



BANCA D'ITALIA
EUROSISTEMA

Questioni di Economia e Finanza

(Occasional Papers)

La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle regioni in piano di rientro

di Luciana Aimone Gigio, Demetrio Alampi, Silvia Camussi, Giuseppe Ciaccio, Paolo Guaitini, Maurizio Lozzi, Anna Laura Mancini, Eugenia Panicara e Massimiliano Paolicelli

Marzo 2018

Numero

427



BANCA D'ITALIA
EUROSISTEMA

Questioni di Economia e Finanza

(Occasional Papers)

La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle regioni in piano di rientro

di Luciana Aimone Gigio, Demetrio Alampi, Silvia Camussi, Giuseppe Ciaccio, Paolo Guaitini, Maurizio Lozzi, Anna Laura Mancini, Eugenia Panicara e Massimiliano Paolicelli

La serie Questioni di economia e finanza ha la finalità di presentare studi e documentazione su aspetti rilevanti per i compiti istituzionali della Banca d'Italia e dell'Eurosistema. Le Questioni di economia e finanza si affiancano ai Temi di discussione volti a fornire contributi originali per la ricerca economica.

La serie comprende lavori realizzati all'interno della Banca, talvolta in collaborazione con l'Eurosistema o con altre Istituzioni. I lavori pubblicati riflettono esclusivamente le opinioni degli autori, senza impegnare la responsabilità delle Istituzioni di appartenenza.

La serie è disponibile online sul sito www.bancaditalia.it.

ISSN 1972-6627 (stampa)

ISSN 1972-6643 (online)

Stampa a cura della Divisione Editoria e stampa della Banca d'Italia

**LA SANITÀ IN ITALIA:
IL DIFFICILE EQUILIBRIO TRA VINCOLI DI BILANCIO
E QUALITÀ DEI SERVIZI NELLE REGIONI IN PIANO DI RIENTRO**

di Luciana Aimone Gigio¹, Demetrio Alampi², Silvia Camussi¹, Giuseppe Ciaccio³, Paolo Guaitini⁴, Maurizio Lozzi⁵, Anna Laura Mancini¹, Eugenia Panicara⁶ e Massimiliano Paolicelli⁵

Sommario

Il lavoro analizza le diverse fasi che hanno portato all'adozione dei Piani di Rientro in ambito sanitario e il loro successivo sviluppo. Si evidenziano gli interventi effettuati dalle otto Regioni obbligate a transitare per un Piano di Rientro e le implicazioni di tali interventi in termini di dotazioni infrastrutturali. Si confronta altresì l'evoluzione della qualità e dei tempi di attesa delle prestazioni, nonché della mobilità dei pazienti, anche comparativamente con le restanti Regioni. Il risanamento finanziario rimane incompleto: a fronte del suo sostanziale conseguimento in Piemonte, Sicilia e Campania, permangono disavanzi, anche significativi, in Lazio, Molise e Calabria. Ancor meno diffuso è il miglioramento della qualità delle prestazioni: pur in un quadro di generale miglioramento, solo il Piemonte è riuscito a garantire, in modo stabile, il pieno rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), ancora mai raggiunti in Calabria e Campania.

Classificazione JEL: H75, I18.

Parole chiave: sanità pubblica, Piani di Rientro, costo, mobilità, qualità dei servizi.

¹ Banca d'Italia, Divisione Analisi e Ricerca economica territoriale, Sede di Torino.

² Banca d'Italia, Divisione Analisi e Ricerca economica territoriale, Sede di Napoli.

³ Banca d'Italia, Divisione Analisi e Ricerca economica territoriale, Sede di Palermo.

⁴ Banca d'Italia, Divisione Analisi e Ricerca economica territoriale, Sede di Perugia.

⁵ Banca d'Italia, Divisione Analisi e Ricerca economica territoriale, Sede di Bari.

⁶ Banca d'Italia, Divisione Analisi e Ricerca economica territoriale, Sede di Bologna.

Indice

Introduzione	7
I. I principali interventi normativi.....	9
a. Le disposizioni sui piani di rientro: accenni storici ed evoluzione recente	9
b. Le disposizioni in materia di personale e di dotazioni strutturali	11
II. Gli effetti dei piani di rientro sul conto economico.....	13
III. Il personale	19
a. La dinamica complessiva e delle forme contrattuali	19
b. La dinamica dei ruoli	21
c. I vincoli alle assunzioni e gli effetti sull'età del personale.....	22
IV. L'offerta ospedaliera	23
a. Le dotazioni strutturali.....	23
b. Livelli di attività e di efficienza del servizio ospedaliero	24
c. Articolazione dell'offerta ospedaliera e altre forme di assistenza.....	26
V. La qualità del servizio sanitario.....	29
a. La qualità del servizio in base ai LEA	29
b. La qualità delle prestazioni ospedaliere in base agli indicatori di esito.....	31
c. La qualità percepita dai pazienti	34
VI. La mobilità dei pazienti.....	37
a. Mobilità e risorse finanziarie a compensazione.....	37
b. Mobilità e qualità delle prestazioni.....	38
c. Mobilità e tempi di attesa.....	40
Conclusioni.....	42
I piani di rientro regionali.....	45
a. Percorso del piano di rientro della regione Abruzzo	46
b. Percorso del piano di rientro della regione Calabria.....	49
c. Percorso del piano di rientro della regione Campania.....	51
d. Percorso del piano di rientro della regione Lazio	54
e. Percorso del piano di rientro della regione Liguria	57
f. Percorso del piano di rientro della regione Molise	59
g. Percorso del piano di rientro della regione Piemonte	62
h. Percorso del piano di rientro della regione Puglia	65
i. Percorso del piano di rientro della regione Sardegna	68
j. Percorso del piano di rientro della regione Siciliana	70
Appendice normativa	73
Appendice statistica.....	79
Bibliografia.....	99

INTRODUZIONE¹

La gestione sanitaria rappresenta la principale voce di spesa nei bilanci delle singole Regioni che, ai sensi della riforma del 2001 del Titolo V della Costituzione, devono garantire l'equilibrio economico e finanziario. Non sempre tale vincolo è stato rispettato ed è al fine di garantire il conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica che il legislatore è intervenuto, introducendo l'obbligo per le Regioni in grave deficit finanziario di definire, di concerto con i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle finanze, un Programma Operativo di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del Servizio sanitario regionale (di seguito Piano di Rientro o PdR). Ogni PdR deve individuare gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico e finanziario, fermo restando il rispetto dei Livelli essenziali delle prestazioni. I primi Accordi per i PdR sono stati siglati nel 2007 per il triennio terminante nel 2009 e hanno interessato Lazio, Liguria e quasi tutte le Regioni del Sud (ad eccezione di Basilicata e Puglia); nel 2010 anche Puglia e Piemonte sono state sottoposte a PdR, mentre Liguria e Sardegna ne sono uscite.

Con il presente lavoro si intende documentare lo stato di effettivo ottenimento dell'equilibrio finanziario da parte delle Regioni sottoposte a Piano di Rientro in ciascuno dei due sottoperiodi e la parallela evoluzione del livello qualitativo delle prestazioni sanitarie sul territorio regionale. Il lavoro cerca inoltre di verificare la sostenibilità nel tempo dei risultati raggiunti con la procedura dei PdR, e in particolare se l'uscita dal PdR abbia comportato dinamiche della spesa nuovamente non in linea con quella delle entrate. Al fine di analizzare questo secondo aspetto l'analisi è stata effettuata tenendo costante, per tutto il periodo dal 2007 al 2015, il gruppo di Regioni inizialmente sottoposto a PdR, che include le due Regioni uscite nel 2010 dalla procedura: Liguria e Sardegna. Tuttavia, solo la prima può rappresentare uno strumento di controllo delle dinamiche dei costi, essendo la Sardegna uscita dal PdR non per il pieno conseguimento degli obiettivi ma avvalendosi dello status di Regione a Statuto Speciale, acquisendo in tal modo dal 2010 piena autonomia nella gestione della spesa sanitaria.

In considerazione delle motivazioni sopra riportate e al fine di tenere conto dell'evoluzione della normativa e dei conseguenti differenti vincoli a cui sono state soggette nel tempo le Regioni in PdR, l'analisi dell'andamento della spesa e del mix quali-quantitativo di prestazioni è stata incentrata sul confronto tra le Regioni effettivamente in PdR e le altre, con riferimento ai due periodi di vigenza dei Piani, ossia il triennio 2007-09 e il successivo periodo 2010-15.

La prima fase di realizzazione dei Piani ha visto un grande sforzo per il risanamento dei conti, accompagnato però da diversi segnali di deterioramento nella qualità delle prestazioni sanitarie. Nella seconda fase, avviata nel 2010, è evidenziabile un miglioramento sotto entrambi i profili, sebbene le Regioni in PdR siano rimaste mediamente peggiori delle altre in termini di qualità delle prestazioni. Anche la variabilità nei risultati tra le Regioni è forte. A fronte di situazioni di equilibrio economico ormai conseguite in Piemonte, Sicilia e Campania, permangono infatti disavanzi, anche significativi, in Lazio, Molise e Calabria; sotto il profilo qualitativo solo Piemonte e in parte Abruzzo, Lazio e Sicilia hanno garantito negli ultimi anni il rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Per contro, non emergono evi-

¹ Si ringrazia Daniele Marangoni (Banca d'Italia, Perugia) per il supporto fornito nell'estrazione dei dati. Il lavoro riflette esclusivamente le opinioni degli autori, senza impegnare le responsabilità dell'Istituto di appartenenza.

denze significative circa il riprodursi di dinamiche di forte crescita dei costi dopo l'uscita dal PdR, per quanto limitato sia il numero di casi su cui possa essere effettuato tale riscontro.

Il lavoro si articola come segue. Nella prima sezione, il primo capitolo ripercorre l'evoluzione normativa che ha portato all'adozione dei PdR, insieme alle più importanti disposizioni che ne sono seguite. Nel secondo capitolo è dato conto dello sforzo compiuto per il risanamento economico e finanziario nei due periodi di vigenza dei Piani, evidenziando come molte Regioni in PdR siano riuscite a tornare a situazioni prossime all'equilibrio di bilancio, con una struttura dei costi che si è sostanzialmente allineata a quella delle altre Regioni. Nei due capitoli successivi si analizzano gli interventi compiuti in termini di riduzione di posti letto e di personale, mostrando come per quest'ultimo la situazione più recente evidenzi una minore dotazione e un più accentuato invecchiamento dell'organico nel confronto con le altre Regioni. Il quinto capitolo fornisce una lettura della qualità delle prestazioni del sistema sanitario, facendo riferimento sia a quella rilevata dai LEA e dagli indicatori di esito dell'attività ospedaliera sia a quella percepita dai pazienti. Le implicazioni in termini di mobilità territoriale e di tempi di attesa sono analizzate nel successivo capitolo. I principali risultati di questa analisi sono poi riepilogati nel capitolo conclusivo.

Una seconda sezione consente poi di approfondire l'analisi per singola Regione interessata dall'adozione di un PdR, mentre in Appendice viene fornita una più ampia informativa, sia statistica sia normativa, di quanto esposto nel testo.

I. I PRINCIPALI INTERVENTI NORMATIVI

a. LE DISPOSIZIONI SUI PIANI DI RIENTRO: CENNI STORICI ED EVOLUZIONE RECENTE

Negli anni novanta, in un contesto politico-economico caratterizzato dall'esigenza di riequilibrare i conti pubblici e dall'affermarsi di istanze favorevoli al decentramento fiscale, è stato avviato un percorso di progressiva responsabilizzazione delle Regioni nella gestione e nel finanziamento della sanità. L'introduzione di "livelli essenziali delle prestazioni", contestualmente all'individuazione delle risorse necessarie al loro finanziamento, rappresentava lo strumento che avrebbe dovuto garantire, nell'idea iniziale del legislatore (cfr. i decreti legislativi n. 502/92 e n. 229/99), uno standard minimo di prestazioni uniforme su tutto il territorio nazionale compatibile con l'equilibrio di bilancio (per approfondimenti sulla normativa, cfr. la sezione: *Appendice normativa*).

Tale processo è culminato nel 2001 con la modifica del Titolo V della Costituzione, che ha stabilito la ripartizione delle funzioni in materia di sanità: la "tutela della salute" è stata attribuita alle Regioni, mentre allo Stato è stata data la competenza nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

Coerentemente con il nuovo dettato costituzionale, la responsabilità dell'equilibrio economico e finanziario sulla base del finanziamento concordato a livello nazionale è stata posta interamente a carico delle Regioni. Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del novembre 2001 sono stati inoltre definiti i Livelli essenziali di assistenza (LEA). Questi stabiliscono i livelli di prestazioni e servizi che devono essere garantiti dal servizio sanitario a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket; prestazioni aggiuntive possono essere erogate dalle Regioni attraverso il ricorso a risorse proprie.

Tuttavia, nei primi anni di applicazione di tali disposizioni, lo Stato ha continuato a intervenire ex post nel ripiano dei disavanzi sanitari regionali, senza prevedere vincoli o condizioni che subordinassero l'accesso alle risorse finanziarie statali ai risultati economici conseguiti. In assenza di un meccanismo sanzionatorio certo che incentivasse azioni di contenimento della spesa, in alcune Regioni hanno continuato a perdurare significativi disavanzi sanitari.

Per ovviare a tale circostanza, con la legge finanziaria per il 2005 (legge 30 dicembre 2004, n. 311) sono state introdotte nel nostro ordinamento condizioni per l'accesso alle risorse sanitarie, separando e posticipando l'erogazione di una parte del fondo sanitario nazionale spettante a ogni Regione (cosiddetta quota premiale) alla verifica dell'equilibrio di bilancio; nel caso di deficit significativo, la Regione per poter accedere a tali risorse era tenuta a individuare le cause del disavanzo e a formulare dei Programmi Operativi di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del Servizio sanitario regionale. Al fine di favorire il ripiano anche dei disavanzi pregressi, la stessa legge finanziaria ha stanziato risorse aggiuntive, vincolandone l'erogazione alla stipula di uno specifico accordo da parte della Regione in disavanzo.

I Piani di Rientro (PdR) sono disciplinati normativamente dalla legge finanziaria per il 2007 (legge 27 dicembre 2006, n. 296). La loro sottoscrizione rappresenta un obbligo nel caso di disavanzi superiori a una specifica soglia del finanziamento complessivo, inizialmente posta al 7 per cento e poi abbassata al 5 per cento a partire dal 2010. Hanno una durata triennale, ma se al termine del triennio non vengono raggiunti gli obiettivi previsti nel Piano stesso, possono essere prorogati per un ulteriore triennio, presentando un nuovo PdR, da concordare con il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze. Se lo scostamento rispetto agli obiettivi fissati si mantiene significativo, la stessa norma prevede il commissariamento della Regione; in tal caso si applicano in

modo più stringente e automatico alcuni vincoli in materia di personale e di aliquote fiscali espressamente previsti per le Regioni in PdR.

Il primo accordo in tema di PdR è stato siglato con la Regione Lazio il 28 febbraio 2007, a cui sono seguiti, nello stesso anno, quelli con Abruzzo, Liguria, Molise, Campania, Sardegna e Sicilia; l'iter per la Regione Calabria è risultato più lungo e il relativo PdR è stato sottoscritto solo nel 2009 (tav. 1; per maggiori dettagli cfr. la Sezione II: *I Piani di Rientro regionali*). Nel 2008, ricorrendone i presupposti normativi, sono state soggette a commissariamento le Regioni Lazio e Abruzzo; lo stesso provvedimento è stato adottato l'anno successivo per Campania e Molise e nel 2010 per la Calabria. Allo scadere del primo ciclo triennale di programmazione, i PdR sono stati rinnovati per tutte le Regioni, con l'eccezione di Liguria e Sardegna², mentre nuovi Piani sono stati sottoscritti da Puglia e Piemonte (cosiddetti "Piani leggeri"³). Nel 2013 il legislatore ha stabilito, per le Regioni che non avevano ancora raggiunto gli obiettivi previsti dai rispettivi PdR, la prosecuzione del processo di risanamento dei sistemi sanitari tramite Programmi Operativi per il triennio 2013-15. Tutte le Regioni già in PdR hanno presentato tali Programmi, ulteriormente rivisti e aggiornati per il triennio 2016-18; nel 2016 è stata deliberata l'uscita dal commissariamento dell'Abruzzo, pur rimasto in Piano di Rientro, mentre nel 2017 il Piemonte è uscito dalla condizione di Regione in PdR.

Tavola 1

Regioni in Piano di Rientro (1)				
REGIONI	2007-09	2010-12	2013-15	2016-18
Piemonte		X	X	
Liguria	X			
Lazio	C	C	C	C
Abruzzo	C	C	C	X
Molise	C	C	C	C
Campania	C	C	C	C
Puglia		X	X	X
Calabria	X	C	C	C
Sicilia	X	X	X	X
Sardegna	X			

(1) La X indica la condizione di Regione in PdR, la C quella di Regione commissariata e in PdR.

Le Regioni in PdR sono sottoposte a periodico monitoraggio, volto ad analizzare l'effettiva attuazione degli impegni assunti e le ricadute sul contenimento dei costi e sul livello dei LEA; in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi è prevista la sospensione dell'erogazione della quota parte del finanziamento indistinto, rappresentata dalla quota premiale. Con riferimento alla prima fase dei PdR (2007-09) è stato svolto un monitoraggio definito "di attuazione", finalizzato principalmente alla verifica dell'equilibrio economico e finanziario e della riorganizzazione dell'offerta sanitaria, valutandone la possibile sostenibilità anche dopo l'uscita dal Piano. Nella fase successiva è stato invece introdotto un monitoraggio

² La Regione Sardegna è uscita nel 2010 dalla procedura prevista per i PdR, in seguito al riconoscimento, anche per il comparto sanitario, della condizione di Regione a Statuto Speciale. La Regione Sicilia ha invece continuato a essere sottoposta alla normale disciplina e quindi anche alla procedura dei PdR.

³ Vengono definiti "Piani leggeri" in quanto la sottoposizione al Piano non è stata determinata dalla presenza di disavanzi correnti eccessivi (superiori alla soglia del 5 per cento), ma dalla volontà di recuperare le quote premiali pregresse. Per tale motivo, il Piano stesso si caratterizza per un minore dettaglio e per una frequenza di verifica semestrale e non trimestrale; tali Regioni sono inoltre soggette a minori vincoli in termini di massimizzazione delle aliquote e di blocco del turnover.

definito “sostanziale”, che ha attribuito maggiore enfasi al perseguimento congiunto di obiettivi economici e dei LEA.

Piani di rientro aziendali – Il decreto del Ministro della Salute del 21 giugno 2016 (cfr. la sezione: *Appendice normativa*), al fine di tener conto di situazioni di difficoltà (economica o nella qualità delle prestazioni) che potrebbero interessare singoli enti ospedalieri, ha introdotto nel nostro ordinamento i cosiddetti “Piani di Rientro Aziendali”. Questi si applicano alle aziende ospedaliere, alle aziende ospedaliere universitarie, agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici o agli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, anche nelle Regioni non soggette a PdR, nel caso in cui ricorra almeno una delle seguenti condizioni: a) un divario tra costi e ricavi superiore a soglie definite per legge; b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. Trattandosi di una disciplina recente, non sono disponibili dati ai fini di una valutazione sui risultati conseguiti. Tuttavia, da una prima ricognizione degli ospedali per i quali ricorrono le condizioni per la sua applicazione, è possibile osservare come di questi i due terzi circa si trova nelle Regioni in PdR. In particolare, in tali Regioni si trova la quasi totalità delle strutture che non rispettano congiuntamente sia i requisiti economici sia quelli di volumi ed esito delle cure, insieme alla prevalenza di quelle che non soddisfano i soli parametri economici.

b. LE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PERSONALE E DI DOTAZIONI STRUTTURALI

Personale – In materia di personale, in relazione anche alla rilevanza economica di tale voce di spesa (cfr. il capitolo: *Gli effetti dei Piani di Rientro sul conto economico*), si sono succedute negli anni varie disposizioni, alcune contenenti previsioni normative valide per tutte le Regioni, altre specifiche per quelle in PdR.

In particolare, la legge finanziaria per il 2007 (legge 27 dicembre 2006, n. 296) aveva introdotto norme applicabili a tutte le Regioni per il contenimento della spesa del personale, stabilendo che questa non dovesse superare, nel triennio 2007-09, il costo sostenuto nel 2004 ridotto di una percentuale fissa; tale disposizione è stata prorogata dalle successive leggi finanziarie fino agli anni recenti. Nonostante le previsioni contenute nei singoli PdR avessero spesso inserito dei vincoli aggiuntivi alle nuove assunzioni, è solo con la legge finanziaria per il 2010 (legge 23 dicembre 2009, n. 191) che è stato introdotto nel nostro ordinamento il blocco automatico del turnover, limitatamente alle Regioni in PdR e solo nel caso di mancato o parziale rispetto degli impegni assunti nel Piano stesso. Tale blocco, di durata almeno triennale, è stato soggetto a un allentamento a partire dal 2011, al fine di facilitare il raggiungimento dei LEA (cfr. la sezione: *Appendice normativa*).

Le disposizioni in materia di blocco del turnover hanno sollevato alcuni dubbi interpretativi in merito all'applicazione di questa norma anche nei confronti di tipologie contrattuali diverse dal tempo determinato e indeterminato. Su tale questione si sono espresse, a partire dal 2010, sia le sezioni regionali della Corte dei Conti sia la Corte Costituzionale ed entrambe hanno convenuto che tali disposizioni debbano trovare applicazione nei confronti di ogni forma di acquisizione di personale, indipendentemente dal tipo di contratto utilizzato.

Dotazioni strutturali – Le disposizioni in materia di dotazioni strutturali, soprattutto in termini di numero di posti letto ospedalieri per mille abitanti, sono state utilizzate dal legislatore al fine di raggiungere un duplice obiettivo. In generale, insieme alla riduzione del personale, hanno rappresentato uno strumento per il contenimento dei costi di gestione. In aggiunta, soprattutto negli anni più recenti, hanno inteso favorire un processo di miglioramento sia dell'efficienza sia dell'appropriatezza delle cure, introducendo vincoli differenziati in relazio-

ne alla tipologia di ricovero. Le disposizioni, rivolte a tutte le Regioni, hanno avuto un impatto più vincolante nei confronti di quelle in PdR, che spesso partivano da una dotazione strutturale superiore.

La legge finanziaria per il 2005 (e la successiva Intesa del 2005) aveva stabilito che per l'accesso alla quota premiale e ai fini del contenimento dei costi, le Regioni avrebbero dovuto raggiungere entro il 2007 una dotazione di 4,5 posti letto ospedalieri per mille abitanti, comprensivi della lungodegenza e della riabilitazione. Con il successivo Patto per la Salute 2010-12, al fine di favorire anche un processo di riconversione verso forme di assistenza più appropriate e meno costose rispetto al ricovero ospedaliero, il parametro complessivo è stato abbassato a 4 posti letto per mille abitanti. Il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 ha ulteriormente ridotto tale soglia massima, portandola a 3,7 posti ogni mille abitanti e stabilendo inoltre che 3,0 posti letto fossero riferiti all'assistenza per acuti e 0,7 a riabilitazione e lungodegenza.

Il DM 70/2015 ha inoltre prescritto che la riorganizzazione della rete ospedaliera debba avvenire parallelamente alla riduzione del tasso di ospedalizzazione, con un incremento dell'indice di occupazione dei posti letto e con uno spostamento dal regime ordinario a favore di quello diurno. Oltre agli standard strutturali, il Decreto ha definito anche volumi di attività ed esiti associati a specifiche prestazioni, al fine di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia ed efficienza; tali valori si applicano a tutti i soggetti, sia pubblici sia privati accreditati. Sono state inoltre introdotte norme per l'accreditamento delle strutture private, ponendo dei vincoli in termini di numero minimo di posti letto per acuti di cui tali strutture devono essere dotate, vincoli inizialmente differenziati a seconda che la struttura prosegua nell'accreditamento o vi acceda ex novo (cfr. la sezione: *Appendice normativa*).

II. GLI EFFETTI DEI PIANI DI RIENTRO SUL CONTO ECONOMICO

In base a nostre elaborazioni sui dati del Ministero della Salute, tra il 2004 e il 2006, prima della formalizzazione e della sottoscrizione dei Piani di Rientro, il complesso dei sistemi sanitari delle Regioni entrate in PdR nel 2007 (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna), presentava una crescita media annua nominale dei costi del 5,8 per cento, di poco superiore a quella delle altre Regioni, ma con marcate differenze nella dinamica delle singole voci che ne rendevano problematica la sostenibilità nel medio-lungo periodo. L'incremento della spesa per l'acquisto di beni e di quella relativa al personale risultava, infatti, significativamente più accentuato rispetto a quanto rilevato nel resto del Paese (rispettivamente, 15,8 e 7,9 per cento l'anno, contro il 9,7 e il 5,6; tav. 2). Le Regioni in PdR totalizzavano nel 2006 un disavanzo superiore a 4,3 miliardi di euro, a fronte di un valore di circa 1,7 miliardi per il complesso delle altre Regioni, comprese quelle a Statuto Speciale (tav. a2.2).

Le principali voci di costo – L'obiettivo prioritario della prima fase di attuazione dei Piani (2007-09) è stato quello di pervenire a un riequilibrio economico e finanziario, al fine di contenere gli ingenti disavanzi ed evitare la necessità di continui ripiani aggiuntivi da parte dello Stato. In tale triennio la variazione media annua dei costi totali è divenuta meno intensa (1,5 per cento nominale; 4,0 per le Regioni non sottoposte a Piano; tav. a2.1), con una decelerazione che ha interessato sia la componente a gestione diretta (che rappresentava circa il 60 per cento della spesa complessiva) sia quella presso enti convenzionati e accreditati. In entrambi i casi gli effetti maggiori si sono concentrati nelle voci di costo più direttamente e facilmente controllabili, talvolta in applicazione di specifiche disposizioni normative. Nell'ambito della gestione diretta, la spesa per l'acquisto di beni⁴ è quella che ha mostrato il più forte rallentamento, allineandosi sostanzialmente all'andamento registrato nel resto del Paese (rispettivamente, 7,6 e 7,1 per cento); tuttavia la spesa per il personale (che rappresentava circa la metà dei costi della gestione diretta e un terzo dei costi complessivi) è quella che ha contribuito maggiormente al contenimento dei costi diretti, crescendo solo dell'1,9 per cento, rispetto al 3,2 delle altre Regioni. La spesa verso enti convenzionati, nel complesso stabile (in crescita del 2,6 per cento nelle altre Regioni), ha beneficiato di una contrazione significativa della spesa per farmaceutica convenzionata, calata di quasi il 6 per cento (-2,3 nelle Regioni non in PdR).

Nella seconda fase di programmazione (2010-12), accanto all'obiettivo di riduzione e razionalizzazione dei costi - il cui conseguimento è stato rafforzato attraverso l'introduzione del blocco automatico del turnover - è divenuto prioritario anche quello di salvaguardia e miglioramento del livello qualitativo dell'erogazione dei servizi (cfr. il paragrafo *a* del capitolo V: *La qualità del servizio in base ai LEA*). In tale periodo, i costi totali nelle Regioni in PdR hanno iniziato a ridursi, nella misura dello 0,6 per cento medio annuo nominale (hanno invece continuato a crescere dell'1,1 per il complesso delle altre Regioni). La spesa per la gestione diretta è rimasta nel complesso stabile, grazie al calo di quella per il personale (-1,6 per cento; 0,4 per le altre Regioni); la spesa per l'acquisto di beni, pur continuando a rallentare, è tornata a presentare una dinamica più accentuata rispetto all'aggregato di confronto (rispettivamente, 3,6 e 1,4 per cento medio annuo). La spesa verso enti convenzionati è diminuita dell'1,5 per cento medio annuo (rimanendo stabile per le altre Regioni), ancora per effetto di una riduzio-

⁴ La spesa per l'acquisto di beni rappresentava nel 2007 il 10 per cento circa della spesa sanitaria totale e poco più del 15 per cento dei costi per la gestione diretta.

ne più significativa del costo della farmaceutica convenzionata (-7,5 per cento; -6,2 per le Regioni non in PdR).

Tavola 2

Dinamica dei costi e dei ricavi (variazioni percentuali medie annue) (1)				
VOCI	2005-06	2007-09	2010-12	2013-15
Regioni in PdR (2)				
Costi totali	5,8	1,5	-0,6	0,0
Gestione diretta	8,7	2,4	0,0	0,0
di cui: <i>beni</i>	15,8	7,6	3,6	4,9
<i>di cui: prodotti farmaceutici (4)</i>	21,1	11,2	6,4	11,5
<i>personale</i>	7,9	1,9	-1,6	-1,6
Enti convenzionati	1,8	0,0	-1,5	0,1
di cui: <i>farmaceutica convenzionata</i>	1,4	-5,9	-7,5	-2,7
Ricavi	6,9	2,5	2,2	-0,4
Altre Regioni (3)				
Costi totali	5,2	4,0	1,1	0,5
Gestione diretta	6,0	4,8	1,6	0,7
di cui: <i>beni</i>	9,7	7,1	1,4	4,4
<i>di cui: prodotti farmaceutici (4)</i>	12,6	9,5	4,7	10,7
<i>personale</i>	5,6	3,2	0,4	-0,4
Enti convenzionati	3,8	2,6	0,0	0,2
di cui: <i>farmaceutica convenzionata</i>	1,2	-2,3	-6,2	-2,3
Ricavi	6,3	4,1	1,6	0,0

Fonte: elaborazione su dati NSIS, Ministero della Salute (dati aggiornati a maggio 2017). Per omogeneità di confronto con i dati antecedenti al 2012, i valori sono sempre espressi al netto degli ammortamenti e delle svalutazioni.

(1) Le variazioni percentuali sono calcolate come media geometrica tra il dato relativo all'ultimo anno di ogni periodo considerato e quello iniziale; come dato iniziale si è considerato il dato relativo all'anno precedente a quello riportato a intestazione della colonna. – (2) Nei periodi 2005-06 e 2007-09 sono comprese le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna; nei periodi 2010-12 e 2013-15 sono invece incluse: Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. – (3) Sono ricomprese in ogni periodo le Regioni non incluse nell'aggregato precedente. – (4) Comprende anche la spesa per emoderivati.

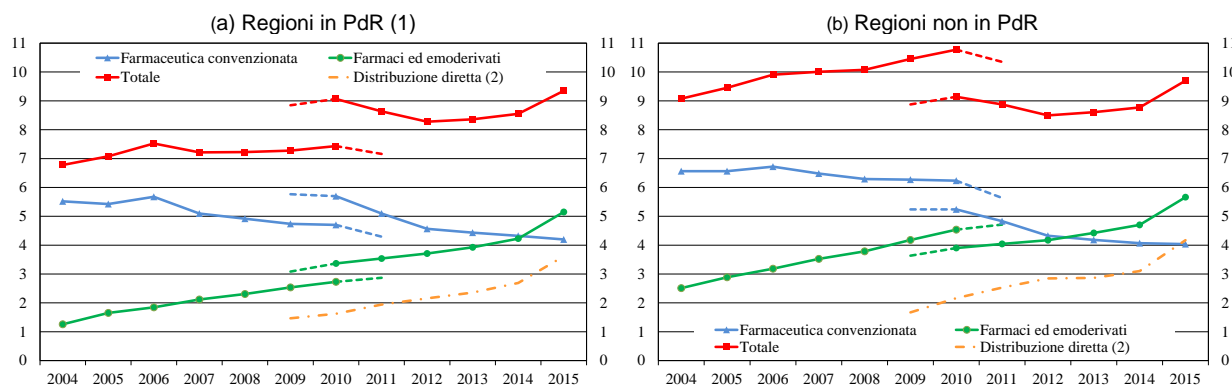
Nel triennio 2013-15 di prosecuzione dei PdR come “Programmi Operativi”, i costi totali delle Regioni in PdR sono risultati nel complesso stabili, a fronte di una lieve crescita per il complesso delle altre Regioni. Su tale andamento ha influito soprattutto la prosecuzione, con intensità analoga al triennio precedente, del processo di contenimento della spesa per il personale (-1,6 per cento in media annua; -0,4 nelle Regioni non in PdR). La spesa per l’acquisto di beni e servizi ha invece continuato a crescere, in misura più accentuata rispetto al triennio precedente (4,9 medio annuo), analogamente a quanto rilevato nelle altre Regioni (4,4 per cento). La spesa verso enti convenzionati è rimasta pressoché stabile, con un andamento che si è allineato, nelle principali componenti, a quello medio delle Regioni non in PdR.

In seguito all’attuazione dei PdR e alla diversa dinamica che ha caratterizzato le varie poste di bilancio, è cambiato il peso relativo dei costi della gestione diretta e di quelli in convenzione, insieme alla loro composizione interna, portando le Regioni in PdR a convergere verso la struttura della spesa delle altre Regioni. Tra il triennio 2004-06 e quello 2013-15, l’incidenza dei costi della gestione diretta sui costi totali nelle Regioni in PdR è aumentata di quasi quattro punti percentuali, al 62,5 per cento; al suo interno, il peso della spesa per il personale si è significativamente ridotto (dal 53 a circa il 47 per cento), mentre è cresciuto di quasi otto punti percentuali quello della spesa per l’acquisto di beni (al 23 per cento circa). L’incidenza della farmaceutica convenzionata sul totale della spesa per enti convenzionati è diminuita di oltre 11 punti percentuali, a poco più del 22 per cento.

La spesa farmaceutica – Per una corretta interpretazione dell’andamento della spesa farmaceutica nelle sue due componenti principali (acquisto di beni nell’ambito della gestione diretta e farmaceutica convenzionata) occorre tener conto di due forme di distribuzione dei farmaci adottate in misura crescente dai sistemi sanitari regionali, cioè la “distribuzione diretta” e la “distribuzione per conto”. Per “distribuzione diretta” si intende la dispensazione, per il tramite delle strutture sanitarie, di medicinali agli assistiti per la somministrazione al proprio domicilio. Tale distribuzione può avvenire anche tramite le farmacie territoriali, previ specifici accordi, e in tal caso è definita “distribuzione per conto”. Entrambe queste forme sono contabilizzate nella voce “acquisto di beni - di cui: prodotti farmaceutici” compresa nella gestione diretta (tav. a2.4); pertanto, un loro maggiore ricorso si riflette in una crescita di tale voce e in una riduzione della componente in convenzione (tav. a2.3). Al momento dell’avvio del primo ciclo dei PdR queste forme di dispensazione rappresentavano una quota minoritaria della spesa complessiva; tuttavia, il loro ricorso è aumentato negli anni successivi in tutte le Regioni, arrivando nel 2015 a rappresentare più del 70 per cento della spesa in farmaci ed emoderivati e circa il 40 per cento di quella complessiva. Al fine di eliminare l’effetto dovuto a cambiamenti di composizione, si è considerato l’andamento della spesa farmaceutica complessiva, ricomprendendo in essa tutte le principali componenti sia dirette sia in convenzione. Tale voce ha mostrato una sostanziale stabilità nelle Regioni in PdR nel primo triennio di attuazione dei Piani (fig. 1), a fronte di una crescita nel resto del Paese; si è poi ridotta in tutte le Regioni nel periodo 2010-12, ma in misura più marcata in quelle in PdR; è tornata a crescere a partire dal 2013, per effetto di un impulso in aumento della componente diretta non compensato dal calo di quella in convenzione. Nel 2015, la spesa complessiva risultava in tutte le Regioni superiore al valore, a prezzi correnti, registrato nel 2010; in quelle in PdR il differenziale in aumento risultava comunque più contenuto.

Figura 1

La spesa farmaceutica
(milioni di euro)



Fonte: elaborazioni sui bilanci delle ASL, su dati NSIS e OsMed.

(1) Fino al 2009 per Regioni in PdR: Abruzzo, Calabria, Campania, Liguria, Lazio, Molise, Sardegna, Sicilia; dal 2010: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia. Le Regioni non in PdR sono le altre. – (2) La distribuzione diretta è una componente della spesa in farmaci ed emoderivati.

Il costo della farmaceutica convenzionata riflette anche cambiamenti nell’ammontare dei ticket e delle compartecipazioni a carico dei cittadini, essendo contabilizzato al netto di queste due voci. Nel triennio 2007-09 le Regioni in PdR hanno adottato, ai fini del ripiano dello scostamento dal tetto programmato della spesa farmaceutica, delibere volte ad aumentare l’onere a carico del paziente: l’incidenza della compartecipazione a carico del cittadino in tali Regioni, che partiva da valori decisamente più contenuti rispetto alle altre (1,7 e 4,3 per cento, rispettivamente, nel 2006), è aumentata fino a superare già nel 2009 quella della Regioni non soggette a PdR (tav. a2.5). Questo fornisce un ulteriore contributo a spiegare il più intenso calo nella farmaceutica convenzionata registrato nelle Regioni in PdR rispetto alle re-

stanti Regioni. A partire dal 2010, l'incidenza della compartecipazione alla spesa farmaceutica a carico dei cittadini ha continuato ad aumentare, ma con intensità analoga nei due gruppi di Regioni (6 punti percentuali in più nell'arco di 5 anni), attestandosi nel 2015 al 14,5 per cento della spesa complessiva nelle Regioni in PdR e al 13,5 nelle altre.

I ricavi – L'ammontare dei ricavi finalizzati al finanziamento dei sistemi sanitari regionali, cresciuto significativamente in termini nominali prima della sottoscrizione dei PdR, ha continuato ad aumentare anche nei due trienni successivi e con un andamento abbastanza uniforme tra i due gruppi di Regioni (tav. 2); si è poi sostanzialmente stabilizzato nell'ultimo periodo di vigenza dei Programmi Operativi. Tale dinamica riflette solo marginalmente l'effetto di politiche adottate a livello regionale, in quanto più del 90 per cento dei ricavi è rappresentato da trasferimenti dallo Stato centrale, il cui ammontare è stabilito ogni anno in sede di conferenza Stato-Regioni sulla base delle risorse nazionali complessivamente disponibili, e attribuito poi alle Regioni principalmente sotto forma di compartecipazione al gettito IVA, al gettito IRAP e a quello dell'addizionale regionale all'Irpef. La crescita registrata nei ricavi fino al 2012 ha riflesso quindi primariamente l'aumento delle risorse stabilite a livello nazionale per il finanziamento del Servizio sanitario. Solo una parte di tale crescita, limitatamente al primo periodo di programmazione, può essere ricondotta a un aumento del ricorso ai ticket sulle prestazioni ambulatoriali e specialistiche, attuato con intensità maggiore dalle Regioni in PdR rispetto alle altre, analogamente a quanto avvenuto per la compartecipazione alla spesa farmaceutica.

