quota fissa in Regione Lazio) comincia a registrare tassi di crescita superiori a quella pubblica. L'area geografica che ha fatto registrare il trend di crescita più contenuto per la spesa farmaceutica pubblica (CAGR 1,7%) è il Sud (Figura 14.4), dove si è infatti osservato il maggior calo dell'incidenza della stessa sulla spesa sanitaria pubblica dal 2001 al 2016 (dal 20,8% al 18,7%) (Figura 14.5). È tuttavia comune a tutte le aree geografiche una ripresa di tale incidenza dal 2013 in poi, con una battuta d'arresto nel 2016 (Figura 14.5).

La crescita della spesa farmaceutica pubblica nel tempo è determinata dal significativo incremento dei livelli di spesa per farmaci sostenuti dalle aziende sanitarie per i motivi precedentemente esplicitati (cfr. *supra*). Non si registrano sostanziali differenze tra le diverse aree geografiche e il trend nazionale (Figura 14.6).

Figura 14.5 **Incidenza della spesa farmaceutica pubblica (spesa farmaceutica convenzionata e acquisto di farmaci da aziende sanitarie pubbliche) sulla spesa sanitaria pubblica (2001-2016)**

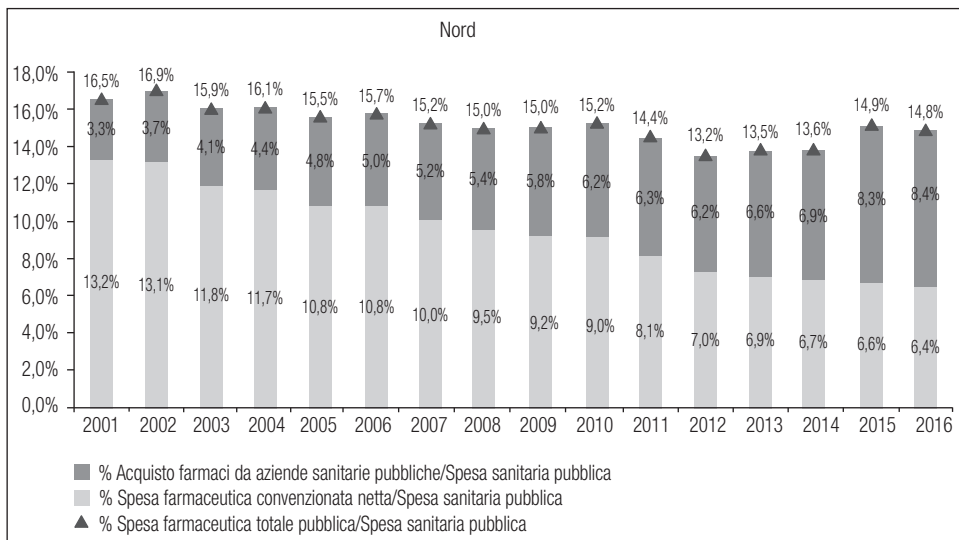
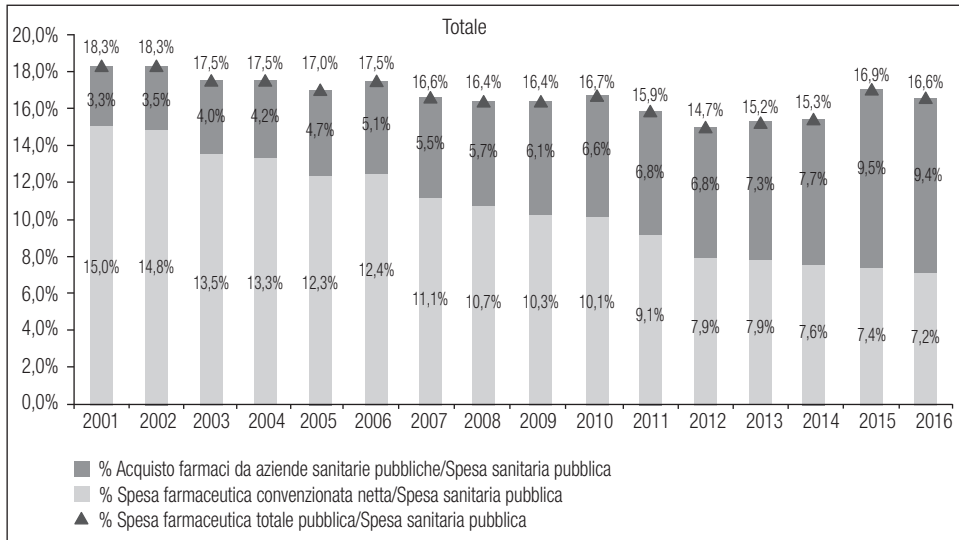
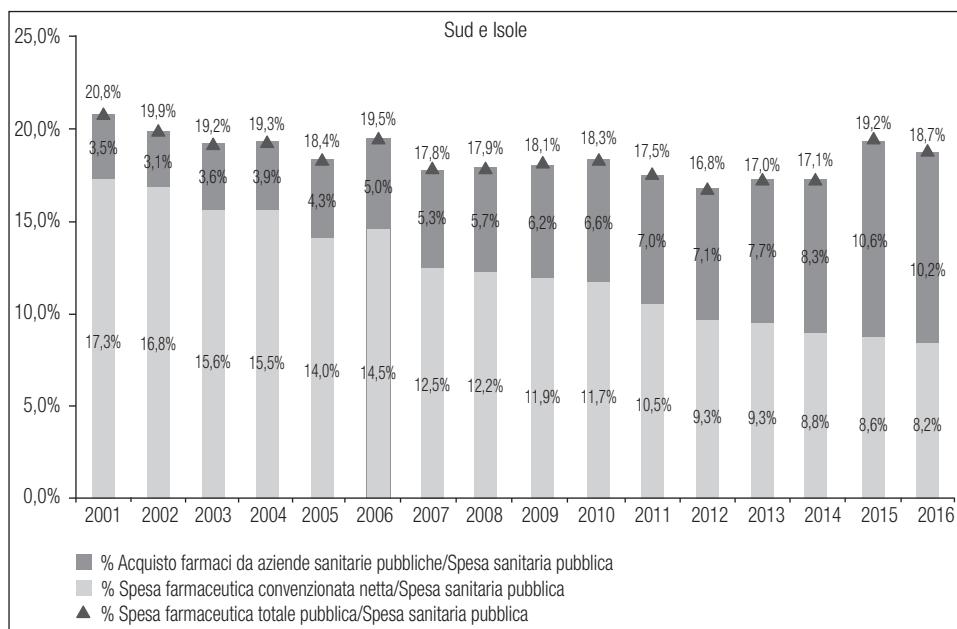
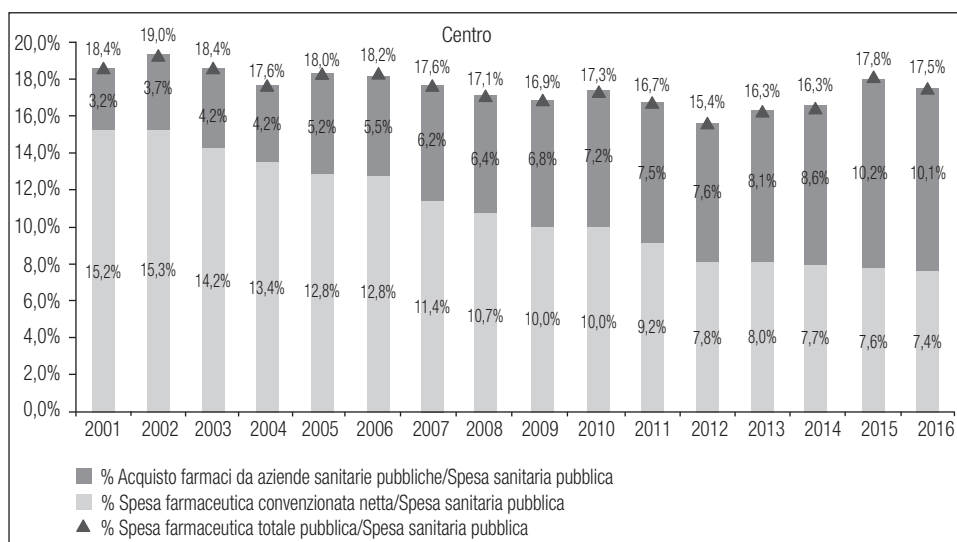


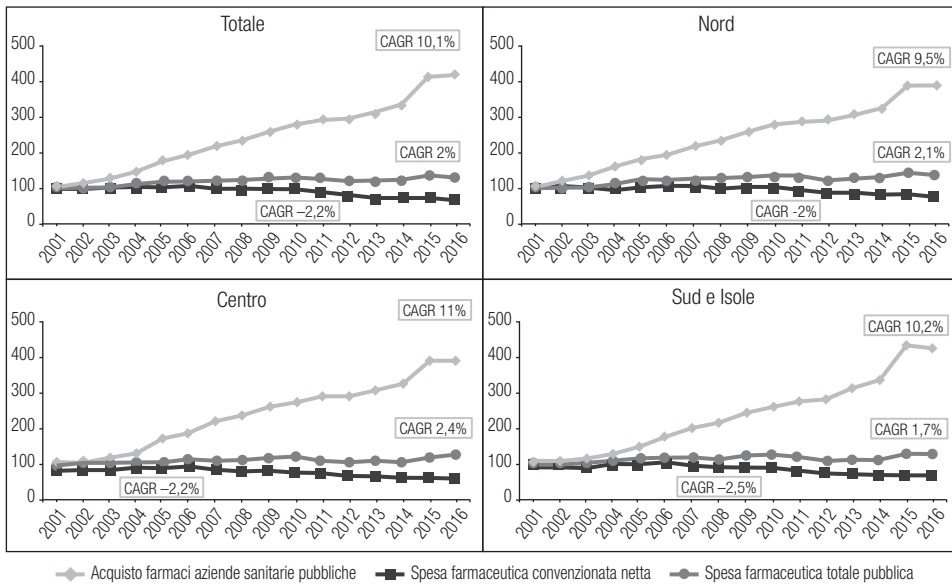
Tabella 14.5 (segue)



Nota: la componente non convenzionata della spesa farmaceutica pubblica è desunta dai dati CE che presentano una serie storica più completa (dal 2001) rispetto ai dati di tracciabilità.

Fonte: elaborazioni OSFAR su dati IMS Health, AIFA, Federfarma, CE e Ministero della Salute

Figura 14.6 **Crescita della spesa farmaceutica pubblica totale, convenzionata e non convenzionata (acquisti delle aziende sanitarie) (2001=100)**



Nota: la componente non convenzionata della spesa farmaceutica pubblica è desunta dai dati CE che presentano una serie storica più completa (dal 2001) rispetto ai dati di tracciabilità.

Fonte: elaborazioni OSFAR su dati IMS Health, AIFA, Federfarma e CE

14.5 La relazione tra spesa farmaceutica pubblica complessiva e l'incidenza delle forme alternative di distribuzione

Il presente paragrafo intende analizzare l'impatto delle forme alternative di distribuzione sulla spesa farmaceutica pubblica complessiva.

Tale valutazione è complessa per due motivi. In primo luogo, sebbene DD e DPC siano oggetto di specifico monitoraggio dal 2007 (D.M. 31 luglio 2007), i flussi informativi pubblici dettagliati non sono attualmente disponibili, poiché nei monitoraggi di AIFA è riportata soltanto la spesa dell'aggregato DD+DPC relativa ai farmaci di fascia A. Inoltre, tali monitoraggi sono pubblicati con cadenza non costante (sebbene tendenzialmente mensile), rendendo impossibile la costruzione di una serie storica mensile e per regione. Pertanto, ai fini di questa analisi sono stati utilizzati i dati mensili regionali di fonte IMS Health (valorizzati a prezzi teorici di cessione). In secondo luogo, il trend della spesa per DD e DPC mostra una netta correlazione positiva con quello della spesa farmaceutica pubblica complessiva ($\rho=0,81^9$), a causa dell'ingresso sul mer-

⁹ L'indice di correlazione di Pearson (ρ) esprime la relazione lineare tra due variabili. Il suo

cato, negli anni, di farmaci innovativi e/o ad alto impatto finanziario, distribuiti in DD.

Inoltre, non va dimenticato il fatto che le voci di spesa sono influenzate anche dall'insieme delle politiche farmaceutiche, il cui effetto, in questo caso, è controllato tramite l'introduzione di variabili temporali. Di conseguenza, osservando i dati da un punto di vista puramente descrittivo, appare evidente un trend molto simile per la spesa per forme alternative di distribuzione e la spesa farmaceutica pubblica complessiva (Figura 14.2).

Tuttavia, parlare di *impatto* delle forme alternative di distribuzione dei farmaci significa andare oltre al mero effetto di composizione (ovvero la correlazione positiva tra spesa per DD/DPC e spesa farmaceutica pubblica totale dovuta al fatto che la prima è una componente della seconda). Per impatto, infatti, andrebbe intesa la differenza tra la spesa totale generata in presenza delle forme alternative di distribuzione dei farmaci e la spesa totale che sarebbe stata generata, a parità di farmaci prescritti, in assenza di esse. Tale analisi è parzialmente possibile per la DPC, perché nell'arco del periodo considerato per le analisi (2012-2016) una regione non ha introdotto la DPC (Abruzzo) e una l'ha introdotta nel corso del periodo (la Sicilia l'ha introdotta nel 2014). Quindi, nel caso della DPC è possibile analizzare l'impatto sulla spesa attraverso un'analisi *difference in differences*¹⁰. La DD, invece, è stata introdotta in tutte le regioni nel periodo considerato e, quindi, il confronto con un campione «di controllo» non è possibile. Per la DD si è proceduto, pertanto, al confronto, a parità di altre condizioni, tra regioni con un'incidenza elevata della DD sulla spesa totale e regioni dove tale incidenza è più bassa. Per valutare l'impatto in modo più intuitivo, prima di illustrare i risultati dell'analisi statistica, viene proposta un'analisi grafica.

La Figura 14.7 presenta la relazione tra spesa per acquisti diretti e spesa farmaceutica pubblica totale a diversi livelli di incidenza della DD (Figura 14.7 A) e della DPC (Figura 14.7 B). Come si evince dalla figura, una maggiore incidenza di entrambe le forme alternative di distribuzione (asse delle ascisse) (incidenza DD >15% e incidenza DPC >5%) è associata ad un minor livello di spesa totale mensile pro-capite (asse delle ordinate), a parità di spesa per acquisti diretti delle strutture pubbliche.

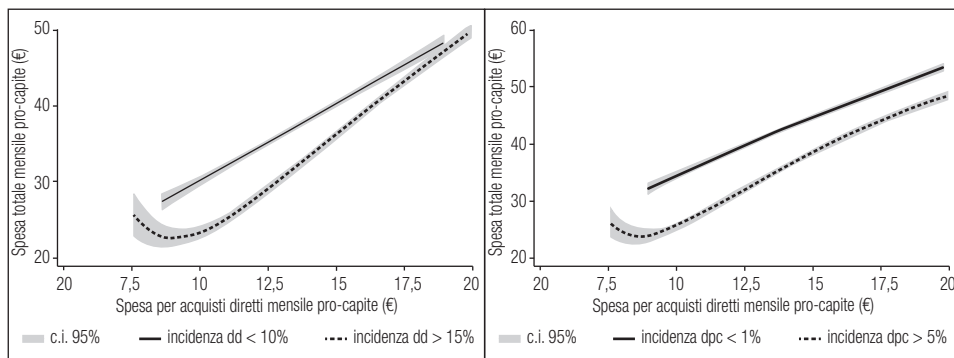
Con riferimento all'analisi statistica, il test *difference-in-differences*¹¹ riferito alla DPC rivela che l'introduzione di tale modalità distributiva comporta, a

valore è compreso tra +1 (perfetta correlazione diretta) e -1 (perfetta correlazione inversa). Un valore di 0,81 è indice di una forte correlazione diretta.

¹⁰ Si tratta di una procedura statistica che calcola la differenza tra i livelli di spesa i) delle regioni che hanno introdotto la DPC e di quelle che non l'hanno introdotta; ii) prima e dopo tale introduzione. La differenza tra le due differenze è detta, appunto, *difference in differences*.

¹¹ Analisi su dati panel, 1.512 osservazioni mensili regionali, inclusi controlli (spesa per acquisti diretti, mese, popolazione), r-quadro = 0,78.

Figura 14.7 **Relazione tra spesa per acquisti diretti e spesa totale a diversi livelli dell'incidenza della DD (A) e della DPC (B) sulla spesa totale**



Fonte: elaborazioni OSFAR su dati IMS Health

parità di spesa per acquisti diretti, una riduzione dell'11,76% della spesa farmaceutica pubblica complessiva.

Un'analisi diversa focalizzata sull'impatto dell'incidenza di DD e DPC sulla spesa farmaceutica è invece riassunta nella Tabella 14.5. I tre modelli riportati fanno riferimento ad analisi su dati *panel*, su dati mensili regionali, riferiti all'arco temporale 2012-2016. Tutte le analisi sono ad effetti fissi¹² e i valori di spesa sono in euro pro-capite.

Dal modello 1, che riguarda l'impatto della DPC e della DD, si può evincere come un aumento di un punto percentuale di incidenza della DPC o della DD sulla spesa farmaceutica pubblica totale comporta una riduzione della spesa farmaceutica convenzionata netta mensile pro-capite (-0,16 euro pro-capite e -0,07 euro pro-capite, rispettivamente), a parità di tempo e spesa per acquisti diretti¹³. Quindi, entrambe le forme distributive sono latrici di potenziali risparmi. Tuttavia, dato il diverso livello assoluto di spesa (la DD è mediamente più elevata e non presenta osservazioni con incidenza pari a zero), al fine di

¹² L'analisi di dati panel (struttura in cui si hanno più osservazioni temporali per ogni soggetto, in questo caso la regione) a effetti fissi permette di eliminare l'impatto degli elementi non osservabili e che non cambiano nel tempo in ogni regione. Si contrappone all'analisi ad effetti casuali, che si caratterizza, all'opposto, per l'assunzione che non vi siano fattori di influenza fissi propri di ogni singola regione. Nel dubbio su quale ipotesi sia migliore (effetti fissi o casuali), è possibile condurre un test statistico (Hausman test) che suggerisce quale dei due modelli sia più indicato. In questo caso, l'utilizzo degli effetti fissi è stato per l'appunto suggerito da tale test.

¹³ La scelta di utilizzare la spesa convenzionata come variabile dipendente deriva dalla volontà di testare l'impatto di DD e DPC a parità di spesa per acquisti diretti complessiva. Infatti, tenendo fissa quest'ultima variabile è possibile valutare l'effetto compensativo esistente tra canale di acquisto ospedaliero e canale convenzionato. Quindi, in questo caso l'effetto rilevato sulla spesa farmaceutica convenzionata equivale all'effetto sulla spesa farmaceutica totale.

Tabella 14.5 **Analisi statistica (impatto DD, DPC e loro relativa importanza)**

MODELLI	(1)	(2)	(3)
VARIABILI	Spesa convenzionata netta mensile pro-capite	Spesa farmaceutica pubblica totale mensile pro-capite	Spesa farmaceutica pubblica totale mensile pro-capite (inclusi costi della distribuzione)
DD/spesa farm. pubb. tot.	-6,726*** (0,778)		
DPC/spesa farm. pubb. tot.	-16,41*** (1,227)		
Spesa per acquisti diretti	0,0324*** (0,00279)		
Tempo (mese)	-0,0792*** (0,00590)	-0,0523*** (0,00643)	-0,0525*** (0,00653)
Popolazione	-4,20e-06*** (3,85e-07)	-1,39e-06*** (3,68e-07)	-2,21e-06*** (3,69e-07)
Anno	0,718*** (0,0706)	0,503*** (0,0771)	0,496*** (0,0783)
DD/(DD+DPC)		-13,01*** -1537	-15,48*** -1612
(DD/(DD+DPC))^2		13,82*** -1243	15,29*** -1301
(DD+DPC)/spesa farm. pubb. tot.		-28,56*** -1836	-20,02*** -1476
DPC pro capite		2,667*** (0,111)	2,605*** (0,109)
DPC pro capite		1,534*** (0,0605)	1,646*** (0,0606)
Spesa per acquisti diretti al netto di DD e DPC		0,926*** (0,0340)	1,002*** (0,0333)
Costante	-1,415*** (141,7)	-986,0*** (154,8)	-971,4*** (157,2)
Osservazioni	1,26	1,26	1,26
R-quadro	0,518	0,939	0,949
Numero di regioni	21	21	21

Note: Standard error in parentesi. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Fonte: elaborazioni OSFAR su dati IMS Health, ISTAT e AIFA

comprendere quale delle due forme consenta i risparmi più consistenti, bisogna approfondire ulteriormente l'analisi.

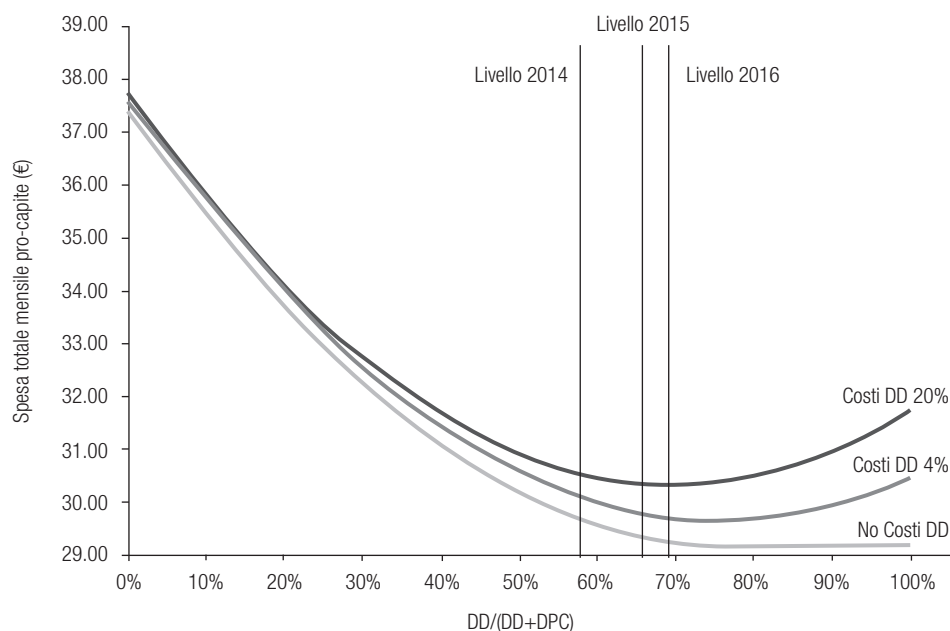
I modelli 2 e 3 cercano, pertanto, di indagare l'effetto del peso relativo di DD e DPC, una rispetto all'altra. Ciò è possibile mediante l'introduzione di un coefficiente lineare, pari al rapporto tra DD e aggregato DD+DPC, e del suo quadrato. Ciò permette di identificare l'esistenza di un eventuale non linearità dell'effetto. Nel modello 2, l'incidenza dei costi organizzativi sul totale della DD è posto pari a 0 e la DPC è considerata al netto della remunerazione dei

Tabella 14.6 **Accordi regionali per la distribuzione in nome e per conto relativi al periodo 2012-2016**

Regione	Normativa	Remunerazione della filiera (euro)	Validità
Piemonte	DGR 16-2092/2011	9,3	01/05/2011-31/12/2012
	DGR 38-5092/2012	6,8	01/01/2013 - 31/12/2013
	DGR 26-6900/2013	6,64	01/01/2014 - 02/07/2016
	DGR 16-3734/2016	6,52	01/07/2016 - 30/06/2019
Aosta	DGR 3026/2011	9,73	01/01/2012 - 31/12/2014
	DGR 1874/2014	7,48	01/01/2015 - 31/12/2017
Lombardia	DGR 2414/2011	7,26%	01/01/2012 - 31/10/2014
	DGR 2566/2014	12,45	01/11/2014 - 31/10/2017
Bolzano	DGP 1835/2011	7	01/01/2012 - 31/12/2014 (prorogato)
	DGP 73/2015	6,6	01/02/2015 - 31/12/2017
Trento	DGP 3051/2011	7,5	01/02/2012 - 31/01/2015 (prorogato)
	DGP 507/2015	6,4	01/05/2015 - 31/01/2018
Veneto	DGR 2849/2012	7,85	02/04/2013 - 02/04/2016 (prorogato)
	DGR 739/2016	7,67	22/07/2016 - 22/07/2019
Friuli	DGR 1466/2014	7,16	01/01/2012 - 31/08/2014
		8,23	01/09/2014 - 30/06/2017
Liguria	DGR 108/2012	5	01/02/2012 - 31/12/2016
	DGR 51/2015		
Emilia Romagna	DGR 166/2007	4,94	01/02/2007 - 30/06/2014
	DGR 1248/2014	4,5	26/06/2014 - 30/06/2017
Toscana	DGR 469/2011	4,5	01/05/2011 - 01/05/2014 (prorogato)
	DGR 733/2014	4,75	01/09/2014 - 01/09/2017
Umbria	DGR 283/2011	5,51	28/03/2011 - 31/12/2012 (prorogato)
	DGR 759/2013	5,39	01/07/2013 - 31/12/2015 (prorogato)
	DGR 705/2016	5,39	01/08/2016 - 31/12/2019
Marche	Decreto 95/2007	10,5%	17/10/2007 - 06/03/2013
	DGR 279/2013 DGR 881/2015	3,75+2,15% 3,75+2,15%	07/03/2013 - 30/04/2015 (prorogato)
			01/11/2015 - 31/12/2018
Lazio	DCA U0017/2011	27,12	01/05/2011 - 31/12/2013
	DCA U00450/2013	23,17	01/01/2014 - 31/12/2015
	DCA U00253/2016	11,26	01/10/2016 - 01/10/2020
Abruzzo	/	/	/
Molise	Decreto 37/2012	8,13	01/08/2012 - 31/03/2014
	Decreto 15/2015	7,9	01/04/2015- 01/04/2018
Campania		6,84	da 2010 a 31/12/2016
Puglia	DGR 1235/2010	10,7	01/07/2010 - 30/06/2013 (varie proroghe)
	DGR 1529/2014	8,85	01/07/2014 - 01/07/2017
Basilicata	DGR 113/2011 DGR 362/2013 DGR 1759/2015	8,25 8,6 6,9	01/03/2011 - 01/03/2013 (prorogato) 01/05/2013 - 01/05/2016 01/01/2016 - 01/01/2017
	DGR 398/2010	6,5	30/11/2010 - 30/11/2011 (in proroga)
	Decreto 3/2014	5,65	01/02/2014 - 31/01/2017
Sardegna	DGR 17-14/2012	16	18/04/2012 - 31/12/2014
	DGR 53-9/2014	13,17	01/01/2015 - 31/12/2017

Nota: La remunerazione alla filiera è espressa come valore medio tra le diverse tipologie di farmacie (rurale o urbana), a cui è aggiunto l'aggio al grossista. La Regione Abruzzo ha già siglato l'accordo, ma l'attivazione della DPC ha avuto inizio da gennaio 2017. In Campania sono attivi diversi accordi a livello aziendale e non sono stati riportati tutti i decreti correlati; inoltre, l'anno di inizio è relativo all'accordo aziendale firmato per primo, mentre la data della fine dell'accordo è quello con validità maggiore. In Friuli Venezia Giulia prima del 2014 erano attivi accordi di area vasta e la normativa correlata non è stata riportata.

Figura 14.8 **Simulazione dell’impatto del peso relativo della DD rispetto alla DPC sulla spesa complessiva (a livelli medi di spesa per acquisti diretti al netto di DD e DPC e di incidenza complessiva dell’aggregato DD+DPC)**



Fonte: elaborazioni OSFAR su dati IMS Health

distributori e delle farmacie. Invece, nel modello 3 l’incidenza dei costi organizzativi della DD è posta pari al 20% (Garlatti *et al.*, 2015) e i costi della DPC includono la remunerazione per grossisti e farmacie, secondo quanto riportato in Tabella 14.6.

Una simulazione grafica di tale effetto è riportata nella Figura 14.8, dove la relazione tra peso relativo della DD e spesa farmaceutica pubblica totale è stimato in tre diverse ipotesi di costi organizzativi della DD (0%, 4% e 20%)¹⁴. Tale simulazione considera livelli medi di spesa per acquisti diretti e di incidenza complessiva dell’aggregato DD+DPC. L’analisi, pertanto, è focalizzata esclusivamente sul loro peso relativo.

A parità di incidenza complessiva di DD+DPC, l’effetto del peso relativo della DD è non lineare, e in particolare a «U». Ciò significa che la spesa totale è minore quando DD e DPC coesistono nel sistema, mentre è più elevata quando la regione sceglie di polarizzarsi solo su una delle due forme distributive. Nella

¹⁴ I valori del 4% e del 20% corrispondono (arrotondati) ai valori minimi e massimi rilevati in letteratura, rispettivamente da Jommi *et al.* 2015 e da Garlatti *et al.* 2014

figura sono anche riportati i livelli del peso relativo della DD negli anni 2014, 2015 e 2016.

Dall'analisi di simulazione grafica emergono tre principali evidenze: (i) il mix associato al minor livello di spesa complessiva corrisponde circa al 76% di DD e al 24% di DPC in assenza di costi organizzativi della DD, diventando 70% e 30% rispettivamente nell'ipotesi di costi organizzativi della DD pari al 20%; (ii) sistemi dove esistono solo DD (incidenza pari al 100%) o solo DPC (incidenza pari a 0%) sono associati a livelli di spesa più alti: nel caso della DD i costi organizzativi, oltre ad essere proporzionali alla spesa, crescono all'aumentare della complessità, mentre nel caso della DPC la remunerazione della filiera è proporzionale alla quantità; (iii) la scelta di implementare esclusivamente la DPC è associata ad una spesa maggiore rispetto alla scelta di implementare esclusivamente la DD, a causa essenzialmente dei costi legati alla remunerazione della filiera, più alti dei costi organizzativi medi della DD.

14.6 Conclusioni

Il presente capitolo ha fornito un quadro delle politiche di governo dell'assistenza farmaceutica in Italia negli ultimi 15 anni, con riferimento in particolare alle politiche regionali, e dei trend della relativa spesa. Rispetto agli effetti delle politiche, ha coperto un vuoto importante di letteratura, rappresentato dall'impatto delle politiche distributive sulla spesa farmaceutica pubblica, mentre precedenti analisi si sono concentrate sugli effetti delle compartecipazioni alla spesa, delle azioni di governo del comportamento prescrittivo e del prezzo di riferimento.

Con riferimento alle politiche, emerge un quadro di importante variabilità interregionale, dalle compartecipazioni ai target prescrittivi, dalle forme alternative di distribuzione alle politiche di acquisto dei farmaci da parte delle aziende sanitarie. Si assiste però ad un tendenziale allineamento verso l'adozione di tutte le azioni di governo (di fatto solo tre regioni non hanno introdotto ticket sui farmaci; solo due Regioni non hanno prontuari regionali vincolanti; in tutte le regioni sono stati stipulati accordi di DPC), ma con differenze sensibili nell'approccio (ad esempio, sul sistema di esenzioni alle compartecipazioni, sulle modalità di governo del comportamento prescrittivo, sul grado di intensità nell'attivazione di forme alternative di distribuzione). Ne consegue un trend della spesa farmaceutica pubblica regionale abbastanza in linea con quello nazionale a livello complessivo, ma con importanti differenze nel livello di copertura pubblica della spesa farmaceutica (al Sud si assiste ad una maggiore crescita della spesa farmaceutica pubblica rispetto a quella privata, in controtendenza rispetto alle altre aree geografiche) e di mix della spesa

pubblica, soprattutto in relazione alla diversa intensità di attivazione della DD e DPC.

L'analisi di impatto delle forme alternative di distribuzione dei farmaci ha evidenziato il contributo delle stesse al contenimento della spesa farmaceutica pubblica. Inoltre, aspetto ancor più importante, ha fornito indicazioni su quale sia il mix ottimale tra DD e DPC in termini di effetti sui costi, considerando non solo la spesa farmaceutica, ma anche le evidenze di letteratura sui costi organizzativi della DD e la remunerazione della filiera distributiva per la DPC desunta dagli accordi in essere con regioni ed aziende sanitarie. L'adozione di un modello misto (DD e DPC) risulta meno costosa rispetto ad un modello a sola DD o a sola DPC, con una minimizzazione dei costi in presenza di un mix sbilanciato sulla DD. Un modello a sola DD produrrebbe costi più bassi rispetto alla sola DPC, in quanto dalle analisi di letteratura i costi organizzativi della DD sarebbero inferiori alle tariffe concordate in DPC.

Si tratta di evidenze rilevanti non solo sotto il profilo scientifico (copertura di un vuoto di letteratura), ma anche in termini di implicazioni di policy e di gestione. L'analisi descrittiva delle differenze interregionali pone, oltre al problema dell'equità di accesso alle prestazioni, un quesito sulla sostenibilità di tale frammentazione, in termini di costi amministrativi per il sistema pubblico e di appropriata allocazione delle risorse investite dalle imprese nell'accesso al mercato. La proliferazione dei prontuari ha generato, ad esempio, un investimento importante delle imprese sulla gestione dei soggetti che influenzano i processi decisionali nelle regioni, probabilmente a discapito della produzione di evidenze utili per il territorio. Tale quesito è ancora più rilevante se si considera che, a fronte di differenze nelle modalità di gestione delle politiche, le regioni stanno convergendo verso un mix omogeneo delle azioni di governo, mentre nel passato le differenze interregionali erano più rilevanti. Proprio questa tendenza dovrebbe richiedere un'attenta riflessione, nella persistenza del principio di legislazione concorrente, sul rapporto tra Stato e regioni nella gestione delle politiche del farmaco. In prospettiva, sarebbe auspicabile che:

- ▶ il livello centrale, oltre a presidiare la contrattazione di prezzo, rimborso e contratti collegati, fornisca raccomandazioni sulle modalità di definizione dei centri specialistici di riferimento (nel caso di farmaci a prescrizione limitata a tali centri) e si riappropri del sistema (base) di compartecipazione alla spesa fissa per ricetta / confezione;
- ▶ le regioni aboliscano i prontuari regionali e si limitino a prevedere integrazioni al sistema di compartecipazione a livello nazionale (anche in termini di modulazione dei criteri di esenzione sulla base delle specifiche priorità politiche), e si focalizzino invece sul governo del comportamento prescrittivo (appropriatezza e percorsi terapeutici), sulle politiche distributive (maggior

/ minore attivazione di forme alternative di distribuzione dei farmaci e mix DD/DPC), e sulle politiche di gestione degli acquisti (nei limiti ovviamente della legislazione vigente).

Lo studio sugli effetti delle diverse modalità distributive, pur con tutti i limiti indicati, propone risultati molto interessanti su una tematica molto discussa politicamente, ma poco affrontata sotto il profilo delle evidenze.

Una prima implicazione di policy è che un modello che integri DD e DPC è preferibile ad un modello a sola DD o DPC, sotto il profilo dei costi. Questo risultato, oltre alla dimensione costi, ha altre motivazioni, non indagate in questa sede: dalla necessità di garantire al paziente tramite gli accordi l'accesso in farmacia in zone territoriali particolarmente disagiate o per farmaci per i quali non si prevede un accesso alle strutture specialistiche contestuale alla distribuzione dei farmaci; all'importanza di mantenere relazioni positive con le farmacie aperte al pubblico, dato il loro ruolo strategico sul territorio. Una seconda evidenza è che, se integrare DD e DPC è positivo, la DD comunque garantisce un maggiore effetto di contenimento e che, quindi, il mix ottimale (sempre nella prospettiva dei costi a carico del SSN) vede più DD e meno DPC.

Infine, è auspicabile che si rafforzino nella comunità scientifica gli investimenti nella valutazione di impatto delle politiche farmaceutiche e nella comunità istituzionale la capacità di ascolto delle evidenze di tale impatto. L'Osservatorio Farmaci del CERGAS, nei propri venti anni di attività, ha fornito un contributo importante su questa tematica. Sarebbe utile che in futuro le evidenze si rafforzino ulteriormente ed istruiscano, insieme alle priorità di natura politica, *i policy-maker*.

14.7 Acronimi

AIC	Autorizzazione all'Immissione in Commercio
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
CAGR	Compound Annual Growth Rate (tasso annuale composto di crescita)
CE	Conti Economici delle aziende sanitarie pubbliche
CTO	Categorie Terapeutiche Omogenee
CTS	Commissione Tecnico Scientifica
DD	Distribuzione Diretta
DH	Day Hospital
DPC	Distribuzione in nome e Per Conto
DRG	Diagnosis-related group
EMA	European Medicines Agency
OsMED	Osservatorio sull'impiego dei Medicinali

PHT	Prontuario Ospedale-Territorio
PFN	Prontuario Farmaceutico Nazionale
PTR	Prontuario Terapeutico Regionale
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
TUC	Testo Unico per la Compensazione Interregionale della Mobilità Sanitaria

Bibliografia

- Armeni P., Jommi C., Otto M. (2016), «The simultaneous effects of pharmaceutical policies from payers' and patients' perspectives: Italy as a case study», *The European Journal of Health Economics*, 17(8), pp. 963-977.
- Costa F., Armeni P., Otto M.H., Amoroso N., Jommi C. (2016), «La rendicontazione e la remunerazione dei farmaci. Finalità, struttura e gestione del File F in nove Regioni italiane», *Mecosan*, 98, pp. 61-82.
- Garlatti A., Bruni V. (2014), «Distribuzione dei farmaci: gestione diretta o tramite farmacie? Materiali e metodi da un caso aziendale», *Mecosan*, 91, pp. 81-104.
- Jommi C., Armeni P., De Luca C., Otto M., Vella V. (2012), «Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica e il suo impatto sulla spesa», in Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea.
- Jommi C., Bianco A., Chiumentè M., Valinotti G., Cattel F. (2015), «Il costo della distribuzione diretta dei farmaci in dieci aziende sanitarie piemontesi», *Giornale Italiano di Farmacia clinica*, 29(3), pp.153-169.
- Jommi C., Costa F. (2013), «I prezzi a ricavo industria dei farmaci rimborsabili: l'Italia a confronto con i principali paesi Ue», *Politiche Sanitarie*, 14(2), pp. 1-12.
- Jommi C., Costa E., Michelon A., Pisacane M., Scroccaro G. (2013), «Multi-tier drugs assessment in a decentralised health care system. The Italian case-study», *Health Policy*, 112(3), pp. 241-247.
- Jommi C., Minghetti P. (2015), «Pharmaceutical Pricing Policies in Italy», in Zaheer-Ud-Din Babar (a cura di), *Pharmaceutical Prices in the 21st Century*, London, Springer, pp. 131-151.
- Jommi C., Paruzzolo S. (2005), «Il costo della distribuzione diretta dei farmaci: analisi del caso Umbria», *Economia e Politica del Farmaco*, 5, pp. 23-29.
- OsMED (Osservatorio sull'impiego dei medicinali – AIFA) (2013), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2012.
- OsMED (Osservatorio sull'impiego dei medicinali – AIFA) (2014), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2013.
- OsMED (Osservatorio sull'impiego dei medicinali – AIFA) (2015), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2014.

- OsMED (Osservatorio sull'impiego dei medicinali – AIFA) (2016), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2015.
- OsMED (Osservatorio sull'impiego dei medicinali – AIFA), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2016.
- Prada M., Ruggeri M., Sansone C., De Fazio D., Tettamanti A., Mantovani M. (2017), «Timeline of authorization and reimbursement for oncology drugs in Italy in the last three years», *Medicine Access @ Point of Care*, 1(1), pp. e29-e36.
- Rega C., Gamberini L., De Rosa M. (2010), «Analisi dei costi di servizio per confezione dei farmaci in PHT relativi alle differenti modalità distributive: diretta o per conto», *Giornale Italiano di Farmacia Clinica*, 24(4), pp. 439-447.
- Russo P., Mennini F.S., Siviero P.D., Rasi G. (2010), «Time to market and patient access to new oncology products in Italy: a multistep pathway from European context to regional health care», *Annals of Oncology*, 21(10), pp. 2081-2087.
- Toumi M., Zard J., Abdallah I.B., Jommi C., Cohen J. (2017), «An overview of Market Access Agreements», in Ethgen O., Staginnus O. (a cura di), *The future of Health Economics*, Routledge, pp. 75-108.

15 Programma Nazionale di HTA per dispositivi medici: prove tecniche di implementazione

di Rosanna Tarricone, Oriana Ciani, Fabio Amatucci, Patrizio Armeni, Ludovica Borsoi, Giuditta Callea, Francesco Costa, Carlo Federici, Aleksandra Torbica, e Marcella Marletta¹ in rappresentanza del Gruppo di Lavoro «Metodi, Formazione e Comunicazione»²

15.1 Introduzione

Gli ultimi anni hanno rappresentato un periodo di grande evoluzione per chi si occupa dell'introduzione e gestione dell'innovazione tecnologica nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano. Con la Legge di Stabilità 2015, e secondo le disposizioni contenute nella direttiva 2011/24/UE del Parlamento e del Consi-

¹ Gli autori hanno partecipato ai lavori del Gruppo di Lavoro «Metodi, Formazione e Comunicazione» della Cabina di Regia e alla stesura del capitolo secondo la seguente distribuzione: § 15.1 di Oriana Ciani; § 15.2 di Oriana Ciani e Aleksandra Torbica; § 15.3 di Patrizio Armeni e Francesco Costa; § 15.4 di Oriana Ciani e Carlo Federici; § 15.5 di Fabio Amatucci, Ludovica Borsoi e Giuditta Callea; § 15.6 di Ludovica Borsoi, Giuditta Callea e Francesco Costa; § 15.7 di Rosanna Tarricone e Marcella Marletta. Gli autori ringraziano Enrico Rizzo per il supporto nelle ricerche e tutti i partecipanti al Gruppo di Lavoro.

² Il Gruppo di Lavoro «Metodi, Formazione e Comunicazione» è coordinato da Marina Cerbo per AGE.NA.S. ed è composto da: Tonino Aceti, Valentina Albano, Anna Maria Vincenza Amicosante, Davide Archi, Luciana Ballini, Giuseppe Banfi, Maria Barbato, Paolo Barbieri, Francesca Bassotto, Guido Beccagutti, Gianpiero Benetti, Stefano Bergamasco, Alessia Biondi, Placido Bramanti, Pietro Calamea, Mauro Caliani, Carla Cambiano, Laura Camoni, Paolo Campanella, Antonino Cartabellotta, Paolo Casoli, Silvana Castaldi, Francesco Cattel, Anna Cavazzana, Emilio Chiarolla, Americo Cicchetti, Irene Colangelo, Paolo Colletti, Silvia Coretti Filippo Emanuele David, Ottavio Davini, Pietro Derrico, Francesco Cosimo Faggiano, Maria Ernestina Faggiano, Valeria Fava, Carlo Favaretti, Alessandra Fiore, Gaddo Flego, Ornella Fouillouze, Francesco Gabbrielli, Giulia Garavaglia, Antonella Garna, Valeria Glorioso, Giuseppe Grandi, Giovanni Guarrera, Zineb Guennouna, Lorenzo Leogrande, Maria Grazia Leone, Michela Liberti, Alessandra Lo Scalzo, Alberto Lombardi, Loredana Luzzi, Velio Macellari, Francesco Macrì, Enrico Magliano, Marco Marchetti, Claudio Marinai, Pierluigi Marini, Luigi Mazzei, Francesco Mennini, Luca Merlini, Andrea Messori, Rosapaola Metastasio, Adele Misticoni Consorti, Francesca Moccia, Marco Montorsi, Angelo Rossi Mori, Maria Eugenia Morreale, Sabrina Nardi, Nicola Natale, Fausto Nicolini, Giandomenico Nollo, Marino Nonis, Marcello Pani, Vito Paragò, Francesca Patarnello, Nicolò Pestelli, Kyriakoula Petropulacos, Nicola Pinelli, Luca Pirisi, Piera Polidori, Gian Ludovico Rappaccini, Matteo Ritrovato, Paolo Roazzi, Giancarmine Russo, Francesca Sabusco, Francesco Scarpa, Stefano Schieppati, Giovanna Scroccaro, Alessandro Sorrone, Marco Stramba-Badiale, Lorenzo Terranova, Ilaria Toffanello, Michele Tringali, Sabrina Trippoli, Irene Luz Urbina, Marina Urpis, Roberto Verna, Franco Vimercati, Maria Vitale, Francesco Zavattaro. Questo capitolo è frutto di un progetto finanziato dalla Direzione Generale Farmaci e Dispositivi Medici presso il Ministero della Salute.

glio europeo, è stata istituita una Cabina di Regia insediata presso la Direzione Generale dei Farmaci e Dispositivi Medici, che vede il coinvolgimento, accanto ad AGE.NA.S., delle regioni, dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e di ben tre direzioni generali del Ministero della Salute (la programmazione sanitaria e i sistemi informativi oltre alla direzione competente per materia). La Cabina di Regia ha l'obiettivo di definire e monitorare l'utilizzo di strumenti per il governo dei dispositivi medici, tra cui l'istituzione di una rete nazionale coordinata dall'AGE.NA.S. di collaborazione tra le regioni per la definizione e per l'utilizzo di strumenti per il governo dei dispositivi medici e per Health Technology Assessment (HTA) denominato «Programma Nazionale di HTA dei dispositivi medici».

A seguito del suo insediamento, nel Luglio 2015, la Cabina di Regia ha ricevuto un mandato articolato dal Legislatore in quattro punti all'interno della Legge di Stabilità 2016: i) definizione delle priorità per la valutazione multidimensionale dei dispositivi medici; ii) promozione e coordinamento delle attività di valutazione; iii) validazione delle metodologie applicate nel Programma Nazionale di HTA; iv) disseminazione e monitoraggio degli esiti delle valutazioni da parte delle regioni e delle aziende sanitarie per informare le decisioni in merito all'adozione e all'introduzione dei dispositivi medici e al disinvestimento. Questi punti ripercorrono un processo tipico di HTA, dall'identificazione delle tecnologie da sottoporre a valutazione sulla base di criteri di prioritizzazione chiari e definiti, fino alla diffusione delle raccomandazioni e verifica del loro utilizzo e impatto a livello nazionale, regionale e aziendale.

La visione che traspare dalle indicazioni normative e dall'interpretazione che la Cabina di Regia ne ha fornito mediante i primi provvedimenti operativi è quella di un sistema di governo su scala nazionale, che garantisca l'accesso ai dispositivi medici nell'ambito dell'offerta standard del SSN in base a criteri di efficacia, sicurezza e costo-efficacia, in un contesto caratterizzato da un alto grado di coordinamento e collaborazione tra i livelli di governo centrale e regionale (Ciani et al., 2016). Data l'architettura del nostro SSN, il successo del Programma Nazionale di HTA sarà raggiunto nella misura in cui le valutazioni e raccomandazioni prodotte saranno utili e utilizzabili dai decisori (es. Commissione nazionale Livelli Essenziali di Assistenza, Direzioni Generali degli Assessorati Regionali, Aziende Sanitarie, Tavolo dei Soggetti Aggregatori, centrali di acquisto e stazioni appaltanti) nell'ambito delle rispettive competenze programmatiche e gestionali.

Proprio per promuovere il coinvolgimento attivo di organismi istituzionali e *stakeholders* nelle varie fasi di sviluppo del Programma Nazionale di HTA, la Cabina di Regia ha previsto specifici Gruppi di Lavoro. Oltre a un coordinatore scelto tra i componenti della Cabina di Regia, ai Gruppi di Lavoro partecipano rappresentanti identificati dalle varie Direzioni Generali del Ministero della

Tabella 15.1 **Gruppi di Lavoro (GdL) a supporto delle attività della Cabina di Regia**

GdL 1	GdL 2	GdL 3
Rete Nazionale di Appraisal	Metodi, Formazione e Comunicazione	Monitoraggio
Definizione delle raccomandazioni nazionali e regionali sull'utilizzo appropriato dei dispositivi medici	SG1 – Metodi, format e procedure di comunicazione SG2 – Disinvestimento e individuazione di tecnologie cost-saving SG3 – Appraisal e coordinamento delle decisioni tra vari livelli SG4 – Integrazione delle valutazioni con decisioni di acquisto e riorganizzazione dei percorsi per i pazienti SG5 – Integrazione delle valutazioni con i sistemi di tariffazione e di codifica delle prestazioni	Valutazione annuale delle attività e degli impatti del Programma Nazionale HTA e produzione di un piano strategico di durata triennale

Salute, da AGE.NA.S. e dalle Direzioni Generali degli Assessorati Regionali competenti. Inoltre sono coinvolti i componenti del Tavolo per l'Innovazione, un organo tecnico istituito presso il Ministero della Salute, espressione dei vari portatori di interessi nel sistema, dalle associazioni dei pazienti a quelle dei produttori, dalle società scientifiche, all'università, fino all'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

I tre Gruppi di Lavoro (Tabella 15.1) previsti sono articolati nelle seguenti aree di attività:

1. «Rete Nazionale di Appraisal» – Questo gruppo di lavoro, composto di volta in volta da esperti nominati dalla Cabina di Regia e rappresentanti dei portatori di interessi, seguendo una metodologia standardizzata, si occupa della definizione delle raccomandazioni nazionali e regionali sull'utilizzo appropriato dei dispositivi medici.
2. «Metodi, Formazione e Comunicazione» – Questo gruppo di lavoro è incaricato di redigere bozze di format e documenti metodologici essenziali per il funzionamento del Programma Nazionale di HTA (es. standardizzazione dei format dei prodotti di valutazione, contributo dei diversi livelli al programma di *appraisal*) da sottoporre ad approvazione da parte della Cabina di Regia prima della loro implementazione.
3. «Monitoraggio» – Questo gruppo di lavoro misura e valuta l'accettabilità, l'efficacia e l'efficienza, dei metodi e dei processi adottati per lo svolgimento delle diverse attività previste dal Programma, nonché i risultati ottenuti in termini di diffusione della tecnologia e uso appropriato dei dispositivi medici, secondo le disposizioni nazionali e regionali specifiche.

Mentre sugli step iniziali del processo di HTA, ovvero segnalazione delle tecnologie e definizione delle priorità, la Cabina di Regia, per mezzo di AGE.NA.S., garantisce già la piena operatività, rispetto agli step successivi si è puntato sul supporto di questi Gruppi di Lavoro e su una rete di centri, pubblici e privati, preposti alla valutazione (Boscolo et al. 2015). In questa fase iniziale del Programma Nazionale HTA, l'intento è quello di definire metodi e strumenti in maniera concertata e partecipativa nell'ambito del Gruppo di Lavoro 2, applicare questi metodi in fase pilota a una selezione di tecnologie già individuate³ su cui il Gruppo di Lavoro 1 esprimerà le proprie raccomandazioni e, infine, validare e valutare il processo e gli esiti sulla base dell'approccio proposto dal Gruppo di Lavoro 3.

Le attività del Gruppo di Lavoro 2 sono state avviate nel mese di Marzo 2017, con il coordinamento generale di AGE.NA.S. e attraverso la creazione di cinque Sottogruppi (SG) di lavoro. La *governance* interna di ciascun Sottogruppo prevede i) un coordinatore, individuato all'interno della Cabina di Regia e con ruolo di collegamento con l'organo di indirizzo; ii) un referente scientifico, individuato tra i rappresentanti degli *stakeholders* presenti al Tavolo Innovazione, responsabile dello sviluppo dei contenuti; iii) alcuni coautori, sempre individuati tra i rappresentanti degli *stakeholders* o delle regioni, per fornire un supporto editoriale attivo al referente scientifico; iv) alcuni revisori, scelti tra i rappresentanti degli *stakeholders* presenti al Tavolo Innovazione, per revisionare e integrare i documenti prodotti dai Sottogruppi prima dell'approvazione da parte della Cabina di Regia. Come membro universitario del Tavolo dell'Innovazione, il Centro di Ricerche sulla Gestione Sanitaria e Sociale (CERGAS) della Scuola di Management dell'Università Bocconi (SDA Bocconi) è stato coinvolto a vari livelli nei cinque Sottogruppi creati all'interno di questa collaborazione.

Gli obiettivi dei tre Gruppi di Lavoro sopra citati, compresi i Sottogruppi del GdL 2, sono riportati nella Tabella 15.1.

L'obiettivo principale di questo capitolo è descrivere il rationale, i metodi ed i risultati attesi dei cinque Sottogruppi operanti nell'ambito del Gruppo di Lavoro 2 «Metodi, Formazione e Comunicazione»: metodi, format e procedure di comunicazione (§ 15.2), disinvestimento e individuazione di tecnologie *cost-saving* (§ 15.3), processo di *appraisal* e coordinamento delle decisioni tra vari livelli (§ 15.4), integrazione delle valutazioni con le decisioni di acquisto e riorganizzazione dei percorsi per i pazienti (§ 15.5) e integrazione delle valutazioni con i sistemi di tariffazione e di codifica delle prestazioni (§ 15.6). Nel paragrafo conclusivo (§ 15.7) vengono fornite una riflessione complessiva sullo stato di

³ Si tratta di Magellan™ Robotic System (sistema di cateterismo robotico per procedure vascolari complesse), TAVI per il paziente a rischio intermedio, Free Style Libre (sistemi per il monitoraggio della glicemia), Clip per la chiusura dell'auricola sinistra, Cateteri per ablazione a radiofrequenza.

avanzamento del Programma Nazionale HTA e alcune considerazioni critiche sul futuro dei processi di valutazione delle tecnologie sanitarie nel nostro Paese.

15.2 Sottogruppo 1: Metodi, format e procedure di comunicazione

All'interno del Gruppo di Lavoro 2 «Metodi, Formazione e Comunicazione», il primo Sottogruppo ha il mandato di definire, sulla base delle esperienze maturate nella collaborazione internazionale EUnetHTA (*European Network for HTA*) ma anche a livello nazionale, regionale, locale, dei format standardizzati per i documenti o output del processo di valutazione e delle fasi di produzione di ogni documento, con particolare attenzione agli accorgimenti da implementare per favorire la trasparenza, la comunicazione efficace e il coinvolgimento di tutti gli *stakeholders*.

Il Sottogruppo 1 (SG1) è coordinato da rappresentanti di AGE.NA.S. mentre i rappresentanti del Ministero della Salute svolgono un ruolo di Segreteria. Il referente scientifico è Assobiomedica e i coautori il CERGAS, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), la Società Italiana di Health Technology Assessment (SIHTA), la Società Italiana dei Farmacisti Ospedalieri (SIFO). Il ruolo di revisori è invece attribuito a Cittadinanzattiva, Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche (FISM), Società Italiana di Telemedicina (SIT) e Regione Lombardia. Il Sottogruppo si è riunito e ha portato avanti i lavori, inclusi i commenti e integrazioni da parte dei revisori, tra Aprile e Luglio 2017 secondo un calendario fitto di scadenze e contatti tra i vari partecipanti.

