

## Assetto istituzionale-organizzativo

A otto anni dall'approvazione del D. Lgs. 56/00 l'attenzione di ricercatori e politici è tesa a trarre qualche insegnamento dal periodo di "transizione federalistica" che ha caratterizzato l'ultima fase del SSN. Il Rapporto Osservasalute ogni anno dedica la propria attenzione alla comparazione tra le regioni sugli aspetti demografici, epidemiologici, economici ed operativi del SSN. In particolare, il presente capitolo affronta il tema della comparazione dei modelli organizzativi ed istituzionali focalizzando l'attenzione sull'organizzazione dell'assistenza primaria e analizzando alcune dimensioni inerenti i due principali fattori della produzione presenti in un sistema sanitario e cioè il personale e la tecnologia.

L'attuale assetto "federale" (ancorché in "transizione") lascia ampio spazio di autonomia alle regioni nel definire i propri modelli di *governance* sia a livello "istituzionale" (regionale) che "organizzativo" (aziendale). Il Capitolo, quest'anno, ha riposto attenzione sui due aspetti con diversi indicatori ed approfondimenti.

Per quanto riguarda la dimensione "istituzionale", la comparazione tra regioni ha riguardato due aspetti principali. La prima è relativa all'analisi delle diverse forme "giuridiche" e di proprietà nel panorama delle strutture ospedaliere attive sia a livello nazionale che regionale. Infatti, un primo fattore caratterizzante l'architettura istituzionale di una regione, sul fronte sanitario, è proprio legato alla struttura del sistema d'offerta. La struttura d'offerta può, pertanto, essere analizzata osservando le strutture sotto diverse prospettive:

- il livello di assistenza in cui le strutture operano (ospedali per acuti, riabilitazione, strutture residenziali e territoriali);
- i livelli di complessità operativa (centri a valenza locale, regionale e nazionale);
- la natura giuridica dei soggetti economici che esprimono la proprietà delle strutture di assistenza.

Anche per quest'anno, come già fatto nel 2007, il Rapporto Osservasalute ricostruisce la "struttura del settore" (*industry*) indagando l'evoluzione della quota relativa del "mercato" dei servizi ospedalieri per acuti ed in riabilitazione detenuta dalle strutture con la medesima natura economica (pubblica, privata, no profit). La letteratura ha già dimostrato che la natura giuridica e i conseguenti assetti di *governance*, assumono rilevanza nella comprensione delle dinamiche di un sistema sanitario. In particolare, rispetto ad altre indagini, il lavoro presentato in Osservasalute quest'anno si avvale di una classificazione delle strutture ospedaliere che permette di considerare non solo la tradizionale bipartizione pubblico-privato, ma analizza la distribuzione del "mercato" sanitario anche considerando il ruolo giocato dalle istituzioni non lucrative (prevalentemente di ispirazione cristiana) nel SSN in una prospettiva dinamica (5 anni).

Il secondo fattore "istituzionale" analizzato in modo comparativo, riguarda le modalità attraverso le quali le regioni stanno affrontando il problema del governo razionale dell'innovazione tecnologica nell'ambito dei propri sistemi sanitari. In particolare, l'attenzione è posta sul processo di diffusione dell'approccio dell'*Health Technology Assessment* (HTA) quale supporto alle decisioni politiche inerenti le tecnologie sanitarie. Dopo decenni di assoluto disinteresse da parte delle istituzioni dell'SSN sul tema, l'HTA sembra oggi salito in cima alla lista delle priorità politiche sia a livello nazionale che regionale. L'interesse per questa analisi è legata al fatto che l'esigenza per le regioni di esprimere proprie politiche sul tema in ragione della loro autonomia, appare in contrasto con la parallela esigenza di garantire l'uniforme accessibilità alle stesse tecnologie (con i medesimi tempi), soprattutto nel caso in cui queste siano collegate all'appropriata erogazione di prestazioni inserite nei LEA. Questo in attuazione di diversi principi "fondanti" il SSN, quali quelli dell'unitarietà di approccio e quello dell'uniformità di "accesso" ai servizi su tutto il territorio.