La normativa sui Piani di Rientro ha previsto la possibilità, e talvolta l'obbligo, di massimizzazione delle aliquote fiscali dell'addizionale regionale all'Irpef e dell'IRAP, al fine di ottenere un extra-gettito per la copertura del disavanzo finanziario. Tale extra-gettito non viene registrato tra le poste di bilancio relative al finanziamento dei sistemi sanitari e quindi non è direttamente ricavabile dalla banca dati del Ministero della Salute. In base a nostre elaborazioni sulle aliquote IRAP e dell'addizionale regionale all'Irpef risulta che, almeno nel periodo del secondo ciclo dei Piani di Rientro e dei Programmi Operativi, le Regioni in PdR hanno applicato tali maggiorazioni, con aliquote medie per entrambi i tributi che risultano superiori a quelle delle restanti Regioni.

La dinamica complessiva dei ricavi - superiore a quella dei costi nei primi due trienni e sostanzialmente allineata in quello più recente - ha consentito alle Regioni in PdR di migliorare il proprio risultato di esercizio. Nel 2010, le Regioni entrate in PdR nel 2007 avevano quasi dimezzato il disavanzo complessivo, sceso a circa 2,3 miliardi. Il gruppo di Regioni sottoposto alla seconda fase di programmazione - comprensivo quindi di Piemonte e Puglia e al netto di Liguria e Sardegna - che nel 2010 totalizzava un disavanzo superiore ai 2,6 miliardi, nel 2015 presentava disavanzi limitati solo ad alcune Regioni, per un ammontare complessivo di poco più di 400 milioni, inferiore persino a quello del complesso delle altre Regioni.

L'effetto della diversa composizione del gruppo di Regioni in PdR – La composizione del gruppo di Regioni sottoposte a PdR è cambiata fra il primo triennio (2007-09) e i periodi successivi. Per essere sicuri che le dinamiche riscontrate non siano legate in parte alle specifiche risultanze delle quattro Regioni che hanno differenziato il gruppo nei due periodi (Liguria e Sardegna nel primo, Piemonte e Puglia nel secondo) le analisi sono state ripetute confrontando le Regioni che sono sempre state sottoposte a PdR con quelle che non lo sono state mai. Le dinamiche sopra descritte rimangono sostanzialmente immutate (tavv. 3 e a2.1).

L'ulteriore aspetto rilevante che si è inteso verificare è se all'uscita dalla procedura di PdR da parte di Liguria e Sardegna nel 2010 sia corrisposta una ripresa in tali territori della crescita dei costi. A tal fine, tutte le analisi sono state replicate fino al 2015 mantenendo co-

stante il primo gruppo di Regioni sottoposto a PdR; inoltre, si è fornita evidenza distinta per singola Regione dell'andamento dei principali indicatori dal 2007 al 2015 (cfr. la Sezione II: *I Piani di Rientro regionali*). Tali analisi sembrano smentire l'ipotesi considerata, non avendo evidenziato differenze significative nella dinamica dei costi tra i due gruppi di Regioni in PdR considerati. Nella valutazione di tali andamenti occorre anche tener conto che la Sardegna è uscita dal PdR non per il pieno conseguimento degli obiettivi ma avvalendosi del suo status di Regione a Statuto Speciale, acquisendo in tal modo piena autonomia nella gestione sanitaria; la successiva crescita dei costi, insieme alle perduranti situazioni di disavanzo, hanno per tale Regione motivazioni non direttamente collegabili con l'uscita dalla procedura di PdR.

Tavola 3

Confronto dei costi fra i due gruppi di regioni in PdR e non					
<i>(variazioni percentuali medie annue) (1)</i>					
VOCI	Gruppo	2005-06	2007-09	2010-12	2013-15
Regioni in PdR (2)					
Costi totali	PdR 2007-09	5,8	1,5	-0,5	0,2
	PdR 2010-15	5,7	1,8	-0,6	0,0
	Sempre PdR	6,3	1,0	-0,6	0,2
Gestione diretta	PdR 2007-09	8,7	2,4	0,0	0,2
	PdR 2010-15	7,7	2,7	0,0	0,0
	Sempre PdR	9,5	1,9	-0,2	0,1
Enti convenzionati	PdR 2007-09	1,8	0,0	-1,2	0,1
	PdR 2010-15	3,0	0,5	-1,5	0,1
	Sempre PdR	2,1	-0,3	-1,4	0,2
Altre Regioni (3)					
Costi totali	No PdR 2007-09	5,2	4,0	0,8	0,4
	No PdR 2010-15	5,1	4,1	1,1	0,5
	Mai PdR	5,5	4,1	1,1	0,5
Gestione diretta	No PdR 2007-09	6,0	4,8	1,4	0,5
	No PdR 2010-15	6,4	4,9	1,6	0,7
	Mai PdR	6,7	4,9	1,1	0,5
Enti convenzionati	No PdR 2007-09	3,8	2,6	-0,5	0,1
	No PdR 2010-15	2,9	2,4	0,0	0,2
	Mai PdR	3,3	2,5	0,0	0,3

Fonte: elaborazione su dati NSIS, Ministero della Salute (dati aggiornati a maggio 2017). Per omogeneità di confronto con i dati antecedenti al 2012, i valori sono sempre espressi al netto degli ammortamenti e delle svalutazioni.

(1) Le variazioni percentuali sono calcolate come media geometrica tra il dato relativo all'ultimo anno di ogni periodo considerato e quello iniziale; come dato iniziale si è considerato il dato relativo all'anno precedente a quello riportato a intestazione della colonna. – (2) Nei periodi 2007-09 sono in PdR le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna. Nei periodi 2010-12 e 2013-15 sono invece in PdR: Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. Sono sempre in PdR: Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise e Sicilia – (3) Sono ricomprese in ogni periodo le Regioni non incluse negli aggregati riportati alla nota precedente.

Tenuto conto di quanto precede e considerando che l'andamento nel tempo di alcuni indicatori (per esempio: personale, dotazioni strutturali e qualità delle prestazioni) risulta collegato anche a cambiamenti nella normativa di riferimento, si è preferito focalizzare l'analisi nei capitoli che seguono sul gruppo di Regioni effettivamente soggette alla procedura di PdR in ciascuno dei due sottoperiodi 2007-09 e 2010-15. In tal modo è possibile esaminare

l'impatto delle varie disposizioni sul gruppo di Regioni su cui hanno trovato effettiva applicazione.

Come gruppo di controllo, l'analisi è stata ripetuta considerando nei due periodi presi in esame sia l'aggregato di Regioni non soggette in quel momento a PdR sia quello costruito mantenendo costante l'insieme di Regioni non in PdR. Anche in questo caso la dinamica dei costi non diverge significativamente (tav. 3). Analogamente, per tutti gli indicatori riportati in appendice, si è fornita ove possibile evidenza distinta dei dati per i vari aggregati di Regioni. Talvolta l'analisi è stata condotta su specifici sottoinsiemi, come nel caso dei LEA, in cui sono state escluse le Regioni a Statuto Speciale diverse dalla Sicilia, in quanto non soggette al monitoraggio della qualità delle prestazioni.

III. IL PERSONALE

a. LA DINAMICA COMPLESSIVA E DELLE FORME CONTRATTUALI

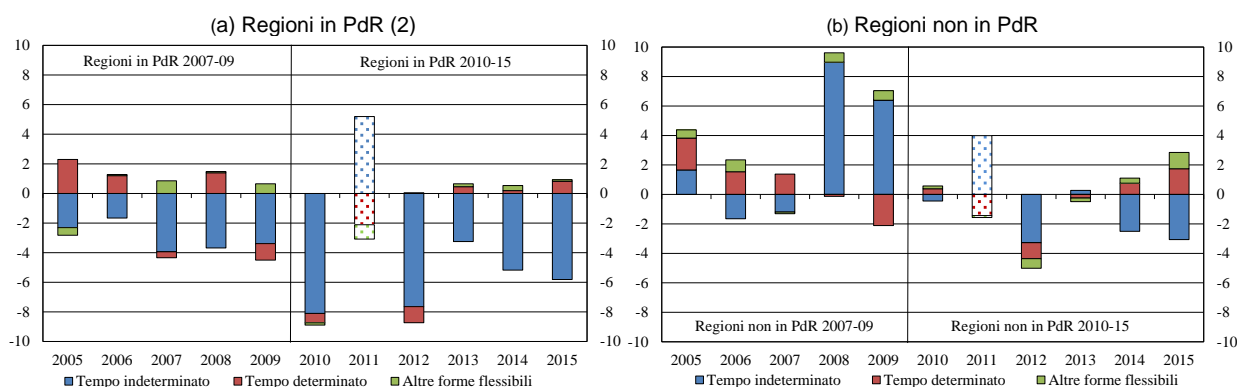
Alla metà del decennio scorso, nelle Regioni in seguito interessate dai PdR, la dotazione di personale sanitario in termini di popolazione residente risultava inferiore a quella delle altre Regioni. Tale divario riguardava soprattutto il personale infermieristico e quello del ruolo tecnico. Il numero dei medici, che rappresenta la componente più costosa, risultava invece lievemente superiore.

In quegli anni la dinamica del personale delle strutture sanitarie pubbliche delle Regioni in PdR risultava sostanzialmente stabile, mentre cresceva moderatamente nelle altre Regioni: secondo i dati della Ragioneria Generale dello Stato (RGS), nel biennio 2005-06 i tassi medi di variazione su base annua erano infatti pari rispettivamente al -0,2 e allo 0,6 per cento (tav. a3.1). In tutto il Paese inoltre si registrava un intenso ricorso ai contratti flessibili (in crescita del 13 per cento medio annuo), soprattutto a tempo determinato (fig. 2).

A partire dal 2007 i vincoli alle assunzioni previsti dai PdR hanno modificato nel tempo le caratteristiche degli organici delle strutture sanitarie pubbliche, in termini di dimensione, di età media, di composizione per forme contrattuali e ruoli.

Figura 2

Variazione del personale delle strutture sanitarie pubbliche per categorie contrattuali (1)
(valori in migliaia)



Fonte: elaborazioni su dati RGS.

(1) Include il personale delle ASL, delle Aziende Ospedaliere, di quelle integrate con il SSN e con l'Università, gli IRCSS pubblici, anche costituiti in fondazione; non include il personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche. L'aumento nel 2011 riflette in parte l'inclusione tra il personale dell'SSR di quello relativo ai Policlinici Universitari, in precedenza contabilizzato tutto tra il personale dell'Università, indipendentemente dall'ente presso cui prestava l'attività. I dati sono omogenei, come aggregato di enti considerati, tra il 2005 e il 2010 e tra il 2011 e il 2015. - (2) Nel periodo 2007-09 sono comprese le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna; nel periodo 2010-15 sono incluse: Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. Le Regioni non in PdR sono le altre.

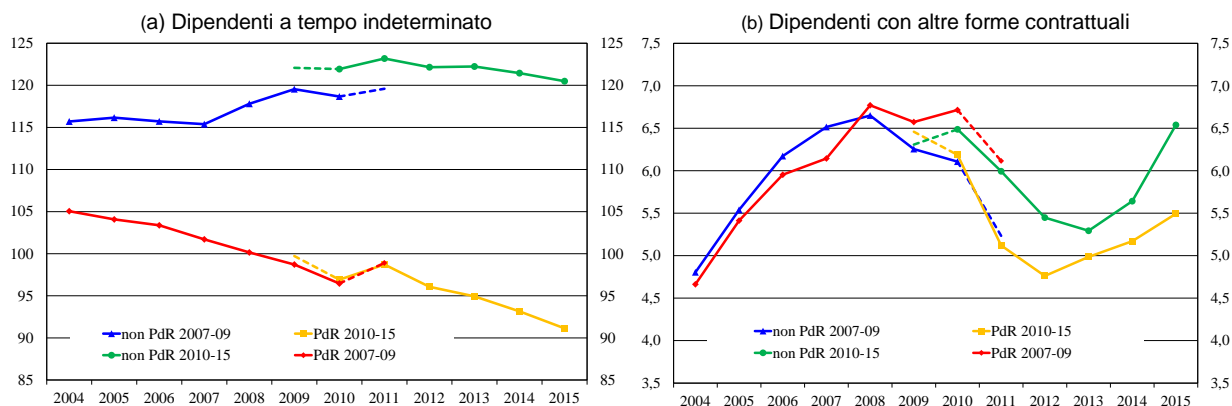
Durante il primo ciclo di vigenza dei PdR (2007-09) i vincoli normativi alla spesa per il personale hanno prodotto un ridimensionamento degli organici nelle Regioni in PdR al ritmo dell'1,2 per cento in media annua⁵. Tale dinamica ha riflesso esclusivamente quella degli addetti a tempo indeterminato; le unità impiegate con forme contrattuali flessibili invece hanno registrato un incremento (3,4 per cento). Nelle altre Regioni, in considerazione del sostanziale

⁵ I tassi di variazione riferiti ai singoli cicli di programmazione tengono conto della effettiva sottoposizione di ciascuna Regione al PdR (cfr. il paragrafo: *Le disposizioni sui piani di rientro: accenni storici ed evoluzione recente* nel capitolo I).

rispetto degli equilibri di bilancio e dei tetti normativi di spesa, il personale ha evidenziato un aumento dell'1,1 per cento (fig. 3).

Figura 3

Dinamica del personale delle strutture sanitarie pubbliche (1) (2)
(addetti ogni 10.000 abitanti)



Fonte: elaborazioni su dati RGS. Popolazione residente al 1 gennaio 2015.

(1) Include il personale delle ASL, delle Aziende Ospedaliere, di quelle integrate con il SSN e con l'Università e gli IRCSS pubblici, anche costituiti in fondazione; non include il personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche. L'aumento nel 2011 riflette in parte l'inclusione tra il personale dell'SSR di quello relativo ai Policlinici Universitari, in precedenza contabilizzato tutto tra il personale dell'Università, indipendentemente dall'ente presso cui prestava l'attività. I dati sono omogenei, come aggregato di enti considerati, tra il 2005 e il 2010 e tra il 2011 e il 2015. - (2) Nel periodo 2007-09 sono comprese le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna; nel periodo 2010-15 sono incluse: Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. Le Regioni non in PdR sono le altre.

Nel corso del secondo ciclo di programmazione (2010-12) le Regioni in PdR hanno fatto registrare un'accentuazione della riduzione del personale totale (-1,7 per cento)⁶. Tale flessione ha riflesso sia l'introduzione del blocco automatico del turnover sia l'estensione in via giurisprudenziale, valida per tutte le regioni, dei vincoli di spesa anche al personale flessibile. Ne è derivato un calo di entrambe le componenti: quella a tempo indeterminato dell'1,2 per cento medio annuo, quella legata a forme contrattuali flessibili del 9,7 per cento. Nelle Regioni non sottoposte a PdR, invece, la contrazione del personale complessivo è risultata marginale, concentrata tra le unità con contratti flessibili.

Negli anni successivi, anche per effetto delle deroghe al blocco del turnover concesse alle Regioni in PdR per agevolare il miglioramento dei LEA, si è assistito a una generale ripresa dell'occupazione flessibile, mentre è proseguito il calo di quella a tempo indeterminato. Tale ricomposizione si è accompagnata a una decelerazione della riduzione delle unità complessive nelle Regioni in PdR (-1,4 per cento), mentre è proseguito con analogo intensità l'andamento lievemente negativo nelle altre Regioni.

I diversi andamenti osservati nella dinamica del personale hanno contribuito ad allargare ulteriormente le disparità tra le due categorie di Regioni in termini di dotazione di unità lavorative in rapporto alla popolazione. Mentre nelle Regioni non in PdR la dotazione di personale è rimasta sostanzialmente stabile nel tempo, per quelle in PdR il numero di addetti ogni 10.000 abitanti è sceso da poco meno di 110 a 97, concentrando la riduzione quasi esclusivamente nel personale a tempo indeterminato.

⁶ Tale calo risulterebbe superiore se si depurassero i dati del 2012 dal personale distaccato dei Policlinici Universitari, non incluso tra il personale sanitario negli anni precedenti al 2011.

Personale a tempo indeterminato nelle strutture sanitarie pubbliche e private
(unità per 10.000 abitanti)

	Strutture pubbliche	Strutture private equiparate alle pubbliche	Strutture private accreditate	Totale strutture pubbliche e private
Regioni in PdR (1)				
Totale	94,7	8,5	15,4	118,6
Medici	19,4	1,5	3,7	24,6
Infermieri	38,9	3,8	4,5	47,1
Altre Regioni				
Totale	121,1	7,0	12,8	141,9
Medici	19,8	1,0	3,5	24,3
Infermieri	49,7	2,5	3,7	55,8

Fonte: elaborazione su dati RGS e Ministero della Salute. Dati riferiti al 2013.

(1) Le Regioni in PdR sono quelle con Piano di rientro al 2015: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia; le Regioni non in PdR sono le altre.

Le differenze nelle dotazioni di personale tra Regioni in PdR e non risultano solo lievemente attenuate includendo l'organico delle strutture equiparate alle pubbliche e di quelle private accreditate. Con riferimento al personale a tempo indeterminato, nel 2013 (ultimo anno in cui sono disponibili i dati) gli addetti di tali strutture nelle Regioni in PdR erano di poco superiori rispetto a quelli delle altre Regioni (rispettivamente 23,9 e 19,8 ogni 10.000 abitanti; tav. 4). Considerando il complesso delle unità a tempo indeterminato di strutture pubbliche e private, nel 2013 il divario negativo tra Regioni in PdR e non risulta lievemente inferiore, rimanendo comunque significativo (23,3 unità per 10.000 abitanti).

b. LA DINAMICA DEI RUOLI

I vincoli nei confronti del personale hanno avuto ripercussioni non solo sulle consistenze del personale, ma anche sulla composizione per ruolo degli addetti del settore pubblico (sanitario, tecnico, professionale-amministrativo).

Nelle Regioni in PdR il personale, calato in maniera continuativa a partire dal 2007, ha evidenziato una riduzione generalizzata a tutti i ruoli e più intensa tra i tecnici (tav. a3.2). Nell'ambito del personale sanitario in entrambi i periodi la flessione ha riguardato in misura lievemente maggiore i medici rispetto agli infermieri. Nelle altre Regioni il personale è moderatamente cresciuto nel primo periodo, riflettendo principalmente l'aumento del personale sanitario; dal 2012 in poi, invece, ha cominciato a contrarsi lievemente, in maniera diffusa e uniforme su tutti i ruoli.

Per effetto di tali dinamiche, il divario fra Regioni in PdR e non in termini di personale infermieristico e tecnico si è acuito: gli infermieri sono diminuiti da poco più di 43 a 40 addetti ogni 10.000 abitanti, a fronte di una crescita nelle altre Regioni; i tecnici sono passati da 19 a 14 nelle Regioni in PdR, in presenza di un livello stabile pari a 25 nelle altre. La dotazione di medici, invece, che risultava leggermente superiore nelle Regioni in PdR nel 2006 (rispettivamente, 23 e 20 medici per ogni 10.000 abitanti), si è ridotta a circa 20 addetti (mentre è marginalmente cresciuta nell'aggregato di confronto, arrivando a 21).

Includendo anche il personale delle strutture private e considerando solo quello a tempo indeterminato, nel 2013 (ultimo anno in cui sono disponibili i dati) il divario si annulla con riferimento al ruolo dei medici, mentre si attenua riguardo agli infermieri (tav. 4).

c. I VINCOLI ALLE ASSUNZIONI E GLI EFFETTI SULL'ETÀ DEL PERSONALE

Le norme volte al contenimento della spesa dei dipendenti del servizio sanitario hanno prodotto nel tempo una sensibile contrazione delle assunzioni di personale, che sono risultate inferiori alle uscite, determinando un incremento dell'età media degli addetti.

Negli anni di vigenza dei PdR (2007-2015) le assunzioni a tempo indeterminato si sono infatti ridotte per tutte le Regioni; tuttavia, la flessione è stata più accentuata nelle Regioni in PdR rispetto alle altre (-12,2 e -2,3, rispettivamente).

I limiti alle assunzioni hanno determinato un progressivo assottigliamento delle fasce di addetti più giovani e un ampliamento di quelle del personale più anziano: dal 2006, anno che precede l'avvio dei PdR, al 2015 la quota degli addetti con meno di 50 anni è diminuita di circa 20 punti percentuali sia nelle Regioni in PdR sia nelle altre. Tuttavia, nelle prime, che già partivano da una dotazione inferiore, la quota è scesa al 37 per cento mentre nelle seconde si è ragguagliata al 51 (tav. a3.3).

Il personale medico è stato quello maggiormente colpito dalle misure restrittive: la quota dei medici con meno di 50 anni sul totale dell'organico nelle Regioni in PdR si è infatti quasi dimezzata tra il 2006 e il 2015, passando dal 46 per cento (50 per cento nelle altre Regioni) al 24 per cento (39 per cento nelle altre Regioni).

L'età media, che nel 2006 nelle Regioni in PdR era di 46 anni (43 nelle altre), è aumentata di 5 anni (4 nelle altre), ampliando il divario già esistente⁷. Nelle Regioni in PdR l'invecchiamento è risultato sostanzialmente omogeneo tra i vari ruoli del personale sanitario, mentre nelle altre Regioni ha riguardato in misura meno intensa i medici, la cui età media è aumentata di soli 2 anni (da 48 a 50 anni).

Se da un lato la riduzione del personale nelle regioni in PdR ha contribuito al contenimento della spesa, dall'altro l'incremento dell'età media ne ha attenuato i risparmi, essendo il personale più anziano caratterizzato da retribuzioni mediamente più elevate. Inoltre, l'elevata concentrazione di personale con almeno 50 anni, che nelle Regioni in PdR è giunta a rappresentare la quota prevalente della compagine (63 per cento), con punte del 76 per cento nel ruolo dei medici, potrebbe rappresentare un fattore di rischio per una ordinata gestione del turnover nei prossimi anni. A questo deve aggiungersi che la minore dotazione di personale può rendere più difficile il miglioramento della qualità delle prestazioni assistenziali (cfr. il capitolo V: *La qualità del servizio sanitario*).

⁷ La maggiore anzianità del personale nelle Regioni in PdR, quasi tutte collocate nel Mezzogiorno, riflette in parte anche le differenze nella struttura dell'occupazione complessiva del Mezzogiorno e del Centro Nord.

IV. L'OFFERTA OSPEDALIERA

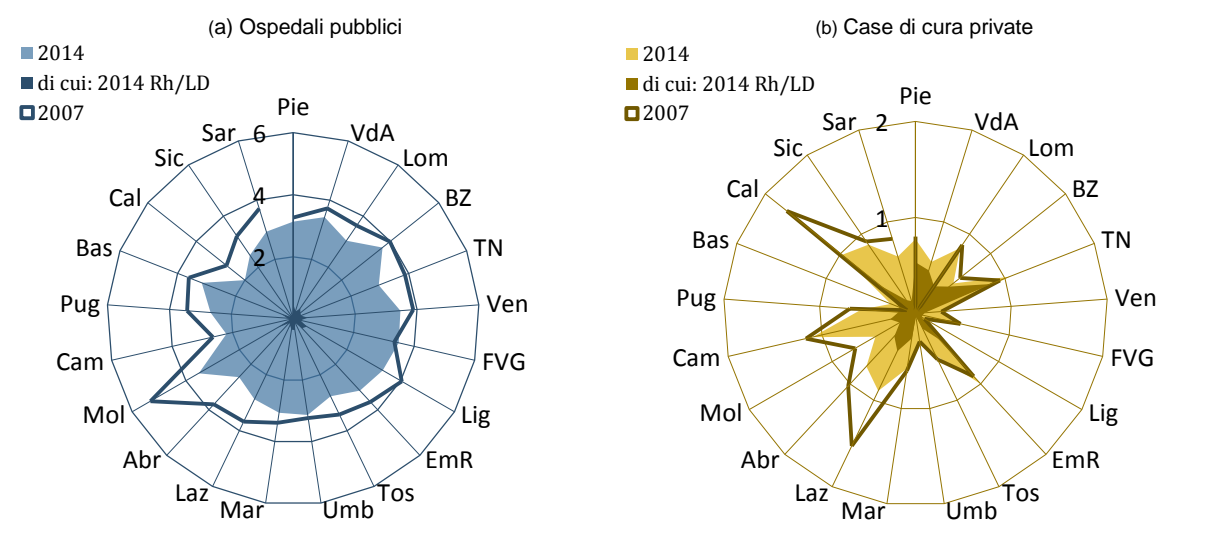
a. LE DOTAZIONI STRUTTURALI

Come descritto nel capitolo I, il DM 70/2015 ha fissato nuovi standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture per l'assistenza ospedaliera. Il Decreto individua un insieme di indicatori di dotazione e attività sanitaria e ne indica i valori di riferimento o standard, che devono indirizzare l'attività di programmazione delle Regioni in vista di un progressivo adeguamento a tali valori. Quale indicatore strutturale il DM indica la dotazione di posti letto nei reparti in acuzie, comprensivi sia dei ricoveri in regime ordinario sia di quelli in diurno, con un valore di riferimento di 3 posti letto per mille residenti; per le discipline di riabilitazione e lungodegenza il valore di riferimento è stato fissato a 0,7 posti letto per mille residenti (cfr. la sezione: *Appendice normativa*).

Nella figura 4, oltre che nelle tavole a4.1 e a4.2, è riportato l'andamento della disponibilità di posti letto per 1.000 residenti presso le strutture ospedaliere pubbliche e le case di cura private nelle Regioni italiane. Nella media delle Regioni che hanno aderito alla prima fase dei PdR, la disponibilità ospedaliera complessiva era nel 2007 di 4,4 posti letto, di poco superiore alla media nazionale (4,3)⁸, sia pure con differenze significative tra le Regioni. In molte di queste, l'offerta dalle case di cura private risultava, e risulta tuttora anche se in misura più attenuata, superiore alla media nazionale e in prevalenza indirizzata alle discipline di riabilitazione e lungodegenza. La dotazione di posti letto delle strutture ospedaliere pubbliche era invece inferiore alla media.

Figura 4

Posti letto per 1.000 residenti, per tipo di struttura e disciplina (1)



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*, e Istat.
 (1) Sono riportati i valori per singola regione al fine di evidenziare le differenze strutturali esistenti all'interno anche delle Regioni in PdR. Con l'acronimo Rh/LD si intendono i posti in riabilitazione e lungodegenza.

In queste Regioni, durante la prima fase di attuazione dei Piani (2007-09), la riduzione dei posti letto ospedalieri è stata di 0,36 unità per 1.000 residenti, a fronte di una contrazione

⁸ La disponibilità relativa è ulteriormente accresciuta se si tiene conto della mobilità interregionale, poiché molte di queste regioni sono le stesse che alimentano i maggiori flussi di "emigrazione sanitaria".

più contenuta nelle Regioni non sottoposte a PdR⁹ (-0,07). Le strutture pubbliche hanno contribuito per i due terzi a tale riduzione.

Tra il 2010 e il 2014, nelle Regioni sottoposte alla seconda fase di attuazione dei PdR, il processo di riduzione delle dotazioni ospedaliere è proseguito con maggiore intensità (-0,59 posti letto per 1.000 residenti, -0,43 nelle altre Regioni). Gli ospedali pubblici hanno contribuito per i quattro quinti alla riduzione; in queste ultime strutture, le riduzioni hanno inciso principalmente sulle dotazioni nei reparti di medicina e chirurgia generale, di alcune specializzazioni mediche (neurologia, otorinolaringoiatria, oculistica e dermatologia) e, nel periodo 2010-12, nei reparti di ostetricia e nido, oggetto in quegli anni di più incisive misure di razionalizzazione della rete, con la chiusura o l'accorpamento dei punti nascita a minore operatività (tav. a4.3). Il calo ha interessato sia i posti letto in degenza ordinaria sia quelli in day hospital; tuttavia, nel 2014 la dotazione di questi ultimi era superiore nelle Regioni in PdR rispetto alle altre. I posti letto in lungodegenza e riabilitazione, anch'essi in calo tra il 2010 e il 2012, sono poi cresciuti nel biennio successivo a seguito della riconversione degli ospedali minori in strutture post-acuzie. Nel 2014 tutte le Regioni del Mezzogiorno in PdR, con la sola eccezione del Molise, presentavano una dotazione di posti letto inferiore alla media nazionale, con valori compresi tra i 3,35 per mille abitanti della Sicilia e i 2,98 della Calabria; tale sottodimensionamento era presente sia nelle discipline per acuti sia in quelle per riabilitazione e lungodegenza.

b. LIVELLI DI ATTIVITÀ E DI EFFICIENZA DEL SERVIZIO OSPEDALIERO

Le previsioni normative di vincoli via via più stringenti alle dotazioni di posti letto hanno ridotto la ricettività ospedaliera, in particolare quella degli ospedali pubblici nelle Regioni sottoposte a PdR; resta da chiarire come una minore disponibilità di posti letto possa indurre il contenimento dei costi dei servizi ospedalieri.

Il posto letto rappresenta infatti un fattore essenziale nel processo di produzione di un servizio ospedaliero; una minore disponibilità di tale fattore può, a parità di bisogni, agire da volano per un più efficiente utilizzo delle risorse, riducendo l'incidenza dei ricoveri inappropriati, favorendo un processo di conversione dei casi di minore complessità dal regime ordinario a quello in day hospital, insieme allo spostamento di alcune prestazioni verso ambiti assistenziali diversi da quello ospedaliero, più coerenti con i bisogni dei pazienti e caratterizzati da un livello organizzativo e da costi minori.

Una linea d'indagine della *health economics* a sostegno della precedente ipotesi, riconducibile al lavoro di Roemer (1961), afferma che la disponibilità di posti letto presso le strutture ospedaliere induce la sua stessa domanda se l'onere finanziario delle prestazioni sanitarie ricade su una terza parte: con un tale sistema di finanziamento, un posto letto disponibile è un posto letto occupato e un aumento della ricettività ospedaliera induce un pari aumento del tasso di ospedalizzazione, indipendentemente dagli effettivi bisogni di assistenza ospedaliera. Per contro, la minore accessibilità dei servizi ospedalieri potrebbe ridurre la quantità e qualità dei servizi erogati. Nel seguito del paragrafo saranno presentati alcuni indicatori di attività e di efficienza cercando, ove possibile, di leggerne le implicazioni sotto i profili di economicità e di qualità dei servizi forniti.

⁹ In queste ultime la riduzione dei posti letto ospedalieri era già stata avviata in anni precedenti: tra il 2004 e il 2007 questi erano diminuiti di circa il 6 per cento.

Nel 2006, prima dell'avvio dei PdR, tutte le Regioni del Mezzogiorno, il Lazio e la Liguria presentavano un tasso di ospedalizzazione per acuti – calcolato come numero di ricoveri per 1.000 unità di popolazione residente standardizzata (tav. a4.4) – strutturalmente superiore al valore medio nazionale. Nel periodo compreso tra l'avvio della prima fase dei PdR e il 2015, il ricorso alle cure ospedaliere per acuti è diminuito in misura considerevole; nella media nazionale si è passati dai 187 ricoveri per 1.000 residenti del 2007 ai 130 nel 2015. Le maggiori riduzioni hanno riguardato le Regioni in PdR, in particolare Sicilia e Calabria, entrambe con un tasso a fine periodo inferiore alla media nazionale.

Per valutare in che misura le dinamiche nelle dotazioni abbiano indotto guadagni di efficienza nell'erogazione dei servizi è utile introdurre anche alcuni indicatori di utilizzo delle risorse ospedaliere. Il DM 70/2015 prescrive valori di riferimento per la durata media delle degenze (giornate di degenza erogate su numero di ricoveri nel medesimo periodo) e per il tasso di utilizzo dei posti letto disponibili (giorni di degenza effettivi su giorni di degenza potenzialmente disponibili in un anno, data la dotazione di posti letto), stabilendo una soglia massima di 7 giorni per il primo e un valore tendenziale del 90 per cento - e comunque superiore all'80 per cento - per il secondo.

La degenza media è un primo indicatore di utilizzo, che può dare alcune informazioni sull'efficienza organizzativa del servizio ospedaliero. Degenze troppo lunghe comportano maggiori costi non sempre giustificati da effettivi guadagni in termini di efficacia terapeutica. Le degenze brevi, per contro, possono essere il risultato di un buon livello di efficienza operativa delle strutture ospedaliere, dovuto, ad esempio, allo spostamento al regime diurno di alcune prestazioni e a tempi contenuti per gli esami diagnostici preoperatori, a una maggiore correttezza delle diagnosi, a una più efficace organizzazione interna e un migliore coordinamento delle attività dei reparti. Tuttavia possono riflettere anche pratiche non riconducibili a principi di efficienza; ad esempio, se la remunerazione per l'attività svolta dagli ospedali è commisurata al numero e durata dei ricoveri, sussiste l'incentivo a dimettere prematuramente i pazienti, per poi prenderli nuovamente in carico. Inoltre, degenze medie inferiori alla soglia delle migliori prassi terapeutiche possono essere il risultato dalla ridotta ricettività ospedaliera, con conseguente aumento delle complicazioni post-acuzie e dei ricoveri ripetuti.

Nelle prime tre colonne della tavola a4.5 sono riportati i valori regionali della degenza media per acuti in regime ordinario, corretta per il *case-mix*¹⁰, rilevati dall'avvio dei PdR. A livello nazionale, tra il 2007 e il 2015, la durata media dei ricoveri è aumentata marginalmente (da 6,7 a 6,9 giorni). In tale periodo non vi sono state rilevanti variazioni nell'ordinamento delle Regioni in rapporto alla durata media dei ricoveri effettuati, né è possibile riscontrare un andamento comune alle Regioni in PdR. In queste ultime, nel 2015, la durata media dei ricoveri è, in generale, al di sotto o prossima al dato medio nazionale; solo in Piemonte, Lazio e Molise il valore rimane superiore ai limiti di norma.

La durata media dei ricoveri è tuttavia un indicatore parziale; maggiori informazioni possono essere tratte dall'osservazione dell'intera distribuzione per durata dei ricoveri. L'aumento osservato della durata media dei ricoveri può in parte essere collegato con la conversione degli interventi meno complessi al regime ambulatoriale, con l'effetto di ridurre

¹⁰ Per un confronto robusto tra le prestazioni di differenti strutture ospedaliere o, in aggregato, di differenti sistemi sanitari, è prassi diffusa utilizzare un indicatore di degenza media "modificato" per tener conto della differente composizione dei casi trattati. La degenza media standardizzata per il *case-mix* misura il numero di giornate di degenza che si sarebbero osservate se la composizione per gruppo diagnostico omogeneo (DRG) dei casi trattati in un reparto o un ospedale – o nelle strutture presenti in una determinata area – fosse uguale a quella dello standard di riferimento, solitamente coincidente con la casistica nazionale.

l'incidenza dei ricoveri per acuti di minore durata. Tra il 2007 e il 2015, l'incidenza delle degenze inferiori a 4 giorni si è ridotta di 2,1 punti percentuali nelle Regioni sottoposte alla seconda fase dei PdR, rimanendo pressoché stabile nelle altre (tav. a4.6). La riduzione è stata più marcata nei reparti medici, nei quali sono trattati i casi di minore complessità clinica (-5,1 nelle Regioni in PdR, -2,9 nelle altre). All'altro estremo della distribuzione dei ricoveri per durata, è possibile osservare la riduzione dell'incidenza dei ricoveri oltre soglia, ossia quelli la cui durata si discosta in maniera statisticamente significativa dalla durata media dei ricoveri attribuiti allo stesso gruppo diagnostico omogeneo (DRG); su tale tendenza hanno inciso i più stringenti criteri di remunerazione delle giornate di ricovero oltre i valori soglia, con un effetto che è stato generalizzato a tutte le Regioni.

Un altro indicatore di efficienza dell'attività ospedaliera è rappresentato dal tasso di utilizzo dei posti letto: un alto valore dell'indice è associato a un uso più intensivo delle risorse disponibili. Nel 2014 il tasso di utilizzo medio nazionale, relativo ai soli ricoveri per acuti di almeno due giorni, si è attestato al 72,5 per cento della ricettività disponibile (tav. a4.5). Il valore, per il complesso delle Regioni aderenti alla seconda fase di applicazione dei PdR, non è significativamente differente da quello rilevato per le altre (73,2 e 72,0 per cento, rispettivamente): valori prossimi o superiori all'80 per cento si registrano in Molise e in Abruzzo, mentre valori inferiori al 70 per cento si rilevano in Campania.

Se da un lato un elevato tasso di utilizzo può essere considerato un indicatore di efficienza, dall'altro la conseguente diminuzione di margini inutilizzati riduce la capacità di gestire in modo adeguato e con risposte sollecite fluttuazioni imprevedibili nella domanda di assistenza sanitaria. La presenza di un margine di capacità inutilizzata abbassa il rischio di negare o ritardare un ricovero necessario o urgente, limitando i costi rappresentati dalla maggiore probabilità di decesso o di riportare disabilità permanenti, o i maggiori costi delle cure necessarie a seguito del ritardo nell'accettazione. Un più alto tasso di occupazione o più basso livello di disponibilità inutilizzata può essere mantenuto quanto più il livello della domanda è prevedibile. Per loro natura alcune specializzazioni si prestano, anche solo in parte, alla programmazione degli interventi (si pensi, ad esempio, ai reparti di cardiocirurgia o di ostetricia), mentre altri reparti sono soggetti a imprevedibili fluttuazioni di ricoveri indifferibili (grandi ustionati, chirurgia vascolare).

c. ARTICOLAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA E ALTRE FORME DI ASSISTENZA

Uno dei fattori che concorre a determinare il grado di prevedibilità del numero dei ricoveri cui una struttura deve far fronte è la dimensione degli ospedali e del bacino di utenza di riferimento. Le grandi strutture, che possono contare su più ampi bacini di utenza e su una maggiore disponibilità di posti letto, riescono a mantenere, per ogni livello di accettazione del rischio di differire interventi urgenti, un minor numero di posti letto disponibili e una quota più bassa di letti inutilizzati nell'unità di tempo realizzando, pertanto, più alti tassi di occupazione dei posti letto.