Dopo aver ribadito la definizione di riferimento di dispositivi medici riconducibile ai nuovi regolamenti 2017/745 e 2017/746 del 5 Aprile 2017, comprendendo anche le apparecchiature elettromedicali e i dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD) definiti secondo la Direttiva 98/79/CE modificata dalla 2007/47/CE, gli obiettivi generali del Sottogruppo sono stati declinati in quattro punti, ciascuno assegnato operativamente ad ognuno dei coautori coinvolti:

1. Sviluppo di una proposta di un format di *submission dossier*;
2. Selezione degli elementi indispensabili affinché un report già prodotto in altri Paesi UE sia adattato (*national adaptation*) al contesto italiano con indicazione dei dati di contesto necessari e definizione degli elementi cardine che consentano di condurre le valutazioni in collaborazione con altri Paesi (*collaborative o joint assessment*);
3. Sviluppo di una proposta di metodi e di format di report HTA (*full core HTA e rapid HTA*);
4. Definizione dei percorsi per il coinvolgimento degli *stakeholders* nell'ambito del Programma Nazionale HTA, con particolare attenzione alle procedure da implementare per favorire la trasparenza e la comunicazione.

Dal punto di vista metodologico, l'approccio utilizzato è stato quello di revisioni sistematiche, replicabili secondo protocolli predefiniti, di documenti metodologici, letteratura scientifica, letteratura grigia ed esempi di report di valutazione. Come punto di partenza, sono stati presi in esame il manuale delle procedure di AGE.NA.S. e i materiali prodotti da EUnetHTA assieme ai progetti di ricerca pluriennali e internazionali, quali MedTecHTA (*Methods for Health Technology Assessment of Medical Devices: a European perspective*), Advance-HTA (*Advancing and strengthening the methodological tools and policies relating to the application and implementation of Health Technology Assessment*), Ad-HopHTA (*Adopting Hospital Based Health Technology Assessment*) o MAST (*Model for Assessment of Telemedicine*).

Il format di submission dossier è stato redatto sulla base di documenti EUnetHTA, National Institute for Health and Care Excellence (NICE, UK) e National Centre for Pharmacoeconomics (Irlanda) per permettere (Ministero della Salute e organismi ad esso afferenti, regioni, aziende sanitarie, professionisti del SSN e loro associazioni, società scientifiche, produttori e loro associazioni, cittadini/pazienti e loro associazioni) di fornire informazioni su tecnologie potenzialmente rilevanti, da sottoporre a valutazione nell'ambito del Programma Nazionale di HTA. Il format sviluppato è di tipo modulare con una struttura che segue l'articolazione dei domini EUnetHTA di valutazione e la possibilità di inserire allegati (es. bibliografia, documenti regolatori, manuali d'uso).

Rispetto al riuso di report HTA prodotti da altre agenzie, il gruppo ha suggerito di procedere con una verifica iniziale della rilevanza rispetto al bisogno informativo del contesto italiano, della robustezza metodologica e della trasferibilità. A questo punto, in base a una lista di elementi distinti in fondamentali e facoltativi, si procede all'adattamento, sintesi o aggiornamento dei vari domini del report. I dati di contesto locale particolarmente rilevanti riguardano l'epidemiologia del problema di salute a livello nazionale, l'uso nella pratica clinica del SSN della tecnologia in esame, la disponibilità di database italiani specifici, la valutazione economica contestualizzata al setting nazionale e la prospettiva dei pazienti.

Il Sottogruppo ha sviluppato anche un template di report HTA e delle indicazioni metodologiche. I report del Programma Nazionale di HTA seguiranno una formattazione standardizzata e un *layout* chiaro e riconoscibile per facilitare la leggibilità e l'interpretazione dei risultati. I report avranno inoltre un sommario in italiano per il pubblico di non esperti e un sommario in lingua inglese.

In generale, il Programma Nazionale di HTA appare profondamente radicato nell'esperienza della Rete europea di HTA e poggia su un sistema di produzione e condivisione di informazioni finalizzato a identificare il valore delle tecnologie sanitarie, su scala multidimensionale e in riferimento al contesto italiano. Tutto questo trova riscontro nel format di report proposto. I domini po-

tenzialmente oggetto di valutazione sono nove, articolati secondo gli elementi previsti nella versione più aggiornata del HTA Core Model® di EUnetHTA (EUnetHTA, 2016):

1. Problema di salute e utilizzo corrente della tecnologia;
2. Descrizione e caratteristiche tecniche della tecnologia;
3. Sicurezza della tecnologia;
4. Efficacia clinica;
5. Costi e valutazioni economiche;
6. Aspetti etici;
7. Prospettiva dei pazienti e dimensione sociale;
8. Aspetti organizzativi;
9. Aspetti legali.

Un report completo (*full core HTA*) li copre tutti, mentre un report veloce (*rapid HTA*) ne include alcuni, tipicamente: problema di salute e corrente pratica clinica, descrizione e caratteristiche tecniche della tecnologia, efficacia clinica e sicurezza, costi e valutazione economica. Il processo di stesura del report deve essere trasparente e condiviso, a partire dalla fase di sviluppo del protocollo di lavoro e fino alla condivisione dei risultati della valutazione. I report identificano e sistematizzano tutte le evidenze disponibili procedendo a un esame della qualità dell'informazione raccolta e, dove necessario, generano dati primari al fine di informare i domini rilevanti di valutazione. Alla luce della evidenza disponibile, i report forniscono raccomandazioni per la ricerca futura per la formulazione di piani di ulteriore generazione di evidenze.

A partire da esperienze internazionali e nazionali e dalle riflessioni dell'*Health Policy Forum*, è stata formulata una proposta sulle modalità e sui tempi di coinvolgimento degli *stakeholders* nell'ambito delle attività di valutazione intraprese nel Programma Nazionale di HTA. Poiché l'impatto dell'HTA aumenta con un adeguato livello di coinvolgimento dei portatori di interesse, a patto che l'oggettività della valutazione non ne risulti compromessa, il processo vede un coinvolgimento ampio dalla fase di segnalazione delle tecnologie fino alla consultazione pubblica sul report prodotto. La modalità di coinvolgimento prevede l'istituzione di un *advisory board* sulla base del CV, delle esperienze pregresse e di eventuali conflitti di interessi.

I metodi e format proposti come strumenti chiave del Programma Nazionale di HTA dal Sottogruppo 1 andranno armonizzati con gli esiti degli altri Sottogruppi costituiti nell'ambito del Gruppo di Lavoro 2 «Metodi, Formazione e Comunicazione» in seno alla Cabina di Regia e al Tavolo Innovazione. Risulta fondamentale promuovere la conoscenza e l'accessibilità tra i vari *stakeholders* a questo e ad altri strumenti all'interno del Programma, anche attraverso attività continuative di formazione.

15.3 Sottogruppo 2: Disinvestimento e individuazione di tecnologie *cost-saving*

Il Sottogruppo 2 (SG2) ha il mandato di sviluppare ulteriori metodi tecnici, in particolare per le valutazioni di impatto dei disinvestimenti e per l'individuazione di tecnologie *cost-saving*. Il coordinamento del SG2 è affidato a Regione Liguria, con la responsabilità scientifica della Società Italiana di HTA (SIHTA), con Assobiomedica, SIT (Società Italiana per la salute digitale e la Telemedicina) e AIIC (Associazione Italiana Ingegneri Clinici) nel ruolo di coautori. I revisori sono CERGAS, SIFO (Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie) e FISM (Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane).

Il razionale sotteso ai lavori del SG2 è duplice. Da un lato, l'introduzione di nuove tecnologie o di nuove pratiche nella clinica può comportare la più o meno contemporanea decisione di abbandonare o modificare parzialmente lo *status quo* operativo. Non sempre tale operazione è esente da conseguenze economiche e necessita, pertanto, di metodologie di valutazione *ad hoc*. Dall'altro, alcune tecnologie candidate ad entrare nel programma di valutazione nazionale, oppure già utilizzate in alcuni contesti operativi, potrebbero rivelarsi *cost-saving*, ovvero indurre complessivamente un risparmio per il SSN. Anche in questo caso, nell'ambito del Sottogruppo, è stata prevista l'elaborazione di metodologie dedicate alla valutazione dell'attributo *cost-saving* per le tecnologie. Al momento della stesura di questo capitolo (Luglio 2017), i lavori del SG2 sono ancora in corso, soprattutto per la necessità di armonizzare le indicazioni fornite nel documento finale con quelle elaborate nel SG1 sui metodi di valutazione e del SG3 sull'*appraisal*. Pertanto, le informazioni che seguono rappresentano uno stadio intermedio di elaborazione e, in questa sede, ci si limiterà ad indicare le linee principali di azione intorno alle quali si svilupperanno i documenti finali.

In merito al disinvestimento, l'indirizzo del SG2 è di esplicitare i possibili approcci al disinvestimento e l'impatto delle relative scelte. Queste scelte, tipicamente associate alla presenza di tecnologie più avanzate di quelle in uso, comportano conseguenze economiche di due tipi. In primo luogo, il disinvestimento potrebbe comportare costi (es. smaltimento, smantellamento, riconversione) che non dipendono direttamente dalla nuova tecnologia con cui si vorrebbe sostituire quella esistente. La mancanza di consapevolezza dei costi di disinvestimento potrebbe portare a sottostimare i costi sorgenti derivanti dall'introduzione di nuove tecnologie. Ciò risulta in accordo con quanto riportato all'art. 96 del Nuovo Codice degli Appalti, che prevede che durante la fase di aggiudicazione si debba tenere in considerazione tutto il costo del ciclo di vita delle tecnologie, tra cui anche i costi associati alla fine vita dei prodotti. In secondo luogo, il disinvestimento libera risorse che, fino a quel momento,

sono state dedicate alla tecnologia esistente. Ci si riferisce soprattutto ai costi fissi evitati in quanto i costi variabili evitati sono di fatto valutati e già inclusi nelle analisi incrementali. In questa seconda prospettiva ignorare l'impatto del disinvestimento potrebbe portare a sottostimare i costi evitati conseguenti alla scelta di introdurre una nuova tecnologia. Particolarmente delicata è la prima parte, ossia la valutazione degli eventuali costi di disinvestimento, in quanto potrebbero creare barriere all'introduzione di tecnologie nuove, laddove non correttamente previsti (e programmate le risorse) fin dall'inizio (Polisena et al., 2013, Orso et al. 2017).

Per quanto riguarda le tecnologie potenzialmente *cost-saving*, queste si dividono in due classi principali: le tecnologie per cui è previsto l'HTA nazionale (rientranti nel Programma Nazionale) e le tecnologie già in uso nel SSN. Per le prime, la fase di notifica conterrà una segnalazione apposita (*flag*) laddove il richiedente ritenga possibile la presenza della potenzialità di realizzare risparmi. Nel caso delle tecnologie già in uso, che quindi non rientrano nel *priority setting* previsto a livello nazionale, la procedura di segnalazione e la successiva valutazione dovranno seguire un percorso dedicato. In entrambi i casi, sarà necessario produrre evidenza di i) costo-efficacia nel lungo termine con rapporto incrementale di costo efficacia (ICER) negativo determinato da minori costi (onde evitare di considerare *cost-saving* tecnologie il cui impatto economico si manifesti soprattutto nel medio-lungo termine), ii) impatto economico a breve termine (massimo tre anni) negativo (costi evitati maggiori dei costi sorgenti), iii) efficacia e sicurezza pari o superiori rispetto all'alternativa di confronto. Inoltre, al fine di evitare un sovraccarico eccessivo per il sistema deputato a questa valutazione ulteriore, è prevista l'identificazione di livelli minimi di risparmio previsti per poter avviare la segnalazione (attualmente è in discussione il criterio di identificazione di tale soglia).

In merito alla raccomandazione successiva, l'attributo *cost-saving* potrà i) non essere riscontrato, ii) essere riscontrato in qualunque contesto organizzativo e iii) essere riscontrato solo in determinati contesti e/o in presenza di specifiche tecnologie complementari. In quest'ultimo caso, la potenzialità di generazione di risparmi non è insita nella tecnologia ma dipende dall'interazione di quest'ultima con specifiche caratteristiche del contesto organizzativo. Pertanto, a livello nazionale, sarà utile identificare se tali condizioni sono già sufficientemente diffuse, se esistono solo in pochi casi isolati o se la loro realizzazione richiede investimenti supplementari, al fine di programmare in modo efficiente la diffusione di queste tecnologie. Questo caso dimostra l'importanza del livello aziendale e regionale nel rappresentare lo *status quo* dei contesti di cura, affinché il livello nazionale possa prevedere strategie di diffusione tecnologica correttamente informate e volte alla minore possibile dispersione delle risorse.

15.4 Sottogruppo 3: Il processo di appraisal e il coordinamento delle decisioni tra vari livelli

Nell'ambito del Programma Nazionale di HTA per i dispositivi medici, ciascuna tecnologia oggetto di valutazione riceve da parte della Cabina di Regia a livello nazionale, oppure da parte delle regioni, una raccomandazione sulla appropriatezza d'uso nell'ambito del SSN.

Il processo di *appraisal* utilizza quindi tutte le evidenze raccolte e sistematizzate durante la fase di valutazione (*assessment*) per esprimere un giudizio di valore sulla tecnologia in esame, adottando un approccio alla decisione esplicito e strutturato, basato su metodi e criteri predefiniti.

La decisione di adottare una nuova tecnologia sanitaria è per natura una decisione multi-dimensionale in quanto investe diversi ambiti della realtà del SSN e coinvolge diversi portatori di interessi (i pazienti, i produttori, i clinici, il Governo, ecc). Il Programma Nazionale HTA, da questo punto di vista, appare allineato con l'articolazione del HTA Core Model® di EUnetHTA che raccomanda di considerare 9 domini (cfr. § 1.2) per la produzione e condivisione di informazioni di HTA.

Una volta raccolta e analizzata in maniera sistematica l'evidenza per ciascun dominio in fase di valutazione, la Cabina di Regia prevede quattro possibili raccomandazioni per le tecnologie in esame:

1. La tecnologia non presenta (al momento) elementi che ne suggeriscano l'introduzione nella pratica diffusa del SSN (per efficacia non dimostrata, o elementi di sicurezza non valutati etc.);
2. L'introduzione della tecnologia in un percorso assistenziale comporterebbe benefici;
3. La tecnologia è raccomandata solo per l'utilizzo in programmi di ricerca, condotti secondo la disciplina attuale, per la produzione di ulteriori prove scientifiche;
4. L'introduzione della tecnologia nel SSN può essere ammessa subordinatamente alla raccolta contestuale di prove scientifiche sull'efficacia reale e dati di costo.

Come stabilire un collegamento tra le evidenze raccolte e analizzate in fase di *assessment* e raccomandazioni così formulate in merito a una tecnologia? È evidente che un processo decisionale chiaro e trasparente, con dei criteri espliciti predefiniti è indispensabile perché il giudizio di appropriatezza d'uso sia riconosciuto sia dagli *stakeholders* sia dal pubblico. I requisiti che legittimano la raccomandazione sono sia di natura metodologica (es. implementazione di metodi robusti e riproducibili nelle medesime condizioni di giudizio, con attenzione agli elementi valoriali sia di tipo quantitativo sia di tipo qualitativo che i

criteri di scelta proposti considerano), sia di natura procedurale (es. definizione preventiva di protocolli, composizione e numero dei comitati preposti all'*appraisal*, coinvolgimento degli *stakeholders*, esistenza di procedure di appello) (Ciani et al., 2015).

In questo contesto, il Sottogruppo 3 (SG3), all'interno del GdL «Metodi, Formazione e Comunicazione» ha ricevuto il mandato di:

1. Sviluppare e proporre un processo di *appraisal* basato sulla più avanzata letteratura scientifica in materia e su esperienze di dimostrata efficacia;
2. Garantire che i risultati del giudizio di appropriatezza d'uso siano socialmente legittimi, condivisibili, adottabili nella pratica e aggiornabili in funzione di nuove evidenze di efficacia.

Il SG3 è coordinato da rappresentanti della Regione Emilia Romagna, e vede la Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO) come referente scientifico designato. FIASO è coadiuvata dalla Società Italiana di Health Technology Assessment (SIHTA), Assobiomedica, CERGAS e Cittadinanzattiva che svolgono il ruolo di co-autori, mentre la Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM), la Società Italiana Telemedicina (SIT), e la Regione Lombardia ricoprono il ruolo di revisori.

Durante la riunione di insediamento, avvenuta in Aprile 2017, il mandato della Cabina di Regia è stato ulteriormente specificato nei seguenti elementi:

- ▶ Stabilire i criteri che orientano l'*appraisal* e le loro determinanti;
- ▶ Definire le informazioni chiave relative alle determinanti;
- ▶ Descrivere i passaggi per la formulazione di un giudizio complessivo;
- ▶ Chiarire la *governance* e i partecipanti al processo di *appraisal*;
- ▶ Dettagliare il procedimento per il raggiungimento del consenso.

L'identificazione dei criteri e delle loro determinanti è stata sviluppata in due fasi successive. Nella prima fase, la lista dei criteri rilevanti è stata formulata utilizzando come base di partenza i domini sviluppati da EUNetHTA; successivamente, ognuno dei partecipanti al Sottogruppo è stato invitato a suggerire possibili determinanti necessarie a informare i criteri identificati.

In una seconda fase, è stata iniziata una revisione sistematica della letteratura con il fine di identificare ulteriori criteri e determinanti utilizzati in altri sistemi nazionali, e di integrarli con quanto individuato dai membri del Sottogruppo. Inoltre la revisione ha anche lo scopo di identificare i modelli di *governance* del processo di *appraisal*, come ad esempio il numero e la composizione di membri nei comitati di *appraisal*, il numero di riunioni, le attività legate alla disseminazione dei risultati, e le possibili procedure di appello alla decisione.

La revisione ha incluso pertanto tutti i documenti pubblicati sui siti istituzionali delle principali organizzazioni di HTA come il *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) nel Regno Unito, la *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH) in Canada e l'*Haute Autorité de Santé* (HAS) in Francia (Fuchs et al., 2016). Sono stati inoltre inclusi altri studi pubblicati su database bibliografici elettronici e contenenti informazioni aggiuntive sulle determinanti dei giudizi/raccomandazioni, oltre a casi studio su esperienze di *appraisal*, e proposte metodologiche. La sintesi delle informazioni raccolte e tabulate a seguito della revisione della letteratura è attualmente in corso. Verso quale modello di *appraisal* propenderà il Sottogruppo? Le esperienze più conosciute a livello internazionale suggeriscono approcci diversi, prevalentemente centrati sulla rilevanza dei dati di efficacia clinica comparativa (in Francia), improntati al criterio di costo-opportunità con esplicitazione di una soglia (in UK) oppure della frontiera efficiente (in Germania). L'esito dei lavori di questo Sottogruppo, tra esplicitazione delle regole di giudizio e armonizzazione dei livelli nel processo decisionale, appare di cruciale importanza per il successo del Programma Nazionale di HTA.

15.5 Sottogruppo 4: Integrazione delle valutazioni con le decisioni di acquisto e riorganizzazione dei percorsi per i pazienti

Il mandato del Sottogruppo 4 (SG4) prende avvio dalla necessità, evidenziata dalla Cabina di Regia, di trasferire i risultati delle valutazioni di HTA nelle scelte assistenziali (gestione degli acquisti, definizione dei PDTA, organizzazione dei servizi) secondo percorsi strutturati e trasparenti per la richiesta di acquisto di tecnologie di interesse e per la programmazione delle conseguenti attività di valutazione delle richieste.

Il Sottogruppo, coordinato da Regione Veneto, ha come referente scientifico Federsanità. Il ruolo di coautore è attribuito all'Associazione Italiana di Ingegneria Clinica (AIIC), al CER GAS, alla Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO), all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e alla Società Italiana di Health Technology Assessment (SIHTA). I revisori sono la Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO), Assobiomedica, Cittadinanzattiva, la Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM) e Regione Lombardia. I lavori si sono avviati in seguito alla prima riunione di coordinamento tenutasi nel mese di Maggio 2017. La finalizzazione del documento è prevista per il mese di Novembre 2017.

Sulla base delle indicazioni esplicitate dalla Cabina di Regia, il lavoro del SG4 si articola in tre fasi distinte ma complementari, sviluppate in parallelo dai diversi coautori coinvolti:

1. Studio del processo di identificazione delle tecnologie da sottoporre preventivamente ad *assessment* (regionale o nazionale);
2. Analisi della relazione dell'HTA con le fasi di *procurement*:
 - a. Come esplicitare la richiesta dettagliando le informazioni necessarie da fornirsi da parte dei proponenti (professionisti sanitari e altri soggetti);
 - b. Come inserire la fase di valutazione HTA nella procedura di acquisto;
3. Integrazione dei risultati di HTA nella definizione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Il primo obiettivo prevede, da un lato, la definizione di un programma di *Horizon Scanning* e di valutazione delle tecnologie emergenti (pre-commercializzazione) a livello nazionale, e, dall'altro, lo sviluppo di un programma di individuazione e valutazione delle tecnologie innovative post-commercializzazione a livello regionale. Per quanto concerne il primo sotto-obiettivo, i coautori analizzeranno le esperienze rilevanti a livello internazionale (ad esempio *EuroScan*) e l'attività di *Horizon Scanning* condotta da AGE.NA.S., utili per la formulazione di un modello nazionale di *Horizon Scanning*, identificheranno le fonti informative (database scientifici quali PubMed, EMBASE, SCOPUS, il sito clinicaltrials.gov, nonché i produttori delle tecnologie) ed i metodi per l'individuazione delle tecnologie da sottoporre in maniera prioritaria ad *assessment* e definiranno i criteri per la prioritizzazione. Il secondo sotto-obiettivo, invece, vedrà la proposta di un modello operativo che supporti le regioni nella programmazione degli acquisti di tecnologie emergenti in ambito post-commercializzazione in un orizzonte temporale di 1 o 2 anni.

La seconda attività di lavoro si sostanzia nello studio della relazione biunivoca tra sistema di HTA e *procurement*, ossia in quali modalità l'HTA può influenzare il processo di acquisto dei DM e in quali modalità le esigenze di acquisto possono influenzare le esigenze di valutazione delle nuove tecnologie. Al fine di supportare le procedure di acquisto, il Sottogruppo ha proposto la creazione di una banca dati, liberamente accessibile per i soggetti coinvolti in attività di HTA e acquisti, contenente tutti i report di HTA e le valutazioni economiche diffuse sotto forma di articolo scientifico pubblicati nell'ultimo triennio da fonti informative attendibili. In virtù del proprio ruolo di coordinamento, il coordinatore ed i co-autori del Sottogruppo hanno proposto di affidare ad AGE.NA.S. la responsabilità di implementazione e gestione di tale banca dati. I lavori del Sottogruppo porteranno, inoltre, alla definizione di due moduli standard per le richieste di acquisto da parte dei clinici, uno esteso per tecnologie ad alto contenuto tecnologico, per le quali potrebbe essere necessaria la produzione di un report di HTA, ed uno semplificato per tecnologie più semplici e a minore impatto economico. Da ultimo, verrà disegnato il percorso relativo alla valutazione delle richieste di acquisto, con l'identificazione dei soggetti responsabili di tale attività e la definizione dei metodi da utilizzare, che dovranno essere uniformi sul territorio nazionale.

Partendo dalla definizione di PDTA e dall'identificazione di criteri di misurazione dell'efficacia clinica ed efficienza organizzativa dei percorsi, il terzo e ultimo obiettivo consiste nella definizione di metodi per l'analisi, la misurazione e la valutazione dei PDTA e nella progettazione di un metodo per l'integrazione dei risultati di HTA nei PDTA.

La metodologia di lavoro adottata dal Sottogruppo è uniforme tra i diversi obiettivi e prevede: revisione della letteratura scientifica internazionale e di riviste di settore italiane; consultazione di fonti istituzionali (leggi e delibere regionali, piani di rientro per le regioni interessate, siti istituzionali delle regioni e dei soggetti aggregatori), documenti di progetto (piani di fattibilità), documenti interaziendali (atti costitutivi e statuti di specifici enti sovra aziendali, regolamenti) e documenti aziendali; analisi di casi internazionali rilevanti (con focus particolare su Inghilterra, Francia, Germania, Svezia e Spagna)⁴ e studio di casi di integrazione tra HTA e *procurement* implementati nelle regioni italiane. Da ultimo, è stata prevista la raccolta di dati primari tramite *survey*. Più in dettaglio, sono state strutturate tre diverse *survey* rivolte sia al livello regionale (regioni o centrali regionali di acquisto) sia al livello aziendale (provveditori economici, farmacisti, ingegneri clinici ed altre figure coinvolte nelle commissioni aziendali di valutazione delle nuove tecnologie). Il primo questionario ha l'obiettivo di verificare la presenza e la modalità di svolgimento di attività di *Horizon Scanning* a livello regionale e/o aziendale. Il secondo ha lo scopo di produrre una mappatura dei diversi processi di richiesta di acquisto di nuove tecnologie e di valutazione delle richieste di acquisto sviluppati nei diversi contesti regionali e aziendali. Il terzo questionario si propone di identificare le possibili modalità di integrazione tra valutazione delle tecnologie e PDTA (ad esempio uso di report di HTA a fini di implementazione o monitoraggio dei PDTA) sviluppati dalle regioni e dalle aziende sanitarie italiane.

La sintesi delle evidenze reperite e la conseguente analisi critica consentirà la formulazione di raccomandazioni utili allo sviluppo di un modello di integrazione dei risultati di HTA nelle decisioni di acquisto/riorganizzazione e nella definizione di PDTA.

15.6 Sottogruppo 5: Integrazione delle valutazioni con i sistemi di tariffazione e di codifica delle prestazioni

Il Sottogruppo 5 (SG5) ha il compito di sviluppare e proporre un modello di integrazione tra sistemi di HTA dei dispositivi medici e sistemi di codifica e re-

⁴ La scelta dei Paesi ha tenuto in considerazione i casi oggetto di approfondimento da parte di altri Sottogruppi. In particolare, Inghilterra, Francia, Germania e Svezia sono oggetto di studio nel Sottogruppo 5.

munerazione delle prestazioni sanitarie che utilizzano dispositivi medici, basato sulla più avanzata letteratura scientifica e su esperienze di dimostrata efficacia.

Il Sottogruppo è coordinato da Regione Lombardia. Il referente scientifico è CERGAS e i coautori sono Federsanità, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO) e Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM). Il ruolo di revisori è affidato alla Società Italiana di Health Technology Assessment (SIHTA), ad Assobiomedica e all'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Il Sottogruppo ha condiviso e discusso la prima bozza di protocollo, nella quale sono stati stabiliti gli obiettivi e i metodi di intervento, nel mese di Marzo 2017. I lavori si sono avviati in seguito alla finalizzazione del protocollo e si prevede la conclusione entro il mese di Ottobre 2017.

Il lavoro del Sottogruppo 5 si inserisce in maniera coordinata con i lavori sviluppati dagli altri Sottogruppi all'interno del Programma Nazionale di HTA. Nello specifico, il lavoro del Sottogruppo prende avvio dalla necessità di dotare il Programma Nazionale di HTA di metodi e strumenti adeguati per monitorare, nella pratica clinica corrente, gli effetti clinici, economici ed organizzativi delle nuove tecnologie e delle nuove procedure sanitarie, al fine di garantirne un utilizzo appropriato. Il *design* di un sistema che consenta la piena tracciabilità delle nuove tecnologie sanitarie nei flussi informativi standard (ad esempio, Schede di Dimissione Ospedaliera) e/o nei registri di patologia consente di integrare le evidenze sperimentali dei *trial* clinici, considerate il *golden standard* per valutare l'efficacia comparativa delle tecnologie sanitarie, con evidenze osservazionali raccolte nella reale pratica clinica (*real world data*). La disponibilità di tali evidenze consentirà a tendere il *re-assessment* delle tecnologie, ovvero la verifica con dati *real world* dell'efficacia e della costo-efficacia di tecnologie già valutate in fase iniziale. Affinché ciò sia fattibile, è necessario sviluppare un sistema di identificazione, classificazione, monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie che risulti accurato, puntuale ed aggiornato con regolarità.

Il Sottogruppo 5 ha organizzato il lavoro in due filoni principali:

- ▶ Studio e sviluppo di un modello di integrazione tra sistema di HTA e codifica delle prestazioni sanitarie e dei dispositivi medici ad esse associate;
- ▶ Studio e sviluppo di un modello di integrazione tra sistema di HTA e remunerazione delle prestazioni sanitarie che utilizzano dispositivi medici.

Dal punto di vista metodologico, il lavoro è stato articolato in diverse fasi propedeutiche al raggiungimento dei due obiettivi sopra delineati.

Innanzitutto, è stata effettuata una revisione della letteratura scientifica secondo un protocollo analitico predefinito che la rende replicabile, con l'obiettivo di individuare, a livello internazionale, le principali esperienze di integrazione tra sistemi di valutazione e attività di codifica e remunerazione dell'innovazione tecnologica collegata ai dispositivi medici.

Al fine di confrontarsi con il contesto internazionale, sono stati selezionati quattro Paesi europei (Germania, Francia, Inghilterra e Svezia) approfonditi grazie alla consultazione di siti web istituzionali e letteratura grigia, a integrazione delle informazioni individuate tramite la revisione della letteratura scientifica. Le informazioni reperite hanno alimentato una griglia di estrazione sviluppata dal Sottogruppo. La completezza e correttezza delle informazioni raccolte è stata verificata puntualmente da Assobiomedica, grazie al coinvolgimento di alcune filiali estere di imprese produttrici di dispositivi medici associate.

Per identificare le principali criticità dell'attuale sistema di classificazione e rimborso italiano secondo diverse prospettive (sociale, ospedaliera, delle società scientifiche, dell'industria e degli esperti di HTA) è stato predisposto un questionario semi-strutturato, basato su una *survey* già utilizzata in una precedente ricerca (Callea et al., 2014). Il questionario è stato indirizzato ai membri di Federsanità, FIASO, FISM, Assobiomedica e SIHTA con l'obiettivo di (i) rilevare l'eventuale coinvolgimento nell'aggiornamento di sistemi regionali di codifica e/o rimborso ed il ruolo svolto, (ii) raccogliere la percezione degli intervistati sulle criticità del sistema di codifica delle nuove tecnologie e la proposta di possibili soluzioni, e (iii) raccogliere le opinioni degli intervistati sulle criticità del sistema di rimborso delle prestazioni, sull'adeguatezza della frequenza di aggiornamento delle tariffe, sui criteri che dovrebbero guidare tale aggiornamento nonché suggerimenti utili per sviluppare un sistema di rimborso capace di supportare la diffusione di tecnologie costo-efficaci. Un secondo questionario, ispirato ad una precedente *survey* internazionale (Sorenson et al., 2015) è stato predisposto per le regioni, con l'obiettivo di (i) delineare le caratteristiche dei sistemi regionali di classificazione, la presenza e la frequenza di aggiornamento delle indicazioni regionali di codifica, la presenza di strumenti sviluppati in ambito regionale per favorire la tracciabilità delle nuove tecnologie (ad esempio, aggiunta di campi nella Scheda di Dimissione Ospedaliera, implementazione di flussi informativi *ad hoc*), (ii) identificare la presenza di meccanismi di finanziamento per incoraggiare l'adozione e l'uso dell'innovazione tecnologica sviluppati da parte delle regioni, e (iii) verificare l'esistenza di esperienze regionali di integrazione tra HTA e sistemi di codifica e remunerazione delle prestazioni sanitarie.

Da ultimo, il Sottogruppo ha sviluppato alcuni *case studies* relativi a tecnologie che presentano problemi di tracciabilità e/o rimborso in Italia. La selezione delle tecnologie si è basata sui seguenti parametri:

1. Tecnologie disciplinate dagli accordi sulla mobilità sanitaria o per le quali le regioni italiane hanno sviluppato meccanismi speciali di rimborso;
2. Tecnologie oggetto di report di HTA e altre non oggetto di HTA;
3. Tecnologie rappresentative di settori terapeutici diversi.

Le tecnologie selezionate dal Sottogruppo sono: protesi ortopediche di anca; stent coronarici bio-riassorbibili; dispositivi per neurostimolazione cerebrale profonda; impianto di valvola aortica transcateretere (TAVI); prostatectomia radicale robotica; dispositivi per la chiusura percutanea del forame ovale pervio; telemedicina.

L'analisi della tracciabilità e delle modalità di rimborso delle tecnologie selezionate è stata effettuata analizzando tutte le delibere di codifica e le delibere tariffarie pubblicate dalle regioni italiane dal 2010 al 2016, ed è stata completata con materiale di approfondimento sulla codifica delle tecnologie orfane di codice e sui meccanismi regionali di rimborso messo a disposizione da Assobio-medica.

A partire dalle evidenze raccolte, il Sottogruppo formulerà delle raccomandazioni a supporto dello sviluppo di un adeguato sistema di codifica e rimborso delle tecnologie sanitarie, in grado di integrarsi con un processo di valutazione basato sulle logiche dell'HTA. Il modello si caratterizzerà per facile applicabilità al contesto italiano e omogeneità classificatoria su tutto il territorio nazionale, e contribuirà con evidenze di *outcome* e consumo di risorse *real world* al nascente database nazionale delle tecnologie valutate.

15.7 Conclusioni

Seppure in ritardo rispetto ad alcuni Paesi europei, l'Italia si presenta oggi con una proposta di Programma Nazionale di HTA per dispositivi medici che beneficia dell'esperienza domestica ed internazionale accumulata negli ultimi decenni. Il Programma Nazionale di HTA è sicuramente ambizioso perché alle tipiche attività di *priority setting*, *assessment* e *appraisal* associa quelle più a valle di monitoraggio e collegamento con politiche sanitarie di *procurement* e rimborsabilità. Tuttavia è proprio l'ampiezza e la completezza del mandato che ci fanno ben sperare circa la buona riuscita del Programma. E non solo. Il Programma Nazionale di HTA, fortemente voluto dal Ministero della Salute insieme ad AGE.NA.S., ha il grande pregio di essere un esercizio di inclusione, rappresentanza e condivisione degli obiettivi. Partito con un approccio *top-down*, si sta sviluppando grazie agli input provenienti da tutti gli *stakeholders*, con un processo *bottom-up*. Riteniamo che questo elemento aumenti maggiormente le probabilità di successo del Programma una volta terminata la fase iniziale di sperimentazione.

Sono diversi tuttavia i punti di attenzione che devono essere strettamente monitorati nelle prossime settimane affinché il Programma possa presentarsi al nastro di partenza privo di debolezze.

Mentre il lavoro svolto dal Sottogruppo 1 sui metodi di valutazione dei dispositivi medici (*assessment*) si può considerare completo e consolidato in una

pratica ormai generalmente condivisa a livello nazionale ed internazionale, diverso è il caso degli altri Sottogruppi i cui obiettivi si presentano più sfidanti perché supportati da minori evidenze e/o da evidenze spesso contrastanti.

In un sistema sanitario come quello nazionale, che crede nell'universalismo delle cure, è cruciale poter identificare le tecnologie che a parità di (o maggiore) beneficio sulla salute dei pazienti possano liberare risorse rendendole disponibili per scopi alternativi (tecnologie *cost-saving*). Pertanto il lavoro intrapreso dal Sottogruppo 2 sarà estremamente rilevante e avrà il compito, non facile, di far emergere in modo chiaro il ruolo dei diversi livelli di governo nel determinare quando una tecnologia possa effettivamente essere definita *cost-saving*. Il SG2 ha l'opportunità di disegnare e spiegare come misurare l'impatto organizzativo dell'introduzione di tecnologie sanitarie sulla funzione di produzione e di costo dei servizi sanitari a seconda del contesto istituzionale, organizzativo, epidemiologico e socio-economico che spesso differenzia alcune realtà locali e regionali del nostro Paese. Se una tecnologia non è *cost-saving* a livello nazionale ma lo è a un livello di governo inferiore, come sarà classificata dal Programma Nazionale di HTA? Come sono valutati relativamente risparmi di breve periodo in vista di maggiori costi attesi nel lungo termine e viceversa? L'analisi di questa fattispecie passa attraverso la definizione della *governance* dell'HTA ai vari livelli di governo, all'indicazione di come valutare i costi e le conseguenze dell'implementazione di una tecnologia e di come misurare l'impatto organizzativo a livello locale in relazione alla rappresentatività che esso può avere a livello inter-regionale e/o nazionale. Dal SG2 potranno emergere indicazioni utili sul ruolo della Programmazione Sanitaria a livello regionale (ad esempio, alcune tecnologie diventano *cost-saving* solo in presenza di alcune condizioni quali un determinato volume di attività e/o di esperienza da parte delle strutture erogatrici) e sull'utilizzo dell'analisi di impatto sul budget quale strumento finanziario spesso complementare alle valutazioni economiche (es. analisi costo-efficacia).

Attraverso il Programma Nazionale di HTA il nostro Paese ha coraggiosamente intrapreso la strada della trasparenza e appropriatezza e della razionalità economica nelle scelte di introduzione delle tecnologie sanitarie. Questo richiede tuttavia una posizione chiara circa l'*appraisal* delle tecnologie sanitarie. Anche in questo caso non partiamo da zero. Le raccomandazioni sono già state disegnate (ad esempio, utilizzo in programmi di ricerca finalizzati a produrre ulteriori prove scientifiche; utilizzo subordinato alla raccolta contestuale di prove scientifiche sull'efficacia reale e dati di costo; introduzione piena; rigetto). Il passo successivo è identificare il criterio guida. Questa fase può sicuramente beneficiare del dibattito internazionale che mette a confronto le posizioni adottate da alcuni Paesi europei (valore soglia, frontiera dell'efficienza, valore/beneficio clinico aggiunto) e dal quale numerosi spunti sono già emersi che possono informare le prossime fasi del lavoro del Sottogruppo 3.

Il Programma Nazionale di HTA si distingue da altri sistemi nazionali perché ha previsto, sin dall'inizio, l'utilizzo delle valutazioni per informare politiche sanitarie relative al *procurement* e alla rimborsabilità delle tecnologie. Senza questo collegamento il Programma sarebbe stato destinato al sicuro fallimento. Ma ancora più distintivo è il cambiamento di mentalità del decisore pubblico che questo Programma incentiva. L'approccio razionale alla valutazione delle tecnologie è suggerito infatti per informare qualsiasi scelta/decisione in sanità. Questo è il caso dei PDTA e dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per esempio. Il salto culturale che questo Programma ci suggerisce di compiere sta proprio nella pervasività dell'approccio che, oltre a guidare le scelte circa la valutazione di singoli prodotti e tecnologie, deve informare qualsiasi processo che implichi l'utilizzo di risorse (scarse) la cui allocazione ha un costo-opportunità. La sfida, affidata in questo caso al Sottogruppo 4, è nel disegno delle modalità operative. Se il diavolo sta nei dettagli, qui il pericolo sta nelle procedure e nei processi che il SG4 dovrà identificare affinché il principio di razionalità economica possa correttamente informare le scelte di *policy* senza cadere nella banalizzazione del contenimento della spesa (ad esempio, prezzo più basso per l'acquisto delle tecnologie).

In ultimo, il Programma Nazionale di HTA ha il grande merito di aver sollevato la questione della tracciabilità delle tecnologie all'interno dei flussi informativi sanitari. Che l'evidenza clinica ed economica debba rappresentare la base per produrre scelte razionali è ormai un principio accettato. Che questa evidenza debba essere completa, di qualità e soprattutto disponibile è invece la prossima sfida. Il lavoro del Sottogruppo 5 è in questo caso cruciale perché strumentale al raggiungimento degli obiettivi degli altri Sottogruppi. Il ruolo e la tipologia delle evidenze sono aspetti che hanno già trovato ampia discussione altrove (ad esempio EunetHTA, Medtehta, ISPOR). La sfida del SG5 è di sintetizzare le raccomandazioni che emergono da questo dibattito al fine di chiarire la posizione del nostro Paese su temi quali dati clinici sperimentali e ruolo dei dati *real world* nella fase di *assessment* e monitoraggio. Ancora più grande è l'opportunità che ci viene data di guidare un processo di codifica delle procedure che non solo possa chiaramente tracciare le tecnologie (e possibilmente chi le utilizza) ma anche servire da guida per implementare finalmente un sistema omogeneo a livello internazionale adeguato a svolgere analisi post-marketing di efficacia comparativa e sicurezza di alto livello.

La strada è ancora lunga ma è più lunga quella che abbiamo già percorso.

Bibliografia

Boscolo P.R., Ciani O., Tarricone R., Torbica A. (2015), «La funzione di HTA nelle aziende sanitarie italiane: un potenziale ancora inutilizzato?», in CER GAS (a cura di), Rapporto OASI 2015, Egea, Milano.

- Callea G., Torbica A., Tarricone R. (2014), «Impatto del sistema di finanziamento a DRG sull'innovazione tecnologica in sanità. Il caso italiano», *Mecosan*, vol 89, pp. 31-48.
- Ciani O., Wilcher B., Blankart C.R., Hatz M, Rupel V.P., Erker R.S., Varabyova Y., Taylor R.S. (2015), «Health technology assessment of medical devices: a survey of non-European union agencies», *Int J Technol Assess Health Care*, 31(3), pp. 154-65.
- Ciani O., Tarricone R, Torbica A. (2016), «Programma nazionale HTA per dispositivi medici: quali sfide per l'implementazione?», in CERGAS. (a cura di), Rapporto OASI 2016, Egea, Milano.
- EUnetHTA Joint Action 2, Work Package 8 (2016), HTA Core Model ® version 3.0 (Pdf); disponibile su www.htacoremodel.info/BrowseModel.aspx.
- Fuchs S., Olberg B., Panteli D, Busse R. (2016), «Health Technology Assessment of Medical Devices in Europe: processes, practices, and methods», *Int J Technol Assess Health Care*, 32(4), pp. 246-255.
- Orso M., de Waure C., Abraha I., Nicastro C., Cozzolino F., Eusebi P., Montedori A. (2017), «Health Technology Disinvestment worldwide: overview of programs and possible determinants», , 3, pp. 1-12.
- Polisena J., Clifford T., Elshaug A.G., Mitton C., Russell E., Skidmore B. (2013), «Case studies that illustrate disinvestment and resource allocation decision-making processes in health care: a systematic review», *Int J Technol Assess Health Care*. 29(2) pp. 174-84.
- Sorenson C., Drummond M., Torbica A., Callea G., Mateus C. (2015), «The Role of Hospital Payments in the Adoption of New Medical Technologies: An International Survey of Current Practice», *Health Economics, Policy and Law*, 10(2), pp. 133-59.

16 La centralizzazione degli acquisti nel SSN: il framework dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti in Sanità (MASAN) di analisi dei modelli organizzativi e delle loro performance

di Niccolò Cusumano, Fabio Amatucci, Manuela Brusoni, Francesco Longo, Veronica Vecchi e Giuditta Callea¹

16.1 Introduzione

La trasformazione del SSN con l'obiettivo di razionalizzare la spesa ha impattato profondamente le modalità di acquisizione dei fattori produttivi, considerato che la spesa per beni e servizi è la prima voce di spesa del SSN, superiore anche al personale (cfr. capitolo 5 del presente Rapporto).

Le principali direttrici di cambiamento della politica degli acquisti sono: 1) centralizzazione; 2) standardizzazione; 3) digitalizzazione.

La prima direttrice ha portato all'istituzione e al rafforzamento di centrali di committenza nazionali e regionali e/o alla promozione di consorzi per gli acquisti di area vasta sovra-aziendale, aumentando le dimensioni dei bacini di riferimento, già significativamente incrementati dalla riduzione del numero di aziende del SSN. Attraverso la seconda direttrice vi è stato il tentativo di introdurre prezzi e contratti standard. La terza direttrice ha riguardato l'adozione e implementazione di strumenti di e-procurement.

La centralizzazione ha portato nel tempo alla costituzione di soggetti specializzati a livello nazionale (Consip), regionale (es. ARCA Lombardia), territoriale (es. AVEN in Emilia Romagna). Tradizionalmente le centrali di committenza si sono occupate di gestire le gare, lasciando in capo ai singoli enti l'attività e la responsabilità di analisi del fabbisogno e di gestione ed esecuzione dei contratti.

¹ Benché gli autori abbiano condiviso la struttura complessiva del capitolo, la metodologia e i risultati, sono da attribuire a Francesco Longo i § 1.1, 1.2; a Niccolò Cusumano i § 1.3, 1.4.1, 1.4.2; a Fabio Amatucci i § 1.4.3, 1.4.4; a Veronica Vecchi e Manuela Brusoni il § 1.5, 1.6. Si ringraziano per l'elaborazione del caso ARCA Lombardia SpA il Direttore Generale di ARCA SpA, Ing. Luciano Zanelli, per il caso ESTAR il Dr. Marcello Faviere, Direttore UOC Audit e Compliance di ESTAR, per il caso So.Re.Sa il Dr. Gianluca Postiglione, Direttore Generale di So.Re.Sa. e il Dr. Francesco Luciano, Direttore Generale della Centrale di Committenza, per il caso Regione Sicilia il Dr. Fabio Damiani, Direttore Generale della Centrale di Committenza, il Dr. Pino Rausa, presidente A.r.e.p.s. e il Dr. Franco Astorina, past president F.a.r.e.

Attraverso la standardizzazione si è cercato di ridurre la varianza dei comportamenti d'acquisto (bandi, capitolati, clausole contrattuali) la cui diversità non sempre si fonda su effettive necessità di differenziazione. L'assunto alla base di questo ragionamento è che standardizzare bandi e capitolati permette di confrontare i risultati degli acquisti tra amministrazioni, riducendo l'asimmetria informativa e creando benchmark di riferimento, finalizzati soprattutto al contenimento dei costi. Per questo motivo si è stabilito, ad esempio, che prezzi e capitolati predisposti da Consip SpA, o da altre centrali di committenza, diventassero il benchmark di riferimento per tutte le amministrazioni, che avrebbero potuto operare acquisti in autonomia solo nel caso in cui fossero in grado di ottenere condizioni migliori. A questi si aggiungono capitolati standard e prezzi di riferimento definiti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). Evidentemente, questo processo di standardizzazione può trovare, in prima approssimazione, più ampia applicazione nell'acquisto di beni anziché di servizi le cui specifiche dipendono dal contesto in cui si svolgono.

Il terzo asse, la digitalizzazione, o e-procurement, ruota attorno a due livelli di azione: la digitalizzazione dei supporti documentali e l'adozione di strumenti elettronici per il confronto dell'oggetto di acquisto con effetto competitivo. Il primo livello si traduce nel trasformare in formato elettronico la documentazione, lasciando però inalterato, di fatto, il processo di gestione della gara. Il secondo, prevede, invece, il ricorso a strumenti diversi di selezione quali i sistemi dinamici di acquisizione, i cataloghi online e le aste elettroniche.

La centralizzazione degli acquisti pubblici è un fenomeno relativamente poco approfondito in letteratura. Gli studi si sono concentrati sui fattori abilitanti e i fattori critici di successo (Nollet e Beaulieu 2003; Pagell 2004; Schotanus, Telgen, e Boer 2010; Amatucci e Mele, 2012); i driver della centralizzazione (Tella e Virolainen 2005; Marsilio, Amatucci e Callea, 2016); i motivi di resistenza da parte dei soggetti coinvolti nelle politiche di centralizzazione (Kauppi e van Raaij 2014; Meehan, Ludbrook, e Mason 2016). Sono ancora relativamente pochi gli studi che hanno cercato di indagare da un punto di vista empirico gli impatti della centralizzazione (Callea et al., 2017; Karjalainen 2011), concentrandosi, piuttosto, sulla definizione da un punto di vista teorico di quelli che potrebbero esserne gli effetti (Nollet e Beaulieu 2005; Eriksson e Westerberg 2011; Amatucci e Marsilio, 2012; Gobbi e Hsuan 2015). È molto difficile, effettivamente, misurare il risparmio effettivo in quanto il prezzo è solo una delle componenti del costo e non è neppure in grado di rappresentare di per sé il legame con altre variabili che manifestano i propri effetti solo nella fase successiva di gestione del contratto.

Il presente capitolo rappresenta il lavoro seminale dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti in Sanità (MASAN) del CERGAS/SDA Bocconi. Il framework di analisi si propone di colmare il gap conoscitivo in tema di centralizzazione, mirando a raccogliere in modo sistematico e analizzare negli anni l'evoluzione del sistema a rete degli acquisti pubblici.

Scopo del presente capitolo è quello di definire il framework teorico di analisi delle esperienze di riorganizzazione degli acquisti in sanità, per valutarne le diverse declinazioni regionali e i relativi impatti, sia a livello di SSN sia di mercato. A questo scopo, il capitolo si divide in 4 parti: (a) presentazione del framework di analisi dei modelli di acquisto regionali in sanità; (b) presentazione delle prime evidenze empiriche sulle performance raggiunte in un confronto inter-regionale; (c) analisi di 4 casi regionali ritenuti di interesse e rappresentativi delle diverse fasi di sviluppo in essere; (d) discussione dei risultati e delle implicazioni di policy e di management al fine di sostenere una evoluzione sostenibile delle modalità di acquisto nel settore sanitario.

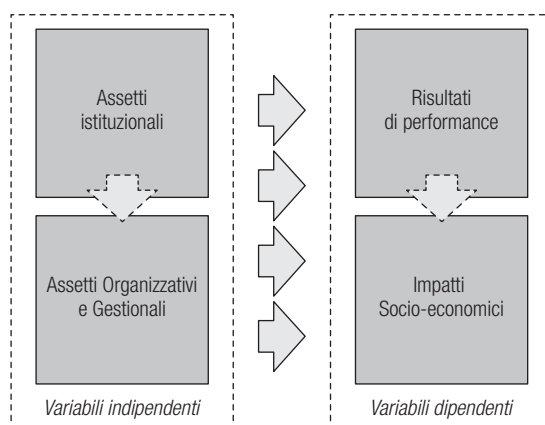
16.2 Framework di analisi dei modelli regionali di acquisto

Il framework proposto e utilizzato per una prima analisi delle trasformazioni nei processi di acquisto del SSN ha come livello di osservazione la Regione, intesa come sistema unitario e coordinato di governo delle istituzioni sanitarie territoriali. Esso è la base concettuale dell'Osservatorio MASAN.

Le dimensioni rilevanti di osservazione e analisi di questo framework sono quattro.

1. **Assetti istituzionali:** modelli di governance e di coordinamento relativi alle varie istituzioni regionali, intermedie e locali; loro modelli di funzionamento con riferimento alla programmazione dei fabbisogni, gestione delle procedure di acquisto, gestione e governo dei consumi, logistica di beni e servizi.
2. **Assetti organizzativi e gestionali:** strutture organizzative della funzione acquisti nelle singole istituzioni, persone e competenze coinvolte e relativi modelli gestionali e operativi: modalità di aggregazione della domanda, di confronto con il mercato e di acquisto, tipologie contrattuali, meccanismi di analisi delle performance e di gestione e controllo dei fornitori, logistica dei beni.
3. **Performance:** risultati multidimensionali dei processi di acquisto, in termini di riduzione della variabilità non motivata, di aderenza alla programmazione, di coerenza al *case mix* sanitario, di tempi di risposta ai fabbisogni, di soddisfazione dei clienti interni, oltre alle dimensioni economico-finanziarie (quali ad esempio il valore totale e medio dei lotti e delle convenzioni aggiudicate, risparmi conseguiti, % di copertura degli acquisti centralizzati sul totale della spesa).
4. **Impatti socio-economici:** impatti dei processi di acquisto sanitari sugli assetti competitivi dei mercati di riferimento e sulla sostenibilità del sistema. I primi sono osservati sia rispetto alla capacità di innescare processi di innovazione e sofisticazione dei prodotti, sia rispetto al livello di concorrenza nel mercato.

Figura 16.1 **Le dimensioni del framework dell'Osservatorio Masan (MASAN, 2017)**



Le dimensioni collocate a sinistra della Figura 16.1, assetti istituzionali e assetti organizzativi, sono considerate come variabili indipendenti dei sistemi regionali, cioè leve di policy e management manovrabili dai decisori. L'obiettivo è comprendere, anche sulla scorta di modelli di centrali d'acquisto identificati nella letteratura (Schotanus e Telgen 2007; Schotanus et al. 2011; Walker et al. 2013), quali configurazioni siano più efficaci nei singoli contesti o rispetto a specifici obiettivi. Le dimensioni di destra della Figura 16.1, performance degli acquisti e impatto sullo sviluppo economico, sono invece le variabili dipendenti del framework, ovvero i risultati o gli impatti generati dalle dimensioni indipendenti. Essi si caratterizzano per un approccio multidimensionale, in una prospettiva anche di medio-lungo periodo, che considera sia gli impatti sul SSN, sia sull'industria e sullo sviluppo socio-economico complessivo. Le dimensioni si influenzano non soltanto orizzontalmente, ma anche verticalmente: dagli assetti istituzionali dipendono le scelte organizzative e dai risultati di performance gli impatti socio-economici.

La relazione tra dimensioni non è meccanica e automatica, ma mediata dai contesti regionali di riferimento, dal loro capitale istituzionale, amministrativo e sociale disponibile, dalle dimensioni e caratteristiche della singola regione. In particolare, la capacità di impatto delle centrali di acquisto è sicuramente influenzata anche dalle aziende dei SSR che rappresentano il cliente interno e sono i soggetti a cui pertiene la responsabilità sulla fase di esecuzione dei contratti. L'obiettivo non è identificare le migliori soluzioni, adottabili da tutti i sistemi regionali, ma quelle più adatte e coerenti con i singoli contesti, per massimizzare i risultati relativi, realisticamente implementabili nei diversi scenari di riferimento.

Figura 16.2 **Le variabili di indagine per ogni dimensione (MASAN, 2017)**

<p style="text-align: center;">ASSETTI ISTITUZIONALI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assetto giuridico 2. Estensione dell'ambito di intervento della centrale (istituzionale, funzionale, merceologico, geografico) 3. Risorse disponibili (umane ed economiche) 4. Modalità di coordinamento interistituzionale 	<p style="text-align: center;">RISULTATI DI PERFORMANCE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incidenza delle attività centralizzate sul totale delle attività 2. Razionalizzazione del portfolio prodotti e fornitori 3. Risparmi economici 4. Concorrenzialità delle gare 5. Continuità della fornitura 6. Qualità delle forniture 7. Ricorsi
<p style="text-align: center;">ASSETTI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Processo di acquisto: modalità di gestione delle attività di programmazione, analisi del fabbisogno, istruttoria, selezione del fornitore, valutazione del fornitore 2. Strategia di gara in termini di durata, numero di lotti, valore medio, elemento qualitativo dell'offerta 	<p style="text-align: center;">IMPATTI SOCIO-ECONOMICI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accesso al mercato da parte delle PMI, imprese locali, nazionali e estere 2. Contendibilità del mercato, ricambio dei fornitori 3. Aggregazione del mercato

Ogni dimensione si compone di più variabili, come mostrato nella Figura 16.2.

La numerosità delle variabili che caratterizzano le singole dimensioni varia, nel tentativo di trovare un equilibrio tra la necessaria analiticità e organicità dell'approccio e la possibilità di mantenere uno sguardo sintetico d'insieme. Pur essendo consapevoli che non vi sia ancora la piena disponibilità a livello nazionale di evidenze quantitative affidabili per ogni variabile considerata, tuttavia, crediamo sia rilevante disporre fin da subito di un framework completo, per evitare il rischio che diventi «rilevante ciò che si misura», ma sforzandoci, al contrario, «di misurare ciò che riteniamo rilevante». Pertanto, le variabili identificate saranno popolate progressivamente nel tempo, man mano che si raccoglieranno i dati per la costruzione degli indicatori. Nel breve periodo si cercherà di condurre analisi puntuali, anche qualitative, per l'elaborazione di considerazioni anche sulla base di quelle che saranno le indicazioni di ricerca provenienti dagli organismi di governo dell'Osservatorio.