I rimanenti tre indicatori riguardano fattori più squisitamente organizzativi essendo, comunque, inerenti al personale professionale del SSN. Anche quest'anno abbiamo mappato l'evoluzione delle forme organizzative per l'associazionismo nell'ambito della medicina di famiglia, ponendo poi l'attenzione sulle dimensioni più "quantitative" della forza lavoro sia medica che infermieristica.

Particolare attenzione è stata posta sulla valutazione della forza lavoro nella professione medica. Le ragioni sono molteplici, ma, comunque, hanno tutte a che fare con la centralità giocata da questa specifica com-

ponente professionale nei processi di assistenza. In molti Paesi Europei (e nel Nord-America) si lamenta mancanza di personale qualificato sia nelle professioni infermieristiche (problema presente anche in Italia), ma anche e sempre più nelle professioni mediche, soprattutto per quanto riguarda determinate specializzazioni. Quest'anno il Rapporto Osservasalute ha analizzato la situazione della "forza lavoro" medica nel SSN ed al di fuori dello stesso, passando in rassegna le principali fonti informative istituzionali disponibili e comparando questi dati con quelli acquisiti e messi a disposizione per Osservasalute dalla Cegedim-Dendride, multinazionale e leader per le indagini di mercato nel settore farmaceutico. La possibilità di accesso a questa fonte informativa ci ha permesso di presentare dati aggiornati al 2008 che descrivono, quindi, il panorama attuale della "forza lavoro medica effettiva" regione per regione.

## Personale medico ed infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** L'indicatore mostra l'evoluzione tra il 2005 e il 2006 del personale sia medico e odontoiatrico che infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale in valore assoluto e per 1.000 abitanti. Questo indicatore rappresenta uno dei pilastri della programmazione sanitaria sia a livello nazionale sia a

livello regionale, poiché tali valori (congiuntamente ad altri indicatori di tipo economico-organizzativo, quali, ad esempio, il numero di posti letto per 100 abitanti o il tasso di rotazione dei posti letto) incidono in maniera diretta sull'offerta sanitaria.

### Tasso di medici e odontoiatri del SSN

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Personale medico e odontoiatrico del SSN}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

### Tasso di personale infermieristico del SSN

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Personale infermieristico del SSN}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** Per la costruzione dell'indicatore sono stati presi in considerazione i dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute) sul personale del SSN e la banca dati Istat per la popolazione.

L'indicatore prende in considerazione esclusivamente il personale dipendente del SSN, dando così un'informazione limitata a riguardo dell'effettiva forza lavoro disponibile sul territorio nelle diverse regioni. Questo limite è particolarmente significativo per quanto riguarda la professione infermieristica.

L'indicatore andrebbe, pertanto, letto in maniera congiunta ad altri dati ed indicatori quali, ad esempio, il numero totale di medici ed infermieri per 1.000 abitanti e il rapporto tra numero di infermieri per medico.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Per quanto riguarda il personale medico dipendente del SSN, poi-

ché non esiste un benchmark specifico, è stato preso in considerazione il numero di medici ospedalieri in alcuni Paesi dell'UE, poiché è il dato che più si avvicina al numeratore dell'indicatore (Tabella 1).

Secondo l'Ipasvi-Federazione Nazionale dei Collegi di Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia (2006), gli infermieri professionali attivi sono in totale 342.000, il 70% all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, il 20% presso strutture private e il 10% come liberi professionisti. L'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) fissa, per l'Europea, un rapporto ottimale di 6,9 unità per 1.000 abitanti, mentre l'Unione Europea fissa il rapporto minimo a 9 infermieri per 1.000 abitanti.

Tuttavia, non esiste un valore di riferimento specifico riguardo al personale infermieristico del SSN per 1.000 abitanti.