Nella tavola a4.7 è presentata l'incidenza percentuale delle strutture ospedaliere pubbliche per classe dimensionale. Nelle Regioni in PdR l'incidenza delle strutture di minore dimensione era, ed è rimasta nel 2014, superiore alla media nazionale. Anche questa materia è stata di recente oggetto di prescrizioni normative, volte a ridurre l'inefficienza dovuta a un'offerta ospedaliera troppo frammentata. Il DM 70/2015 ha, infatti, fissato precise linee guida per la riorganizzazione dell'offerta, centrata su un'articolazione di presidi a tre livelli (di base, di I e II livello), dotati di strutture organizzative, complessità delle discipline trattate,

dotazioni tecnologiche e bacini di utenza – di presidio e per ogni singola specializzazione – progressivamente crescenti.

Lo stesso documento normativo ha introdotto nuove soglie dimensionali per l’accredito delle case di cura private polispecialistiche, fissando una soglia minima iniziale di 60 posti

Tavola 5

Case di cura accreditate, per dimensione dei reparti per acuti (1) (unità)			
Regioni	Totale	di cui:	
		con me- no di 40 posti letto	tra 40 e 59 posti letto
Piemonte	20	7	3
Valle d'Aosta	1	1	-
Lombardia	49	12	5
P.A. Bolzano	2	2	-
P.A. Trento	2	-	1
Veneto	10	6	1
Friuli-Venezia Giulia	5	1	-
Liguria	2	1	-
Emilia-Romagna	36	11	2
Toscana	18	6	3
Umbria	5	2	2
Marche	8	1	3
Lazio	32	12	3
Abruzzo	8	1	1
Molise	3	1	2
Campania	49	7	13
Puglia	28	12	3
Basilicata	1	-	1
Calabria	22	14	3
Sicilia	52	9	17
Sardegna	10	2	1
ITALIA	363	108	64

Fonte: elaborazione su dati NSIS, Ministero della Salute, anno 2013.
(1) Dati riferiti alle sole case di cura poli-specialistiche.

letto per acuti per l’accredito di nuove strutture private e di 40 posti letto per la sottoscrizione degli annuali accordi contrattuali con le strutture già accreditate; tali soglie vengono poi innalzate a 80 posti letto a decorrere dal 2017. Sulla base delle dotazioni dichiarate nel 2013, quasi un terzo delle 363 case di cura private poli-specialistiche disponeva di meno di 40 posti letto in acuzie; fatta eccezione per la Calabria, dove la presenza di strutture piccole è significativamente maggiore, non si osservano particolari differenze tra Regioni in PdR e non (tav. 5).

Gli indicatori di utilizzo dei servizi ospedalieri fino ad ora presentati consentono una prima valutazione dei profili di efficienza dell’operatore sanitario. Molti degli indicatori segnalano che nel decennio di applicazione dei Piani di Rientro i sistemi sanitari – tutti, in generale, quelli delle Regioni sottoposte a Piano, in particolare – si sono mossi verso un assetto dell’offerta ospedaliera più efficiente, riducendo i ricoveri, la loro durata e riconvertendo quelli brevi e meno complessi a più funzionali e meno costosi ambiti assistenziali. Tuttavia, le Regioni in PdR scontano una rete di offerta più frammentata che non consente di sfruttare pienamente le economie di scala presenti nella produzione dei servizi ospedalieri.

Parallelamente, l’assistenza territoriale erogata dai SSR delle Regioni in PdR, pur avendo registrato significativi progressi, rimane ancora poco sviluppata

nel confronto territoriale. Nelle Regioni sottoposte alla seconda fase dei PdR, il numero di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata è passato dai 117 mila del 2007 ai quasi 200 mila del 2013; anche l’assistenza prestata presso le strutture semiresidenziali e residenziali è aumentata dai 53 mila utenti del 2007 agli 85 mila del 2013. Tuttavia, in rapporto all’utenza potenziale, questi indicatori rimangono ancora sensibilmente inferiori ai valori osservati nelle

altre Regioni¹¹ (tav. a4.8). In particolare, l'assistenza domiciliare integrata – che dovrebbe rappresentare uno strumento di cura più adeguato per la popolazione anziana e meno costoso di forme di lungodegenza ospedaliera – è ancora poco diffusa.

L'uso degli indici di utilizzo per valutare l'efficienza dell'offerta ospedaliera presenta inoltre un limite: dei profili di efficienza rileva soltanto gli aspetti quantitativi del processo di produzione (adeguatezza delle risorse impiegate), non anche quelli qualitativi relativi agli esiti del processo (raggiungimento degli obiettivi). Questi ultimi aspetti saranno oggetto di analisi nei capitoli successivi.

¹¹ Basti qui menzionare che nel 2013 ai 5,3 milioni di anziani residenti in queste regioni era erogato un numero di giorni di assistenza residenziale e semiresidenziale inferiore alla metà di quelli somministrati agli 1,8 milioni di anziani presenti nella sola Lombardia.

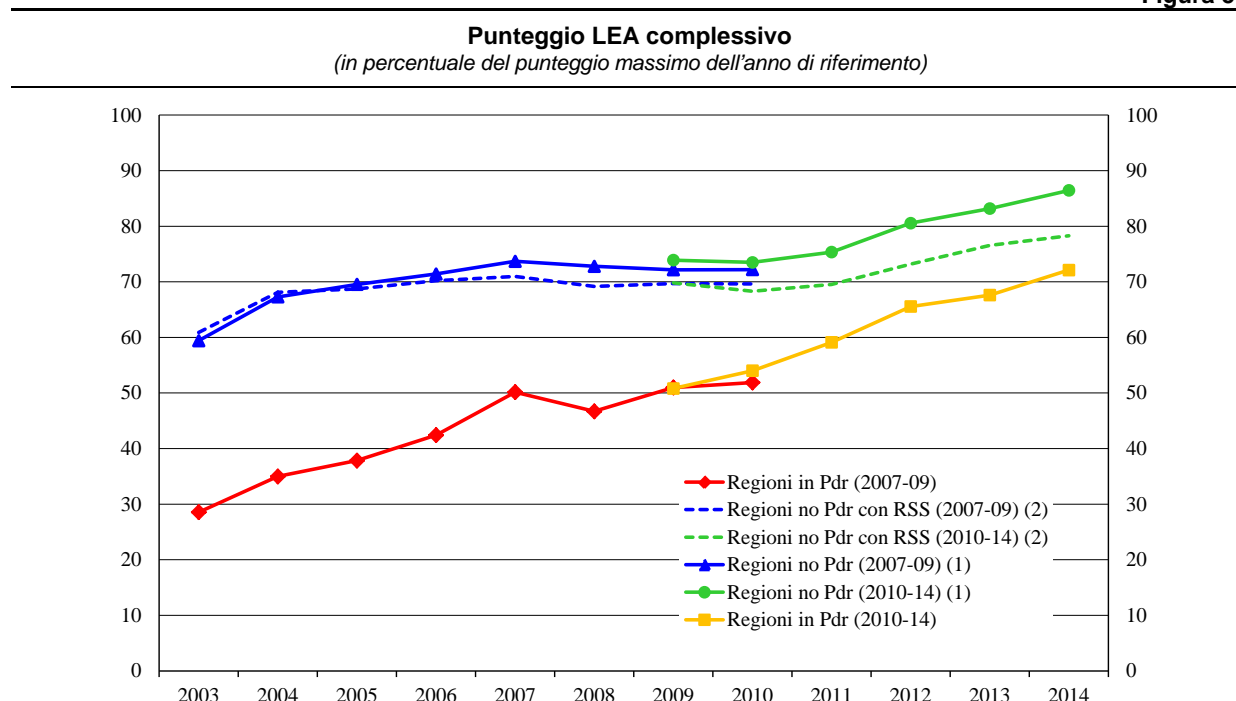
V. LA QUALITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO

a. LA QUALITÀ DEL SERVIZIO IN BASE AI LEA

Nonostante i PdR prevedessero, fin dalla loro prima fase di attuazione, il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario nel rispetto dei LEA, è solo dal secondo ciclo di programmazione (triennio 2010-12 e successi Programmi Operativi) che all'obiettivo del risanamento dei conti si è affiancata un'attenzione maggiore al livello delle prestazioni fornite, anche attraverso un loro più stretto monitoraggio a livello ministeriale.

In generale, negli anni precedenti all'avvio della procedura dei Piani, le Regioni poi sottoposte nel 2007 a PdR si caratterizzavano per livelli delle prestazioni assistenziali inferiori rispetto alle altre Regioni (fig. 5), con un divario che interessava tutte e tre le aree monitorate dai LEA (collettiva, distrettuale e ospedaliera).

Figura 5



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, "Adempimento mantenimento dell'erogazione dei LEA", anni vari. Per la metodologia utilizzata si veda la nota (12) a piè di pagina.

(1) Non si sono considerate le RSS (nello specifico: Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Province Autonome di Trento e Bolzano; dal 2010 Sardegna) in quanto non sono oggetto di valutazione sull'adempimento dei LEA. - (2) Per omogeneità di confronto con il resto dell'analisi si è riportato anche l'andamento dell'indicatore per le Regioni non in PdR, comprensivo delle Regioni a Statuto Speciale.

L'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro riguarda le attività e le prestazioni erogate per la promozione della salute della popolazione e include le attività di prevenzione rivolte alla persona, quali vaccinazioni e screening, la tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari negli ambienti di vita e dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro, la sanità pubblica veterinaria e la tutela igienicosanitaria degli alimenti.

L'assistenza distrettuale include l'assistenza sanitaria di base e la pediatria di libera scelta, compresa la continuità assistenziale, l'emergenza sanitaria territoriale, l'assistenza farmaceutica convenzionata, erogata attraverso le farmacie territoriali, l'assistenza integrativa, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza protesica, l'assistenza territoriale, ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale e l'assistenza termale.

L'assistenza ospedaliera comprende le prestazioni erogate in regime ordinario e in day hospital o day-surgery, sia nelle discipline per acuti, sia in riabilitazione e lungodegenza; sono inoltre comprese le prestazioni erogate in pronto soccorso e gli interventi di ospedalizzazione domiciliare.

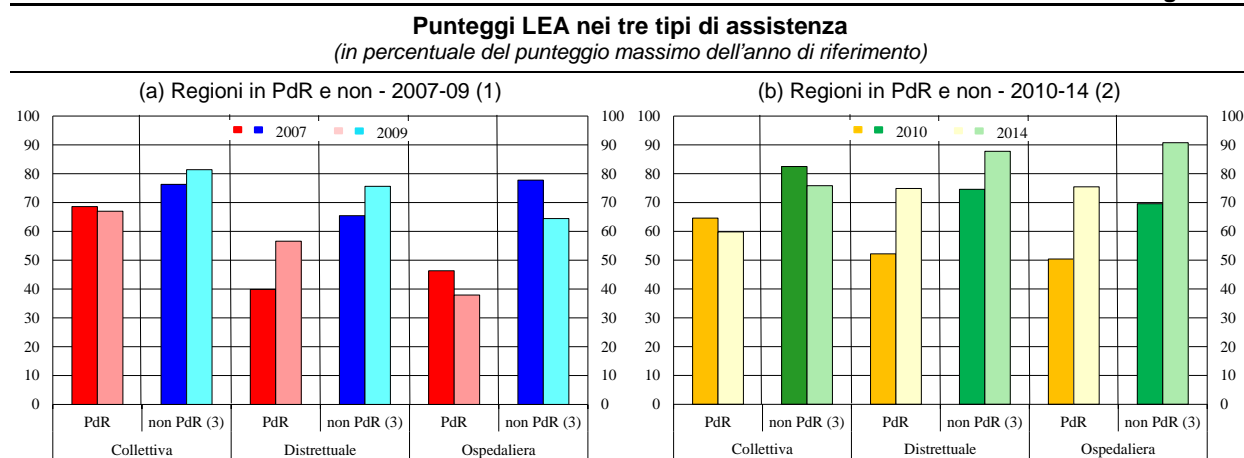
Tra il 2005 e il 2007 tali Regioni avevano già conseguito alcuni miglioramenti qualitativi dei servizi sanitari, soprattutto nell'assistenza ospedaliera, che avevano consentito di ridurre il divario con il resto del Paese. Tale processo si è arrestato nel triennio 2007-09 (primo ciclo dei PdR), con un livello delle prestazioni che in media nel 2009 risultava solo di poco superiore a quello registrato all'avvio del PdR.

Negli anni considerati e riportati in figura 5 si sono succeduti alcuni cambiamenti nei LEA, che hanno interessato l'inserimento di nuovi indicatori oggetto di monitoraggio, la definizione di indicatori esistenti, il peso a essi attribuito e i relativi criteri di ponderazione. Tali modifiche sono state più intense nel triennio 2008-2010. In particolare, a partire dal 2009 è stata ampliata la definizione dei casi di inappropriata delle prestazioni ospedaliere, con un conseguente peggioramento per tutte le Regioni dell'indicatore sia complessivo sia specifico. La metodologia utilizzata, basata non sui valori assoluti dei LEA ma su quelli espressi in percentuale del punteggio massimo dell'anno, attenua in parte l'impatto dei vari cambiamenti intervenuti¹².

Dal secondo ciclo di programmazione, in cui anche nell'attività di monitoraggio è stata posta maggiore attenzione al rispetto dei LEA, la qualità delle prestazioni delle Regioni in PdR è migliorata nella componente distrettuale e in quella ospedaliera, mentre ha continuato a peggiorare in quella collettiva (fig. 6). Tuttavia, anche nell'area distrettuale e in quella ospedaliera, il divario nel confronto con le altre Regioni è rimasto elevato. Su tali dinamiche ha influito in misura solo marginale la ricomposizione del gruppo di Regioni in PdR¹³.

Nell'area ospedaliera, inoltre, gli indicatori di esito, che si riferiscono alle singole strutture (cfr. il paragrafo: *La qualità delle prestazioni ospedaliere in base agli indicatori di esito*), evidenziano come dietro al dato medio si celi spesso una notevole variabilità dei risultati.

Figura 6



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, "Adempimento mantenimento dell'erogazione dei LEA", anni vari. Per la metodologia utilizzata si veda la nota (12) a piè di pagina. I dati non sono direttamente confrontabili nei due grafici, sia per un cambiamento nella composizione degli aggregati di Regioni di confronto, sia per modifiche nei LEA.

(1) Regioni in PdR: Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna. Il confronto è fatto con le restanti Regioni. – (2) Regioni in PdR: Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. Il confronto è fatto con le restanti Regioni. – (3) Al netto delle RSS (nello specifico: Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Province Autonome di Trento e Bolzano; dal 2010 Sardegna, non soggette a valutazione sull'adempimento dei LEA.

¹² Il dato sui LEA è stato ricostruito nella serie storica, coerentemente con la metodologia seguita dal Ministero e utilizzando le tavole pubblicate dal Ministero stesso nel 2014, ponderando il dato dei singoli indicatori nei vari anni con i pesi riferiti alla griglia LEA dell'anno di riferimento e con quelli della griglia LEA del 2010 per gli anni antecedenti al 2010. I valori sono poi stati espressi, per ogni Regione o aggregato di Regioni considerato, in termini percentuali del punteggio massimo raggiungibile nell'anno, così da eliminare possibili effetti di composizione dovuti alle modifiche nel tempo degli indicatori inseriti tra i LEA oggetto di monitoraggio.

¹³ Il Piemonte, in particolare, presenta dei livelli di qualità delle prestazioni di norma superiori rispetto alle altre Regioni in PdR. Anche escludendo tale Regione, sebbene il livello di prestazioni mediamente si abbassi, il trend di miglioramento rimane confermato.

b. LA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN BASE AGLI INDICATORI DI ESITO

L'analisi dei dati del Piano nazionale esiti (PNE) pubblicati dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) consente di esaminare in maggiore dettaglio alcuni aspetti della qualità delle prestazioni erogate dalle singole strutture ospedaliere. In particolare, sulla base dei dati delle schede di dimissione ospedaliere, l'Agenas ha pubblicato, a partire dal 2007, molteplici indicatori di esito e di volume di attività con riferimento a diverse aree cliniche¹⁴, per oltre mille strutture¹⁵, sia pubbliche sia private, presenti sul territorio nazionale. Tali dati consentono di valutare il posizionamento di ciascuna struttura rispetto agli standard stabiliti dal Ministero della Salute.

Considerando l'insieme delle strutture¹⁶ che presentano negli anni considerati gli indicatori di esito per alcune aree cliniche di particolare rilevanza, si è analizzato l'andamento della qualità delle prestazioni ospedaliere e la loro distribuzione nei due gruppi di Regioni in PdR e non. Seguendo la letteratura, si sono considerate quattro diverse aree cliniche: cardiovascolare, perinatale, muscoloscheletrica e digerente. Gli indicatori considerati si riferiscono al rischio aggiustato¹⁷, in modo da correggere per l'effetto di possibili disomogeneità nelle popolazioni studiate (dovute a età, genere, gravità della patologia in studio, etc.).

La figura 7 riporta, per anno e gruppo di Regioni, il valore medio di ciascun indicatore e la distribuzione delle singole strutture per livello dell'indicatore di esito. Il dato medio è stato ottenuto ponderando l'indicatore di ogni struttura con il peso della struttura stessa, in termini di volume di attività, sul totale delle strutture considerate. La distribuzione per classi di performance è stata costruita facendo riferimento alle soglie stabilite, per ogni indicatore, dal Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015, n. 70. È possibile osservare come, nel periodo 2007-09, il divario nei dati di esito tra le regioni in PdR e quelle non in PdR fosse molto ampio, anche per gli indicatori oggetto di monitoraggio nei LEA (cesarei e fratture del femore). Negli anni successivi si è osservata una progressiva tendenza al miglioramento, con una riduzione delle strutture ospedaliere con valori di esito particolarmente carenti e un aumento di quelle che soddisfano i migliori standard di qualità stabiliti per legge; tale processo ha interessato entrambi i gruppi di Regioni, ma è stato in alcuni casi più intenso per quelle in PdR, che presentavano più ampi margini di miglioramento. Tuttavia, la diffusione di casi che possono essere definiti di "eccellenza", insieme al livello medio complessivo delle prestazioni, continuava a essere nel 2015 ancora inferiore nelle Regioni in PdR (tav. a5.1).

In particolare, con riferimento ai due indicatori che sono anche oggetto di monitoraggio nei LEA – la frequenza dei parti cesarei e delle fratture del femore operate entro 48 ore – il DM 70/15 stabilisce soglie minime sia di esito sia di volumi di attività che devono essere soddisfatte dalle singole strutture. Per l'area perinatale il numero di parti all'anno deve essere al-

¹⁴ Le aree cliniche considerate dall'Agenas sono le seguenti: cardiovascolare; procedure chirurgiche; cerebrovascolare; digerente; muscoloscheletrico; perinatale; respiratorio; urogenitale e malattie infettive (per approfondimenti, cfr. <http://www.agenas.it>).

¹⁵ La numerosità delle strutture è andata crescendo dalle poco più di 900 rilevate nel 2007 alle circa 1.300 negli anni più recenti, arricchendosi sia dei dati di strutture private sia venendo a coprire l'universo di quelle pubbliche. A partire dal 1° gennaio 2012 infatti, la rilevazione di tali dati è ricompresa fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

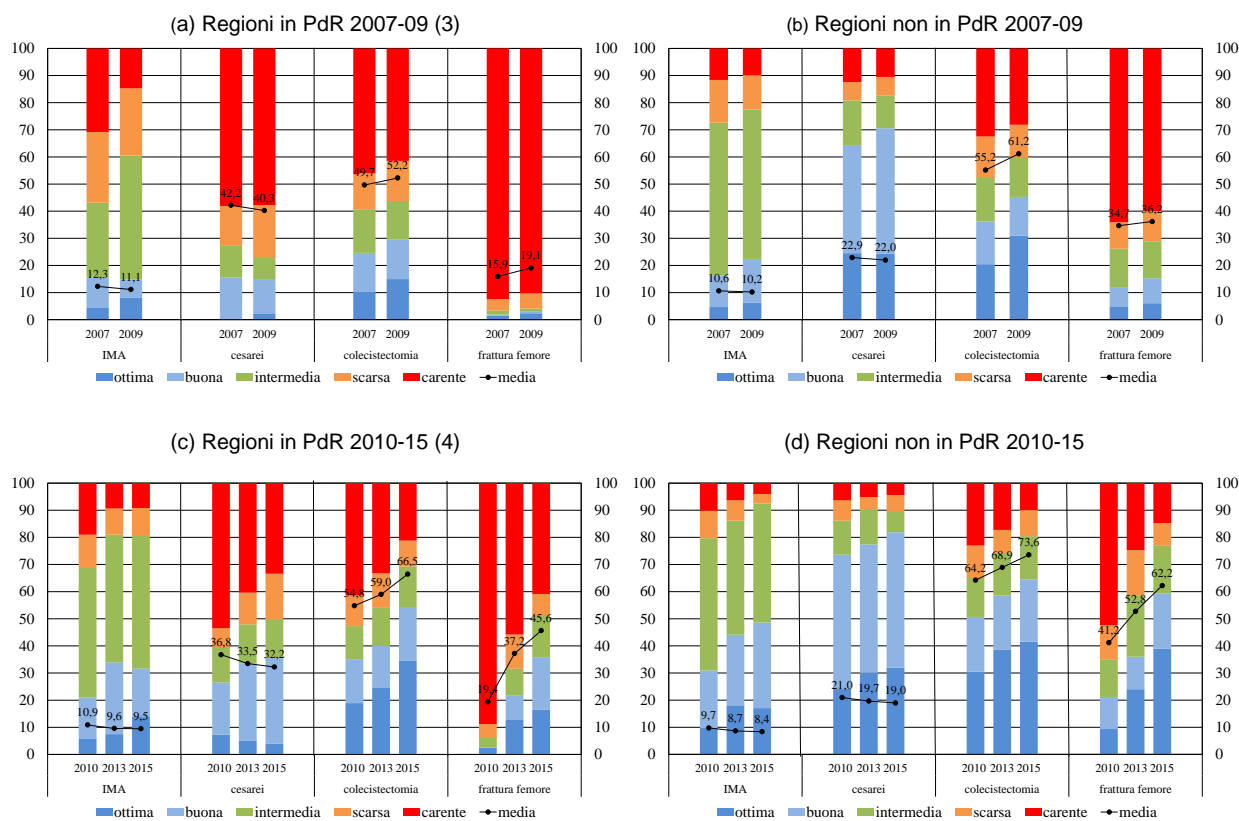
¹⁶ La stessa analisi è stata replicata su un campione chiuso di strutture, correggendo per accorpamenti e trasformazioni; i risultati ottenuti sono analoghi a quelli riportati nel testo con riferimento al totale delle strutture presenti nell'archivio in ogni anno considerato, sempre con riferimento all'indicatore di esito corretto.

¹⁷ Il rischio aggiustato è elaborato dall'Agenas solo per le strutture che presentavano volumi di attività superiori ai 50 casi (150 per i parti cesarei).

meno superiore a 500; in tal caso nelle strutture di I livello (tra 500 e 1.000 parti) il numero di cesarei primari non deve superare il 15 per cento, in quelle di II livello (oltre 1.000 parti) il 25 per cento. Nel caso delle fratture del femore, almeno il 60 per cento degli interventi deve essere effettuato entro 48 ore, con un volume minimo di attività per struttura di 75 casi all'anno. Si sono così elaborati in modo distinto i dati del PNE per il 2015 (ultimo anno disponibile), in applicazione dei precedenti standard.

Figura 7

Performance del sistema sanitario in base agli indicatori di esito (1)
(in percentuale del punteggio massimo dell'anno di riferimento) (2)

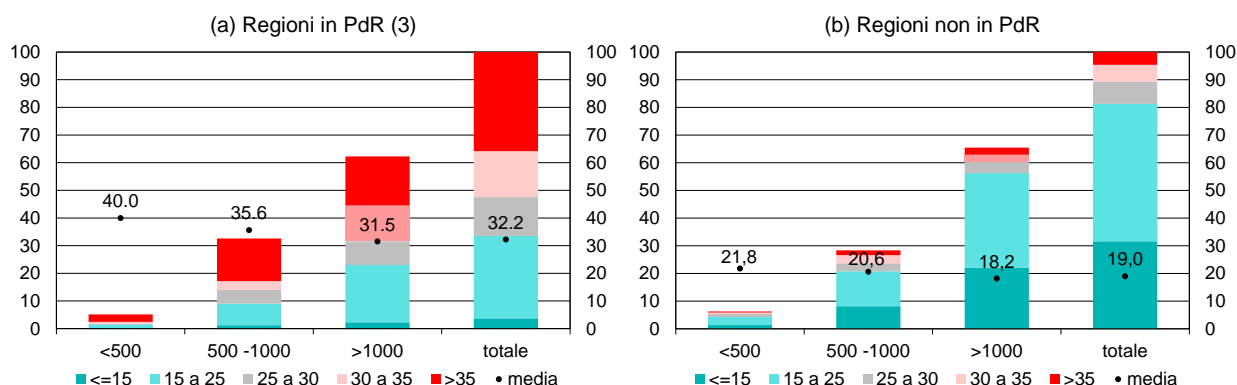


Fonte: elaborazioni su dati Agenas, Programma Nazionale Esiti (PNE).

(1) Gli indicatori di esito considerati sono i seguenti: IMA (mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto miocardico acuto); cesarei (quota di parti primari con taglio cesareo); colecistectomia (quota di ricoveri in regime ordinario per colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni); fratture del femore (intervento chirurgico per frattura del femore entro 2 giorni). – (2) I valori riportati in figura si riferiscono al dato medio per ogni indicatore e anno; gli istogrammi rappresentano la distribuzione delle strutture per livello di performance raggiunto in base alle soglie stabilite dal Decreto 70/15. – (3) Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna. – (4) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia.

La figura 8 mostra, con riferimento all'area perinatale, come esista ancora un'ampia eterogeneità sia nei volumi di attività sia negli esiti, non solo per l'aggregato delle Regioni in PdR ma anche per le altre. In queste ultime gli standard sono ampiamente raggiunti nelle strutture di II livello, che coprono più del 65 per cento dei parti; in quelle di I livello, invece, il dato medio risulta ancora superiore rispetto allo standard definito per legge. Nelle Regioni in PdR, dove il peso delle strutture più piccole è maggiore (cfr. il capitolo IV: *L'offerta ospedaliera*), gli standard rimangono largamente non rispettati, con un divario che si accentua al ridursi della dimensione. In entrambi i gruppi di Regioni circa il 6 per cento dei casi monitorati avviene in strutture con meno di 500 parti annui, con performance nettamente peggiori in quelle in PdR.

Parti cesarei primari per volume di attività (1)
(medie e distribuzioni (2); valori percentuali)

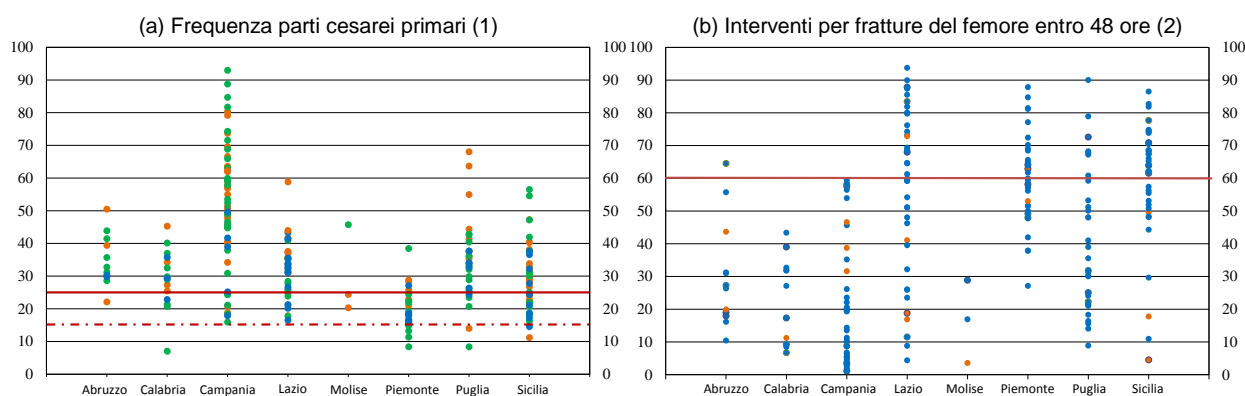


Fonte: elaborazioni su dati Agenas, Programma Nazionale Esiti (PNE), anno 2015.

(1) Le strutture sono state suddivise in tre gruppi in base a quanto stabilito nell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010: meno di 500 parti; tra 500 e 1.000 parti; oltre 1.000 parti all'anno. – (2) Per ogni volume di attività sono riportati in figura la media dei cesarei e gli istogrammi rappresentano la distribuzione delle strutture per incidenza dei parti cesarei primari. Le soglie rispecchiano quanto stabilito dal DM 70/15 (<=15 per cento per le strutture con meno di 1.000 parti; <=25 per cento per le strutture con più di 1.000 parti) e dal successivo decreto 21 giugno 2016. – (3) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia.

Nel caso delle fratture del femore, nelle Regioni in PdR la soglia in termini di volumi di attività è rispettata nel 90 per cento dei casi, ma si osserva una notevole variabilità dei risultati all'interno delle Regioni. Stesse conclusioni si ottengono anche con riferimento all'area perinatale, se anziché considerare il dato aggregato si fa riferimento agli indicatori a livello di struttura (fig. 9). Questo evidenzia come dietro al dato medio, oggetto di monitoraggio nei LEA, esistano ancora marcate differenze nelle performance delle strutture di una stessa Regione, a indicazione di un processo di riorganizzazione dell'offerta sanitaria non ancora del tutto compiuto, con ricadute negative sulla qualità percepita dai pazienti e sulla conseguente mobilità degli stessi verso altre Regioni.

Variabilità intra-regionale degli indicatori di esito nelle Regioni in PdR
(valori percentuali; dati per struttura)



Fonte: elaborazioni su dati Agenas, Programma Nazionale Esiti (PNE), anno 2015.

(1) Frequenza degli interventi cesarei sul totale dei parti primari in ogni struttura. Si considera il rischio aggiustato; questo porta a escludere circa 30 strutture localizzate prevalentemente in Sicilia, Lazio e Campania. Le strutture considerate presentano un numero di casi all'anno superiore a 150; in arancione quelle con meno di 500 parti all'anno, in verde quelle tra 500 e 1.000, in blu le altre. Le due linee rosse indicano le soglie massime stabilite dal DM 70/15, differenziate in relazione alla numerosità dei parti. – (2) Proporzioni di interventi per fratture del femore effettuate entro 48 ore dal ricovero sul totale degli interventi per persone con più di 65 anni, per struttura. Si considera il rischio aggiustato; questo porta ad escludere più di 140 strutture (soprattutto case di cura) localizzate prevalentemente in Lazio, Sicilia e Campania. Le strutture considerate presentano un numero di casi all'anno superiore ai 50; in arancione quelle con meno di 75 casi all'anno, in blu le altre. La linea rossa indica la soglia minima di prestazione stabilita dal DM 70/15.

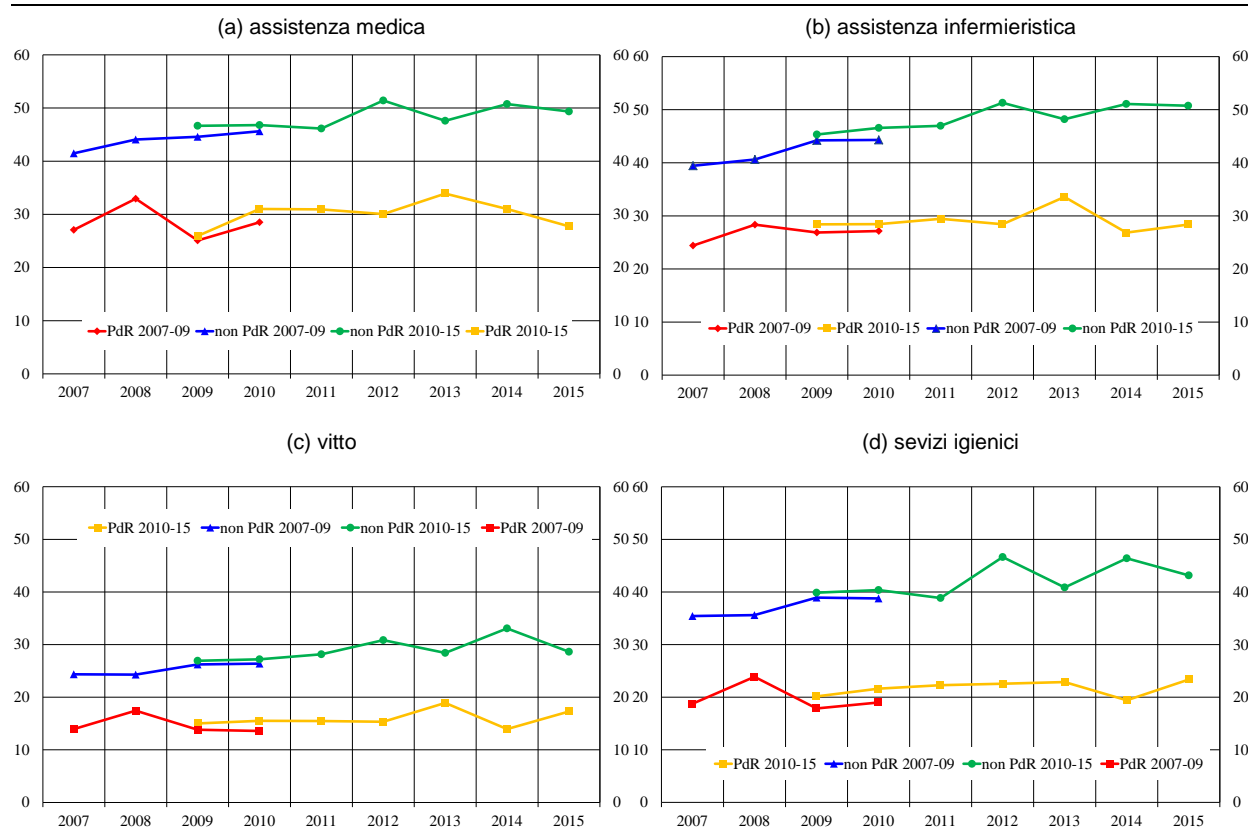
c. LA QUALITÀ PERCEPITA DAI PAZIENTI

La complessiva valutazione sull'efficacia delle misure di risanamento contenute nei piani di rientro regionali non può prescindere dalla *customer satisfaction*, cioè dal grado di soddisfazione espresso direttamente degli utenti dei Sistemi sanitari regionali (SSR) sulle performance sanitarie. A tal riguardo, sono stati considerati gli andamenti registrati da alcuni indicatori rilevati nelle indagini condotte annualmente dall'Istat, di uso diffuso nelle analisi epidemiologiche: incidenza dei giudizi di massima soddisfazione dell'assistenza ospedaliera e dei servizi delle ASL e quota di famiglie maggiormente insoddisfatte del grado di accessibilità alle strutture emergenziali e alle farmacie. L'orizzonte temporale considerato va dal 2007, anno di avvio dei Piani di Rientro, al 2015; l'ambito di rilevazione è costituito dalle strutture sanitarie pubbliche.

Guardando al livello di soddisfazione verso l'assistenza medica e infermieristica, emerge come dal 2007 al 2015 questo sia rimasto sostanzialmente invariato nelle Regioni in PdR (fig. 10), mentre nelle altre la qualità percepita del servizio, già costantemente più elevata, è migliorata. Di conseguenza, il differenziale tra le due tipologie di Regioni si è ampliato, superando in entrambi i casi i 20 punti percentuali a fine 2015.

Figura 10

La qualità percepita dei servizi ospedalieri (1)
(quote percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati Istat, *La vita quotidiana. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie*. Anni 2007-2015.

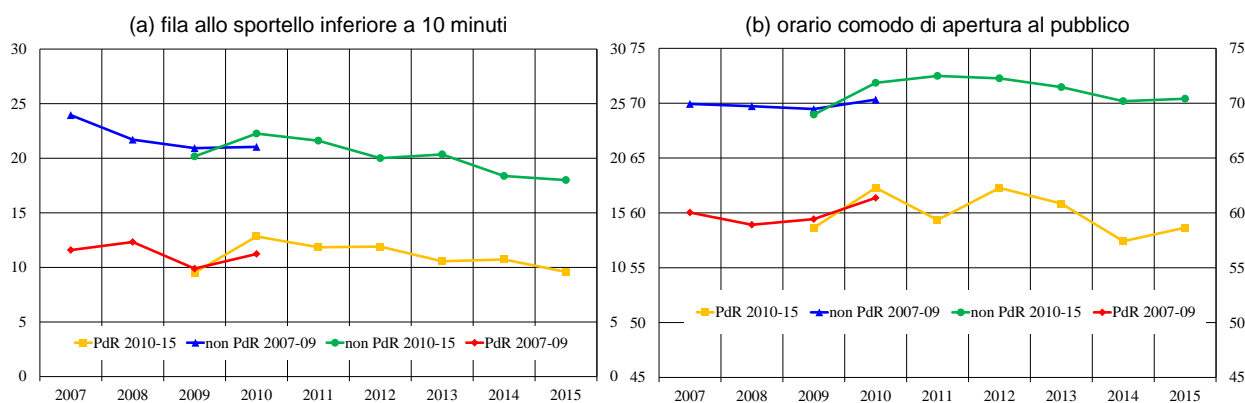
(1) Quota per 100 persone con almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista che ha dichiarato di essere molto soddisfatta in merito ai servizi connessi al ricovero.