Empiricamente, gli indicatori usati per popolare le variabili identificate (esclusi gli assetti istituzionali) saranno contestualizzati per quattro macro categorie di prodotti: dispositivi medici (DM), apparecchiature, farmaci, servizi di *facility management* (tutti i servizi inerenti la gestione e manutenzione di un edificio).

16.3 Prime evidenze empiriche

Al fine di iniziare ad alimentare il framework di analisi, si è proceduto a una prima raccolta dati in modalità desk dalle informazioni, online a giugno 2017,

Figura 16.3 **Gli assetti istituzionali delle centrali di acquisto operanti in Sanità**

ENTE SSR		ENTE REGIONE	
Azienda 0	ATS Sardegna	SUA Abruzzo	SUA Calabria
	EGAS	CUC Molise	Dir. Acquisti Reg. Lazio
CRAS	ESTAR	SUA Marche	CUC Sicilia
	Alisa		SUA Basilicata
		APAC Trento	
InnovaPuglia		ARCA	SCR Piemonte
	INVA	ACP Bolzano	Soresa
			Intercent-ER
	FUNZIONE IN HOUSE REGIONALE		SOGGETTO AUTONOMO SPECIALIZZATO

sui siti delle centrali di committenza/soggetti aggregatori regionali attivi negli acquisti in sanità².

Le informazioni raccolte hanno riguardato principalmente gli assetti istituzionali per cui le informazioni sono maggiormente disponibili e, laddove possibile, gli altri quadranti del framework.

Le scelte operate dalle Regioni sono ascrivibili, al di là della forma giuridica specifica, a quattro assetti istituzionali (vedi Figura 16.3):

1. Centrale acquisti all'interno dell'Ente Regione: un'unità o una direzione della Regione svolge funzione di centrale e/o stazione unica appaltante;
2. Centrale acquisti come ente del SSR: la centrale acquisti è parte del SSR, ad esempio come società consortile partecipata dalle Aziende Sanitarie (AS), oppure come ente specializzato e finanziato dal SSR (es. ESTAR o EGAS), oppure una funzione dell'AS regionale (es. Azienda 0 o Alisa);
3. Centrale acquisti come soggetto autonomo specializzato: la centrale è una società partecipata (es. Arca) o un'agenzia della regione;
4. Centrale acquisti come funzione di una società *in house* regionale: all'interno di una società *in house* esistente è costituita una divisione con funzioni di centrale di committenza (es. Inva o InnovaPuglia).

Questi diversi assetti mutano nel tempo; ad esempio, regione Veneto, Sardegna e Liguria con la costituzione, rispettivamente, dell'Azienda 0, ATS e Alisa hanno

² I soggetti analizzati sono i seguenti: ACP Bolzano, Alisa (in cui è confluita la CRA), APAC Trento, Arca SpA, CAT Sardegna (confluita in ATS Sardegna), Azienda 0 – CRAV, CRAS Umbria, CUC Molise, CUC Sicilia, Direzione Acquisti Regione Lazio, EGAS, ESTAR, InnovaPuglia SpA, Intercent-ER, Inva SpA, SCR Piemonte SpA, Soresa SpA, SUA Abruzzo, SUA Basilicata, SUA CALABRIA, SUA Marche.

incardinato in questi soggetti le funzioni di centrale di committenza precedentemente detenute in seno alla regione. Arca Lombardia nasceva come direzione di Lombardia Informatica e successivamente è stata trasformata in soggetto autonomo.

Tali scelte hanno un impatto non soltanto organizzativo, ma anche in termini di *accountability* e riconoscibilità delle centrali all'interno del sistema istituzionale. Un soggetto autonomo specializzato consente di tracciare in modo immediato le responsabilità e la capacità di creazione di valore, anche attraverso la lettura dei dati contabili. Laddove, invece, la centrale opera come funzione di un altro soggetto, come ad esempio l'ente regione, sarebbe necessario che l'organizzazione predisponesse strumenti informativi adeguati per garantire la trasparenza necessaria. Troppo spesso dall'analisi dei siti istituzionali risulta che, al di là dei documenti di gara o di altre informazioni con obbligo di pubblicazione per legge, manchi una vera *accountability* sui risultati ottenuti.

La Tabella 16.1 riporta, per ogni soggetto, i dati relativi al costo della produzione³ e al costo del personale a consuntivo 2015 e al numero dei dipendenti laddove questi dati siano disponibili⁴.

Per le centrali di committenza costituite all'interno dell'ente regione non sono disponibili i costi di funzionamento e, in alcuni casi, non è stato possibile nemmeno identificare il numero di dipendenti impiegati nell'attività. In questi casi solitamente l'ente regione ha formalmente la funzione di centrale acquisti, ma la gestione operativa è svolta avvalendosi di altri soggetti, tipicamente le AS.

Nella Figura 16.4 sono riportate le attività svolte dalle centrali esaminate così come risultano dalle informazioni pubblicate sui siti internet oppure contenute nelle leggi di costituzione, statuti o regolamenti. Tutte le centrali presidiano l'attività di definizione della documentazione di gara e gestione delle procedure di selezione dei fornitori (attività di committenza). Più della metà afferma di svolgere anche funzioni riconducibili ad attività di committenza ausiliaria⁵.

³ Per gli enti che adottano la contabilità economico patrimoniale il costo della produzione è costituito dalla somma di: costi per l'acquisto di materie prime, sussidiarie di consumo e di merci; per l'acquisto di servizi; per godimento di beni di terzi; per il personale; ammortamenti e svalutazioni; accantonamenti; oneri diversi di gestione. Per gli enti che invece utilizzano la contabilità finanziaria si è utilizzato il dato sulla spesa corrente.

⁴ I dati relativi ad Alisa, ATS Sardegna, CRAS, InnovaPuglia, SCR Piemonte, Inva fanno riferimento all'intera organizzazione e non sono relativi specificatamente alla sola funzione acquisti. Il valore della produzione di ESTAR, Soresa e EGAS è ottenuto sottraendo ai costi di produzione i costi per i beni e servizi acquistati per conto delle aziende sanitarie. In alcuni casi i dipendenti potrebbero non essere riferiti al 2015 ma al 2016.

⁵ Ai sensi dell'art. 3 c.1 lettera m del D.lgs 50/2016 sono attività di committenza ausiliaria: 1) infrastrutture tecniche che consentano alle stazioni appaltanti di aggiudicare appalti pubblici o di concludere accordi quadro per lavori, forniture o servizi; 2) consulenza sullo svolgimento o sulla progettazione delle procedure di appalto; 3) preparazione delle procedure di appalto in nome e per conto della stazione appaltante interessata; 4) gestione delle procedure di appalto in nome e per conto della stazione appaltante interessata.

Tabella 16.1 **Costo della produzione, costo del personale e dipendenti delle centrali di committenza regionali**

	Regione	Costo della produzione	Costo del personale	Dipendenti
SCR Piemonte	Piemonte	€5.244.337,00	€3.389.381,00	51
INVA	VdA	€16.476.278,00	€10.101.754,00	227
Arca	Lombardia	€8.726.454,00	€2.992.770,00	65
ACP	P.A Bolzano	€2.074.396,00	€1.215.516,00	44
APAC**	P.A Trento	Nd	Nd	75
Azienda 0**** (CRAV)	Veneto	Nd	Nd	15
EGAS	Friuli V.G.	€29.731.953,00	€2.163.311,00	49
Alisa	Liguria	€5.650.207,00	€1.793.548,00	32
Intercent-ER*	Emilia Romagna	€4.177.209,45	€0	56
ESTAR	Toscana	€46.437.702,00	€43.201.686,00	951
CRAS	Umbria	€14.030.000,00	€12.554.000,00	330
SUA	Marche	Nd	Nd	Nd
Dir. Acquisti	Lazio	Nd	Nd	134
SUA****	Abruzzo	Nd	Nd	Nd
CUC Molise	Molise	Nd	Nd	Nd
Soresa	Campania	€9.728.676,00	€3.714.426,00	89
InnovaPuglia	Puglia	€29.008.408,00	€10.956.910,00	177
SUA	Basilicata	Nd	Nd	25
SUA	Calabria	Nd	Nd	24
CUC Sicilia*	Sicilia	Nd	€0	15
ATS	Sardegna	€2.718.527,00	€836.000,00	Nd

* Intercent-ER e CUC Sicilia si avvalgono esclusivamente di personale distaccato o in comando, a bilancio il costo del personale è indicato pari a zero.

** Per quanto APAC sia un'agenzia strumentale della Provincia Autonoma di Trento non dispone di un proprio codice fiscale, né di un proprio bilancio.

*** Con deliberazione di Giunta Regionale n. 217 del 05 aprile 2016 la Stazione Unica Appaltante Abruzzo è stata incardinata all'interno del Servizio del Genio Civile di L'Aquila e sono state individuate strutture in avalimento per il necessario supporto alle attività del Soggetto Aggregatore. Per i beni sanitari si tratta delle aziende sanitarie stesse.

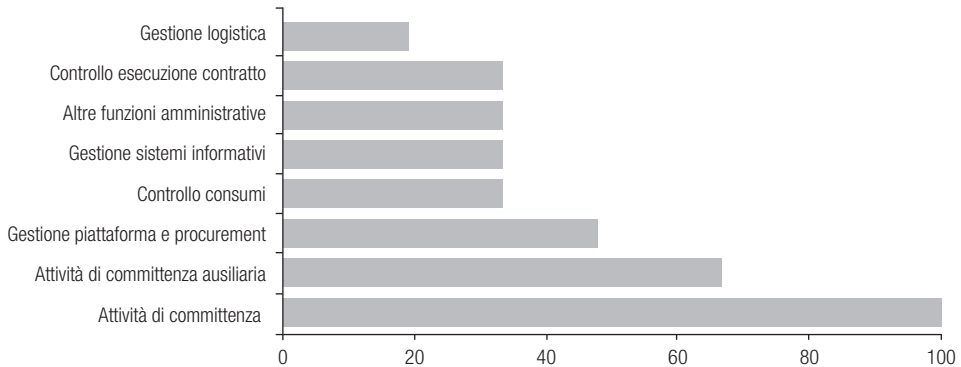
**** Essendo stata costituita per legge a ottobre 2016 al momento non sono ancora disponibili dati, il personale fa riferimento a quello in essere presso il CRAV.

Sono dieci⁶ le centrali che gestiscono una propria piattaforma elettronica per gli acquisti⁷.

Per quel che concerne l'attività delle centrali, salvo poche eccezioni, non sono disponibili report sull'attività svolta che consentano un'analisi comparata. I database pubblici disponibili sono il portale della trasparenza presso ANAC e

⁶ Intercent-ER, Arca SpA, So.Re.Sa SpA, InnovaPuglia, ESTAR, INVA, SUA Calabria, Direzione Acquisti Regione Lazio, ACP Bolzano, APAC Trento.

⁷ In nove casi la piattaforma funge da mercato elettronico per l'invio di richieste d'offerta a fornitori qualificati e da catalogo elettronico per l'accesso alle convenzioni. In sette casi la piattaforma consente di gestire anche gli appalti nell'ambito di un sistema dinamico di acquisizione. In sei casi le piattaforme fungono da vero e proprio strumento di *e-procurement* consentendo la gestione autonoma da parte degli enti delle proprie procedure di acquisto. In tre casi la piattaforma ha delle funzionalità di gestione del ciclo passivo della fornitura.

Figura 16.4 **Le funzioni svolte dalle centrali di committenza regionali**

l'attività di mappatura delle iniziative svolte dal tavolo dei soggetti aggregatori, in seno al Ministero dell'Economia e delle Finanze, riguardanti le categorie merceologiche obbligatorie introdotte dal DPCM 24 dicembre 2015 ex art. 1 c. 548 e ss. della legge 28 dicembre 2015 n. 2016 (di seguito DPCM). Le categorie del DPCM sono: servizi manutenzione elettromedicali, pulizie, ristorazione, lavanderia, smaltimento rifiuti sanitari, vigilanza armata, facility management immobili, pulizie immobili, guardiania, manutenzione immobili e impianti. Dall'analisi⁸ del secondo database emerge che il 52% delle iniziative programmate da parte dei soggetti aggregatori riguarda farmaci e vaccini, un ulteriore 25% riguarda, invece, la fornitura di presidi e dispositivi. In termini di valore, secondo ANAC⁹, farmaci e vaccini hanno rappresentato il 72% delle gare bandite dall'introduzione del DPCM.

Il 61% delle iniziative programmate dai soggetti aggregatori è aggiudicata sotto forma di convenzione¹⁰. Appare ancora limitato il ricorso ad altri strumenti di negoziazione, quali, per esempio, l'accordo quadro¹¹ e il sistema dinamico di acquisizione¹², sebbene, come testimoniato dai casi e dai dati ANAC¹³,

⁸ Il database contiene tutte le iniziative attivate e programmate tra il 2013 e il 2018.

⁹ ANAC (2017), Relazione Annuale 2016, pag. 160.

¹⁰ Le Convenzioni sono contratti quadro (ex. art. 26 Legge 488/99) nell'ambito dei quali i fornitori aggiudicatari di gare – esperite in modalità tradizionale o smaterializzata a seguito della pubblicazione di bandi – si impegnano ad accettare ordinativi di fornitura emessi dalle singole Amministrazioni che hanno effettuato l'abilitazione al sistema Acquisti in Rete.

¹¹ L'accordo quadro è l'accordo concluso tra una o più stazioni appaltanti e uno o più operatori economici, il cui scopo è quello di stabilire le clausole relative agli appalti da aggiudicare durante un dato periodo, in particolare per quanto riguarda i prezzi e, se del caso, le quantità previste.

¹² Il sistema dinamico di acquisizione è un processo di acquisizione interamente elettronico, per acquisti di uso corrente, le cui caratteristiche generalmente disponibili sul mercato soddisfano le esigenze di una stazione appaltante, aperto per tutta la sua durata a qualsivoglia operatore economico che soddisfi i criteri di selezione.

¹³ Tra il 2015 e il 2016 gli appalti affidati attraverso un sistema dinamico di acquisizione sono cresciuti del 423% per le forniture passando da 2 a oltre 14 miliardi, ANAC (2017), Relazione Annuale 2016, tabella 7.11 pag. 149.

Tabella 16.2 **Attività delle centrali di committenza**

Ente	Num. CIG	Importo medio lotti	Num. medio offerte ammesse	Valore complessivo lotti 2015-2017
ACP	482	€2.805.879,02	8,0	€462.970.038,45
ARCA	2.000	€2.870.589,07	2,0	€5.523.013.370,55
ALISA	152	€338.016,93	2,8	€51.378.573,78
EGAS	1.951	€626.178,22	2,2	€1.041.960.554,05
ESTAR	2.000	€2.114.118,79	1,0	€4.048.537.485,09
Intercent-ER	683	€4.686.404,70	2,7	€2.516.599.324,24
INVA SPA	95	€1.040.991,64	2,1	€86.402.306,14
SCR	1.828	€1.230.824,65	1,8	€2.249.947.467,25
SORESA	2.000	€4.257.114,93	3,9	€7.837.348.593,96
CRAS	148	€2.025.304,54	1,5	€299.745.071,42
Totale	11.339	€2.351.360,32	2,6	€24.117.902.784,93

Fonte: dati Portale della Trasparenza (2015-2017)

essi si stiano diffondendo sempre più perché in grado di garantire maggiore flessibilità da parte dei soggetti destinatari delle iniziative.

La durata media dei contratti stipulati è di 31,8 mesi, con la durata più breve, 21 mesi, per le iniziative rivolte all'acquisto di farmaci e più lunga, 77 mesi, per il servizio di *facility management*. Questa impostazione è coerente con le caratteristiche degli oggetti d'acquisto, una fornitura «pura» nel caso dei farmaci, un servizio con la possibilità di realizzare alcune componenti di investimento nel caso dei servizi di gestione e manutenzione degli immobili.

Si è quindi provveduto a un'estrazione dei dati dal portale della trasparenza¹⁴ per quei soggetti costituiti come entità giuridica autonoma. I risultati sono riportati in Tabella 16.2. Come è possibile vedere, per oltre undicimila CIG (codice identificativo gara attribuito univocamente a ogni lotto bandito) estratti, il valore medio dei lotti in cui è suddivisa ciascuna gara è di circa 2,3 milioni di euro, per un valore complessivo sul periodo di circa 24 miliardi di euro. Il numero medio di offerte ammesse è di 2,6 per ogni lotto a testimonianza di mercati dei fornitori molto concentrati.

È possibile confrontare questi dati con quelli pubblicati da ANAC secondo cui, nel 2016, il valore medio di un lotto bandito da una «centrale di committenza sanitaria» era pari a 2,8 milioni di euro e di 1,8 milioni per una «centrale di committenza»¹⁵. I lotti banditi individualmente dagli enti del SSN avevano un valore medio di circa 433 mila euro.

¹⁴ L'estrazione ha riguardo tutti i bandi chiusi con tutti i record disponibili al momento del download avvenuto indicativamente nel mese di giugno 2017. Il periodo compreso è tra il 2015 e il 2017.

¹⁵ ANAC (2017), Relazione Annuale 2016 tabella 7.12.

Ma quanto pesa l'attività delle centrali sul totale della spesa per acquisti di beni e servizi sanitari? Purtroppo solo in pochi casi sono disponibili tali dati. Intercent-ER nel proprio rapporto di attività afferma che gli acquisti centralizzati hanno inciso per il 42% della spesa nel 2016. In Lombardia nel 2016 gli acquisti aggregati hanno coperto il 59¹⁶ dei consumi. Soresa nel 2016 stima di coprire il 59% di beni e servizi delle aziende sanitarie. ESTAR intermedia tutti gli acquisti di beni e servizi delle aziende sanitarie toscane.

16.4 Casi aziendali

Oltre all'analisi desk si è proceduto a studiare quattro casi aziendali ritenuti rappresentativi per esperienza organizzativa maturata e per fornire uno spaccato che cogliesse l'intero territorio nazionale: Arca, ESTAR, Soresa, Regione Sicilia. La raccolta delle informazioni è avvenuta sotto forma di intervista con domande semi-strutturate. Il questionario, articolato in sette domande, è stato strutturato in modo da coprire le quattro dimensioni del framework di analisi.

16.4.1 ARCA SpA, Lombardia

I primi anni di vita della centrale, dal 2007 al 2012, si caratterizzano per una forte vocazione tecnologica, volta alla creazione, allo sviluppo e alla gestione di una piattaforma di *e-procurement*. Tuttavia, la specificità delle attività di *public procurement* gestite mediante la piattaforma hanno messo in luce la necessità di un indirizzo strategico e di un collegamento forte con l'utilizzatore finale, al fine di realizzare un'evoluzione del sistema per attuare non solo i cambiamenti legislativi ma anche, e soprattutto, per supportare l'implementazione di processi di ottimizzazione dei consumi e per stimolare cambiamenti del mercato dei fornitori. Obiettivi che si sono rivelati meglio perseguibili da una struttura dedicata e specializzata con la necessaria riconoscibilità nel contesto istituzionale di riferimento.

La trasformazione in SpA nel 2013 ha rafforzato l'organizzazione grazie a un modello di governance e a un perimetro istituzionale più definiti. Da un punto di vista operativo, ARCA ha beneficiato dello status di start-up ottenendo la possibilità, da parte di Regione Lombardia, di strutturare il proprio organico, acquisendo nuove risorse, con appropriata preparazione, nel mercato del lavoro, di definire percorsi di carriera strutturati, consentendo, da un lato, di rafforzare il management e, dall'altro, di offrire ai potenziali candidati prospettive di crescita, fondamentali per l'attrazione di professionalità esperte.

¹⁶ Il totale dei consumi aggregati in Regione Lombardia è del 59%, questo dato è ottenuto sommando gli acquisti attraverso Consip 4% dei consumi, iniziative gestite direttamente da Arca, 17%, e iniziative coordinate da Arca e gestite da altri soggetti, 38% dei consumi.

Con l'attribuzione della qualifica di soggetto aggregatore è stato attribuito alla società il ruolo di coordinatore del Tavolo Tecnico degli Appalti per la pianificazione, programmazione e controllo regionale degli acquisti. L'essere soggetto aggregatore ha, inoltre, allargato il perimetro di azione della società¹⁷. Questa evoluzione si riscontra anche nel valore delle gare aggiudicate dalla società, passato da 200 milioni di euro nel 2014, a 1,4 miliardi nel 2015 e 4,1 miliardi di euro nel 2016.

Regione Lombardia esercita su ARCA il controllo analogo¹⁸; la società, oltre alla supervisione di ANAC, è sottoposta al controllo dell'Agenzia Regionale Anti Corruzione (ARAC), del Comitato per la Legalità degli Appalti e dell'Agenzia di Controllo del SSR (ACCSS). A questi controlli esterni si aggiungono i controlli interni tipici di una SpA: il Consiglio di Amministrazione, i cui componenti sono nominati dalla Regione, il collegio sindacale e l'organismo interno di vigilanza. I bilanci devono essere inoltre certificati da un revisore esterno.

La raccolta dei fabbisogni avviene per via telematica tramite la piattaforma di e-procurement regionale, Sintel, con cui gli enti comunicano la propria programmazione annuale e biennale dei propri acquisti di beni e servizi. Il tavolo tecnico per la programmazione regionale raccoglie i fabbisogni e ARCA, che lo coordina, provvede a elaborarli e definire il proprio piano di attività, che la regione approva con delibera.

La Giunta Regionale, attraverso DGR, fissa le regole di funzionamento e il programma delle attività sulla base del quale ARCA predisporrà le gare. Per gli acquisti rivolti al SSR l'interfaccia principale della società è la Direzione Generale Welfare che svolge funzione di coordinamento e controllo sull'istruttoria di gara, oltre a indicare i referenti clinici per l'elaborazione della documentazione di gara (i capitolati, che contengono le specifiche di ciò che verrà acquistato). È in via di definizione, inoltre, un nuovo modello basato sulla costituzione di un gruppo tecnico di progettazione e un gruppo tecnico di validazione. Il primo progetta la gara, il secondo valida in modalità *blind* l'output prodotto dal primo simulando condizioni reali di gara.

Sebbene ARCA non sia direttamente responsabile del controllo dei consumi¹⁹, grazie al monitoraggio dei propri contratti in essere, è in grado di mappare

¹⁷ Fino al 2014 gli enti tenuti ad approvvigionarsi da Arca erano parte del SIREG sistema degli enti regionali (Enti del SSR, Giunta Regionale e altre società partecipate da Regione Lombardia). Con la definizione dei soggetti aggregatori ex art. 9 c.1 D.L. 66/2014 e dopo la legge di Stabilità 2016 sono ulteriormente rafforzati gli obblighi di approvvigionamento, anche per gli Enti Locali, attraverso soggetti aggregatori.

¹⁸ Secondo l'art. 14.7 dello statuto di Arca «Il socio unico Regione Lombardia esercita sulla Società un controllo analogo a quello esercitato sui propri organi, controllando direttamente l'attività della Società. In ogni caso il Socio Unico ha diritto di acquisire dall'organo amministrativo tutte le informazioni e/o documenti ritenuti necessari per l'esercizio del predetto controllo analogo e delle prerogative di socio».

¹⁹ Non si limita in nessun caso la libertà prescrittiva del clinico.

in modo puntuale e sistematico i consumi di quelle specifiche categorie merceologiche per cui è responsabile.

Al di fuori delle categorie merceologiche per cui c'è l'obbligo di legge di rivolgersi al soggetto aggregatore, la decisione di attivare una procedura centralizzata dipende dalla fattibilità e convenienza (non esistono parametri predefiniti) di aggregare i fabbisogni individuati nonché da indicazioni formulate dalla DG Welfare. Benché non esista un mandato esplicito di ridurre la variabilità dell'acquisto, la razionalizzazione dei fabbisogni avviene durante la costruzione della gara, quando si definiscono le specifiche tecniche e la strutturazione in lotti.

ARCA, similmente ad altri soggetti, si sta muovendo dal modello di centralizzazione basato sulla definizione di grandi convenzioni verso l'utilizzo di sistemi dinamici di acquisizione (SDA). Al momento sono stati attivati 6 SDA tra il 2015 e il 2016, tra cui lo SDA farmaci dal valore stimato di 4,4 miliardi e lo SDA dispositivi medici da 1,1 miliardi di euro, entrambi per la durata di 48 mesi.

ARCA individua benefici diretti e indiretti della propria attività. Tra i primi vi sono il risparmio medio ponderato sui prezzi storici. Il risparmio è calcolato sulla base d'asta che viene definita in modo che nessun soggetto debba sostenere un prezzo di acquisto superiore all'ultima gara effettuata autonomamente. Il risparmio è inoltre calcolato solo sugli ordini effettivi. Nel 2016 ARCA ha stimato risparmi per complessivi 400 milioni di euro direttamente attribuibili alle gare aggiudicate. Ulteriori benefici riportati da ARCA sono l'uniformità delle condizioni di acquisto e dei requisiti qualitativi dei prodotti acquistati. Quest'ultimo beneficio è conseguito grazie alle economie di specializzazione nella strutturazione della gara che consentono di ottenere i migliori prodotti sul mercato. Da un punto di vista ambientale tutte le gare ARCA adottano criteri di eco-compatibilità ambientale e clausole sociali.

16.4.2 ESTAR, Toscana

Il modello seguito da Regione Toscana è stato quello di centralizzare i servizi tecnico-amministrativi delle aziende facenti parte del SSR, tra cui gli acquisti, progressivamente a livello di area vasta (con la costituzione delle ESTAV) e, successivamente, di regione in un'ottica di razionalizzazione delle risorse disponibili. ESTAR opera in qualità di centrale di committenza e di centrale unica di acquisto per quel che concerne non solo l'aggregazione delle gare di appalto, ma anche i servizi di magazzino, logistica distributiva, ICT e delle tecnologie sanitarie.

Il processo di aggregazione seguito è molto forte e ha portato a centralizzare il 100% degli acquisti che devono passare obbligatoriamente per il tramite di ESTAR. Sebbene ESTAR non sia il soggetto aggregatore regionale – funzione svolta da Regione Toscana stessa – le categorie merceologiche definite dal

DPCM continuano a essere presidiate, infatti, da ESTAR per conto del soggetto aggregatore.

ESTAR è a tutti gli effetti un ente del SSR disciplinato dalla L.R. 40/2005 che regola il SSR. La Giunta Regionale nomina il DG dell'Ente ed esercita funzioni di indirizzo e controllo. Il coordinamento con le AS è garantito dal Consiglio Direttivo dell'Ente, in cui siedono i DG delle stesse, che ha il compito di approvare il programma annuale e pluriennale delle attività.

I processi di aggregazione delle AS (da 12 a 3 aziende di area vasta a cui si aggiungono 4 aziende ospedaliere) non hanno prodotto particolari impatti sull'attività di ESTAR, che a sua volta aveva anticipato il trend con la fusione delle tre ESTAV. Al contrario, la presenza di una struttura di supporto tecnico integrata ha permesso, in alcuni casi, una transizione più fluida verso il nuovo assetto organizzativo anche per le AS stesse.

Per quanto riguarda la fusione delle tre aree vaste, l'impatto del cambiamento si è maggiormente sentito nel bisogno di integrazione dei processi, poiché le tre ESTAV avevano sviluppato e consolidato nel tempo culture organizzative e prassi distinte. A questo scopo, al fine di standardizzare e controllare le procedure interne, sono state create a livello centrale di ESTAR le funzioni di audit e compliance.

Esistono, inoltre, ulteriori meccanismi di coordinamento a livello micro delle attività specifiche. In tema di acquisti, ad esempio, esistono delle commissioni permanenti in cui siedono rappresentanti della Regione e delle AS per i farmaci, le tecnologie e i dispositivi che provvedono a raccogliere i fabbisogni e a definire programmi specifici di attività. Le commissioni permanenti sono affiancate da altre commissioni di natura tecnica che forniscono indicazioni sulle modalità di aggregazione del fabbisogno nelle procedure di gara – la definizione dei lotti – e sulla definizione delle specifiche tecniche dei capitolati di gara.

La definizione del fabbisogno avviene sulla base dei dati di consumo di ESTAR derivanti dagli ordini da parte delle AS a valere sulle convenzioni in essere. Sebbene il governo del consumo sia aziendale e di stretta responsabilità della parte clinica (ESTAR non può infatti opporsi a richieste di avvio di una procedura d'acquisto da parte delle AS), l'ente esercita una funzione di monitoraggio e raccolta dati puntuale che consente alle AS di prendere coscienza dei propri consumi.

Il processo di aggregazione dei fabbisogni è completato da un percorso sempre più strutturato di confronto con i fornitori attraverso consultazioni preliminari di mercato ex art. 66 del Codice dei Contratti prima delle gare più importanti e incontri periodici con i fornitori, anche non correlati a una specifica iniziativa.

Attualmente ESTAR sta spostando il proprio modello di acquisto sempre di più verso la definizione di accordi quadro e di sistemi dinamici di acquisizione, rispetto all'utilizzo della convenzione.

L'esecuzione dei contratti è di pertinenza esclusiva delle AS. ESTAR esercita un controllo diretto di qualità sulle forniture – presidi e farmaci – a magazzino. Per tutti quei beni e servizi non a magazzino, essa sta predisponendo un sistema di audit e monitoraggio per controlli a campione.

ESTAR nel tempo ha spostato la valutazione della propria performance dall'output, misurato in numero di convenzioni aggiudicate, verso misure di risultato e outcome (risparmi sul prezzo aggiudicato, tempi di aggiudicazione, risparmio sulla spesa, innovazione). Il numero di convenzioni aggiudicate non è più ritenuto un indicatore rilevante, in quanto lo scopo è ridurre il numero di contratti attivi e impiegare strumenti più flessibili quali, ad esempio, i SDA.

Allo stato attuale, non esiste ancora una misurazione della sostenibilità ambientale degli acquisti – *green public procurement* – o degli impatti sul tessuto produttivo – es. partecipazione delle PMI. Riguardo a questo secondo aspetto, è pratica comune prevedere un lotto accessibile alle PMI; inoltre, tutte le gare prevedono clausole sociali (riassorbimento del personale e inserimento di lavoratori svantaggiati).

È stato sviluppato anche un sistema di valutazione del rischio corruttivo per le procedure di gara, un vero e proprio rating. Ogni procedura, prima di essere pubblicata, viene sottoposta a questo controllo e nel caso non superi la valutazione viene sospesa e successivamente riattivata.

16.4.3 SORESA SpA, Campania

Regione Campania è stata tra le prime ad avviare processi di centralizzazione degli acquisti per gli enti del Servizio Sanitario Regionale, attraverso la costituzione, nel 2004, della società regionale So.Re.Sa.²⁰; questa è una società a totale capitale pubblico, che opera prevalentemente con personale in comando proveniente dalle aziende sanitarie della regione. In una fase iniziale, le attività di So.Re.Sa. erano riconducibili a due principali aree di intervento:

- ▶ riduzione dell'indebitamento accumulato dalla regione, attraverso un'operazione di cartolarizzazione;
- ▶ riduzione della spesa sanitaria della regione, attraverso la centralizzazione dell'acquisizione di beni e servizi per le aziende sanitarie.

Le funzioni iniziali sono state successivamente ampliate con l'aggiunta di nuove attività strategiche (L.R. n. 4 del 2011) assegnate alla società: centralizzazione degli acquisti per gli enti del servizio sanitario regionale; creazione Banca Dati Unificata; Centrale Unica di Pagamento; supporto alla regione nelle procedure

²⁰ La L.R. 24/2005 stabilisce che «La So.Re.Sa. è titolare in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura dei beni e attrezzature sanitarie delle AA.SS.LL. e delle AA.OO».

di accreditamento istituzionale delle strutture del SSR; supporto al controllo di gestione e pianificazione aziendale delle strutture del SSR. Infine, la L.R. n. 16 del 7 agosto 2014 ne ha profondamente esteso le funzioni, prevedendo che So.Re.Sa. assuma il ruolo di centrale di committenza regionale ampliando la sua operatività a tutti gli enti pubblici regionali e di soggetto aggregatore²¹.

Per estendere ulteriormente tale operatività, So.Re.Sa. ha attivato, dal 2016, un elenco degli operatori economici (albo fornitori regionali) e dall'inizio del 2018 verrà implementato il Mercato Elettronico Regionale, strutturato per merceologie e requisiti richiesti agli operatori economici funzionali alle esigenze anche degli enti locali e delle amministrazioni del territorio regionale.

A So.Re.Sa. è attribuita in via esclusiva la funzione di acquisto di beni e servizi per le aziende sanitarie ospedaliere, gli I.R.C.C.S e le AA.OO.UU. della Regione. Tuttavia, secondo la normativa regionale, le suddette aziende, per espressa autorizzazione di So.Re.Sa, possono espletare autonome procedure di gara, in particolare per merceologie per le quali non sono state attivate apposite iniziative della centrale di committenza regionale.

Le ASL e AO sono tenute a raccogliere e trasmettere a So.Re.Sa. il proprio fabbisogno per l'acquisto di beni e servizi, relativi all'anno successivo, entro il 30 settembre di ogni anno (solitamente, in via telematica); contestualmente, al fine di ottimizzare i processi di programmazione e di definizione delle procedure di acquisto, le aziende sono tenute a redigere e trasmettere a So.Re.Sa un piano triennale relativo alle esigenze di beni e servizi, con il relativo fabbisogno finanziario, da aggiornare annualmente nel corso del triennio; devono inoltre nominare, per ciascuna azienda sanitaria, un referente in qualità di «Responsabile comunicazioni acquisti centralizzati», al fine di garantire un puntuale e corretto invio dei dati a So.Re.Sa.

Sulla base dei fabbisogni raccolti, So.Re.Sa. elabora annualmente un programma di contenimento della spesa corrente sanitaria, definendo piani e procedure centralizzate, a livello regionale, per l'acquisto e la fornitura di beni ed attrezzature sanitarie. Nei rapporti con le aziende sanitarie regionali So.Re.Sa ha definito un modello originale che si sostanzia nella puntuale verifica, a seguito di attivazione di convenzioni-quadro, del livello di adesione delle aziende sanitarie, rispetto a fabbisogni comunicati in fase di preparazione della gara centralizzata.

So.Re.Sa., per tradizione, prevede un adeguato livello di coinvolgimento del personale clinico e amministrativo delle aziende regionali non solo nella fase di raccolta del fabbisogno, ma anche delle fasi successive, di aggregazione e stesura della documentazione tecnica. Tuttavia, esistono, in linea generale, due differenti approcci. In caso di riedizioni di gare già effettuate, le fasi di aggregazione della domanda e di stesura della documentazione vengono gestite preva-

²¹ Ai sensi dell'articolo 9 del d.l. 66/2014.

lentamente da So.Re.Sa, con un basso grado di coinvolgimento delle strutture aziendali; in caso di prime edizioni di gare su beni e servizi non acquistati in precedenza in forma centralizzata, viene effettuata una valutazione approfondita e specifica sul livello di coinvolgimento sia del mercato (attraverso tavoli tecnici), che del personale clinico ed amministrativo delle aziende coinvolte, soprattutto in mancanza di competenze interne specifiche.

Nel corso degli ultimi anni, si è consolidato il ruolo di So.Re.Sa., che deve assicurare la continuità delle forniture di beni e dei servizi, il cui acquisto è stato già centralizzato a livello regionale, una buona parte delle iniziative programmate riguardano riedizioni di precedenti gare; per le nuove iniziative So.re.sa. si è particolarmente concentrata sulle categorie merceologiche definite dal DPCM del 24 dicembre 2015 arrivando di fatto a coprire tutte le merceologie del suddetto decreto.

La riduzione della variabilità e l'aumento della standardizzazione dei beni e servizi rappresentano uno degli obiettivi di So.Re.Sa attraverso la programmazione delle procedure di gara. Al fine di ridurre la variabilità dei prodotti, nel corso del 2014 So.Re.Sa. ha avviato un importante progetto per la realizzazione della bonifica e per la normalizzazione delle anagrafiche aziendali, al fine di migliorare il rapporto percentuale tra i flussi economici dei consumi dei DM inviati al ministero della Salute e il valore complessivo degli acquisti degli stessi da parte delle aziende sanitarie, (con l'obiettivo di raggiungere la soglia, fissata dal Ministero, del 65%).

Nel 2016 la Centrale di Committenza ha aggiudicato 15 iniziative per un valore di circa 1 miliardo; nello stesso anno, sono state bandite 19 nuove gare per un valore di circa 4 miliardi ed istruite altre 7.

Nel corso dei primi due quadrimestri del 2017 sono inoltre state aggiudicate ed indette 24 iniziative per un valore di circa 5 miliardi e sono in istruttoria altre 8.

L'adesione alle convenzioni di So.Re.Sa. da parte delle aziende del SSR sono state in media circa il 75%.

Contestualmente alle attività di gara, ai sensi dell'art. 1 comma 230 della Legge regionale n. 4/2011, la Direzione della Centrale di Committenza svolge anche attività istruttorie finalizzate al rilascio di autorizzazioni alle AA.SS. per lo svolgimento di autonome procedure di gara.

La suddetta attività è svolta in via telematica attraverso la piattaforma di e-procurement e consente il rilascio o il diniego tempestivo delle autorizzazioni di acquisto alle Aziende Sanitarie. Nel 2016 sono state lavorate complessivamente circa 1000 richieste di autorizzazione.

La percentuale di copertura di So.Re.Sa. presenta valori rilevanti, tuttora in crescita. Analizzando le voci più significative delle categorie merceologiche, le percentuali di copertura di So.re.sa. sono pari al 97% per i farmaci, 99% per i vaccini e circa il 50% per i dispositivi medici.

Pertanto, come emerge da tali dati, So.re.sa. nei settori storici di intervento assicura un elevato grado di copertura.

In aggiunta, So.re.sa. oltre a consolidare i risultati fino ad oggi raggiunti, nel corso del 2016 e 2017, tra iniziative bandite ed aggiudicate, ha coperto la quasi totalità delle iniziative di gara previste da D.P.C.M. del 24.12.2015. In particolare sono state bandite tutte le gare previste per i servizi non sanitari e sono state attivate le Convenzioni per il servizio di raccolta trasporto e conferimento ad impianto di smaltimento dei rifiuti, per i servizi integrati, gestionali e operativi di manutenzione multiservizio tecnologico e per i servizi integrati di lavanoleggio.

16.4.4 Regione Sicilia

Il modello di centralizzazione degli acquisti adottato dalla Regione Sicilia si inserisce in un profondo disegno di rinnovamento del sistema sanitario regionale, che ha portato, in primo luogo, alla riduzione del numero di aziende sanitarie (da 29 a 17), suddivise in due Bacini (Occidentale ed Orientale), attraverso un processo di accorpamento e fusione durato diversi mesi. Regione Sicilia ha intrapreso il percorso descritto sulla spinta determinata dal Piano di Rientro, siglato il 31 luglio 2007, di cui l'accentramento costituisce una delle linee di azione fondamentali (Amatucci e Mele, 2012).

La Centrale Unica di Committenza, che ha assunto il ruolo di Soggetto Aggregatore, ai sensi dell'articolo 9 del d.l. 66/2014, provvede agli acquisti di beni e servizi oltre che per i diversi rami dell'Amministrazione regionale anche per gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale, per gli enti regionali e per le società a totale o maggioritaria partecipazione regionale.

L'attività della Centrale di Committenza viene pianificata attraverso uno stretto collegamento con l'Assessorato all'Economia, da cui dipende funzionalmente²²: un decreto dell'Assessore per l'economia, entro il 31 dicembre di ogni anno, definisce il piano strategico degli acquisti, individua le categorie merceologiche dei beni e dei servizi da acquistare, individua le relative modalità di attuazione e gli importi, riferiti a ciascuna categoria merceologica.

Il modello adottato dalla regione Sicilia prevede tre distinti «livelli di aggregazione» per l'acquisto di beni e servizi:

- ▶ livello regionale, in cui opera la Centrale Unica di Committenza, con il compito di gestire le procedure di gara per tutte le aziende sanitarie della regione;

²² La Centrale Unica di Committenza, istituita con L.R. 7 maggio 2015, n. 9, art. 55, non ha personalità giuridica autonoma, ma è un Servizio/Ufficio all'interno dell'Assessorato per l'Economia della Regione Sicilia, sotto la competenza del Dipartimento regionale del bilancio e del tesoro.

- ▶ livello regionale, gestito dai Bacini, in cui viene individuata un'AS capofila con il compito di gestire le procedure di gara per tutte le AS della regione;
- ▶ livello di bacino, in cui viene individuata un'AS capofila con il compito di gestire le procedure di gara esclusivamente per le AS del bacino.

La Centrale di Committenza è ancora in una fase embrionale, in quanto le attività propedeutiche (costituzione formale, attivazione, assegnazione del personale, programmazione dell'attività) ne hanno permesso la piena operatività da pochi mesi. In questa fase, la Centrale si occupa prevalentemente delle categorie merceologiche previste dal DPCM.

Accanto alla Centrale, continua l'operatività dei Bacini, attraverso un modello che prevede una profonda interazione tra Bacini e aziende, con la presenza di tre organi, uno per ogni bacino di riferimento e uno con funzioni di raccordo e coordinamento a livello regionale.

A livello regionale, presso l'Assessorato alla Salute, è prevista una cabina di regia interna con funzioni di pianificazione, controllo e valutazione dell'attività dei Bacini. L'attività di pianificazione della cabina di regia consiste nell'individuazione di un programma di acquisti comune fra tutte le aziende appartenenti allo stesso bacino. L'attività di controllo è finalizzata non solo alla verifica del rispetto delle indicazioni previste, ma anche allo sviluppo di un sistema di indicatori attraverso i quali monitorare le attività delle aziende sanitarie.

Seguendo una logica di specializzazione dei provveditorati a ogni azienda sanitaria viene assegnata in maniera stabile una macro-area di prodotti per la quale l'azienda dovrà occuparsi dell'intero processo di approvvigionamento, a esclusione della stipula del contratto che rimane prerogativa delle singole aziende sanitarie, per la relativa quota di competenza.

La Centrale Unica di Committenza non prevede momenti istituzionali di confronto con il personale clinico e con le aziende sanitarie. L'individuazione dei beni e servizi da acquistare avviene attraverso l'utilizzo delle voci di spesa previste dal Piano dei Conti Regionale ed è basata su una segmentazione degli acquisti in relazione ai volumi, alla complessità del giudizio clinico e alla possibilità di standardizzazione. Vengono tuttavia individuati, per alcune categorie di gare sanitarie, tavoli tecnici con operatori economici e associazioni, e alcuni momenti di scambio con le aziende, basati prevalentemente su questionari e documenti. La fase di aggregazione del fabbisogno, stesura della documentazione di gara, indizione e gestione della gara viene curata prevalentemente dalla Centrale di Committenza.

Le gare di Bacino, invece, sono organizzate in maniera differente: il processo di acquisto prende avvio con la rilevazione del fabbisogno da parte delle singole aziende sanitarie, che sarà poi trasmesso, in formato elettronico, all'azienda capofila. Le attività dell'azienda capofila consistono nell'aggregare i fabbisogni, attraverso il coinvolgimento di figure professionali specializzate,

interne all'azienda (quali per esempio i farmacisti); e nel gestire il processo di acquisto, attraverso il coinvolgimento di figure professionali provenienti da tutte le aziende sanitarie appartenenti al bacino, con funzioni di supporto alla predisposizione del capitolato di gara e di partecipazione alle Commissioni di gara.

L'attività della Centrale Unica di Committenza è ancora troppo recente per poter mostrare risultati attendibili. Tuttavia, tale Centrale risulta già molto dinamica e in pochi mesi ha bandito gare per circa 5 miliardi di euro. Molte sono le gare in programmazione, tutte prevalentemente legate al DPCM, tra fine 2017 e inizio 2018.

I risultati dell'attività, seppur non ancora di natura economica, sono invece evidenti in termini di riduzione della variabilità dei beni acquistati: in quasi tutte le gare bandite nel 2016²³ si è registrata una notevole riduzione dei lotti, anche in misura del 50%, rispetto a gare precedenti, a testimonianza della volontà di ottenere risultati in tempi brevi.

Ben più rilevante è stata, negli anni, l'attività dei Bacini. A partire dal 2010 sono state indette 41 gare dal Bacino Orientale, 23 dal Bacino Occidentale, 15 gare regionali, con ASL capifila. Il totale del valore bandito in gara è di circa 6 miliardi di euro. Complessivamente, le forme di acquisto centralizzato (considerando sia la Centrale di Committenza che l'attività dei Bacini) coprono almeno il 60% della spesa regionale.

16.5 Considerazioni di sintesi

La centralizzazione fino a oggi è stata interpretata in ottica di contenimento della spesa d'acquisto più che come strumento di revisione e ripensamento della spesa complessiva, in ottica di «*total cost of ownership*», considerando anche gli effetti, in termini di maggiori o minori costi, derivanti dall'impiego di quanto acquistato.

Pertanto è consistita, prevalentemente, nel processo di aggregazione della funzione di acquisto, delegando a un soggetto unico l'attività amministrativa di gestione della gara. I dati quantitativi rilevati non permettono di valutare se questo processo abbia consentito effettivamente di aggregare la domanda in modo razionale, con finalità di rivalutazione e ridefinizione degli aggregati di acquisto possibili, sulla base dei fabbisogni espressi e delle innovazioni e cambiamenti nel mercato dei fornitori. L'ammontare medio del lotto di gara è relativamente contenuto: questo potrebbe significare o che non vi è stato

²³ Farmaci, SDA; Defibrillatori (Materiale per elettrofisiologia ed elettrostimolazione cardiaca: Convenzione; Pace-maker, Convenzione; Servizi di Lavanderia per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, Convenzione; Servizi Integrati per gestione apparecchiature elettromedicali, Convenzione.

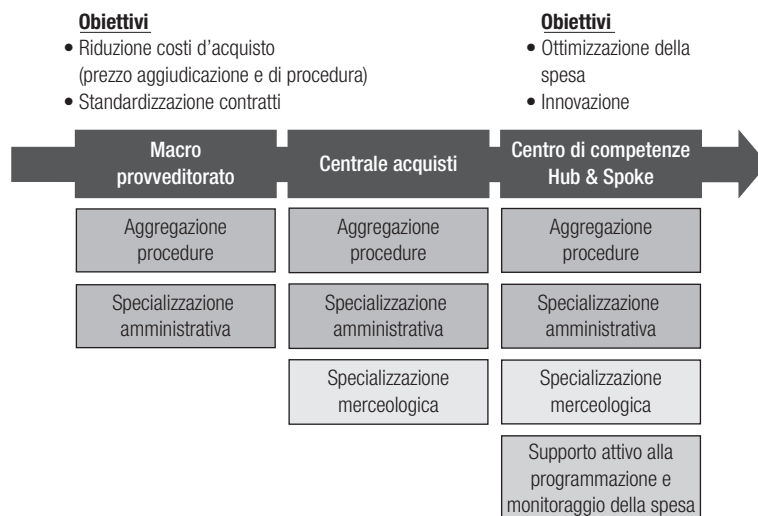
un processo effettivo di aggregazione della domanda, oppure che la razionalizzazione in *cluster* di oggetti di acquisto corrispondenti ai lotti deve essere approfondita dal punto di vista qualitativo, per poter cogliere l'effettivo valore aggiunto dell'aggregazione.

Tuttavia, va sottolineato che, quando la centrale di committenza opera in modo virtuoso, essa diventa un centro di specializzazione che consente di ridurre le asimmetrie informative e quindi, anche qualora la domanda non abbia incrementato i volumi di acquisto per singola tipologia e non vi siano economie di scala, si possono comunque ottenere significativi vantaggi per il sistema sanitario. La centrale o comunque «gli hub di acquisto» consentono di specializzare profili professionali sulle diverse categorie merceologiche, con l'obiettivo di monitorare costantemente il mercato e quindi definire in modo sempre più appropriato finalità dell'acquisto, requisiti, specifiche tecniche e conseguenti prezzi a base di gara. Né la percentuale di aggregazione, né tanto meno lo sconto sulla base d'asta ottenuto, possono rappresentare indicatori di efficienza ed efficacia delle centrali.

Questa consapevolezza si sta diffondendo, come manifestano le esperienze di alcune centrali analizzate, sebbene i modelli istituzionali siano differenti.

Dall'analisi dei casi emergono tre modelli di centrali, che evidenziano tre fasi di sviluppo, o tre possibili «assetti di connessione» tra policy maker (la Regione) ed erogatore dei servizi (le Aziende Sanitarie), del processo di razionalizzazione degli acquisti (vedi Figura 16.5). Non necessariamente le esperienze analizzate coincidono con uno dei tre modelli evolutivi rappresentati in Figura 16.5, poiché la definizione del modello e la sua effettiva implementazione dipendono da scelte di policy e di management situazionali e contingenti. Inoltre, i confini tra i tre modelli sono sfumati, non rigidi, a motivo non solo del posizionamento dei vari soggetti regionali all'intero di questi tre modelli, ma anche del percorso di evoluzione che si è avuto nel tempo nei diversi contesti regionali, in virtù di esigenze sociali, economiche e culturali.

Nel primo modello, la centrale si fa carico di coordinare l'attività amministrativa di acquisto delle AS. In questa configurazione, che riproduce su scala regionale le attività di un singolo provveditorato aziendale, che si osserva tipicamente nelle centrali all'interno dell'ente regione, la gestione delle procedure centralizzate può essere delegata in avvalimento a singole AS, in funzione di scelte contingenti. Il modello consente, se vi sono le competenze necessarie, di raggiungere una specializzazione in particolari ambiti merceologici, senza tuttavia intaccare le scelte individuali, in quanto l'aggregazione avviene soprattutto in termini amministrativi/procedurali - ponendo l'obiettivo di razionalizzazione della domanda e dei costi in secondo piano. Per questo motivo questo modello viene completamente superato in un contesto in cui si è attuato un processo di fusione delle aziende sanitarie o in cui le aziende si consorziano nella gestione di procedure d'acquisto.

Figura 16.5 **Stadi evolutivi delle centrali di acquisto**

Nel secondo modello la centrale è dotata di una propria struttura tecnico-gestionale, creata con l'obiettivo di offrire un servizio aggregato, non necessariamente solo legato alla funzione acquisti, ma che può riguardare anche altre funzioni tecnico-amministrative. In questa configurazione la funzione acquisti è demandata alla centrale, che raggiunge quindi un forte grado di specializzazione amministrativa nella gestione delle procedure di costruzione delle gare e selezione del fornitore. La centrale è, tuttavia, soggetto passivo rispetto alle AS, che continuano a esprimere in modo autonomo i fabbisogni.

L'ultimo modello è quello che possiamo definire di centrale di competenza e aggregatore della domanda. Secondo questa impostazione la gestione delle singole procedure può tornare in parte di competenza delle singole aziende, ad esempio attraverso l'uso di accordi quadro e sistemi dinamici di acquisizione, o attraverso gare gestite in modo autonomo, anche con ruolo di capofila, nell'ambito delle quali la centrale agisce con ruolo di supporto metodologico e di competenza. La centrale, lavorando con e coordinando le AS, definisce in modo proattivo e strategico il perimetro delle forniture, specie quelle più strategiche. Questo processo consente di analizzare in modo puntuale i consumi e, quindi, di individuare in modo più specifico i fabbisogni; inoltre, consente di definire, anche mediante una triangolazione con il mercato, specifiche funzionali, requisiti soggettivi e valori economici più puntuali e sfidanti. Questo modello è quello che potenzialmente consente di guidare in modo strategico la funzione acquisti, con il conseguimento di migliori risultati di performance e maggiori impatti sul sistema sanitario e sul mercato.

Pertanto, in futuro, anche a fronte dei processi di fusione aziendali, il tema

non sarà più lo svolgimento di una procedura aggregata tra più aziende, quanto la riqualificazione delle centrali verso ruoli più strategici. È evidente, che optare per un modello base di mero soggetto coordinatore rispetto a un modello evoluto di «centrale di competenza» non può avvenire semplicemente con un cambiamento di statuto. La scelta del modello deve essere effettuata in modo coerente con lo stadio di maturità del sistema e impone un forte *commitment* politico, da cui devono derivare opportune azioni di management. Nessun cambiamento può generare i risultati programmati senza un chiaro investimento in competenze. In un sistema pubblico in cui il turn over delle professionalità è bloccato, il rischio è quello di creare un design istituzionale ottimale che non è in grado di conseguire i risultati per carenze manageriali.

16.6 Conclusioni

Gli acquisti pubblici da mero strumento, sono visti sempre di più a livello europeo come una vera e propria policy (Cusumano e Brusoni, 2016). Secondo la Commissione Europea (2016), il settore pubblico esprime richieste di acquisto pari, in media tra il 2012 e il 2015, al 10% del PIL italiano. Le implicazioni di politica economica, specie nel settore sanitario, sono molto rilevanti. Pertanto, è auspicabile che le scelte relative ai modelli di acquisto in sanità vengano assunte non solo puntando la lente di ingrandimento sugli equilibri di bilancio sanitario di breve termine, ma prendendo in considerazione anche gli effetti che queste scelte possono avere sul sistema regionale e nazionale complessivo (Marsilio, Amatucci e Callea, 2016). Per questo motivo, sarebbe auspicabile che il legislatore nazionale creasse dei sistemi incentivanti affinché il *procurement* possa diventare una leva di reale sviluppo economico e sociale, così come peraltro delineato dalle recenti Direttive comunitarie nel 2014 (n. 23 e 24).

Sulla scorta delle analisi condotte, in particolare dei casi raccolti, appare utile iniziare a riflettere sulla bontà di alcuni assunti alla base delle politiche di centralizzazione degli acquisti fin qui perseguite:

- 1) L'aggregazione delle procedure di acquisto comporta automaticamente un'aggregazione della domanda.
- 2) L'incremento della scala degli acquisti determina una riduzione diretta dei costi di approvvigionamento.
- 3) Le economie di scala, per essere raggiunte, implicano necessariamente la standardizzazione dei processi e dei prodotti di acquisto.

La centralizzazione degli acquisti da sola non produce risparmi: se manca un processo adeguato di analisi dei fabbisogni e di traduzione degli stessi in documenti di gara, redatti sulla base di approfonditi confronti con il cliente finale

interno e il mercato, il rischio è quello di generare maggiori costi in termini di «*total cost of ownership*» e iniquità. Appare, quindi, urgente mettere a punto modelli di valutazione del «*total cost of ownership*», analizzando sia gli impatti sui bilanci aziendali, sia sui pazienti che sul sistema nel suo complesso, per comprendere i modelli più adeguati di approvvigionamento.

Le diverse soluzioni organizzative e istituzionali adottate dalle Regioni dimostrano come la definizione stessa della funzione acquisti sia frutto del contesto di riferimento e non sia, per certi versi, standardizzabile. A livello di processo di acquisto la standardizzazione non deve essere l'obiettivo, ma casomai la conseguenza di una analisi dei fabbisogni e, comunque, essa non può interferire con l'appropriatezza e con l'autonomia clinica. Tra l'altro, una eccessiva standardizzazione in un contesto istituzionale in cui il controllo della spesa è interpretato come riduzione dei prezzi di acquisto può deprimere il mercato e la sua capacità di innovazione.