**Tabella 1** - Confronto europeo medici ospedalieri (valori assoluti e tassi per 1.000) - Anno 2003

Paesi	Popolazione	Medici ospedalieri	Tassi di medici ospedalieri
Austria	8.100.000	27.000	3,3
Belgio	10.500.000	18.400	1,8
Danimarca	5.400.000	11.000	2,0
Estonia	1.300.000	2.100	1,6
Finlandia	5.200.000	8.700	1,7
Francia	59.600.000	56.400	0,9
Germania	82.500.000	184.000	2,2
Grecia	11.000.000	27.700	2,5
Irlanda	4.000.000	1.750	0,4
<b>Italia</b>	<b>57.300.000</b>	<b>100.000</b>	<b>1,7</b>
Lettonia	2.300.000	3.100	1,3
Lituania	3.400.000	6.300	1,9
Lussemburgo	400.000	660	1,7
Olanda	16.200.000	11.700	0,7
Portogallo	10.400.000	24.000	2,3
Slovacchia	5.400.000	10.000	1,9
Slovenia	2.000.000	2.500	1,3
Spagna	41.600.000	54.750	1,3
Repubblica Ceca	10.200.000	9.300	0,9
<b>Media</b>			<b>1,7</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: ANAAO-ASSOMED. Anno 2007.

### Descrizione dei risultati

Le Tabelle 2 e 3 riportano rispettivamente il numero - sia in valore assoluto, che per 1.000 abitanti - di medici ed odontoiatri del SSN e il numero di infermieri del SSN per gli anni 2005 e 2006.

Il numero di medici ed odontoiatri del SSN (Tabella 2) è cresciuto tra il 2005 e il 2006 di 208 unità. Tuttavia, ciò non ha influito sul valore dei tassi che è rimasto stabile a 1,8 (per 1.000). Quest'ultimo valore rispecchia verosimilmente la media europea (sebbene i dati di benchmark siano del 2003).

A livello di singole regioni possono essere fatte due tipologie di considerazioni: la prima sul numero di medici ed odontoiatri del SSN per 1.000 abitanti; la seconda - che in molti casi è legata alla prima - sull'evoluzione tra il 2005 e il 2006 di questo dato.

Sia nel 2005 che nel 2006, 15 regioni presentano un numero di medici ed odontoiatri per 1.000 abitanti superiore al valore nazionale. Tuttavia, in Lombardia, PA di Bolzano e Trento, Veneto, Lazio (solo nel 2006) e Puglia si riscontrano dei valori inferiori alla media. Tra il 2005 e il 2006, non vi è stato un trend omogeneo sulla variazione del numero di medici ed odontoiatri del SSN per 1.000 abitanti. Infatti, in dieci regioni si riscontra un aumento del numero di unità per 1.000 abitanti, con variazioni più importanti in Valle

d'Aosta, Molise, Campania e Basilicata. Al contrario nelle altre regioni ed, in particolare, nel Lazio e nel Veneto, si riscontra una diminuzione del tasso di medici ed odontoiatri del SSN.

Per quanto riguarda il personale infermieristico (Tabella 3) la situazione è diversa. Sebbene vi sia stato un forte aumento tra il 2005 e il 2006 del numero di unità sia in valore assoluto (+12.938, ossia il 5%) sia in rapporto alla popolazione per 1.000 abitanti (+0,19, ossia il 4,4%), da tempo ormai si parla di emergenza infermieristica determinata dalla carenza di infermieri; gli ospedali e i servizi territoriali sono in crisi. Secondo i dati dell'OCSE, nel nostro Paese ci sono almeno 98.870 infermieri in meno rispetto a quelli di cui ci sarebbe bisogno; un dato che scende, sebbene di poco, a 61.117 in meno, se prendiamo in considerazione solo quelli che sono dipendenti presso le aziende del Servizio Sanitario Nazionale (Ipasvi).