Una situazione analoga si osserva anche per le valutazioni sulla qualità del vitto e dei servizi igienici; anche in questo caso il divario fra i due gruppi di Regioni è aumentato, raggiungendo, rispettivamente, 11 e 20 punti percentuali circa nel 2015.

In entrambi i raggruppamenti non è sostanzialmente migliorata la soddisfazione sui servizi offerti dalle ASL (fig. 11). Per quanto concerne i tempi di attesa allo sportello, nelle Regioni in PdR il giudizio sulla durata delle file è costantemente peggiorato a partire dal 2010; possono avervi influito i tagli al personale, anche amministrativo, verificatisi in quegli anni (cfr. il capitolo III: *Il personale*). Ciò nonostante, il divario con le altre Regioni si è ridotto (a circa 8 punti), poiché in queste ultime, seppur caratterizzate da una maggiore quota di utenti soddisfatti, è stato rilevato un peggioramento nei tempi di attesa più intenso.

Figura 11

La qualità percepita dei servizi delle ASL (1)
(quote percentuali)



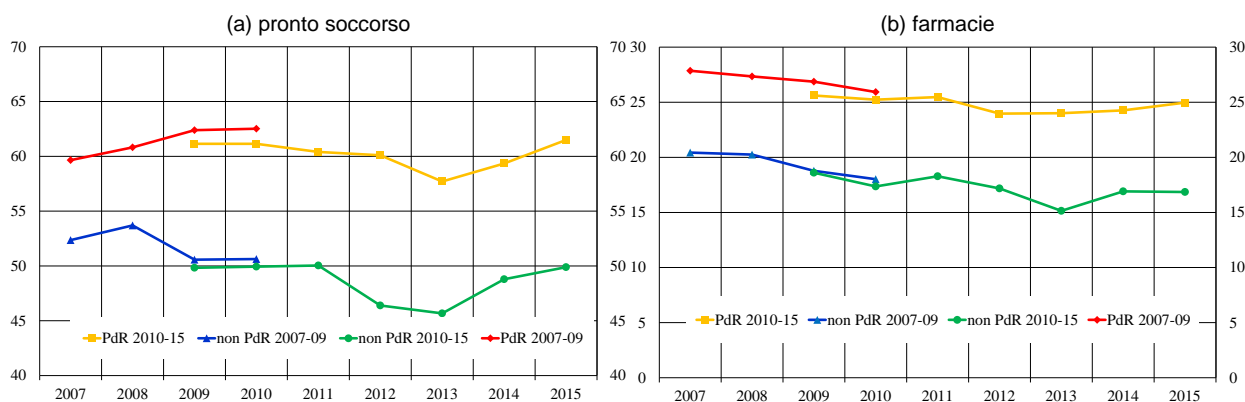
Fonte: elaborazioni su dati Istat, *La vita quotidiana. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie. Anni 2007-2015.*

(1) Quota per 100 persone di 18 anni e più che hanno utilizzato le ASL negli ultimi dodici mesi che ha dichiarato di essere molto soddisfatta in merito ad alcuni aspetti organizzativi del servizio.

Quanto all'orario di apertura delle ASL, la soddisfazione è risultata in lieve peggioramento nelle Regioni in PdR, soprattutto a partire dal 2013, in relazione anche ai processi di riorganizzazione delle strutture distrettuali; si è così ampliato il divario rispetto agli altri territori (circa 12 punti nel 2015).

Figura 12

Valutazioni sulla difficoltà di accesso al pronto soccorso e alle farmacie (1)
(quote percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati Istat, *La vita quotidiana. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie. Anni 2007-2015.*

(1) Quota per 100 famiglie residenti nell'area considerata che hanno dichiarato difficoltà a raggiungere i servizi indicati.

Anche l'accesso alle reti emergenziali sarebbe peggiorato nelle Regioni in PdR (fig. 12): la quota di famiglie che ha dichiarato di non poter raggiungere agevolmente i centri di pronto soccorso è cresciuta a partire dal 2008 fino al 2013, con un recupero solo parziale nel 2014-15; l'andamento dell'indicatore può riflettere anche i ritardi nell'implementazione delle reti di emergenza, a fronte della dismissione dei piccoli presidi ospedalieri. A fine perio-

do la differenza fra i due gruppi di Regioni era cresciuta, portandosi a circa 12 punti percentuali.

In tutte le Regioni si sarebbero attenuate la difficoltà di accesso alle farmacie. Tuttavia, in quelle in PdR la quota di famiglie che ha dichiarato di avere difficoltà di accesso a tali strutture è diminuita meno rispetto alle altre. Ciò si è riflesso in un leggero ampliamento del relativo divario territoriale (circa 8 punti percentuali nel 2015).

In sintesi, dall'analisi dei vari indicatori che riflettono il giudizio espresso dai pazienti o utenti del Servizio sanitario, emerge che nelle Regioni in PdR la qualità percepita dell'assistenza sanitaria, già nel 2007 su livelli più bassi rispetto alle altre, è rimasta costantemente inferiore in tutti gli anni di vigenza dei Piani di Rientro. Inoltre, tale disparità si è in generale ampliata: durante questi anni, infatti, il livello degli indicatori nelle Regioni in PdR è peggiorato o rimasto stabile, mentre nelle altre Regioni è gradualmente migliorato.

VI. LA MOBILITÀ DEI PAZIENTI

a. MOBILITÀ E RISORSE FINANZIARIE A COMPENSAZIONE

La qualità delle prestazioni sanitarie, insieme a fattori soprattutto geografici e logistici, può influire sulle scelte dei cittadini in ordine alla struttura nella quale curarsi. A partire dagli anni novanta, il Servizio sanitario nazionale riconosce ai pazienti la possibilità di ricevere assistenza sanitaria anche in un luogo diverso da quello di residenza; attraverso un sistema di compensazione sanitaria interregionale, il costo viene posto a carico della Regione in cui il paziente risiede.

Una misura di tale fenomeno è fornita dai dati sulla mobilità dei pazienti. Questa può essere scomposta in due componenti: la mobilità attiva, che si riferisce alle prestazioni sanitarie offerte da una Regione ad assistiti non residenti, e la mobilità passiva, che indica quanti pazienti residenti decidono di rivolgersi a strutture ubicate in altri territori. Mentre la prima esprime l'attrattività di un sistema sanitario, la seconda ne identifica la perdita di pazienti; la differenza, infine, sintetizza la posizione di un sistema sanitario nei confronti degli altri (saldo di mobilità).

Tavola 6

Mobilità ospedaliera tra le Regioni con e senza Piano di Rientro (valori percentuali)					
VOCI	2007	2010	2012	2014	2015
Regioni in Piano di rientro (1)					
Indice di attrazione (2)	2,1	1,7	1,7	1,8	1,9
Indice di fuga (3)	4,7	4,8	5,0	5,5	5,9
Saldo di mobilità (4)	-2,7	-3,3	-3,5	-3,9	-4,3
Altre Regioni					
Indice di attrazione (2)	3,7	4,9	5,0	5,2	5,4
Indice di fuga (3)	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Saldo di mobilità (4)	2,0	3,2	3,3	3,6	3,8

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, *Rapporti annuali sull'attività di recupero ospedaliero*.

(1) Nel 2007: Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Sicilia e Sardegna; dal 2010: Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Piemonte, Puglia e Sicilia. – (2) Quota di ricoveri, in regime ordinario e day hospital, nelle strutture del gruppo di Regioni considerato riferita a pazienti provenienti da Regioni appartenenti all'altro gruppo (mobilità attiva). – (3) Quota di pazienti residenti nel gruppo di Regioni considerato rivoltisi a strutture di Regioni dell'altro gruppo (mobilità passiva). – (4) Differenza tra la mobilità attiva e passiva in rapporto al totale dei ricoveri registrati nel gruppo di Regioni considerato.

La maggior parte delle Regioni in PdR presentava già all'atto della sottoscrizione dei Piani una mobilità ampiamente negativa, che è andata progressivamente peggiorando negli anni successivi. Sulla base dei *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero* del Ministero della Salute, tra il 2007 e il 2015 il saldo tra mobilità attiva e passiva di tali Regioni è peggiorato di oltre un punto percentuale, scendendo al -4,3 per cento del totale dei ricoveri regionali per acuti in regime ordinario e in day hospital (tav. a6.1). In particolare, è aumentata la quota di pazienti residenti in tali territori che si è curata in strutture di Regioni non sottoposte a Piano (dal 4,7 al 5,9 per cento; tav. 6). Tali dinamiche non hanno risentito in misura significativa della mutata composizione dei raggruppamenti nel corso del tempo¹⁸.

¹⁸ Le due Regioni entrate nel 2010 in PdR (Piemonte e Puglia) presentavano anche nel triennio precedente un saldo di mobilità negativo. Ipotizzando una composizione immutata e uguale a quella finale, per il complesso delle Regioni in PdR tale saldo risulterebbe comunque in peggioramento, ancorché in misura meno accentuata (dal -2,9 del 2007 al -4,3 per cento del 2015).

Al fine di tener conto delle ricadute economiche della mobilità interregionale sui singoli sistemi sanitari, sono stati introdotti dei meccanismi di compensazione dei costi per le prestazioni rese da ciascun Sistema sanitario regionale a pazienti residenti in altre regioni. L'intensificazione del fenomeno ha portato tra il 2007 e il 2015 a un incremento delle risorse destinate al ripiano del flusso di mobilità attiva e passiva, passate da 1,2 a 1,5 miliardi; di queste, la quota a carico delle Regioni in PdR per la mobilità passiva che le caratterizza è aumentata in tale periodo da 0,8 a 1,3 miliardi (tav. a6.2), con una conseguente perdita di risorse da destinare al finanziamento del proprio sistema sanitario.

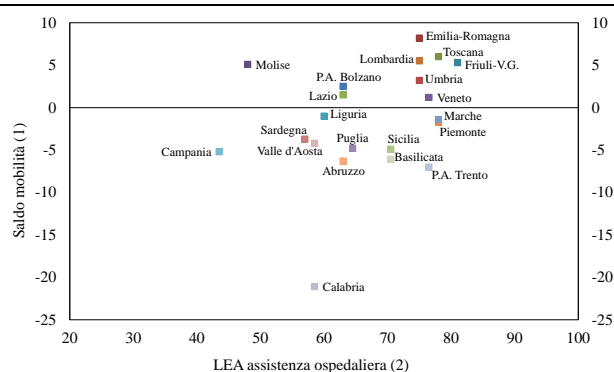
Quasi tutte le Regioni in PdR evidenziano nel periodo di vigenza dei Piani una mobilità netta negativa e in tendenziale peggioramento, con l'eccezione del Molise e del Lazio. Nel primo caso il saldo positivo, che si è comunque significativamente ridotto tra il 2007 e il 2015, deriva da una mobilità attiva proveniente da regioni limitrofe e in particolare dalla Campania, a fronte della quale si osserva un'alta mobilità in uscita verso Regioni non in PdR. Per il Lazio, il dato complessivo è influenzato dall'elevata attrattività dell'Ospedale pediatrico vaticano "Bambino Gesù"¹⁹; depurando il dato complessivo sulla mobilità da quella relativa a pazienti con meno di 18 anni, il saldo per il Lazio cambia di segno (a differenza di quanto osservato per tutte le restanti Regioni), evidenziando il prevalere di una mobilità passiva (tav. a6.1).

b. MOBILITÀ E QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI

Su un piano generale, la mobilità territoriale può dipendere sia dalla qualità dei singoli sistemi sanitari regionali, sia da motivazioni di prossimità geografica che possono indurre i pazienti a curarsi presso una struttura ubicata in una Regione limitrofa rispetto a quella di appartenenza. Al fine di controllare l'impatto di quest'ultimo fattore si sono costruiti, per ogni Regione, dei saldi di mobilità distinti tra movimenti verso Regioni confinanti e altri flussi. Mentre per le Regioni non in PdR gli spostamenti dei pazienti tendono ad avvenire quasi esclusivamente all'interno dell'area territoriale di appartenenza, per quelle in PdR (quasi tutte meridionali) i saldi negativi esprimono prevalentemente flussi di pazienti che si indirizzano verso il Centro e il Nord Italia.

Per le Regioni in PdR la mobilità passiva tende quindi a riflettere soprattutto la minore qualità, effettiva o percepita, dei rispettivi sistemi sanitari. La figura 13 consente di cogliere in particola-

Figura 13
Mobilità territoriale e punteggi LEA riferiti all'assistenza ospedaliera
(valori percentuali riferiti al 2014)



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute.

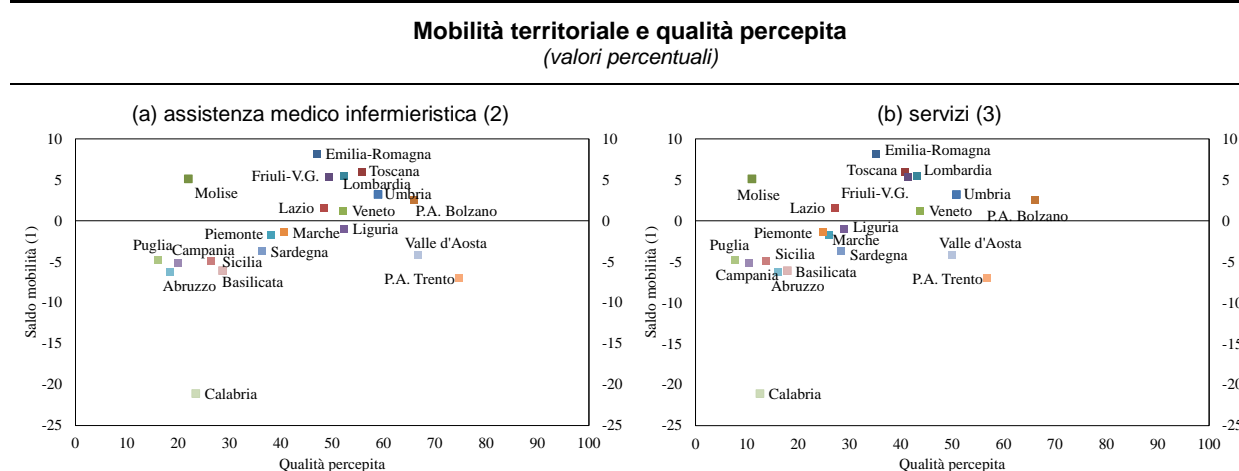
(1) Differenza tra la mobilità attiva (ricoveri in Regione di residenti fuori Regione) e passiva (pazienti residenti ricoverati in strutture di altre Regioni) in rapporto al totale dei ricoveri regionali. - (2) Punteggio ottenuto da ogni Regione con riferimento all'assistenza ospedaliera.

¹⁹ L'Ospedale pediatrico "Bambino Gesù" rientra fra le strutture accreditate con il SSR del Lazio; ciò determina una sovrastima della mobilità attiva verso tale Regione e, nel contempo, non consente di inserire in quella passiva i bambini laziali che si curano presso la struttura vaticana. Dal punto di vista finanziario, invece, il "Bambino Gesù" non fa parte del SSN, così che tutte le Regioni, Lazio incluso, devono coprire con apposito trasferimento i costi da questo sostenuti per la cura dei loro residenti. I saldi finanziari a compensazione della mobilità riportati nella tavola a6.2 includono tali somme, che nel caso del Lazio sono di entità rilevante.

re il legame con la qualità effettiva, in quanto pone in relazione la mobilità netta con la qualità dell'assistenza ospedaliera così come rilevata dai LEA. In generale, le Regioni con LEA contenuti presentano una mobilità negativa più marcata e, di converso, ai territori connotati da una migliore qualità delle prestazioni ospedaliere si associa una maggiore attrattività.

La figura 14, invece, mette in relazione la mobilità netta con la qualità percepita dei servizi ospedalieri, medico-infermieristici (fig. 14a) e di carattere generale (fig. 14b). Anche in questo caso appare evidente la relazione negativa fra qualità percepita e mobilità passiva: le Regioni con una percezione più bassa del livello dei servizi ospedalieri presentano un maggior flusso di pazienti in uscita. L'indice di correlazione fra il saldo della mobilità e la qualità, sia percepita che effettiva, dei servizi ospedalieri è positivo ed è maggiore quando si considera la qualità percepita dell'assistenza medico infermieristica, avvalorando la tesi che sia soprattutto quest'ultima a influenzare le scelte dei pazienti.

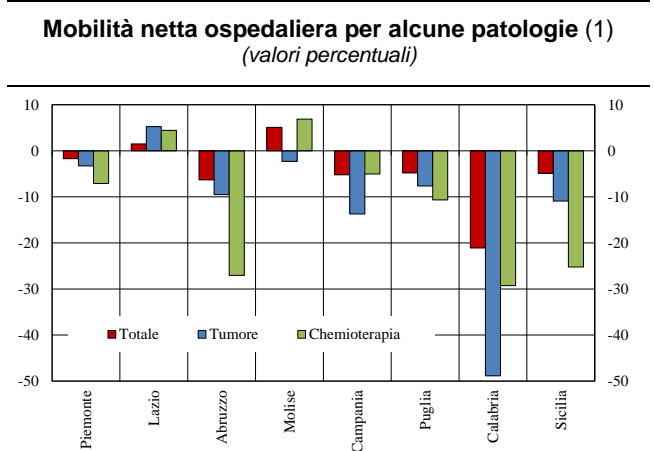
Figura 14



Fonte: elaborazioni su dati Istat, *La vita quotidiana. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie*. Anno 2014, e Ministero della Salute.
(1) Differenza tra la mobilità attiva (ricoveri in Regione di residenti fuori Regione) e passiva (pazienti ricoverati in strutture di altre Regioni) in rapporto al totale dei ricoveri regionali. – (2) Media fra la quota per 100 persone con almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista che ha dichiarato di essere molto soddisfatta in merito all'assistenza medica e quella che ha dichiarato di essere molto soddisfatta in merito all'assistenza infermieristica. – (3) Media fra la quota per 100 persone con almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista che ha dichiarato di essere molto soddisfatta del vitto e quella che ha dichiarato di essere molto soddisfatta in merito ai servizi igienici.

La prevalenza di motivazioni riconducibili alla qualità delle cure emerge con maggiore evidenza se si considerano patologie complesse, come quelle riferite all'area tumorale. I dati del Ministero della Salute consentono infatti, per gli anni più recenti, di analizzare distintamente la mobilità dei pazienti, sia per prestazioni ordinarie sia in day hospital, collegata a interventi per tumore e per chemioterapia. Da nostre elaborazioni su tali dati emerge come la mobilità passiva dei pazienti nelle Regioni in PdR sia ancora più forte per tali patologie rispetto al dato medio complessivo (fig. 15).

Figura 15



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero*. Dati riferiti al 2015.
(1) Saldo della mobilità attiva (ricoveri in Regione di residenti fuori Regione) e passiva (pazienti ricoverati in strutture di altre Regioni), in rapporto al totale dei ricoveri regionali per ogni patologia considerata. I dati si riferiscono ai ricoveri, in regime sia ordinario sia diurno, riferiti al totale degli acuti e agli interventi per tumore e chemioterapia

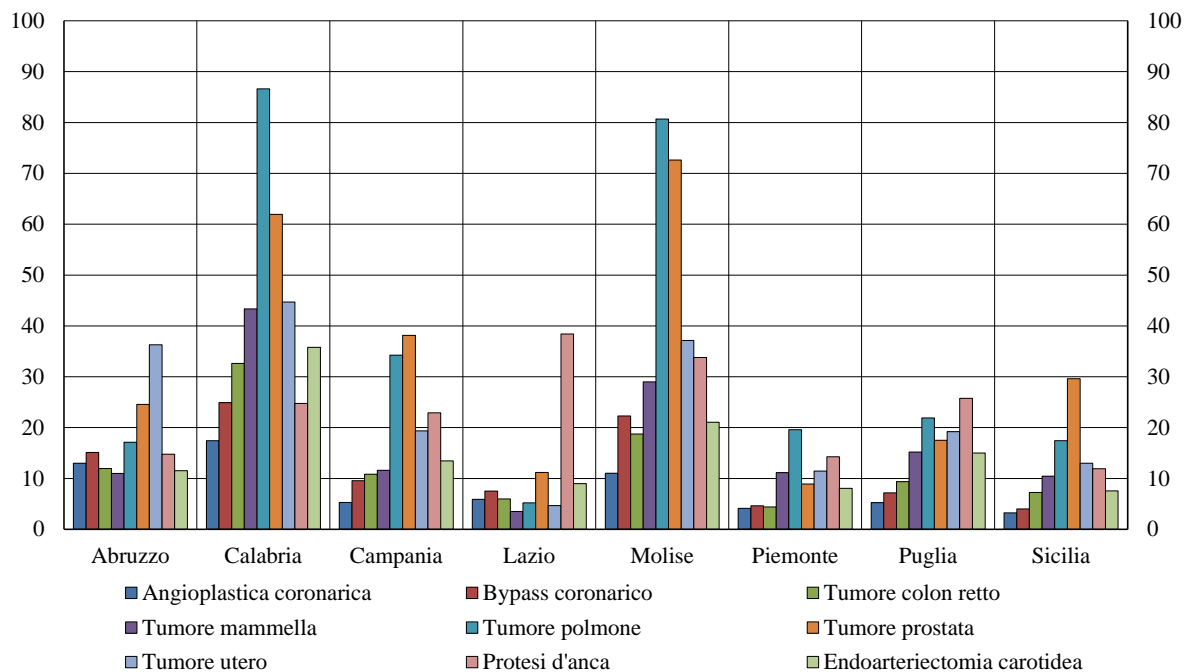
c. MOBILITÀ E TEMPI DI ATTESA

Con riferimento ad alcune prestazioni ospedaliere, in regime sia ordinario sia diurno, è stato introdotto per legge l'obbligo di segnalazione e di monitoraggio dei relativi tempi di attesa. La riduzione delle liste di attesa rappresenta uno degli obiettivi prioritari del Servizio sanitario nazionale, essendo esplicitamente previsto che l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati rappresenta una componente strutturale dei LEA. Il tema è stato affrontato per la prima volta nel Piano sanitario nazionale 1998-2000; negli anni successivi sono stati redatti specifici Piani Nazionali di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA). Con il PNGLA 2006-08 è stato definito l'obbligo per le Regioni di fissare i tempi massimi di attesa con riferimento a un elenco di 100 prestazioni (ambulatoriali non urgenti, in ricovero ordinario e day hospital), con l'obiettivo di garantirne il rispetto per almeno il 90 per cento dei pazienti. Il PNGLA 2010-12 ha aggiornato l'elenco delle prestazioni incluse nel monitoraggio e individuato come prioritarie le aree cardiovascolare e oncologica (per maggiori dettagli, cfr. la sezione: *Appendice normativa*).

In base a nostre elaborazioni sui dati del Ministero della Salute che rilevano i tempi di attesa delle principali prestazioni ospedaliere oggetto di monitoraggio, si osserva come tra il 2011 (primo anno nel quale si dispone di informazioni per tutto il territorio nazionale) e il 2015 l'attesa media per acuti in regime ordinario sulle prestazioni monitorate sia scesa per molte patologie nelle Regioni in PdR, a fronte di una tendenza opposta nel resto del Paese; la stessa dinamica si osserva considerando i ricoveri in day hospital (tav. a6.3).

Figura 16

Mobilità in uscita per alcune patologie (1)
(valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati Agenas, Piano Nazionale Esiti (PNE). Media del biennio 2014-15.
(1) Percentuale di pazienti che per ogni patologia si rivolge a strutture ubicate al di fuori della propria regione.

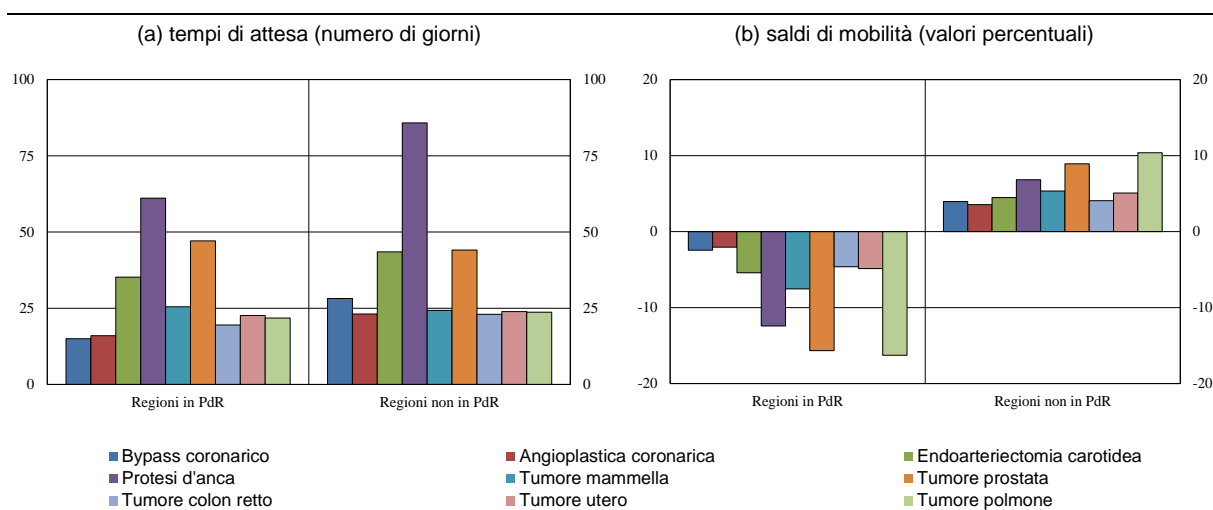
I dati del Piano nazionale esiti (PNE) forniscono, per il 2014 e il 2015, alcune informazioni che consentono di interpretare meglio i precedenti dati. In particolare, con riferimento alle singole patologie oggetto di rilevazione dei tempi di attesa, si sono ricostruiti dai dati del

PNE degli aggregati confrontabili²⁰, per i quali è possibile ricavare una misura di quanti pazienti si sono curati presso strutture ubicate nella propria Regione e di quanti invece si sono spostati per fruire dei servizi forniti da altri sistemi sanitari. L'analisi di tali dati conferma per le Regioni in PdR una forte mobilità passiva, con una percentuale elevata di pazienti che per alcune patologie oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa riceve le cure presso strutture ubicate al di fuori del proprio territorio di residenza (fig. 16).

Tali dati evidenziano come la durata dei tempi di attesa, talvolta inferiore in media nelle Regioni in PdR, vada opportunamente interpretata tenendo conto della quota molto elevata di pazienti residenti in tali Regioni che si rivolge a strutture sanitarie operanti altrove; tale tendenza può contribuire nel contempo a innalzare i tempi di attesa dei sistemi sanitari ricevuti (tav. a6.4 e fig. 17).

Figura 17

Mobilità netta e tempi di attesa per alcune patologie



Fonte: per i tempi di attesa elaborazioni su dati Ministero della Salute, *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero*; per la mobilità elaborazioni su dati Agenas, *Piano nazionale esiti*. Media del biennio 2014-15.

(1) Differenza tra la mobilità attiva (ricoveri in Regione di residenti fuori Regione) e passiva (pazienti residenti ricoverati in strutture di altre Regioni), in rapporto al totale dei ricoveri regionali per ogni patologia considerata. – (2) Numero medio di giorni di attesa per ogni patologia considerata.

²⁰ I dati del Piano nazionale esiti forniscono indicazione, per una serie di patologie e per ogni Regione, di quanti pazienti sono stati ricoverati in Regione, di quanti sono residenti e il numero di residenti che viene ricoverato in strutture di altre Regioni. Si sono ricostruiti i dati relativi a patologie analoghe a quelle monitorate dai tempi di attesa. Tuttavia, in taluni casi il numero dei ricoveri rilevati dai dati del PNE è maggiore, in quanto si riferisce al totale dei casi trattati per quella specifica patologia, mentre i tempi di attesa considerano solo i casi di ricoveri non urgenti con prenotazione.

CONCLUSIONI

Dall'inizio degli anni novanta, il Servizio sanitario nazionale ha attraversato profonde modifiche che hanno radicalmente cambiato le attribuzioni e le responsabilità dei diversi livelli di governo. La regionalizzazione della sanità, portata a compimento nel 2001 con la riforma del titolo V della Costituzione, ha attribuito ampie funzioni alle Regioni in materia di organizzazione e di gestione dell'offerta sanitaria, ma anche il compito e l'onere di garantire l'equilibrio economico e finanziario, date le risorse stabilite a livello nazionale. Già nella prima metà del decennio scorso è apparso evidente che alcune Regioni avevano ereditato assetti strutturali e prassi amministrative poco idonei per organizzare un Servizio sanitario in grado di erogare livelli minimi garantiti di assistenza nel rispetto dell'equilibrio di bilancio.

Lo Stato è intervenuto in modo sempre più pervasivo al fine di contenere i disavanzi sanitari: sono stati introdotti vincoli rigidi per tutte le Regioni alla crescita di alcune voci di spesa di più immediato controllo (farmaceutica in convenzione e personale) e valori di riferimento per l'attività ospedaliera, diretti a ricondurre entro criteri di efficienza i profili di utilizzo delle risorse sanitarie. Per le Regioni che presentavano disavanzi giudicati eccessivi, inoltre, una quota del finanziamento è stata vincolata alla predisposizione di programmi di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, arrivando a prevedere il blocco automatico del turnover, la maggiorazione delle principali aliquote regionali e, nei casi di persistenza dei disavanzi, il commissariamento della gestione sanitaria.

I primi Piani di Rientro sono stati adottati nel 2007. A dieci anni dal loro avvio, è possibile osservare come i risultati che il legislatore intendeva conseguire siano stati in generale realizzati solo sotto il profilo dell'equilibrio economico e finanziario, mentre rimangono ancora aperte le problematiche strutturali e ampi i divari qualitativi.

I saldi del bilancio sanitario delle Regioni in PdR sono infatti, in aggregato, rientrati entro valori sostenibili, con disavanzi limitati solo a poche di queste. Per effetto delle misure intraprese, è mutata la composizione del bilancio per voci di spesa, allineando la struttura dei costi di tali Regioni a quella delle altre: si è notevolmente ridotta l'incidenza del costo del personale e della farmaceutica convenzionata, mentre è aumentata quella della spesa per l'acquisto di beni, anche per effetto dello spostamento alla gestione diretta di parte della spesa farmaceutica in convenzione.

Per raggiungere i risultati in termini di contenimento dei costi e di riduzione dei disavanzi, gli interventi sulle dotazioni strutturali nella sanità sono stati pervasivi.

Nel comparto ospedaliero i posti letto disponibili, soprattutto quelli presso le strutture pubbliche, sono diminuiti. Questo avrebbe dovuto favorire un utilizzo più efficiente delle minori dotazioni strutturali; vi è infatti corrisposta la riduzione del tasso di ospedalizzazione e lo spostamento dal regime ordinario a quello diurno, ove questo è stato ritenuto più appropriato. Tuttavia, è mancato un processo di riorganizzazione complessivo dell'offerta sanitaria che, partendo da una razionalizzazione dell'offerta esistente, portasse allo sviluppo di ambiti assistenziali alternativi a quello ospedaliero. Le Regioni in PdR scontano infatti una struttura più frammentata della rete, su cui influisce anche il maggiore ricorso a strutture private accreditate di piccole dimensioni e una diffusione dell'assistenza territoriale ancora inadeguata.

Il personale sanitario nelle Regioni in PdR si è ridotto in misura rilevante. Anche considerando l'organico delle strutture private accreditate, la dotazione di personale risulta significativamente inferiore rispetto alle altre Regioni, soprattutto nei ruoli infermieristico e tecnico. Ciò ha ripercussioni sia sulla possibilità di erogare servizi qualitativamente e quantitativamente

te adeguati sia soprattutto sul processo di riorganizzazione della rete sanitaria verso un modello territoriale, caratterizzato da un più intenso utilizzo di queste figure professionali. Sebbene attenuati negli ultimi anni di applicazione, i vincoli posti alle assunzioni hanno portato inoltre all'innalzamento dell'età media, con una prevalenza di personale ultracinquantenne e un peso della classe più giovane che per alcune qualifiche è divenuto marginale. Anche tale circostanza pone interrogativi sulla sostenibilità di medio-lungo periodo di un'offerta sanitaria adeguata, tenuto conto del possibile pensionamento di una quota rilevante del personale in un arco temporale limitato.

Nonostante la maggiore enfasi posta, a partire dal secondo ciclo di programmazione, al rispetto degli standard qualitativi minimi dei servizi, nelle Regioni in PdR molti dei parametri riferiti ai LEA, sia pure in miglioramento, rimangono inferiori ai valori medi delle altre Regioni. Gli indicatori di esito, che rilevano la qualità delle prestazioni a livello di singola struttura ospedaliera, evidenziano come, dietro al dato medio dei LEA, sia presente una grande variabilità nella qualità dei servizi offerti, in parte collegata all'ancora elevata diffusione di strutture di piccole dimensioni. Le ricadute sulla qualità percepita da parte dei pazienti sono significative, contribuendo ad alimentare una crescente mobilità sanitaria passiva dalle Regioni in PdR verso le altre. Per tali Regioni ciò ha sostanziali implicazioni di carattere finanziario in quanto una quota non marginale di risorse deve essere impiegata per coprire il saldo negativo della mobilità, ma vi sono anche effetti non trascurabili sui livelli di domanda e sui tempi di attesa dei sistemi sanitari delle Regioni non in PdR.

Delle Regioni entrate in PdR nel 2007 o successivamente nel 2010, la maggior parte continua a essere sottoposta a monitoraggio tramite i Programmi Operativi e in alcuni casi al commissariamento. Se da un lato è stato loro riconosciuto di aver operato nella direzione di un controllo della spesa sanitaria, dall'altro sono stati riscontrati risultati modesti sotto i profili della qualità e dell'organizzazione del servizio. Spesso i risparmi economici sono stati ottenuti tramite la compressione delle spese più facilmente manovrabili nell'ottica, sia regionale sia in parte dettata dal legislatore nazionale, di conseguire risultati tangibili e immediati. È mancato invece un effettivo percorso di riorganizzazione dell'offerta sanitaria regionale che consentisse la riduzione delle disparità dei risultati e che, al contempo, potenziasse forme più efficienti di offerta; solo in questo modo verrebbe garantita anche la sostenibilità nel tempo dei risultati raggiunti sul piano finanziario.

Data la complessità degli interventi e tenuto anche conto dell'elevata eterogeneità rilevata all'interno di ogni Regione, sarebbe opportuno prevedere, accanto al controllo della gestione economico-finanziaria, forme di affiancamento e di supporto tecnico al processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, di potenziamento della rete territoriale e di miglioramento del servizio reso. In tale prospettiva, i Piani di Rientro aziendali possono fornire un positivo contributo, consentendo di non penalizzare quelle strutture che anche all'interno delle Regioni in PdR già hanno raggiunto risultati adeguati e di intervenire in modo mirato là dove si osservano problemi di equilibrio economico e/o di qualità delle prestazioni. La transizione verso i nuovi assetti organizzativi trova un'opportunità nella fine del blocco del turnover: le nuove assunzioni costituiscono per i sistemi sanitari uno strumento per la ricomposizione del personale a favore di quelle figure professionali atte a supportare il processo di riorganizzazione.

Nel rispetto dei vincoli di bilancio, sarebbe in questo modo possibile garantire a ciascuno, nel proprio territorio di residenza, il soddisfacimento del principio costituzionale secondo il quale la tutela della salute rappresenta un "fondamentale diritto dell'individuo".

SEZIONE II

I PIANI DI RIENTRO REGIONALI

A partire dal 2007 dieci Regioni italiane hanno dovuto approntare i Piani di risanamento del Sistema sanitario locale, comunemente chiamati Piani di Rientro, a causa di deficit finanziari eccessivi. Tra le altre finalità dei PdR, soprattutto per le Regioni meridionali, nel corso degli anni ha assunto sempre maggiore importanza l'innalzamento dei livelli qualitativi dei servizi di assistenza offerti.

Delle dieci Regioni in PdR, sei (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise e Sicilia) lo sono state continuativamente dal triennio 2007-09, due (Piemonte e Puglia) hanno iniziato il loro percorso di rientro nel 2010, mentre altre due (Liguria e Sardegna) sono state assoggettate a un Piano soltanto nel triennio 2007-09. Dal 2017 il Piemonte non è più in PdR.

Nelle schede che seguono vengono descritti i singoli Piani regionali, le loro motivazioni e i risultati conseguiti. In generale si sono registrati miglioramenti nella dinamica dei costi e, anche se spesso con ritardo rispetto alle scadenze iniziali, sono stati raggiunti molti degli obiettivi dei PdR nella gestione finanziaria della sanità e nella riduzione dei deficit. In alcune Regioni i disavanzi sono stati annullati.

Il miglioramento degli indicatori di bilancio ha permesso di dare più spazio nei PdR, dal 2010 e in particolare negli anni recenti, alle azioni volte all'innalzamento della qualità dei servizi, al fine di garantire una maggiore omogeneità del Servizio sanitario su tutto il territorio nazionale. In molti casi si stanno registrando risultati incoraggianti, con progressi per alcuni degli indicatori relativi ai Livelli essenziali di assistenza.

a. PERCORSO DEL PIANO DI RIENTRO DELLA REGIONE ABRUZZO

In relazione al disavanzo sanitario accumulato negli anni precedenti, il 6 marzo 2007 la Regione Abruzzo ha siglato il “Piano di risanamento del Sistema sanitario regionale 2007-09” (PdR). Il Piano prevedeva in particolare:

- la rimodulazione dell’offerta assistenziale, diretta alla riduzione del tasso di ospedalizzazione, il riassetto della rete territoriale e il riequilibrio tra i diversi regimi assistenziali;
- il contenimento della spesa per prodotti farmaceutici, anche con l’introduzione di forme di compartecipazione a carico dei cittadini alla spesa (ticket);
- la razionalizzazione nella gestione del personale, attraverso il blocco del turnover e la riduzione delle posizioni a tempo determinato.