In funzione, come si è scritto sopra, degli assetti istituzionali e del grado di maturità del sistema è auspicabile una maggior consapevolezza negli obiettivi da assegnare alle centrali di committenza regionali. È proprio in questa direzione, anche facendo leva su analisi di tipo qualitativo, data la complessità dell'oggetto di indagine, che l'Osservatorio MASAN intende contribuire al dibattito e all'evoluzione del sistema degli acquisti.

Bibliografia

- Amatucci F., Marsilio M. (2012), «I processi di approvvigionamento dei dispositivi medici», in Tarricone R. (a cura di), *Politiche per la salute e scelte aziendali. Impatto sull'innovazione e diffusione delle tecnologie mediche*, Egea, Milano
- Amatucci F., Mele S. (2012), *I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie: elementi di innovazione e modelli di accentramento*, Milano, Egea, seconda edizione
- Callea G. et. al. (2017), «The impact of HTA and procurement practices on the selection and prices of medical devices», *Social Science & Medicine*, 174, 89-95
- Cusumano N., Brusoni M. (2016), «Rileggere gli Acquisti in Chiave Strategica», in Brusoni M., Niccolò C., Vecchi V. (a cura di), *Gli Acquisti Pubblici un Approccio Manageriale al Cambiamento*, Milano, Egea.
- Eriksson E., Westerberg M. (2011), «Effects of Cooperative Procurement Procedures on Construction Project Performance: A Conceptual Framework», *International Journal of Project Management* 29 (2). Elsevier Ltd and IPMA: 197-208. doi:10.1016/j.ijproman.2010.01.003.
- European Commission (2016), *Public Procurement Indicators 2015*.

- Fredo S., Bakker E., Walker H., Essig M. (2011), «Development of Purchasing Groups during Their Life Cycle: From Infancy to Maturity», *Public Administration Review* 71 (2): 265-75. doi:10.1111/j.1540-6210.2011.02337.x.
- Fredo S., Telgen J. (2007), «Developing a Typology of Organisational Forms of Cooperative Purchasing», *Journal of Purchasing and Supply Management* 13 (1): 53-68. doi:10.1016/j.pursup.2007.03.002.
- Fredo S., Telgen J., de Boer L. (2010), «Critical Success Factors for Managing Purchasing Groups», *Journal of Purchasing and Supply Management* 16 (1). Elsevier: 51-60. doi:10.1016/j.pursup.2009.10.002.
- Gobbi C., Hsuan J. (2015), «Collaborative Purchasing of Complex Technologies in Healthcare», *International Journal of Operations & Production Management* 35 (3): 430-55. doi:10.1108/09574090910954864.
- Karjalainen K. (2011), «Estimating the Cost Effects of Purchasing Centralization-Empirical Evidence from Framework Agreements in the Public Sector», *Journal of Purchasing and Supply Management* 17 (2). Elsevier: 87-97. doi:10.1016/j.pursup.2010.09.001.
- Kauppi K., Van Raaij E.C. (2014), «Opportunism and Honest Incompetence-Seeking Explanations for Noncompliance in Public Procurement», *Journal of Public Administration Research and Theory*, no. Karjalainen 2011: 1-27. doi:10.1093/jopart/mut081.
- Marsilio M., Amatucci F., Callea G. (2016), «La gestione centralizzata degli acquisti in sanità per la razionalizzazione e riqualificazione della spesa», in Cergas Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Egea, Milano
- Meehan J., Ludbrook M.N., Mason C.J. (2016), «Collaborative Public Procurement: Institutional Explanations of Legitimised Resistance», *Journal of Purchasing and Supply Management* 22 (3). Elsevier: 160-70. doi:10.1016/j.pursup.2016.03.002.
- Nollet J., Beaulieu M. (2003), «The Development of Group Purchasing: An Empirical Study in the Healthcare Sector», *Journal of Purchasing and Supply Management* 9 (1): 3-10. doi:10.1016/S0969-7012(02)00034-5.
- Nollet J., Beaulieu M. (2005), «Supply Chain Management: An International Journal Should an Organisation Join a Purchasing Group?», *Supply Chain Management: An International Journal* 10 (1): 11-17. doi:10.1108/13598540510578333.
- Pagell M. (2004), «Understanding the Factors That Enable and Inhibit the Integration of Operations, Purchasing and Logistics», *Journal of Operations Management* 22 (5): 459-87. doi:10.1016/j.jom.2004.05.008.
- Tella E., Veli Matti V. (2005), «Motives behind Purchasing Consortia», *International Journal of Production Economics* 93-94 (SPEC.ISS.): 161-68. doi:10.1016/j.ijpe.2004.06.014.
- Walker H., Fredo S., Bakker E., Harland C. (2013), «Collaborative Procurement: A Relational View of Buyer-Buyer Relationships», *Public Administration Review* 73 (4): 588-98. doi:10.1111/puar.12048.

17 **Le performance economiche delle aziende ospedaliere nella prospettiva dei «Piani di Rientro Aziendali»**

di Elena Cantù, Elisabetta Notarnicola e Eugenio Anessi Pessina¹

17.1 **Introduzione**

Il capitolo si propone di rappresentare e analizzare le *performance* economiche delle singole aziende sanitarie. Questo approccio, già presentato nel Rapporto Oasi 2015 (Cantù *et al.*, 2015), riflette l'ipotesi che, al fine di cogliere le dinamiche di funzionamento dei SSR e le determinanti dei loro complessivi equilibri economici, sia necessario indagare non solo i dati consolidati regionali, ma anche quelli delle singole aziende. In ultima analisi, infatti, la funzionalità complessiva del sistema dipende dai livelli di funzionalità di ogni azienda, poiché molte variabili chiave restano ancora sotto il controllo delle aziende e l'efficace utilizzo di tali variabili continua a dipendere, almeno in parte, dalle capacità manageriali interne alle aziende stesse. In questo senso vanno, peraltro, anche le più recenti evoluzioni normative: su tutte il DM 21/06/2016², che dà attuazione all'articolo 1, commi 524 ss., L. 208/2015 in tema dei c.d. «Piani di Rientro Aziendali».

Nell'analisi e nell'interpretazione delle *performance* economico-finanziarie delle aziende sanitarie pubbliche è necessario tener conto delle peculiarità che caratterizzano tali aziende. Tra queste peculiarità, particolare rilievo assumono la natura e i sistemi di determinazione dei ricavi. Questi, infatti, sono prevalentemente rappresentati da finanziamenti regionali, che riflettono solo parzialmente la quantità, qualità e appropriatezza della produzione aziendale³, con

¹ Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, i §§ 171 e 172 sono attribuiti a Eugenio Anessi Pessina, i §§ 174 e 175 a Elena Cantù, il § 173 a Elisabetta Notarnicola.

² DM 21 giugno 2016: «Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le Aziende Ospedaliere (AO), le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU), gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri Enti pubblici».

³ Gli stessi schemi di bilancio civilistici, del resto, dedicano particolare attenzione alla separata evidenziazione dei valori scaturenti da rapporti con eventuali aziende consociate: «La ragione fondamentale della evidenziazione dei rapporti con consociate sta nel fatto che le operazioni con

evidenti riflessi negativi sulla capacità del risultato di esercizio di rappresentare correttamente il rispetto del vincolo economico nel periodo amministrativo di riferimento, ossia di mostrare «se i cittadini-utenti hanno usufruito di servizi che hanno comportato costi inferiori, uguali o superiori all'entità dei trasferimenti e delle altre risorse economiche fisiologicamente acquisite dall'azienda» (Anessi Pessina e Zavattaro 1994: 9).

Nelle Aziende Ospedaliere (AO), in particolare, il finanziamento è prevalentemente basato su una valorizzazione a tariffa delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali e in questo modo riflette, seppur non perfettamente, la produzione aziendale. A ciò si aggiungono, però: (i) «finanziamenti di riequilibrio» che, seppur contabilizzati come proventi, rappresentano in realtà dei veri e propri ripiani di perdite, previste o già determinate a pre-consuntivo; (ii) «finanziamenti per funzione» che, in linea di principio, riflettono lo svolgimento da parte dell'azienda di una gamma spesso significativa di attività non tariffate, ma che, in assenza di chiari ed espliciti criteri di determinazione, possono costituire almeno in parte ulteriori «finanziamenti di riequilibrio» sotto mentite spoglie. Si genera, pertanto, una commistione tra i due ruoli che la regione di fatto svolge nei confronti delle aziende, ossia quello di «proprietario» (tenuto alla copertura delle perdite) e quello di «cliente» o «committente» (tenuto al pagamento di un corrispettivo per le prestazioni ricevute dai propri cittadini): la copertura delle perdite, infatti, rientra nel ruolo del «proprietario», ma viene effettuata con le modalità tecniche proprie del ruolo di «cliente» (Anessi Pessina 2012). L'esito finale è che alcune aziende conseguono l'equilibrio «con le proprie forze» (ossia ottenendo finanziamenti regionali commisurati ai servizi erogati), mentre altre ci arrivano solo «con aiuti aggiuntivi» (ossia ottenendo finanziamenti regionali sovradimensionati rispetto ai servizi erogati). I dati di bilancio, però, non consentono di distinguere le due fattispecie, né esistono in merito informazioni affidabili.

Proprio per le AO, tuttavia, una soluzione seppur preliminare a questa criticità è offerta dal citato DM 21/06/2016, che propone una metodologia di «normalizzazione» dei ricavi, accrescendone la significatività e la comparabilità. Il capitolo si pone, dunque, un duplice obiettivo:

- fornire una panoramica delle Aziende Ospedaliere (intese in senso estensivo, ossia comprendendo anche AO integrate con l'Università, IRCCS pubblici,

le medesime non possono essere considerate come operazioni condotte su una base contrattuale indipendente [...]. Anche se le operazioni con consociate vengono effettuate a prezzi simili a quelli praticati a terzi, non vi è la possibilità di determinare se le operazioni si sarebbero effettuate con gli stessi termini e per gli stessi volumi. L'evidenziazione in bilancio dei rapporti con consociate è essenziale poiché l'esistenza dei medesimi può talvolta avere effetti sulla situazione patrimoniale-finanziaria e sui risultati d'esercizio delle parti interessate, non facilmente percettibili e non misurabili, ma non per questo meno significativi» (OIC 12, versione 2005, p. 14). Il peso relativo dei valori scaturenti da rapporti con eventuali aziende consociate, inoltre, è spesso considerato indicatore di potenziale inattendibilità del bilancio (Teodori 2008).

AOU pubbliche integrate con il SSN) assoggettate o assoggettabili a Piani di Rientro aziendale;

- ▶ rappresentare il livello e la variabilità spazio-temporale dell'equilibrio economico delle AO, nonché indagarne le principali determinanti, utilizzando la metodologia di normalizzazione definita dal DM 21/06/2016 per dare maggiore significatività ai dati di ricavo. Al riguardo si noti che, poiché la metodologia di normalizzazione si applica solo alle AO, dall'analisi restano escluse le ASL.

Il capitolo è strutturato come segue. Il par. 17.2 introduce il tema dei Piani di Rientro Aziendali e si sofferma in particolare sulla metodologia di rideterminazione dei ricavi e dei risultati economici prevista dal DM 21/06/2016; propone inoltre una mappatura delle delibere regionali di individuazione delle AO assoggettate ai Piani. Il par. 17.3 descrive la metodologia di analisi, soffermandosi in particolare sulla definizione dei quozienti di bilancio utilizzati. Il par. 17.4 presenta e discute i risultati. Il par. 17.5, infine, propone alcune considerazioni conclusive.

17.2 Piani di rientro aziendali e metodologia di rideterminazione dei risultati economici

I Piani di Rientro Aziendali sono volti a promuovere il risanamento delle AO che presentano situazioni critiche in termini di *performance* economiche e/o di esiti clinici. La L. 208/2015, infatti, ne impone la redazione alle AO che presentino una o entrambe le seguenti condizioni:

- a) uno scostamento tra costi e «ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'art. 8-sexies» D.lgs. 502/92, pari o superiore al 7% dei suddetti ricavi o, in valore assoluto, pari ad almeno 7 milioni di euro;
- b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Tali AO, in particolare, dovranno presentare alla propria regione di riferimento «il piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta», al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati alle predette lettere (a) e (b).

Nei fatti, le AO così individuate devono dunque predisporre e attuare dei veri e propri *turnaround plan*, perseguendo obiettivi e impiegando strumenti delineati nella normativa, ma partendo dalle proprie specifiche condizioni aziendali, quindi superando la logica dei «tagli lineari» e delle soluzioni «uniformi» imposte da un soggetto esterno sovraordinato. Per il management aziendale si tratta di una sfida certamente impegnativa, ma da molti auspicata. Si

Tabella 17.1 **Raccordo tra risultato da bilancio e da decreto (milioni di euro).
Somma algebrica di tutte le AO, esercizio 2015**

+ Risultato di esercizio da bilancio (modello CE)	-754
+ Eliminazione gestione straordinaria	-44
+ Eliminazione ammortamenti per investimenti senza finanziamento dedicato	311
+ Allineamento tariffe ricovero a tariffario nazionale	-498
+ Eliminazione contributi in conto esercizio effettivi	-6.931
+ Inserimento finanziamenti per funzione forfettari	7.384
= Risultato di esercizio da decreto	-532

torna, infatti, a ribadire il ruolo centrale delle aziende e dei loro manager dopo un periodo in cui l'attenzione si era unicamente focalizzata sugli equilibri complessivi regionali.

La L. 208/2015 non specifica né i criteri di «determinazione» dei ricavi «come remunerazione dell'attività», né i «parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure». A ciò provvede il DM 21/06/2016, rispettivamente negli allegati tecnici A) e B).

Con l'allegato A), in particolare, il decreto introduce quattro correttivi ai conti economici formalizzati dalle aziende tramite la trasmissione dei modelli CE⁴, giungendo così a configurare un «risultato di esercizio da decreto» che si contrappone al «risultato di esercizio da bilancio» come formalizzato nel modello CE. Proprio sul «risultato di esercizio da decreto» viene poi valutato l'eventuale superamento delle soglie stabilite dalla L. 208/2015 (7% o 7 milioni di disavanzo) e vengono definiti gli obiettivi di rientro. I quattro correttivi sono illustrati di seguito. Il loro impatto sui risultati economici aggregati delle AO per l'esercizio 2015 è sintetizzato nella Tabella 17.1.

In primo luogo il decreto, intendendo valutare l'equilibrio «strutturale» delle aziende, esclude costi e proventi di natura straordinaria. Per alcune aziende tali componenti hanno un impatto significativo, ma complessivamente la loro esclusione peggiora la *performance* economica 2015 delle AO di soli 44 milioni.

Il decreto esclude, inoltre, i costi⁵ contabilizzati in ossequio alla particolare disposizione normativa (D.lgs. 118/2011, art. 29, lett. b) che impone l'ammortamento al 100% nell'esercizio di acquisizione per i cespiti acquisiti in assenza di un apposito contributo in conto capitale o di un'altra fonte di finanziamento dedicata. Tale disposizione, infatti, vuole evitare l'accumulo di debiti verso fornitori di cespiti, ma è chiaramente in contrasto con il principio di competenza economica. Questa esclusione migliora i risultati complessivi di 311 milioni.

⁴ Per una disamina delle finalità e caratteristiche dei modelli ministeriali CE e SP, nonché della loro evoluzione nel tempo, si veda Cantù (2014).

⁵ Tecnicamente, in base alla soluzione contabile prevista dalla casistica ministeriale, si tratta di omettere non un costo, bensì uno storno di ricavi.

Gli altri due correttivi si riferiscono specificamente alla normalizzazione dei ricavi. Da un lato, il decreto stabilisce di rideterminare la valorizzazione delle prestazioni di ricovero erogate ad aziende sanitarie pubbliche della regione e a soggetti pubblici extraregione sulla base del tariffario nazionale ex DM 18/10/2012. La regionalizzazione del SSN, infatti, ha portato a forti differenziazioni nei sistemi di finanziamento delle aziende che, se non adeguatamente considerate, impediscono confronti omogenei. Tali differenziazioni riguardano, innanzi tutto, proprio il sistema tariffario: a fronte della medesima prestazione, le tariffe sono diverse tra regioni, nonché spesso per tipologia di erogatore all'interno della medesima regione. Poiché, mediamente, le tariffe regionali sono superiori a quelle ministeriali, questo correttivo riduce i ricavi complessivi delle AO nel 2015 (e conseguentemente i loro risultati economici) di circa 498 milioni.

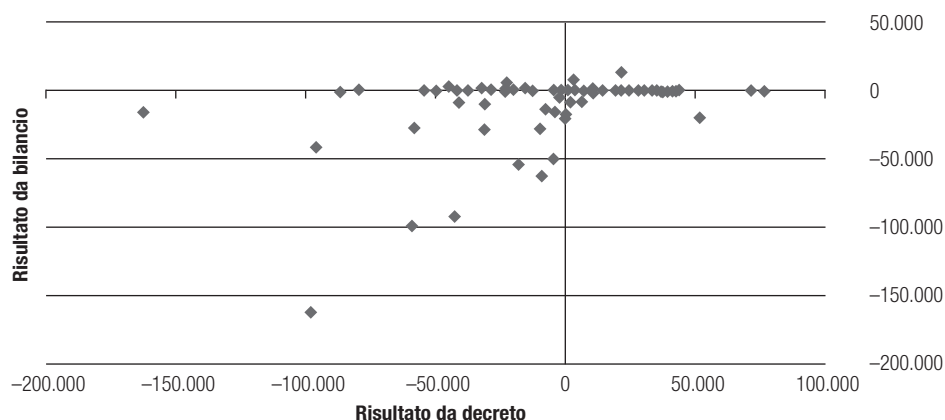
D'altro lato, il decreto rileva che le AO ricevono dalla regione una significativa quota di finanziamenti come «contributi in conto esercizio indistinti», cioè senza una diretta correlazione con il numero e la tipologia di prestazioni erogate. Come già anticipato, tali contributi sono, in parte, il riconoscimento dei costi sostenuti dalle aziende per lo svolgimento di «funzioni non tariffabili» (per esempio, la gestione di pronto soccorso e DEA); per altra parte, però, rappresentano una vera e propria copertura di perdite in corso di formazione. È proprio l'incapacità di distinguere tra queste due tipologie di contributi che rende poco significativi i risultati di esercizio riportati in bilancio. Il decreto affronta la questione omettendo i contributi in conto esercizio indistinti (ossia i finanziamenti regionali per funzioni e di riequilibrio) effettivamente assegnati alle AO e sostituendoli con un «finanziamento per funzioni massimo ammissibile» posto forfettariamente pari al 42,9%⁶ dei ricavi da prestazioni⁷. Come si vedrà nel prosieguo del capitolo, questa sostituzione genera effetti economici profondamente differenziati per segno ed entità tra le diverse AO⁸. Complessivamente, però, l'impatto è favorevole per circa 453 milioni: a contributi effettivi per 6.931 milioni si sostituiscono, infatti, contributi forfettari per 7.384 milioni. La percentuale del 42,9, in altri termini, conteggia per il 2015 un ammonta-

⁶ La percentuale del 42,9% è stata determinata in ossequio all'art. 8-sexies, c. 1-bis del D.lgs. 502/92, secondo cui «il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato». Per essere il 30% del totale, i finanziamenti per funzione dovranno essere il 42,9% dell'altro 70% ($0,30 / 0,70 = 0,429$).

⁷ I ricavi da prestazioni comprendono: (i) ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici (rideterminati, per quanto concerne i ricoveri, sulla base del tariffario nazionale ex DM 18/10/2012); (ii) compartecipazioni alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket); (iii) contributi da regione (extra fondo) a titolo di copertura extra LEA.

⁸ Peraltro, la significativa incidenza e variabilità dei contributi in conto esercizio effettivamente erogati dalle regioni e, in particolare, dei finanziamenti legati alle funzioni richiederà, in prospettiva, un approfondimento sui criteri utilizzabili per dimensionare tali finanziamenti in modo più analitico, trasparente e confrontabile. A questo tipo di analisi è dedicato un apposito gruppo di lavoro all'interno della Commissione permanente tariffe che dovrà definire i criteri generali per l'individuazione della remunerazione delle funzioni assistenziali e delle classi tariffarie.

Figura 17.1 **Risultato di esercizio da bilancio e da decreto per ciascuna AO, in milioni di euro (2015)**



Fonte: Anessi Pessina e Cantù (2016)

re complessivo dei finanziamenti «per funzioni» addirittura superiore a quello effettivamente assegnato dalle regioni alle AO. Ciò anche per effetto di una maggiore attenzione che, già dal bilancio 2015, regioni ed aziende stanno ponendo alla corretta rilevazione e valorizzazione delle prestazioni erogate, con conseguente riclassificazione di quote del finanziamento regionale da contributi in conto esercizio a ricavi per prestazioni. In passato, questa attenzione spesso mancava, perché sostanzialmente priva di effettive conseguenze in termini non solo di finanziamento, ma anche di valutazione delle *performance*.

Complessivamente, questi quattro correttivi comportano dunque un miglioramento dei risultati economici aggregati delle AO per 221 milioni: si passa da un disavanzo complessivo «da bilancio» di 754 milioni a uno «da decreto» di 532. Per singola azienda, tuttavia, gli effetti sono fortemente differenziati, come rappresentato in Figura 17.1. Nella Figura, la maggior parte delle aziende si distribuisce lungo l'asse delle ascisse: ciò significa che i risultati iscritti in bilancio sono generalmente prossimi al pareggio, mentre i correttivi introdotti dal decreto producono una ampia variabilità.

La metodologia proposta dal DM 21/06/2016 è indubbiamente migliorabile sotto diversi punti di vista. Tra gli altri, il ricorso al tariffario nazionale per la rideterminazione dei ricavi da prestazioni: (i) è limitato alle sole prestazioni di ricovero; (ii) trascura le profonde differenze interregionali nei criteri di finanziamento di alcune prestazioni (es. accessi e prestazioni di pronto soccorso, osservazione breve intensiva) o nelle modalità di rimborso di farmaci e dispositivi ad alto costo; (iii) non coglie appieno le specificità di alcune discipline (es. quelle pediatriche). La normalizzazione dei finanziamenti regionali per funzione e di riequilibrio nella misura di una percentuale fissa dei ricavi da prestazione,

inoltre: (i) amplifica i limiti sopra citati; (ii) ignora le significative differenze esistenti tra le AO (es. presenza di un DEA di I o II livello, presenza di attività di didattica e/o ricerca); (iii) trascura lo svolgimento, da parte di alcune AO, di particolari servizi/progetti a valenza regionale o sovregionale, di carattere sanitario (es. banche dei tessuti, centro sangue) o amministrativo (es. attività di autoassicurazione per tutte le aziende della regione). Con riferimento ai costi, infine, si trascurano le differenze di costo del personale tra le AO del SSN, nelle quali tale costo è integralmente a carico del FSN, e le AO universitarie, dove parte del costo viene finanziato dall'Università.

Di questi limiti occorrerà tenere conto nell'interpretazione dei risultati presentati nel capitolo. Gli stessi limiti sono peraltro già emersi in fase di individuazione, da parte delle singole regioni, delle aziende da assoggettare ai Piani di Rientro. La normativa, per esempio, consente alle regioni di «sottoporre alla valutazione del Ministero della Salute adeguata documentazione e, ove necessario, specifici provvedimenti regionali, che consentano di tenere conto: (i) delle specificità di remunerazione delle prestazioni di emergenza territoriale, psichiatria e medicina penitenziaria eventualmente rese da parte delle strutture ospedaliere o altre attività di rilevanza regionale, e degli investimenti a carico dei contributi in conto esercizio; (ii) delle modifiche eventualmente intervenute nel corso dell'anno 2015 sul sistema di remunerazione fissato dalle singole regioni e province autonome». La medesima normativa riconosce inoltre la necessità di stabilire quali aziende della regione Lombardia siano assimilabili alle AO, stante la «peculiare organizzazione del [...] sistema sanitario regionale». Di conseguenza, per alcune regioni non sono ancora disponibili elenchi definitivi.

La Tabella 172 riporta la delibera regionale di individuazione delle AO cui è stata richiesta la presentazione del Piano di Rientro Aziendale, nonché l'elenco delle aziende stesse. Mostra, inoltre, il numero di AO da assoggettare a Piano di Rientro secondo quanto indicato in alcuni documenti preparatori, precedenti all'emanazione del decreto. Si noti come alcune regioni abbiano già provveduto a emanare gli atti formali necessari, confermando le aziende inizialmente individuate; altre abbiano apportato modifiche all'elenco stesso; altre ancora (Lombardia, Liguria, Marche e Friuli Venezia Giulia; per la Puglia non è stato possibile reperire l'informazione) non abbiano ancora⁹ provveduto a individuare formalmente le aziende.

17.3 Metodi

Al fine di fornire una rappresentazione dell'equilibrio economico delle aziende e della sua variabilità nel tempo, nonché di indagarne le principali determinanti, il

⁹ Mentre si scrive, al 30 giugno 2017, termine previsto dal decreto per la sua applicazione.

Tabella 17.2 **Delibere regionali di individuazione delle AO assoggettate ai Piani di Rientro Aziendali**

Regione	Provvedimento	N. aziende individuate	Elenco aziende individuate dalla Regione	N. aziende individuate nella documentazione preparatoria
Piemonte	DGR 122-3857 del 04/08/2016	1	AO Città della Salute	1
Lombardia	Non emanato	0	-	5
Veneto	DGR 1633 del 21/10/2016	0	-	1
Friuli V.G.	Non emanato	0	-	4
Liguria	Non emanato	0	-	2
Emilia Romagna	DGR 2135 del 05/12/2016	1	AO di Ferrara	0
Toscana	DGR del 13/09/2016	0	-	3
Umbria	DGR 1022 del 12/09/2016	0	-	0
Marche	Non emanato	0	-	2
Lazio	DCA 273/2016 DCA 17/2017	6	AO San Camillo Forlanini AO San Giovanni Addolorata AOU Umberto I IRCCS IFO AOU Sant'Andrea AOU Policlinico Tor Vergata	6
Campania	DCA 102 del 29/09/2016	10	AO Cardarelli AO Santobono AO Colli AO Ruggi AO Moscati AO Rummo AO San Sebastiano AOU II Università di Napoli AOU San Fedele AO Pascale	10
Puglia	Non reperibile	-	-	3
Basilicata	DGR 741 DEL 29/06/2016	0	-	1
Calabria	DCA 104 del 28/09/2016	4	AO Cosenza AO Catanzaro AOU Mater Domini AO Reggio Calabria	4
Sicilia	DA 1649 del 13/09/2016 DA 110/2017	6	AOU Policlinico Vittorio Emanuele AO Papardo AO Ospedali Riuniti Villa Sofia AO Civico di Cristina Benefratelli AOU Policlinico P.Giaccone IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo	8
Sardegna	DGR 63 del 25/11/2016	1	AOU Sassari	3
TOTALE		30		53

Fonte: elaborazione degli autori sulla base di dati forniti dalle Direzioni Regionali

capitolo si è basato sul metodo dell'analisi per indici di bilancio. L'analisi è stata condotta a partire dai modelli ministeriali CE e SP per il periodo 2012-15. Il 2012 è stato scelto come anno di inizio del periodo di analisi in quanto corrisponde al primo esercizio di applicazione del D.lgs. 118/2011 che ha garantito un'armonizzazione nazionale delle regole contabili. Dal 2012, quindi, è possibile una piena confrontabilità dei bilanci delle aziende sanitarie pubbliche. Al momento della redazione del capitolo, il 2015 è l'ultimo anno per cui sono disponibili i dati.

Sono state incluse nell'analisi tutte le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie e gli IRCCS pubblici ad eccezione: (i) dell'AO Santa Maria degli Angeli (Friuli Venezia Giulia) e dell'AO San Filippo Neri (Lazio), in quanto oggetto di trasformazione nel periodo considerato; (ii) delle nove Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con l'SSN (ex Policlinici universitari a gestione diretta)¹⁰, in quanto caratterizzate da specificità gestionali e di bilancio tali da condizionare significativamente gli indici, rendendoli non comparabili con quelli delle altre strutture ospedaliere. Ai fini delle analisi, quindi, sono state considerate 95 aziende.

Lo studio è stato condotto in continuità con quanto presentato nel Rapporto OASI 2015 (Cantù *et al.*, 2015), ma apportando alcune modifiche agli indici, per beneficiare appieno della metodologia di normalizzazione definita dal decreto.

In particolare, sono stati seguiti due schemi di riclassificazione (conto economico per aree gestionali, stato patrimoniale per liquidità ed esigibilità), al fine di identificare i principali aggregati di bilancio da includere nell'analisi e calcolare due insiemi di indici (economici e patrimoniali). Si esaminano di seguito i due insiemi, illustrando contestualmente le scelte classificatorie adottate e la metodologia seguita.

17.3.1 Gli indici economici

Con riferimento agli indici economici (Tabella 173), sono state indagate tre differenti dimensioni: *performance* economica complessiva, composizione dei costi, composizione dei ricavi. In tutti gli indici economici, al denominatore è stata posta una configurazione di ricavo derivante dalla metodologia del decreto. A tal fine, è opportuno innanzi tutto distinguere tra:

- a. Ricavi per prestazioni rideterminati, che a loro volta comprendono: (i) ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici – rideterminati, per quanto concerne i ricoveri, sulla base del tariffario nazionale ex DM 18/10/2012; (ii) compartecipazioni alla spesa per

¹⁰ Gli ex policlinici universitari a gestione diretta sono: Policlinico Umberto I, II Università Napoli – Ex I Policlinico, Università degli Studi di Napoli Federico II, Ospedale Consorziale Policlinico di Bari, AOU «Rodolico» di Catania (V. Emanuele), AOU «G. Martino» di Messina, AOU «P. Giaccone» di Palermo, AOU di Sassari, AOU di Cagliari.

Tabella 17.3 **Gli indici di equilibrio economico utilizzati nell'analisi**

Indice	Numeratore	Denominatore
INDICI DI PERFORMANCE COMPLESSIVA		
Incidenza del risultato di esercizio da decreto	Risultato d'esercizio da decreto	Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni
Incidenza dei contributi in c/esercizio indistinti	Contributi in conto esercizio indistinti	Ricavi per prestazioni rideterminati
INDICI DI COMPOSIZIONE DEI COSTI		
Incidenza del personale dipendente	Costo del personale dipendente, incluse la quota IRAP e le indennità al personale universitario (di area sanitaria e non sanitaria)	Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni
Incidenza del personale non dipendente	Costo del personale non dipendente (include collaborazioni coordinate e continuative, lavoro interinale, rimborso degli oneri stipendiali del personale in comando e relativa quota di IRAP)	Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni
Composizione del costo del personale dipendente	Costo per singolo ruolo	Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni
Incidenza del consumo di beni sanitari e non sanitari	Costi per consumo di beni sanitari e non sanitari (acquisti al netto della variazione delle rimanenze)	Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni
Composizione degli acquisti di beni sanitari e non sanitari	Acquisto di specifiche tipologie di beni di consumo sanitari e non sanitari	Totale dei costi d'acquisto di beni di consumo sanitari e non sanitari
Incidenza dei costi per manutenzioni e riparazioni	Costi per manutenzioni e riparazioni	Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni
Incidenza dei costi per godimento beni di terzi	Costi per godimento di beni di terzi	Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni
Incidenza dei costi per servizi sanitari	Costi per servizi sanitari	Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni
Incidenza dei costi per servizi non sanitari	Costi per servizi non sanitari	Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni
Incidenza degli ammortamenti	Quote di ammortamento dell'anno	Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni
Incidenza delle svalutazioni di crediti e immobilizzazioni	Svalutazioni di immobilizzazioni e crediti	Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni
Incidenza degli accantonamenti	Accantonamenti dell'anno	Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni
Incidenza della variazione dei fondi rischi e oneri	Variazione dei fondi rischi e oneri rispetto all'anno precedente, come misura della somma algebrica di accantonamenti e utilizzi	Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni
Incidenza della consistenza dei fondi rischi e oneri	Consistenza dei fondi rischi e oneri al termine dell'esercizio	Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni
INDICI DI COMPOSIZIONE DEI RICAVI		
Incidenza dei ticket	Ricavi da ticket	Ricavi rideterminati totali
Incidenza dei contributi da regione (extra fondo) a titolo di copertura extra LEA	Contributi da regione (extra fondo) a titolo di copertura extra LEA	Ricavi rideterminati totali
Incidenza degli Altri ricavi	Altri ricavi	Ricavi rideterminati totali
Incidenza dei contributi vincolati	Contributi vincolati	Ricavi rideterminati totali
Incidenza dei ricavi da privati	Ricavi da privati	Ricavi rideterminati totali
Incidenza delle quote di contributi in conto capitale imputate all'esercizio (sterilizzazioni)	Quote di contributi in conto capitale imputate all'esercizio (sterilizzazioni)	Ricavi rideterminati totali

- prestazioni sanitarie (ticket); (iii) contributi da regione (extra fondo) a titolo di copertura extra LEA.
- b. Finanziamento per funzioni massimo ammissibile, posto forfettariamente pari al 42,9% dei ricavi per prestazioni rideterminati.
- c. Altri ricavi, tra cui i contributi in c/esercizio vincolati, i ricavi derivanti da prestazioni erogate a privati o in regime di intramoenia, le sterilizzazioni degli ammortamenti, i proventi finanziari¹¹.

Nel prosieguo del capitolo, con l'espressione «Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni» si fa riferimento alla somma delle prime due categorie; con l'espressione «Ricavi rideterminati totali» alla somma di tutte e tre; con l'espressione «Ricavi tariffati» ai soli ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici, rideterminati, per quanto concerne i ricoveri, sulla base del tariffario nazionale ex DM 18/10/2012. Nella maggior parte degli indici, il denominatore è rappresentato dai «Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni»: ciò sia per riflettere l'impostazione del decreto, sia per evitare che gli Altri ricavi (che potrebbero presentare strutturali differenze interaziendali) inficino la confrontabilità dei dati. Non mancano però eccezioni, che vengono specificamente motivate nella descrizione degli indici cui si riferiscono.

Per analizzare la *performance* economica complessiva sono stati utilizzati due indici. Il primo indice esprime l'incidenza del risultato d'esercizio da decreto sui Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni, e coincide con l'indice utilizzato dal decreto per individuare le AO da assoggettare a Piano di Rientro. Il secondo indice, invece, esprime il rapporto tra contributi in conto esercizio indistinti¹² effettivamente assegnati alle aziende e Ricavi per prestazioni rideterminati. Per quest'ultimo indice, la scelta di un denominatore diverso da quello generalmente utilizzato (i soli Ricavi per prestazioni rideterminati, anziché i

¹¹ Più in particolare, gli «altri ricavi» includono: Contributi c/esercizio da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato, Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati, Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati, Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo), Contributi c/esercizio per ricerca, Contributi c/esercizio da privati, Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi, Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati, Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia, Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio, Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici, Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti extraregione in compensazione, Concorsi, recuperi e rimborsi, Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni, Altri ricavi e proventi, Interessi attivi, Altri proventi finanziari, Rivalutazioni.

¹² Coerentemente con quanto previsto dal DM 21/06/2016, i contributi in conto esercizio indistinti non comprendono: contributi da Regione per quota F.S. regionale vincolato ed extra fondo; risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA vincolate e non vincolate; contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo); contributi in conto esercizio per ricerca; contributi in conto esercizio da privati.

Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni) riflette l'algoritmo di calcolo del finanziamento per funzioni massimo ammissibile. Come detto, infatti, il finanziamento per funzioni massimo ammissibile è posto forfettariamente pari al 42,9% dei Ricavi per prestazioni rideterminati. Di conseguenza, ponendo al denominatore i soli Ricavi per prestazioni rideterminati, si ottiene un quoziente immediatamente interpretabile: valori del quoziente superiori (inferiori) al 42,9% stanno a indicare che, nel periodo di riferimento, l'azienda ha ricevuto contributi in conto esercizio indistinti superiori (inferiori) all'ammontare forfettario previsto dal decreto.

Per quanto riguarda la composizione dei costi, la maggioranza degli indici esprime l'incidenza di ciascuna voce di costo sui Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni.

Più specificamente, è stata innanzi tutto calcolata l'incidenza del costo per il personale, distinto tra dipendente e non. Coerentemente con quanto già presentato nel Rapporto Oasi 2015, nel costo del personale dipendente sono state incluse la quota IRAP e le indennità al personale universitario (di area sanitaria e non sanitaria); nel costo del personale non dipendente sono stati inclusi le collaborazioni coordinate e continuative, il lavoro interinale, il rimborso degli oneri stipendiali del personale in comando e la relativa quota di IRAP¹³. A questi indici si aggiunge la scomposizione del costo del personale dipendente per ruolo: personale sanitario dirigente e del comparto, personale di ruolo professionale, tecnico, amministrativo.

Si è poi considerata l'incidenza dei costi per beni sanitari e non, dando anche in questo caso evidenza al peso relativo di specifiche tipologie di beni: farmaci, dispositivi medici, altri beni sanitari, beni non sanitari¹⁴.

Infine, si è calcolata l'incidenza di altre voci di costo: manutenzioni e riparazioni, godimento di beni di terzi, servizi sanitari, servizi non sanitari, ammortamenti, svalutazioni di crediti e immobilizzazioni, accantonamenti¹⁵. Il tema degli accantonamenti, in particolare, è stato approfondito tramite due ulteriori indicatori, sempre ponendo al denominatore i Ricavi rideterminati per presta-

¹³ Più nel dettaglio i costi per personale non dipendente includono: Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e sociosanitarie da privato, Lavoro interinale – area sanitaria, Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro – area sanitaria, Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando, Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato, Lavoro interinale – area non sanitaria, Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro – area non sanitaria, Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando, IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente.

¹⁴ Poiché il modello CE non dettaglia la variazione delle rimanenze, se non per distinguere tra beni sanitari e non sanitari, l'analisi per specifiche tipologie di beni è stata condotta sugli acquisti anziché sui consumi.

¹⁵ Ad esclusione degli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati, che rappresentano una specificità propria del D.lgs. 118/2011 (art. 29, lett. e) e svolgono un ruolo attribuito, nell'impostazione civilistica, ai risconti passivi.

zioni e per funzioni. Il primo indicatore pone al numeratore la variazione nella consistenza dei fondi rischi e oneri nel corso dell'esercizio, in modo da cogliere congiuntamente accantonamenti e utilizzi. Il secondo indicatore pone al numeratore la consistenza stessa dei fondi rischi e oneri al termine dell'esercizio, per comprendere se eventuali differenze interaziendali nell'entità degli accantonamenti riflettano o meno una progressiva convergenza nella consistenza dei fondi (per esempio, aziende con fondi sottodimensionati potrebbero effettuare accantonamenti elevati per allinearsi alle altre).

Per quanto riguarda, infine, la composizione dei ricavi, gli indici proposti esprimono l'incidenza di specifiche voci di ricavo sui Ricavi rideterminati totali. Per questi indici, in altri termini, il denominatore non è limitato ai Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni, ma comprende anche gli Altri ricavi: l'obiettivo, infatti, è esplicitare quanto ciascuna voce di ricavo incida sul totale dei ricavi stessi. Più specificamente, considerato che la maggior parte dei ricavi riconosciuti dal decreto è rappresentata dai Ricavi per prestazioni rideterminati, sulla cui base viene determinato anche il Finanziamento per funzioni massimo ammissibile, gli indici in oggetto esplorano due aspetti. Primo, si vuole indagare in che misura i Ricavi per prestazioni rideterminati comprendano solo Ricavi tariffati oppure siano incrementati da ticket e/o da contributi da regione extra fondo per copertura extra LEA. Secondo, si vuole verificare il peso relativo degli Altri ricavi (ossia dei ricavi diversi dai Ricavi per prestazioni rideterminati e dal Finanziamento per funzioni massimo ammissibile), sia complessivamente sia per singole voci (contributi vincolati, ricavi da privati, sterilizzazioni), anche per cogliere la volontà e la capacità dell'azienda di generare ricavi aggiuntivi rispetto a quanto garantito dal sistema di finanziamento istituzionale.

17.3.2 Gli indici patrimoniali

Con riferimento, invece, agli indici patrimoniali (Tabella 17.4), ne sono stati scelti tre tra quelli abitualmente utilizzati in dottrina per l'analisi della solidità e della liquidità aziendale: grado di indebitamento, calcolato come rapporto tra mezzi di terzi e valore totale dell'attivo; indice di liquidità secondaria, ottenuto rapportando le attività a breve¹⁶ alle passività a breve¹⁷; grado di obsolescenza dei beni mobili ammortizzabili¹⁸, calcolato come rapporto tra fondo ammortamento e valore lordo dei beni stessi. L'indice di liquidità secondaria è stato determinato anche in versione rettificata, escludendo dalle attività a breve i

¹⁶ Le attività a breve sono state considerate al netto di eventuali liquidità negative.

¹⁷ Le passività a breve includono debiti a breve termine (debiti v/fornitori, debiti per mobilità passiva intra ed extra regionale, debiti tributari, debiti v/istituti previdenziali), ratei passivi, fondi rischi e oneri (limitatamente ai fondi considerati prevalentemente a breve termine).

¹⁸ Ossia le immobilizzazioni materiali ad esclusione di fabbricati, terreni, opere d'arte, immobilizzazioni in corso.

Tabella 17.4 **Gli indici di Stato Patrimoniale utilizzati nell'analisi**

Indice	Numeratore	Denominatore
Grado di indebitamento	Mezzi di terzi	Totale Attivo
Liquidità secondaria	Attività a breve	Passività a breve
Liquidità secondaria rettificata	Attività a breve al netto di Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente	Passività a breve
Grado di obsolescenza dei beni mobili ammortizzabili	Fondo ammortamento dei beni mobili ammortizzabili	Valore lordo dei beni mobili ammortizzabili

crediti verso regione o provincia autonoma per spesa corrente, in modo da valutare quanto la liquidità aziendale sia condizionata dal tempestivo pagamento dei propri debiti da parte della regione.

17.3.3 Suddivisione in gruppi di aziende

Per poter operare confronti, le aziende sono state classificate in gruppi sulla base di due distinti criteri: la *performance* economica e la dimensione.

Il primo criterio utilizza il primo indice di *performance* complessiva presentato nelle pagine precedenti, ossia l'incidenza del risultato d'esercizio da decreto sui Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni. In base al valore assunto da tale indice, le aziende sono state classificate in quattro gruppi:

- ▶ Gruppo A: Aziende che presentano un risultato da decreto positivo o nullo;
- ▶ Gruppo B: Aziende che presentano un risultato da decreto negativo, ma contenuto entro il 5% dei ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni;
- ▶ Gruppo C: Aziende che presentano un risultato da decreto negativo e compreso tra il 5% e il 20% dei ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni;
- ▶ Gruppo D: Aziende che presentano un risultato da decreto negativo ed eccedente il 20% dei ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni.

Il secondo criterio distingue le aziende in tre classi dimensionali sulla base dei Ricavi per prestazioni rideterminati come da decreto:

- ▶ Aziende piccole: con Ricavi per prestazioni rideterminati inferiori a 100 milioni di euro;
- ▶ Aziende medie: con Ricavi per prestazioni rideterminati compresi tra 100 e 200 milioni di euro;
- ▶ Aziende grandi: con Ricavi per prestazioni rideterminati superiori a 200 milioni di euro.

Tabella 17.5 **Distribuzione delle aziende nei gruppi considerati (dati 2015)**

	Aziende grandi	Aziende medie	Aziende piccole	Totale aziende
Risultato da decreto positivo o nullo (Gruppo A)	21	14	9	44
Risultato da decreto negativo, ma contenuto entro il 5% dei ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni (Gruppo B)	3	11	–	14
Risultato da decreto negativo e compreso tra il 5% e il 20 dei ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni (Gruppo C)	3	7	8	18
Risultato da decreto negativo ed eccedente il 20% dei ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni (Gruppo D)	3	8	8	19
Totale aziende	30	40	25	95

Le aziende sono state suddivise nei gruppi sulla base dei dati per l'esercizio 2015, che rappresenta l'anno di riferimento per il calcolo dei parametri economici previsti dal decreto sui Piani di Rientro Aziendali. La classificazione di ciascuna azienda nei gruppi di *performance* e dimensionali è stata poi mantenuta costante anche per gli anni precedenti (2012-14), per apprezzare l'andamento temporale degli indici nei diversi gruppi.

La Tabella 17.5 sintetizza la distribuzione delle 95 aziende nei gruppi per *performance* economica e per dimensione. Fatta eccezione per il gruppo di aziende con risultato da decreto positivo o nullo (Gruppo A, 44 aziende), le soglie per l'individuazione degli altri gruppi sono state definite in modo da generare gruppi di numerosità abbastanza omogenea per quanto riguarda sia la dimensione (30 piccole, 40 medie, 25 grandi), sia il risultato economico (14 aziende del gruppo B, 18 del gruppo C e 19 del gruppo D).

La Tabella 17.6 e la Tabella 17.7 mostrano la distribuzione dei gruppi di aziende per regione e per tipologia istituzionale. Spiccano, in particolare, la concentrazione delle aziende del gruppo D nelle regioni che sono o sono state assoggettate a Piano di Rientro regionale (17 su 19), nonché la limitata presenza di aziende di grandi dimensioni nelle medesime regioni.

Gli indici descritti sono stati calcolati per tutte le 95 AO incluse nell'analisi e per i quattro anni del periodo considerato (2012-15). I dati vengono presentati mostrando i valori medi assunti dagli indici nell'intero quadriennio, articolati per gruppi di aziende in base alternativamente al risultato economico da decreto (A, B, C, D) e alla dimensione aziendale (grandi, medie e piccole). Gli indici più significativi sono successivamente approfonditi tramite *boxplot* al fine di analizzarne la mediana, l'evoluzione temporale e la variabilità interaziendale.

Tabella 17.6 **Distribuzione delle aziende per Regione di appartenenza e gruppi considerati (anno 2015)**

	Gruppi per <i>performance</i> economica				Gruppi dimensionali			Tutte
	A: RE \geq 0	B: -5% \leq RE $<$ 0	C: -20% \leq RE $<$ -5%	D: RE \leq -20%	Grande	Media	Piccola	
Regioni Non in Piano di Rientro	37	8	11	2	26	20	12	58
Basilicata	2	–	–	–	–	1	1	2
Emilia Romagna	5	1	–	–	4	1	1	6
Friuli V.G.	1	1	1	1	1	1	2	4
Lombardia	20	5	8	1	14	15	5	34
Marche	1	–	1	–	1	–	1	2
Toscana	3	–	1	–	3	–	1	4
Umbria	3	–	–	–	1	2	–	3
Veneto	2	1	–	–	2	–	1	3
Regioni in Piano di Rientro	7	6	7	17	4	20	13	37
Calabria	–	–	4	1	–	–	5	5
Campania	–	–	–	8	1	4	3	8
Lazio	1	2	1	2	1	5	–	6
Liguria	1	–	–	1	1	–	1	2
Piemonte	3	2	–	1	1	5	–	6
Puglia	2	–	1	–	–	1	2	3
Sardegna	–	–	–	1	–	1	–	1
Sicilia	–	2	1	3	–	4	2	6
Tutte	44	14	18	19	30	40	25	95

Tabella 17.7 **Distribuzione delle aziende per tipologia istituzionale e gruppi considerati (anno 2015)**

	Gruppi per <i>performance</i> economica				Gruppi dimensionali			Tutte
	A: RE \geq 0	B: -5% \leq RE $<$ 0	C: -20% \leq RE $<$ -5%	D: RE \leq -20%	Grande	Media	Piccola	
AO	17	7	11	13	11	28	9	48
AO integrate con l'Università	16	6	3	2	16	9	2	27
IRCCS	11	1	4	4	3	3	14	20
Tutte	44	14	18	19	30	40	25	95

17.4 Risultati

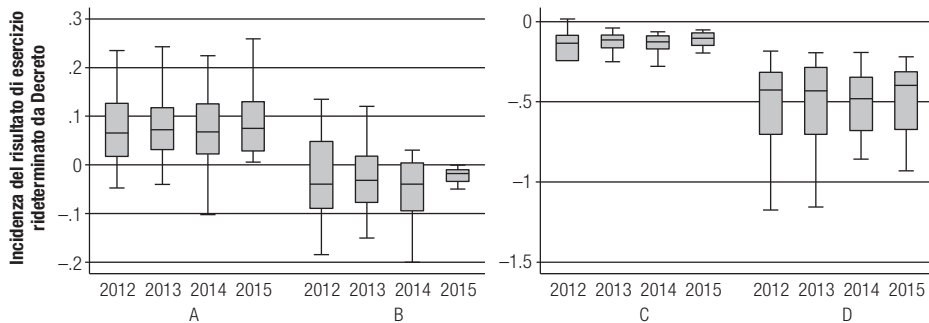
17.4.1 Equilibrio economico

La Tabella 17.8 mostra i risultati economici medi da decreto, espressi in percentuale sui Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni, evidenziando in particolare l'ampiezza dei disavanzi che affliggono le AO della classe D (54%).

Tabella 17.8 **Indicatori di equilibrio economico, per gruppi di aziende (valori medi 2012-15)**

	A: RE \geq 0	B: -5% \leq RE $<$ 0	C: -20% \leq RE $<$ -5%	D: RE \leq -20%	Grande	Media	Piccola	Media totale
Incidenza del risultato di esercizio da decreto	7,4%	-3,0%	-17,6%	-53,6%	-0,8%	-12,8%	-20,5%	-11,04%
Incidenza dei contributi in c/esercizio indistinti	28,8%	37,9%	58,7%	61,5%	33,8%	41,6%	53,7%	42,32%

Figura 17.2 **Incidenza del risultato di esercizio da decreto, per gruppi di aziende (2012-15)**



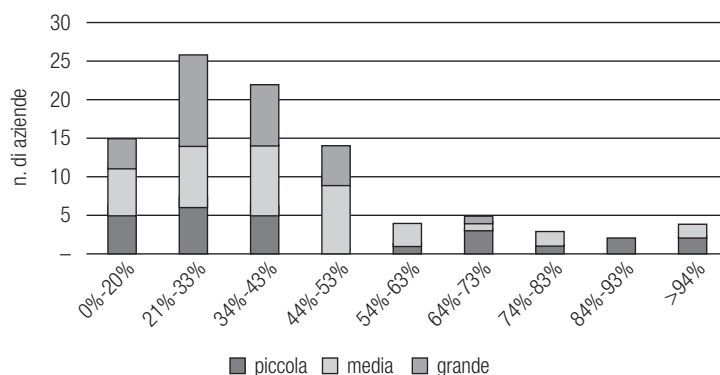
Nota: in questi box plot e in quelli presentati nelle Figure che seguono, l'asse verticale esprime unità, oppure valori decimali quando preceduti da punto (.).

Il corrispondente *boxplot* (Figura 17.2) mostra mediane sostanzialmente stabili nel quadriennio considerato, con un relativo miglioramento (accompagnato da una significativa riduzione della variabilità) per la classe B.

Quanto alla classificazione in base alla dimensione delle aziende, sempre la Tabella 17.8 mostra come, mediamente nel quadriennio considerato, le aziende grandi abbiano conseguito un sostanziale equilibrio, mentre quelle di dimensione media e piccola abbiano registrato disavanzi rispettivamente pari al 13 e al 21%.

Come già mostrato nella Figura 17.1, l'ampia differenziazione dei risultati da decreto contrasta con la relativa uniformità dei risultati di bilancio, che generalmente sono prossimi allo zero. Questa divaricazione scaturisce prevalentemente dalla sostituzione dei contributi in conto esercizio effettivi con il «finanziamento per funzioni massimo ammissibile» previsto dal decreto. Ciò è ben evidenziato, sempre in Tabella 17.8, dal rapporto tra contributi in conto esercizio indistinti effettivamente assegnati alle aziende e Ricavi per prestazioni rideterminati. A fronte di un'incidenza forfettaria del 42,9%, l'incidenza media complessiva per

Figura 17.3 **Numero di AO per classi di incidenza dei contributi in conto esercizio effettivamente assegnati sui Ricavi per prestazioni rideterminati (2015)**



La totalità delle AO nel quadriennio considerato è il 42,3%. Si conferma, quindi, che l'ammontare complessivo è sostanzialmente analogo. Tra gruppi di aziende, però, vi sono differenze spiccate. I contributi in conto esercizio effettivi, infatti, sono pari al 29% dei Ricavi per prestazioni rideterminati nelle aziende del gruppo A, al 38% in quelle del gruppo B, al 59% in quelle del gruppo C, fino al 61% in quelle del gruppo D. Per le aziende dei primi due gruppi, in altri termini, la sostituzione dei contributi in conto esercizio effettivi con un ammontare forfettario migliora mediamente il risultato di esercizio, mentre per gli altri due gruppi lo peggiora. Argomentazione analoga vale nella classificazione delle aziende per classe dimensionale, dove l'incidenza media dei contributi effettivi è il 34% per le aziende grandi, il 42% per le medie e il 54% per le piccole.

Data la rilevanza di questo tema, la Figura 17.3 ne propone anche una rappresentazione diversa, classificando le aziende sulla base dell'incidenza dei contributi in conto esercizio effettivamente assegnati. Per esempio, 15 aziende (5 piccole, 6 medie, 4 grandi) presentano un'incidenza di tali finanziamenti inferiore al 20% dei Ricavi per prestazioni rideterminati. Complessivamente, sono 63 le aziende con incidenze al di sotto della soglia del 42,9%, 32 aziende quelle al di sopra. Tra queste, per 6 l'incidenza supera l'83%.

17.4.2 Incidenza delle singole voci di costo

La principale voce di costo è rappresentata dal personale, che mediamente, nel quadriennio considerato, ha assorbito il 58% dei Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni (Tabella 17.9). La differenza tra i gruppi di aziende è particolarmente spiccata, raggiungendo i 23 punti percentuali (50 contro 73%) tra la media delle aziende del gruppo A e quella del gruppo D, nonché i 10 punti percentuali (53 contro 63%) tra la media delle aziende grandi e di quelle piccole.

Disaggregando per ruolo e profilo professionale, queste differenze sono prevalentemente riconducibili al personale sanitario (dirigente per entrambe le classificazioni; sia dirigente sia del comparto nella classificazione per *performance* economica). Anche per il personale tecnico-amministrativo, che comunque ha un peso relativo molto minore, le differenze si confermano, ma sono molto meno marcate, smentendo così il «mito» secondo cui le differenze interaziendali nel costo del personale sarebbero sistematicamente riconducibili all'eccesso di personale amministrativo. Anzi, laddove l'incidenza dei vari ruoli sia calcolata in rapporto non ai ricavi, ma al costo totale del personale¹⁹, emerge addirittura come il gruppo D presenti il dato più basso di incidenza del personale amministrativo (5,7% contro 6,8%, 6,7% e 7,4% rispettivamente per i gruppi A, B e C).

Analogamente, si smentisce anche l'altro «mito», secondo cui le aziende con bassi costi del personale dipendente sarebbero almeno in parte costrette a compensare con elevati costi di personale non dipendente. Quest'ultima voce, infatti, ha un'incidenza media molto contenuta (1,5). Considerando come osservazioni i dati di ogni singola azienda per ogni anno, si ottiene un coefficiente di correlazione tra l'incidenza delle due voci di costo leggermente positivo (valutato calcolando il coefficiente di correlazione lineare semplice ed osservandone valore e segno).