Sia nel 2005 che nel 2006, cinque regioni di cui tre del Sud (Lombardia, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia) presentano una situazione critica con un tasso fortemente inferiore alla media nazionale. Tuttavia, in tutte le regioni - ad eccezione della PA di Bolzano - si ravvisa un incremento del personale infermieristico dipendente del SSN.

**Tabella 2 - Personale medico e odontoiatrico del SSN (valori assoluti e tassi per 1.000) per regione - Anni 2005-2006**

Regioni	Medici e odontoiatri		Tassi di medici e odontoiatri	
	2005	2006	2005	2006
Piemonte	8.565	8.606	1,98	1,98
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	278	297	2,25	2,39
Lombardia	13.017	12.686	1,38	1,33
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>848</i>	<i>870</i>	<i>1,77</i>	<i>1,79</i>
<i>Trento</i>	<i>880</i>	<i>881</i>	<i>1,76</i>	<i>1,75</i>
Veneto	7.650	7.577	1,62	1,59
Friuli-Venezia Giulia	2.244	2.279	1,86	1,88
Liguria	3.358	3.337	2,10	2,07
Emilia-Romagna	7.938	8.062	1,90	1,92
Toscana	7.417	7.383	2,06	2,03
Umbria	1.841	1.833	2,13	2,11
Marche	2.791	2.831	1,83	1,85
Lazio	9.569	9.445	1,81	1,75
Abruzzo	2.843	2.827	2,18	2,16
Molise	694	724	2,16	2,26
Campania	10.491	10.838	1,81	1,87
Puglia	6.193	6.363	1,52	1,56
Basilicata	1.102	1.118	1,85	1,89
Calabria	4.309	4.319	2,15	2,16
Sicilia	9.868	9.837	1,97	1,96
Sardegna	3.756	3.747	2,27	2,26
<b>Italia</b>	<b>105.652</b>	<b>105.860</b>	<b>1,80</b>	<b>1,80</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Annuario statistico - Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) per la popolazione. Anno 2008.

**Tabella 3 - Personale infermieristico del SSN (valori assoluti e tassi per 1.000) per regione - Anni 2005-2006**

Regioni	Personale infermieristico		Tassi di personale infermieristico	
	2005	2006	2005	2006
Piemonte	19.738	21.150	4,55	4,87
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	639	677	5,18	5,44
Lombardia	34.226	35.575	3,63	3,74
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>2.875</i>	<i>2.807</i>	<i>5,99</i>	<i>5,79</i>
<i>Trento</i>	<i>2.573</i>	<i>2.717</i>	<i>5,15</i>	<i>5,38</i>
Veneto	24.124	25.349	5,11	5,33
Friuli-Venezia Giulia	6.454	7.189	5,35	5,94
Liguria	9.016	9.303	5,63	5,78
Emilia-Romagna	22.218	23.940	5,33	5,69
Toscana	20.228	21.244	5,60	5,85
Umbria	4.551	4.701	5,27	5,40
Marche	7.449	7.877	4,89	5,14
Lazio	20.168	20.353	3,81	3,77
Abruzzo	6.211	6.699	4,77	5,12
Molise	1.508	1.621	4,69	5,06
Campania	21.217	22.600	3,66	3,90
Puglia	13.275	13.993	3,26	3,44
Basilicata	2.711	2.816	4,55	4,75
Calabria	8.155	8.567	4,06	4,28
Sicilia	17.169	18.151	3,42	3,62
Sardegna	8.001	8.115	4,84	4,90
<b>Italia</b>	<b>252.506</b>	<b>265.444</b>	<b>4,31</b>	<b>4,50</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Annuario statistico - Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) per la popolazione. Anno 2008.

**Riferimenti bibliografici**

(1) ANAAO-ASSOMED. La Sanità in Europa - Analisi dei

sistemi sanitari nei 25 Paesi UE. In Iniziativa Ospedaliera 1/2007.