I ritardi accumulati nell’attuazione dei provvedimenti contenuti nel Piano e il persistere delle criticità precedentemente rilevate hanno portato nel settembre 2008 alla nomina di un Commissario ad acta, affiancato due anni dopo da un sub commissario. Come emerso dai Tavoli di monitoraggio, nel primo triennio di vigenza del PdR il deficit si è mantenuto elevato, a causa della realizzazione solo parziale degli interventi programmati e delle maggiori uscite legate al reintegro, effettuato dalla gestione commissariale, di una parte dei fondi del Servizio sanitario che la Regione aveva utilizzato impropriamente nel periodo 2004-06 per finanziare la spesa corrente.

Per rafforzare l’opera di risanamento, il 3 agosto 2010 la Regione ha approvato il Programma Operativo 2010, integrato il 6 luglio successivo dal piano per gli anni 2011-12. Tali provvedimenti stabilivano: la razionalizzazione dell’assistenza ospedaliera e territoriale, sulla base della quantificazione del fabbisogno di prestazioni della popolazione e di posti letto correlati; la redistribuzione del personale, da adeguare alle esigenze e alla complessità dei singoli presidi; la riprogettazione della rete territoriale di assistenza residenziale e semiresidenziale; la rimodulazione del servizio di emergenza; la definizione di tetti di spesa per le prestazioni erogate da soggetti privati.

I progressi compiuti dal lato economico-finanziario hanno portato al conseguimento di avanzi di bilancio a partire dal 2010. Sotto il profilo organizzativo, nel secondo periodo di vigenza dei PdR il raggiungimento degli obiettivi prefissati è stato solo parziale: ai progressi registrati nella progettazione della rete dei ricoveri per gli anziani e i malati terminali, oltre che nel consolidamento della rete dei laboratori di analisi, si sono accompagnati disallineamenti rispetto alla revisione della rete emergenziale e al calo del numero dei posti letto; su quest’ultimo aspetto ha influito l’annullamento da parte del TAR di alcune delibere approvate dal Commissario regionale per la riconversione di alcuni presidi ospedalieri.

In presenza del ripristino di condizioni di equilibrio finanziario e di un significativo ridimensionamento del tasso di ospedalizzazione specie per la popolazione più anziana, con il Programma Operativo 2013-15 (approvato il 9 ottobre 2013) è stata posta maggiore attenzione al miglioramento della qualità dell’assistenza sanitaria, al fine di ridurre i tempi di attesa per l’accesso alle prestazioni. Gli interventi delineati riguardavano principalmente: l’ulteriore razionalizzazione della rete ospedaliera e di assistenza territoriale; la riduzione dei costi per l’acquisto di beni e servizi; il potenziamento della rete di offerta di specialistica ambulatoriale sia pubblica che privata, del sistema di cure domiciliari e delle misure di prevenzione. Il documento è stato valutato nel complesso positivamente dal Tavolo di monitoraggio e dal Comitato per la verifica dei LEA, che hanno chiesto un’integrazione (approvata il 30 dicembre 2013) per esplicitare con più precisione alcune delle azioni definite. Alla luce della positiva

valutazione è stata consentita l'eliminazione o la destinazione a finalità extra sanitarie del gettito derivante dalla massimizzazione delle addizionali fiscali regionali.

Nel corso delle riunioni di verifica del 4 agosto 2014 e successive, il Commissario ad acta ha evidenziato la sussistenza delle condizioni per la cessazione della gestione commissariale. In tale ottica, è stato redatto il "Piano di riqualificazione del Sistema Sanitario Abruzzese 2016-18", approvato nel giugno 2016 dalla Giunta Regionale e nel successivo mese di settembre dal Consiglio dei Ministri, che ha nel contempo deliberato l'uscita dal commissariamento. Il Piano prevede in particolare: il potenziamento dei servizi territoriali, attraverso l'incremento delle cure domiciliari a favore dei pazienti cronici e un'accresciuta integrazione dei medici di base; la riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera, basata sulla concentrazione delle prestazioni secondo logiche di specializzazione e sullo sviluppo della collaborazione tra pubblico e privato; maggiori investimenti in strutture e tecnologia.

Principali indicatori regionali sulla sanità - Abruzzo

(valori percentuali e unità)

VOCI	2007-09	2010-12	2013-15
Variazioni percentuali medie annue			
Costi totali	2,1	-0,6	0,8
- Gestione diretta	4,7	0,2	0,9
<i>di cui: beni</i>	5,6	3,4	4,4
<i>di cui: prodotti farmaceutici</i>	6,2	3,5	12,3
<i>personale</i>	1,9	-0,6	0,0
- Gestione convenzionata	-2,4	-2,4	0,5
Personale strutture pubbliche (1)	-1,8	-0,8	0,5
Posti letto strutture pubbliche (2)	-5,7	-3,5	-5,9
Valori puntuali			
VOCI	2007	2010	2015
Costi totali (euro pro capite)	1.837,8	1.831,5	1.846,1
Risultato d'esercizio (euro pro capite)	-126,0	1,3	-4,4
Posti letto (per 1.000 ab.) (3)	4,79	4,03	3,32
- <i>di cui: pubblici</i> (3)	3,76	3,21	2,57
<i>privati accreditati</i> (3)	1,03	0,82	0,75
Tasso di ospedalizzazione per acuti (4)	209,9	169,8	138,0
Personale (per 10.000 ab.) (5)	141,4	132,0	130,9
- <i>di cui: pubblici</i>	123,1	117,8	115,6
- % con almeno 50 anni di età	43,1	48,7	55,1
- <i>di cui: privati accreditati ed equiparati</i> (5)	18,3	14,2	16,3
LEA (6)	56,9	58,2	72,4
Qualità percepita servizi ospedalieri (7)			
- Assistenza medica	27,5	32,4	51,6
- Assistenza infermieristica	19,6	32,4	50,4
Saldo di mobilità (8)	0,4	-6,8	-6,2
- Indice di attrazione (9)	12,9	11,4	11,7
- Indice di fuga (10)	12,5	17,0	16,8

Fonte: per costi, posti letto, LEA e mobilità, elaborazioni su dati Ministero della Salute; per il tasso di ospedalizzazione, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*, Istat; per il risultato d'esercizio, MEF, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*; per il personale, elaborazioni su dati RGS; per la qualità percepita *La vita quotidiana. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie*.

(1) La variazione è calcolata sui dati pubblicati da RGS; non è corretta per l'inclusione di parte del personale dei Policlinici Universitari, a partire dal 2011, tra il personale dell'SSR. (2) Media calcolata sul biennio 2013-14. - (3) Ultimo anno disponibile il 2014. - (4) Numero di ricoveri per 1.000 unità di popolazione residente standardizzata per classi di età e sesso. - (5) Ultimo anno disponibile il 2013. - (6) Dati espressi in percentuale del punteggio massimo dell'anno; ultimo anno disponibile il 2014. - (7) Quota per 100 persone con almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista che ha dichiarato di essere molto soddisfatta in merito ai servizi connessi al ricovero. - (8) Differenza tra mobilità attiva e passiva in rapporto al totale dei ricoveri registrati nella regione, in regime ordinario e day hospital. - (9) Quota di ricoveri nelle strutture regionali riferita a pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva). - (10) Quota di pazienti residenti in regione rivoltisi a strutture di altre regioni per farsi curare (mobilità passiva).

b. PERCORSO DEL PIANO DI RIENTRO DELLA REGIONE CALABRIA

A seguito degli squilibri finanziari registrati nel comparto sanitario, già a partire dal 2007 la Regione Calabria aveva richiesto l'attivazione delle procedure finalizzate all'adozione di un Piano di Rientro dai deficit eccessivi. Tuttavia, la sua approvazione è avvenuta solo due anni dopo, a causa dei rilievi avanzati dal Ministero della Salute circa i significativi disallineamenti riscontrati tra i dati economico finanziari presentati e i dati contabili comunicati al Sistema informativo sanitario, in merito ai quali si subordinava la stipula del Piano alla preliminare ricognizione della situazione dei conti e delle procedure contabili e amministrative. Tali verifiche sono state completate con l'intervento di un Commissario, cui è stata assegnata anche la definizione dei Piani di Rientro correlati all'accertamento dei disavanzi finanziari del periodo 2001-07.

Il "Piano di Razionalizzazione e Riqualficazione del Servizio Sanitario Regionale" (PdR) è stato siglato il 17 dicembre 2009. La successiva verifica del luglio 2010, conclusasi con esito negativo per il permanere delle gravi criticità riscontrate nel corso del controllo effettuato due mesi prima, ha condotto al commissariamento della Regione ai sensi del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 159.

I principali interventi del Piano, finalizzati al contenimento dei costi, concernevano:

- la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi e l'implementazione di un più accurato sistema di previsione e controllo della spesa;
- il blocco del turnover e l'adeguamento del tasso di crescita del costo medio per dipendente al benchmark nazionale;
- la riduzione programmata dei ricoveri e il blocco dei tetti di spesa presso gli istituti ospedalieri privati accreditati;
- la razionalizzazione delle prestazioni relative all'assistenza farmaceutica in convenzione, tramite il controllo delle medicazioni e delle prescrizioni ai pazienti, nonché il passaggio alla distribuzione diretta e "per conto" dei farmaci.

A essi si affiancava la promozione di un più stretto monitoraggio dei costi in generale.

Nel 2012 i controlli condotti dai Tavoli di verifica hanno evidenziato ritardi consistenti nell'attuazione del Piano, in particolare con riferimento alla riorganizzazione delle reti di assistenza, con una quota di anziani assistiti a domicilio ancora inferiore a quanto atteso secondo le indicazioni del Comitato per la verifica dei LEA e una dotazione insufficiente di posti letto presso RSA e presso strutture residenziali destinate all'assistenza psichiatrica o presso strutture di tipo *hospice*. Sono state inoltre rilevate carenze nell'erogazione di servizi di prevenzione, attestate anche dalla quota contenuta di residenti che hanno effettuato i previsti screening oncologici dei programmi organizzati.

I ritardi e le criticità rilevate, nonché il mancato rispetto dei vincoli alle assunzioni di personale, non adeguatamente sanzionato, in costanza del permanere di un significativo disavanzo stimato prima delle coperture, hanno indotto gli organi di controllo a ravvisare l'opportunità di proseguire la gestione commissariale; ne è conseguita la redazione di un Programma operativo per il triennio 2013-15, approvato però soltanto nell'aprile del 2015, con decreto n. 14 del Commissario ad acta.

A luglio dell'anno successivo, col decreto commissariale n. 63, è stato deliberato il nuovo Programma operativo 2016-18, basato sulla prosecuzione del riordino delle reti assistenziali e di prevenzione, del contenimento delle spese; il PO recepisce inoltre le osservazioni formulate dal Tavolo di verifica su alcuni ambiti di intervento del Programma precedente, in particolare sui perduranti ritardi nei pagamenti da parte delle ASL.

Principali indicatori regionali sulla sanità - Calabria

(valori percentuali e unità)

VOCI	2007-09	2010-12	2013-15
Variazioni percentuali medie annue			
Costi totali	4,5	-1,4	0,4
- Gestione diretta	6,5	-0,2	0,6
<i>di cui: beni</i>	14,6	4,5	8,4
<i>di cui: prodotti farmaceutici</i>	16,8	11,1	15,0
<i>personale</i>	3,2	-1,7	-2,2
- Gestione convenzionata	1,5	-3,5	0,0
Personale strutture pubbliche (1)	0,3	-3,7	-2,2
Posti letto strutture pubbliche (2)	-2,6	-2,4	-9,3
Valori puntuali			
VOCI	2007	2010	2015
Costi totali (euro pro capite)	1.750,9	1.777,7	1.742,8
Risultato d'esercizio (euro pro capite)	-140,4	-95,5	-29,7
Posti letto (per 1.000 ab.) (3)	4,47	4,00	2,98
- <i>di cui: pubblici</i> (3)	2,75	2,74	2,00
<i>privati accreditati</i> (3)	1,71	1,26	0,95
Tasso di ospedalizzazione per acuti (4)	213,1	170,9	127,7
Personale (per 10.000 ab.) (5)	137,1	133,2	121,8
- <i>di cui: pubblici</i>	120,0	117,4	101,9
- % con almeno 50 anni di età	46,2	60,4	62,9
- <i>di cui: privati accreditati ed equiparati</i> (5)	17,1	15,8	16,4
LEA (6)	40,6	41,8	60,9
Qualità percepita servizi ospedalieri (7)			
- Assistenza medica	25,7	25,0	23,7
- Assistenza infermieristica	28,6	23,2	22,0
Saldo di mobilità (8)	-14,8	-17,4	-22,3
- Indice di attrazione (9)	2,7	2,7	2,5
- Indice di fuga (10)	15,3	17,2	20,3

Fonte: per costi, posti letto, LEA e mobilità, elaborazioni su dati Ministero della Salute; per il tasso di ospedalizzazione, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*, Istat; per il risultato d'esercizio, MEF, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*; per il personale, elaborazioni su dati RGS; per la qualità percepita *La vita quotidiana. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie*.

(1) La variazione è calcolata sui dati pubblicati da RGS; non è corretta per l'inclusione di parte del personale dei Policlinici Universitari, a partire dal 2011, tra il personale dell'SSR. (2) Media calcolata sul biennio 2013-14. - (3) Ultimo anno disponibile il 2014. - (4) Numero di ricoveri per 1.000 unità di popolazione residente standardizzata per classi di età e sesso. - (5) Ultimo anno disponibile il 2013. - (6) Dati espressi in percentuale del punteggio massimo dell'anno; ultimo anno disponibile il 2014. - (7) Quota per 100 persone con almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista che ha dichiarato di essere molto soddisfatta in merito ai servizi connessi al ricovero. - (8) Differenza tra mobilità attiva e passiva in rapporto al totale dei ricoveri registrati nella regione, in regime ordinario e day hospital. - (9) Quota di ricoveri nelle strutture regionali riferita a pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva). - (10) Quota di pazienti residenti in regione rivoltisi a strutture di altre regioni per farsi curare (mobilità passiva).

c. PERCORSO DEL PIANO DI RIENTRO DELLA REGIONE CAMPANIA

Il “Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario, 2007-09” (PdR) è stato sottoscritto dalla Regione Campania nel marzo del 2007. Come disposto dall’Accordo Stato-Regioni e Province Autonome del 23 marzo 2005, tale misura costituiva un atto dovuto per la presenza di un disavanzo della gestione sanitaria superiore al 7 per cento del finanziamento determinato in sede di riparto del Fondo sanitario regionale.

Le principali leve individuate nel Piano per il riequilibrio economico-finanziario della gestione sanitaria erano:

- il contenimento della spesa per il personale, da attuare con il blocco del turnover e delle assunzioni di personale a tempo determinato e altre forme di lavoro flessibile, e con la rideterminazione della consistenza organica e dei fondi per la contrattazione integrativa;
- la centralizzazione degli acquisti per beni e servizi;
- la riduzione della spesa farmaceutica, promuovendo l’appropriatezza delle prescrizioni, sviluppando i canali della distribuzione diretta e disincentivando le prescrizioni di farmaci *branded*;
- il contenimento della spesa ospedaliera, favorendo l’appropriatezza dei ricoveri con il passaggio al regime di day hospital degli interventi a minore complessità.

Il programma di riequilibrio dei conti sanitari prevedeva anche interventi di natura più strutturale, quali il potenziamento dell’assistenza distrettuale e territoriale, con ricadute attese sul tasso di ospedalizzazione, la razionalizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera e il completamento del processo di accreditamento istituzionale dei soggetti erogatori privati, per favorire condizioni di efficienza e riqualificare l’offerta di servizi sanitari.

Nei successivi tre anni i ritardi cumulati nell’attuazione delle manovre previste nel PdR – in particolare l’approvazione del Piano Ospedaliero, arrivata solo nella seconda metà del 2008 – hanno, di fatto, lasciato solo a un livello programmatico molti degli interventi strutturali previsti. Forti criticità erano poi rilevate nei rapporti con gli erogatori privati e nella gestione per cassa dei relativi contratti, con aggravii crescenti dei costi legati alla gestione del contenzioso. Per tali motivi, nel luglio del 2009 il Consiglio dei Ministri ha sottoposto a commissariamento la gestione sanitaria della Regione Campania. I tre anni di vigenza del PdR si sono chiusi con disavanzi complessivi superiori ai 2 miliardi, per i quali era stata trovata copertura finanziaria solo parziale con fondi regionali.

A maggio del 2010 è stato approvato il Programma operativo 2010, finalizzato al proseguimento del PdR. Tale documento programmatico delineava un più radicale processo di riassetto della rete ospedaliera; sul lato delle entrate era proposta la rimodulazione della compartecipazione alla spesa, eliminando molti dei codici di esenzione dal pagamento ed elevando la misura della compartecipazione sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Veniva programmato, inoltre, un percorso di razionalizzazione delle procedure contabili e amministrative, finalizzato a migliorare la qualità e tempestività dei flussi e dei sistemi informativi, già giudicati inadeguati in sede di monitoraggio annuale dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato permanente per la verifica dei LEA.

Il Programma operativo 2011-12 espressamente introduceva alcune misure finalizzate ad adeguare le prestazioni sanitarie ai Livelli essenziali di assistenza. Sul versante dei costi, il Programma tracciava gli indirizzi per la realizzazione di una rete integrata per la diagnostica di laboratorio, al fine di ridurre le inefficienze legate alla duplicazione di servizi ad alto inve-

stimento tecnologico. Era infine confermata l'urgenza di un tempestivo ritorno a condizioni di regolare svolgimento dei pagamenti ai creditori.

Il Programma operativo 2013-15 si impegnava nel ridefinire le tariffe per le prestazioni territoriali erogate da soggetti privati e nella fissazione dei relativi tetti di spesa, più volte sfiorati negli anni precedenti. Inoltre, vi era un più incisivo impegno per il raggiungimento degli standard qualitativi minimi di assistenza sanitaria, con interventi centrati sulle attività di prevenzione e sull'assistenza territoriale, anche in seguito ai rilievi avanzati nei tavoli di verifica sulle criticità ancora irrisolte relative alla quantità/qualità dei servizi erogati. Sul piano economico-finanziario il pareggio di bilancio della gestione sanitaria è stato raggiunto nel 2013, con un anno di anticipo rispetto ai tempi previsti nel PdR.

Gli obiettivi di razionalizzazione e miglioramento dei servizi offerti, nel rispetto degli equilibri di bilancio, sono contenuti anche nel Programma operativo 2016-18, predisposto dalla gestione commissariale a marzo 2017. Tra gli interventi qualificanti previsti nel Programma vi sono la riorganizzazione della rete ospedaliera, con il potenziamento dell'offerta pubblica di posti letto in acuzie, la razionalizzazione e il potenziamento delle reti di emergenza-urgenza, cardiologica, per il trattamento dell'ictus e dei traumi da infortunio. In materia di personale, il riavvio delle procedure di reclutamento si accompagna al progressivo abbattimento delle prestazioni aggiuntive e delle forme di lavoro alternative al rapporto a tempo indeterminato. È previsto, infine, il potenziamento dei sistemi di rilevazione e monitoraggio dei livelli di assistenza forniti, che in ambito aziendale costituirà un elemento di valutazione dell'attività prestata dai Direttori Generali.

Principali indicatori regionali sulla sanità - Campania

(valori percentuali e unità)

VOCI	2007-09	2010-12	2013-15
Variazioni percentuali medie annue			
Costi totali	2,9	-1,4	0,5
- Gestione diretta	4,7	-1,7	0,5
<i>di cui: beni</i>	6,1	3,3	9,6
<i>di cui: prodotti farmaceutici</i>	9,4	4,1	15,1
<i>personale</i>	1,4	-3,3	-2,9
- Gestione convenzionata	0,2	-0,9	0,6
Personale strutture pubbliche (1)	-2,5	-1,4	-2,1
Posti letto strutture pubbliche (2)	-1,9	-3,1	-1,3
Valori puntuali			
VOCI	2007	2010	2015
Costi totali (euro pro capite)	1.717,9	1.762,5	1.709,6
Risultato d'esercizio (euro pro capite)	-149,9	-86,3	8,5
Posti letto (per 1.000 ab.) (3)	3,83	3,69	3,31
- <i>di cui: pubblici</i> (3)	2,66	2,50	2,21
<i>privati accreditati</i> (3)	1,17	1,19	1,10
Tasso di ospedalizzazione per acuti (4)	228,7	197,8	164,6
Personale (per 10.000 ab.) (5)	115,3	105,8	100,3
- <i>di cui: pubblici</i>	99,7	89,3	81,7
- % con almeno 50 anni di età	50,1	59,4	64,4
- <i>di cui: privati accreditati ed equiparati</i> (5)	15,6	16,5	15,0
LEA (6)	42,5	46,7	61,8
Qualità percepita servizi ospedalieri (7)			
- Assistenza medica	19,2	19,9	20,4
- Assistenza infermieristica	15,0	16,3	19,2
Saldo di mobilità (8)	-5,3	-5,7	-5,4
- Indice di attrazione (9)	2,1	2,2	2,6
- Indice di fuga (10)	7,1	7,5	7,6

Fonte: per costi, posti letto, LEA e mobilità, elaborazioni su dati Ministero della Salute; per il tasso di ospedalizzazione, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*, Istat; per il risultato d'esercizio, MEF, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*; per il personale, elaborazioni su dati RGS; per la qualità percepita *La vita quotidiana. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie*.

(1) La variazione è calcolata sui dati pubblicati da RGS; non è corretta per l'inclusione di parte del personale dei Policlinici Universitari, a partire dal 2011, tra il personale dell'SSR. (2) Media calcolata sul biennio 2013-14. - (3) Ultimo anno disponibile il 2014. - (4) Numero di ricoveri per 1.000 unità di popolazione residente standardizzata per classi di età e sesso. - (5) Ultimo anno disponibile il 2013. - (6) Dati espressi in percentuale del punteggio massimo dell'anno; ultimo anno disponibile il 2014. - (7) Quota per 100 persone con almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista che ha dichiarato di essere molto soddisfatta in merito ai servizi connessi al ricovero. - (8) Differenza tra mobilità attiva e passiva in rapporto al totale dei ricoveri registrati nella regione, in regime ordinario e day hospital. - (9) Quota di ricoveri nelle strutture regionali riferita a pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva). - (10) Quota di pazienti residenti in regione rivoltisi a strutture di altre regioni per farsi curare (mobilità passiva).

d. PERCORSO DEL PIANO DI RIENTRO DELLA REGIONE LAZIO

I significativi disavanzi sanitari registrati negli anni precedenti hanno condotto la Regione Lazio a siglare, in data 28 febbraio 2007, il Piano di Rientro per il triennio 2007-09. Esso prevedeva in particolare:

- azioni mirate al contenimento degli oneri relativi al personale e altre voci di spesa, quali l'acquisto di farmaci e di altri beni e servizi e l'assistenza privata accreditata;
- la ridefinizione quali-quantitativa della rete e dell'offerta di servizi ospedalieri.

I ritardi nell'attuazione degli interventi previsti e i rischi finanziari sottesi all'accumularsi di un contenzioso significativo, aperto dai soggetti privati accreditati, sono stati causa nel 2008 della nomina di un Commissario ad acta e successivamente di un sub commissario. Nonostante alcuni progressi registrati nel 2009, il perdurare degli squilibri ha reso necessaria la redazione di un Programma operativo (PO) per il 2010, al fine di proseguire il PdR, cui è seguito un ulteriore PO per il biennio 2011-12. I Programmi hanno incorporato stime più affidabili del disavanzo tendenziale e delineato un più graduale percorso di riequilibrio finanziario, prevedendo anche la riconversione dei piccoli ospedali e la riorganizzazione delle reti assistenziali di specialità, nell'ambito della più generale riorganizzazione della rete ospedaliera e dell'assistenza territoriale, nonché di accreditamento definitivo delle strutture private.

Tra il 2010 e il 2011 il contenimento dei costi ha riguardato prevalentemente la spesa per il personale – grazie anche al blocco del rinnovo dei contratti collettivi di lavoro disposto dalla disciplina nazionale – e quelle farmaceutica e ospedaliera in convenzione. Sulla riduzione della spesa farmaceutica hanno influito nuove norme sul consumo di farmaci generici, l'aumento della quota di compartecipazione ai costi di acquisto a carico dei cittadini (ticket) e l'intensificarsi del ricorso alla distribuzione diretta; la spesa ospedaliera per gli enti convenzionati ha beneficiato dell'avanzamento, pur con ritardo, delle operazioni di razionalizzazione della rete.

Tra il 2012 e l'inizio del 2013 l'avvicinarsi dei commissari e sub commissari alla sanità ha comportato ritardi nel raggiungimento degli obiettivi previsti e nella predisposizione del PO per il triennio 2013-15, adottato soltanto a fine luglio 2014. Quest'ultimo si prefiggeva un ulteriore contenimento dei costi per effetto del riassetto della sanità regionale attraverso la riorganizzazione dell'offerta assistenziale, l'efficientamento della gestione, la razionalizzazione della spesa, la ridefinizione dei rapporti con i privati erogatori di servizi sanitari e accordi tra Regioni, volti alla riduzione della mobilità attiva. Il documento indicava inoltre le iniziative tese al miglioramento dei punteggi LEA, con particolare riguardo a quelli del comparto ospedaliero.

Nella riunione congiunta di aprile 2016 del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato LEA è stato valutato che, alla fine del 2015, persisteva un disavanzo finanziario prima delle coperture fiscali; queste ultime, tuttavia, erano superiori al fabbisogno, per cui veniva stabilito che una parte del maggior gettito potesse rientrare nelle disponibilità del bilancio regionale. Rispetto all'attuazione del PO 2013-15 emergevano alcuni rilievi, tra cui il mancato rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento delle fatture e la necessità di portare a compimento il potenziamento della rete territoriale, al fine di garantire una risposta più adeguata ai bisogni assistenziali.

Nel mese di dicembre 2016 è stato approvato dal Tavolo tecnico il PO per il triennio 2016-18. Esso si sostanzia nella prosecuzione e integrazione del precedente Programma, prevedendo azioni finalizzate sia all'efficientamento e alla riduzione dei costi sia al miglioramen-

to qualitativo dei servizi sanitari, quali la riorganizzazione e razionalizzazione del sistema pubblico-privato, impulso e potenziamento del sistema di prevenzione, rinnovamento e potenziamento del parco tecnologico e strumentale a disposizione, rafforzamento delle reti e dei presidi ospedalieri, nonché della compagine del personale.

Principali indicatori regionali sulla sanità - Lazio

(valori percentuali e unità)

VOCI	2007-09	2010-12	2013-15
Variazioni percentuali medie annue			
Costi totali	1,4	-0,6	-0,5
- Gestione diretta	2,4	1,1	-1,5
<i>di cui: beni</i>	8,0	3,8	2,9
<i>di cui: prodotti farmaceutici</i>	13,6	6,7	9,6
<i>personale</i>	1,6	-1,7	-2,2
- Gestione convenzionata	0,2	-3,0	0,9
Personale strutture pubbliche (1)	-1,4	-0,8	-2,1
Posti letto strutture pubbliche (2)	-2,5	-2,3	-2,1
Valori puntuali			
VOCI	2007	2010	2015
Costi totali (euro pro capite)	2.091,5	2.082,5	1.889,2
Risultato d'esercizio (euro pro capite)	-317,5	-193,3	-56,5
Posti letto (per 1.000 ab.) (3)	5,21	4,71	3,77
- <i>di cui: pubblici</i> (3)	3,68	3,50	2,88
<i>privati accreditati</i> (3)	1,53	1,21	0,89
Tasso di ospedalizzazione per acuti (4)	195,8	172,8	136,7
Personale (per 10.000 ab.) (5)	124,0	114,9	107,3
- <i>di cui: pubblici</i>	101,1	94,1	82,0
- % con almeno 50 anni di età	42,7	46,8	53,8
- <i>di cui: privati accreditati ed equiparati</i> (5)	22,9	20,8	20,7
LEA (6)	61,3	61,3	74,7
Qualità percepita servizi ospedalieri (7)			
- Assistenza medica	35,5	28,6	26,2
- Assistenza infermieristica	35,5	30,9	27,3
Saldo di mobilità (8)	2,6	2,9	1,0
- Indice di attrazione (9)	8,9	9,2	9,0
- Indice di fuga (10)	6,5	6,4	8,0

Fonte: per costi, posti letto, LEA e mobilità, elaborazioni su dati Ministero della Salute; per il tasso di ospedalizzazione, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*, Istat; per il risultato d'esercizio, MEF, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*; per il personale, elaborazioni su dati RGS; per la qualità percepita *La vita quotidiana. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie*.

(1) La variazione è calcolata sui dati pubblicati da RGS; non è corretta per l'inclusione di parte del personale dei Policlinici Universitari, a partire dal 2011, tra il personale dell'SSR. (2) Media calcolata sul biennio 2013-14. - (3) Ultimo anno disponibile il 2014. - (4) Numero di ricoveri per 1.000 unità di popolazione residente standardizzata per classi di età e sesso. - (5) Ultimo anno disponibile il 2013. - (6) Dati espressi in percentuale del punteggio massimo dell'anno; ultimo anno disponibile il 2014. - (7) Quota per 100 persone con almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista che ha dichiarato di essere molto soddisfatta in merito ai servizi connessi al ricovero. - (8) Differenza tra mobilità attiva e passiva in rapporto al totale dei ricoveri registrati nella regione, in regime ordinario e day hospital. - (9) Quota di ricoveri nelle strutture regionali riferita a pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva). - (10) Quota di pazienti residenti in regione rivoltisi a strutture di altre regioni per farsi curare (mobilità passiva).

e. PERCORSO DEL PIANO DI RIENTRO DELLA REGIONE LIGURIA

La necessità di ripristinare l'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale, salvaguardando i livelli essenziali di assistenza, ha condotto la Regione Liguria a siglare, in data 6 marzo 2007, il "Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario regionale" per il triennio 2007-09 (adottato con delibera della Giunta regionale n. 243 del 9 marzo).

I principali interventi previsti dal PdR, dai quali si attendevano i maggiori risparmi di spesa, erano rappresentati da:

- misure di razionalizzazione e riqualificazione dell'offerta ospedaliera sul territorio e dell'assistenza farmaceutica, in particolare mediante la riduzione del numero di aziende ospedaliere e dei posti letto per acuti e delle attività di ricovero e pronto soccorso inappropriate, lo sviluppo dei pacchetti ambulatoriali complessi e delle cure domiciliari, il maggior ricorso alla distribuzione diretta dei farmaci, alla prescrizione di prodotti generici e all'aumento della compartecipazione dei cittadini alla spesa;
- la centralizzazione degli acquisti di farmaci e beni e di servizi sanitari, attraverso un maggior ricorso agli acquisti online e alle gare d'appalto gestite a livello centrale;
- la riduzione dei costi del personale, mediante il blocco del turnover e la revisione delle dotazioni organiche.

Alla copertura delle spese sanitarie avrebbero contribuito sia l'adozione di manovre di natura tributaria, quali il previsto incremento delle aliquote IRAP e dell'addizionale regionale all'Irpef, sia i fondi nazionali istituiti per le regioni in strutturale disavanzo, con le leggi finanziarie del 2006 e del 2007.

Nel 2010 l'esito favorevole dei monitoraggi condotti dai Tavoli di verifica ha decretato la conclusione del piano. Nello stesso anno, il Consiglio regionale ha introdotto ulteriori misure strutturali per assicurare la sostenibilità della spesa sanitaria ligure; le principali consistevano in una rimodulazione dell'offerta dei posti letto ospedalieri, nella razionalizzazione dei punti nascita, dell'attività chirurgica e dei servizi tecnici e amministrativi e nell'accorpamento di alcune strutture sanitarie. Negli anni successivi i risultati finanziari dell'SSR hanno evidenziato la presenza di disavanzi, ma sempre inferiori ai livelli che avrebbero fatto scattare l'obbligo di predisporre un nuovo PdR.

Principali indicatori regionali sulla sanità - Liguria

(valori percentuali e unità)

VOCI	2007-09	2010-12	2013-15
Variazioni percentuali medie annue			
Costi totali	3,3	-1,1	0,2
- Gestione diretta	3,5	-1,0	0,5
<i>di cui: beni</i>	6,9	-1,9	5,1
<i>di cui: prodotti farmaceutici</i>	10,5	1,6	10,1
<i>personale</i>	2,5	-1,5	-0,9
- Gestione convenzionata	2,6	-1,4	-0,5
Personale strutture pubbliche (1)	-0,3	-1,8	2,4
Posti letto strutture pubbliche (2)	-2,6	-1,5	-5,5
Valori puntuali			
VOCI	2007	2010	2015
Costi totali (euro pro capite)	2.002,0	2.109,1	2.050,8
Risultato d'esercizio (euro pro capite)	-65,0	-60,6	-62,7
Posti letto (per 1.000 ab.) (3)	4,14	4,10	3,46
- <i>di cui: pubblici</i> (3)	4,04	3,99	3,33
<i>privati accreditati</i> (3)	0,11	0,11	0,13
Tasso di ospedalizzazione per acuti (4)	199,8	183,9	139,3
Personale (per 10.000 ab.) (5)	155,4	156,6	146,8
- <i>di cui: pubblici</i>	153,6	154,5	158,2
- % con almeno 50 anni di età	38,5	39,5	50,6
- <i>di cui: privati accreditati ed equiparati</i> (5)	1,8	2,2	2,6
LEA (6)	52,5	54,2	86,2
Qualità percepita servizi ospedalieri (7)			
- Assistenza medica	43,8	43,4	41,8
- Assistenza infermieristica	39,6	47,2	39,6
Saldo di mobilità (8)	0,0	0,5	-1,1
- Indice di attrazione (9)	10,7	11,1	11,9
- Indice di fuga (10)	10,8	10,7	12,9

Fonte: per costi, posti letto, LEA e mobilità, elaborazioni su dati Ministero della Salute; per il tasso di ospedalizzazione, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*, Istat; per il risultato d'esercizio, MEF, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*; per il personale, elaborazioni su dati RGS; per la qualità percepita *La vita quotidiana. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie*.

(1) La variazione è calcolata sui dati pubblicati da RGS; non è corretta per l'inclusione di parte del personale dei Policlinici Universitari, a partire dal 2011, tra il personale dell'SSR. (2) Media calcolata sul biennio 2013-14. - (3) Ultimo anno disponibile il 2014. - (4) Numero di ricoveri per 1.000 unità di popolazione residente standardizzata per classi di età e sesso. - (5) Ultimo anno disponibile il 2013. - (6) Dati espressi in percentuale del punteggio massimo dell'anno; ultimo anno disponibile il 2014. - (7) Quota per 100 persone con almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista che ha dichiarato di essere molto soddisfatta in merito ai servizi connessi al ricovero. - (8) Differenza tra mobilità attiva e passiva in rapporto al totale dei ricoveri registrati nella regione, in regime ordinario e day hospital. - (9) Quota di ricoveri nelle strutture regionali riferita a pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva). - (10) Quota di pazienti residenti in regione rivoltisi a strutture di altre regioni per farsi curare (mobilità passiva).

f. PERCORSO DEL PIANO DI RIENTRO DELLA REGIONE MOLISE

Il 27 marzo 2007 la Regione Molise ha adottato il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, relativo al triennio 2007-09, per rimediare all'elevato disavanzo strutturale accumulatosi nel triennio precedente. Secondo le previsioni, il riequilibrio economico e finanziario avrebbe dovuto essere raggiunto mediante un drastico taglio dei costi derivante dall'adozione di importanti misure di riordino quali:

- il contenimento della spesa per il personale, attraverso il blocco del turnover e il minor ricorso al personale a tempo determinato;
- la razionalizzazione della rete ospedaliera, per effetto della riconversione, dismissione e riorganizzazione delle strutture di ricovero esistenti e del contestuale potenziamento dei servizi territoriali;
- la razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi, grazie a gare uniche per le forniture, misure per la tracciabilità del farmaco, controlli sui consumi e sviluppo di indicatori di risultato. Con particolare riferimento alla spesa farmaceutica, le economie di costo erano state subordinate a comportamenti virtuosi dei medici (prescrizioni più appropriate e indirizzate verso farmaci generici);
- la ridefinizione di contratti e tetti di spesa per il rimborso del costo delle prestazioni erogate dagli operatori privati convenzionati.

A seguito del ritardo nell'avvio dei provvedimenti previsti dal PdR e del persistere di criticità nella gestione finanziaria del Sistema sanitario regionale, è proseguita la crescita dei costi e del disavanzo, sicché a giugno 2009 sono stati deliberati il commissariamento della Sanità regionale e l'applicazione delle aliquote delle imposte regionali oltre il loro livello massimo. Gli organi straordinari hanno presentato un nuovo piano per il rientro dal disavanzo: il Programma operativo per il 2010, integrato da quello per gli anni 2011-12. Nel complesso, tali documenti hanno ricalcato gli obiettivi e gli strumenti già previsti nel Piano di Rientro 2007-09.

I Tavoli di monitoraggio tenutisi durante la gestione commissariale hanno accertato l'inadeguatezza delle misure varate ai fini del recupero dell'equilibrio economico e finanziario di bilancio; in particolare sono risultate in gran parte disattese le iniziative volte al blocco del turnover, alla ridefinizione delle procedure di accreditamento degli operatori privati e all'adeguamento dell'offerta di posti letto rispetto agli standard previsti per l'assistenza residenziale. Durante la vigenza del Piano operativo 2010-12, in presenza di un livello di costi elevato e sostanzialmente inalterato, il miglioramento del risultato di gestione è stato possibile grazie ai maggiori ricavi connessi all'extragetito proveniente dall'innalzamento delle aliquote regionali.