Nel tempo, lungo il quadriennio considerato (Figura 17.4), l'incidenza del costo del personale si è comunque significativamente ridotta in tutti i gruppi di aziende, ma soprattutto nel gruppo D. Va segnalato, d'altra parte, che i gruppi di aziende con *performance* economiche complessive mediamente peggiori (classe D e aziende piccole) presentano variabilità più spiccate, con casi in cui il costo del personale dipendente è addirittura superiore al 100% dei Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni.

L'altra voce che, insieme al personale, spiega gran parte dei costi delle aziende sanitarie pubbliche è il consumo di beni, sanitari e non. Mediamente, nel quadriennio considerato, l'incidenza di questi costi è stata pari al 26% (Tabella 17.10). In questo caso, però, spicca la forte uniformità tra classi di aziende: l'incidenza media è sempre compresa tra il 25,2% e il 27,4%. Si intacca, così, un ulteriore «mito». Indubbiamente, le differenze interaziendali esistono, come evidenziato anche dai *boxplot* (Figura 17.5); complessivamente, però, non pare questa la determinante principale delle differenze di *performance* economica tra le aziende.

In termini di composizione interna²⁰, il consumo di beni riguarda principalmente farmaci e dispositivi, che insieme compongono circa il 90% del totale. Il peso relativo dei farmaci è superiore a quello dei dispositivi nelle aziende con

¹⁹ Elaborazione non mostrata in Tabella.

²⁰ Elaborazione non mostrata in Tabella.

Tabella 17.9 **Incidenza del costo del personale, per gruppi di aziende (valori medi 2012-15)**

	A: RE \geq 0	B: -5% \leq RE $<$ 0	C: -20% \leq RE $<$ 5%	D: RE \leq -20%	Grande	Media	Piccola	Media totale
Incidenza del personale dipendente	49,5%	54,3%	65,6%	73,0%	52,9%	58,4%	63,2%	57,96%
Incidenza del personale non dipendente	1,2%	1,1%	1,8%	2,2%	0,8%	1,3%	2,6%	1,48%
Composizione del costo del personale dipendente: Personale sanitario dirigente	17,46%	19,18%	25,04%	28,95%	17,84%	21,79%	25,23%	21,45%
Composizione del costo del personale dipendente: Personale sanitario comparto	18,92%	21,33%	25,01%	28,66%	21,03%	22,64%	23,56%	22,37%
Composizione del costo del personale dipendente: Personale di ruolo professionale	0,18%	0,19%	0,18%	0,22%	0,18%	0,19%	0,21%	0,19%
Composizione del costo del personale dipendente: Personale di ruolo tecnico	6,02%	5,85%	6,43%	6,43%	6,46%	6,20%	5,71%	6,15%
Composizione del costo del personale dipendente: Personale di ruolo amministrativo	3,07%	3,16%	4,46%	3,91%	3,08%	3,49%	4,08%	3,51%

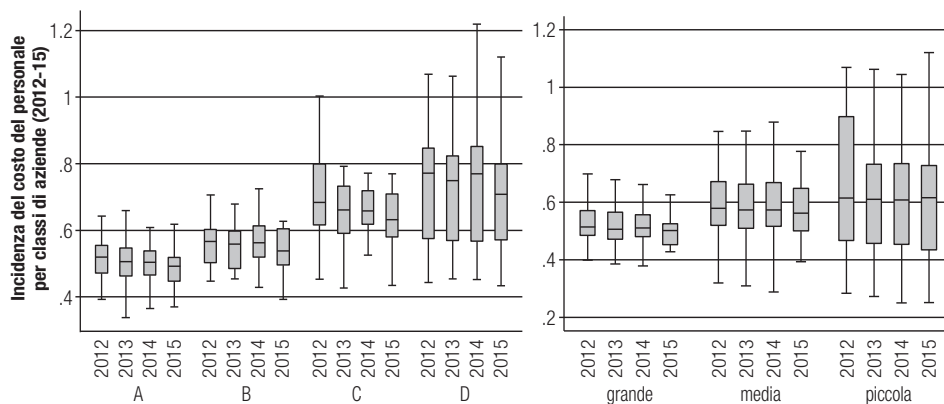
Figura 17.4 **Incidenza del costo del personale dipendente, per gruppi di aziende (2012-15)**

Tabella 17.10 **Incidenza delle voci di costo diverse dal personale, per gruppi di aziende (valori medi 2012-15)**

	A: RE \geq 0	B: -5% \leq RE $<$ 0	C: -20% \leq RE $<$ -5%	D: RE \leq -20%	Grande	Media	Piccola	Media totale
Incidenza del consumo di beni sanitari e non sanitari	26,0%	25,8%	25,7%	26,5%	27,4%	25,2%	25,6%	26,01%
Incidenza dei costi per manutenzioni e riparazioni	3,4%	4,0%	4,0%	4,5%	3,8%	3,3%	4,6%	3,81%
Incidenza dei costi per godimento beni di terzi	1,1%	1,2%	1,9%	1,4%	1,4%	1,2%	1,4%	1,33%
Incidenza dei costi per servizi sanitari	5,3%	7,5%	6,5%	5,7%	6,2%	5,7%	6,0%	5,92%
Incidenza dei costi per servizi non sanitari	11,3%	13,0%	14,1%	14,3%	11,9%	12,7%	13,6%	12,68%
Incidenza degli ammortamenti	4,6%	4,6%	5,0%	5,3%	4,9%	4,0%	5,9%	4,82%
Incidenza delle svalutazioni di crediti e immobilizzazioni	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,12%
Incidenza degli accantonamenti	1,3%	1,5%	1,7%	2,6%	1,4%	1,8%	1,8%	1,7%
Incidenza della variazione dei fondi rischi e oneri	0,5%	0,9%	0,3%	1,3%	0,5%	0,9%	0,3%	0,69%
Incidenza della consistenza dei fondi rischi e oneri	5,4%	4,9%	7,7%	7,6%	5,8%	5,6%	7,7%	6,21%
Incidenza degli interessi e oneri finanziari	0,25%	0,56%	0,26%	0,60%	0,26%	0,45%	0,36%	0,36%

performance economiche migliori (gruppo A: 47% contro 40%), così come nelle aziende grandi (49% contro 41%). Le due voci, invece, si equivalgono nelle aziende con *performance* economiche peggiori (gruppo D: 47% per entrambe le voci) e nelle aziende piccole (44% per entrambe le voci).

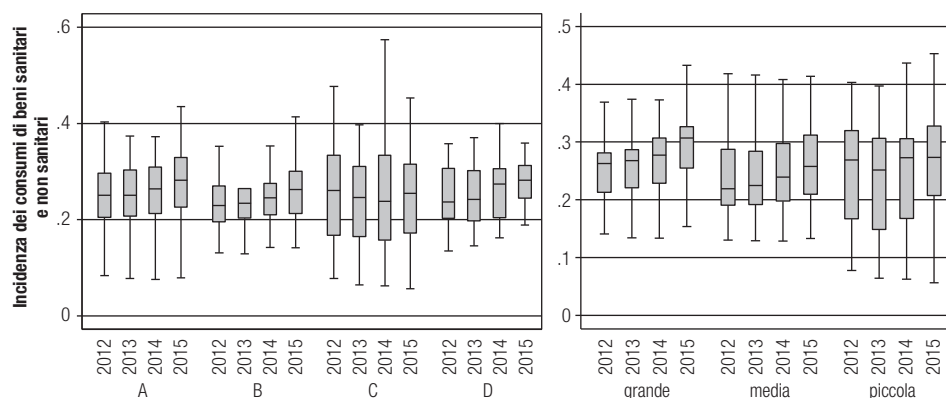
Nel tempo, lungo il quadriennio considerato (Figura 17.5), l'incidenza del consumo di beni sanitari e non sanitari sui Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni evidenzia un aumento in quasi tutte le classi di aziende.

Infine, per quanto riguarda le altre voci di costo (Tabella 17.10), alcune mostrano un'incidenza media più contenuta, ma comunque significativa; altre suscitano interesse per l'ampiezza delle distanze tra gruppi di aziende.

In termini di incidenza media, emergono servizi non sanitari (13%), servizi sanitari (6%), ammortamenti (5%), manutenzioni e riparazioni (4%). Significativamente contenuto (1,3%), invece, è il godimento di beni di terzi, a indicare un ricorso relativamente limitato ad affitti e *leasing*.

Guardando invece alle distanze tra gruppi di aziende, queste possono essere espresse almeno in due modi: come differenza e come rapporto. La differen-

Figura 17.5 **Incidenza dei consumi di beni sanitari e non sanitari, per gruppi di aziende (2012-15)**



za tra le incidenze esplicita il contributo delle singole voci di costo al divario complessivo di *performance* economica. Tra le aziende dei gruppi A e D, si è già segnalato il divario medio di 23 punti percentuali nell'incidenza del costo del personale dipendente e, invece, il divario pressoché nullo nell'incidenza dei consumi di beni sanitari e non. A queste voci si possono aggiungere i servizi non sanitari (3 p.p.), le manutenzioni e riparazioni (1 p.p.), nonché gli accantonamenti (1 p.p.). Con la parziale eccezione dei servizi non sanitari, pertanto, non emergono differenze di significativa entità, confermando la centralità del costo del personale come discriminante delle *performance* aziendali.

Il rapporto tra le incidenze evidenzia invece voci che, seppur contenute, presentano una variabilità particolarmente elevata tra gruppi di aziende. Al riguardo, emergono come interessanti i dati relativi agli oneri finanziari (la cui incidenza media sui ricavi rideterminati per prestazioni e funzioni nelle aziende del gruppo D è pari a 0,6%, ossia 2,4 volte più che nelle aziende del gruppo A), nonché, di nuovo, gli accantonamenti (circa 2 volte).

La Figura 17.6 presenta i *boxplot* relativi ai servizi non sanitari che, come detto, rappresentano la terza voce di costo (dopo personale e consumo di beni) in termini di incidenza media e la seconda (dopo il personale) in termini di distanza tra le incidenze medie dei gruppi A e D. Emergono così una variabilità relativamente comune a tutti i gruppi di aziende e un altrettanto comune decremento del valore mediano nel corso del tempo.

La Figura 17.7 presenta invece la consistenza dei fondi per rischi e oneri alla chiusura dell'esercizio, sempre in rapporto ai Ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni. Come già segnalato, infatti, l'incidenza degli accantonamenti risulta particolarmente elevata nelle aziende del gruppo D (2,6%, contro 1,3-1,7% negli altri tre gruppi). È, questo, un risultato inaspettato: poiché gli accantonamenti sono una voce altamente discrezionale sarebbe stato lecito

Figura 17.6 **Incidenza dei costi per servizi non sanitari, per gruppi di aziende (2012-15)**

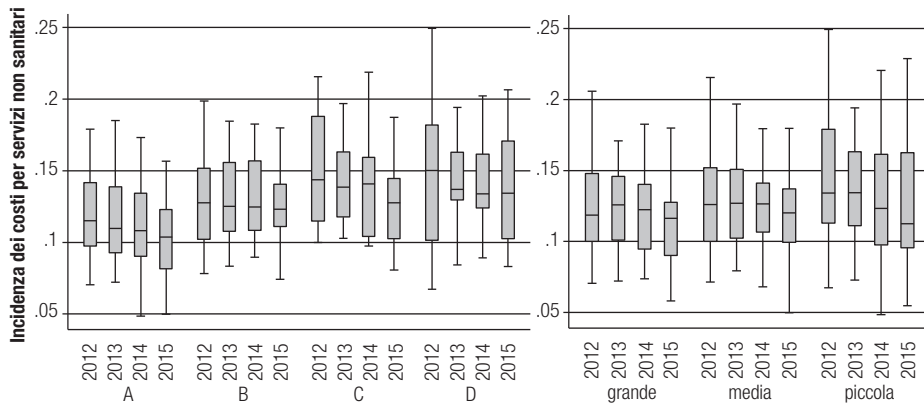
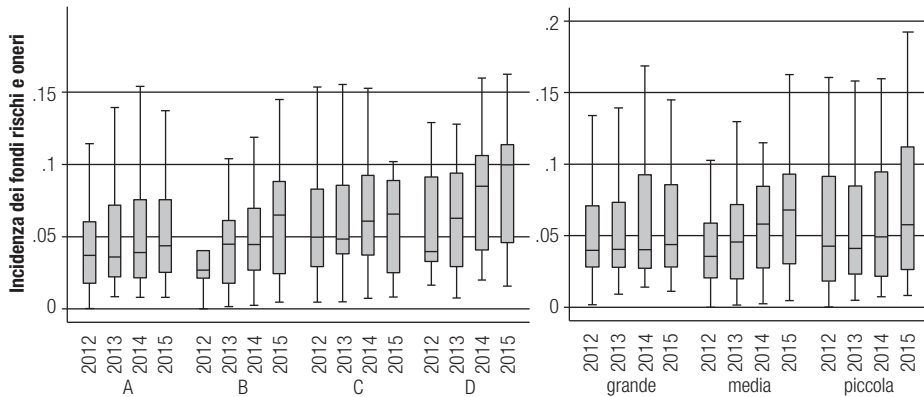


Figura 17.7 **Incidenza dei fondi per rischi e oneri, per gruppi di aziende (2012-15)**



attendarsi incidenze superiori tra le aziende che «possono permetterseli», ossia quelle con migliori *performance* economiche. Invece, accade esattamente il contrario. A risultati analoghi, peraltro, si giunge osservando, anziché gli accantonamenti, le variazioni annuali nell’entità dei fondi (Tabella 17.10), in modo da tener conto anche degli utilizzi. Diventa a questo punto naturale domandarsi se i maggiori accantonamenti da parte delle aziende del gruppo D servano a rimpiangere fondi precedentemente sottodimensionati, al fine di allinearne l’ammontare alla media delle altre aziende, oppure alimentino fondi più consistenti rispetto a quelli di altre aziende. Le risposte trovano appunto rappresentazione grafica in Figura 17.7. Tutte le classi di aziende hanno progressivamente incrementato la dimensione dei propri fondi rischi e oneri, ma l’incremento è stato particolarmente forte proprio per le aziende del gruppo D: nel 2012, il valore mediano di queste aziende era simile a quello delle aziende del gruppo A; nel

2015, era invece più del doppio. Per classe dimensionale, una dinamica analoga, ma meno spiccata, ha caratterizzato le aziende di medie dimensioni. Purtroppo, l'analisi di bilancio non consente di cogliere le cause di queste dinamiche, che meriterebbero però uno specifico approfondimento.

17.4.3 Composizione dei ricavi

Un aspetto qualificante della normativa sui Piani di Rientro Aziendali è il tentativo di spostare l'attenzione dal mero contenimento dei costi (che ha spesso caratterizzato i Piani di Rientro regionali) all'efficiente utilizzo dei fattori produttivi per erogare servizi e rispondere ai bisogni della popolazione di riferimento. Non a caso, la metodologia di rideterminazione dei risultati economici introdotta dal decreto esplicitamente «si propone di individuare il valore dell'inefficienza gestionale delle aziende». Di qui la particolare attenzione ai Ricavi per prestazioni, ulteriormente amplificata dal loro impiego come base di calcolo del «finanziamento per funzioni massimo ammissibile»: ogni 1.000 euro in più di prestazioni genera infatti, ai fini del decreto, maggiori ricavi per 1.429 (1.000 + 42,9%).

Due possibili approfondimenti concernono quindi, da un lato, la composizione dei Ricavi per prestazioni rideterminati, ossia il peso relativo di ricavi tariffati, ticket, contributi da regione extra fondo a titolo di copertura extra LEA; dall'altro la significatività di ulteriori fonti di ricavo quali contributi vincolati, ricavi per prestazioni a privati, quote di contributo in conto capitale destinate alla sterilizzazione degli ammortamenti.

Partendo dal secondo punto (Tabella 17.11), l'incidenza media complessiva degli Altri ricavi sui Ricavi rideterminati totali è stata pari, nel quadriennio

Tabella 17.11 **Fonti di ricavo ulteriori rispetto ai ricavi tariffati e al «finanziamento per funzioni massimo ammissibile», in percentuale sui Ricavi rideterminati totali, per gruppi di aziende (valori medi 2012-15)**

	A: RE \geq 0	B: -5% \leq RE $<$ 0	C: -20% \leq RE $<$ -5%	D: RE \leq -20%	Grande	Media	Piccola	Media totale
Incidenza degli Altri ricavi	11,5%	10,6%	12,9%	12,2%	12,4%	9,5%	14,8%	11,8%
Incidenza dei contributi vincolati	3,4%	2,4%	3,9%	4,8%	3,2%	2,3%	6,2%	3,6%
Incidenza dei ricavi da privati	3,2%	3,4%	2,8%	2,8%	3,4%	3,0%	2,8%	3,1%
Incidenza delle quote di contributi in conto capitale imputate all'esercizio (sterilizzazioni)	2,8%	2,7%	3,1%	3,1%	2,8%	2,5%	3,6%	2,9%
Incidenza di ulteriori altri ricavi	2,2%	2,1%	3,1%	1,4%	2,9%	1,7%	2,1%	2,2%

Tabella 17.12 **Incidenza dei Ricavi da prestazioni rideterminati, in percentuale sui Ricavi rideterminati totali, per gruppi di aziende (valori medi 2012-15)**

	A: RE \geq 0	B: 5% \leq RE $<$ 0	C: -20% \leq RE $<$ -5%	D: RE \leq -20%	Grande	Media	Piccola	Media totale
Incidenza dei Ricavi da prestazioni rideterminati	61,9%	62,6%	61,0%	61,5%	61,3%	63,3%	59,7%	61,7%
Incidenza dei ricavi tariffati	59,9%	60,1%	58,8%	60,2%	59,3%	61,4%	57,8%	59,7%
Incidenza dei ticket	2,0%	2,1%	2,2%	1,3%	1,8%	2,0%	1,8%	1,8%
Incidenza dei contributi da regione (extra fondo) a titolo di copertura extra LEA	0,1%	0,3%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,03%	0,1%

considerato, all'11,8%, con una relativa omogeneità tra aziende con *performance* economiche complessive diverse, ma una certa differenziazione tra classi dimensionali, riconducibile principalmente a differenze nell'entità dei contributi vincolati. Questi ultimi rappresentano, tra l'altro, la voce specifica più significativa: la loro incidenza media, infatti, è pari al 3,6%, con un picco del 6,2% nelle aziende di piccole dimensioni. Intorno al 3% si attestano anche i ricavi da privati, di cui spicca un'uniformità forse inattesa tra le medie dei diversi gruppi di aziende.

Quanto al primo punto (Tabella 17.12), le uniformità (tra aziende con *performance* economiche complessive diverse) e le differenze (tra classi dimensionali) rilevate con riferimento agli Altri ricavi si riflettono specularmente sull'incidenza complessiva dei Ricavi per prestazioni rideterminati²¹. All'interno di tali ricavi, predominano i ricavi tariffati. I contributi da regione extra fondo a titolo di copertura extra LEA, d'altra parte, sono pressoché nulli. Una qualche rilevanza (mediamente 1,8% dei Ricavi rideterminati totali nel quadriennio considerato), infine, assumono i ticket, che presentano incidenze relativamente uniformi tra i diversi gruppi di aziende, ad eccezione del gruppo D (1,3%).

17.4.4 Indicatori patrimoniali: solidità e liquidità

Come anticipato nel par. 17.3, l'analisi di solidità e liquidità viene circoscritta a tre indici: il rapporto di indebitamento come primo indicatore di solidità; l'indice di liquidità secondaria come primo indicatore di liquidità; il rapporto tra fondi ammortamento e valori lordi dei beni mobili ammortizzabili come indi-

²¹ Il totale dei ricavi comprende (i) ricavi per prestazioni rideterminati, (ii) finanziamento per funzioni massimo ammissibile e (iii) altri ricavi. Il finanziamento per funzioni massimo ammissibile, però, è una percentuale fissa dei ricavi per prestazioni rideterminati. Di conseguenza, a una maggiore incidenza degli altri ricavi non può che corrispondere una minore incidenza dei ricavi per prestazioni rideterminati, e viceversa.

Tabella 17.13 **Indicatori patrimoniali, per gruppi di aziende (valori medi 2012-15)**

	A: RE \geq 0	B:- 5% \leq RE $<$ 0	C: -20% \leq RE $<$ -5%	D: RE \leq -20%	Grande	Media	Piccola	Media totale
Rapporto di indebitamento	0,55	0,70	0,76	0,61	0,59	0,65	0,63	0,62
Liquidità secondaria	0,93	0,70	0,81	1,11	0,78	0,83	1,19	0,91
Liquidità secondaria rettificata	0,60	0,25	0,45	0,38	0,52	0,40	0,54	0,48
Grado di obsolescenza dei beni mobili ammortizzabili	0,83	0,81	0,85	0,82	0,81	0,84	0,82	0,83

catore del grado di obsolescenza delle immobilizzazioni. I relativi valori medi nel quadriennio considerato, per la totalità delle AO e per i singoli gruppi, sono presentati in Tabella 17.13. Dell'indice di liquidità secondaria viene presentato anche un adattamento che omette dall'attivo a breve i crediti verso la regione (liquidità secondaria rettificata).

Il rapporto di indebitamento si presenta mediamente accettabile, collocandosi al 62%. Le aziende non presentano particolari differenze tra classi dimensionali; per classi di *performance* economica, invece, risultano mediamente poco indebitate quelle del gruppo A (55%), ma anche quelle del gruppo D (61%). Si noti, peraltro, come l'indice sia stato definito in modo «generoso»: visto che le quote di contributi in conto capitale imputate a conto economico sono interpretate come ricavi, coerenza vorrebbe che le quote non ancora imputate a conto economico fossero specularmente interpretate come risconti passivi; nell'analisi, invece, si è seguita l'impostazione normativa e si sono considerate tali quote come parte ideale del patrimonio netto, con conseguente sovrastima di quest'ultimo.

Dai *boxplot* (Figura 17.8) emerge poi una forte variabilità, con la presenza di alcune aziende che presentano un rapporto superiore a 1, quindi con patrimonio netto negativo. Emerge anche, però, un diffuso miglioramento tra il 2012 e il 2015, per l'effetto combinato di disavanzi (da bilancio) ormai molto contenuti e di provvedimenti di ripiano delle perdite pregresse: nel 2015, il valore mediano del rapporto di indebitamento era inferiore al 60% in tutti i gruppi di aziende e al 50% in alcuni gruppi.

Più critica è la liquidità, come rappresentata dall'indice di liquidità secondaria. Tale indice, infatti, è sistematicamente inferiore all'unità, sia come media complessiva (0,91), sia come media dei singoli gruppi di aziende. Inaspettatamente, fanno eccezione proprio i due gruppi generalmente più deboli, ossia il gruppo D e le aziende piccole. Questo risultato non è immediatamente spiegabile e richiederebbe uno specifico approfondimento. È evidente, comunque, che una componente significativa dell'attivo a breve è rappresentata dai crediti verso la regione e che questo è particolarmente vero proprio per i due gruppi in oggetto. Una volta rimossi i crediti verso la regione, infatti, l'indice si riduce

Figura 17.8 Rapporto di indebitamento, per gruppi di aziende (2012-15)

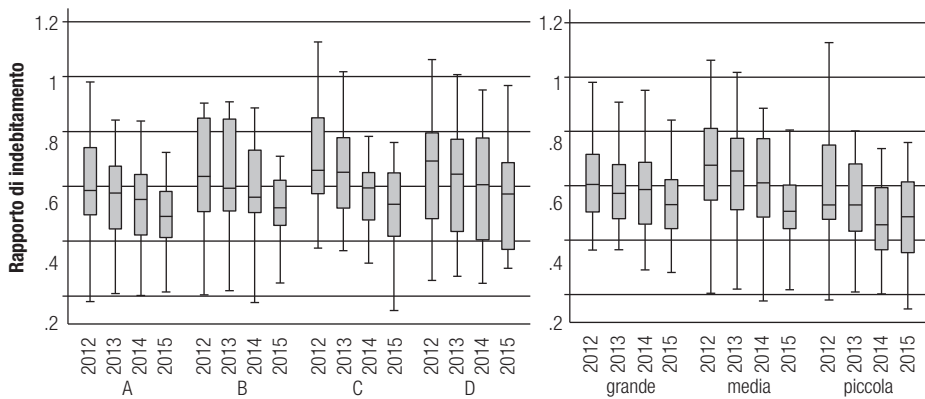
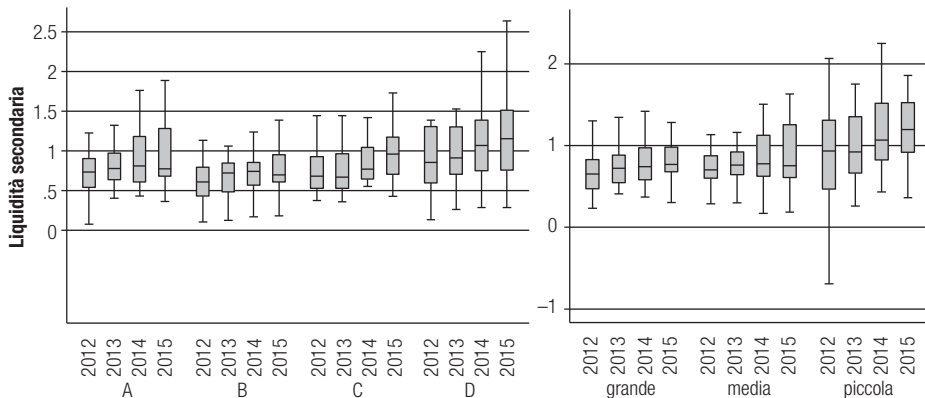


Figura 17.9 Indice di liquidità secondaria, per gruppi di aziende (2012-15)

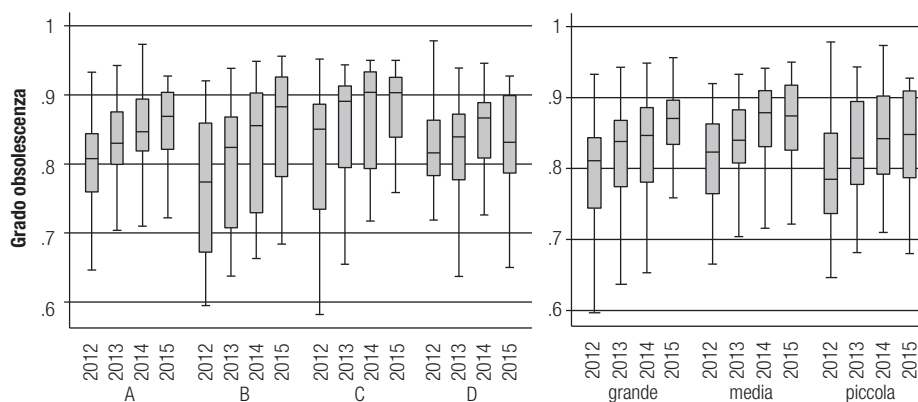


mediamente di 43 punti percentuali (da 0,91 a 0,48), che diventano però 65 per le aziende piccole e 73 per quelle del gruppo D.

Tra singole aziende, l'indice presenta indubbiamente una certa variabilità (Figura 17.9): è però significativo che per alcuni gruppi di aziende, almeno in alcuni anni, i valori superiori all'unità siano stati estremamente rari. Nel tempo, comunque, si osserva un miglioramento generalizzato.

Ancora più critica, infine, è l'obsolescenza dei beni mobili ammortizzabili. L'indice medio, pari all'83%, segnala una fortissima difficoltà delle aziende a rinnovare attrezzature e altri cespiti. La sostanziale uniformità dell'indice medio tra le diverse classi di aziende (81-85%) e la presenza di pochissime aziende con indici inferiori al 70% (Figura 17.10) evidenziano quanto il problema sia generalizzato. Nel tempo, tra l'altro, la situazione si è progressivamente aggravata.

Figura 17.10 **Indice di obsolescenza dei beni mobili ammortizzabili, per gruppi di aziende (2012-15)**



Per completare l'analisi e formulare più fondate considerazioni, sarebbe necessario verificare se l'obsolescenza delle immobilizzazioni di proprietà dell'azienda rifletta un effettivo impoverimento della capacità produttiva o piuttosto il ricorso a modalità diverse di mantenimento e rinnovamento del patrimonio (soprattutto tecnologico), quali i contratti di *leasing* o di *global service*. Al riguardo, però, i dati di bilancio non forniscono ancora informazioni attendibili, se non tramite indicatori indiretti. Tra questi, come già segnalato, la limitata incidenza dei costi per godimento di beni di terzi farebbe supporre che queste modalità alternative stiano compensando l'impoverimento della capacità produttiva di proprietà in misura soltanto parziale.

17.4.5 Risultati preliminari 2016

L'analisi fin qui svolta si è soffermata sul quadriennio 2012-15. Il 2015, infatti, è l'ultimo anno per cui sono disponibili i modelli CE consuntivi. Nel corso del 2016, inoltre, sono state poste in essere alcune significative misure di ridisegno delle aziende che hanno generato un'interruzione nella serie storica. Ciò detto, può essere interessante utilizzare i modelli CE IV trimestre 2016 per offrire una preliminare rappresentazione delle evoluzioni in atto. Tale rappresentazione è proposta in Figura 17.11.

Più specificamente, la Figura propone una matrice di transizione. Il punto di partenza è la classificazione delle aziende nei quattro gruppi di *performance* economica (A, B, C, D) cui si è fatto riferimento nei paragrafi precedenti. Come si ricorderà, tale classificazione era basata sul risultato economico da decreto per il 2015. La matrice evidenzia come cambierebbe la classificazione sulla base del risultato economico da decreto per il 2016. Per esempio, la prima riga mostra come, delle 44 aziende collocate nel gruppo A sulla base dei risultati 2015,

Figura 17.11 **Matrice di transizione tra gruppi di performance economica (2015-16)**

		2016				nd	Totale
		A	B	C	D		
2015	A	25	3	0	0	16	44
	B	3	4	0	0	7	14
	C	2	2	5	1	8	18
	D	0	0	2	16	1	19
Totale		30	9	7	17	32	95

25 resterebbero in A anche nel 2016, 3 si sposterebbero nel gruppo B, mentre per 16 i dati non sono disponibili, prevalentemente a causa delle citate iniziative di ridisegno istituzionale.

Proprio l'elevato numero di aziende per cui manca il dato IV trimestre 2016 (32) riduce sostanzialmente la significatività della matrice. Si può comunque osservare che, tra le 63 aziende per cui i dati sono disponibili, 50 (80%) mantengono il proprio posizionamento, 9 (14%) lo migliorano, mentre soltanto 4 (6%) lo peggiorano.

17.5 Conclusioni

L'analisi della situazione economica, patrimoniale e finanziaria del SSN si è tradizionalmente concentrata sui soli conti economici e si è gradualmente focalizzata sui consolidati regionali. Gran parte delle analisi, in altri termini, ha oggi per oggetto i conti economici consolidati dei SSR.

Il conto economico, tuttavia, non può da solo rappresentare compiutamente gli equilibri aziendali. Malgrado i processi di responsabilizzazione finanziaria delle regioni e di accentramento regionale, inoltre, i SSR rimangono composti da aziende dotate di propria autonomia. Queste considerazioni, tra l'altro, hanno ricevuto nuovo impulso dal DM 21/06/2016 in tema di Piani di Rientro Aziendali, che riporta l'attenzione sulla gestione della singola azienda (ospedaliera), sui suoi risultati economici, sulla sua capacità di impiegare efficientemente la propria capacità produttiva per offrire servizi quantitativamente e qualitativamente adeguati, nonché sulla necessità che la produzione aziendale sia correttamente rilevata e valorizzata.

In continuità con quanto già proposto nel Rapporto OASI 2015 (Cantù *et al.*, 2015), il capitolo ha quindi sviluppato un'analisi dei bilanci aziendali in termini di redditività (equilibrio economico), solidità e liquidità, utilizzando i modelli ministeriali SP e CE per il periodo 2012-15. Come principale innovazione,

però, il capitolo di quest'anno ha impiegato la metodologia proposta dal DM 21/06/2016 per rideterminare i ricavi aziendali e, di conseguenza, i risultati economici. Così rideterminati, infatti, i ricavi riflettono più correttamente la produzione aziendale, accrescendo la capacità del risultato di esercizio di rappresentare l'effettiva *performance*. Poiché il decreto, per ora, disciplina soltanto le Aziende Ospedaliere, l'analisi ha però dovuto escludere le ASL.

Per quanto riguarda l'equilibrio economico, dall'analisi emerge innanzi tutto come la metodologia proposta dal decreto riveli un'amplissima differenza nelle *performance* delle diverse aziende. Nei conti economici «ufficiali», la maggior parte delle aziende presenta risultati economici prossimi al pareggio. Ciò, però, deriva in gran parte dall'assegnazione di contributi in conto esercizio regionali che, seppur contabilizzati come proventi, rappresentano almeno in parte dei veri e propri ripiani di perdite, previste o già determinate a pre-consuntivo. Mediamente, questi contributi sono stati pari al 42,3% dei ricavi per prestazioni, ma la loro variabilità interaziendale è amplissima: per esempio, in 15 aziende sono stati inferiori al 20% dei ricavi per prestazioni, mentre in 6 hanno superato l'83%. La metodologia proposta dal decreto, sostituendo i contributi effettivi con un ammontare forfettario complessivamente analogo (42,9% dei ricavi per prestazioni), ma uniforme per tutte le aziende, trasferisce questa variabilità sui risultati d'esercizio. Si evidenzia, così, che 44 AO (gruppo A) presentano risultati economici da decreto nulli o positivi; 14 AO (gruppo B) risultati negativi, ma contenuti entro il 5% dei ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni; 18 AO (gruppo C) risultati negativi compresi tra il 5 e il 20%; 19 AO (gruppo D), infine, risultati negativi ed eccedenti il 20%. Tra queste ultime, l'incidenza media della perdita da decreto sui ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni nel quadriennio 2012-15 è stata addirittura pari al 54%. Significativamente, quasi tutte le aziende del gruppo D (17 su 19) si concentrano nelle regioni che sono o sono state assoggettate a Piano di Rientro regionale. Articolando le aziende per classe dimensionale, d'altra parte, si evidenzia come le aziende grandi abbiano mediamente conseguito un sostanziale equilibrio, mentre quelle di dimensione media e piccola abbiano registrato disavanzi rispettivamente pari al 13 e al 21% dei ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni.

Tra le cause di queste differenze di *performance*, spicca il costo del personale dipendente. Il personale dipendente è la principale voce di costo delle AO, avendo mediamente assorbito, nel quadriennio considerato, il 58% dei ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni. Tra le medie delle aziende del gruppo A e del gruppo D, però, c'è una differenza di ben 23 punti percentuali (50 contro 73%); tra le medie delle aziende grandi e di quelle piccole la differenza è di 10 (53 contro 63%). Queste differenze sono prevalentemente riconducibili al personale sanitario. Non trova invece riscontro la tesi secondo cui le aziende con più elevata incidenza del costo del personale scontrerebbero un sovradimen-

sionamento del personale amministrativo, né quella secondo cui queste aziende compenserebbero in parte con un minor costo del personale non dipendente.

La criticità del costo del personale riflette, presumibilmente, organici talvolta sovradimensionati, con mix professionali subottimali, alte percentuali di inidoneità o limitazioni lavorative, permessi speciali (per esempio L. 104/92) ed elevata anzianità anagrafica e di servizio. C'è, dunque, bisogno di intervenire sul numero dei dipendenti, ma anche sui loro profili professionali e sulla loro produttività, nonché, laddove si aprisse l'opportunità di nuove assunzioni, sulla volontà, capacità e possibilità di selezionare le persone più adeguate. All'elevata incidenza del costo del personale, inoltre, contribuisce spesso lo svolgimento da parte delle AO di un ruolo di «supplenza» rispetto alle funzioni territoriali, che in alcune regioni sono particolarmente deboli. Questo comporta l'erogazione di servizi cui la metodologia del decreto non associa alcun ricavo, la saturazione dei posti letto con casistica che potrebbe essere più appropriatamente assistita in regime ambulatoriale o domiciliare, nonché la presenza di dotazioni organiche sovradimensionate rispetto agli standard dell'attività prettamente ospedaliera.

Tra gli altri fattori produttivi, un certo rilievo assumono i servizi non sanitari, che rappresentano mediamente la terza voce di costo (13% dei ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni) e per i quali il divario tra le medie delle aziende dei gruppi A e D è pari a 3 punti percentuali. Significativamente, invece, non si rilevano differenze consistenti tra le medie dei diversi gruppi di aziende per la seconda voce di costo, ossia il consumo di beni sanitari e non (la cui incidenza media complessiva è pari al 26% dei ricavi rideterminati per prestazioni e per funzioni). Anche la composizione dei ricavi pare relativamente ininfluyente: per esempio, abbastanza inaspettatamente, non si rilevano differenze particolarmente significative tra i diversi gruppi di aziende nell'incidenza dei ricavi da privati e di quelli da ticket.

Quanto agli indicatori patrimoniali, segnali relativamente positivi giungono dal rapporto di indebitamento. Emerge, infatti, un diffuso miglioramento tra il 2012 e il 2015, per l'effetto combinato di disavanzi (da bilancio) ormai molto contenuti e di provvedimenti di ripiano delle perdite pregresse. Nel 2015, in particolare, il valore mediano del rapporto di indebitamento era sceso sotto il 60% in tutti i gruppi di aziende.

Ancora difficili restano, invece, le condizioni di liquidità, con indici di liquidità secondaria spesso inferiori all'unità, malgrado le anticipazioni ricevute dalle aziende in attuazione dei DL 35/2013 e 66/2014. Nel corso del quadriennio 2012-15 si è verificato, però, un diffuso miglioramento.

Estremamente critica, infine, è l'elevata e tuttora crescente obsolescenza delle immobilizzazioni (mediamente, per i beni mobili ammortizzabili, 83% nel quadriennio considerato). Oltre a condizionare la capacità produttiva delle aziende, questa situazione determina elevati costi di manutenzione e gestione,

nonché di logistica dei beni e dei pazienti. Si tratta di un problema annoso, ma aggravato negli ultimi tempi dalle politiche di contenimento della spesa, che hanno penalizzato in modo particolare gli investimenti. Tra l'altro, l'impossibilità di adeguare pienamente strutture, impianti e attrezzature alle normative vigenti pone il management aziendale in una perenne condizione di rischio, anche in termini di responsabilità personali.

Bibliografia

- Anessi Pessina E., Zavattaro F. (1994), «Prime riflessioni sui sistemi di contabilità economica nel Servizio Sanitario Nazionale», *Mecosan*, 3(10), pp.8-11.
- Anessi Pessina E. (2012), «La sterilizzazione degli ammortamenti», *Ragiusan*, 344, pp. 76-86.
- Anessi Pessina E., Cantù E. (2016), «Equilibrio economico delle Aziende Ospedaliere», In Osservatorio Nazionale Sulla Salute Nelle Regioni Italiane, *Rapporto Osservasalute 2016*, Milano, Prex.
- Cantù E. (2014), *Il bilancio delle Aziende di Servizi Sanitari*, Milano, Egea.
- Cantù E., Notarnicola E., Anessi Pessina E. (2015), «L'evoluzione della situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche», in Cergas Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2015*, Milano, Egea, pp. 503-544.
- Teodori C. (2008), *L'analisi di bilancio* (2a ed.), Torino, Giappichelli.

18 Il grado di diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa nelle aziende sanitarie del SSN: un'analisi empirica

di Lorenzo Fenech, Federico Lega e Anna Prenestini¹

18.1 Oggetto e rationale della ricerca

L'*Operations Management* (o Gestione Operativa)² e la sua applicazione alla sanità è oggi uno dei temi manageriali su cui c'è particolare fermento sia da parte degli accademici – diversi sono i *working paper* che dimostrano, attraverso *scoping review* o altri metodi di analisi della letteratura, un aumento del numero di contributi scientifici su tale materia negli ultimi anni – sia da parte delle aziende sanitarie e dei propri professionisti. In particolare, le direzioni aziendali investono, ormai frequentemente, in percorsi di accompagnamento e di *action research* per il miglioramento delle *operations* aziendali e sono sempre più numerosi i corsi di formazione manageriale, con destinatari i *practitioner*, dedicati (interamente o in parte) allo sviluppo di competenze e all'applicazione di strumenti di gestione operativa.

L'*operations management* (OM) è definito come l'insieme delle procedure, degli strumenti e dei ruoli che presidiano il funzionamento dei processi caratteristici di un'azienda (che trasformano gli input in output) mediante l'adeguata gestione dei servizi e delle attività ausiliarie e di supporto (Davies e Walley 2000, Langabeer 2008). L'obiettivo dell'OM è progettare e organizzare le attività aziendali e i processi in modo tale che la produzione dell'output finale risulti efficiente, ossia senza sprechi di risorse, ed efficace, capace cioè di rispondere ai bisogni e alle attese dei clienti (Villa 2012).

Queste spinte allo sviluppo e alla diffusione di temi e questioni di OM sono state generate da un insieme di pressioni ambientali esterne e interne nei confronti delle aziende sanitarie pubbliche, tra le quali:

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca e di riflessioni comuni degli autori, a Lorenzo Fenech è attribuito il paragrafo 18.3, ad Anna Prenestini i §§ 18.1, 18.2 e 18.4, a Federico Lega il § 18.5. Gli autori ringraziano Yijie Zhao che ha collaborato al lavoro di raccolta dei dati e delle informazioni.

² In questo capitolo si utilizzerà il termine *Operations Management* (OM) o la sua versione italiana *Gestione Operativa* (GO) in modo intercambiabile.

- ▶ l'esigenza di garantire l'equilibrio economico-finanziario e la sostenibilità nel medio-lungo periodo, a fronte di livelli di spesa sanitaria pubblica stabilizzati nel corso degli ultimi anni;
- ▶ la necessità di migliorare l'efficienza nella gestione e nell'utilizzo degli *asset* produttivi aziendali (ad es. sale operatorie, aree di degenza, *slot* ambulatoriali e di diagnostica per immagini, ecc.), ancora spesso utilizzati in modo «privatistico» dalle diverse Unità Operative (UU.OO.) specialistiche, al fine di garantire gli obiettivi di produzione definiti dalle strategie aziendali;
- ▶ l'impellenza di riorganizzare l'attività dei professionisti in modo coerente con i flussi dei pazienti e con la gestione delle attività sanitarie a fronte, da un lato, di restrizioni nelle risorse umane disponibili per via di blocchi del turn over o di *shortage* di professionisti e, dall'altro, delle conseguenze sull'operatività dell'applicazione della Direttiva europea sui turni di riposo (Direttiva 88/2003 CE);
- ▶ l'opportunità di garantire ad ogni paziente (con aspettative sempre maggiori nei confronti della sanità) un percorso fisico-logistico quanto più possibile fluido e un'esperienza ad alto valore aggiunto.

Più specificamente, nel contesto italiano vi è una forte tensione, da parte dei policy maker, verso il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario aziendale attraverso la richiesta di produrre Piani di riequilibrio economico – c.d. piani di efficientamento aziendali – per quelle AO, AOU e IRCCS che abbiano uno scostamento tra costi rilevati dal conto economico consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività pari o superiore al 7% dei suddetti ricavi (o, in valore assoluto, pari ad almeno 7 milioni di euro)³. Per fare ciò le aziende sono chiamate a migliorare la propria efficienza non solo attraverso uno stretto controllo dei costi, ma anche attraverso un aumento dei ricavi per prestazioni grazie – anche – a una maggiore produttività aziendale.

In relazione a tutte queste pressioni, le aziende sanitarie stanno dandosi come obiettivo il miglioramento della propria efficienza operativa tramite approcci e metodologie di OM.

Ma tale fermento sullo sviluppo di logiche, metodi e strumenti di OM si è tradotto, nel corso del tempo, anche in una maggiore strutturazione della funzione di Gestione Operativa (GO) all'interno delle aziende sanitarie del SSN?

Le teorie organizzative, infatti, ci indicano come all'aumentare del grado di complessità di un'azienda e in relazione alla focalizzazione su determinati obiettivi strategici (in risposta alle pressioni dell'ambiente esterno e interno),

³ Piani di cui all'articolo 1, comma 528 lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici. Lo scostamento tra costi e ricavi è stato determinato dalla Legge di Bilancio, art. 1, comma 390, l 11 dicembre 2016, n. 232. Nei prossimi anni si prevede un'estensione dell'applicazione della legge ai presidi ospedalieri di ASL.

sia necessario un cambiamento della struttura organizzativa nel senso di una maggiore specializzazione orizzontale e sofisticazione di alcune funzioni manageriali (Chandler 1993; Jones 2007). Così è avvenuto a partire dagli anni '90, ad esempio, per la funzione Controllo di Gestione che ha visto la costituzione di UO, semplici o complesse, dedicate alla programmazione e controllo contemporaneamente allo sviluppo di strumenti di contabilità analitica e di budget tra gli staff delle aziende sanitarie (Del Vecchio, 2000).

Un primo lavoro di ricognizione della funzione di GO e degli assetti organizzativi a supporto è stato pubblicato nel 2012 sul Rapporto OASI (Giusepi et al., 2012). Tale ricerca è stata condotta attraverso un'analisi di tre casi (aziende pubbliche e private) ed evidenziava come la strutturazione di tale funzione fosse differente o a diversi stadi di implementazione tra le aziende coinvolte nell'analisi. Mentre nel caso dell'AO Poma di Mantova all'esercizio della funzione non corrispondeva un'UO dedicata – al tempo dell'analisi erano presenti dei team amministrativi e gestionali dedicati all'ottimizzazione degli asset aziendali e alle analisi di processo, in stretto coordinamento tra Controllo di Gestione e Direzione Sanitaria –, nei casi dell'AOU Pisana e dell'Istituto Clinico Humanitas (ICH) di Rozzano, invece, erano state rilevate UO specificamente dedicate al tema. L'ICH, in particolare, è riconosciuto per aver creato, fin dalle sue origini, competenze e strutture organizzative dedicate all'OM, che oggi si sono ulteriormente evolute.

Del Vecchio e Roma (2012), studiando l'introduzione di logiche di OM in quattro aziende del Sistema Sanitario Toscano, evidenziavano come la gestione operativa – almeno nella fase iniziale – si caratterizzasse «più come una prospettiva di analisi e di intervento che come vera e propria funzione aziendale».

La letteratura nazionale più recente, invece, si è sinora soffermata sull'analisi di casi che approfondiscono il tema dell'implementazione di logiche e strumenti di OM all'interno di specifiche realtà aziendali (Carbone *et al.* 2013, Barnabé *et al.* 2014).

Oggi, un lustro dopo i contributi sopra citati (Giusepi *et al.*, 2012; Del Vecchio e Roma, 2012), non esiste ancora una rilevazione del grado di diffusione di una funzione strutturata di GO nelle aziende sanitarie italiane. Questione che, a parere degli autori, è particolarmente rilevante allo scopo di evidenziare se il tema sia trattato ancora come innovazione gestionale oppure si sia diffuso e consolidato anche negli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie Pubbliche (ASP).

Infine, a seguito del riordino del Servizio Sanitario Regionale (SSR) lombardo, che ha condotto all'istituzione delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e Agenzie di Tutela della Salute (ATS), è emerso un ulteriore elemento a rendere ancora più rilevante l'interesse per lo svolgimento di questa analisi. Se, in precedenza, i *policy maker* non sono mai intervenuti direttamente con la richiesta di istituire una funzione di gestione operativa nelle aziende sanita-

Box 18.1 La funzione di Gestione Operativa nelle Linee guida lombarde

Parte C – Aziende Socio Sanitarie Territoriali

Le Linee Guida riportano che per alcune funzioni di staff, tra le quali la GO, non debba corrispondere necessariamente una strutturazione organizzativa in UOC/UOS, decisione che è demandata all'autonomia aziendale. Inoltre, è scelta aziendale anche la dipendenza della funzione da una delle quattro direzioni aziendali (Generale, Sanitaria, Amministrativa o Socio Sanitaria).

Come indicano le Linee Guida: «La Gestione Operativa ha il compito di programmare le attività ospedaliere relative a sale operatorie, posti letto e ambulatori e di definire l'efficiente utilizzo dei tempi di servizio (settimanale, mensile, etc.) delle suddette attività, che deve temperare alle esigenze delle diverse Unità Operative. Le attività sono svolte all'interno dei vincoli e delle regole date dalla Direzione Sanitaria e/o Sociosanitaria. All'interno di tali regole, la Gestione Operativa pianifica in maniera efficiente la condivisione delle risorse e delle attrezzature, anche in sinergia col SITRA, con l'ingegneria clinica e col supporto dei Sistemi Informativi Aziendali, rendendo disponibili le risorse necessarie nei tempi, nei luoghi e nelle modalità adeguate. Per quanto riguarda il Pronto Soccorso, la Gestione Operativa deve garantire e potenziare le capacità di previsione dell'afflusso di pazienti – utilizzando le serie storiche di dati di funzionamento del PS – al fine di attivare le azioni necessarie nei casi di afflusso superiore all'ordinario o in situazioni di sovraccollimento (secondo quanto previsto dai Piani di Prevenzione del Sovraccollimento).» Inoltre, la funzione Gestione Operativa è rilevante anche nei processi trasversali di cura e di assistenza (sanitari e sociosanitari) «funzionali alla presa in carico di diverse tipologie di pazienti nel contesto di percorsi clinico-assistenziali specifici, che possono intercettare punti diversi di erogazione (ospedalieri/territoriali, sanitari/sociosanitari) in particolare nell'ambito di: a) Rete della Salute Mentale; b) Rete Integrata Materno-Infantile; c) Rete Integrata per la Continuità Clinico assistenziale per la presa in carico del paziente cronico; d) Reparti/divisioni, prevalentemente ospedalieri, preposti a processi specifici rappresentati dalle barre sovrastanti (ad es. percorsi riabilitativi, oncologici, etc.). [...] In tale prospettiva assume un ruolo importante l'introduzione della funzione aziendale della “**Gestione Operativa**”, deputata a fornire supporto alla Direzione Strategica, ai dipartimenti e al SITRA nel governo dei processi di produzione e nei percorsi di presa in carico (compresi i servizi di front office e le centrali operative), in analogia con le già consolidate funzioni dei sistemi informativi, di controllo di gestione e di qualità. Uno dei compiti della Gestione Operativa consiste nel facilitare la condivisione delle risorse tra i professionisti delle diverse UO.»

Indicazioni tratte dal documento: «Ulteriori determinazioni in ordine alle Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU», deliberazione n° X/5513 del 02/08/2016.

rie (come, peraltro, avveniva per altre funzioni aziendali), nel 2016 la Regione Lombardia ha inserito tale indicazione nelle Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) lasciando, tuttavia, autonomia alle Aziende di decidere forme e modalità per la strutturazione organizzativa di tale funzione. Nel Box 18.1 sono presentate le principali indicazioni delle Linee guida lombarde per ciò che concerne compiti e responsabilità della funzione di gestione operativa.

18.2 Obiettivi e metodologia

Alla luce di tali considerazioni, questo lavoro di ricerca si è posto l'obiettivo di effettuare un censimento sulla presenza, in forma strutturata, della funzione

di GO all'interno dell'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie Pubbliche (ASP) del SSN.

A tal fine, sono state prese in considerazione UU.OO. di tipo gestionale (strutture operative semplici o complesse, uffici, ecc.) o aree/meccanismi organizzativi funzionali formalizzati (programmi, gruppi di lavoro, ecc.) che avessero come *mission* fondante la gestione delle *operations* sanitarie.

I ricercatori, nell'interpretare tale *mission*, hanno deciso di focalizzarsi sui seguenti due aspetti della funzione GO (Villa 2012; Bensa *et al.* 2008):

- ▶ la gestione e l'ottimizzazione delle aree produttive sanitarie, che si pone l'obiettivo di massimizzare l'utilizzo della capacità produttiva delle diverse unità produttive (sale operatorie, aree di degenza, slot ambulatoriali, ecc.);
- ▶ la logistica del paziente, che si occupa di ottimizzare la gestione dei flussi di pazienti all'interno delle strutture sanitarie dal momento di primo accesso sino alla fase finale di dimissione e gestione del post-acuto, passando dal concetto di «massima capacità produttiva» delle singole unità produttive all'ottimizzazione dei flussi lungo tutta la catena produttiva. Si fa riferimento, in questo caso, ai percorsi fisico-logistici del paziente tra le aree produttive sanitarie.

Di conseguenza, la ricerca non ha focalizzato l'attenzione sulle strutture organizzative che si occupano esclusivamente di *supply chain management* o logistica dei beni nelle aziende sanitarie. Quest'ultimo aspetto, rientrando nella definizione più ampia di gestione operativa, è stato rilevato solo nei casi in cui affiancasse la *mission* di gestione degli asset produttivi e/o l'ottimizzazione dei flussi dei pazienti delle UO individuate.

Il censimento è stato effettuato attraverso l'analisi dei documenti di organizzazione (in particolare, atto aziendale, regolamento di organizzazione, piano di organizzazione aziendale e strategico, organigramma, funzionigramma) delle ASP presenti su territorio nazionale e rinvenibili nei siti web istituzionali di ciascuna di esse. Il campione è composto da: Aziende Sanitarie Locali e Provinciali (ASL), Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e Agenzie di Tutela della Salute (ATS), Aziende Ospedaliere (AO), Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU), IRCCS e Fondazioni IRCCS di diritto pubblico.

La prima rilevazione è stata condotta da aprile 2017 sino a giugno 2017. La recente approvazione dei Piani di Organizzazione Aziendali e Strategici (POAS) da parte della Regione Lombardia, ha richiesto una rivalidazione dei risultati per le ASST e ATS e, quindi, un'ulteriore analisi dei siti web istituzionali nel mese di luglio 2017.

Sono stati censiti un totale di 193 siti web istituzionali delle ASP: l'atto aziendale o simili documenti di organizzazione sono stati reperiti in quasi il 60% dei casi, mentre l'organigramma è presente in circa il 78% dei siti web aziendali. Si

è ritenuto che i documenti di organizzazione o gli organigrammi presenti sul sito fossero i più recenti, a esclusione di quei casi in cui i ricercatori erano a conoscenza di processi di riordino regionale o riorganizzazione aziendale successivi agli anni cui si riferivano tali documenti⁴.

L'analisi dei documenti è stata condotta attraverso l'utilizzo di una serie di parole chiave: gestione operativa, *operations*, operazioni, *operations management*, programmazione, logistica, *lean*, catena del valore, percorsi (identificando se corrispondevano a percorsi fisico-logistici o percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali, in quest'ultimo caso le risultanze non sono state inserite nel computo). Ogni informazione corrispondente alla parola chiave è stata vagliata per verificare se la strutturazione della funzione corrispondesse alla definizione di OM scelta dagli autori. Qualora non fossero reperibili i documenti istituzionali è stata comunque effettuata una ricerca sulle pagine del sito web aziendale, andando a verificare – se disponibili – la denominazione e le funzioni dei servizi di staff delle direzioni strategiche per individuare l'esistenza di elementi di OM.

Una volta individuate le Aziende in cui vi è la presenza di una strutturazione della funzione di OM, si è proseguito esplorando quali forme organizzative tale funzione avesse assunto (UU.OO. o meccanismi organizzativi strutturati) e quali ambiti di attività rientrassero nella sua *mission*.

I risultati dell'analisi sono riportati nel seguente paragrafo.

18.3 Risultati dell'indagine

Sulla base del censimento effettuato attraverso i documenti istituzionali, si registra che solo 30 aziende (circa il 16% del campione analizzato) hanno introdotto formalmente una funzione organizzativa dedicata all'*operations management*. Di queste, 21 si collocano in Lombardia, Regione in cui è stato avviato nel 2016 un processo di riconfigurazione istituzionale (approfondito nel primo paragrafo) che ha condotto le Aziende a dotarsi di una funzione di «Gestione Operativa» in quanto richiesta all'interno delle Linee guida regionali per i POAS. Proprio nel contesto lombardo, due aziende hanno istituito ben due strutture organizzative legate alla «Gestione Operativa» (ASST Niguarda e Santi Carlo e Paolo).

⁴ La ricerca ha seguito un criterio di agevole reperibilità dei documenti di organizzazione, sia attraverso le funzioni «cerca» del sito web istituzionale e del motore di ricerca *google* (ricerca con riferimento al sito specifico dell'azienda), sia attraverso il vaglio delle principali pagine del sito web aziendale (in particolare la sezione «amministrazione trasparente»). Nonostante l'utilizzo di diversi canali di ricerca, alcuni dei documenti di organizzazione – seppur presenti – potrebbero non essere stati rintracciati dagli autori. Mentre, in altri casi, i documenti di organizzazione individuati dagli autori non erano aggiornati all'ultima riorganizzazione aziendale conosciuta e, quindi, non sono stati tenuti in considerazione.

Da una prima fotografia, la strutturazione della funzione *operations* nelle aziende sanitarie si presenta, quindi, come un fenomeno poco diffuso, concentrato e ancora molto recente (i POAS lombardi sono stati approvati quasi tutti nel primo semestre del 2017). Si possono però iniziare a cogliere i segnali di un'accelerazione del processo. Inoltre, il panorama esistente si presenta piuttosto variegato, con evidenti aree di differenziazione sia tra le Regioni che all'interno delle stesse. Denominazioni, contenitori e contenuti organizzativi mostrano, infatti, tratti comuni ma anche specificità e peculiarità.

Con riferimento alle aziende di cui si è individuata una funzione di OM nell'organigramma o nei documenti di organizzazione aziendale, il quadro sinottico che segue (Tabella 18.1) riporta: il nome assegnato alla struttura/meccanismo organizzativo, la forma organizzativa, la dipendenza gerarchica (afferenza), l'ambito di attività (logistica dei pazienti, *asset management*, *supply chain*) e il tipo di responsabilità (gestione diretta vs consulenza interna).

Per quanto riguarda le forme organizzative, la funzione di *operations management* può essere inquadrata come Unità Operativa (semplice, semplice dipartimentale, complessa), Funzione, Ufficio, Area Funzionale o meccanismo organizzativo (gruppi di lavoro, programma, ecc.).

Nello specifico, su 30 aziende individuate, si registrano 32 forme organizzative, così suddivise:

- ▶ 3 Gruppi di Lavoro (AOU San Luigi Gonzaga)
- ▶ 1 Programma (Policlinico Sant'Orsola Malpighi)
- ▶ 1 Area Funzionale (AOU di Pisa)
- ▶ 3 Uffici (AO Meyer, ASL Biella, ASST Niguarda)
- ▶ 4 Funzioni (ASST Lariana, Fondazione IRCCS San Matteo, ASST Niguarda, ASST Vimercate)
- ▶ 1 posizione organizzativa (Istituto Nazionale Tumori)
- ▶ 9 Unità Operative Semplici (UOS)
- ▶ 12 Unità Operative Complesse (UOC)

Si tratta, dunque, di un quadro variegato che richiede alcune specificazioni sul significato di alcune forme organizzative. Se l'«Unità Operativa» (Semplice o Complessa) e il «Gruppo di Lavoro» rappresentano gli estremi di due fattispecie organizzative ben definite, forme quali le Funzioni, gli Uffici, le aree Funzionali e i Programmi producono dei confini più sfumati e suscettibili di interpretazioni differenti. Rispetto alle realtà individuate, le «Funzioni» e «Posizioni Organizzative» sembrano, ad esempio, presentarsi come una sottocategoria delle Unità Operative Semplici e hanno una loro collocazione nell'organigramma direttamente in staff alla direzione. Più «ibrida», da un punto di vista di inquadramento organizzativo, invece, la forma di «Ufficio». Per una definizione di Ufficio si può riprendere quanto scrive l'ASL di Biella nel suo atto aziendale

(2015): «Uffici/Servizi costituiscono articolazioni organizzative a cui è attribuita la responsabilità di attività che non richiedono una combinazione di mezzi, di persone o contenuti gestionali tali da giustificare l'istituzione di una struttura organizzativa». Non sembra comunque esserci un'interpretazione univoca di «Ufficio»: l'AOU Meyer probabilmente si discosta dalla visione precedente dato che, per definizione, l'«Ufficio Bed Management» ha una responsabilità diretta sulla risorsa «posto letto». La fattispecie «Area funzionale» trova una sua collocazione nell'AOU di Pisa, dove l'UO ISAP (Innovazione, Sviluppo, e Analisi dei Processi) coordina una rete di strutture organizzative (Responsabili Amministrativi, HTA, Dipartimento Professioni Infermieristiche, Controllo di Gestione, Direzione Medica di Presidio) nel portare avanti percorsi di reingegnerizzazione dei processi nelle diverse aree di attività. Peculiare, infine, il caso del «Programma» (Policlinico Sant'Orsola Malpighi); sebbene non vi sia una esplicita definizione sui documenti analizzati, il programma può essere inteso come un gruppo di lavoro permanente che, nonostante non figuri nell'organigramma aziendale, risponde direttamente dei risultati dei processi di afferenza.

A prescindere dalla forma adottata, le configurazioni sono tipicamente afferenti al Direttore Generale (15 casi) e al Direttore Sanitario (9 casi), a conferma del ruolo di ponte tra strategia, gestione delle piattaforme produttive e governo clinico. All'AUSL di Modena, la UOC dipende gerarchicamente dalla Direzione strategica intesa in senso unitario. In altri casi, questo ruolo viene affidato assegnando la funzione di OM alle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero (AOU San Luigi Gonzaga, ASL Napoli 1 Centro e AUSL Reggio Emilia) o alla Direzione Socio Sanitaria (ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Niguarda). Vi è poi un caso particolare in cui la funzione fa riferimento ad una UOC afferente alla Direzione Amministrativa (ASST Niguarda).

Infine, la denominazione è spesso indicativa dei perimetri dell'attività. Ci sono figure o forme organizzative di Bed Management o Operating Room Management, ad esempio, laddove il focus è sull'*asset management* (programmazione e gestione delle piattaforme produttive). All'AOU San Luigi Gonzaga questa fattispecie prende la forma di «gruppi di lavoro» di Bed Management, Operating Room management, Day Care Management. Anche il Meyer, come anticipato, individua una funzione di Bed Management che si configura in organigramma come «Ufficio Bed Management e Flussi di pazienti». Sempre in tema di gestione delle piattaforme produttive, l'ASST Santi Paolo e Carlo, individua nell'Unità Semplice Dipartimentale «Gestione Operativa Sale Operatorie» la struttura organizzativa adibita a: «identificare esplicitamente, d'intesa con le Unità cliniche, le priorità da seguire nella programmazione dell'attività dei blocchi operatori, individuare e introdurre metodi di ottimizzazione dei tempi di inizio e di preparazione delle sale, promuovere strumenti di *prenotazione responsabilizzata* dei tempi di sala, condividere e applicare le più appropriate modalità di gestione delle /emergenze» (POAS ASST Santi Paolo e Carlo 2016-

2018). Vi è, invece, il caso dell'AUSL di Modena, dove l'Unità Organizzativa «Gestione Operativa e Logistica Integrata dei Percorsi» è focalizzata non solo sugli asset, ma su tutti i processi di *patient flow logistics*.

La restante parte delle strutture organizzative analizzate tende, in ogni caso, a coprire sia la logistica dei pazienti che l'*asset management* e in dodici casi a includere esplicitamente anche il *supply chain management*. L'ampliamento del portafoglio di attività si riflette sull'adozione di una denominazione omnicomprensiva, come quella di «Gestione Operativa», adottata da 17 aziende (per lo più lombarde ma anche una toscana – l'AOU di Pisa). In questa direzione anche l'Ufficio «Operations Management» della ASL di Biella. Un caso particolare è poi quello del Sant'Orsola Malpighi in cui l'articolazione organizzativa prescelta per la gestione dei macro-processi è il «programma» che prende il nome di «logistica sanitaria». Il programma include quattro sotto-programmi trasversali orientati al governo della logistica del paziente («Percorsi Ambulatoriali Integrati», «Percorso Chirurgico», «Percorso Internistico», «Percorso Alta Specialità e trapianti d'Organo»). In sintesi, alle funzioni di gestione operativa sono assegnate prevalentemente attività di asset management (100% dei casi) e di gestione logistica del paziente (90%). Solo nel 37% dei casi si registra l'allocatione del supply chain management, spesso appannaggio di altre funzioni (ad es. Ufficio Economato o Ufficio Tecnico/Provveditorato).

I confini delineabili attraverso le denominazioni si possono estendere ulteriormente. Si registra l'UOC «Gestione Operativa, Marketing e Libera Professione» alla Fondazione IRCCS Ca' Granda – Ospedale Maggiore e l'UOC «Gestione Operativa e Sistemi Informativi» all'ASST Melegnano e Martesana, oltre all'Ufficio «Gestione Operativa Processi» afferente alla UOC «Accoglienza, Marketing e Area Privata» dell'ASST Niguarda. La gestione operativa viene dunque esplicitamente accostata al marketing, alla libera professione e ai sistemi informativi. L'accorpamento con il marketing meriterebbe una riflessione più approfondita, che esula da questo lavoro. Qui si sottolinea unicamente come il mondo delle *operations* e il mondo del *marketing* trovano, in generale, due ragioni di coesistenza. Quando al marketing è associata una funzione di accoglienza e di primo contatto con il «mercato», questa diventa la sotto-funzione delle *operations* e presidia la fase (iniziale) di prenotazione e di accesso al setting assistenziale. Quando al marketing è affidata, nella sua versione più sofisticata, anche l'attività di *marketing analysis*, la funzione si affianca all'*operations management* in quanto identifica i cluster di pazienti sulla base dei quali si possono poi costruire i percorsi e i processi. In questo senso, l'utenza che accede tramite la libera professione può essere considerata un cluster con un canale dedicato; il fatto poi di essere inclusa nell'UO di GO è un segnale di ricerca di integrazione e coordinamento tra il canale istituzionale e il canale a pagamento. Secondo questo approccio, l'UOC «Gestione Operativa, Marketing e Libera Professione» della Fondazione IRCCS Ca' Granda – Ospedale Maggiore

re, comprende «le attività di accoglienza e accettazione amministrativa (CUP/casse, Uffici agende, nascite, ricoveri, stranieri) Libera professione, Marketing e Segreterie amministrative di reparto».

Di più immediata comprensione è la scelta di includere insieme alla funzione di GO anche quella relativa ai sistemi informativi (UOC «Gestione Operativa e Sistemi Informativi» all'ASST Melegnano e Martesana): così facendo l'attività di acquisizione dei dati viene direttamente collegata all'attività di analisi e di presidio dei processi con l'intento di armonizzare i due ambiti.

Un approfondimento sulle UO semplici afferenti a UO complesse consente poi di cogliere i vari accostamenti anche quando questi non sono esplicitati nella denominazione. L'UOC «Gestione Operativa» dell'ASST di Lecco, ad esempio, è in staff al Direttore Generale e include:

- a. l'UOS «Accoglienza» che gestisce l'accesso delle attività specialistiche ambulatoriali e relativi flussi informativi di tutta la ASST. Si articola in quattro settori: il Settore Front Office dei Presidi Ospedalieri e Territoriali che gestisce l'amministrazione dei punti di accettazione e accoglienza dell'utenza; il Settore Ricoveri che gestisce l'attività amministrativa relativa ai ricoveri, pre-ricoveri e relativi flussi informativi; il Settore Recupero Crediti; il Settore Libera Professione che cura l'attività amministrativa di accettazione relativamente all'area di pagamento e solvenza, ivi compresa gestione delle proposte di convenzioni relative all'attività di Libera Professione intramuraria allargata.
- b. L'UOS «Servizi Informativi Sanitari» che si occupa dell'alimentazione del *data warehouse* aziendale e della gestione del debito informativo dell'Azienda verso gli enti istituzionali, con particolare riferimento ai flussi direttamente connessi allo svolgimento di attività sanitarie e dei relativi costi. Contribuisce, attraverso la collaborazione con la Struttura Programmazione e Controllo di Gestione e con la Struttura Qualità e Gestione del Rischio Clinico alla definizione degli indicatori relativi all'attività sanitaria e dei criteri di alimentazione dei sistemi di monitoraggio aziendale.

Da notare, nel caso dell'ASST di Lecco, lo stretto legame con la funzione di Controllo di Gestione che evidenzia e formalizza la necessità di integrazione tra governo dei processi e governo dei costi, spesso considerati come ambiti distaccati ma in realtà strettamente legati tra loro dalla misurazione di aspetti diversi dalle stesse «attività» produttive. Si pensi, ad esempio, alle logiche e strumenti di *activity based costing* e di *time activity based costing*. Questo approccio è stato sviluppato anche nella ASST di Monza, dove emerge in modo ancora più marcato il legame tra Controllo di Gestione e GO poiché, con il nuovo POAS, l'UO di Controllo di Gestione va a dipendere gerarchicamente dalla nuova Unità Operativa Complessa «Gestione Operativa». Tale UOC include anche la UOS

Tabella 18.1 **Tavola Sinottica: Risultati Censimento Aziende con Strutture Organizzative Dedicare alla Gestione Operativa (come da sito, organigramma e atto aziendale)**

Regione	Azienda	Denominazione Funzione di Gestione Operativa	Unità o meccanismi organizzativi	Afferenza	Ambito di attività			Tipo di responsabilità	
					Logistica pazienti	Asset Management (aree produttive)	Supply Chain (logistica beni)	Diretta/Program-mazione	Consulenza interna/supporto/project management
Piemonte	AOU San Luigi Gonzaga	3 Gruppi di Lavoro: Bed Management, Operating Room Management, Day Care Management	Gruppi di Lavoro	DS e DMPO	X	X			X
Emilia Romagna	Policlinico S. Orsola Malpighi	Logistica Sanitaria	Programma	DS	X	X	X	X	X
Toscana	AOU Pisa	Gestione Operativa	Area funzionale	DS	X	X	X*		X
Toscana	Meyer	Bed Management e flussi pazienti	Ufficio	DS	X	X		X	
Piemonte	ASL Biella	Operations management	Ufficio	DG	X	X			X
Lombardia	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (a)	Gestione Operativa Processi	Ufficio	UOC Accoglienza Marketing e Area Privata (DA)	X	X		X	
Lombardia	Fondazione IRCCS San Matteo	Gestione Operativa	Funzione	DG	X	X		X	X
Lombardia	ASST Lariana	Gestione Operativa	Funzione	DG	X	X		X	X
Lombardia	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (b)	Gestione Operativa Sociosanitaria	Funzione	DSS	X	X			X
Lombardia	ASST Vimercate	Gestione Operativa	Funzione	DG	X	X		X	
Lombardia	Istituto Nazionale Tumori	Gestione Operativa	Posizione Organizzativa	DS	X	X		X	X
Campania	ASL Napoli 1 Centro	Monitoraggio processi organizzativi e bed management	UOS	DMPO	X	X		X	
Lombardia	ASST Valtellina e Alto Lario	Gestione Operativa e Flussi	UOS	DS	X	X		X	X
Lombardia	ASST Ovest Milanese	Gestione Operativa	UOS	DG	X	X	X	X	X
Lombardia	ASST Pavia	Gestione Operativa	UOS	UOC Raccordo Funzionale Sanitario (DS)	X	X		X	X

Tabella 18.1 (segue)

Regione	Azienda	Denominazione Funzione di Gestione Operativa	Unità o meccanismi organizzativi	Afferenza	Ambito di attività			Tipo di responsabilità	
					Logistica pazienti	Asset Management (aree produttive)	Supply Chain (logistica beni)	Diretta/ Program- mazione	Consulenza interna/supporto/ project management
Lombardia	ASST Cremona	Gestione Operativa	UOS	DG	X	X		X	
Lombardia	ASST Spedali Civili di Brescia	Gestione Operativa	UOS	DS	X	X		X	
Lombardia	ASST Melegnano e Martesana	Gestione Operativa e Sistemi Informativi	UOS	DG	X	X		X	X
Toscana	AOU Siena	UOSA Lean	UOS Autonoma	DG	X	X			X
Lombardia	ASST Santi Carlo e Paolo (a)	Gestione Operativa Sale Operatorie	UOS Dipartimentale	DS	X			X	
Emilia Romagna	AUSL Reggio Emilia	Operations management	UOC	DMPO	X	X		X	X
Emilia Romagna	AUSL Modena	Gestione Operativa e Logistica Integrata dei Percorsi	UOC	Direzione strategica	X	X		X	X
Lombardia	ASST Garda	Gestione Operativa	UOC	DG	X	X		X	X
Lombardia	ASST PapaGiovanniXVIII	Gestione Operativa	UOC	DS	X	X		X	X
Lombardia	ASST Lecco	Gestione Operativa	UOC	DG	X	X		X	X
Lombardia	ASST Valle Olona	Gestione Operativa	UOC	DG	X	X		X	X
Lombardia	ASST Fatebenefratelli Sacco	Gestione Operativa	UOC	DS	X	X		X	X
Lombardia	ASST Mantova	Gestione Operativa	UOC	DG	X	X		X	X
Lombardia	ASST Monza	Gestione Operativa	UOC	DG	X	X		X	X
Lombardia	ASST Bergamo Ovest	Gestione Operativa	UOC	DG	X	X		X	X
Lombardia	ASST Santi Carlo e Paolo (b)	Gestione Operativa Area Territoriale	UOC	DSS	X	X		X	X
Lombardia	Fondazione IRCCS Ca Granda - Ospedale Maggiore	Gestione Operativa, Marketing e Libera Professione	UOC	DG	X	X			X

* Solitamente il processo di sterilizzazione.

Legenda: DG (Direttore Generale), DS (Direttore Amministrativo), DSS (Direttore Socio-Sanitario), DMPO (Direzione Medica di Presidio Ospedaliero)

Sistemi Informativi Aziendali, la funzione Programmazione Ambulatori/CUP, la Programmazione Sale Operatorie e Posti Letto.

Da quanto rilevato, risulta pertanto evidente che la funzione Gestione Operativa, laddove è e sarà introdotta, è la principale candidata a diventare il perno sul quale trovare un raccordo tra rilevazione delle informazioni, governo delle attività e governo dei costi.

Oltre ai confini relativi agli ambiti aziendali su cui queste strutture vanno ad operare, un ultimo aspetto che è stato possibile rilevare, con le limitazioni del caso, è quello relativo ai compiti e al tipo di responsabilità affidato. Dai funzionigrammi e atti aziendali analizzati si registrano, nel complesso, due categorie di compiti e responsabilità. Una di «responsabilità diretta» sulla rilevazione strutturale delle informazioni, sulla programmazione e gestione dei processi e unità produttive. L'altra di «consulenza interna», orientata al monitoraggio delle operazioni, al coordinamento e al supporto di altre figure predisposte al governo i processi (Direzione Strategica, SITRA, Coordinatori di Sale Operatorie ecc). Questo secondo paradigma è particolarmente chiaro nell'AOU di Siena, dove la «UOSA Lean» incide sui processi supportando e coordinando le varie aree decisionali attraverso misurazioni ad hoc, analisi sistematiche, proposte di miglioramento e attività di formazione. Nell'AOU San Luigi Gonzaga il ruolo dei gruppi di lavoro di Bed Management, Operating Room Management e Day Care Management è sostanzialmente quello di lavorare su delle specifiche progettuali. Nel resto dei casi, il confine tra responsabilità diretta e consulenza interna è sfumato, ma si può concludere che la maggior parte delle strutture analizzate le comprende entrambe. Nell'ambito delle responsabilità dirette, prevale comunque un ruolo di programmazione e pianificazione piuttosto che di gestione «sul campo» dei processi e piattaforme produttive. La Gestione Operativa rimane quindi una funzione «strategica» che garantisce il raccordo tra decisioni strategiche e decisioni operative; non è un caso che venga posta in staff alla direzione generale o sanitaria. La responsabilità nella programmazione sancisce poi un passaggio fondamentale nella gestione della pianificazione dell'attività aziendale: non più legata alla negoziazione tra direzione strategica, coordinamento piattaforme produttive e dipartimenti clinici ma allocata, appunto, a un unico organo «tecnico» dedicato che dovrebbe operare secondo strumenti e logiche di ottimizzazione operativa.

18.4 Analisi dei risultati

I risultati mostrano una netta prevalenza di strutture organizzative formalizzate di GO in Regione Lombardia, senz'altro generate dalla volontà delle aziende di rispondere alle richieste delle Linee guida regionali in materia di POAS che evidenziavano la necessità di definire una funzione di GO aziendale. Il cen-

simento ha evidenziato, invece, una scarsa strutturazione nel resto degli SSR, tranne alcuni casi distribuiti nelle Regioni Piemonte, Toscana, Emilia Romagna e Campania.

Riprendendo le teorie organizzative di Di Maggio e Powell (1983), si può affermare che in Regione Lombardia si stia assistendo a un fenomeno di «isomorfismo organizzativo», ossia un processo in cui le organizzazioni facenti parte di una determinata popolazione tendono a diventare simili (prendere la stessa forma organizzativa) tra di loro. In particolare, il tipo di isomorfismo che si può riscontrare nelle ASST lombarde è «coercitivo», in quanto le organizzazioni sono spinte ad adottare delle forme strutturate di GO poiché richiesto da normative regionali e linee guida. Nonostante ciò, di fronte ad una denominazione abbastanza omogenea (nella quasi totalità dei casi si è scelto il «titolo» di GO per tali forme organizzative) si manifestano comunque delle differenze nella strutturazione della funzione, nelle attività svolte e nei collegamenti con altre funzioni aziendali quali marketing, libera professione, sistemi informativi e controllo di gestione (che, in alcuni casi, sono parte integrante delle *mission* delle UO oppure ne sono dipendenti gerarchicamente).

Sarà interessante, in un prossimo futuro, andare a indagare come la funzione di GO – oggi inserita nell'organigramma della maggior parte delle ASST lombarde – potrà svilupparsi e consolidarsi, magari conducendo a percorsi di attuazione differenti dell'OM, nonostante vi sia alla base una tendenza all'adeguamento dettata dall'isomorfismo coercitivo.

Nel caso delle Aziende toscane, la letteratura analizzata nel paragrafo 1.1 (Del Vecchio e Roma 2012) riporta come il percorso di introduzione di logiche e strumenti di gestione per processi abbia avuto origine da alcune esperienze aziendali (in particolare, si ritrovano anche in quest'analisi l'AOU di Pisa e l'AO Meyer di Firenze). Tali esperienze, successivamente, sono state riprese e valorizzate dall'Assessorato al Diritto alla Salute che, intorno al 2012, ha promosso un progetto denominato «Ottimizzazione del flusso del paziente» con l'obiettivo di costruire un *network* regionale per il *benchmarking* e la diffusione di buone pratiche sull'OM (Del Vecchio e Roma, 2012). In questo caso sembra riscontrarsi un percorso di isomorfismo di tipo «normativo», in quanto le organizzazioni tendono ad assomigliarsi le une alle altre poiché condividono valori e prospettive simili almeno per due motivi (Di Maggio e Powell, 1983): a) i manager e i professionisti tendono a passare da un'organizzazione all'altra portando con sé le norme e i valori che avevano costruito o recepito nelle aziende precedenti⁵; b) le organizzazioni acquisiscono valori e visioni affini poiché at-

⁵ In particolare, il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria di Firenze (Azienda che ha cessato di esistere dopo il percorso di riordino istituzionale del SSR toscano del 2015) che aveva introdotto logiche e strumenti di OM proprio nella sua azienda ed era poi stato nominato assessore al Diritto alla Salute influenzando il contesto sanitario regionale sulla necessità di sviluppare e implementare tali innovazioni gestionali.

traverso incontri, pubblicazioni, forum professionali o accademici arrivano a condividere idee simili.

Oggi la situazione in Toscana è diversa dal passato poiché il riordino del SSR ha portato alla costituzione di 3 grandi Aziende Sanitarie territoriali che hanno assorbito le precedenti ASL dove si erano sviluppate alcune importanti esperienze di OM. Non sembra, dalla nostra rilevazione, che tali forme organizzative della funzione di GO abbiano avuto una ulteriore strutturazione a seguito del cambiamento. Da un lato, l'avvicendamento dei manager (per motivi professionali, di turn over ai vertici o, semplicemente, di diminuzione del numero di cariche) potrebbe aver smorzato l'attenzione verso l'introduzione di forme strutturate di OM da parte delle aziende; dall'altro, la Regione Toscana non ha richiesto nei propri documenti di indirizzo organizzativo una strutturazione formale di tale funzione all'interno delle nuove Aziende Sanitarie territoriali, cosa che probabilmente avrebbe condotto verso un percorso di isomorfismo «coercitivo» simile alla Lombardia. Permangono le esperienze, ormai radicate, delle AOU toscane.

Gli altri percorsi di strutturazione della funzione di GO potrebbero, invece, essere stati spinti da volontà endogene ed accelerati da logiche di isomorfismo «mimetico», ossia l'imitazione della struttura e dei processi delle organizzazioni di successo. Tale isomorfismo avviene, in particolare, quando l'ambiente è molto incerto e l'azienda sta cercando di trovare la struttura, la strategia, la cultura e il sistema tecnologico e tecnico che le consentiranno di sopravvivere o, semplicemente, di raggiungere una maggiore efficienza (Di Maggio e Powell, 1983; Jones, 2007).

Il caso dell'AOU Sant'Orsola Malpighi può essere, ad esempio, spiegato dall'adesione a un progetto formativo regionale (progetto di «Modernizzazione» degli ospedali) che mirava alla sensibilizzazione e diffusione di conoscenze teoriche e operative sulla trasformazione degli ospedali verso modelli «per intensità di cura» attraverso un confronto con *benchmark* internazionali e nazionali⁶, coinvolgendo tutte le Aziende Sanitarie della Regione. Tale percorso formativo aveva condotto alla definizione di diversi progetti aziendali sui temi della riorganizzazione delle degenze per intensità di cura e dell'introduzione di logiche di GO, che possono ricondursi alla volontà dell'AOU Sant'Orsola Malpighi di modificare la propria organizzazione verso strutture e processi rappresentati come *best practices* nazionali e internazionali.

Ovviamente, queste prime disquisizioni sul tipo di motivazioni (e di spinte all'isomorfismo) che hanno condotto le aziende a definire una forma struttu-

⁶ Il percorso formativo, tenutosi tra il 2011 e il 2012, aveva come titolo: «Modelli di assistenza ospedaliera per intensità di cura: confronti nazionali e internazionali». Tale corso aveva come temi di riferimento la trasformazione degli ospedali verso logiche di intensità di cura e di assistenza, la gestione operativa, la costruzione di un modello per l'analisi dell'impatto della riorganizzazione nelle aziende.

rata della funzione GO dovranno essere approfondite, in futuro, con un'analisi di casi per verificare quali effettivamente siano state le ragioni su cui poggia il cambiamento dell'assetto organizzativo per ciascuna delle ASP coinvolte.

18.5 Discussione, implicazioni e conclusioni

Il quadro che restituisce l'analisi del grado di formalizzazione della funzione di gestione operativa nelle aziende sanitarie è ancora molto parziale. Tuttavia, alcune riflessioni sono già possibili, così come ulteriori tentativi di analizzare e prevedere i possibili sviluppi di un fenomeno ancora in divenire.

Un primo dato emerge dalla discussione rappresentata nel precedente paragrafo, e cioè la correlazione evidente tra la strutturazione crescente della funzione di gestione operativa e la pressione istituzionale e normativa posta dalla Regione. Toscana prima, Emilia Romagna poi e Lombardia recentemente hanno avviato progettualità di livello Regionale ed inserito nelle norme o linee guida precisi indirizzi in materia. Altre Regioni ci stanno pensando, ma è chiaro che il «mandato» istituzionale assume rilevanza. E forse, non tanto, per quanto si potrebbe intendere interpretando la discussione, per una mancanza di iniziativa o visione strategica delle Direzioni Aziendali. Quanto, più probabilmente, perchè in assenza di tale mandato, gli investimenti necessari ed i riconoscimenti istituzionali legati alla strutturazione di una nuova funzione manageriale sono stati quasi, se non impossibili in molte Regioni. Certamente in tutte quelle in piano di rientro. Più estesamente si potrebbe dire in tutte le Regioni, dove il numero di strutture amministrative/gestionali era ed è tutt'ora soggetto ad un rigido controllo.

Questa riflessione ci porta ad un secondo dato. Il primo riconoscimento della funzione di gestione operativa nelle aziende sanitarie del SSN può essere riconducibile alla sua concezione a metà anni '90 nel nascente ospedale privato Istituto Clinico Humanitas (e prima ancora anche il Sordi-Tersilli, primario di Villa Celeste, aveva il quadro a luci dell'occupazione dei posti letto dietro la sua scrivania). Da allora sono passati oltre 20 anni, durante i quali, molte volte il tema è stato affrontato e discusso, in dibattiti, attività formative, pubblicazioni. Chi scrive ha personalmente avuto l'occasione di discutere della gestione operativa nella sua attività formativa a partire dall'inizio degli anni 2000, nell'ultima decade ha diretto scientificamente per la Bocconi il laboratorio di logistica del paziente, ha pubblicato numerose volte sul tema (Lega et al., 2006; Giusepi et al., 2012; Lega, 2012; Carbone et al., 2013), tra cui i contributi già richiamati in precedenza, e ha avuto l'opportunità di seguire e contribuire a molte delle esperienze pilota, da quelle Toscane ai processi di modernizzazione degli ospedali dell'Emilia Romagna fino alle linee guida sui POAS della Lombardia. In tutte queste esperienze emergeva con assoluta chiarezza che la centralità del

tema era presente nei quadri strategici delle direzioni aziendali, e che vi era consenso sull'importanza di investire in questa direzione. Ancora più interessante del chiedersi cosa abbia spinto «solo» 30 aziende (dato poi «dopato» dai numeri lombardi) a istituire formalmente una struttura dedicata alla gestione operativa, è chiedersi il perchè tutte le altre non lo abbiano fatto. Qui le riflessioni e interpretazioni possono essere diverse:

- ▶ Perchè il blocco prolungato del turn-over, in particolare nell'area amministrativo-gestionale, ha impedito investimenti mirati in quest'area;
- ▶ Perchè di fronte a carenze e difficoltà nella sostituzione del personale medico e sanitario, i sindacati si sono opposti – anche quando possibile – a qualsiasi potenziamento dell'area amministrativa (soprattutto se foriera dell'introduzione di metodi di lavoro per aumentare la produttività e invadenti le sfere dell'autonomia professionale);
- ▶ Perchè la gestione operativa è uno dei diversi «terreni contendibili» tra diverse professionalità presenti in azienda: medici di direzione, infermieri, ingegneri gestionali, economisti/amministrativi ecc. Da cui una difficoltà a regolare il «traffico» su chi dovesse o potesse prendere la direzione della funzione stessa e uno sviluppo delle attività connesse frammentato tra le diverse professionalità e con equilibri connesse;
- ▶ Perchè le recenti riorganizzazioni e crescite dimensionali di molte aziende sanitarie, se da un lato ha creato opportunità per ripensare gli schemi organizzativi, dall'altro ha prodotto attenzioni strategiche e necessità operative su molti fronti «caldi», lasciando poco spazio o comunque sullo sfondo questioni che possono attendere o comunque foriere di ulteriori «sensibilità», come richiamato nei punti precedenti.
- ▶ Perchè le direzioni mediche di presidio ospedaliero hanno sofferto del fenomeno ben conosciuto nella letteratura organizzativa della cosiddetta «*retention of solutions*», altrimenti più prosaicamente riconducibile alla «trappola della competenza», per cui loro gestione operativa (della sala operatoria, del posto letto, degli ambulatori ecc.) già la facevano. E che bisogno c'era quindi di introdurre una formale?

Qualunque sia la spiegazione del ritardo accumulato dalle aziende sanitarie italiane nello sviluppare la funzione della gestione operativa, sia essa una di quelle sopra discusse o un'altra ancora, quello che si percepisce è che comunque, oltre alle 30 aziende che formalmente l'hanno strutturata, diverse altre hanno pezzi di tale funzione «diffusa» tra le professionalità già presenti in azienda. Il bed management in vari modi è gestito sia dalle direzioni mediche di presidio che dalle direzioni assistenziali. Le ronde nel *week-end* per la «caccia» al posto letto sono una modalità artigianale di fare gestione operativa. Il «tetris» con i medici per occupare gli ambulatori ne è un altro esempio.

Una funzione «diffusa» che inevitabilmente nei prossimi anni, se non mesi, vedrà una crescente strutturazione. Perchè ormai, la pressione alla crescente produttività degli «stabilimenti sanitari» (efficienza e velocità dei processi produttivi) si accompagna a una altrettanto se non più forte pressione alla qualità, agli esiti, alla sicurezza. Occorre quindi superare nettamente la concezione autopoietica della produzione di servizi sanitaria lasciata all'autonomia dei professionisti, e trovare il modo di coniugare intelligentemente le esigenze di produttività con quella di produzione di valore (è evidente che le due cose non corrispondono).

E una gestione operativa «moderna» è strumento al servizio di questo obiettivo. Per migliorare non solo l'uso degli «asset» dell'azienda sanitaria, ma anche le modalità e i contenuti dei processi produttivi. E sulla gestione operativa che si possono appoggiare le attese di sviluppo di una *value-based healthcare*, dove l'uso più efficiente di una tecnologia o piattaforma produttiva è programmato dopo aver analizzato l'efficacia e appropriatezza dei processi che generano tale uso. Questo permetterà di ricomporre l'universo frammentato delle competenze, progetti, attività collegati alla qualità, ai PDTA, al *process reengineering*, al lean, al *risk management* ecc. attorno al processo produttivo e alla conseguente «patient experience» (e quindi al marketing e alla comunicazione collegata).

Siamo quindi solo all'inizio di uno sviluppo che ci auguriamo sarà importante. E probabilmente anche strutturato. Ovviamente con soluzioni che almeno in parte dovranno rispettare le contingenze locali, la storia, le competenze diffuse, le capacità e necessità operative.

Sviluppo che assocerà alle competenze di gestione degli asset (posto letto, sala operatoria, ambulatorio, tecnologie) quelle di ottimizzazione dei processi (BPR, PDTA, lean ecc.); che per le aziende sanitarie locali oltrepasserà gli asset dello stabilimento per interessare diverse altre aree «ottimizabili» con una gestione operativa efficace: i trasporti, gli ausili, la logistica delle strutture intermedie, ecc.

Se tutto questo è vero, e chi scrive è convinto che una gestione operativa progettata e implementata nei modi e tempi corretti sia irrinunciabile nella sanità moderna, quindi, quali implicazioni ne possiamo derivare per l'SSN intero, e per la singola azienda sanitaria? Tra i molti argomenti che potrebbero essere qui discussi, quattro sono a parere di chi scrive i più rilevanti o per importanza o per urgenza.

Il primo è quello di inserire la gestione operativa come focus strategico nell'agenda del SSN. Come in passato lo è stato il controllo di gestione (a partire dal 502/92 con le analisi di «rendimenti e costi»), il risk management, la qualità, e recentemente il governo clinico tramite l'attenzione sugli esiti/appropriatezza. Dare quindi alla gestione operativa una «dignità» di sistema, laddove ormai abbiamo evidenze chiare che è necessaria per aumentare le possibilità di

«estrarre» il massimo valore possibile dai processi produttivi sanitari, ed aiutare le aziende sanitarie a fare il salto «*from good to great*» (Lega et al. 2013).

Secondo, occorre mettere rapidamente a sistema, in comunione, le conoscenze e competenze maturate a oggi in tema di gestione operativa. Non ci sono infiniti modi per ottimizzare una sala operatoria o per fare «*bed management*». La gestione operativa non è come il budget un portato della sovrastruttura culturale tramite cui si esprime lo stile di leadership del vertice direzionale, per cui possono esserci modi, tempi e sfumature anche molto diverse nel suo esercizio. È prima di tutto una funzione tecnica, che si fonda su tecniche. Tecniche che possono e devono essere messe a sistema nel SSN o nei diversi SSR. L'attività formativa può essere in questo di grande contributo, ma prima di tutto occorre creare occasioni perchè si consolidino le comunità di pratiche tra chi esercita i ruoli di *operations manager*, e produrre materiali metodologici e di manualistica allo scopo.

Terzo, occorre individuare e facilitare l'acquisizione degli strumenti informatici necessari alla funzione, consentendo alle aziende sanitarie di avere rapidamente accesso ad essi attraverso il sostegno agli investimenti necessari e la definizione/selezione tecnica degli strumenti (loro specifiche e funzionalità) da implementare, di modo da garantire nel tempo confrontabilità, interoperabilità, sviluppi.

Quarto punto, infine, è quello di creare una palestra formativa per i profili degli *operations manager* dedicati alla sanità e introdurre aspetti di gestione operativa nei percorsi di specializzazione dei medici di direzione sanitaria e di quelle specialità maggiormente interessate (anestesisti e chirurghi per le sale operatorie, internisti e geriatri per il posto letto ecc.). Nonchè nei percorsi formativi degli infermieri. Le scuole di formazione, ma Agenas stessa, e le federazioni (FIASO e FederSanità) potrebbero farsi promotori di questo percorso. Un percorso formativo che prepari i futuri *operation manager* con quelle competenze necessarie per coniugare il rigore della tecnica con l'attenzione alle attese dei pazienti e dei professionisti. Perché alla fine, se un'azienda sanitaria è certamente qualcosa di più che la somma dei professionisti che vi lavorano, non sarà mai meglio di quanto essi decidono di farla diventare.

Bibliografia

- Barnabè F., Ruggiero P., Guercini J., Bracci L. (2014), «*Il lean thinking tra efficienza, efficacia e valore nell'azienda pubblica: il caso dell'azienda ospedaliera senese*», *Azienda Pubblica*, 27(4), pp. 347-377.
- Bensa G., Prenestini A., Villa S. (2008). «*La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento*», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'azionalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Milano, EGEA, pp. 327-364.

- Carbone C., Lega F., Marsilio M., Mazzocato P. (2013), «Lean on lean? Indagine sul perché e come il lean management si sta diffondendo nelle aziende sanitarie italiane», in CeRGAS – Bocconi, *Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario italiano. Rapporto OASI 2013*, EGEA, Milano, pp. 394-427.
- Chandler A.D.J. (1993). *Strategia e Struttura*. (Edizione originale: *Strategy and structure*. Cambridge, MA, The MIT Press, 1969). Milano: Franco Angeli Editore.
- Davies C., Walley P. (2000), «Clinical governance and operations management methodologies», *International Journal of Health Care Quality Assurance* 13(1), pp. 21-26.
- Del Vecchio M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 33, pp. 9-28.
- Del Vecchio M., Roma I. (2012), «L'operations management come innovazione gestionale» *Mecosan*, 81, pp. 27-46.
- Di Maggio P.J., Powell W.W. (1983), «The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields», *American Sociological Review*, 48(2), pp. 147-170.
- Giusepi I., Lega F., Villa S. (2012), «Gli assetti organizzativi a supporto della gestione operativa: esperienze a confronto», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea, pp. 439-460.
- Jones G.R. (2007), *Organizzazione. Teoria, progettazione, cambiamento*, Ed. italiana a cura di Giuseppe Soda (Edizione originale: *Organizational Theory, Design and Change*, Pearson, 2003), Milano, Egea.
- Langabeer J.R. (2008), *Health Care Operations Management*, Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.
- Lega F., Spurgeon P., Prenestini, A. (2013), «Is management essential to improving the performance and sustainability of healthcare systems and organizations? A systematic review», *Value in Health*.
- Lega F. (2012), «Oltre i pregiudizi e le mode: natura e sostanza dell'innovazione organizzativa dell'ospedale», *Rapporto Oasi 2012*.
- Lega F., Alesani D., Barbieri M., Villa S. (2006), «Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico-organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota», in Anessi Pessina E., Cantù E. (editors), *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006*, Milano, Egea.
- Villa S. (2012), *L'operations management a supporto del sistema di operazioni aziendali*, Padova, CEDAM.

19 Il contrasto alla corruzione nelle aziende sanitarie pubbliche italiane: inquadramento, attori e impatti percepiti

di Fabio Amatucci e Alberto Ricci¹

19.1 Oggetto e obiettivi di ricerca

Il presente capitolo approfondisce i temi della corruzione nell'ambito del SSN e delle relative politiche di contrasto, anche sul piano gestionale. Gli obiettivi dello studio sono due. La ricerca muove dalla consapevolezza che il nostro Paese necessita di una azione incisiva, finalizzata ad accrescere i livelli di trasparenza e legalità del settore sanitario, che sarà tanto più efficace quanto più chiara sarà l'analisi della complessità e la molteplicità dei relativi risvolti.

Il primo consiste nell'inquadrare il fenomeno corruttivo (§ 19.2), raccogliendo le definizioni proposte dalla letteratura scientifica internazionale e nazionale e sintetizzando la normativa di riferimento sì da mettere in luce la rilevanza del fenomeno corruttivo nell'attuale dibattito del SSN.

Il secondo obiettivo di ricerca è raccogliere evidenze a oggi inedite e fornire spunti di riflessione sull'implementazione della normativa anticorruzione e sui relativi effetti a livello micro-organizzativo (§ 19.4). La raccolta dei dati è stata condotta attraverso un questionario (dettagliato al § 19.3) compilato dai Responsabili per la Prevenzione della Corruzione (RPC) di 83 aziende sanitarie pubbliche italiane. In particolare, la *survey* si è focalizzata sul profilo professionale, sul ruolo organizzativo e sulle attività svolte dai RPC e ha raccolto le loro percezioni ed esperienze sugli impatti organizzativi e gestionali delle attività anticorruzione, inclusi i principali fattori che hanno facilitato, oppure ostacolato, la loro effettiva operatività. I suggerimenti di miglioramento degli stessi RPC e l'interpretazione dei dati globalmente raccolti hanno permesso di sotto-

¹ Benché il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i paragrafi 19.1, 19.3 e 19.4 sono da attribuire ad Alberto Ricci, i paragrafi 19.2 e 19.5 a Fabio Amatucci. Si ringrazia Federica Ambrosio per il supporto nella raccolta dei dati e nell'elaborazione dei risultati. Oltre a tutti i responsabili anticorruzione che hanno risposto alla rilevazione, gli autori desiderano ringraziare particolarmente i referenti aziendali che hanno fornito un prezioso aiuto nella validazione del questionario.

lineare gli aspetti più critici e le prospettive future delle attività anticorruzione nel SSN (§ 19.5). Le sezioni di inquadramento teorico e di presentazione dei dati empirici, pur essendo fra loro complementari, possono essere approfondite anche separatamente dal lettore interessato solo a specifici aspetti.

19.2 Inquadramento del fenomeno corruzione

La corruzione non è un tema nuovo nel nostro Paese. Solo di recente, tuttavia, la percezione sempre crescente del fenomeno (anche legata a frequenti vicende di grande portata economica e/o mediatica), associata alla crisi della finanza pubblica, ha profondamente modificato l'attitudine generale verso la corruzione e ha generato una progressiva intolleranza dell'opinione pubblica, delle istituzioni internazionali e della classe dirigente verso pratiche corrotte.

Tuttavia, nella complessità dei sistemi di funzionamento delle amministrazioni pubbliche e, in particolare, delle aziende del sistema sanitario, risulta difficile isolare il fenomeno della corruzione da quelli dell'inadeguata gestione organizzativa e degli sprechi, che si traducono in sottrazione di risorse alle attività istituzionali. Infatti, il concetto di corruzione investe non solo pratiche penalmente rilevanti, legate a fenomeni di reato, ma anche una gestione superficiale e approssimativa degli aspetti economico-aziendali, che si concretizza nella *mal-administration* (cattivo utilizzo delle risorse aziendali) e *mal-practice* (cattiva gestione).

Il ruolo della burocrazia e dell'inefficienza gestionale favoriscono quindi fenomeni distorsivi che determinano sia spreco di risorse pubbliche, sia, in misura rilevante, fenomeni di rilievo penale. L'intrecciarsi di questi due fenomeni è particolarmente dannoso per la gestione delle amministrazioni pubbliche: è l'inefficienza a creare ampie zone oscure, nelle quali più facilmente si possono inserire e nascondere i conflitti di interesse, la corruzione e la *mal-administration*.

19.2.1 Definizione di corruzione e analisi della letteratura

La letteratura economica (Rose-Ackerman, 1975; Glaeser e Saks, 2006) definisce la corruzione come i «reati commessi dal pubblico ufficiale per conseguire guadagni personali». Tuttavia, sul piano internazionale, non esiste un accordo unanime sulla definizione di «corruzione», né sulle condotte che effettivamente concretizzano i reati di corruzione. Di certo, la corruzione richiede la presenza di tre elementi (Aidt, 2003):

1. il potere discrezionale nelle mani di qualcuno, ossia il potere di definire le regole e/o il potere di applicarle;

2. la rendita economica associata al potere discrezionale;
3. la disutilità legata all'atto di corruzione, ossia la probabilità di scoperta del fatto corruttivo e dell'applicazione della pena.

Analizzando, tuttavia, la letteratura internazionale sul tema, si registra una evoluzione profonda della definizione di fenomeno corruttivo, secondo almeno due fasi. In una prima fase, risalente agli inizi degli anni '70 del secolo scorso, l'attenzione era posta prevalentemente su fenomeni di natura penale, legati al perseguimento di interessi personali a discapito degli interessi pubblici o generali. Friedrich (1966) poneva forte attenzione al tema dei comportamenti opportunistici dei funzionari pubblici. «Il modello della corruzione esiste ogni volta che un pubblico ufficiale, incaricato di svolgere determinate attività (ossia, chi è un funzionario responsabile o un detentore di carica) è indotto, attraverso ricompense monetarie o di altra natura, a effettuare azioni illegali, che favoriscono chi fornisce i premi e danneggiano il pubblico e gli interessi generali». La medesima attenzione veniva posta anche da altri autorevoli studiosi, tra cui Nye (1967) e Rose Ackerman (1978), i quali ponevano l'attenzione sui vantaggi di natura pecuniaria e personale dei pubblici ufficiali.

L'accezione legata a questo approccio ha generato una formula per il calcolo del livello potenziale di corruzione. Secondo Klitgaard (1988), la corruzione rappresenta la «divergenza tra gli interessi del committente o del pubblico e quelli dell'agente o del funzionario: la corruzione si verifica quando un agente trascura l'interesse del principale per perseguire il proprio²». La corruzione deriva quindi da alcuni elementi: «Corruzione = Monopoli (ossia rendite di posizione, concentrazione di poteri) + Discrezione (che spesso si traduce in conflitti di interesse) – Responsabilità», ossia

$$C = (M + D) - R$$

L'approccio si orienta verso la seconda fase nel corso degli anni 2000, anche come conseguenza di una generale perdita di «capacità di governo e di controllo da parte delle istituzioni pubbliche, con conseguente indebolimento delle strutture e delle competenze amministrative» (Esposito, 2010), che ha provocato un deterioramento dell'immagine e del livello di legittimità dell'intervento delle istituzioni e una significativa perdita di credibilità del sistema, sia nelle attività di regolazione del mercato, sia della redistribuzione della ricchezza nei confronti dei cittadini da parte delle amministrazioni pubbliche (Borgonovi, Fattore, Longo, 2008). Nello stesso periodo, si è affermato uno spirito sempre più critico, da parte della collettività, verso l'intervento e la presenza dello Stato nei pro-

² Il tema rientra anche nel filone della «Principal agent theory», i cui precursori sono stati Jensen, 1983 e Eisenhardt, 1989.

cessi economici (Putman, 1993). Questi cambiamenti si sono talvolta tradotti in comportamenti opportunistici e volti a massimizzare l'interesse dei singoli, a danno dell'integrità economica di istituti e imprese da cui dipende il benessere della collettività (Esposito, 2010).

Anche parte della dottrina aziendale, seppur minoritaria, ha iniziato, sulle orme di quella americana e centro-nord europea, a legare i fenomeni di corruzione a quelli della gestione, superando il concetto di corruzione come comportamento tipico della natura umana, in una dimensione puramente antropologica. Prima l'OECD³, poi altri autori (Borgonovi, Giavazzi, 1994)⁴ hanno posto l'accento sulle distorsioni organizzative e gestionali che hanno come conseguenza un ampliamento naturale di sistemi volti a incentivare comportamenti illegittimi. Altri autori hanno letto la corruzione addirittura come derivante dalla cattiva gestione e dalla complessità dell'amministrazione pubblica. Come conseguenza, alcuni di essi hanno rivisto e riaggiornato le «formule» della corruzione. Innanzitutto, Vannucci (2010) ha aggiunto alla formula di Klitgaard un importante fattore, ossia la mancanza di trasparenza (S), da cui:

$$C = (M + D + S) - R$$

In seguito, il medesimo autore (2013) ha definito il concetto di corruzione sistemica (che va al di là della corruzione individuale e che rappresenta un sistema strutturato che si sovrappone ai ruoli ufficiali nelle organizzazioni pubbliche e private):

$$C_t = f(R; D; I; -A; -CM; C_{t-1}, t-2, \dots)$$

ossia, la corruzione al tempo t dipende dalle macrovariabili:

- ▶ R (rendite create e allocate dallo Stato);
- ▶ D (discrezionalità delle decisioni);
- ▶ I (informazioni riservate);
- ▶ (-) A (accountability/rendicontabilità = efficacia ed effetto deterrente dei controlli penali, disciplinari, contabili, sociali, politici, etc.);
- ▶ (-) CM (costi morali, preferenze etiche);
- ▶ $C_{t-1}, t-2, \dots$ (eredità della corruzione passata).

³ «In relazione all'etica del settore pubblico, la corruzione è un problema di gestione. La corruzione non è quindi una causa, ma un sintomo di rottura» (OECD, 2000).

⁴ Nell'attuale sistema della pubblica amministrazione italiana, (...) la gestione della «macchina amministrativa» è tutt'altro che ispirata a principi di equità, socialità ed etica (Borgonovi E., Giavazzi F.); si sono create nel tempo alterazioni e distorsioni a causa di uno squilibrato rapporto tra il riconoscimento di maggiore autonomia e potere alle autorità locali, e l'attribuzione delle conseguenti responsabilità nella gestione delle risorse pubbliche. Il perseverare di questi squilibri ha prodotto negli ultimi anni distonie e lacerazioni profonde, al punto di corrodere alle «radici» i processi di pianificazione e amministrazione.

L'innovatività della formula di Vannucci sta proprio nell'aver inserito, accanto a variabili economiche ($C = R + D + I - A$), sia variabili culturali ($C = (-CM)$), che «istituzionali» ($C_t = f(C_{t-1}, t-2, \dots)$). Secondo Vannucci, buona parte della corruzione dipende dal livello di credibilità delle strutture pubbliche in cui si opera; infatti, più forti, «durature e istituzionalizzate sono le strutture di regolazione che garantiscono l'adempimento degli accordi corrotti e il rispetto delle norme da essi sottese, più bassi sono i costi morali della corruzione» (Vannucci, 2010). In generale, due meccanismi tendono a indebolire le barriere contro la corruzione abbassandone i «costi morali», intesi come il disagio psichico provato dal singolo individuo a seguito della violazione della legge:

- a. un generale indebolimento di «senso dello Stato», virtù civiche e spirito pubblico nella società, e la loro sostituzione con valori alternativi più omogenei con le norme prevalenti di condotta che incoraggiano o giustificano la corruzione;
- b. un processo di selezione avversa, che accelera l'uscita dalle aree cruciali del sistema politico-amministrativo ed economico di individui che hanno maggiori resistenze morali contro la corruzione e che allo stesso tempo attrae i meno onesti.

In considerazione dell'evoluzione del concetto di corruzione e dell'influenza della dottrina prevalentemente nord-americana, anche l'Autorità Nazionale Anticorruzione⁵ – ANAC ha fornito una definizione molto ampia del fenomeno, che comprende non solo lo specifico reato di corruzione e il complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma giunge alla «*mal-administration*, intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari» (ANAC, 2016). In altre parole, si tratta di atti, comportamenti, attività che, seppur non concretizzano specifici reati, contrastano comunque con l'interesse pubblico e pregiudicano la fiducia dei cittadini verso l'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

La corruzione che diventa sistemica conduce al concetto estremo di «cattura dello Stato» (Esposito, 2010). Secondo l'autore, la corruzione è prevalentemente un problema di gestione; essa deriva dai costi nascosti e dalle distorsioni causate dalle alterazioni dell'integrità degli uffici pubblici, provocando sia il prevalere di interessi personali a scapito della comunità pubblica, sia la distorsione del mercato e nel tempo delle regole di concorrenza libera, che ostacolano la crescita economica. In questo modo la corruzione diventa un fallimento sistemico e provoca la c.d. «cattura dello Stato» (Esposito, 2010)⁶.

⁵ Già Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche ex decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

⁶ La cattura dello Stato, particolarmente studiato e analizzato nella letteratura economica internazionale (Broadman, Recanatini, Klitgaard, Helmann, Jones, Kaufmann) è un concetto che si riferisce alle azioni di individui, gruppi di interesse e imprese sia nei settori privati che pub-

19.2.2 Analisi quantitative del fenomeno corruzione

Le diverse accezioni che nel tempo sono state fornite costituiscono un ostacolo alla pur necessaria misurazione dell'effettiva portata del fenomeno, soprattutto nel settore sanitario. Risulta molto complesso, infatti, ottenere una stima dei dati. La quantificazione risulta difficoltosa (Fiorino e Galli, 2013):

- ▶ per il convergente interesse al silenzio, sia del corrotto che del corruttore;
- ▶ per la scarsa visibilità del reato (l'eventuale scambio monetario non è facilmente rintracciabile);
- ▶ perché il fenomeno «corruzione» comprende differenti aspetti, di difficile quantificazione (Corte dei Conti, 2014)⁷;
- ▶ per la difficoltà propria che esiste in sanità di distinguere in maniera netta tra inefficienza, inappropriatazza, frodi e corruzione.

Una stima puntuale del fenomeno esula dalle finalità di questo scritto e si rimanda pertanto alle numerose analisi compiute da diversi istituti⁸ (si veda la tabella riassuntiva 19.1). Tuttavia, tra le numerose analisi relative alla corruzione in senso stretto, le stime da parte delle istituzioni più accreditate (World Bank, 2014; Corte dei Conti, 2011) tendono a collocare il costo della corruzione in sanità, a livello italiano, intorno al 4-5% della spesa.

Tali dati sono in linea anche con altri studi, secondo cui il tasso medio di corruzione e frode in sanità è del 5,59%, con un intervallo che varia tra il 3,29 e il 10% (Leys e Button, 2013). Occorre tuttavia sottolineare la necessità di separare la corruzione percepita dall'effettivo aspetto patologico. Le analisi e le valutazioni effettuate da una fonte autorevole come Transparency International si basano, infatti, sull'Indice di percezione della corruzione (CPI), che misura la corruzione del settore pubblico e politico di 176 paesi del mondo, ma che si basa sull'aspetto percepito del fenomeno, ben diverso dal valore effettivo (Transparency International, 2017).

blici per influenzare la formazione di leggi, regolamenti, decreti ed altre politiche di governo a loro vantaggio attraverso la fornitura illecita e non trasparente di benefici privati a funzionari pubblici.