A marzo 2013 il neo Presidente pro tempore della Regione è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro. Il successivo 10 dicembre la nuova struttura commissariale ha trasmesso il Programma operativo 2013-15, volto all'intensificazione delle azioni per il rientro dal disavanzo sanitario, soprattutto con riferimento alla rimodulazione della rete territoriale di assistenza, con la previsione di maggiore integrazione tra strutture pubbliche e private, trasformazione dei poliambulatori in presidi territoriali di assistenza, accorpamenti dei distretti sanitari e incremento dei posti letto delle strutture residenziali. Nel Programma era anche previsto di dare impulso al progetto di unificazione di alcune centrali di acquisto dei beni.

Le riunioni di verifica tenutesi nel 2014 e nel 2015 hanno evidenziato perduranti inadempienze rispetto a quanto concordato in sede di programma. Inoltre la Corte dei Conti ha

formalmente richiamato l'attenzione della struttura commissariale sulla circostanza che il Servizio sanitario della Regione Molise continuava a produrre rilevanti deficit di gestione.

La Regione ha così predisposto il Piano operativo straordinario 2016-18, la cui approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni, nel corso del 2016, ha sbloccato il trasferimento del contributo di solidarietà interregionale. Il nuovo Piano prevede interventi finalizzati al superamento delle inadempienze concernenti i LEA e al riequilibrio dei conti entro il 2018, con particolare attenzione al contenimento della spesa per acquisto di beni e servizi e per il personale; prevede inoltre azioni volte alla parziale riorganizzazione dell'offerta sanitaria regionale, con il riassetto della rete ospedaliera, territoriale, penitenziaria e veterinaria, e la razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica, in particolare di quella convenzionata.

Principali indicatori regionali sulla sanità - Molise

(valori percentuali e unità)

VOCI	2007-09	2010-12	2013-15
Variazioni percentuali medie annue			
Costi totali	4,4	-0,1	-0,6
- Gestione diretta	4,5	-0,8	-0,4
<i>di cui: beni</i>	9,3	1,4	4,5
<i>di cui: prodotti farmaceutici</i>	8,0	6,4	11,4
<i>personale</i>	1,1	-1,7	-1,8
- Gestione convenzionata	4,1	1,1	-0,9
Personale strutture pubbliche (1)	-1,4	-3,0	-1,5
Posti letto strutture pubbliche (2)	-1,4	-6,8	-4,5
Valori puntuali			
VOCI	2007	2010	2015
Costi totali (euro pro capite)	2.002,5	2.125,2	2.113,9
Risultato d'esercizio (euro pro capite)	-217,8	-205,8	-143,3
Posti letto (per 1.000 ab.) (3)	6,04	5,32	4,00
- <i>di cui: pubblici</i> (3)	5,31	4,72	3,52
<i>privati accreditati</i> (3)	0,72	0,60	0,48
Tasso di ospedalizzazione per acuti (4)	221,5	193,5	156,1
Personale (per 10.000 ab.) (5)	138,5	133,4	121,9
- <i>di cui: pubblici</i>	131,6	125,7	112,9
- % con almeno 50 anni di età	36,5	58,3	64,3
- <i>di cui: privati accreditati ed equiparati</i> (5)	7,0	7,7	7,1
LEA (6)	44,4	59,1	70,7
Qualità percepita servizi ospedalieri (7)			
- Assistenza medica	30,0	33,3	20,5
- Assistenza infermieristica	20,0	33,3	18,2
Saldo di mobilità (8)	7,9	8,1	5,6
- Indice di attrazione (9)	25,8	26,0	28,0
- Indice di fuga (10)	19,5	19,5	23,6

Fonte: per costi, posti letto, LEA e mobilità, elaborazioni su dati Ministero della Salute; per il tasso di ospedalizzazione, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*, Istat; per il risultato d'esercizio, MEF, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*; per il personale, elaborazioni su dati RGS; per la qualità percepita *La vita quotidiana. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie*.

(1) La variazione è calcolata sui dati pubblicati da RGS; non è corretta per l'inclusione di parte del personale dei Policlinici Universitari, a partire dal 2011, tra il personale dell'SSR. (2) Media calcolata sul biennio 2013-14. - (3) Ultimo anno disponibile il 2014. - (4) Numero di ricoveri per 1.000 unità di popolazione residente standardizzata per classi di età e sesso. - (5) Ultimo anno disponibile il 2013. - (6) Dati espressi in percentuale del punteggio massimo dell'anno; ultimo anno disponibile il 2014. - (7) Quota per 100 persone con almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista che ha dichiarato di essere molto soddisfatta in merito ai servizi connessi al ricovero. - (8) Differenza tra mobilità attiva e passiva in rapporto al totale dei ricoveri registrati nella regione, in regime ordinario e day hospital. - (9) Quota di ricoveri nelle strutture regionali riferita a pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva). - (10) Quota di pazienti residenti in regione rivoltisi a strutture di altre regioni per farsi curare (mobilità passiva).

g. PERCORSO DEL PIANO DI RIENTRO DELLA REGIONE PIEMONTE

La Regione Piemonte ha sottoscritto il 29 luglio 2010 il “Piano di riqualificazione del Servizio sanitario regionale e di riequilibrio economico” (PdR). Tale Piano non discendeva dall’obbligo giuridico derivante dallo sforamento dei parametri sul disavanzo ma era finalizzato a ottenere la quota parte del finanziamento ancora spettante per l’anno 2004, così come previsto all’art. 14 dell’Intesa Stato-Regione del 3 dicembre 2009.

A fine settembre 2010 è stato definito il Programma attuativo del PdR, che prevedeva interventi generici per la riqualificazione e la riorganizzazione dell’SSR, insieme a misure per il raggiungimento dell’equilibrio economico. Vi ha fatto seguito ad aprile dell’anno successivo un Addendum (DGR n. 49-1985 del 29 aprile 2011), che ha definito in maggiore dettaglio gli interventi per gli anni 2011-12 di riduzione della spesa da realizzare tramite:

- un risparmio sulle prestazioni da privati accreditati, con la revisione dei tetti di spesa;
- il contenimento del costo del personale, attraverso il parziale blocco del turnover, la sospensione delle prestazioni aggiuntive per il personale dipendente, la mancata attivazione di servizi a gestione diretta e la riduzione dei contratti atipici;
- un risparmio sulla spesa per acquisti di beni e servizi, mediante la diffusione della procedura centralizzata di acquisto;
- la razionalizzazione della spesa farmaceutica, con la revisione del prontuario regionale e il monitoraggio dell’appropriatezza prescrittiva;
- la ristrutturazione della rete diagnostica e dei laboratori.

Nel corso della riunione di verifica, nel dicembre del 2011, il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA, a seguito dell’emergere di un disavanzo finanziario, hanno stabilito che non vi erano le condizioni per l’erogazione di alcuna spettanza. Nella riunione del 7 novembre del 2012, il Tavolo ha evidenziato la perdurante inadeguatezza della documentazione trasmessa ai fini della valutazione della riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete di emergenza-urgenza e ha segnalato l’esigenza di procedere a una riduzione del numero di posti letto, in conformità con gli standard nazionali, come rideterminati dalla normativa vigente.

Nella riunione del 4 aprile 2013 Tavolo e Comitato hanno valutato negativamente lo stato di attuazione del Piano di Rientro, in considerazione del profilarsi di un disavanzo finanziario anche per l’anno 2012, dell’emersione di un ulteriore debito derivante del mancato conferimento alle ASL di una parte delle risorse trasferite alla Regione in qualità di finanziamento sanitario (circa 850 milioni di crediti iscritti nei bilanci delle ASL ma non riportati fra i debiti della Regione) e del ritardo nell’attuazione del Piano di Rientro e del suo Addendum. Alla luce di tali valutazioni, al fine di non compromettere l’attribuzione delle risorse condizionate alla piena attuazione del PdR, la Regione è stata invitata alla prosecuzione del Piano mediante la predisposizione di un Programma operativo (PO) per il triennio 2013-15. Il PO è stato approvato dal Ministero e recepito con D.G.R. n. 25-6992 del 30 dicembre 2013.

Il PO ha riproposto il percorso di contenimento della spesa tramite interventi strutturali quali la revisione della rete ospedaliera, il riordino e il potenziamento della rete territoriale e la definizione dei budget destinati alla rete privata accreditata. Con riferimento all’efficienza sono state confermate misure di centralizzazione degli acquisti e di integrazione delle reti logistiche, insieme a una serie di interventi per il contenimento della spesa farmaceutica come la definizione di tetti e il monitoraggio della spesa stessa, un maggior utilizzo di farmaci a brevetto scaduto, la formazione degli operatori del settore e la verifica dell’appropriatezza pre-

scrittiva. Sono state inoltre programmate misure volte a snellire la catena di controllo, aumentando parallelamente il livello di responsabilità dei direttori generali.

Nella riunione del Tavolo del 20 aprile 2016 è stato espresso un giudizio favorevole sull'attuazione del PO 2013-15 e sul conseguimento di quasi tutti gli obiettivi in esso previsti. Il rilievo che ancora permaneva, anche nella successiva seduta di luglio 2016, riguardava l'insufficiente livello di liquidità del Servizio sanitario regionale, che contribuiva a determinare tempi lunghi per il pagamento dei fornitori e su cui la Regione è stata chiamata a intervenire.

Il 21 marzo 2017 è stato formalizzato l'accordo tra la Regione e il Ministero dell'Economia e delle finanze, che ha consentito l'uscita del Piemonte dal PdR a partire dal 2017, grazie all'impegno della Regione a pagare il debito residuo nei confronti degli operatori del sistema sanitario (pari circa a 1,5 miliardi) in un arco temporale di 10 anni, e a portare entro sei anni i tempi di pagamento verso i fornitori a 60 giorni, così come previsto dalla normativa europea.

Principali indicatori regionali sulla sanità - Piemonte

(valori percentuali e unità)

VOCI	2007-09	2010-12	2013-15
Variazioni percentuali medie annue			
Costi totali	3,8	-0,1	-1,0
- Gestione diretta	3,9	0,6	-0,7
<i>di cui: beni</i>	5,6	2,7	0,1
<i>di cui: prodotti farmaceutici</i>	6,3	5,4	7,0
<i>personale</i>	2,7	-0,4	-1,0
- Gestione convenzionata	3,7	-1,5	-1,6
Personale strutture pubbliche (1)	1,3	-1,3	-0,9
Posti letto strutture pubbliche (2)	-0,5	1,1	-2,2
Valori puntuali			
VOCI	2007	2010	2015
Costi totali (euro pro capite)	1.823,7	1.991,0	1.876,1
Risultato d'esercizio (euro pro capite)	-39,4	-96,8	1,3
Posti letto (per 1.000 ab.) (3)	4,06	4,17	3,91
- <i>di cui: pubblici</i> (3)	3,26	3,37	3,13
<i>privati accreditati</i> (3)	0,80	0,80	0,78
Tasso di ospedalizzazione per acuti (4)	160,8	145,0	119,6
Personale (per 10.000 ab.) (5)	144,0	148,3	140,5
- <i>di cui: pubblici</i>	131,2	135,1	125,9
- % con almeno 50 anni di età	27,2	33,9	49,1
- <i>di cui: privati accreditati ed equiparati</i> (5)	12,8	13,2	13,1
LEA (6)	73,8	73,3	88,9
Qualità percepita servizi ospedalieri (7)			
- Assistenza medica	41,6	57,8	48,9
- Assistenza infermieristica	38,9	55,1	51,7
Saldo di mobilità (8)	-1,3	-1,5	-2,0
- Indice di attrazione (9)	5,8	5,3	5,6
- Indice di fuga (10)	7,1	6,7	7,5

Fonte: per costi, posti letto, LEA e mobilità, elaborazioni su dati Ministero della Salute; per il tasso di ospedalizzazione, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*, Istat; per il risultato d'esercizio, MEF, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*; per il personale, elaborazioni su dati RGS; per la qualità percepita *La vita quotidiana. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie*.

(1) La variazione è calcolata sui dati pubblicati da RGS; non è corretta per l'inclusione di parte del personale dei Policlinici Universitari, a partire dal 2011, tra il personale dell'SSR. (2) Media calcolata sul biennio 2013-14. - (3) Ultimo anno disponibile il 2014. - (4) Numero di ricoveri per 1.000 unità di popolazione residente standardizzata per classi di età e sesso. - (5) Ultimo anno disponibile il 2013. - (6) Dati espressi in percentuale del punteggio massimo dell'anno; ultimo anno disponibile il 2014. - (7) Quota per 100 persone con almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista che ha dichiarato di essere molto soddisfatta in merito ai servizi connessi al ricovero. - (8) Differenza tra mobilità attiva e passiva in rapporto al totale dei ricoveri registrati nella regione, in regime ordinario e day hospital. - (9) Quota di ricoveri nelle strutture regionali riferita a pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva). - (10) Quota di pazienti residenti in regione rivoltisi a strutture di altre regioni per farsi curare (mobilità passiva).

h. PERCORSO DEL PIANO DI RIENTRO DELLA REGIONE PUGLIA

La Regione Puglia ha adottato nel 2010 un Piano di Rientro dai disavanzi sanitari, che dal 2007 avevano raggiunto valori pari a circa il 5 per cento delle entrate. Il ricorso al Piano è stato lo strumento per ottenere la riattribuzione di finanziamenti statali all'SSR (c.d. quote premiali) per gli anni 2006, 2007 e 2009, persi per il mancato rispetto del patto di stabilità. Esso non ha fatto seguito a un obbligo giuridico, in quanto i disavanzi, pur elevati, non avevano determinato i presupposti previsti dalla normativa per l'applicazione del Piano in via obbligatoria (c.d. disavanzo eccessivo o strutturale).

Il Piano, approvato negli ultimi mesi del 2010, conteneva misure finalizzate al ripristino dell'equilibrio economico finanziario nel periodo 2010-12 e alla riorganizzazione delle modalità di erogazione dell'assistenza. Le misure di risanamento avrebbero dovuto portare nel triennio a una riduzione dei costi, rispetto alla loro dinamica tendenziale, di oltre il 10 per cento rispetto al livello del 2009 e a un incremento delle entrate destinate al finanziamento del sistema sanitario di quasi il 9 per cento.

Le principali misure sul lato dei costi riguardavano:

- il riordino della rete ospedaliera, mediante la chiusura di ospedali con un numero esiguo di posti letto, l'accorpamento di reparti e la riconversione di ospedali disattivati in strutture sanitarie territoriali;
- la ridefinizione e il monitoraggio dell'adeguatezza delle prestazioni, delle modalità prescrittive e degli accordi contrattuali con le strutture accreditate;
- il contenimento della spesa farmaceutica, da conseguire sia mediante la riduzione delle quantità consumate, per effetto dell'aumento della compartecipazione dei cittadini alla spesa (ticket), sia attraverso risparmi negli acquisti, grazie al maggior ricorso alle unioni di acquisto e alla gestione centralizzata delle gare;
- la riduzione delle spese per il personale, soprattutto attraverso il blocco del turnover degli addetti e la ridefinizione degli accordi contrattuali integrativi regionali.

I ricavi addizionali sarebbero provenuti per la quasi totalità dall'incremento del gettito dell'IRAP e, per la parte residua, da fondi del bilancio autonomo della Regione. Il loro contributo al riequilibrio del conto economico, elevato nel 2010, si sarebbe dovuto rapidamente attenuare negli anni successivi.

I risultati delle azioni intraprese hanno sortito in gran parte un esito positivo con riferimento alla gestione finanziaria. Nel 2012 infatti il disavanzo si era sensibilmente ridotto, azzerandosi dopo le coperture a carico del bilancio regionale, grazie soprattutto alla flessione dei costi, pari all'1 per cento medio annuo nel triennio del piano.

La riduzione dei costi ha beneficiato soprattutto della flessione delle spese per l'acquisto dei farmaci in convenzione. Alla fine del periodo di vigenza del Piano, le spese convenzionate sono risultate inferiori dell'11 per cento rispetto all'obiettivo. Le spese per il personale, dopo la crescita del triennio antecedente il PdR, si sono ridotte, per effetto del blocco del turnover e della ridefinizione degli accordi contrattuali integrativi, portandosi in linea con l'obiettivo. Le spese per l'acquisto dei beni hanno invece continuato a crescere a ritmi sostenuti, superando sensibilmente il livello indicato nel Piano. Lo scostamento ha risentito dei ritardi con cui sono state avviate le misure dirette a contenere l'ospedalizzazione, i cui effetti finanziari si sono manifestati in misura di gran lunga inferiore rispetto a quanto previsto dal PdR.

Il progresso registrato nella gestione finanziaria si è accompagnato solo in parte a quello sulla qualità e quantità dei servizi offerti. È migliorata la qualità dell'assistenza ospedaliera,

con tassi di ospedalizzazione e di inappropriata dei ricoveri in riduzione, ma ancora al di sopra delle soglie massime di riferimento; gli indicatori relativi all'assistenza distrettuale e collettiva sono risultati sostanzialmente invariati e pari a circa la metà dei livelli minimi fissati dal Comitato. Il giudizio complessivo, pur in miglioramento, ha pertanto confermato l'inadeguatezza nell'erogazione dei LEA.

Al fine di consolidare i risultati ottenuti nella gestione finanziaria nel triennio 2010-12 e migliorare l'erogazione dei LEA, nel 2013 la Regione Puglia ha chiesto la prosecuzione del Piano per ulteriori tre anni attraverso la predisposizione del Programma operativo (PO) 2013-15. Il PO, approvato nell'estate del 2014, prevedeva interventi per rafforzare e completare il processo di deospedalizzazione avviato con il PdR 2010-12, migliorando nel contempo la qualità dell'assistenza territoriale.

L'SSR ha mantenuto su livelli ridotti i disavanzi nel triennio di vigenza del nuovo PO. Con riguardo all'erogazione dei LEA si è registrato un miglioramento e nel 2014 la Puglia è stata valutata adempiente, in virtù dei progressi registrati in tutte le aree di assistenza, soprattutto in quella collettiva.

Ad aprile 2016 la valutazione condotta dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle finanze sullo stato di attuazione del PO 2013-15 ha fatto però emergere ritardi nelle attività di riordino della rete ospedaliera e inadempienze nell'implementazione della rete domiciliare, della prevenzione e dell'emergenza. La Regione ha così predisposto il PO 2016-18, contenente misure di riorganizzazione della rete emergenziale, di riordino della rete assistenziale e volte alla prosecuzione del miglioramento nell'erogazione dei LEA; nel nuovo PO sono stati anche riproposti gli interventi per il contenimento della spesa farmaceutica, sostanzialmente disattesi negli anni precedenti, quali l'avvio di gare uniche per l'acquisto dei farmaci e un inasprimento del controllo sull'appropriatezza delle prescrizioni dei medici di base.

Principali indicatori regionali sulla sanità - Puglia

(valori percentuali e unità)

VOCI	2007-09	2010-12	2013-15
Variazioni percentuali medie annue			
Costi totali	4,0	-0,8	0,6
- Gestione diretta	5,5	0,2	0,2
<i>di cui: beni</i>	9,9	4,1	3,8
<i>di cui: prodotti farmaceutici</i>	12,0	8,3	11,0
<i>personale</i>	3,3	-1,4	-0,8
- Gestione convenzionata	1,9	-2,4	1,2
Personale strutture pubbliche (1)	1,1	-5,1	-0,5
Posti letto strutture pubbliche (2)	-1,1	-4,7	-2,6
Valori puntuali			
VOCI	2007	2010	2015
Costi totali (euro pro capite)	1.700,2	1.820,2	1.765,2
Risultato d'esercizio (euro pro capite)	-65,8	-82,1	-13,3
Posti letto (per 1.000 ab.) (3)	4,12	4,01	3,24
- <i>di cui: pubblici</i> (3)	3,43	3,36	2,67
<i>privati accreditati</i> (3)	0,69	0,64	0,57
Tasso di ospedalizzazione per acuti (4)	214,7	206,0	135,4
Personale (per 10.000 ab.) (5)	123,6	118,8	108,9
- <i>di cui: pubblici</i>	109,5	103,8	94,5
- % con almeno 50 anni di età	42,5	48,2	57,4
- <i>di cui: privati accreditati ed equiparati</i> (5)	14,1	15,0	13,6
LEA (6)	41,9	42,7	72,0
Qualità percepita servizi ospedalieri (7)			
- Assistenza medica	20,7	23,3	18,5
- Assistenza infermieristica	20,7	18,0	20,3
Saldo di mobilità (8)	-4,5	-3,8	-5,3
- Indice di attrazione (9)	3,4	3,5	4,5
- Indice di fuga (10)	7,5	7,0	9,2

Fonte: per costi, posti letto, LEA e mobilità, elaborazioni su dati Ministero della Salute; per il tasso di ospedalizzazione, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*, Istat; per il risultato d'esercizio, MEF, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*; per il personale, elaborazioni su dati RGS; per la qualità percepita *La vita quotidiana. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie*.

(1) La variazione è calcolata sui dati pubblicati da RGS; non è corretta per l'inclusione di parte del personale dei Policlinici Universitari, a partire dal 2011, tra il personale dell'SSR. (2) Media calcolata sul biennio 2013-14. - (3) Ultimo anno disponibile il 2014. - (4) Numero di ricoveri per 1.000 unità di popolazione residente standardizzata per classi di età e sesso. - (5) Ultimo anno disponibile il 2013. - (6) Dati espressi in percentuale del punteggio massimo dell'anno; ultimo anno disponibile il 2014. - (7) Quota per 100 persone con almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista che ha dichiarato di essere molto soddisfatta in merito ai servizi connessi al ricovero. - (8) Differenza tra mobilità attiva e passiva in rapporto al totale dei ricoveri registrati nella regione, in regime ordinario e day hospital. - (9) Quota di ricoveri nelle strutture regionali riferita a pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva). - (10) Quota di pazienti residenti in regione rivoltisi a strutture di altre regioni per farsi curare (mobilità passiva).

i. PERCORSO DEL PIANO DI RIENTRO DELLA REGIONE SARDEGNA

La Regione Sardegna nel 2005 ha registrato un disavanzo superiore alla soglia del 7 per cento; pertanto, pur avendone prevista la copertura con fondi regionali, ha dovuto predisporre il “Piano degli interventi necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico e la riorganizzazione del Servizio sanitario regionale” (PdR). Il Piano, siglato il 31 luglio 2007, conteneva misure di riequilibrio sia della gestione finanziaria corrente, al fine di azzerare il disavanzo entro il 2010, sia del profilo erogativo dei Livelli essenziali di assistenza. In particolare, le principali misure dal lato del riequilibrio economico-finanziario riguardavano:

- la razionalizzazione della rete ospedaliera, della rete delle strutture di diagnostica di laboratorio, della spesa farmaceutica, della spesa per l’acquisto di beni e servizi e per il personale dipendente; all’interno di queste misure rientravano anche quelle volte alla riduzione del numero di posti letto e delle attività di ricovero e pronto soccorso inappropriate;
- il completamento del processo di aziendalizzazione delle strutture ospedaliere-universitarie;
- la realizzazione del sistema di contabilità analitica per centri di costo, con la produzione sistematica di informative contabili dettagliate del sistema sanitario, sulla base delle quali effettuare un più puntuale ed efficace controllo di gestione.

A differenza di altre Regioni in PdR, la Sardegna non ha programmato di utilizzare la leva fiscale per ampliare le risorse destinate al finanziamento della spesa sanitaria, tanto che le aliquote dell’IRAP e dell’addizionale Irpef sono state mantenute, nel triennio di validità del Piano, sui valori minimi previsti dal legislatore nazionale. Inoltre, a partire dal 2007, la Regione non ha più usufruito del Fondo sanitario nazionale (FSN), provvedendo interamente al fabbisogno sanitario con le risorse del proprio bilancio; tali risorse sono state ampliate a seguito dell’attribuzione alla Sardegna di una quota pari ai nove decimi del gettito dell’IVA generato sul territorio regionale.

Nel corso della riunione del Tavolo di monitoraggio di novembre 2009 gli atti complessivamente adottati dalla Regione sono stati giudicati insufficienti a soddisfare gli obiettivi del Piano, sul fronte sia del risanamento finanziario sia della riorganizzazione del Sistema sanitario. La verifica annuale 2009 ha avuto esito negativo; trattandosi dell’ultima verifica del periodo triennale di valenza del Piano, ne è conseguita una valutazione complessivamente negativa sull’attuazione del PdR.

Sempre nel 2009 le analisi della Corte dei Conti sulla gestione della sanità (cfr. *Rapporto sul Coordinamento della finanza pubblica*, maggio 2009) hanno segnalato un incremento del disavanzo della Sardegna, con una crescita dei costi superiore rispetto al livello programmato e non compensata dall’aumento delle entrate.

Nonostante tali risultati la Regione Sardegna, avvalendosi dello status di Regione a Statuto speciale (in attuazione delle regole di finanziamento del SSR previste dalla Legge 27 dicembre 2006, n. 296, art. 1, commi 834-840), ha deciso di non siglare negli anni successivi un nuovo accordo di monitoraggio con il Ministero della Salute. Tuttavia alla fine del 2015, a seguito di crescenti disavanzi finanziari, la Regione ha approntato un “Piano di riorganizzazione e riqualificazione” del Servizio sanitario regionale da attuare nel triennio successivo, che si ispira alla filosofia degli usuali PdR ma nel rispetto dell’autonomia della Regione Sardegna. Tale Piano prevede il riordino della rete ospedaliera pubblica e modifiche nei rapporti con la rete privata convenzionata, allo scopo di ottenere miglioramenti sul fronte dei costi e su quello dell’appropriatezza delle prestazioni.

Principali indicatori regionali sulla sanità - Sardegna

(valori percentuali e unità)

VOCI	2007-09	2010-12	2013-15
Variazioni percentuali medie annue			
Costi totali	5,1	2,0	0,3
- Gestione diretta	6,9	2,1	0,8
<i>di cui: beni</i>	10,2	2,7	5,7
<i>di cui: prodotti farmaceutici</i>	14,2	3,1	13,0
<i>personale</i>	3,9	1,3	0,6
- Gestione convenzionata	1,4	1,8	-0,8
Personale strutture pubbliche (1)	2,0	0,3	1,2
Posti letto strutture pubbliche (2)	-3,6	-2,4	-3,7
Valori puntuali			
VOCI	2007	2010	2015
Costi totali (euro pro capite)	1.667,4	1.935,0	1.999,8
Risultato d'esercizio (euro pro capite)	-70,4	-172,7	-201,3
Posti letto (per 1.000 ab.) (3)	4,53	4,28	3,56
- <i>di cui: pubblici</i> (3)	3,72	3,36	2,94
<i>privati accreditati</i> (3)	0,82	0,92	0,62
Tasso di ospedalizzazione per acuti (4)	196,3	173,4	151,2
Personale (per 10.000 ab.) (5)	143,5	150,1	154,6
- <i>di cui: pubblici</i>	133,3	138,7	143,6
- % con almeno 50 anni di età	38,8	46,7	53,5
- <i>di cui: privati accreditati ed equiparati</i> (5)	10,2	11,4	10,6
LEA (6)	55,6	44,4	57,8
Qualità percepita servizi ospedalieri (7)			
- Assistenza medica	35,3	39,3	40,0
- Assistenza infermieristica	35,3	37,5	37,7
Saldo di mobilità (8)	-3,6	-3,6	-4,0
- Indice di attrazione (9)	1,5	1,6	1,4
- Indice di fuga (10)	4,9	5,0	5,2

Fonte: per costi, posti letto, LEA e mobilità, elaborazioni su dati Ministero della Salute; per il tasso di ospedalizzazione, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*, Istat; per il risultato d'esercizio, MEF, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*; per il personale, elaborazioni su dati RGS; per la qualità percepita *La vita quotidiana. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie*.

(1) La variazione è calcolata sui dati pubblicati da RGS; non è corretta per l'inclusione di parte del personale dei Policlinici Universitari, a partire dal 2011, tra il personale dell'SSR. (2) Media calcolata sul biennio 2013-14. - (3) Ultimo anno disponibile il 2014. - (4) Numero di ricoveri per 1.000 unità di popolazione residente standardizzata per classi di età e sesso. - (5) Ultimo anno disponibile il 2013. - (6) Dati espressi in percentuale del punteggio massimo dell'anno; ultimo anno disponibile il 2014. - (7) Quota per 100 persone con almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista che ha dichiarato di essere molto soddisfatta in merito ai servizi connessi al ricovero. - (8) Differenza tra mobilità attiva e passiva in rapporto al totale dei ricoveri registrati nella regione, in regime ordinario e day hospital. - (9) Quota di ricoveri nelle strutture regionali riferita a pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva). - (10) Quota di pazienti residenti in regione rivoltisi a strutture di altre regioni per farsi curare (mobilità passiva).

j. PERCORSO DEL PIANO DI RIENTRO DELLA REGIONE SICILIANA

In seguito all'acclarata situazione di disequilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale, il 31 luglio 2007 la Regione Siciliana ha siglato il "Piano di contenimento e riqualificazione del Sistema sanitario regionale 2007-09" (PdR), volto anche a innalzare e omogeneizzare l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza sul territorio. Le principali misure sul lato dei costi riguardavano:

- il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata, da conseguire mediante il maggior ricorso alla distribuzione diretta dei farmaci, alla prescrizione di prodotti generici e all'aumento della compartecipazione dei cittadini alla spesa (ticket);
- la contrazione della spesa specialistica convenzionata, da realizzare con la riduzione dei rimborsi concessi agli enti convenzionati e con il contestuale potenziamento delle strutture pubbliche di assistenza territoriali, reso possibile grazie al loro minore impiego in attività di ricovero ospedaliero;
- la diminuzione delle spese per l'acquisto di beni, a seguito dell'introduzione di gare di acquisto in forma consociata;
- la riduzione del costo del personale, mediante il blocco del turnover e la riduzione delle posizioni dirigenziali.

Ulteriori economie erano attese dai provvedimenti di contenimento dell'assistenza ospedaliera pubblica e privata, con la diminuzione del numero di aziende ospedaliere, dei posti letto per acuti e delle attività di ricovero e pronto soccorso inappropriate.

Le maggiori risorse destinate al finanziamento della spesa sanitaria sarebbero derivate soprattutto dall'incremento delle aliquote dell'IRAP e dell'addizionale Irpef e dalla valorizzazione del patrimonio delle ASL.

Come emerso dai Tavoli di monitoraggio nel periodo 2007-09 il deficit, pur sensibilmente diminuito rispetto al triennio precedente, si è mantenuto su un livello ancora elevato. Sulla flessione del deficit hanno inciso soprattutto le misure restrittive che hanno riguardato la spesa farmaceutica convenzionata, che è risultata inferiore rispetto all'obiettivo fissato nel PdR. Le altre componenti di spesa, in rallentamento, sono invece risultate al di sopra dei valori programmati.

Sulla parziale efficacia del piano hanno inciso i ritardi nella razionalizzazione delle aziende ospedaliere, avviata solo nel 2009, nella rimodulazione della rete per singola azienda e nel riordino delle prestazioni assistenziali sul territorio. Il processo di ridefinizione dei tetti di spesa con gli operatori privati convenzionati ha subito forti rallentamenti a seguito degli elevati contenziosi con le strutture private. Inoltre non sono state tempestivamente approvate né le nuove dotazioni organiche del personale delle aziende sanitarie né le procedure di acquisto centralizzato.

Nel 2010 la Regione ha presentato una serie di provvedimenti per il completamento della riorganizzazione della rete ospedaliera, dell'assistenza specialistica, dell'emergenza urgenza e del potenziamento dell'assistenza territoriale. Al fine di portare a termine l'opera di risanamento, inoltre, la Sicilia ha adottato il 30 dicembre 2010 il Programma operativo 2010-12, che costituisce la prosecuzione e il completamento del precedente PdR.

Negli anni di attuazione del nuovo Programma operativo si è registrata una significativa riduzione del disavanzo di gestione, fino al suo sostanziale azzeramento. Inoltre si sono realizzati miglioramenti in alcuni indicatori di qualità dei servizi offerti. Durante le verifiche intercorse il Tavolo di monitoraggio ha valutato positivamente le azioni intraprese in ordine all'attuazione del Programma operativo e ha chiesto alla Regione Siciliana di adoperarsi al fi-

ne di portare a compimento anche le richieste in materia di assistenza territoriale, domiciliare e riordino dei punti nascita.

Il 26 marzo 2014 la Regione ha approvato il Programma operativo di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale 2013-15 che il Tavolo di monitoraggio e il Comitato per la verifica dei LEA hanno valutato adeguatamente impostato; nel triennio di valenza del Piano l'SSR siciliano non ha registrato alcun disavanzo di gestione e sono stati ottenuti alcuni miglioramenti nell'offerta dei servizi sanitari.

Da ultimo la Regione ha predisposto il Piano triennale 2016-18, che si focalizza in particolare sugli interventi da apportare per proseguire nella razionalizzazione e nell'innalzamento dei livelli qualitativi dell'SSR, nel rispetto dell'ormai consolidato equilibrio finanziario.

Principali indicatori regionali sulla sanità - Sicilia

(valori percentuali e unità)

VOCI	2007-09	2010-12	2013-15
Variazioni percentuali medie annue			
Costi totali	-3,3	0,5	0,4
- Gestione diretta	-4,0	0,1	1,4
<i>di cui: beni</i>	6,2	4,1	7,5
<i>di cui: prodotti farmaceutici</i>	9,7	7,1	12,9
<i>personale</i>	1,6	-1,1	-1,0
- Gestione convenzionata	-2,1	1,2	-1,0
Personale strutture pubbliche (1)	-2,0	0,2	-1,5
Posti letto strutture pubbliche (2)	-3,4	-3,4	-0,5
Valori puntuali			
VOCI	2007	2010	2015
Costi totali (euro pro capite)	1.700,8	1.719,7	1.724,1
Risultato d'esercizio (euro pro capite)	-128,8	-18,8	2,7
Posti letto (per 1.000 ab.) (3)	4,13	3,68	3,35
- <i>di cui: pubblici (3)</i>	3,22	2,80	2,48
<i>privati accreditati (3)</i>	0,91	0,88	0,87
Tasso di ospedalizzazione per acuti (4)	237,6	185,6	117,6
Personale (per 10.000 ab.) (5)	121,0	116,5	116,2
- <i>di cui: pubblici</i>	108,1	102,9	99,2
- % con almeno 50 anni di età	43,4	50,4	59,5
- <i>di cui: privati accreditati ed equiparati (5)</i>	12,9	13,6	13,0
LEA (6)	47,5	49,8	75,6
Qualità percepita servizi ospedalieri (7)			
- Assistenza medica	19,8	27,2	24,5
- Assistenza infermieristica	15,3	21,3	24,7
Saldo di mobilità (8)	-3,2	-4,0	-5,5
- Indice di attrazione (9)	1,7	1,7	1,9
- Indice di fuga (10)	4,8	5,5	6,9

Fonte: per costi, posti letto, LEA e mobilità, elaborazioni su dati Ministero della Salute; per il tasso di ospedalizzazione, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*, Istat; per il risultato d'esercizio, MEF, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*; per il personale, elaborazioni su dati RGS; per la qualità percepita *La vita quotidiana. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie*.

(1) La variazione è calcolata sui dati pubblicati da RGS; non è corretta per l'inclusione di parte del personale dei Policlinici Universitari, a partire dal 2011, tra il personale dell'SSR. (2) Media calcolata sul biennio 2013-14. - (3) Ultimo anno disponibile il 2014. - (4) Numero di ricoveri per 1.000 unità di popolazione residente standardizzata per classi di età e sesso. - (5) Ultimo anno disponibile il 2013. - (6) Dati espressi in percentuale del punteggio massimo dell'anno; ultimo anno disponibile il 2014. - (7) Quota per 100 persone con almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista che ha dichiarato di essere molto soddisfatta in merito ai servizi connessi al ricovero. - (8) Differenza tra mobilità attiva e passiva in rapporto al totale dei ricoveri registrati nella regione, in regime ordinario e day hospital. - (9) Quota di ricoveri nelle strutture regionali riferita a pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva). - (10) Quota di pazienti residenti in regione rivoltisi a strutture di altre regioni per farsi curare (mobilità passiva).

APPENDICE NORMATIVA

L'evoluzione della normativa dei Piani di Rientro e le principali norme a essi collegate.

Con il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (“Riordino della disciplina in materia sanitaria”) e poi con il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale”), il legislatore ha introdotto nel nostro ordinamento il concetto di livelli essenziali di assistenza (art. 1, comma 2: “Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale”), specificando inoltre le risorse finanziarie necessarie per la loro fornitura (art. 1, comma 3: “L’individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all’individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l’intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria”).

La legge 30 dicembre 2004, n. 311, all’articolo 1, comma 173, disponeva che l’accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato fosse subordinato alla stipula di una specifica intesa che contemplasse, ai fini del contenimento della dinamica dei costi, specifici adempimenti. In caso di mancato rispetto di tali adempimenti (comma 176) alla Regione era precluso l’accesso al maggior finanziamento previsto per gli anni 2005, 2006 e 2007, con conseguente recupero delle somme eventualmente erogate.

Al successivo comma 174 stabiliva che, al fine del rispetto dell’equilibrio economico-finanziario, la Regione, ove si fosse prospettata sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, avrebbe dovuto adottare i provvedimenti necessari. Qualora i dati del monitoraggio del quarto trimestre avessero evidenziato un disavanzo di gestione a fronte del quale non fossero stati adottati i predetti provvedimenti, ovvero essi non fossero sufficienti, il Presidente del Consiglio dei Ministri avrebbe diffidato la Regione a provvedervi entro il 30 aprile dell’anno successivo a quello di riferimento. Qualora la Regione non avesse adempiuto, entro i successivi trenta giorni il Presidente della Regione, in qualità di commissario ad acta, avrebbe dovuto approvare il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione e adottare i necessari provvedimenti per il suo ripianamento.

Il comma 180 disponeva che la Regione inadempiente, in base a quanto previsto dai commi 174 e 176, anche avvalendosi del supporto tecnico dell’Agenzia per i servizi sanitari regionali, procedesse a una ricognizione delle cause ed elaborasse ***un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale***, di durata non superiore al triennio. Era prevista la stipula da parte dei Ministri della Salute e dell’Economia e delle finanze e la singola Regione di un apposito accordo che individuasse gli interventi necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173. La sottoscrizione dell’accordo era condizione necessaria per la riattribuzione alla Regione interessata del maggiore finanziamento, anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica dell’effettiva attuazione del programma.