⁷ La Corte dei Conti ha rilevato che in sanità «si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo» e che «il settore sanitario presenta livelli inaccettabili di inappropriatazza organizzativa e gestionale che vanno ad alimentare le già negative conseguenze causate dai frequenti episodi di corruzione a danno della collettività».

⁸ Tra i tanti studi, si ricordano: Musacchio, 2013; Robotti, 2012; Piacenza e Turati 2013; Forresu, 2014.

Tabella 19.1 **Differenti approcci di stima della corruzione, per fattore produttivo**

Fonte	Fattore produttivo	Peso del fenomeno corruttivo
World Bank (2014)	Settore sanitario	4% – 5%
Corte dei Conti (2011)	Settore sanitario	4% – 5%
Piacenza e Turati (2013)	Settore sanitario	3% (forte variabilità regionale, dallo 0,7% al 25,7%)
Levs e Button (2013)	Settore sanitario	3,29% – 10%
Price Waterhouse Coopers (2013)	Settore sanitario	13%
Price Waterhouse Coopers (2013)	Acquisto impianti alta tecnologia	11% – 14%
Musacchio (2013)	Realizzazione nuove strutture sanitarie	15%
Robotti (2012)	Spese del personale	11%

19.2.3 Il contesto normativo di riferimento

I dati relativi al peso della corruzione nel sistema sanitario, uniti alle pressioni, soprattutto internazionali, e alla consapevolezza di profonde carenze culturali e normative in tema di contrasto alla corruzione, hanno indotto il nostro Paese ad intervenire in maniera sistemica, attraverso l'approvazione di un nuovo quadro normativo, che si articola nella Legge 190/2012 e nei tre decreti attuativi su trasparenza, incompatibilità e inconfiribilità delle cariche, nonché nella redazione dei codici etici di comportamento⁹.

Ulteriori indicazioni sono state fornite dall'Intesa del 24/07/2013 tra Stato e autonomie locali e dai Piani Nazionali anticorruzione (PNA) del 2013 e del 2017, oltre che da ulteriori leggi e regolamenti regionali che hanno disciplinato aspetti di dettaglio. Altre innovazioni recenti hanno avuto ad oggetto la normativa sugli acquisti di beni e servizi e sulla realizzazione di opere pubbliche che, con il nuovo Codice degli Appalti (D.lgs. 50/2016 e s.m.i.), è ormai avviata verso una significativa concentrazione e qualificazione delle stazioni appaltanti (art. 38 D.lgs. 50/2016).

L'assetto normativo che ne è derivato si basa, quindi, su due pilastri fondamentali: l'implementazione della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni e la ricostruzione del clima di fiducia tra cittadini ed amministrazioni. Ciò mediante l'ausilio di una normativa emanata sia sul piano nazionale – Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) – che definisce le linee guida nazionali, sia sul piano locale, a livello delle singole aziende, che devono adottare il Piano Triennale di

⁹ Infatti, alla legge 190/2012, in attuazione della delega ivi contenuta, hanno fatto seguito il D.lgs. 235/2012, Testo Unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, il D.lgs. 33/2013, di riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, nonché il D.lgs. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico.

Prevenzione della Corruzione (PTPC), per mappare le «aree a rischio» e adottare le misure idonee a eliminarle, attraverso il ruolo determinante del Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Infatti, i recenti sviluppi normativi hanno sancito l'introduzione generalizzata di diversi strumenti operativi (cfr. Report «Curiamo la Corruzione» a cura di TI, CENSIS, ISPE e RISSC, 2016):

- ▶ il Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC), con l'analisi dei rischi specifici;
- ▶ il codice di comportamento aziendale, integrativo rispetto al codice dei dipendenti pubblici e il regolamento per le procedure d'acquisto, previsto dal nuovo Codice degli Appalti;
- ▶ la nomina di un dirigente responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza («Responsabile Anticorruzione»);
- ▶ le forme di protezione del dipendente che denuncia fenomeni corruttivi («*whistleblower*»);
- ▶ gli obblighi di trasparenza con riferimento alle procedure di acquisto di beni, servizi ed opere e all'accessibilità/qualità dei servizi (es. tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni);
- ▶ la rotazione dei dirigenti che operano in posizioni a rischio di corruzione;
- ▶ l'inconferibilità e incompatibilità per specifiche posizioni dirigenziali;
- ▶ le iniziative di formazione e di sensibilizzazione del personale.

Con l'approvazione della Legge 190/2012 e con i sopra richiamati strumenti introdotti nel nostro ordinamento il quadro normativo sul tema della trasparenza, della legalità e della corruzione nella Pubblica Amministrazione ha, infatti, iniziato un percorso di ammodernamento e innovazione rilevante, che ha coinvolto appieno anche il sistema di tutela della salute, sanitario e sociale, chiamato a rispondere più concretamente ai principi di trasparenza, correttezza, legalità, etica pubblica. I principali meriti che vanno riconosciuti alla normativa, consistono nell'aver dunque costruito una rete di vigilanza anticorruzione, articolandola dal livello nazionale e centrale fino ai livelli locali e aziendali, nonché di aver messo a sistema, rafforzandole, le strutture già esistenti come l'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Ciò in linea con l'intento del legislatore, volto a orientare il contrasto alla corruzione attraverso un sistema che guardi più alla prevenzione che alla repressione.

19.2.4 Rilevanza nell'attuale dibattito nel SSN. Le determinanti della corruzione e le aree a rischio

Nel settore sanitario, più che in altri settori pubblici, non è possibile isolare il fenomeno della corruzione da quello dell'inadeguata gestione organizzativa e

degli sprechi, che sottraggono risorse significative ai servizi sanitari. Una stima dell'OCSE afferma che la speranza di vita media potrebbe aumentare di due anni se le risorse economiche destinate alla sanità venissero utilizzate in maniera più efficiente e senza sprechi (OCSE, 2014).

Numerose ricerche hanno cercato di isolare i drivers che nel settore sanitario incidono maggiormente sulla corruzione (si veda, tra gli altri, Transparency International, 2006; Vian, 2014; Segato, Del Monte, Bassiolo, 2014): alcuni sono legati a fattori tipici e sistemici del settore sanitario, altri, invece, a debolezze proprie del sistema italiano.

Tra i fattori tipici, numerosi autori concordano sull'asimmetria informativa, che riguarda sia il rapporto tra il paziente e il Servizio Sanitario, sia quello tra il Servizio Sanitario e le aziende produttrici di beni (ad elevata complessità, quali dispositivi medici tecnologicamente avanzati e farmaci) e servizi. Un secondo elemento viene spesso ravvisato nell'incertezza del quadro normativo che disciplina il SSN, fortemente parcellizzato tra norme di diverso rango che spesso sono in contraddizione tra loro e che lasciano ampi spazi a vantaggi di comportamenti opportunistici o opachi. Questo fattore agisce spesso unitamente alla complessità organizzativa del sistema sanitario, in cui le competenze specifiche, in relazione a elementi essenziali, quali la gestione della spesa, l'organizzazione dell'offerta sanitaria, l'organizzazione interna delle aziende sanitarie, la gestione dei servizi sanitari, si sovrappongono e frammentano tra i diversi livelli di governo, creando confusione e disordine istituzionale.

Accanto a questi, insistono fattori di debolezza tipici di molti sistemi sanitari. In primo luogo, una possibilità di indebite ingerenze politiche che travalicano il legittimo potere di indirizzo che spetta agli organi democraticamente eletti (Fraschetti, Saviano, 2012). Il fenomeno, seppur sistemico, presenta livelli di gravità variabili nelle differenti regioni italiane. Non meno significativa è la debolezza dei sistemi di *accountability*: non solo, a livello apicale, le valutazioni non sempre rispondono a criteri oggettivi e trasparenti, ma anche gli organismi di valutazione della performance spesso sono caratterizzati da commistioni tra controllori e controllati. L'accorpamento delle aziende sanitarie in macrostrutture non fa che amplificare il problema; pochi organismi di valutazione delle performance si trovano a dover valutare, in tempi ristretti e con risorse limitate, un numero eccessivo di risultati e di dirigenti. A questo si accompagnano altri due fattori critici, profondamente legati. In primo luogo, l'assenza di trasparenza sostanziale: la quantità di informazioni disponibili al pubblico è troppo elevata, spesso di scarsa qualità e collocata sui siti istituzionali in maniera confusa; ancora, i dati spesso sono obsoleti, imprecisi e parziali e non permettono alcun controllo. In secondo luogo, l'inefficacia dei controlli: la complessità organizzativa e il decentramento di poteri e funzioni rendono più complesso effettuare i controlli e generano una parcellizzazione delle risorse e una moltiplicazione dei centri di potere discrezionale difficili da controllare,

soprattutto con sistemi che agiscono ex post e che presentano strumenti di dubbia efficacia (Segato, Del Monte, Brassiolo, 2014; Trasparency International, 2006).

Questi fattori, profondamente variabili da regione a regione, favoriscono il diffondersi di logiche di corruzione sistemica soprattutto nelle realtà dove bassi livelli di legalità e valori morali non adeguati si accompagnano alla debolezza dei sistemi di management.

Nel settore sanitario, le aree di attività maggiormente a rischio di comportamenti opportunistici e corruttivi rientrano principalmente nei seguenti cinque settori, caratterizzati fisiologicamente da un livello molto elevato di discrezionalità delle scelte pubbliche:

- a. acquisti di beni e servizi;
- b. gestione del personale e nomine;
- c. gestione delle liste di attesa e legami con la libera professione;
- d. accreditamento delle strutture private;
- e. ricerca e innovazione.

Il settore degli appalti pubblici di beni e servizi è uno dei settori più a rischio. Il quadro normativo nazionale ha subito rilevanti modifiche attraverso il decreto legislativo n. 50/2016 e s.m.i. (Codice dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture), che presenta un elevato grado di innovazione, ma soprattutto è orientato a una profonda apertura alla collaborazione e alla partnership con il settore privato.

La normativa richiamata presenta diversi elementi che si possono potenzialmente prestare a comportamenti opportunistici e corruttivi, nelle diverse fasi di gara. Particolarmente a rischio è innanzitutto il ricorso alla procedura negoziata o di urgenza, che, eludendo di fatto le fasi dell'evidenza pubblica, è soggetta a scelte discrezionali o arbitrarie.

Alcuni strumenti innovativi previsti dal codice presentano elevati gradi di interazione e di collaborazione tra amministrazioni pubbliche e imprese private: il dialogo competitivo, la procedura competitiva con negoziazione, il partenariato per l'innovazione, oltre a tutti gli strumenti di partnership pubblico-privato, sia per i servizi che per gli investimenti. Benché un certo grado di interazione tra acquirente e fornitore sia fisiologico, utile e probabilmente imprescindibile quando si tratta di acquisire beni e servizi ad alto tasso di innovazione e tecnologia, in molte di queste operazioni il livello di competenze manageriali e tecniche dei funzionari pubblici non è adeguato rispetto alla complessità dell'operazione. Di conseguenza, si registrano deleghe di fiducia verso gli stessi soggetti che rappresentano le controparti contraenti, evidenziando un'area a profondo rischio di fenomeni corruttivi, oltre che di potenziali inefficienze del processo.

Altro elemento di rischio, non sempre affrontato con attenzione nelle procedure, riguarda la valutazione delle offerte, attraverso il «criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa»¹⁰. Tale criterio, comprensibilmente, è il più adatto in caso di acquisto di beni e servizi fortemente differenziabili, in cui la componente qualitativa è imprescindibile. Tuttavia, il «criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa» può prestarsi a profonda discrezionalità da parte della Commissione di gara, soprattutto quando gli elementi di valutazione¹¹ e i relativi pesi non sono definiti con dettaglio nella documentazione di gara, attraverso l'indicazione puntuale dei sub-criteri e dei sub-pesi, bensì questa indicazione viene lasciata impropriamente alla piena discrezionalità della Commissione giudicatrice.

Infine, anche la fase di esecuzione dei contratti, la cui importanza è spesso trascurata, si presta a elevati margini di discrezionalità, in merito alle forme di verifica, controllo, valutazione delle modalità e qualità di consegna del bene e di erogazione del servizio.

La gestione del personale e le nomine sono tra le aree più a rischio, indicate da ANAC nell'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione (PNA). La selezione del personale è fortemente esposta alle spinte clientelari, sia in termini di selezione di figure non idonee, a scapito di soggetti più preparati, attraverso procedure di selezione di dubbia trasparenza, sia in termini di elevata numerosità di assunzioni, in ottica clientelare (sebbene questo fenomeno sia stato contenuto, negli ultimi anni, da blocchi del turnover e dei concorsi).

L'attività libero professionale è un'area particolarmente critica, sia con riferimento alla gestione delle liste di attesa, sia con riferimento alla trasparenza e ai sistemi di gestione delle prenotazioni, di identificazione dei livelli di priorità ed urgenza delle prestazioni, di interferenze con l'attività istituzionale (ANAC 2015).

Lo stesso dicasi per la fase di autorizzazione allo svolgimento di attività libero professionali intramoenia, particolarmente delicate per il rischio di errata

¹⁰ Quest'ultimo, con la direttiva 2014/24/UE, è diventato il criterio principale di aggiudicazione degli appalti di beni e servizi, tranne rare eccezioni; di fatto il criterio del prezzo più basso può essere utilizzato solo nei seguenti casi: a) per i lavori di importo pari o inferiore a 2.000.000 di euro, tenuto conto che la rispondenza ai requisiti di qualità è garantita dall'obbligo che la procedura di gara avvenga sulla base del progetto esecutivo; b) per i servizi e le forniture con caratteristiche standardizzate o le cui condizioni sono definite dal mercato; c) per i servizi e le forniture di importo inferiore alla soglia di cui all'articolo 35, caratterizzati da elevata ripetitività, fatta eccezione per quelli di notevole contenuto tecnologico o che hanno un carattere innovativo.

¹¹ In particolare, si pensi a: qualità, pregio tecnico, caratteristiche estetiche e funzionali, caratteristiche sociali, ambientali, caratteristiche innovative, l'organizzazione, le qualifiche e l'esperienza del personale effettivamente utilizzato nell'appalto, il servizio successivo alla vendita e assistenza tecnica; le condizioni di consegna quali la data di consegna, il processo di consegna e il termine di consegna o di esecuzione

indicazione ai pazienti delle modalità e dei tempi di accesso, di violazione dei limiti di volumi e attività previsti nell'autorizzazione delle strutture sanitarie, di svolgimento della libera professione in orario di servizio, con commistione e scarsa chiarezza tra le due attività, di discriminazione dei pazienti SSN rispetto a quelli trattati in libera professione, di scarsa trasparenza nelle attività di fatturazione e di prenotazione.

L'accreditamento dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, in particolare di quelli privati, è – come sottolineato sempre dall'ANAC nell'Aggiornamento 2015 al PNA Sezione Sanità – un ambito particolarmente esposto al rischio di comportamenti che, ove non adeguatamente trasparenti e standardizzati nelle relative procedure, possono determinare fenomeni di corruzione e/o di inappropriato utilizzo delle risorse. Si pensi, ad esempio, a: scorretta stima del fabbisogno territoriale; ritardi e/o accelerazioni nel rilascio delle autorizzazioni e nella realizzazione di attività ispettive; mancato rispetto delle previsioni contrattuali, in merito alla tipologia e qualità delle prestazioni; riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate; assenza o inadeguatezza delle attività di controllo; autorizzazione alla realizzazione delle strutture; autorizzazione all'esercizio; accreditamento istituzionale; accordi/contratti di attività.

Infine, non meno trascurabile appare il mondo della ricerca e dell'innovazione, fondamentale per lo sviluppo e la diffusione delle conoscenze e delle modalità assistenziali. Anche il settore della ricerca è caratterizzato da sprechi e inefficienze (Ioannidis et al., 2014), sia nella fase di pianificazione (scelta degli obiettivi, definizione del campo di indagine, definizione della metodologia), sia soprattutto nella conduzione dell'attività (raccolta e analisi dei dati, interpretazione dei risultati) e della rendicontazione contabile (rendicontazione parziale o incompleta). La ricerca e l'innovazione possono essere condizionate da interessi particolari, lontani dai reali interessi della scienza (Angell, 2000).

19.3 Metodologia

Il presente paragrafo presenta la metodologia del questionario elaborato per rispondere al secondo obiettivo dello studio: raccogliere evidenze inedite sull'implementazione della normativa anticorruzione e sui relativi effetti a livello micro-organizzativo. Come accennato al par. 19.2.3, in ogni ente pubblico viene nominato un Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, (RPC), che in base al PNA 2016 dovrebbe essere anche Responsabile per la Trasparenza (RPCT). Il RPC appare dunque come la figura più indicata per raccogliere informazioni sulle risorse dedicate e sulle modalità con cui le attività anticorruzione vengono condotte, e anche sugli impatti percepiti da esse generati. Il questionario è stato scelto in quanto strumento adatto a raccogliere risposte

standardizzate, su temi ed elementi in parte già noti e codificati, in un ampio campione di aziende. Allo stesso tempo, presenta il limite di non consentire l'approfondimento qualitativo di tematiche complesse (Fattore, 2005), limite da considerare soprattutto con riferimento alla rilevazione degli impatti percepiti delle attività anticorruzione.

19.3.1 Tecnica di raccolta dati

La raccolta dei dati è stata condotta attraverso un questionario composto da 27 domande, suddivise in cinque sezioni.

1. Profilo e percorso professionale del compilatore (4 domande; i risultati sono riportati al par. 19.4.1).
2. Ruolo del RPC all'interno dell'organizzazione e risorse assegnate (9 domande, cfr. § 19.4.2).
3. Attività svolte dal RPC (7 domande, cfr. § 19.4.3).
4. Fattori di successo e impatti delle attività anticorruzione (5 domande, cfr. § 19.4.4).
5. Suggerimenti di miglioramento (2 domande, cfr. § 19.4.5).

Il questionario, sottoposto per validazione a tre Responsabili Anticorruzione, è stato inviato attraverso il supporto elettronico Qualtrics © a tutti gli RPC delle Aziende Sanitarie pubbliche italiane. I nominativi e gli indirizzi e-mail dei RPC sono stati reperiti attraverso un'estrazione dalla banca dati ANAC, pubblicamente disponibile presso il sito istituzionale dell'Autorità¹². Il valore della produzione delle aziende, misura scelta come *proxy* della dimensione economica e organizzativa, è stato raccolto attraverso le banche dati *open source* del Ministero della Salute¹³.

19.3.2 Profilo delle aziende rispondenti

Al questionario hanno risposto 82 Responsabili, riconducibili a 83 aziende¹⁴. Tale campione corrisponde al 41% del totale delle aziende sanitarie pubbliche italiane¹⁵. Quarantaquattro aziende del campione, pari al 53% delle risponden-

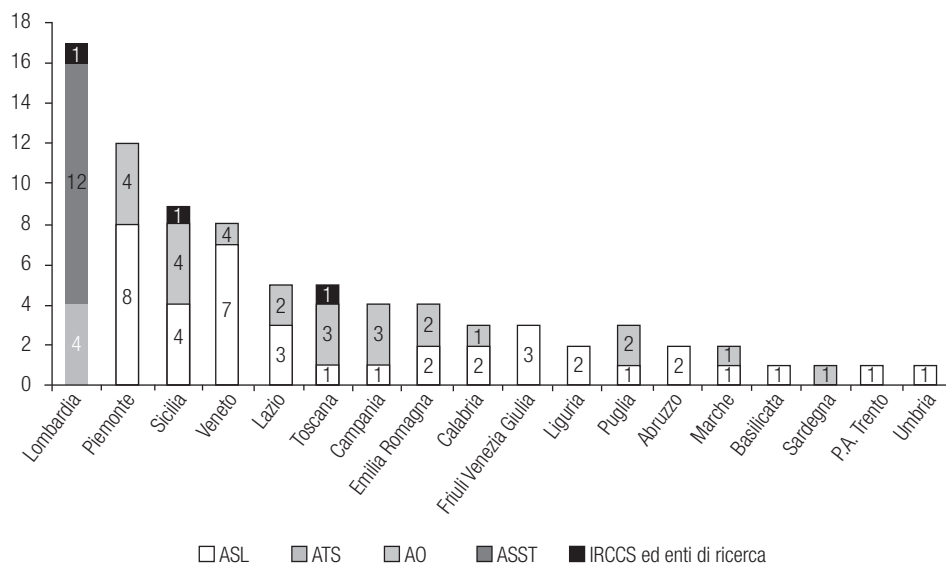
¹² Disponibile on line: <https://dati.anticorruzione.it/rpc.html>.

¹³ Disponibile on line: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1314&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto

¹⁴ In un caso, il RPCT ricopre l'incarico presso due enti: si tratta di una ASL e di una AO che servono lo stesso territorio provinciale.

¹⁵ A maggio 2017, le aziende sanitarie pubbliche italiane risultavano essere 202, includendo ASL, ATS, AO, IRCCS pubblici ed enti di ricerca pubblici. Nell'invio del questionario, e nel conteggio delle ASL, sono state considerate separatamente le ASL di Torino 1 e Torino 2, formalmente già unificate da gennaio 2017 ma in attesa di atto aziendale. Nel totale non sono conteggiati gli IRCCS

Figura 19.1 Numero aziende rispondenti, per regione e tipologia (Totale=83)



Fonte: elaborazioni OASI

ti totali, sono aziende territoriali: nello specifico, 40 ASL e 4 ATS¹⁶. Trentasei rispondenti, pari al 43% del campione, sono aziende con una forte vocazione erogativa ospedaliera: 24 AO¹⁷ e 12 ASST¹⁸ lombarde. Infine, 3 aziende rispondenti (4%) sono IRCCS o enti di ricerca pubblici.

In termini di distribuzione geografica, le aziende rispondenti sono localizzate in 18 regioni (Figura 19.1); spiccano la Lombardia (17 aziende), il Piemonte (12), la Sicilia (9) e il Veneto (8). La maggior parte delle Aziende rispondenti (47; 57%) è localizzata nel Nord Italia, mentre 14 (17%) si trovano nel Centro e

funzionalmente incorporati una ASL o in una AO. Sono invece inclusi gli IRCCS e gli enti di ricerca con forma giuridica privata ma controllati da enti pubblici, dunque sottoposti alla disciplina anticorruzione della L. 190/12.

¹⁶ Agenzie di Tutela della Salute, presenti solo in regione Lombardia. Tali Agenzie, dopo la riforma del SSR lombardo del 2016, hanno assunto le funzioni di committenza e monitoraggio delle precedenti ASL. Per ulteriori approfondimenti sull'evoluzione degli assetti istituzionali degli SSR e delle funzioni delle aziende sanitarie pubbliche, si vedano i capitoli 4 e 9 del presente Rapporto.

¹⁷ Si includono in questa categoria anche le Aziende Ospedaliere integrate con l'università e le Aziende Ospedaliero-Universitarie Integrate con il SSN.

¹⁸ Aziende Socio-Sanitarie Territoriali, presenti solo in regione Lombardia. Tali Agenzie, dopo la riforma del SSR lombardo del 2016, hanno assunto le funzioni di erogazione delle precedenti AO lombardo e delle ASL (già residuali). Per ulteriori approfondimenti sull'evoluzione degli assetti istituzionali degli SSR e delle funzioni delle aziende sanitarie pubbliche, si vedano i capitoli 4 e 9 del presente Rapporto.

Tabella 19.2 **Classificazione dimensionale delle aziende del campione in base a tipologia e a valore della produzione (Totale=83)**

Tipologia di azienda	Dimensione economica						
	Piccola		Media		Grande		Totale
	Soglia dimensionale	Nr. aziende	Soglia dimensionale	Nr. aziende	Soglia dimensionale	Nr. aziende	Nr. aziende
ASL e ATS	<250 mln €	11	250-500 mln €	19	> 500 mln €	14	44
ASST, AO, IRCCS ed ER	<500 mln €	19	500-1000 mln €	15	> 1.000 mln €	5	39

Fonte: elaborazioni OASI

22 (26%) nel Sud o nelle Isole («Mezzogiorno»). La somma della popolazione residente nelle aziende territoriali comprese nella rilevazione è pari a 25,5 milioni di abitanti, corrispondente al 42% del totale nazionale.

In termini di valore della produzione (VdP), emerge una grande variabilità: si passa da un valore minimo di 78 milioni di Euro a un valore massimo di 2.896 milioni, con una media pari a 668 milioni. Nel campione, i valori medi della produzione sono maggiori per le ATS (1.566 milioni) e le ASL (945) che per le ASST (324), le AO (288) e gli enti di ricerca (197). Tale differenza è dovuta alla radicale diversità delle funzioni istituzionali e dei meccanismi di finanziamento. La classificazione delle aziende rispondenti per dimensione economica adottata nel capitolo tiene conto di tali differenze e propone soglie di VdP differenti a seconda della tipologia di azienda (Tabella 19.2). Tali classi di valore della produzione sono utilizzate come misura rappresentativa delle dimensioni e quindi della complessità organizzativa.

Nel seguito dell’esposizione dei risultati, il numero di aziende rispondenti a ciascuna domanda del questionario sarà espresso dalla lettera N¹⁹.

19.4 Analisi dei risultati

19.4.1 Profilo del RPC

I RPC rispondenti si dividono abbastanza equamente per genere, con una lieve prevalenza femminile: 45, pari al 55% del campione (N=82), sono donne. La percentuale di rispondenti di genere femminile è maggiore al Nord (27; 57%), minore al Mezzogiorno (10; 45%).

La classe di età più frequente tra i RPC del campione è quella compresa tra i 50 e i 59 anni, dichiarata da 42 rispondenti (53% con N=79). Diciotto RPC

¹⁹ In termini percentuali, sempre con riferimento alla singola domanda, N rappresenta dunque il 100% delle risposte.

(23%) hanno meno di 50 anni, mentre 19 (24%) hanno tra i 60 e i 69 anni. Tra i rispondenti del Mezzogiorno, si nota una maggiore incidenza della classe dei sessantenni (6; 29%) a scapito degli under 50 (4; 19%). In generale, si tratta di un profilo anagrafico atteso alla luce delle note dinamiche dell'invecchiamento e della femminilizzazione del personale SSN (cfr. Ministero dell'Economia e delle Finanze, Conto annuale 2015).

Con riferimento al percorso formativo, oltre la metà dei rispondenti (42; 54% con N=78) indicano la laurea in Giurisprudenza. La formazione giuridica prevale in tutto il Paese, con percentuali che oscillano tra il 62% del Centro e il 48% al Mezzogiorno. Seguono i laureati in Scienze Politiche (13; 17%), che risultano concentrati nel Nord (10), i laureati in Economia (10; 13%) e in Medicina e Chirurgia (6; 8%). Le altre discipline di laurea raggruppano il restante 9%²⁰. Analizzando il dato con riferimento alla tipologia di Azienda, si registra il dato delle AO, in cui il *background* dei RPC rispondenti è più eterogeneo rispetto alle altre categorie di aziende: i laureati in giurisprudenza si fermano al 43% (10), mentre i laureati in scienze politiche e in economia raggiungono rispettivamente il 22% (5) e il 17% (4) del totale.

Rispetto al percorso professionale, la maggioranza dei responsabili anticorruzione (45; 56% con N=80) dichiara di aver lavorato in almeno un altro ente o un'altra azienda pubblica. Il 25% dei rispondenti (20 con N=80) dichiara invece un percorso professionale esclusivamente interno all'azienda. Il restante 19% ha lavorato in altri settori (libera professione, ricerca, imprese). Tredici rispondenti (16%) segnalano almeno due esperienze lavorative oltre all'attuale. La Figura 19.2 riporta nel dettaglio l'incidenza percentuale dei percorsi professionali dei RPC esternamente all'azienda. Tra i 10 rispondenti (13%) che hanno esperienze in imprese private, 8 lavorano attualmente nelle aziende del Nord; inoltre, nessun RPC ha mai lavorato in aziende sanitarie private.

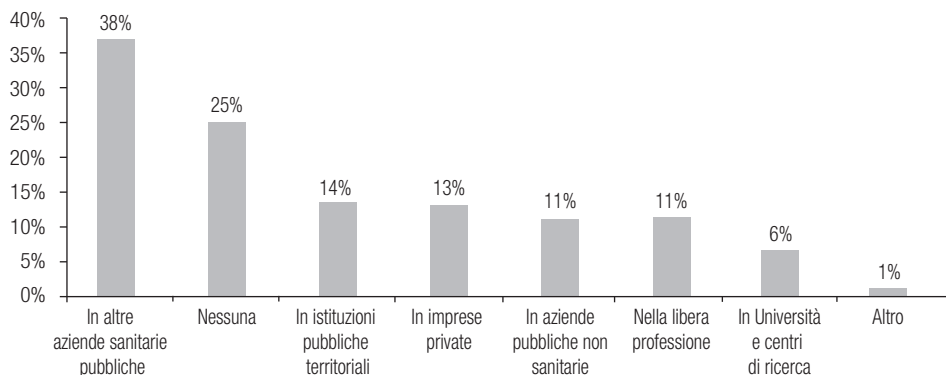
19.4.2 Ruolo e risorse organizzative del RPC

Nelle aziende sanitarie pubbliche, il RPC è nominato dal Direttore Generale (o dal Commissario Straordinario); non può provenire da uffici che collaborino direttamente con gli organi di indirizzo su mandato fiduciario (cfr. PNA 2016).

L'85% dei rispondenti (70, con N=82) dichiara almeno 8 anni di permanenza in azienda; il 59%, però, specifica che ricopre l'incarico di RPC da meno di quattro anni. Dunque, in media, i RPC hanno l'anzianità di servizio necessaria per conoscere bene il contesto aziendale in cui operano, mentre la loro esperienza rispetto allo specifico incarico anticorruzione è temporal-

²⁰ Si tratta di Lettere (2), Scienze Statistiche (2), Architettura (1), Ingegneria (1), Psicologia (1), Scienze dell'informazione (1).

Figura 19.2 **Esperienze professionali dei RPC al di fuori dell'attuale azienda di impiego, % (N=80)**



Fonte: elaborazioni OASI. Nota bene: la domanda ammette la risposta multipla.

mente limitata. L'85% dei RPC (69 con N=81) ricopre anche l'incarico di Responsabile della Trasparenza, come indicato dal Piano Nazionale Anticorruzione 2016.

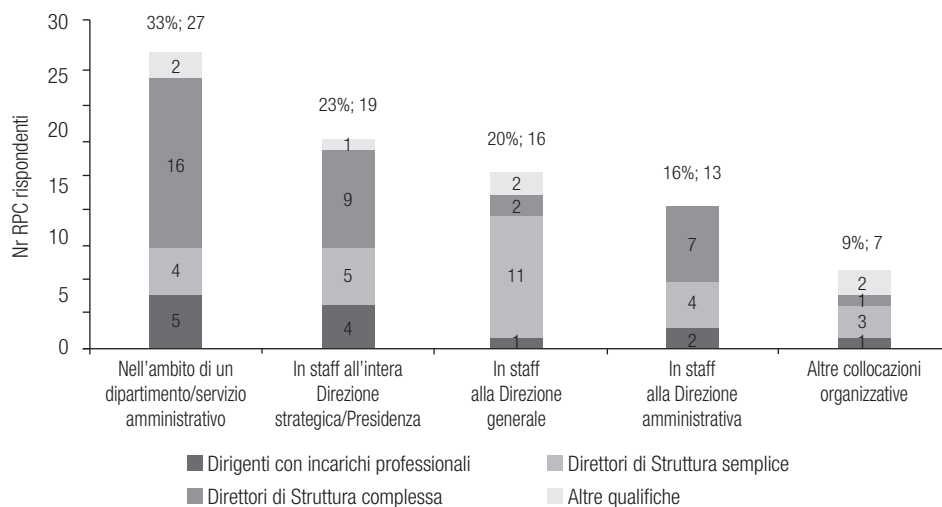
Per quanto riguarda la qualifica, 35 RPC, vale a dire il 43% dei rispondenti (N=82), dichiarano di essere direttori di struttura complessa come raccomandato dal PNA 2016, mentre 27 (33%) sono direttori di struttura semplice²¹. Tredici rispondenti (16%) sono dirigenti con incarichi di natura professionale (amministrativi, avvocati, medici, tecnici). Quattro rispondenti hanno dichiarato di non essere dirigenti, tra cui tre dipendenti con incarichi di posizione organizzativa.

La collocazione organizzativa dei RPC, utile per capire quali sono i riporti gerarchici dei rispondenti, evidenzia una certa eterogeneità (Figura 19.3). Ventisette responsabili (33% con N=82) sono incardinati in un dipartimento o servizio amministrativo, mentre 19 (23%) riportano direttamente all'intero vertice strategico aziendale, 16 (20%) al Direttore Generale, 13 (16%) alla direzione amministrativa e 7 (9%) evidenziano altre collocazioni organizzative. La Figura 19.3 evidenzia inoltre che la maggior parte dei RCP in staff alla Direzione Generale (11 su 16) sono direttori di struttura semplice, mentre con riferimento alle altre collocazioni organizzative prevalgono i Direttori di Struttura Complessa.

Il PNA 2016 conferma che l'incarico di RPC è aggiuntivo rispetto agli incarichi e alle attività ordinari. La Figura 19.4 rappresenta la quota del tempo lavorativo dedicata alle attività anticorruzione insieme alle funzioni aziendali

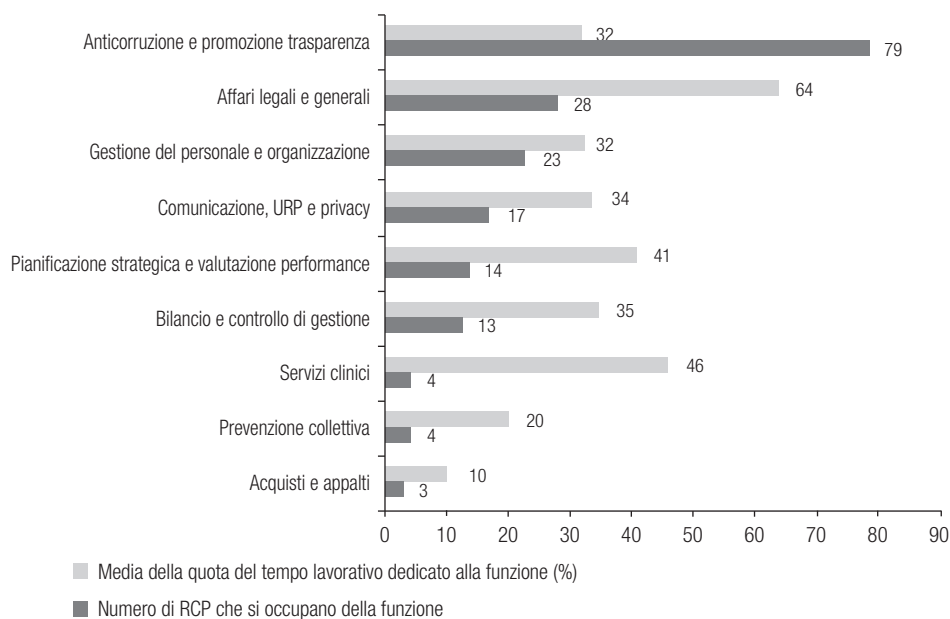
²¹ Secondo il PNA 2016, è ammissibile anche la nomina di un RPC direttore di struttura semplice se quest'ultima è a valenza dipartimentale.

Figura 19.3 **Collocazione organizzativa e qualifica dei RPC (N=82)**



Fonte: elaborazioni OASI. N.B. le percentuali riportano l'incidenza del totale di colonna (collocazione organizzativa) sul totale dei rispondenti (N=82)

Figura 19.4 **Quota del tempo lavorativo dedicata alle attività anticorruzione e funzioni aziendali di pertinenza del RPC (N=79)**



Fonte: elaborazioni OASI

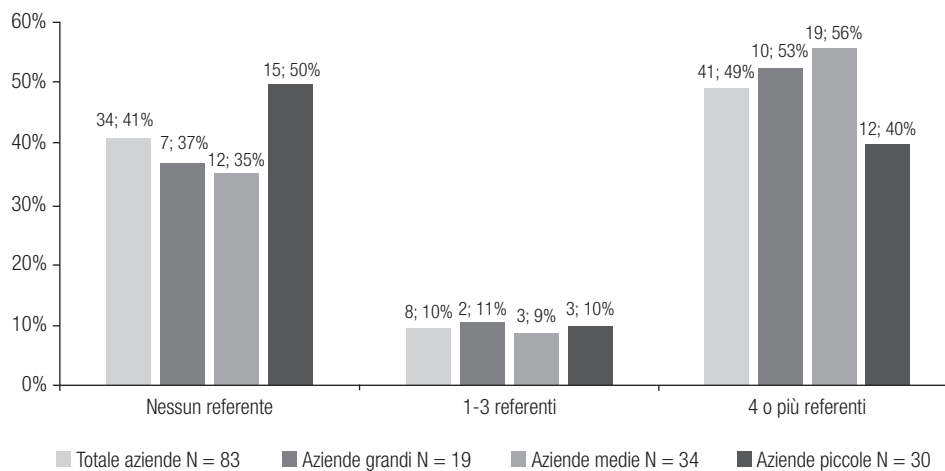
di pertinenza del RPC. I 79 RPC che hanno fornito una risposta valida dedicano in media il 32% del loro tempo alle attività anticorruzione e di promozione della trasparenza, inclusi audit e controlli interni. Solo 5 Responsabili (6% con N=79) dedicano il 100% del loro tempo alle attività anticorruzione, perché lavorano in una struttura organizzativa focalizzata su audit e controlli interni. Diciotto rispondenti (23%) dichiarano di dedicare alle attività anticorruzione almeno il 50% del proprio tempo. Ventotto RPC (35%) si occupano invece di affari legali e generali, dedicandovi in media il 64% del tempo. A seguire, gestione del personale²² e comunicazione/relazioni con il pubblico sono funzioni che vedono impegnati rispettivamente 23 e 17 RPC, per una quota mediamente più ridotta del loro tempo (32% e 34%).

Data la molteplicità e spesso la frammentarietà delle attività dei RPC, che di frequente sono responsabilizzati su una o più funzioni amministrative *core* dell'azienda, è ragionevole attendersi che le attività anticorruzione non possano essere svolte senza un adeguato supporto organizzativo. Il RPC può, innanzitutto, avvalersi di una rete di referenti per il monitoraggio di specifici obiettivi anticorruzione aziendali. La Figura 19.5 indica quanti referenti del RPC sono stati nominati, sia considerando il totale del campione, sia distinguendo le aziende per classe dimensionale (il riferimento è al valore della produzione: cfr. Tabella 19.2). In trentaquattro aziende, pari al 41% del campione, non sono stati nominati dei referenti del RPC; tale percentuale raggiunge il 50% nelle aziende di piccole dimensioni, scende al 35% per le aziende di medie dimensioni per risalire leggermente al 37% nelle aziende più grandi. Otto aziende (10% del totale dei rispondenti) hanno nominato tra uno e tre referenti. Quarantuno (49%) invece, hanno nominato 4 o più referenti. La percentuale di aziende che ha nominato 4 o più RPC è pari al 40% nelle aziende piccole, mentre sale al 56% e al 53% per le aziende di medie e grandi dimensioni. Dunque, solo nella metà delle aziende del campione il RPC può contare su un'ampia rete di referenti, importanti per monitorare aree di attività aziendali o di rischio specifiche; ragionevolmente, tale rete è maggiormente diffusa nelle aziende di medio-grandi dimensioni, senza oltrepassare però il 60% del totale della classe, e con il *caveat* della scarsa significatività statistica data la ridotta numerosità dei tre gruppi dimensionali.

Un'ulteriore raccomandazione del PNA 2016 è la disponibilità di una struttura organizzativa o almeno di uno staff a supporto del RPC. La disponibilità di personale dedicato alle attività anticorruzione è però piuttosto rara: riguarda 31 aziende su 83, corrispondente al 37% del campione. Considerando che gli RPC hanno segnalato in totale 63 unità di personale impegnate in attività anticorruzione, la consistenza dello staff è mediamente pari a 0,76 teste; considerando

²² La nomina a RPC del dirigente responsabile dei procedimenti disciplinari è stata però esclusa dal PNA 2016.

Figura 19.5 **Ripartizione delle aziende del campione per numero di referenti del RPC e dimensione economica (valori assoluti e percentuali)**



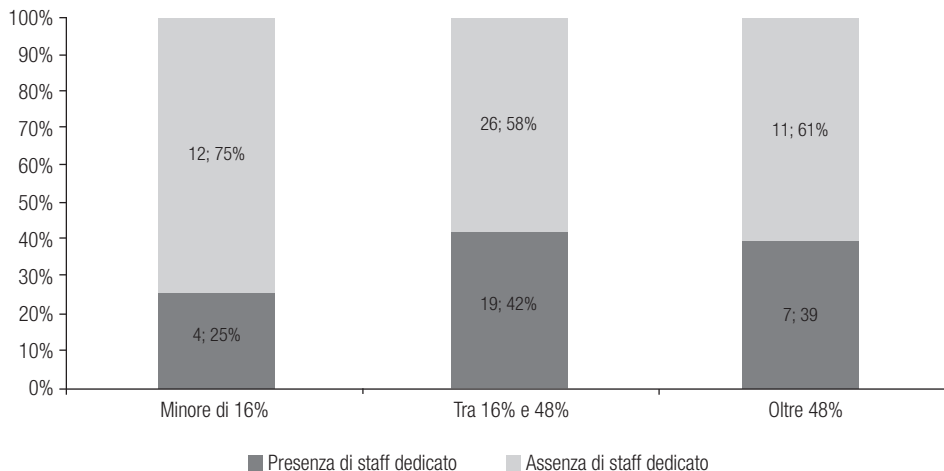
Fonte: elaborazioni OASI.

esclusivamente i RPC che hanno segnalato uno staff, si sale a 1,97 unità. Inoltre, bisogna considerare che quarantasei unità su 63 (73%) sono inquadrare presso servizi o unità organizzative diverse rispetto a quella del RPC. Il numero massimo di componenti dello staff del RCP è di 7 unità; si registrano 6 staff superiori alle due teste. Il profilo professionale degli staff del RPC è prevalentemente giuridico-amministrativo, e dunque coerente con il background del Responsabile anticorruzione. Venticinque componenti dello staff su 63 (40%) sono infatti laureati in giurisprudenza o in materie assimilabili; i non laureati di estrazione amministrativa sono 22 (35%); i laureati nelle materie statistiche, economiche o ingegneristiche sono 12 (19%) mentre il personale di formazione medico-scientifica è residuale (4; 6%). Da notare che il personale laureato raggiunge il 65% del totale, evidenziando un'alta qualificazione del poco personale a supporto del RPC.

È fisiologico che i RPC possano dedicare alle attività anticorruzione solo una limitata quota della loro attività lavorativa se dirigono articolazioni organizzative di particolare rilevanza e contraddistinte da processi aziendali che implicano poche attività in comune con quelle proprie del RPC. Si pensi, ad esempio, alla gestione del personale o ai servizi economico-finanziari. La presenza di uno staff a supporto del RPC potrebbe compensare, almeno ipoteticamente, il poco tempo a disposizione. In realtà, uno staff è presente nel 37% delle aziende in cui il RPC dedica all'anticorruzione meno del 32%²³ del suo tempo e nel 40% delle azien-

²³ Dato medio rilevato nel campione.

Figura 19.6 **Ripartizione delle aziende del campione (valori assoluti e percentuali): presenza di staff a supporto del RPC e quota di attività del RPC dedicata ad anticorruzione e trasparenza (N=79)**



Fonte: elaborazioni OASI.

de in cui invece il RCP dedica all’anticorruzione più di un terzo del suo tempo. Anche adottando altre ripartizioni (Figura 19.6) la presenza di staff non sembra compensare una quota ridotta di attività lavorativa dedicata all’anticorruzione²⁴.

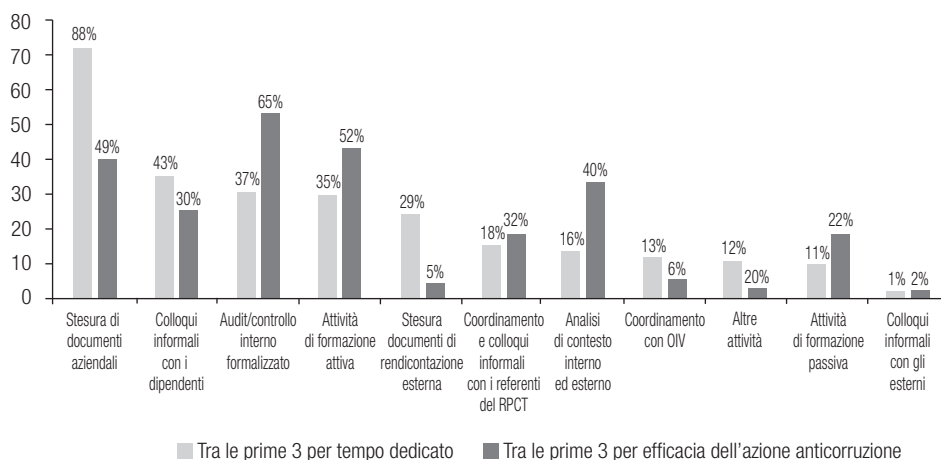
19.4.3 Attività svolte dal RPC

Le principali attività quotidianamente svolte dai RPC sono rappresentate nella Figura 19.7. In particolare, il grafico riporta il numero di RPC che indica ciascuna delle singole attività tra le prime tre in termini, da un lato, di tempo dedicato, e dall’altro, di rilevanza percepita per l’efficacia dell’azione anticorruzione.

L’88% dei RPC (72 con N=82) dichiara che la stesura di documenti aziendali come piani anticorruzione e codici di comportamento è tra le prime tre attività in termini di tempo dedicato. Tuttavia, solo 40 responsabili percepiscono la stesura di documenti interni come una delle tre attività più efficaci per contrastare la corruzione; di conseguenza, si tratta anche dell’attività che registra il maggiore scostamento (32 risposte) tra tempo dedicato ed efficacia percepita. Sempre

²⁴ Sebbene le attività di referenti del RPC e dello staff dedicato non siano perfettamente sovrapponibili, è possibile verificare se la presenza di referenti tende a compensare l’assenza di staff dedicato. I dati raccolti, tuttavia, sembrano smentire questa ipotesi: la presenza di staff dedicato aumenta con l’aumentare dei referenti del RPC, passando dal 32% delle aziende che non hanno nominato referenti (11 su 34), al 38% delle aziende che hanno nominato da 1 a 3 referenti (83 su 8), fino al 44% delle aziende con 4 o più referenti (18 su 41).

Figura 19.7 **Attività ritenute maggiormente rilevanti in termini di tempo dedicato ed efficacia percepita: valori assoluti e percentuali, (N=82)**



Fonte: elaborazioni OASI. N.B. è stato domandato ai RPC di indicare le tre attività più rilevanti, prima in termini di tempo dedicato, poi di efficacia per le attività anticorruzione. L'etichetta indica l'incidenza percentuale degli RPC che hanno selezionato l'attività in questione sul totale dei rispondenti.

in termini di tempo dedicato, la seconda attività più segnalata è lo svolgimento di colloqui con i dipendenti e i professionisti dell'azienda (35 rispondenti; 43%); poi, leggermente distanziate, le attività di audit e controllo interno formalizzato (30; 37%), di formazione attiva (29, 35%) e la redazione di documenti di rendicontazione esterna (principalmente per ANAC; 24; 29%). La percezione di efficacia di queste attività è ritenuta molto elevata per l'audit, indicato da 53 RPC (65%), e per la formazione (43; 52%). Al contrario, la percezione di efficacia è meno diffusa per quanto riguarda i colloqui informali con i dipendenti (25; 30%) ed è quasi nulla per le attività di rendicontazione esterna (4; 5%). Il tempo dedicato e la percezione di efficacia sono pressoché allineati per quanto riguarda i colloqui con i referenti dei RPC, mentre i rispondenti percepiscono un forte scostamento tra l'efficacia percepita delle analisi del contesto esterno (tra le prime tre attività per 33 RPC, 40%) e il tempo a essa dedicato (tra le prime tre attività solo per 13 rispondenti, 16%). Un analogo scostamento, anche se meno marcato, emerge per le attività di formazione passiva, cioè rivolte al RPC, la cui percezione di efficacia è superiore al tempo dedicato. Infine, il coordinamento con l'Organismo Indipendente di Valutazione e le interlocuzioni con gli stakeholder aziendali esterni risultano attività marginali sia dal punto di vista del tempo impiegato che dell'efficacia percepita.

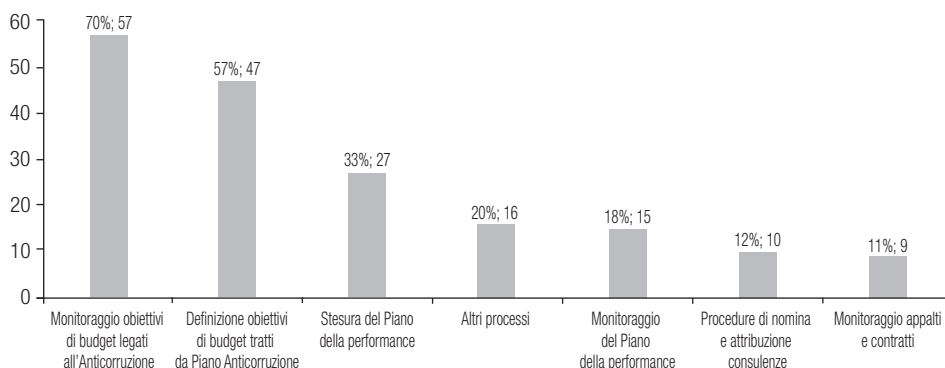
La rilevazione conferma la diffusione delle attività formative per i dipendenti e i professionisti in 80 aziende su 83. L'ambito formativo più frequentemente proposto è stato quello legale-normativo, trattato in 66 aziende su 83 (79%)

seguito dall’etica del lavoro (42 aziende, 51%) e dalla formazione tecnica su acquisti e appalti (34; 41%).

La Figura 19.8 rappresenta i processi aziendali a cui il RPC e/o i suoi referenti partecipano attivamente, potendo contribuire in maniera fattiva ai contenuti dei documenti elaborati e/o alle collegate decisioni aziendali. Cinquanta RPC, ovvero il 70% dei rispondenti, partecipano al monitoraggio degli obiettivi di budget legati all’anticorruzione; quarantasette (57%) partecipano alla precedente fase di selezione degli obiettivi anticorruzione da inserire nei budget delle unità organizzative. Il collegamento tra il ciclo di budget annuale e gli obiettivi di anticorruzione appare quindi piuttosto diffuso, anche perché permette di agganciare questi ultimi ai meccanismi di incentivazione del risultato. Ventisette responsabili (33%) partecipano alla stesura del piano della performance e 15 (18%) si occupano del relativo monitoraggio. La partecipazione dei RPC ad altre tipologie di processo aziendale è invece piuttosto rara, mai superiore alle 10 risposte. Da registrare 6 casi in cui il Responsabile anticorruzione dichiara di non essere stato coinvolto in nessuno dei processi sopra presentati.

Il processo aziendale più critico che il RPC può trovarsi a fronteggiare è la gestione del *whistleblowing*. Secondo il PNA 2016, ogni Piano Anticorruzione aziendale dovrebbe disciplinare la procedura con cui un dipendente segnala una frode, un episodio di corruzione o a rischio di corruzione. A questo proposito, su 82 rispondenti, 78 dichiarano di aver attivato degli strumenti *ad hoc* per il *whistleblowing*. Ventitré rispondenti (28%) dichiarano di aver attivato software specifici, 12 (15%) software criptati; peraltro, 6 di queste si trovano al Sud o nelle Isole. La cassetta box «fisica» è utilizzata da 14 aziende (17%). Il restante 48% dei rispondenti ha attivato altri strumenti, tra cui spicca la casella mail dedicata. All’attivazione degli strumenti non ha corrisposto un alto numero di segnalazioni. Il 42% dei rispondenti (34 con N=81) ha dichiarato di aver raccol-

Figura 19.8 **Partecipazione del RPC ai principali processi aziendali (N=82)**



Fonte: elaborazioni OASI

Figura 19.9 **Classificazione delle aziende per macro-area geografica e numero di segnalazioni – *whistleblowing*: valori assoluti e percentuali (N=81)**

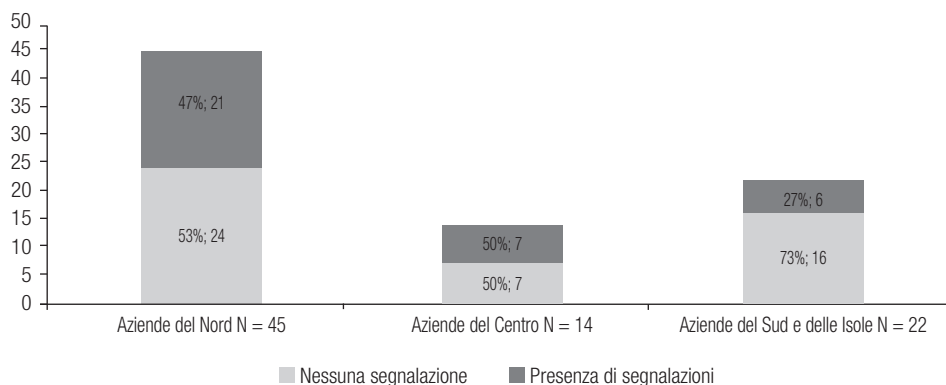
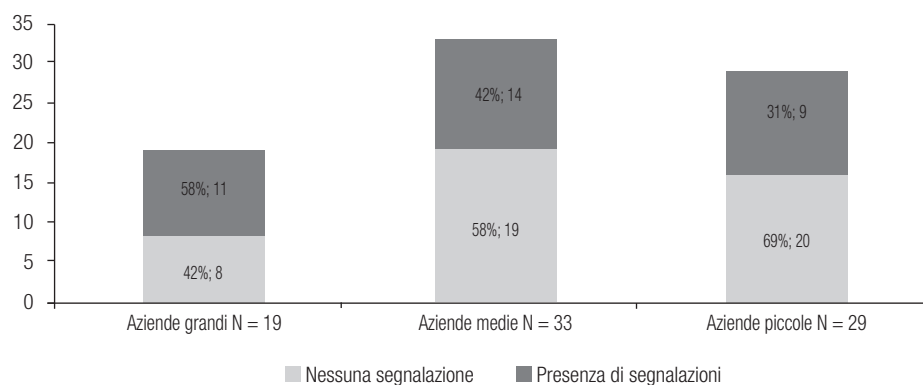


Figura 19.10 **Classificazione delle aziende per dimensionamento economico e numero di segnalazioni – *whistleblowing*: valori assoluti e percentuali (N=81)**



Fonte: elaborazioni OASI

to segnalazioni nell'ultimo anno; solo 8 RPC (10%) hanno raccolto più di 5 segnalazioni, quindi almeno una segnalazione ogni due mesi. Bisogna aggiungere che la raccolta delle segnalazioni potrebbe essere influenzata da fattori socio-culturali e organizzativi più che dall'operato del RPC o dagli strumenti messi in campo. La Figura 19.9 raggruppa le aziende rispondenti (N=81) in base alla macroarea geografica e alla presenza di segnalazioni. La percentuale di aziende del Nord che registrano episodi di *whistleblowing* è pari al 47% (21 su 45); al centro la percentuale è del 50% (7 su 14); al Sud scende al 27% (6 su 22). La Figura 19.10 rappresenta le aziende rispondenti (N=81) in base al dimensionamento economico e alla presenza di segnalazioni. Il *whistleblowing* è segnalato

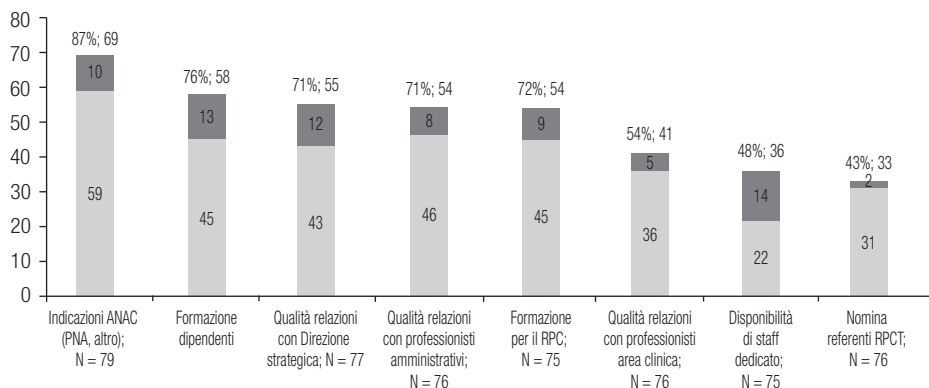
nel 58% delle aziende di grandi dimensioni (11 su 19), nel 42% delle aziende medie (14 su 33) e nel 31% delle aziende piccole (9 su 29).