Il comma 174 includeva tra i provvedimenti necessari al ripiano del disavanzo di gestione gli ***aumenti dell’addizionale all’imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggio-***

razioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive, entro le misure stabilite dalla normativa vigente. I predetti incrementi potevano essere adottati anche in funzione della copertura dei disavanzi di gestione accertati o stimati nel settore sanitario relativi all'esercizio 2004 e seguenti.

Tale principio è stato ulteriormente rafforzato dalla legge 23 dicembre 2009, n. 191 (art. 2, comma 76), che ha stabilito che il mancato raggiungimento da parte della Regione degli obiettivi del PdR, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, comportava l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'IRAP e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'Irpef, rispetto al livello delle aliquote vigenti e in aggiunta a eventuali ulteriori incrementi automatici già previsti dalla legge 311/04. Successivamente, il decreto legislativo 68/2011 (art. 6, commi 1 e 2) ha stabilito che a decorrere dall'anno 2013 ciascuna Regione a Statuto ordinario avrebbe potuto, con propria legge, aumentare o diminuire l'aliquota dell'addizionale regionale all'Irpef di base, fissata allo 0,9 per cento. La maggiorazione non poteva essere superiore a: 0,5 punti percentuali per l'anno 2013; 1,1 punti per il 2014; 2,1 punti a decorrere dal 2015. Al successivo comma 2 stabiliva che fino al 31 dicembre 2012 rimanessero ferme le aliquote dell'addizionale regionale all'Irpef delle Regioni che, alla data di entrata in vigore del presente decreto, risultavano superiori all'aliquota di base, salva la facoltà delle medesime Regioni di deliberare la loro riduzione fino all'aliquota di base.

L'entità del disavanzo che determina la condizione affinché una Regione sia sottoposta a Piano di Rientro, inizialmente fissata nella misura del 7 per cento (L. 311/04, art. 1, comma 180), è stata abbassata e meglio definita dalla legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria per il 2010; art. 2, comma 77). Tale legge stabilisce che “è definito quale standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 5 per cento, ancorché coperto dalla Regione, ovvero il livello inferiore al 5 per cento qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della Regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo”.

L'Intesa del 23 marzo 2005 aveva disciplinato in maggiore dettaglio alcuni aspetti di attuazione delle norme precedenti e, in particolare, quelli relativi al monitoraggio sia dei risultati di esercizio sia della qualità delle prestazioni erogate nelle singole Regioni. Ha infatti previsto l'istituzione di due Tavoli di monitoraggio, tuttora operanti, al fine della verifica del rispetto delle condizioni per l'accesso alla quota premiale: il “**Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali**”, cui spetta principalmente il compito di effettuare le verifiche trimestrali e annuali dei bilanci sanitari di tutte le regioni, oltre che il controllo periodico sullo stato di attuazione dei Piani di Rientro; il “**Comitato LEA**”, cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

Al fine di favorire il **ripiano dei disavanzi pregressi**, la legge n. 266/2005 (finanziaria per il 2006) ha previsto lo stanziamento di risorse statali aggiuntive e la legge n. 296/2006 (finanziaria per il 2007) ha stanziato ulteriori risorse per la copertura dei disavanzi del triennio 2007-09.

I Livelli essenziali di assistenza (LEA)

I LEA, già in parte previsti dal d.lgs. 502/92, sono stati definiti normativamente con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 29 novembre 2001. Tale decreto è stato in parte modificato da successivi DPCM (in particolare quelli del 28 novembre 2003 e del 23 aprile 2008).

I LEA definiscono i livelli di prestazioni e servizi che devono essere erogati dal servizio sanitario a tutti i cittadini gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. Si riferiscono a tre tipi di assistenza: 1) assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro; 2) assistenza distrettuale; 3) assistenza ospedaliera. Le Regioni sono tenute a erogare i LEA secondo adeguati livelli di qualità e garantendo appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse; il mancato rispetto di tali condizioni non consente l'accesso alla quota premiale.

Nel 2017, con DPCM pubblicato in Gazzetta ufficiale a marzo 2017 e adottato ai sensi dell'articolo 1, comma 3, del Patto per la salute 2014-2016 sono stati definiti i nuovi LEA, la cui applicazione è prevista a partire dall'anno 2017. Le principali novità introdotte riguardano sia la revisione delle prestazioni incluse tra i LEA sia la modalità di aggiornamento periodico.

Tutte le disposizioni in materia di Piano di Rientro e di LEA non si applicano nei confronti delle Province autonome e delle Regioni Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e, dal 2010, Sardegna. Tali Enti provvedono in modo autonomo al finanziamento del proprio SSR, senza alcun vincolo di destinazione. Tra le autonomie speciali fa eccezione la Regione Siciliana (ai sensi della legge 296/2006, art. 1, comma 830).

Disposizioni in materia di personale

La Legge 296 del 2006 stabiliva alcune disposizioni applicabili a tutte le regioni, in termini di ammontare e dinamica della spesa per personale. Questa non doveva superare, per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009, il corrispondente ammontare registrato nell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento (art. 1, comma 565, legge 296/06). La legge 23 dicembre 2009, n.191 (finanziaria per il 2010) ha prorogato per il periodo 2010-12 tale obiettivo, ulteriormente confermato per il triennio successivo dal decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 (convertito con la legge 7 agosto 2012, n. 135).

La L. 191/2009 (art. 2, comma 71) ha introdotto il ***blocco automatico del turnover***, per le sole Regioni in PdR, nel caso in cui venga accertata dagli organismi di verifica e monitoraggio una situazione di squilibrio economico-finanziario del settore sanitario a fronte del quale non siano stati adottati i provvedimenti previsti per il ripiano o questi non siano risultati sufficienti. Tale blocco ha effetto dall'anno di entrata in vigore fino ad almeno il 31 dicembre del secondo anno successivo (emendando l'art.1 comma 174 della L. 311/2004); i contratti eventualmente stipulati in violazione di tale dettato normativo sono nulli. La legge 13 dicembre 2010, n. 220 (legge di stabilità 2011) ha introdotto la possibilità di derogare a tale blocco, nel limite del 10 per cento, nel caso in cui il tavolo tecnico di verifica accerti il raggiungimento almeno parziale degli obiettivi del PdR e tale misura venga ritenuta necessaria per garantire il raggiungimento dei LEA. L'art. 4-bis del c.d. decreto Sanità (decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con la legge 8 novembre 2012, n. 189) ha aumentato la misura della possibile deroga al 15 per cento, a partire dal 2012. A decorrere dal 2015, la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015) ha limitato la durata della sanzione alla fine dell'anno successivo a quello in corso.

Disposizioni in materia di dotazioni strutturali

La L. 311/04 (art. 1, comma 173, lettera d) aveva previsto che, ai fini del contenimento dei costi e per l'accesso al finanziamento integrativo, gli obblighi di programmazione regionale dovessero “garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e della domanda ospedaliera, con particolare riguardo al riequilibrio dell'offerta di posti letto per acuti e per lungodegenza e riabilitazione, e la promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno”. Tale previsione normativa ha trovato attuazione nell'Intesa 23 marzo 2005 che ha stabilito che le Regioni si impegnassero ad adottare provvedimenti che “prevedano uno **standard di posti letto ospedalieri accreditati** ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale **non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti**, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza (art. 4, comma a). Rispetto a tale standard era ammessa una variazione (che in ogni caso non poteva superare il 5 per cento in più) in relazione alle diverse condizioni demografiche delle Regioni. Tale standard avrebbe dovuto essere raggiunto entro il 2007, con obiettivi intermedi, oggetto di verifica, per gli anni 2005 e 2006”. Entro il 30 settembre 2005 (art. 4, comma b), le Regioni avrebbero dovuto inoltre adottare “i provvedimenti per promuovere il **passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno** e il potenziamento di forme alternative di ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo, entro l'anno 2007, il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quello diurno di norma pari al 20 per cento”.

Il successivo Patto per la Salute 2010-12, al fine di migliorare l'appropriatezza delle cure e favorire i processi di riconversione dal regime ordinario a quello diurno e da questo a quello di assistenza ambulatoriale, **ha abbassato a 4 posti letto** la dotazione massima complessiva comprensiva dei posti letto per lungodegenza e riabilitazione.

Il Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera, emanato ad aprile del 2015 (Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70) ed entrato in vigore il 19 giugno dello stesso anno, ha rivisto verso il basso i precedenti standard strutturali. Tale Regolamento ha previsto che le Regioni debbano adeguare la dotazione di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico dell'SSR a un valore non superiore a **3,7 posti letto per mille abitanti**, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie (0,2 è la dotazione minima per lungodegenza). Ai fini della definizione della dotazione di posti letto si fa riferimento alla popolazione residente, applicando i criteri utilizzati per il calcolo dei posti standard per l'assistenza ospedaliera; tale valore viene poi incrementato o ridotto così da tener conto della mobilità tra regioni. Nel caso invece in cui la dotazione attuale sia inferiore a quella prevista dal Regolamento, l'allineamento in incremento può essere realizzato solo se necessario per il rispetto dell'obiettivo di un tasso di ospedalizzazione di 160 per mille abitanti.

Il Regolamento stabilisce infatti che la riorganizzazione della rete ospedaliera debba avvenire avendo come riferimento un **tasso di ospedalizzazione** pari a 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. Tali obiettivi sono conseguibili intervenendo **sull'indice di occupazione di posti letto**, che deve attestarsi su valori del 90 per cento tendenziale, e sulla durata media per **degenza per i ricoveri ordinari**, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni.

Per le Regioni in PdR l'adeguamento era previsto entro il triennio di attuazione del Patto per la Salute 2014-16, in coerenza con quanto stabilito nei rispettivi Programmi Operativi 2013-15. Le Regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e Bolzano applicano le disposizioni del Regolamento compatibilmente con i propri statuti di autonomia.

Oltre agli standard strutturali, al fine di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia ed efficienza, il Regolamento definisce inoltre *volumi di attività ed esiti* associati a specifiche prestazioni; tali valori si applicano a tutti i soggetti, sia pubblici sia privati accreditati.

Il Regolamento introduce anche norme per *l'accreditamento delle strutture private*. A partire dal 1° gennaio 2015 possono essere accreditate solo strutture con almeno 60 posti letto per acuti; tale standard viene innalzato a 80 posti letto a decorrere dal 1° gennaio 2017. Per le strutture già accreditate, con meno di 60 posti letto ma almeno 40 alla data del 1° gennaio 2015, sono stati favoriti processi di riconversione o fusione al fine del raggiungimento dello standard minimo previsto per legge (80 posti letto dal 2017). Fanno eccezione le strutture mono-specialistiche, la cui dimensione è stata rimessa alla valutazione regionale.

I tempi di attesa di alcune prestazioni ospedaliere

La problematica dei tempi di attesa è stata affrontata per la prima volta nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 (DPR 23 luglio 1998), che prevedeva l'obbligo per le Regioni e per le aziende sanitarie di elaborare programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa per i ricoveri e l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Il DPCM 16 febbraio 2002 ha definito prime linee guida sulle modalità di accesso alle prestazioni, prevedendo la facoltà per le Regioni di stabilire criteri di priorità, e sui tempi massimi di attesa.

Per rafforzare l'azione di governo del fenomeno, negli anni successivi sono stati redatti specifici Piani Nazionali di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA). Con il PNGLA 2006-08 è stato definito l'obbligo per le Regioni di fissare i tempi massimi di attesa con riferimento a un elenco di 100 prestazioni (ambulatoriali non urgenti, in ricovero ordinario e *day hospital*), con l'obiettivo di garantirne il rispetto per almeno il 90 per cento dei pazienti. A ciascuna Regione è stato richiesto di adottare un Piano regionale attuativo, che prevedesse, tra l'altro, una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni, con la previsione di tempi massimi regionali, e la promozione dell'informazione ai cittadini sulle liste d'attesa. Per rafforzare il sistema di verifica, sono stati introdotti: un monitoraggio di sistema, in grado di differenziare le prenotazioni delle prestazioni in funzione della classe di priorità assegnata e dell'urgenza; un monitoraggio specifico, con la raccolta trimestrale di dati sulle prestazioni a livello di singola struttura indicata nei programmi attuativi aziendali; un monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie e ospedaliere.

Il PNGLA 2010-12 ha aggiornato l'elenco delle prestazioni incluse nel monitoraggio e specificato in quali casi applicare modalità di rilevazione ex ante o ex post dei tempi di attesa. Il piano ha inoltre previsto l'introduzione di flussi informativi nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), per il monitoraggio dei ricoveri ospedalieri, e i tempi di attesa rilevati per i percorsi diagnostico-terapeutici delle aree cardiovascolare e oncologica (individuate come prioritarie), e per le prestazioni erogate in libera professione intramuraria. È stata inoltre resa obbligatoria l'adozione delle classi di priorità per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e introdotto il monitoraggio sui siti *web* di Regioni e Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate.

I Piani di Rientro aziendali

Con il Decreto del Ministro della Salute del 21 giugno 2016, in attuazione di quanto disposto dalla legge 28 dicembre 2015, n. 208 (articolo 1, comma 528), sono stati introdotti nel nostro ordinamento i Piani di Rientro per le aziende ospedaliere (AO), per le aziende ospedaliere universitarie (AOU), per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) e per gli altri enti pubblici. Tale disciplina si applica nel caso in cui ricorra almeno una delle seguenti condizioni: a) uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro (parametri inizialmente fissati dal decreto); b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Le aziende per le quali ricorra la condizione indicata al punto a) devono redigere un Piano di Rientro triennale che preveda: analisi della situazione economico-gestionale dell'azienda negli ultimi 3 anni; definizione della strategia di rientro; predisposizione del conto economico tendenziale e programmatico; definizione degli strumenti di monitoraggio, verifica e analisi del piano, con indicatori quantitativi e qualitativi. Il "piano" aziendale dovrà tenere conto di quello regionale, in caso di regioni in PdR.

Nel caso invece di mancato rispetto dei parametri di cui al punto b) il piano di rientro aziendale dovrà prevedere la verifica della qualità dei dati registrati nei Sistemi informativi sanitari; l'analisi della situazione attraverso la conduzione di audit clinici e organizzativi, con un confronto con quelli disponibili sul sito del Programma Nazionale Esiti, insieme a un programma di interventi.

Con la legge di bilancio 2017 (legge 11 dicembre 2016, n. 232) a decorrere dal 1° gennaio 2017 gli scostamenti tra costi e ricavi di cui al punto a), ossia 10 per cento dei ricavi e 10 milioni di euro) sono stati abbassati, rispettivamente, al 7 per cento e a 7 milioni di euro.

APPENDICE STATISTICA

Tavola a2.1

Costi totali				
<i>(variazioni percentuali medie annue) (1)</i>				
AREA	2005-06	2007-09	2010-12	2013-15
Piemonte	1,9	3,8	-0,1	-1,0
Valle d'Aosta	8,4	2,5	1,7	-1,9
Lombardia	7,0	3,8	1,9	1,2
P.A. Bolzano	4,5	2,1	2,6	-0,1
P.A. Trento	5,0	5,0	2,9	0,1
Veneto	5,9	3,4	0,2	0,3
Friuli-Venezia Giulia	2,3	6,5	1,4	-2,3
Liguria	1,7	3,3	-1,1	0,1
Emilia-Romagna	4,5	4,1	2,0	-0,2
Toscana	4,7	5,0	-0,4	-0,1
Umbria	4,5	3,6	0,4	0,2
Marche	3,0	3,9	0,1	0,1
Lazio	5,8	1,4	-0,6	-0,6
Abruzzo	7,4	2,1	-0,6	0,4
Molise	5,7	4,4	-0,1	-1,0
Campania	2,7	2,9	-1,4	0,6
Puglia	7,4	4,0	-0,8	0,5
Basilicata	5,1	4,1	0,0	0,3
Calabria	5,1	4,5	-1,4	0,1
Sicilia	11,2	-3,3	0,5	0,3
Sardegna	3,8	5,1	2,0	-0,1
ITALIA	5,4	3,0	0,3	0,1
<i>Regioni in PdR 2007-09 (2)</i>	5,8	1,5	-0,5	0,2
<i>Regioni non in PdR 2007-09</i>	5,2	4,0	0,8	0,4
<i>Regioni in PdR 2010-15 (3)</i>	5,7	1,8	-0,6	0,0
<i>Regioni non in PdR 2010-15</i>	5,1	4,1	1,1	0,5
<i>Regioni sempre in PdR (4)</i>	6,3	1,0	-0,6	0,2
<i>Regioni mai in PdR</i>	5,5	4,1	1,1	0,5

Fonte: elaborazione su dati NSIS, Ministero della Salute (dati aggiornati a maggio 2017). Per omogeneità di confronto con i dati antecedenti al 2012 i valori sono espressi al netto degli ammortamenti e delle svalutazioni.

(1) Le variazioni percentuali sono calcolate come media geometrica tra il dato relativo all'ultimo anno di ogni periodo considerato e quello iniziale; come dato iniziale si è considerato il dato relativo all'anno precedente all'anno riportato a intestazione della colonna. – (2) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Sicilia e Sardegna; per un confronto dei dati si è fornita la variazione dei costi per lo stesso aggregato anche nel triennio successivo all'uscita dal piano di Liguria e Sardegna. – (3) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Piemonte, Puglia e Sicilia; per un confronto dei dati si è fornita la variazione dei costi per lo stesso aggregato anche nel triennio precedente all'ingresso nel piano di Piemonte e Liguria. – (4) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio e Sicilia.

Risultati di esercizio (1)
(milioni di euro)

AREA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	-328,7	-170,8	-360,6	-387,5	-422,4	-274,6	-125,8	-37,1	56,8	5,8
Valle d'Aosta	-70,6	-56,6	-61,5	-38,4	-58,6	-47,3	-48,6	-53,1	-34,3	-25,6
Lombardia	-0,3	0,0	0,1	12,7	-44,1	13,8	2,3	10,2	4,2	21,4
P.A. Bolzano	-274,4	-261,5	-262,9	-185,6	-229,9	-223,0	-251,7	-190,1	-141,6	-204,5
P.A. Trento	-143,2	-150,4	-163,7	-202,2	-210,6	-224,3	-245,6	-223,5	-214,7	13,3
Veneto	-144,6	-134,7	-148,5	-103,0	-6,1	115,0	11,6	4,4	15,7	3,5
Friuli-Venezia Giulia	-4,2	-44,4	-42,1	-67,9	-77,5	-69,3	-66,3	-38,4	50,5	-5,8
Liguria	-95,6	-102,3	-109,3	-126,9	-95,4	-143,0	-46,2	-78,2	-63,7	-98,5
Emilia-Romagna	-288,5	-91,2	-42,2	-118,4	-134,9	-104,6	-47,7	0,0	13,2	0,0
Toscana	-98,4	42,8	-2,4	-164,0	-71,7	-113,4	-50,6	-25,1	7,4	-21,8
Umbria	-54,7	11,5	4,2	8,4	5,8	9,2	4,4	4,8	9,5	2,9
Marche	-47,5	15,9	34,3	12,8	-24,8	21,2	-44,8	48,5	62,1	62,0
Lazio	-1.966,9	-1.696,5	-1.693,3	-1.419,4	-1.059,6	-773,9	-613,2	-669,6	-355,1	-332,6
Abruzzo	-197,1	-163,5	-107,7	-43,4	1,7	36,8	9,2	10,0	6,6	-5,8
Molise	-68,5	-69,2	-78,7	-76,3	-64,7	-37,6	-54,8	-99,4	-60,0	-44,7
Campania	-749,7	-862,2	-826,7	-773,9	-497,5	-245,5	-111,1	8,8	127,8	49,8
Puglia	-210,8	-265,7	-219,6	-350,3	-332,7	-108,4	3,8	-42,5	14,0	-54,1
Basilicata	3,0	-19,9	-34,7	-25,1	-36,0	-48,6	3,9	0,0	1,5	-7,7
Calabria	-55,3	-277,1	-195,3	-249,0	-187,5	-110,4	-70,7	-33,9	-65,7	-58,5
Sicilia	-1.088,4	-641,5	-352,0	-270,3	-94,3	-26,1	-7,8	0,1	0,0	13,7
Sardegna	-129,2	-115,4	-184,9	-266,7	-283,6	-343,4	-392,0	-380,4	-361,8	-333,8
ITALIA	-6.013,6	-5.052,7	-4.847,8	-4.834,5	-3.924,2	-2.697,4	-2.141,8	-1.784,7	-927,7	-1.009,3
<i>Regioni in PdR 2007-09 (2)</i>	-4.350,7	-3.927,7	-3.547,9	-3.225,9	-2.280,9	-1.643,1	-1.286,6	-1.242,6	-771,7	-810,4
<i>Regioni non in PdR 2007-09</i>	-1.662,9	-1.125,0	-1.299,6	-1.608,5	-1.643,5	-1.054,2	-855,1	-541,9	-155,7	-199,0
<i>Regioni in PdR 2010-15 (3)</i>	-4.665,4	-4.146,5	-3.833,9	-3.570,1	-2.657,0	-1.539,6	-970,4	-863,6	-275,6	-426,4
<i>Regioni non in PdR 2010-15</i>	-1.348,2	-906,2	-1.013,6	-1.264,3	-1.267,4	-1.157,7	-1.171,3	-920,9	-651,8	-583,0
<i>Regioni sempre in PdR (4)</i>	-4.125,9	-3.710,0	-3.253,7	-2.832,3	-1.901,9	-1.156,7	-848,4	-784,0	-346,4	-378,1
<i>Regioni mai in PdR (5)</i>	-1.123,4	-688,5	-719,4	-870,7	-888,4	-671,3	-733,1	-462,3	-226,5	-150,7

Fonte: MEF "Il monitoraggio della spesa sanitaria", 2017.

(1) Conto economico degli enti sanitari locali. I risultati di esercizio sono quelli risultanti dall'attività di verifica del "Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali". – (2) Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna. – (3) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. – (4) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise e Sicilia. – (5) Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

La componenti della spesa farmaceutica: a) la farmaceutica convenzionata (1)

AREA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	804	797	808	812	775	698	643	609	596	585
Valle d'Aosta	23	23	21	21	21	21	19	19	18	16
Lombardia	1.687	1.641	1.560	1.562	1.574	1.444	1.328	1.293	1.267	1.292
P.A. Bolzano	64	61	60	61	62	56	46	45	46	46
P.A. Trento	83	80	79	78	78	77	69	68	67	64
Veneto	810	794	752	751	750	672	589	583	555	544
Friuli-Venezia Giulia	238	234	225	222	230	219	196	190	186	182
Liguria	386	349	335	319	301	283	247	236	227	221
Emilia-Romagna	795	770	728	719	721	680	552	533	511	491
Toscana	677	659	626	609	606	549	505	466	457	449
Umbria	172	166	158	157	158	147	136	131	124	128
Marche	309	305	294	288	285	255	233	239	235	238
Lazio	1.503	1.314	1.236	1.170	1.188	1.094	927	901	884	888
Abruzzo	289	269	267	262	266	251	225	220	224	223
Molise	70	63	63	63	57	55	51	50	48	46
Campania	1.216	1.126	1.114	1.110	1.069	956	879	861	847	859
Puglia	941	841	855	876	870	724	638	668	670	615
Basilicata	119	112	124	115	108	95	82	81	79	82
Calabria	522	497	496	457	438	365	333	313	314	306
Sicilia	1.313	1.139	1.071	1.016	1.033	955	870	812	738	676
Sardegna	377	339	336	339	348	333	322	300	296	282
ITALIA	12.398	11.579	11.208	11.005	10.936	9.930	8.891	8.616	8.390	8.233
<i>Regioni in PdR 2007-09 (2)</i>	5.676	5.096	4.918	4.736	4.701	4.2939	3.8542	3.693	3.579	3.493
<i>Regioni non in PdR 2007-09</i>	6.722	6.483	6.290	6.269	6.236	5.6372	5.037	4.923	4.811	4.742
<i>Regioni in PdR 2010-15 (3)</i>	6.659	6.047	5.910	5.765	5.697	5.097	4.566	4.433	4.321	4.207
<i>Regioni non in PdR 2010-15</i>	5.739	5.533	5.298	5.240	5.239	4.832	4.3251	4.183	4.069	4.028
<i>Regioni sempre in PdR (4)</i>	4.914	4.408	4.247	4.079	4.053	3.676	3.285	3.157	3.056	3.009
<i>Regioni mai in PdR (5)</i>	4.977	4.845	4.627	4.582	4.590	4.215	3.756	3.647	3.546	3.545

Fonte: elaborazione su dati NSIS, Ministero della Salute (dati aggiornati a maggio 2017).

(1) La farmaceutica convenzionata è espressa al netto di ticket e compartecipazione – (2) Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna. – (3) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. – (4) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise e Sicilia. – (5) Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

La componenti della spesa farmaceutica: b) acquisto di prodotti farmaceutici ed emoderivati
(migliaia di euro)

AREA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	436	453	482	523	597	618	612	639	674	750
Valle d'Aosta	10	10	11	12	13	14	14	15	15	18
Lombardia	614	687	748	834	931	975	1.056	1.127	1.215	1.571
P.A. Bolzano	43	46	49	50	54	57	60	65	69	81
P.A. Trento	35	39	34	39	42	43	46	46	50	58
Veneto	402	443	456	507	555	574	602	629	673	774
Friuli-Venezia Giulia	110	138	152	165	173	186	178	195	194	226
Liguria	166	185	207	224	236	237	234	248	260	313
Emilia-Romagna	427	464	525	574	606	616	615	653	687	826
Toscana	445	493	526	597	602	625	632	668	710	825
Umbria	86	99	102	115	122	129	135	145	155	176
Marche	178	194	207	217	235	244	262	260	279	320
Lazio	426	533	561	624	687	718	758	814	852	998
Abruzzo	127	133	143	152	156	167	169	179	196	240
Molise	26	27	30	32	34	38	39	40	44	54
Campania	488	546	591	639	683	702	721	760	849	1.099
Puglia	342	397	434	480	534	549	608	631	671	832
Basilicata	58	62	59	68	75	81	81	85	89	105
Calabria	113	123	144	180	200	239	247	284	298	376
Sicilia	343	381	413	453	476	506	556	579	644	801
Sardegna	157	188	218	233	259	262	256	286	308	369
ITALIA	5.031	5.641	6.092	6.718	7.269	7.581	7.883	8.349	8.930	10.812
<i>Regioni in PdR 2007-09 (1)</i>	1.846	2.117	2.307	2.538	2.731	2.869	2.980	3.191	3.450	4.249
<i>Regioni non in PdR 2007-09</i>	3.185	3.524	3.785	4.180	4.538	4.712	4.902	5.158	5.480	6.563
<i>Regioni in PdR 2010-15 (2)</i>	2.301	2.593	2.798	3.083	3.367	3.537	3.711	3.926	4.227	5.149
<i>Regioni non in PdR 2010-15</i>	2.730	3.048	3.294	3.635	3.902	4.044	4.172	4.423	4.703	5.663
<i>Regioni sempre in PdR (3)</i>	1.523	1.743	1.882	2.081	2.237	2.370	2.490	2.657	2.883	3.567
<i>Regioni mai in PdR (4)</i>	2.407	2.675	2.869	3.178	3.407	3.545	3.682	3.889	4.135	4.981

Fonte: elaborazione su dati NSIS, Ministero della Salute (dati aggiornati a maggio 2017).

(1) Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna. – (2) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. – (3) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise e Sicilia. – (4) Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

Incidenza della compartecipazione a carico del cittadino sulla spesa farmaceutica (1)
(valori percentuali)

AREA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	6,9	6,8	5,1	5,7	6,5	8,7	9,5	9,6	10,0	10,2
Valle d'Aosta	0,7	1,1	2,0	3,0	3,7	5,9	7,1	7,2	8,0	8,3
Lombardia	7,1	7,6	8,5	9,5	10,2	12,5	13,7	14,4	15,1	15,1
P.A. Bolzano	6,1	6,8	7,7	8,7	9,5	12,0	14,4	14,9	15,3	15,7
P.A. Trento	0,7	1,0	1,7	2,7	3,4	4,7	5,6	5,7	6,4	9,7
Veneto	6,5	7,1	8,3	9,4	10,5	13,6	15,2	16,1	16,9	17,3
Friuli-Venezia Giulia	0,7	1,0	2,0	3,1	3,8	6,0	7,2	7,4	8,1	8,5
Liguria	2,1	3,6	4,3	5,3	6,3	9,4	13,8	14,3	14,9	15,3
Emilia-Romagna	0,9	1,3	2,2	3,4	4,4	7,5	10,0	10,4	11,4	12,0
Toscana	0,9	1,4	2,4	3,7	4,5	7,0	9,3	10,2	11,1	11,9
Umbria	0,9	1,2	2,3	3,6	4,6	7,7	9,7	9,9	11,0	11,5
Marche	0,9	1,3	2,2	3,5	4,5	7,1	8,4	8,6	9,3	9,7
Lazio	0,7	1,5	3,6	7,6	8,0	10,0	11,9	12,3	13,6	13,8
Abruzzo	0,9	3,1	3,9	6,8	7,9	9,8	10,7	11,1	11,7	12,0
Molise	4,8	5,6	6,4	7,6	8,8	11,1	14,3	14,8	15,6	15,7
Campania	1,1	3,9	4,3	5,6	8,0	14,0	14,8	15,5	16,3	16,6
Puglia	2,8	3,6	3,8	4,4	5,1	12,2	14,0	14,5	15,2	15,4
Basilicata	0,9	1,2	2,1	3,1	4,1	7,6	12,1	13,7	15,7	16,1
Calabria	0,8	1,5	2,3	6,4	8,5	10,3	11,2	11,8	12,6	13,0
Sicilia	3,6	7,1	8,9	10,7	11,4	13,9	14,0	14,5	16,0	16,6
Sardegna	0,7	1,8	2,4	3,3	4,1	5,9	6,5	7,1	7,9	8,4
ITALIA	3,1	4,2	5,1	6,7	7,7	10,8	12,2	12,8	13,7	14,0
<i>Regioni in PdR 2007-09 (2)</i>	1,7	3,6	4,9	7,3	8,5	11,5	12,7	13,2	14,2	14,6
<i>Regioni non in PdR 2007-09</i>	4,3	4,7	5,2	6,2	7,1	10,2	11,9	12,4	13,2	13,6
<i>Regioni in PdR 2010-15 (3)</i>	2,5	4,2	4,9	7,0	8,1	11,7	12,8	13,2	14,1	14,5
<i>Regioni non in PdR 2010-15</i>	3,8	4,3	5,3	6,3	7,3	9,8	11,7	12,3	13,1	13,5
<i>Regioni sempre in PdR (4)</i>	1,7	3,8	5,1	7,7	9,0	12,2	13,1	13,7	14,7	15,1
<i>Regioni mai in PdR (5)</i>	4,1	4,5	5,5	6,6	7,6	10,2	11,9	12,6	13,4	13,7

Fonte: OsMed, "L'uso dei farmaci in Italia", anni vari.

(1) Comprende i ticket e la compartecipazione per confezione, per ricetta e sugli equivalenti; dal 2012 anche la quota eccedente il prezzo di riferimento dei medicinali a brevetto scaduto. La percentuale è calcolata sulla spesa lorda dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata. – (2) Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna. – (3) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. – (4) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise e Sicilia. – (5) Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

Tavola a3.1

Dinamica del personale del Servizio Sanitario Nazionale (1)
(variazioni percentuali medie annue) (2)

VOCI	2005-06	2007-09	2010-12 (3)	2013-15
Regioni in PdR (4)				
Totale	-0,2	-1,2	-1,7	-1,4
di cui: a tempo indeterminato	-0,8	-1,5	-1,2	-1,7
flessibili	13,0	3,4	-9,7	4,9
Altre Regioni (5)				
Totale	0,6	1,1	-0,2	-0,2
di cui: a tempo indeterminato	0,0	1,1	0,0	-0,5
flessibili	13,3	0,4	-4,8	6,3

Fonte: elaborazione su dati RGS.

(1) Include il personale a tempo indeterminato delle ASL, delle Aziende Ospedaliere, di quelle integrate con il SSN e con l'Università e gli IRCSS pubblici, anche costituiti in fondazione; non include il personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche. – (2) Le variazioni percentuali sono calcolate come media geometrica tra il dato relativo all'ultimo anno di ogni periodo considerato e quello iniziale; come dato iniziale si è considerato il dato relativo all'anno precedente all'anno riportato a intestazione della colonna. – (3) La variazione è calcolata sui dati pubblicati da RGS; non è corretta per l'inclusione di parte del personale dei Policlinici Universitari, a partire dal 2011, tra il personale dell'SSR. – (4) Nei periodi 2005-06 e 2007-09 sono comprese le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna; nei periodi 2010-12 e 2013-15 sono incluse: Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. – (5) Sono incluse tutte le Regioni diverse da quelle indicate, per ogni periodo, alla nota precedente.

Tavola a3.2

Il personale del Servizio Sanitario Nazionale per ruoli e forme contrattuali
(valori e variazioni percentuali medie annue)

VOCI	personale per 10.000 abitanti (1)(3)		Composizione % (1)(3)		Variazione 2007-10 (2)(5)			Variazione 2012-15 (2)(4)(5)		
	Tempo indeterminato	Altro	Tempo indeterminato	Altro	Tempo indeterminato	Altro	Totale	Tempo indeterminato	Altro	Totale
Regioni in PdR (3)										
Totale	91,1	5,5	100,0	100,0	-1,7	3,1	-1,4	-2,0	1,8	-1,8
di cui ruolo										
sanitario	66,7	3,8	73,2	69,5	-1,2	3,6	-0,9	-1,6	3,9	-1,3
- medici	18,5	1,4	20,3	25,3	-1,4	7,1	-1,0	-1,9	3,1	-1,6
- infermieri	38,0	1,7	41,7	30,2	-1,1	::	0,2	-1,3	1,9	-1,2
tecnico	13,6	0,8	14,9	15,0	-3,4	-6,0	-3,6	-3,3	0,2	-3,1
amm.-profess.	10,5	0,8	11,5	14,4	-2,6	21,7	-1,2	-2,7	-0,4	-2,5
Altre Regioni (3)										
Totale	120,5	6,5	100,0	100,0	0,6	-0,3	0,6	-0,6	2,2	-0,4
di cui ruolo										
sanitario	84,1	4,5	69,8	68,6	0,8	1,0	0,8	-0,5	3,8	-0,3
- medici	19,5	1,5	16,2	22,3	0,9	4,7	1,1	-0,5	7,0	-0,1
- infermieri	49,2	2,3	40,9	35,1	0,7	::	1,7	-0,4	2,8	-0,3
tecnico	23,3	1,6	19,3	23,8	0,5	-3,1	0,3	-0,4	0,3	-0,4
amm.-profess.	12,6	0,5	10,5	7,2	0,0	0,3	0,0	-1,2	-3,4	-1,3

Fonte: elaborazione su dati RGS.

(1) Dati al 2015. Include il personale a tempo indeterminato delle ASL, delle Aziende Ospedaliere, di quelle integrate con il SSN e con l'Università e gli IRCSS pubblici, anche costituiti in fondazione; non include il personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche. – (2) Le variazioni percentuali sono calcolate come media geometrica tra il dato relativo all'ultimo anno di ogni periodo considerato e quello iniziale; come dato iniziale si è considerato il dato relativo all'anno precedente all'anno riportato a intestazione della colonna. – (3) Tra le Regioni in Piano di rientro sono ricomprese: Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. Le Altre Regioni sono quelle diverse dalle precedenti. – (4) Sono comprese le Regioni in PdR nel 2009: Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Liguria, Sardegna e Sicilia. – (5) Dato la discontinuità nei dati nel 2011 dovuta alla presa in carico negli SSR di parte del personale precedentemente classificato sotto l'Università, si sono calcolate le variazioni in base ai periodi omogenei, che solo in parte coincidono con quelli dei PdR.

Il personale del Servizio Sanitario Nazionale per classi di età (1)
(valori e variazioni percentuali medie annue)

VOCI	composizione % (2)				var % 2007-2015 (3)				età media (4)	
	15 - 39	40 - 49	50 - 59	60 +	15 - 39	40 - 49	50 - 59	60 +	2006	2015
Regioni in PdR (5)										
Totale	8,1	29,3	45,3	17,4	-11,1	-3,8	0,7	10,6	46	51
di cui ruolo:										
<i>sanitario</i>	9,4	32,3	42,5	15,8	-10,9	-2,4	1,2	14,8	45	50
- medici	5,8	18,5	48,0	27,7	-6,5	-8,7	-1,6	17,0	49	54
- infermieri	11,3	40,3	38,9	9,6	-12,1	0,4	3,3	12,3	42	48
<i>tecnico</i>	4,5	20,3	53,3	22,0	-10,9	-8,8	-0,6	5,1	49	54
<i>amm.-profess.</i>	4,0	21,8	52,6	21,6	-13,3	-7,7	0,1	5,3	49	53
Altre Regioni										
Totale	16,4	34,8	40,1	8,8	-6,4	-1,6	4,0	16,3	43	47
di cui ruolo:										
<i>sanitario</i>	19,3	36,9	35,4	8,4	-6,2	0,0	3,3	17,5	42	46
- medici	13,0	26,1	41,2	19,7	1,8	-4,0	-0,8	16,2	48	50
- infermieri	21,8	43,5	31,4	3,3	-8,0	2,3	6,3	19,2	38	45
<i>tecnico</i>	10,1	30,1	50,2	9,5	-7,0	-4,7	5,3	16,0	45	50
<i>amm.-profess.</i>	8,8	29,3	52,2	9,7	-8,4	-5,9	5,4	11,6	45	50

Fonte: elaborazione su dati RGS.

(1) Include il personale a tempo indeterminato delle ASL, delle Aziende Ospedaliere, di quelle integrate con il SSN e con l'Università e gli IRCSS pubblici, anche costituiti in fondazione; non include il personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche. – (2) Dati al 2015. – (3) Le variazioni percentuali sono calcolate come media geometrica tra il dato relativo all'ultimo anno e quello iniziale; come dato iniziale si è considerato il 2006. – (4) Dati espressi in anni. – (5) Sono incluse tutte le regioni con Piano di rientro al 2015: Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia.

Posti letto presso strutture ospedaliere pubbliche (1)
(per mille residenti)

AREA	Totale				di cui: acuti		
	2007	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Piemonte	3,26	3,37	3,31	3,13	2,81	2,84	2,79
Valle d'Aosta	3,72	3,54	3,57	3,43	3,72	3,51	3,51
Lombardia	3,63	3,48	3,23	3,04	3,16	2,99	2,77
P.A. Bolzano	3,99	3,83	3,69	3,68	3,83	3,65	3,52
P.A. Trento	3,87	3,90	3,54	2,96	3,39	3,32	3,13
Veneto	3,88	3,76	3,61	3,46	3,36	3,26	3,14
Friuli-Venezia Giulia	3,34	3,65	3,57	3,49	3,11	3,41	3,32
Liguria	4,04	3,99	3,76	3,33	3,70	3,59	3,37
Emilia-Romagna	3,66	3,58	3,51	3,16	3,17	3,10	3,03
Toscana	3,43	3,28	3,11	2,77	3,27	3,13	2,96
Umbria	3,24	3,25	3,18	3,13	3,03	2,95	2,86
Marche	3,39	3,45	3,27	3,06	3,13	3,15	3,02
Lazio	3,68	3,50	3,17	2,88	3,37	3,18	2,92
Abruzzo	3,76	3,21	2,94	2,57	3,55	2,96	2,73
Molise	5,31	4,72	3,86	3,52	4,64	3,99	3,20
Campania	2,66	2,50	2,31	2,21	2,57	2,42	2,22
Puglia	3,43	3,36	2,86	2,67	3,13	3,09	2,66
Basilicata	3,62	3,40	3,48	3,17	3,26	3,04	3,04
Calabria	2,75	2,74	2,45	2,00	2,69	2,67	2,39
Sicilia	3,22	2,80	2,55	2,48	3,03	2,62	2,34
Sardegna	3,72	3,36	3,22	2,94	3,68	3,30	3,15
ITALIA	3,46	3,33	3,11	2,89	3,15	3,00	2,80
<i>Regioni in PdR 2007-09 (2)</i>	3,31	3,07	2,81	2,59	3,12	2,87	2,62
<i>Regioni non in PdR 2007-09</i>	3,56	3,49	3,30	3,08	3,16	3,08	2,91
<i>Regioni in PdR 2010-15 (3)</i>	3,25	3,09	2,82	2,62	3,00	2,83	2,58
<i>Regioni non in PdR 2010-15</i>	3,65	3,54	3,37	3,13	3,27	3,16	3,00
<i>Regioni sempre in PdR (4)</i>	3,21	2,97	2,69	2,50	3,02	2,77	2,52
<i>Regioni mai in PdR (5)</i>	3,62	3,53	3,36	3,13	3,22	3,12	2,97

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, *Open Data*, e Istat.

(1) La popolazione residente è standardizzata per età e per sesso. – (2) Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna. – (3) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. – (4) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise e Sicilia. – (5) Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

Posti letto presso case di cura private accreditate
(per mille residenti)

AREA	Totale				di cui: acuti		
	2007	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Piemonte	0,80	0,80	0,76	0,78	0,33	0,23	0,24
Valle d'Aosta	-	0,63	-	0,56	-	-	0,09
Lombardia	0,86	0,90	0,84	0,83	0,52	0,48	0,48
P.A. Bolzano	0,60	0,58	0,56	0,50	0,13	0,11	0,05
P.A. Trento	0,95	0,89	0,77	1,05	0,21	0,21	0,21
Veneto	0,27	0,26	0,26	0,26	0,16	0,16	0,16
Friuli-Venezia Giulia	0,48	0,46	0,45	0,41	0,40	0,39	0,34
Liguria	0,11	0,11	0,09	0,13	0,05	0,04	0,05
Emilia-Romagna	0,89	0,83	1,03	1,00	0,44	0,63	0,63
Toscana	0,53	0,53	0,51	0,48	0,36	0,33	0,31
Umbria	0,29	0,30	0,30	0,30	0,26	0,26	0,26
Marche	0,60	0,61	0,57	0,58	0,34	0,32	0,31
Lazio	1,53	1,21	0,97	0,89	0,48	0,47	0,46
Abruzzo	1,03	0,82	0,80	0,75	0,47	0,45	0,43
Molise	0,72	0,60	0,48	0,48	0,31	0,29	0,29
Campania	1,17	1,19	1,08	1,10	0,91	0,86	0,83
Puglia	0,69	0,64	0,62	0,57	0,49	0,44	0,39
Basilicata	0,10	0,28	0,28	0,28	0,10	0,10	0,10
Calabria	1,71	1,26	1,10	0,98	0,84	0,72	0,52
Sicilia	0,91	0,88	0,91	0,87	0,80	0,74	0,70
Sardegna	0,82	0,92	0,69	0,62	0,79	0,54	0,49
Italia	0,85	0,80	0,75	0,73	0,49	0,46	0,45
<i>Regioni in PdR 2007-09 (1)</i>	1,13	1,01	0,89	0,86	0,67	0,61	0,57
<i>Regioni non in PdR 2007-09</i>	0,67	0,67	0,66	0,66	0,38	0,37	0,37
<i>Regioni in PdR 2010-15 (2)</i>	1,09	0,98	0,89	0,86	0,62	0,56	0,53
<i>Regioni non in PdR 2010-15</i>	0,63	0,64	0,63	0,62	0,38	0,38	0,37
<i>Regioni sempre in PdR (3)</i>	1,24	1,09	0,98	0,94	0,71	0,67	0,62
<i>Regioni mai in PdR (4)</i>	0,65	0,65	0,65	0,65	0,38	0,39	0,38

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, Open Data, e Istat.

(1) Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna. – (2) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. – (3) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise e Sicilia. – (4) Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

Posti letto negli ospedali pubblici, per reparto
(unità e valori percentuali)

DISCIPLINA	Regioni in PdR (1)					Altre Regioni				
	n. posti letto			composizione %		n. posti letto			composizione %	
	2010	2014	var.% 2010-14	2010	2014	2010	2014	var.% 2010-14	2010	2014
Acuti	81.926	72.230	-11,8	83,4	82,7	97.779	90.902	-7,0	83,7	82,9
Medicina generale	13.664	11.927	-12,7	16,7	16,5	21.245	19.165	-9,8	21,7	21,1
Chirurgia generale	11.858	9.850	-16,9	14,5	13,6	12.728	11.293	-11,3	13,0	12,4
Ortopedia e traumat.	7.776	7.247	-6,8	9,5	10,0	10.090	9.667	-4,2	10,3	10,6
Ostetricia e ginecologia	7.315	6.522	-10,8	8,9	9,0	7.724	7.290	-5,6	7,9	8,0
Cardiologia	4.009	3.783	-5,6	4,9	5,2	4.120	4.178	1,4	4,2	4,6
Neurologia	3.234	2.798	-13,5	3,9	3,9	3.384	3.166	-6,4	3,5	3,5
Pediatria	2.789	2.249	-19,4	3,4	3,1	3.044	2.784	-8,5	3,1	3,1
Urologia	2.774	2.549	-8,1	3,4	3,5	3.382	3.162	-6,5	3,5	3,5
Psichiatria	2.534	2.182	-13,9	3,1	3,0	3.274	3.125	-4,6	3,3	3,4
Terapia intensiva	2.077	2.226	7,2	2,5	3,1	2.611	2.809	7,6	2,7	3,1
Otorinolaringoiatria	1.765	1.343	-23,9	2,2	1,9	2.262	2.047	-9,5	2,3	2,3
Pneumologia	1.732	1.498	-13,5	2,1	2,1	2.224	1.963	-11,7	2,3	2,2
Altri reparti in acuti	20.399	18.056	-11,5	24,9	25,0	21.691	22.214	2,4	22,2	24,4
Lungodegenza	4.758	3.658	-23,1	4,8	4,2	6.044	5.673	-6,1	5,2	5,2
Riabilitazione	11.540	11.490	-0,4	11,7	13,1	12.957	13.138	1,4	11,1	12,0
Totale	98.224	87.378	-11,0	100,0	100,0	116.780	109.713	-6,1	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, *Open data*.

(1) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia.

Tasso di ospedalizzazione per acuti (1)
(ricoveri in acuzie per mille residenti)

AREA	2007	2010	2012	2015
Piemonte	160,8	145,0	135,5	119,6
Valle d'Aosta	183,1	168,2	174,4	167,3
Lombardia	170,1	147,9	132,0	118,3
P.A. Bolzano	198,4	174,6	160,7	145,6
P.A. Trento	167,0	164,0	156,4	138,8
Veneto	154,2	138,9	122,9	115,5
Friuli-Venezia Giulia	146,6	140,1	137,0	118,0
Liguria	199,8	183,9	164,6	139,3
Emilia-Romagna	160,6	152,0	144,6	131,7
Toscana	150,7	143,2	133,3	121,3
Umbria	172,1	159,9	147,2	133,6
Marche	168,5	152,6	140,5	127,3
Lazio	195,8	172,8	164,1	136,7
Abruzzo	209,9	169,8	158,5	138,0
Molise	221,5	193,5	171,8	156,1
Campania	228,7	197,8	185,9	164,6
Puglia	214,7	206,0	167,7	135,4
Basilicata	190,9	173,6	143,3	128,9
Calabria	213,1	170,9	152,9	127,7
Sicilia	237,6	185,6	160,8	117,6
Sardegna	196,3	173,4	164,7	151,2
Italia	186,5	164,6	149,6	129,9

Fonte: elaborazioni su dati del Ministero della Salute, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*, e Istat.

(1) Sono esclusi i ricoveri presso strutture private non accreditate. La popolazione residente è standardizzata per età e per genere; per questo motivo non è possibile calcolare il valore per l'aggregato delle Regioni in Piano di Rientro e non.

Indicatori di attività ospedaliera per acuti in regime ordinario
(giorni e valori percentuali)

AREA	Degenza media (1)			Tasso di occupazione dei posti letto (2)	
	2007	2010	2015	2010	2014
Piemonte	7,48	7,12	7,16	75,6	72,2
Valle d'Aosta	7,38	7,86	6,92	79,6	76,8
Lombardia	6,76	7,06	7,25	75,3	71,3
P.A. Bolzano	6,94	7,01	6,86	78,7	77,2
P.A. Trento	7,62	7,53	7,34	68,8	73,5
Veneto	7,64	7,73	7,75	78,6	74,3
Friuli-Venezia Giulia	7,04	7,27	7,14	69,2	66,0
Liguria	6,85	7,24	7,23	82,9	85,6
Emilia-Romagna	6,34	6,28	6,41	71,9	66,3
Toscana	6,67	6,19	6,05	70,8	72,8
Umbria	6,28	6,20	6,56	77,2	79,9
Marche	6,77	6,90	7,14	74,0	74,9
Lazio	7,39	7,19	7,27	80,0	75,2
Abruzzo	6,50	6,93	7,02	76,5	81,9
Molise	7,21	6,85	7,25	76,0	84,9
Campania	6,28	6,31	6,70	66,5	67,7
Puglia	6,64	6,61	6,83	75,5	77,5
Basilicata	6,78	6,75	6,88	73,6	73,5
Calabria	6,86	6,88	6,81	67,0	73,0
Sicilia	6,23	6,43	6,85	72,8	70,8
Sardegna	7,27	7,24	6,93	63,4	68,1
Italia	6,72	6,74	6,85	74,0	72,5

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*, e Istat.

(1) Giorni di degenza su numero di ricoveri; la durata delle degenze è corretta per il *case-mix*; per questo motivo non è possibile calcolare il valore per l'aggregato delle Regioni in Piano di Rientro e non. – (2) Giornate di degenza relative ai ricoveri di almeno due giorni, in rapporto alle giornate disponibili (posti letto x 365).

Distribuzione dei ricoveri per acuti in regime ordinario, per durata del ricovero
(valori percentuali)

AREA	Degenze brevi (1-3 giorni)			Degenze oltre il valore soglia (1)			Giornate oltre il valore soglia (1)		
	2007	2010	2015	2007	2010	2015	2007	2010	2015
Piemonte	37,2	44,0	44,5	5,79	4,51	3,74	22,1	18,3	16,5
Valle d'Aosta	38,2	38,8	41,4	6,15	6,44	4,04	26,8	25,9	14,6
Lombardia	43,8	42,4	41,1	4,27	4,37	3,72	15,9	16,5	14,9
P.A. Bolzano	41,7	37,6	38,3	5,24	4,71	4,16	16,6	15,2	13,0
P.A. Trento	35,5	35,7	36,3	5,93	4,76	5,00	20,6	17,0	15,2
Veneto	35,5	35,0	35,9	5,79	5,63	4,31	20,1	19,9	18,4
Friuli-Venezia Giulia	40,6	40,7	42,1	5,11	5,00	4,63	19,9	19,8	17,9
Liguria	35,6	34,6	34,6	4,92	5,27	2,90	17,8	19,3	17,3
Emilia-Romagna	46,1	46,9	46,6	3,61	3,20	2,66	15,5	13,9	12,8
Toscana	37,0	44,1	42,6	4,46	3,29	3,10	16,0	13,8	11,4
Umbria	43,7	48,9	45,9	3,60	3,22	3,94	14,0	13,7	13,2
Marche	40,7	41,5	42,0	4,08	3,99	4,71	14,5	14,8	15,3
Lazio	39,8	39,4	40,4	6,30	5,53	3,77	20,8	19,0	18,1
Abruzzo	42,3	38,0	35,5	4,04	4,29	4,35	14,1	14,7	12,8
Molise	39,0	39,9	38,0	5,08	4,21	4,04	15,6	14,0	14,2
Campania	50,5	47,7	45,2	4,24	4,04	3,74	15,3	14,0	14,2
Puglia	41,8	42,1	40,0	4,41	3,92	3,57	13,8	12,9	13,0
Basilicata	38,1	36,9	39,6	4,62	3,88	3,75	15,6	13,4	12,9
Calabria	40,8	38,9	39,1	4,67	4,30	3,67	15,0	13,9	12,7
Sicilia	44,4	40,7	36,3	3,57	3,34	4,21	12,9	12,0	12,6
Sardegna	41,3	40,6	40,6	5,49	5,18	3,98	18,8	18,5	15,9
Italia	42,0	41,9	41,1	4,68	4,30	3,92	16,9	16,0	14,9
<i>Regioni in PdR 2007-09 (2)</i>	43,5	41,3	40,0	4,78	4,48	4,16	16,7	15,8	15,1
<i>Regioni non in PdR 2007-09</i>	41,1	42,3	41,7	4,60	4,19	3,79	17,0	16,1	14,8
<i>Regioni in PdR 2010-15 (3)</i>	43,0	42,3	40,9	4,80	4,31	4,04	16,9	15,3	14,8
<i>Regioni non in PdR 2010-15</i>	41,1	41,6	41,2	4,56	4,30	3,83	17,0	16,6	15,0
<i>Regioni sempre in PdR (4)</i>	44,2	41,9	40,4	4,71	4,36	4,12	16,4	15,2	14,9
<i>Regioni mai in PdR (5)</i>	41,4	42,1	41,6	4,48	4,20	3,76	16,8	16,3	14,8

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*, e Istat.

(1) Quota dei ricoveri/giorni di degenza oltre il valore soglia, specifico per ciascun DRG, sul totale dei ricoveri/giornate di degenza erogate. – (2) Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna. – (3) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. – (4) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise e Sicilia. – (5) Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

Ospedali pubblici per classe dimensionale
(percentuale su totale delle strutture ospedaliere)

AREA	Meno di 100 posti letto		Tra 100 e 499 posti letto		500 posti letto e più	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Piemonte	15,0	16,2	65,0	64,9	20,0	18,9
Valle d'Aosta	0,0	0,0	100,0	100,0	0,0	0,0
Lombardia	25,0	29,8	60,5	58,9	14,5	11,3
P.A. Bolzano	28,6	28,6	57,1	57,1	14,3	14,3
P.A. Trento	44,4	37,5	44,4	50,0	11,2	12,5
Veneto	10,5	10,5	44,7	47,4	44,7	42,1
Friuli-Venezia Giulia	12,5	7,7	68,8	69,2	18,8	23,1
Liguria	8,3	9,1	41,7	36,4	50,0	54,5
Emilia-Romagna	7,4	7,1	40,7	46,4	51,9	46,4
Toscana	33,3	32,5	54,8	57,5	11,9	10,0
Umbria	18,2	10,0	63,6	70,0	18,2	20,0
Marche	56,3	0,0	40,6	37,5	3,1	62,5
Lazio	34,7	20,0	57,3	68,3	8,0	11,7
Abruzzo	33,3	33,3	61,9	61,1	4,8	5,6
Molise	14,3	0,0	85,7	100,0	0,0	0,0
Campania	25,5	21,3	60,0	63,8	14,5	14,9
Puglia	2,7	11,8	78,4	70,6	18,9	17,6
Basilicata	22,2	33,3	66,7	55,6	11,1	11,1
Calabria	58,4	45,5	33,3	50,0	8,3	4,5
Sicilia	41,8	48,5	47,8	39,4	10,4	12,1
Sardegna	43,8	39,3	46,9	50,0	9,4	10,7
Italia	28,7	25,7	55,3	57,0	16,0	17,3
<i>Regioni in PdR 2007-09 (1)</i>	<i>36,7</i>	<i>31,9</i>	<i>52,1</i>	<i>55,3</i>	<i>11,2</i>	<i>12,8</i>
<i>Regioni non in PdR 2007-09</i>	<i>22,4</i>	<i>21,3</i>	<i>57,8</i>	<i>58,3</i>	<i>19,8</i>	<i>20,4</i>
<i>Regioni in PdR 2010-15 (2)</i>	<i>30,8</i>	<i>27,7</i>	<i>57,4</i>	<i>59,5</i>	<i>11,8</i>	<i>12,8</i>
<i>Regioni non in PdR 2010-15</i>	<i>26,7</i>	<i>24,0</i>	<i>53,3</i>	<i>54,8</i>	<i>20,0</i>	<i>21,2</i>
<i>Regioni sempre in PdR (3)</i>	<i>37,2</i>	<i>32,1</i>	<i>53,3</i>	<i>56,9</i>	<i>9,5</i>	<i>11,0</i>
<i>Regioni mai in PdR (4)</i>	<i>25,6</i>	<i>23,1</i>	<i>54,4</i>	<i>55,9</i>	<i>20,0</i>	<i>21,0</i>

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, *Open data*.

(1) Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna. – (2) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. – (3) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise e Sicilia. – (4) Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

Strutture sanitarie territoriali, pubbliche e private accreditate, per tipo di struttura
(unità per 100.000 abitanti)

AREA	Territoriali (1)	Semiresi- denziali (2)	Residenziali (3)	di cui: pubbliche			Casi trattati in Assistenza domiciliare integrata (ADI)
				Territoriali (1)	Semiresi- denziali (2)	Residenziali (3)	
Piemonte	18,6	4,4	23,0	16,5	1,3	4,4	778
Valle d'Aosta	25,7	2,3	11,7	21,8		1,6	170
Lombardia	14,7	7,0	14,0	9,1	1,4	1,9	924
P.A. Bolzano	26,4	1,4	17,3	19,8	1,4	2,1	145
P.A. Trento	16,0	6,5	16,8	10,3	1,3	3,2	971
Veneto	20,5	10,0	16,5	12,8	3,1	3,1	1.418
Friuli-Venezia Giulia	18,0	6,8	15,2	14,0	3,1	5,3	2.175
Liguria	30,5	4,0	18,9	25,1	1,2	2,4	1.171
Emilia-Romagna	24,0	12,5	19,8	19,5	1,7	3,3	2.828
Toscana	34,3	6,7	14,6	26,1	3,7	5,1	2.812
Umbria	28,4	10,0	17,7	23,3	7,1	6,6	1.222
Marche	19,8	2,1	12,4	12,4	1,9	4,2	850
Lazio	21,6	1,3	4,1	11,6	1,2	1,1	1.101
Abruzzo	22,3	1,0	6,1	15,0	1,0	1,9	1.371
Molise	23,2	4,4	5,7	9,2		0,6	960
Campania	32,1	1,6	2,4	9,7	1,4	1,6	634
Puglia	24,5	2,3	7,1	13,7	0,5	0,9	565
Basilicata	29,6	0,7	6,4	19,5	0,5	1,4	1.570
Calabria	26,7	0,8	5,6	14,5	0,6	1,1	692
Sicilia	38,8	0,8	2,9	14,5	0,7	1,4	951
Sardegna	31,8	1,1	4,3	19,4	0,7	0,7	714
Italia	24,5	4,7	11,2	14,4	1,6	2,4	1.206
<i>Regioni in PdR 2010-15 (2)</i>	<i>8,5</i>	<i>1,9</i>	<i>7,1</i>	<i>13,1</i>	<i>1,0</i>	<i>1,7</i>	<i>838</i>
<i>Regioni non in PdR 2010-15</i>	<i>10,2</i>	<i>7,4</i>	<i>15,0</i>	<i>15,7</i>	<i>2,2</i>	<i>3,0</i>	<i>1.541</i>

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, anno 2013, e Istat.

(1) Strutture che erogano attività specialistiche (cliniche, di laboratorio e di diagnostica strumentale), centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori familiari, centri distrettuali e in generale strutture che svolgono attività di tipo territoriale. – (2) Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale. – (3) Residenze Sanitarie Assistenziali, case protette e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale, ivi inclusi gli hospice.

Indicatori di esito: distribuzione delle strutture per classi di performance e valori medi (1)
(valori percentuali)

REGIONI	Soglie (2)					Media	Deviazione standard
	1	2	3	4	5		
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni							
	<=6	6 a 8	8 a 12	12 a 14	>14		
in PdR (3)	14,1	17,5	48,9	10,3	9,2	9,5	3,49
non in PdR (4)	17,1	31,6	43,9	3,5	4,0	8,4	2,74
Infarto miocardico acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni							
	>=60	45 a 60	35 a 45	25 a 35	<25		
in PdR (3)	25,5	29,7	10,1	13,0	21,8	44,0	21,55
non in PdR (4)	20,5	37,0	16,2	10,2	16,1	45,1	18,18
Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni (5)							
	<=1,5		1,5 a 4		>4		
in PdR (3)	20,6		56,0		23,4	2,9	1,64
non in PdR (4)	52,4		41,3		6,4	1,7	1,24
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni (5)							
	<=1,5		1,5 a 4		>4		
in PdR (3)	13,2		56,1		30,8	3,7	1,84
non in PdR (4)	25,3		66,2		8,5	2,2	1,28
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni							
	<=8	8 a 10	10 a 14	14 a 16	>16		
in PdR (3)	7,1	13,6	31,3	10,2	37,8	14,5	5,83
non in PdR (4)	26,6	23,4	38,1	7,2	4,7	10,2	3,42
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni							
	<=5	5 a 7	7 a 12	12 a 16	>16		
in PdR (3)	17,9	6,4	32,6	18,3	24,8	11,9	7,84
non in PdR (4)	18,5	20,6	45,5	11,1	4,3	8,3	4,13
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni							
	>=80	70 a 80	60 a 70	50 a 60	<50		
in PdR (3)	34,7	19,4	15,2	9,6	21,2	66,5	23,69
non in PdR (4)	41,5	23,0	15,9	9,6	10,0	73,6	17,09
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni							
	>=70	60 a 70	50 a 60	40 a 50	<40		
in PdR (3)	16,6	19,3	15,2	8,1	40,9	45,6	25,53
non in PdR (4)	38,9	20,4	17,6	8,4	14,7	62,2	18,43
Proporzioni di parti con taglio cesareo primario							
	<=15	15 a 25	25 a 30	30 a 35	>35		
in PdR (3)	4,0	31,6	14,3	16,8	33,4	32,2	14,99
non in PdR (4)	31,9	49,9	7,8	5,9	4,4	19,0	7,73

Fonte: elaborazioni su dati Agenas, *Programma Nazionale Esiti (PNE)*, anno 2015.

(1) Per ogni indicatore di esito sono riportate la media, la deviazione standard e la distribuzione delle strutture per livello di performance raggiunto per ogni indicatore. – (2) Le soglie rispecchiano quanto stabilito dal decreto 2 aprile 2015, n. 70 e dal successivo decreto 21 giugno 2016 ed espresse in termini percentuali. – (3) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Piemonte, Puglia e Sicilia. – (4) Tutte le Regioni diverse dalle precedenti. – (5) Per il bypass aortocoronarico e per la valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache le soglie individuate dal decreto 21 giugno 2016 sono 3.

Saldo interregionale di mobilità ospedaliera per acuti (1)
(valori percentuali)

	2007	2010	2012	2014	2015	di cui: al netto della classe 0-17 anni
Piemonte	-1,3	-1,5	-1,4	-1,7	-2,0	-1,5
Valle d'Aosta	-14,3	-13,2	-7,7	-4,2	-4,2	-2,4
Lombardia	4,8	4,6	5,1	5,5	6,2	6,7
P.A. Bolzano	3,4	2,8	3,0	2,5	2,1	2,4
P.A. Trento	-9,1	-7,9	-6,3	-7,0	-6,5	-5,6
Veneto	2,5	2,0	0,7	1,2	1,8	2,0
Friuli-Venezia Giulia	2,8	3,8	5,8	5,3	3,7	3,3
Liguria	0,0	0,5	-0,7	-1,0	-1,1	-5,3
Emilia-Romagna	7,2	7,9	8,0	8,2	8,3	8,2
Toscana	4,9	5,2	6,1	6,0	6,3	5,3
Umbria	3,1	2,3	2,8	3,2	2,6	4,9
Marche	-2,1	-0,5	-1,7	-1,4	-2,8	-2,2
Lazio	2,6	2,9	2,2	1,5	1,0	-1,8
Abruzzo	0,4	-6,8	-5,7	-6,3	-6,2	-4,6
Molise	7,9	8,1	6,0	5,1	5,6	8,6
Campania	-5,3	-5,7	-5,2	-5,2	-5,4	-4,8
Puglia	-4,5	-3,8	-4,5	-4,8	-5,3	-4,8
Basilicata	-10,0	-7,6	-9,1	-6,1	-6,4	-4,5
Calabria	-14,8	-17,4	-19,0	-21,1	-22,3	-21,8
Sicilia	-3,2	-4,0	-3,9	-4,9	-5,5	-5,2
Sardegna	-3,6	-3,6	-3,6	-3,7	-4,0	-3,7
<i>Regioni in PdR 2007-09 (1)</i>	-2,7	-3,2	-3,1	-3,5	-3,8	-4,9
<i>Regioni non in PdR 2007-09</i>	2,0	2,2	2,2	2,3	2,4	3,1
<i>Regioni in PdR 2010-15 (2)</i>	-2,9	-3,3	-3,5	-3,9	-4,3	-4,4
<i>Regioni non in PdR 2010-15</i>	3,0	3,2	3,3	3,6	3,8	3,8
<i>Regioni sempre in PdR (3)</i>	-2,8	-3,5	-3,7	-4,2	-4,6	-5,0
<i>Regioni mai in PdR (4)</i>	3,7	3,8	4,1	4,3	4,6	4,8

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*.

(1) Differenza tra la mobilità attiva (ricoveri in Regione di residenti fuori Regione) e passiva (pazienti residenti ricoverati in strutture di altre Regioni) in rapporto al totale dei ricoveri regionali. – (2) Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna. – (3) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. – (4) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise e Sicilia. – (5) Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

Mobilità sanitaria interregionale - saldi finanziari a compensazione (1)
(milioni di euro)

REGIONI	2007-09	2010-12	2013-15
Piemonte	-7,9	21,1	-90,9
Valle d'Aosta	-55,7	-39,7	-25,9
Lombardia	1.315,9	1.354,8	1.674,0
P.A. Bolzano	19,7	11,9	37,2
P.A. Trento	-55,4	-45,0	-53,1
Veneto	307,2	273,6	235,3
Friuli-Venezia Giulia	35,4	90,9	93,6
Liguria	-40,1	-121,9	-148,3
Emilia-Romagna	1.038,5	1.102,3	989,7
Toscana	334,9	352,4	432,0
Umbria	-5,3	22,3	23,9
Marche	-144,5	-74,6	-106,6
Lazio	-246,9	-273,7	-656,7
Abruzzo	-36,4	-297,5	-217,1
Molise	79,7	101,6	81,0
Campania	-932,7	-938,9	-834,1
Puglia	-560,2	-488,7	-554,4
Basilicata	-86,5	-92,7	-92,6
Calabria	-705,6	-741,5	-778,0
Sicilia	-632,9	-616,2	-512,7
Sardegna	-202,3	-182,8	-205,8
Totale saldi negativi	-3.721,7	-3.762,3	-3.840,1
Regioni in PdR 2007-09 (2)	-2.717,2	-2.857,9	-3.016,3
Regioni non in PdR 2007-09	2.136,0	2.290,4	2.456,4
Regioni in PdR 2010-15 (3)	-3.043,0	-3.043,4	-3.120,3
Regioni non in PdR 2010-15	2.461,8	2.475,8	2.560,3
Regioni sempre in PdR (4)	2.474,9	-2.580,9	-2.717,2
Regioni mai in PdR (5)	2.704,1	2.752,8	2.859,4

Fonte: Intese Stato-Regioni, ripartizione fondo sanitario nazionale, anni 2007-2015.

(1) I saldi finanziari a compensazione della mobilità includono anche le somme che le Regioni devono pagare per le prestazioni erogate dall'Ospedale "Bambino Gesù", che ricade sotto la giurisdizione vaticana, e all'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta (ACISMOM); tali risorse, nel caso del Lazio, sono di entità rilevante – (2) Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna. – (3) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. – (4) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise e Sicilia. – (5) Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

Tempi di attesa media (numero giorni)					
REGIONI	2011	2012	2013	2014	2015
Regioni in Piano di Rientro (1)					
Ricoveri ordinari					
Bypass coronarico	27,3	23,8	14,6	15,0	16,4
Angioplastica coronarica	34,0	27,5	15,9	16,0	18,7
Endoarteriectomia carotidea	35,3	34,2	33,0	35,2	35,5
Protesi d'anca	63,7	63,6	60,9	61,1	63,4
Tumore alla mammella	24,3	24,6	24,5	25,5	26,8
Tumore alla prostata	43,4	44,7	40,0	47,1	48,5
Tumore al colon retto	21,6	21,2	19,5	19,5	21,0
Tumore all'utero	26,2	25,9	22,9	22,6	24,7
Tumore al polmone	18,7	19,8	19,2	21,8	25,1
Interventi Tonsillectomia	80,9	86,4	95,5	86,5	83,5
Ricoveri in day hospital					
Chemioterapia	36,2	28,2	19,2	11,1	12,0
Coronarografia	30,3	38,1	40,0	30,6	27,0
Biopsia percutanea fegato	20,6	18,3	17,3	14,4	15,1
Emorroidectomia	38,8	39,0	37,8	38,8	32,2
Interventi ernia inguinale	46,2	47,8	43,4	43,5	42,3
Altre Regioni					
Ricoveri ordinari					
Bypass coronarico	27,2	27,2	28,9	28,2	26,3
Angioplastica coronarica	21,9	22,3	22,8	23,1	23,7
Endoarteriectomia carotidea	43,2	43,2	42,3	43,5	44,1
Protesi d'anca	85,0	87,6	85,1	85,8	87,4
Tumore alla mammella	21,8	22,5	25,3	24,3	25,5
Tumore alla prostata	43,2	41,7	43,7	44,1	47,1
Tumore al colon retto	21,2	21,5	22,8	23,0	24,1
Tumore all'utero	21,3	22,2	23,4	23,9	24,0
Tumore al polmone	18,3	20,4	21,7	23,7	23,9
Interventi Tonsillectomia	82,1	83,9	87,7	94,2	96,8
Ricoveri in day hospital					
Chemioterapia	11,3	11,7	16,3	12,4	10,3
Coronarografia	29,6	27,6	29,5	27,8	29,2
Biopsia percutanea fegato	23,7	18,9	17,4	17,4	15,2
Emorroidectomia	59,9	63,5	73,4	66,3	68,0
Interventi ernia inguinale	65,9	69,2	74,8	75,3	77,6

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*.
(1) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. Lazio, Molise, Piemonte,

Mobilità sanitaria relativa ad alcune patologie
(valori percentuali)

REGIONI	Mobilità passiva (1)	Mobilità attiva (2)	Saldo
Regioni in Piano di Rientro (3)			
Ricoveri ordinari			
Bypass coronarico	9,0	6,6	-2,5
Angioplastica coronarica	5,9	3,9	-2,1
Endoarteriectomia carotidea	11,5	6,4	-5,4
Protesi d'anca	17,5	6,4	-12,4
Tumore alla mammella	11,8	4,8	-7,5
Tumore alla prostata	22,7	9,2	-15,7
Tumore al colon retto	9,2	4,8	-4,6
Tumore all'utero	16,5	11,9	-4,9
Tumore al polmone	21,9	7,9	-16,3
Altre Regioni			
Ricoveri ordinari			
Bypass coronarico	6,6	10,7	3,9
Angioplastica coronarica	4,5	8,2	3,6
Endoarteriectomia carotidea	5,6	10,3	4,5
Protesi d'anca	10,8	18,1	6,8
Tumore alla mammella	6,6	12,2	5,3
Tumore alla prostata	11,9	21,7	8,9
Tumore al colon retto	4,3	8,5	4,1
Tumore all'utero	9,1	14,4	5,1
Tumore al polmone	10,5	22,1	10,4

Fonte: elaborazioni su dati Agenas, *Programma Nazionale Esiti*. Medie dei dati relativi al 2014 e al 2015.

(1) Mobilità passiva: percentuale di pazienti residenti ricoverati in strutture di altre Regioni, in rapporto al totale dei ricoveri. – (2) Mobilità attiva: percentuale di ricoveri in Regione di residenti fuori Regione, in rapporto al totale dei ricoveri. – (3) Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia.

BIBLIOGRAFIA

- Agenas, *Regioni in Piano di Rientro, le novità alla luce della legge di stabilità 2016*, Monitor, n. 40, 2016.
- Agenas, *La governance della sanità*, Monitor, n. 39, 2015.
- Agenas, *Il nuovo regolamento sugli standard ospedalieri*, Monitor, n. 38, 2015.
- Agenas, *La revisione della spesa*, Monitor, n. 37, 2015.
- Agenas, *Il patto per la Salute, 2014-2016*, Monitor, n. 36, 2014.
- Agenas, *L'andamento della spesa sanitaria nelle Regioni, anni 2008-2013, 2015*.
- Agenas, *Valutare per meglio programmare*, Monitor, n. 30, 2012.
- Agenas, *I Piani di rientro: un'occasione da non perdere per la riorganizzazione e la riqualificazione dell'assistenza sanitaria*, Monitor, n. 27, 2011.
- Agenas, *Efficacia, efficienza ed equità in sanità*, Monitor, n. 24, 2009.
- Agenas, *Relazione scientifica sulle attività svolte e sui costi sostenuti - SIVEAS*, anni vari.
- Agenas, *Programma Nazionale Esiti*, anni vari.
- Banca d'Italia, *L'economia delle regioni italiane – Dinamiche recenti e aspetti strutturali*, in *Economie regionali*, n. 43, 2015.
- Cergas, *Rapporto OASI*, anni vari.
- Cerm, *La spesa sanitaria delle regioni in Italia*, Working Paper, n. 1, 2015.
- Cerm, *La spesa sanitaria delle regioni in Italia*, Working Paper, n. 2, 2014.
- Cerm, *La sostenibilità dei sistemi sanitari regionali*, Working Paper, n. 1, 2012.
- Cerm, *Le differenze regionali nella governance della spesa sanitaria - La Sanità alla sfida del Federalismo*, Working Paper, n. 2, 2011.
- Cerm, *I numeri del federalismo - Benchmark e Standard per la Sanità Italiana*, Working Paper, n. 2, 2010.
- Cerm, *La spesa sanitaria pubblica in Italia: dentro la "scatola nera" delle differenze regionali*, Working Paper, n. 1, 2009.
- C. Di Novi, M. Piacenza, S. Robone, G. Turati, *How does fiscal decentralization affect within-regional disparities in well-being? - Evidence from health inequalities in Italy*, HEDG, University of York, Working Paper 15/23, 2015.
- N. Dirindin, *Chi paga per la salute degli italiani*, Il Mulino, 1996.
- M. Francese, M. Romanelli, *La spesa sanitaria in Italia: determinanti di spesa e differenze regionali*, Banca d'Italia, Temi di Discussione, n. 828, 2011.
- Istat, *Le dimensioni della salute in Italia*, 2015.
- Istat, *Sanità e salute*, in *Annuario statistico italiano*, anni vari.
- Istat, *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, anni vari.
- G. Iuzzolino, *Domanda e offerta di servizi ospedalieri. Tendenze internazionali*, Banca d'Italia, *Questioni di Economia e Finanza*, n. 27, 2008.

M. Lozzi, *L'assistenza ospedaliera in Italia*, Banca d'Italia, Questioni di Economia e Finanza, n. 28, 2008.

MEF – RGS, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*, anni vari.

MEF – RGS, *Commento ai principali dati del conto annuale*, anni vari.

Ministero della Salute, *Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della Griglia Lea*, anni vari.

Ministero della Salute, *Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero*, anni vari.

OCSE, *Health at a Glance*, anni vari.

Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali, *L'uso dei farmaci in Italia*, Rapporto Nazionale, anni vari.

M.I. Roemer, *Bed supply and hospital utilization: a natural experiment*, *Hospitals*, n. 35, 961, pp. 36-42.

A. Schiavone, *L'efficienza tecnica degli ospedali pubblici italiani*, Banca d'Italia, Questioni di Economia e Finanza, n. 29, 2008.