Infine, l'utilità dichiarata di tali segnalazioni è pari a 3,5 su 7.

19.4.4 Fattori facilitanti e impatti delle attività anticorruzione

I fattori che, secondo la percezione dei rispondenti, hanno facilitato o molto facilitato il lavoro del RPC sono rappresentati in Figura 19.11. Sessantanove RPC, pari all'87% dei rispondenti, dichiarano che le indicazioni di ANAC come il Piano Nazionale Anticorruzione hanno facilitato (59) o molto facilitato (10) il loro lavoro. A seguire, la formazione, sia per i dipendenti e i professionisti dell'azienda, segnalata da 58 RCP (76%), che per gli stessi RPC (54; 72%). È ritenuta determinante anche la qualità delle relazioni all'interno dell'azienda: con la Direzione Strategica (55; 71%), con i professionisti amministrativi (54; 71%) e clinici (41; 54%). Emergono anche due fattori legati alla struttura organizzativa a supporto del RPC. Poco meno della metà dei rispondenti (36; 48%) ritiene che la disponibilità di uno staff dedicato abbia agevolato l'incarico di RPC; peraltro si tratta del fattore che è qualificato come «molto facilitante» dal maggior numero di rispondenti (14). È importante specificare che solo 31 RPC, al momento della rilevazione, ricevono supporto da parte di uno staff dedicato ma che 27 di essi (87%) indicano il fattore come facilitante o molto facilitante. Dunque, la struttura organizzativa a supporto appare come uno degli elementi più apprezzati dai RPC che hanno modo di sperimentarne l'efficacia. Infine, la nomina di referenti del RPC è ritenuto un fattore facilitante o molto facilitante da 33 RPC (43%). In questo caso, al momento della rilevazione, 49 RPC si avvalevano di

Figura 19.11 **Principali fattori che hanno facilitato o molto facilitato il lavoro del RPC: numero di scelte**



Fonte: elaborazioni OASI. N.B: la percentuale indica la quota di rispondenti che ha indicato il fattore come «facilitante» o «molto facilitante».

una rete di referenti e 29 di essi (59%) qualificavano il fattore come agevolante o molto agevolante. Tra i fattori facilitanti non inclusi nella traccia di risposta, segnalati dai responsabili nella categoria «altro», si registra la partecipazione a reti di confronto interaziendale tra RPC (3 rispondenti).

Tra i fattori che rendono più difficoltose le attività di RPC spicca lo svolgimento di incarichi ulteriori oltre a quello di Responsabile anticorruzione, segnalato da 51 rispondenti (65%). Da segnalare che 17 RPC lo ritengono invece un fattore facilitante o molto facilitante²⁵, probabilmente nel caso in cui gli incarichi aggiuntivi permettano rilevanti sinergie nella attività amministrative e/o maggiore possibilità di incisivi interventi anticorruzione. Ad esempio, un rispondente segnala la possibilità di svolgere attività di audit e di controllo interno formalizzato. Il secondo fattore ritenuto maggiormente ostacolante è la (cattiva) qualità della relazione con i professionisti clinici (11 rispondenti).

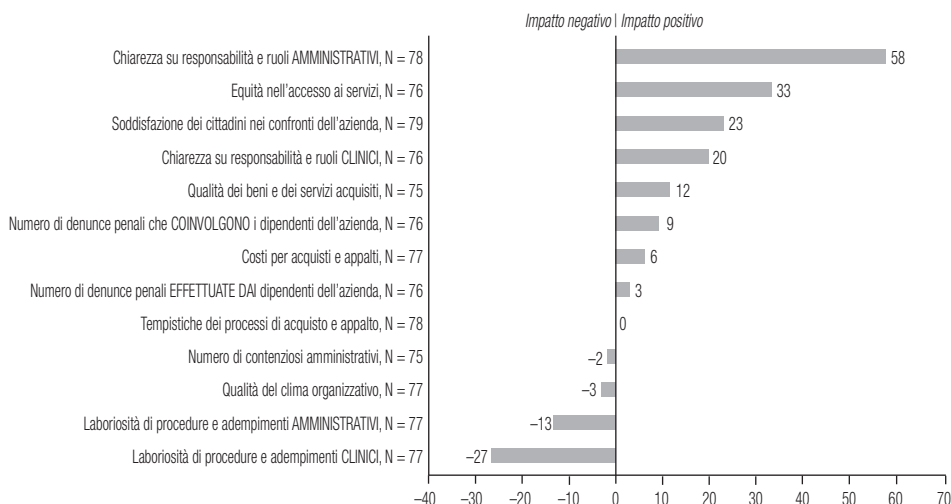
Per misurare l'impatto percepito delle attività anticorruzione su alcune aree di performance e di attività aziendale, è stato chiesto ai RPC di esprimere un giudizio qualitativo tra «molto negativo», «negativo», «ininfluente», «positivo» e «molto positivo». A tali giudizi sono stati attribuiti rispettivamente i punteggi [-2, -1, 0, 1, 2] ed è stata calcolata la somma algebrica di tali punteggi positivi e negativi. I valori ottenuti, adeguatamente standardizzati per tenere conto delle lievi discrepanze nel numero di rispondenti²⁶, rappresentano una misurazione sintetica (MS) dell'impatto percepito su ciascuna area di performance o di attività aziendale: tale misurazione è riportata in Figura 19.12. È stato inoltre chiesto ai RPC se l'impatto percepito fosse anche stato rilevato attraverso parametri di misurazione oggettivi.

L'impatto positivo delle attività anticorruzione più di frequente percepito dai RPC è un aumento di chiarezza su responsabilità e ruoli amministrativi: la MS di +57 è originata dalla percezione di 78 RPC. Di questi, 52 segnalano un impatto positivo, 6 molto positivo, 14 non rilevano impatti, mentre 6 che riportano un impatto negativo o molto negativo. Da segnalare che solo in 5 aziende sono state effettuate delle misurazioni sistematiche di tale parametro, peraltro difficile da operationalizzare e rilevare oggettivamente. I RPC percepiscono anche un miglioramento nell'equità nell'accesso ai servizi, legata a una più trasparente regolazione delle liste di attesa e/o della libera professione. In relazione all'equità di accesso si registra una MS di +32, con 31 RPC che percepiscono un impatto positivo e 2 un impatto molto positivo (N=76). Anche in questo caso, però, solo in 3 Aziende l'impatto è stato misurato in maniera sistematica. A seguire, si riscontrano MS di impatto positivo per la soddisfazione dei cittadini (+23), per la chia-

²⁵ Un solo rispondente.

²⁶ I rispondenti che si sono espressi con riferimento alle singole aree di performance/attività aziendali variano tra un minimo di 75 e un massimo di 79.

Figura 19.12 **Misurazione sintetica degli impatti percepiti delle attività anticorruzione su aree di performance e attività aziendali rilevanti**



Fonte: elaborazioni OASI

rezza dei ruoli del personale clinico (+19) per la qualità dei beni e dei servizi erogati (+11). Su una consistente serie di parametri, gli RPC non registrano impatti positivi o negativi rilevanti²⁷: dal numero di denunce penali, ai tempi e ai costi dei processi di acquisto, ai contenziosi, alla qualità del clima organizzativo. Le denunce penali sono il parametro più frequentemente misurato (6 aziende). All'opposto, le MS di impatto più negative riguardano la laboriosità delle procedure e degli adempimenti per il personale clinico (-26) e amministrativo (-13). Gli RPC che segnalano un impatto negativo o molto negativo sono rispettivamente 36 e 38; tuttavia, sul versante amministrativo gli RPC che riportano una diminuzione degli adempimenti burocratici sono 25 mentre sul versante clinico sono solo 10. Nel complesso, in termini di impatti rilevanti, sembra emergere soprattutto un *trade-off* tra chiarezza di ruoli e responsabilità e laboriosità degli adempimenti necessari. Più nel dettaglio, la percezione complessiva è che sul versante amministrativo le attività anticorruzione abbiano contribuito a chiarire ruoli e responsabilità, riuscendo almeno in alcune realtà a contenere la complessità degli adempimenti. Al contrario, in ambito clinico gli impatti positivi sono stati più ridotti, ma hanno comportato un aggravio burocratico ancora più oneroso.

Per completare la rilevazione degli impatti, è stato chiesto agli RPC di esprimere un giudizio sull'utilità complessiva del proprio lavoro. Gli RPC hanno quantificato tale percezione attraverso una scala Likert 1-7.

²⁷ Valore assoluto dell'impatto inferiore a 10.

Tabella 19.3 **Utilità auto-percepita del lavoro di RPC: media e deviazione standard, per ripartizione del campione (Rilevazione su scala Likert 1-7; N=71)**

Partizione del campione	Numerosità aziende	Media	Deviazione standard
Aziende del Nord	42	3,9	1,5
Aziende del Centro	11	4,1	1,8
Aziende del Sud e delle Isole	18	4,3	1,6
ASL	35	4,2	1,6
AO	20	3,6	1,2
ATS	4	5,3	2,1
ASST	10	4,3	1,6
IRCCS – ER	2	2,5	2,1
Aziende di grandi dimensioni	16	4,1	1,7
Aziende di medie dimensioni	29	4,0	1,6
Aziende di piccole dimensioni	26	4,0	1,5
Totale	71	4,0	1,6

Fonte: elaborazioni OASI

In media, l'utilità percepita del lavoro di RPC è pari a 4,0/7 (N=71). Il valore aumenta leggermente discendendo lungo la penisola, registrando un massimo al Sud e nelle Isole pari a 4,3²⁸. Inoltre, le aziende territoriali registrano valori di utilità percepita superiori rispetto a quelle a prevalente vocazione erogativa ospedaliera, mentre non si registrano particolari differenze associate alle dimensioni economiche dell'Azienda.

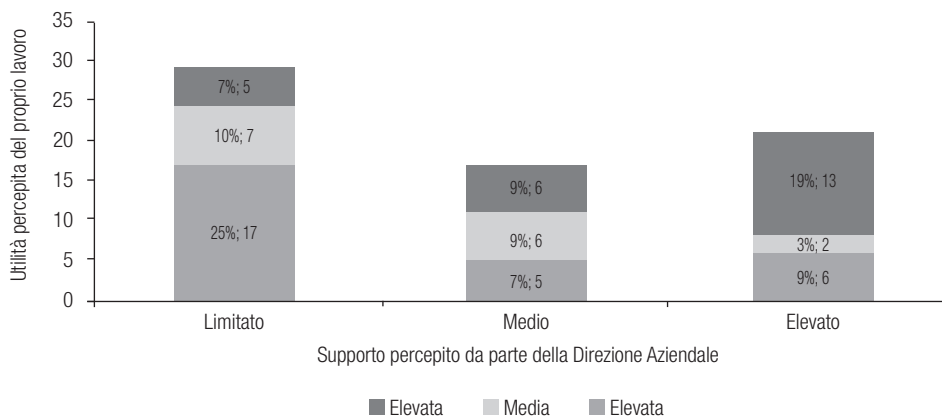
Sempre con riferimento ad una scala 1-7, i RPC hanno quantificato altre due auto-percezioni, vale a dire:

- ▶ il supporto da parte della Direzione Aziendale e
- ▶ la comprensione del ruolo di RPC da parte dei dirigenti dell'Azienda (professionisti sia di area medica, sia di area amministrativa).

Per analizzare tali elementi insieme all'utilità auto-percepita del lavoro di RPC, le risposte delle scale Likert 1-7 sono state raggruppate in tre classi. Le risposte da 1 a 3 sono state classificate come «limitata utilità auto-percepita» (o limitato supporto da parte della direzione, o limitata comprensione del ruolo di RPC). Le risposte pari a 4 sono state classificate come «media utilità» (o medio supporto, o media comprensione del ruolo). Le risposte da 5 a 7 come «elevata utilità» (o elevato supporto, o elevata comprensione del ruolo). La Figura 19.13 mostra che le due combinazioni più frequenti sono quelle in cui a un limitato

²⁸ A questo proposito, al Nord i RCP che dichiarano un'utilità percepita del loro lavoro pari o superiore a 5 sono 13, pari al 31% del totale di 42 Aziende; al Sud tale incidenza sale al 50% (9 rispondenti su 18).

Figura 19.13 **Supporto percepito dal RPC da parte della Direzione Aziendale e auto-percezione di utilità del proprio lavoro; valori assoluti e percentuali (N=68)**



Fonte: elaborazioni OASI. Le percentuali rappresentano l'incidenza sul totale dei 68 rispondenti

supporto della Direzione aziendale si associa una limitata percezione di utilità del proprio lavoro di RPC (17, 25% su 68 rispondenti) e quella, speculare, in cui a un elevato supporto della Direzione aziendale si associa un'elevata percezione di utilità del proprio lavoro (13; 19%). Appare improbabile percepire (e magari conseguire) buoni risultati in termini di anticorruzione stante uno scarso supporto del top management aziendale (5; 7%) e allo stesso tempo sono pochi i RPC che percepiscono una limitata efficacia del lavoro svolto a fronte di un forte supporto delle Direzioni aziendali (6; 9%). Nel complesso, la media del supporto percepito dal RPC da parte della Direzione Aziendale è pari a 3,5, con una deviazione standard di 1,76. Da notare che il supporto percepito da parte della Direzione Aziendale è in media maggiore al Nord (3,8) rispetto al Centro (3,5) e al Sud (3,1). Nonostante questo, l'utilità percepita del lavoro di RPC resta alta: al Sud lavorano 3 dei 5 RPC che dichiarano buoni risultati in termini di anticorruzione stante uno scarso supporto del top management aziendale. Nessun RPC del Sud percepisce una scarsa utilità del proprio lavoro a fronte di un pieno supporto della direzione aziendale. In definitiva, il supporto del management appare meno essenziale per percepire l'efficacia della funzione di RPC nei contesti in cui le problematiche di anticorruzione ed illegalità sono conclamate.

I dirigenti delle aziende sanitarie pubbliche, secondo il percepito dei RPC, sembrano comprendere poco l'utilità del ruolo del Responsabile anticorruzione (media: 2,6; 68 rispondenti), senza particolari differenziazioni geografiche. Nelle aziende a vocazione erogativa ospedaliera la percezione è leggermente più bassa: è pari a 2,5 nelle AO contro 2,7 delle ASL; in Lombardia, è pari a 2,7 nelle ASST

contro 2,75 nelle ATS; scende a 2,5 negli IRCCS e nei centri di ricerca. Un'ipotesi è che il management apprezzi maggiormente il ruolo del RPC in contesti che si focalizzano (anche) sulla committenza e sulla regia globale del sistema locale di salute. Al contrario, in contesti con una forte vocazione erogativa e scientifica, fortemente responsabilizzati sul risultato economico e sull'esito clinico dei processi, l'attività del RPC può essere considerata un adempimento burocratico meno utile, che arriva a distogliere dagli obiettivi. Questa ipotesi, da verificare, potrebbe spiegare come l'auto-percezione di utilità del lavoro del RPC sia più ridotta nelle aziende a vocazione erogativa ospedaliera (cfr. Tabella 19.3).

19.4.5 Suggerimenti per migliorare la focalizzazione e l'efficacia delle attività anticorruzione

Quarantasei RPC hanno indicato uno o due adempimenti obbligatori che potrebbero essere eliminati nell'ottica di una maggiore focalizzazione delle attività anticorruzione. In alcuni, casi, sono state fornite risposte generiche (es. «alcuni obblighi relativi alla trasparenza»). A questo proposito, oltre la metà dei 50 rispondenti (26) ha suggerito uno snellimento degli obblighi di trasparenza, ritenuti onerosi in termini di raccolta dati, scarsamente informativi e poco efficaci in termini di prevenzione dei comportamenti illeciti, almeno nella loro attuale forma. Un primo esempio è costituito dall'obbligo di raccolta e pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali dei dirigenti²⁹, che 15 RPC suggeriscono esplicitamente di abolire. I RPC riferiscono che questo adempimento obbligatorio presenta aspetti controversi in termini di tutela della privacy. Inoltre, anche nel caso l'amministrazione dovesse acquisire tali informazioni, potrebbe ottenere tutti i dati necessari grazie alla collaborazione con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e/o con le Agenzie fiscali, senza procedere a un'ulteriore raccolta della documentazione. Un secondo esempio di obbligo di trasparenza critico è costituito dalle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e incompatibilità rispetto agli incarichi dirigenziali, aspetto segnalato come problematico da 5 RPC. I rispondenti ritengono il tema rilevante, ma esposto ad arbitrarietà e assenza di indicazioni operative per un efficace monitoraggio. Inoltre, viene criticato l'obbligo di fornire ogni anno una dichiarazione di assenza di incompatibilità. La stessa critica è applicabile all'obbligo di aggiornare ogni anno il Piano triennale Anticorruzione (4 rispondenti). I rispondenti suggeriscono che questi adempimenti dovrebbero riguardare solo quei casi in cui l'evoluzione del contesto aziendale va a configurare nuovi rischi di comportamento illecito. Tre rispondenti chiedono di eliminare la relazione annuale all'ANAC. Infine, 7 RPC suggeriscono di rivedere il tema della rotazione del personale. Mentre 5 RPC suggeriscono l'eliminazione completa della rotazione, due suggeriscono di

²⁹ Art. 14, c.1, l. f D. Lgs 33/2013.

individuare per legge i profili di natura gestionale per cui la rotazione sarebbe obbligatoria con scadenze e modalità predefinite, lasciando alla piena discrezionalità della dirigenza aziendale le rimanenti casistiche.

Quarantasette RPC indicano misure operative per migliorare l'efficacia delle attività anticorruzione. Il riferimento più ricorrente (15 rispondenti), con varie sfumature, è alla messa a punto di un sistema di controlli interni e/o all'intensificazione delle attività di audit. Appare particolarmente efficace un sistema integrato di controllo interno, che massimizzi il valore delle attività di verifica e analisi svolte da molteplici soggetti aziendali: dall'*internal auditing*, alla qualità, al *risk management*, al controllo di gestione, all'ufficio personale, sino all'OIV. Ovviamente un presupposto di tale sistema integrato è la disponibilità di un adeguato sistema informativo. Un secondo ambito critico, affine al primo, è la verifica dell'assenza di conflitti di interessi. Tali verifiche, citate da 9 rispondenti, richiedono spesso delle attività di controllo (o forme di pubblicazione) sugli incarichi e sulle attività extra-istituzionali dei dipendenti, oppure sulla partecipazione a eventi formativi. Un altro ambito in cui le attività di controllo escono dai confini dell'azienda è il controllo dei processi di approvvigionamento, riportato da 6 RPC (cfr. § 19.2.4). In particolare, è stato citato il monitoraggio:

- ▶ delle analisi di fabbisogno,
- ▶ del valore unitario degli acquisti in economia rispetto alle procedure concorsuali,
- ▶ delle dichiarazioni rese dai fornitori ai responsabili degli acquisti.

Nove rispondenti raccomandano di svolgere regolari attività formative in materia di anticorruzione, soprattutto per i responsabili delle strutture organizzative. Un altro importante tema, citato da 7 RPC, è il monitoraggio delle attività di libera professione intramuraria, da mettere in relazione sia ai controlli sugli orari di svolgimento dell'attività istituzionale, sia alle dinamiche delle liste d'attesa. Tre rispondenti raccomandano l'implementazione di forme di rotazione del personale. Il fatto che alcuni RPC suggeriscano di introdurre forme di rotazione e altri di abolirle rende l'idea della diversità di pratiche e opinioni tra i rispondenti. Due RPC raccomandano di elaborare procedure standard per la conduzione e la gestione dei fondi delle sperimentazioni cliniche. Un tema controverso, sollevato da due rispondenti, è la possibilità che il *whistleblower* sia ricompensato a fronte di un effettivo recupero di risorse pubbliche. Altri due RPC suggeriscono misure particolarmente forti per evitare forme di condizionamento esterno, ma allo stesso tempo disincentivanti l'imprenditorialità e/o l'autonomia del singolo dipendente: il conferimento delle sponsorizzazioni e delle donazioni a un fondo unico aziendale e l'attribuzione di incarichi di consulenza solo a professionisti accreditati attraverso appositi albi.

19.5 Elementi di criticità e prospettive future

L'analisi dei risultati dell'indagine che ha coinvolto i Responsabili della Prevenzione della Corruzione delle aziende sanitarie impone alcune riflessioni, anche tenuto conto del significativo tasso di adesione fornito, pari al 41% del totale delle aziende sanitarie pubbliche italiane.

La classe di età più frequente tra i RPC del campione si attesta tra i 50 e i 59 anni; oltre la metà dei Responsabili ha un percorso formativo di tipo giuridico, quasi tutti hanno l'anzianità di servizio necessaria per conoscere a fondo il contesto aziendale in cui operano.

Con l'attuale meccanismo, l'incarico di RPC è aggiuntivo rispetto a quello già previsto in capo al dirigente. Da questo deriva che, alle ordinarie funzioni svolte dal dirigente, si aggiungono le attività di competenza del RPC, peraltro di estrema delicatezza, essendo volte a mappare le aree a rischio e a individuare le misure per prevenire il verificarsi dell'evento corruttivo, di governare la funzione anticorruptiva con l'ausilio di personale di supporto. Dal cumulo tra le funzioni ordinarie e quelle anticorruzione, deriva una mole di lavoro e di adempimenti tali da rendere potenzialmente elevato il rischio di un non adeguato svolgimento di una o di entrambe le funzioni: il 43% dei Responsabili dichiara di essere direttore di struttura complessa, come raccomandato dal PNA 2016, mentre il 33% è direttore di struttura semplice. Infatti, i RPC dichiarano di avere la possibilità di dedicare in media soltanto il 32% del loro tempo alle attività anticorruzione e di prevenzione della trasparenza, inclusi audit e controlli interni. Solo 5 Responsabili (6%) riescono a dedicare il 100% del loro tempo alle attività anticorruzione, perché lavorano in una struttura organizzativa focalizzata su audit e controlli interni. Ventotto RPC (35%) si occupano invece di affari legali e generali, dedicando a questa «occupazione principale» in media il 64% del loro tempo.

La debolezza dell'attività anticorruzione è amplificata anche dalla esiguità di personale ad hoc: solo in 31 aziende su 83, corrispondente al 37% del campione, il RPC è supportato da una apposita unità di personale.

Una ulteriore criticità è legata ai problemi interpretativi e soprattutto applicativi che derivano dalla polverizzazione della normativa anticorruzione e dai relativi adempimenti da essa richiesti. A rendere più complesso il ruolo dei RPC sono i compiti loro gravanti in forza di quelle disposizioni normative finalizzate ad assicurare la correttezza dell'azione amministrativa (si pensi ai compiti derivanti dal D.lgs. 33/2013 in materia di trasparenza, dal D.lgs. 39/2013 in tema di inconferibilità e incompatibilità e infine dal Dpr. 62/2013 sul codice di comportamento, dei dipendenti pubblici). L'88% dei RPC dichiara infatti che la stesura di documenti aziendali imposti ex lege, come Piani Anticorruzione e codici di comportamento, è tra le prime tre attività in termini di tempo dedicato, nonostante tale attività registri il maggiore scostamento tra tempo dedicato ed efficacia percepita.

Lo stesso si rileva in merito alla percezione di efficacia dei colloqui informali con i dipendenti (30%) e alle attività di rendicontazione (5%), mentre l'audit e i controlli interni (65% dei RPC), nonché la formazione (52%) sono considerate attività di indubbia efficacia nella lotta alla corruzione.

Inoltre, tra le attività critiche, quasi tutti i RPC (78 su 82) hanno attivato degli strumenti *ad hoc* per il *whistleblowing*, anche se a ciò non sempre è seguito un alto numero di segnalazioni: solo il 42% dei rispondenti ha dichiarato di aver raccolto segnalazioni nell'ultimo anno; solo 8 RPC (10%) hanno raccolto più di 5 segnalazioni, quindi con una media una ogni due mesi.

In termini di prospettive di sviluppo della funzione, emergono con chiarezza alcune indicazioni. Innanzitutto, è fondamentale il supporto della Direzione aziendale (più che del management), la cui presenza permette ai RPC di percepire maggiormente l'utilità del proprio lavoro.

La valutazione dei dati del questionario, le interviste condotte con i responsabili della prevenzione della corruzione, l'analisi della principale letteratura nazionale ed internazionale hanno permesso di rafforzare le tesi sostenute in questo scritto; la lotta alla corruzione va condotta in differenti ambiti. Innanzitutto, sul piano normativo, ove si ritengono necessari alcuni interventi volti ad armonizzare e a raccogliere in un unico Codice anticorruzione tutti i provvedimenti, finora emanati in maniera frammentaria. Si tratterebbe, in particolare, di uniformare la legge 190/2012, il d.lgs. 33/2013 in materia di trasparenza, il d.lgs. 39/2013 in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi, e il D.P.R. 62/2013 («Codice dei Contratti»), che contiene alcune norme significative sul piano della lotta alla corruzione.

Nel definire alcune modifiche normative, va sottolineata l'importanza di rafforzare il ruolo e le attività del RPCT, sia conferendo a tale figura professionale delle funzioni inerenti l'audit e il controllo interno, sia alleggerendo l'attività di stesura di documenti aziendali e di relazioni interne, sia anche diminuendo le altre responsabilità operative e gestionali e affiancandogli uno staff dedicato. Sarebbe dunque opportuno che il RPC costituisse una figura dedicata esclusivamente alle attività di controllo interno e di promozione della trasparenza verso l'esterno.

Sempre sul piano normativo, con riferimento a specifici settori evidenziati come critici (prevalentemente appalti di lavori, beni e servizi e procedure di selezione), risulta importante definire un quadro di regole stabile e duraturo, non soggetto a continue modifiche anche radicali, che, in quanto tali, minano le certezze dei comportamenti e delle procedure dei funzionari pubblici.

Tuttavia, come ribadito in precedenza, l'iniziativa istituzionale attraverso regole e atti normativi sulla trasparenza non può rimanere l'unica misura anticorruzione, anche tenuto conto che tale approccio ha dimostrato di essere sinora poco efficace. Gli interventi normativi e i sistemi di sanzionamento non possono raggiungere l'efficacia di una vera cultura politica e pubblica avversa alla

corruzione, che permetta di interiorizzare e vivere come base condivisa, dagli operatori pubblici come dai privati, un atteggiamento che rifiuta la corruzione. Più delle regole, risultano determinanti i sistemi di valori, l'integrità e la responsabilità degli amministratori: da qui, l'importanza, sottolineata anche dalla legge 190/2012, di sistemi di educazione, di formazione, di definizione di strutture di responsabilità. Se le misure anticorruzione più efficaci si traducono in una cultura dell'integrità, risulta altrettanto importante il ruolo dei cittadini, che devono contribuire a realizzarla (Illuminiamo la Salute, 2015). Il ruolo del controllo sociale, dell'attenta presenza dei cittadini e degli utenti è essenziale nel contribuire a creare una cultura orientata alla responsabilizzazione, all'impegno, alla correttezza dei comportamenti, all'efficacia dell'azione pubblica. È quindi importante rinforzare innanzitutto le politiche di prevenzione dei comportamenti devianti, anche al di fuori del contesto aziendale, soprattutto nella società civile.

Infine, è soprattutto sul piano aziendale e micro-organizzativo che vanno combattuti comportamenti contrari all'interesse pubblico e alle regole di buona condotta istituzionale. Diventa di fondamentale importanza seguire le regole proprie del funzionamento delle organizzazioni complesse:

- ▶ diffondendo buone pratiche e una cultura della trasparenza e della lotta ai conflitti di interessi; in questo, è fondamentale lo sviluppo delle reti interaziendali;
- ▶ favorendo una maggiore diffusione di *best practice*, un più significativo coinvolgimento degli *stakeholder* (unioni industriali, sindacati, componenti politiche) non solo nelle fasi di approvazione dei Piani Anticorruzione, ma soprattutto nella fase di progettazione;
- ▶ agendo contemporaneamente su dimensioni individuali (formazione) e di contesto (condizioni organizzative).

L'implementazione del quadro normativo non deve far trascurare l'importanza di processi aziendali volti non solo a migliorare i sistemi di valutazione delle azioni svolte, ma soprattutto di responsabilizzazione delle persone chiamate a svolgerle (Esposito, Landi, Ricci, 2010).

Un vero sistema di prevenzione della corruzione poggia le sue basi su solidi sistemi di *accountability* e su un adeguato modello di *governance*. L'introduzione di una cultura manageriale deve quindi associarsi ad una riduzione degli aspetti burocratici e all'introduzione di principi orientati a:

- ▶ avviare un processo di analisi e intervento capace di cogliere le specificità del contesto interno ed esterno nel quale la singola azienda opera;
- ▶ promuovere un sistema integrato di controllo interno, che massimizzi il valore delle attività di verifica e analisi svolte da molteplici soggetti aziendali,

dall'*internal auditing*, alla qualità, al risk management, al controllo di gestione, all'ufficio personale, sino all'OIV;

- ▶ individuare un efficace sistema di controllo interno e un adeguato sistema di valutazione (Esposito, 2010);
- ▶ prestare particolare attenzione al controllo dei processi di approvvigionamento, nelle diverse fasi: dall'analisi del fabbisogno, al valore unitario degli acquisti in economia rispetto alle procedure ad evidenza pubblica, alle dichiarazioni rese dai fornitori ai responsabili degli acquisti;
- ▶ passare da un reclutamento della quantità ad un reclutamento per merito, qualità e professionalità (Esposito, Landi, Ricci, 2010);
- ▶ creare una cultura della trasparenza, non legata a meri aspetti burocratici, ma orientata a rendere trasparenti i processi di reclutamento pubblico, di affidamento delle consulenze, procedure di acquisto e affidamento degli appalti e della gestione dei servizi pubblici.

Infine, il rafforzamento di alcune regole aziendali renderebbe più difficile l'adozione di comportamenti opportunistici e aiuterebbe a promuovere e sviluppare una vera cultura dell'anticorruzione. Ad esempio, sarebbe opportuno ridefinire i modelli di sistema di *spoil system* al fine di garantire l'indipendenza e la responsabilità nella scelta e nella nomina di dirigenti pubblici (Esposito, 2010); il miglioramento dei processi di programmazione strategica per perfezionare il sistema dei controlli; la definizione di un sistema di «responsabilizzazione» economica delle persone per aree di attività per chi si occupa di appalti pubblici; l'attivazione di un set di indicatori economici in grado di accertare l'incidenza dei costi di produzione e gestione dei servizi, l'obbligo di previsione di metodologie di valutazioni economiche dei servizi erogati.

Bibliografia

- Aidt T.S. (2003), «Economic Analysis of Corruption: A Survey», *The Economic Journal*, 113(491).
- Angell M. (2000), «Is academic medicine for sale?», *New England Journal of Medicine*.
- Autorità Nazionale Anticorruzione (Delibera n 12 del 28 ottobre 2015), *Piano Nazionale Anticorruzione*, www.anticorruzione.it
- Autorità Nazionale Anticorruzione, Piano Nazionale Anticorruzione, 2016, Delibera n. 831 del 3 agosto 2016, www.anticorruzione.it
- Borgonovi E., Fattore G., Longo F. (2008), *Management delle Istituzioni Pubbliche*, Egea, Milano.
- Borgonovi E., Giavazzi F. (1994), (a cura di), *Ethics and efficiency in the modern state. Are they in conflict?*, Egea, Milano.

- Broadman H., Recantini F. (2000), «Seeds of corruption: do market institution matter?», *World Bank Policy Research Working Paper*.
- Corte dei Conti (2011), *Inaugurazione dell'anno giudiziario 2011*.
- Corte dei Conti (2014), *Inaugurazione dell'anno giudiziario 2014*.
- Eisenhart, K.M. (1989), «Agency Theory: an assessment and review», *The Academy of Management Review*, 14(1).
- Esposito E. (2010), *State capture, governance, accountability nelle aziende e nelle amministrazioni pubbliche locali*, Rirea, Milano.
- Fattore G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Milano, Egea.
- Fiorino N., Galli E. (2013), *La corruzione in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Forresu W. (2014), «Impatto sistemico complessivo della corruzione in sanità», in Ispe sanità, *Libro Bianco sulla Corruption in Sanità*, Pomezia, Litografia Bruni.
- Fraschetti V., Saviano C. (28 February 2012 2012), «Sanità, dove per far carriera non conta l'abilità ma il giro giusto», *L'Espresso*.
- Friedrich Carl J. (1966), «Political Pathology», *The political quarterly*.
- Glaeser E.L., Saks R. (2006), «Corruption in America», *Journal of Public Economics*.
- Helmann J., Jones, G., Kaufmann D.X. (2000), «Seize the State, seize the day. State Capture, Corruption and Influence in Transition Economies», *World Bank Policy Reserach Working Paper*, World Bank Institute.
- Gruppo di lavoro Illuminiamo la salute (2015), *Come prevenire illegalità e corruzione nel sistema sanitario e sociale*, Il pensiero scientifico editore, Roma.
- Ioannidis J.P.A., Greenland S., Hlatky M.A. et al. (2014), Increasing value and reducing waste in research design, conduct, and analysis, *The Lancet*, 383, pp. 166-175.
- Ispe sanità (2014), *Libro Bianco sulla Corruption in Sanità*, Pomezia, Litografia Bruni.
- Jensen M.C. (1983), «Organization Theory and Methodology», *The Accounting Review*, 58(2).
- Klitgaard R. (1988), *Controlling Corruption*, Berkley, University of California Press.
- Leys C., Button M. (2013), *Healthcare Fraud in the new NHS market – a threat to patient care*, Centre for Health and the Public Interest.
- Ministero della Salute (2015), *Archivio banca dati economico-finanziari regionali*, disponibile on line: <http://www.salute.gov.it>.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2017), *Conto Annuale*, disponibile on line: <http://www.rgs.mef.gov.it>.
- Musacchio V. (2013), «Corruzione ed appalti pubblici in ambito europeo», *Tribuna Focus*, La Tribuna.
- Nye J.S. (1967), «Corruption and Political Development. A cost-benefit». *The american political science review*.

- OECD (2000), *Trust in government ethics measures in OECD countries*, OECD Publications, Paris.
- Piacenza M., Turati G. (2013), *Does Fiscal discipline towards Sub-national government affect citizens Well-Being? Evidence on Health*, Health Economics.
- Price Waterhouse Coopers (2013), *Identifying and Reducing Corruption in Public Procurement in the EU. Development of a methodology to estimate the direct costs of corruption and other elements for an evaluation mechanism in the area of anticorruption*.
- Putman R.D. (1993), *Making democracy work: civic tradition in modern Italy*, Princeton U.P.
- Ricci P., Esposito P., Landi T. (2010), *L'accountability per il fronteggiamento dello State Capture nel management delle amministrazioni pubbliche locali*, Azienda Pubblica 2.
- Rose Ackerman S. (1978), *Corruption; a study in political economy*, New York, Academic Press.
- Rose-Ackerman S. (1975), «The economy of corruption», *Journal of Public Economics*, 4.
- Segato L., Del Monte D., Brassiolo M.T. (2014), «La corruzione nella Sanità italiana», in *Ispe sanità, Libro Bianco sulla Corruption in Sanità*, Pomezia, Litografia Bruni.
- The Lancet (8 January 2014), «Research: increasing value, reducing waste», *Dossier*.
- Transparency International (2006), *Italia, Corruzione e sprechi in Sanità*, Milano.
- Transparency International (2017), *Report agenda Anticorruzione 2017*, Transparency International.
- Vannucci A. (2010), «L'evoluzione della corruzione in Italia: evidenza empirica, fattori facilitanti, politiche di contrasto», in F. Merloni e L. Vandelli (a cura di), *La corruzione amministrativa. Cause, prevenzione e rimedi*, Bagno a Ripoli (FI), Passigli.
- Vannucci A. (10-11 ottobre 2013), «Le teorie della corruzione: definizioni e modelli», in *Atti Seminario «Illuminiamo la salute. Laboratorio per la promozione della legalità nel sistema sanitario e sociale*, Avigliana (To), Certosa.
- Vian T. (2014), «Il contesto internazionale e l'evoluzione dei processi corruttivi in Sanità», in *Ispe sanità, Libro Bianco sulla Corruption in Sanità*, Pomezia, Litografia Bruni.
- World Bank (2014), *The World Bank Annual Report 2014*.

Postfazione

L'Azienda in crisi? Viva l'Azienda

a cura del Comitato di Presidenza FIASO

Con questa postfazione viene riservato uno spazio particolare al punto di vista del management pubblico in sanità, capace di rendersi interprete autorevole e originale della lettura dei principali temi del Rapporto OASI, ma anche promotore e produttore di contenuti per lo stesso Rapporto a partire dalla prossima edizione 2018.

Scorrere i capitoli di OASI 2017 dà la sensazione positiva, forse già presente nei lettori del Rapporto dell'anno scorso ma non così evidente, di come il SSN italiano non solo abbia superato brillantemente la bufera della crisi economica del 2008, ma presenti elementi di qualità, in termini di processi di efficientamento e di *performances*, tanto da suscitare persino invidia di altri Paesi europei o dell'OCSE, inclusi quelli che spendono molto più di noi ed hanno trend di crescita molto sostenuti.

Un interessante spunto per comprendere lo stato di salute in Italia viene offerta dall'indagine svolta su 5 macro indicatori di qualità della vita (aspettativa di vita alla nascita, aspettativa di vita in salute a 60 anni, mortalità in adulti, mortalità per malattie non trasmissibili e mortalità nei primi 5 anni di vita). Dai dati presentati risulta che la situazione della popolazione italiana è di gran lunga migliore ad esempio di quella degli USA, ed anche più performante rispetto a paesi europei con equilibri economici più favorevoli e sistemi sanitari ricchi dove non si è mai smesso di investire a piene mani. Emerge quindi un panorama che contraddice l'annunciato trend negativo di indicatori come la speranza di vita alla nascita, che negli anni scorsi ha rappresentato il campanello di allarme sulla tenuta del sistema sanitario a fronte delle riduzioni di finanziamento.

Restando sui temi spesso oggetto di dibattito pubblico, occorre quindi aggiornare e rivedere da un lato la visione statica della qualità delle cure, specie di quelle per acuti, visti i notevoli cambiamenti in senso positivo registrati dal Rapporto pur in presenza di una notevole contrazione dell'offerta, e dall'altro, la stessa narrativa dell'*out of pocket*. L'analisi della composizione di questa im-

portante quota, parte della spesa sanitaria direttamente assunta dai cittadini senza essere intermediata da assicurazioni (23% del totale nel 2015), mette in evidenza una quota preponderante (52%) destinata ad acquisto di farmaci e dispositivi medici mentre risulta più contenuta la quota destinata alla specialistica (22%).

Anche se non indagato da OASI, è innegabile che il contesto in cui le Aziende si muovono si stia modificando anche in termini di comunicazione. L'opinione pubblica sembra essersi resa consapevole della tenuta del sistema anche grazie al miglioramento delle politiche aziendali di marketing. Sullo scenario nazionale si sono imposti nuovi temi per il sistema sanitario, rispetto a quelli che alimentano il «rumore di fondo» del dibattito pubblico, relativi alla «responsabilità». Come successo, ad esempio, per la copertura vaccinale o succede per le politiche di adozione di corretti stili di vita. Ma anche quando è stata affermata in modo chiaro la responsabilità «contrattuale» delle Aziende di garantire sicurezza delle cure e ristoro agli assistiti rispetto a danni arrecati (Legge n. 24/2017 sulla responsabilità professionale). Il tema della responsabilità si è, da ultimo, imposto sul tema dei Lea e dell'accesso all'innovazione (come i farmaci per l'epatite C e quelli oncologici). L'opinione pubblica sembra oggi meno propensa ad alimentare un clima di paura e insicurezza mentre è concentrata su elementi di certezza dei diritti e dei doveri. Le grida dei detrattori, aggrappati agli immane casi di insuccesso (sanitario o amministrativo), sembrano oscurate dai processi in atto che stimolano riflessioni sul valore del SSN come elemento fondante del diritto alla salute. Dal punto di vista di FIASO, pare legittimo pensare che parte di questo diverso orientamento sia dovuto anche a più efficaci politiche delle Aziende, sia nel campo dell'accesso e della qualità delle prestazioni sia nella capacità di meglio comunicare e fare marketing. Di tutto ciò non possiamo quindi che sentirci corresponsabili e affrontare con serenità anche momenti di tensione, come le vaccinazioni di massa o i picchi di accesso al pronto soccorso.

Al di là degli approfondimenti su specifici temi, il Rapporto rappresenta una visione sintetica dello stato dell'arte della sanità italiana, forse la più autorevole, aggiornando ogni anno le sue analisi e indagini. L'opportunità offerta, quindi, di valutare i trend storici dei fenomeni, permette di registrare un cambiamento sistemico radicale che accompagna questa tenuta economica e di immagine del SSN: numero di letti più che dimezzati negli ultimi anni con ricoveri per acuti e giornate di ricovero che calano rispettivamente -28% e -24% in 15 anni, modifiche importanti nei modelli di *governance* regionali, crescenti tassi di innovatività su alcune procedure e *setting* assistenziali. Tutto ciò avviene però senza che sia stato formalmente messo in discussione il modello aziendale in quanto unico modello organizzativo del sistema: se certamente questo attribuisce un ruolo centrale all'Azienda, non può non rappresentare oramai forse una forzatura a fronte dei modelli di holding e di reti scaturiti dal cambiamento.

FIASO insomma legge la situazione che OASI rappresenta nel suo 17° Rapporto con l'orgoglio di chi ha la certezza di rappresentare il management sanitario, parte essenziale del sistema e delle Aziende, luogo dove si sono misurate dalla crisi del 2008 le divergenti istanze tra sostenibilità e necessità di miglioramento dei servizi, con la coscienza di essere di fronte a sfide interamente volte a sostenere, consolidare e rendere permanenti i miglioramenti avvenuti. Come riconosciuto in più occasioni, è proprio nei momenti di crisi che il valore del management risulta evidente perché riesce a proporre una visione sintetica della complessità e trasforma vincoli in opportunità, razionamento (chiusure, riconversioni, vere riduzioni di offerta) in occasione di innovazione e superamento di prodotti obsoleti e pericolosi. E l'Azienda, che rappresenta «la faccia» del sistema, non può che essere orgogliosa di questi risultati che sente propri. Al contempo gli accorpamenti, i nuovi assetti esterni e interni alle Aziende, la penuria dei professionisti medici e non, l'irrompere di problemi legati alla presa in carico prevalente dei pazienti cronici mostrano chiaramente la necessità di nuovi e continui processi di adattamento che solo il management sanitario potrà affrontare, anche con nuovi modelli organizzativi che vadano al di là della Azienda, e su questo FIASO intende essere un interlocutore affidabile.

Se queste sono le osservazioni generali sulla tenuta del sistema che derivano dalla lettura sintetica dei dati riportati nel Rapporto OASI 2017, i singoli temi trattati, le modalità analitiche e il tipo di dati riportati stimolano alcune considerazioni, anche alla luce dell'attività di ricerca e riflessione portata avanti dalla Federazione attraverso i suoi Laboratori e Gruppi di lavoro.

- In ogni Rapporto OASI è stato sempre riservato uno spazio di approfondimento ad un tema particolarmente caro a FIASO: in questa edizione è quello della *Governance* del sistema a cui da anni FIASO dedica attenzione e produce analisi sistematiche. I cambiamenti registrati sono di grande portata: nel Rapporto si dà conto di quanto successo negli ultimi tempi in termini di azioni centripete nel SSN, a livello nazionale attraverso interventi diretti dello Stato (commissariamenti regionali e aziendali, ridisegno di reti ospedaliere, politiche del farmaco e di HTA, etc.) e risposte centrifughe a livello regionale (rafforzamento degli enti intermedi regionali, interventi di riorganizzazione regionale, etc.), o aggregazioni fra Aziende sanitarie che hanno dato vita a nuovi soggetti (mega Aziende o Aziende «0» o Aziende di scopo). È interessante notare come il livello centrale abbia utilizzato strumenti di intervento «tecnici», impostati su standard di qualità e di esito (PNE e DM 70) o su aspetti economici derivati dall'analisi centrale dei bilanci (piani di rientro delle AO) che sembrano dare i primi risultati visibili in termini di razionalizzazione e qualità dell'offerta ospedaliera. Parallelamente, gli interventi di livello regionale hanno riguardato principalmente il rapporto fra Aziende e Regione, i cui risultati attesi sembrano diversi da quelli enunciati (non tan-

to risparmi diretti ma cambiamenti degli assetti in direzione della *holding*) e di cui bisognerà analizzare attentamente gli effetti. In questo senso sarebbe necessaria una riflessione meno superficiale che analizzi e confronti le evidenze che verranno prodotte nel corso dell'evoluzione degli assetti nelle varie regioni, ripensando anche agli aspetti istituzionali delle Aziende rispetto ai meccanismi di costruzione delle *holding*, a quelli partecipati di decisione e verifica e al profilo dei manager delle grandi Aziende, sempre meno gestori diretti e sempre più «squadra» del Presidente, troppo soli come *general manager* monocratici.

- ▶ A questi cambiamenti degli assetti istituzionali si accompagna l'analisi di alcuni processi di innovazione registrati a livello organizzativo aziendale all'interno di un quadro di relazioni sistemiche che superano i confini stessi delle Aziende o della fusione di diversi staff di Aziende «accorpate». La diversificazione per grandezza e *mission* delle Aziende sanitarie richiede competenze e staff differenti. Emerge con chiarezza la necessità di ripensare il modello classico gerarchico fin qui prevalente e di promuovere un *general management* «diffuso» nelle Aziende. In tale direzione, occorre conferire maggiore chiarezza ai ruoli di «supporto integrato», basati su specializzazioni operative che superano i classici profili professionali e risultano contendibili fra le varie professioni presenti.
- ▶ A questo proposito è per le Aziende di estremo interesse l'analisi relativa alla quantificazione delle famiglie professionali clinico e tecnico-assistenziali che, mettendo in luce un rapporto ancora sbilanciato tra medici e infermieri rispetto ai paesi europei più avanzati, denuncia l'assenza di politiche di ridistribuzione fra responsabilità clinico-professionali e quelle gestionali, sempre meno attribuibili a medici molto impegnati nelle funzioni di produzione e che non sempre hanno dimostrato una propensione alle funzioni gestionali. Gli scenari che risulteranno a seguito del fenomeno dei pensionamenti massivi previsti nei prossimi anni – la percentuale di medici ultra cinquantacinquenni è aumentata drasticamente negli ultimi dieci anni – richiedono un'urgente riflessione in termini organizzativi (ad esempio equipe professionali versus piattaforme per intensità di cura) ma anche in termini contrattuali. Questi sono temi che FIASO ha affrontato con forza coinvolgendo tutte le Aziende sanitarie e producendo dati, analisi e osservazioni messi a disposizione dei decisori centrali (Aran, Ministero salute, Conferenza Regioni, Ministero Funzione pubblica, etc.).
- ▶ Le politiche restrittive sul personale (ad esempio blocco *turn over*) oltre agli effetti legati all'obiettivo razionamento, fanno emergere che, per la prima volta, questo fattore produttivo non rappresenta la più alta voce di spesa sanitaria cedendo il primato ai beni e servizi (33,6% rispetto a 29,7% per il personale). Nella dinamica tra *make* (produzione diretta) or *buy* (committenza) sembra dunque imporsi quella del *buy*, ma occorre una ulteriore riflessione

sulle ragioni di tale evoluzione, se essa sia risultato di flessibilità o viceversa di rigidità gestionale. Sul piano di macro indicatori di sistema non può sfuggire in quest'ambito il percorso di efficientamento realizzato nel processo di gestione del ciclo passivo aziendale, con tempi di pagamento ai fornitori che stanno convergendo rapidamente verso l'obiettivo normativo dei 60 giorni. Quest'ultimo è un tema che FIASO ha sempre sostenuto con analisi e *benchmark* dei processi e con la ricerca di soluzioni che rafforzassero la forza contrattuale del SSN.

- ▶ Il tema dell'innovazione organizzativa e funzionale delle (e fra le) Aziende, come ogni anno rappresenta il fulcro del Rapporto. La crisi economico-finanziaria ha certamente accelerato molte innovazioni necessarie all'interno dei sistemi aziendali: dalle reti cliniche all'avvio di piattaforme di servizi e logistiche (letti, laboratori, bioimmagini, etc.). Tali innovazioni hanno fatto nascere nuove funzioni e responsabilità, stimolate anche dall'evoluzione dei rapporti fra i mondi professionali delle Aziende (per esempio responsabilità cliniche differenziate da quelle assistenziali). Ciò risponde alla esigenza di ripensare le rigide organizzazioni divisionali in processi orizzontali di prodotti «*patient oriented*», con particolare attenzione alle politiche di accesso, di sicurezza delle cure e di efficacia organizzativa da giustapporre a quella prestazionale. FIASO rappresenta in questo campo la cultura aziendale che non si sottrae al bisogno di controllo sui costi e di equilibrio di bilancio ma lo colloca in un percorso di innovazioni organizzative e tecnologiche che permettano di rendere stabili e progressive le trasformazioni prodotte. In tal modo si avvia un processo virtuoso che garantisce nuovi *setting* di risposta ai bisogni a fronte della riduzione evidente dell'offerta come quella dei letti e dei ricoveri.
- ▶ Anche quest'anno però sembra che le trasformazioni siano rilevabili più nel campo dell'assistenza ospedaliera per acuti che nell'area della presa in carico territoriale. Le sfide poste dal tema della cronicità non sembrano ancora produrre innovazioni credibili. Probabilmente le cause si possono ricercare nella minore standardizzabilità della domanda e nella labilità organizzativa dovuta alla Medicina Convenzionata, sempre più refrattaria a cambiamenti che si rendono urgenti. Malgrado questa evidente contraddizione, la significativa riduzione dei ricoveri per acuti e l'insufficiente crescita dei letti di lungodegenza e riabilitazione (0,15 posti letto per 1.000 abitanti nel 2015 rispetto a obiettivo normativo di 0,70) non sembrano aver per ora prodotto effetti perversi. I problemi di presa in carico derivanti dalle carenze prodotte dall'offerta sociosanitaria sembrano essere ancora risolti dal modello di previdenza-assistenza italiano centrato sul supporto finanziario alla famiglia. Tale modello rischia però l'implosione a causa della trasformazione degli stessi nuclei familiari (unipersonali, monoparentali, anziani, etc.; nel 2105 il 31% della popolazione italiana vive sola, con trend crescente negli ultimi 5 anni) e delle nuove fragilità che impongono alle Aziende un surplus di creatività a li-

vello locale al fine di evitare un *rebound* eccessivo su un sistema ospedaliero molto ridimensionato rispetto al passato.

- ▶ Con la tipica capacità di un approccio integrato alla complessità e forte della tradizione decennale di condivisione di esperienze nel campo della gestione territoriale (budget, percorsi, relazioni fra professionisti, etc.), FIASO promuove da anni il confronto sulle buone pratiche e le innovazioni orientate alla centralità del paziente cronico. Tra gli obiettivi di questa intensa attività di scambio e confronto vi è anche quello di trasformare in opportunità la relazione squilibrata fra il numero dei clinici e quello degli infermieri attraverso la definizione di nuovi *setting* assistenziali nelle Case delle Salute, l'identificazione di percorsi assistenziali (PDTA) e l'attivazione di *case manager*. Ci auguriamo che il futuro sia costellato di nuove proposte in questo campo e che le Aziende siano capaci di offrire soluzioni standardizzabili, facendo leva proprio sulle necessità di cambiamento che saranno provocate dalla «penuria» di professionisti medici convenzionati.
- ▶ Una ulteriore riflessione sulla diversa velocità del territorio e dell'ospedale è rappresentata dalla qualità e la utilizzabilità del dato: OASI è una delle migliori esemplificazioni del miglioramento nella raccolta e nella elaborazione dei dati, frutto dell'ingente investimento in sistemi informativi e informatica che le Aziende si sono trovate a fare in carenza di risorse sistemiche. Anche nell'uso dei dati le Aziende hanno rappresentato una parte attiva del sistema che ha cercato di trasformare il cosiddetto debito informativo in cruscotto delle informazioni per il governo aziendale. Le Aziende hanno puntato sul sistema informativo e informatico senza il supporto di investimenti centrali, hanno imparato e insegnato a utilizzare dati raccolti a fini amministrativo-contabili in informazioni sui risultati delle cure (esiti), sulla profondità delle innovazioni (es. mini invasività chirurgica) o uso delle risorse (farmaci) che permettono oggi confronti di serie storiche, *benchmark* e prefigurano potenzialità in termini di orientamento futuro del sistema. Purtroppo anche in questo campo la rappresentazione informativa dei processi e degli esiti territoriali rappresenta ancora un problema legato di nuovo alle criticità esposte.

L'uso sempre maggiore di dati e sistemi di informazione pone l'esigenza di una attenta riflessione su alcuni punti, in particolare, la sintesi tra qualità e fruibilità del dato, e il rapporto con la *privacy* e la sicurezza. Questi rappresentano, in questo contesto di diffusione delle informazioni, un tema critico e particolarmente sentito nelle Aziende e dovrebbe diventare oggetto di un'analisi sullo sviluppo dei sistemi operativi che sia loro di supporto.

Come questi altri temi potranno essere considerati nel prossimo Rapporto 2018 per rendere la collaborazione tra FIASO e OASI sempre più intensa e utile agli addetti ai lavori anche dando spazio a specifici approfondimenti che possano scaturire dalle esperienze delle Aziende associate.