## Forza lavoro medica

**Significato.** L'indicatore proposto intende valutare la quota del personale medico dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale - SSN (forza lavoro nel settore pubblico) rispetto al totale dei medici in attività presso le strutture sanitarie (forza lavoro complessiva) e l'insieme dei medici iscritti all'albo dell'Ente Nazionale di Previdenza Medici e Odontoiatri - ENPAM (forza lavoro potenziale). L'indicatore intende individuare la quota della risorsa professionale medica, destinata ad attività direttamente finalizzate alla erogazione di prestazioni sanitarie alla popolazione

nell'ambito del SSN, rispetto alla totalità della risorsa personale medico disponibile. È calcolato come rapporto percentuale rispetto: i) al numero di medici in attività rilevato secondo due fonti, quella censuaria di Cegedim-Dendrite (azienda multinazionale attiva nel settore delle analisi di mercato) e quella campionaria (fonte Istat) e ii) al numero dei medici iscritti all'albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (ENPAM). I medesimi aggregati sono stati utilizzati per il calcolo dell'indicatore in rapporto alla popolazione residente dell'anno di riferimento.

### Percentuale di medici per fonte di rilevazione

Numeratore	Personale medico dipendente SSN	
Denominatore	Medici in attività presso strutture sanitarie (Fonte Cegedim-Dendrite)	x 100
Numeratore	Personale medico dipendente SSN	
Denominatore	Occupati che hanno dichiarato di svolgere una professione medica (Fonte Istat)	x 100
Numeratore	Personale medico dipendente SSN	
Denominatore	Medici iscritti all'albo (Fonte ENPAM)	x 100

### Tasso di medici per fonte di rilevazione

Numeratore	Personale medico dipendente SSN	
Denominatore	Popolazione residente riferita all'1 gennaio 2006	x 1.000
Numeratore	Medici in attività presso strutture sanitarie (Fonte Cegedim-Dendrite)	
Denominatore	Popolazione residente riferita all'1 gennaio 2008	x 1.000
Numeratore	Occupati che hanno dichiarato di svolgere una professione medica (Fonte Istat)	
Denominatore	Popolazione residente riferita all'1 gennaio 2006	x 1.000
Numeratore	Medici iscritti all'albo (Fonte ENPAM)	
Denominatore	Popolazione residente riferita all'1 gennaio 2006	x 1.000

**Validità e limiti.** L'informazione sulla disponibilità e le caratteristiche della forza lavoro medica è rilevante ai fini della programmazione dell'assistenza sanitaria nazionale e regionale e per la pianificazione dell'offerta formativa universitaria, sia in merito ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia che per ciò che attiene alle successive specializzazioni. Il contributo si pone, quindi, come un primo tentativo di integrazione tra fonti informative diverse per natura e obiettivi, con l'intento di fornire un quadro più

ampio di quello generalmente descritto dai flussi informativi correnti.

#### Descrizione delle fonti informative

- I dati dell'ENPAM sono relativi a tutti i medici e odontoiatri iscritti al fondo generale, che include tutti i medici ed odontoiatri che svolgono o potrebbero svolgere un'attività di tipo medico (autorizzati ad esercitare la professione).
- Cegedim è una multinazionale impegnata nelle

analisi di mercato riferite al mondo del farmaco. I dati si riferiscono all'anno 2008 e sono stati ottenuti dal database ONEKEY popolato grazie alla rilevazione diretta di oltre 14.000 informatori farmaceutici sul territorio nazionale che censiscono i medici attivi in quanto potenziali "prescrittori".

- L'indagine campionaria sulle Forze Lavoro dell'Istat fornisce la stima delle persone che dichiarano di svolgere una professione medica. La professione è codificata secondo la classificazione internazionale delle professioni del 2001.

- I dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute) si riferiscono al personale dipendente dal SSN (Aziende Sanitarie Locali - ASL e Aziende Ospedaliere - AO) ed al numero di Medici di Medicina Generale comprensivo dei Pediatri di Libera Scelta.

- La popolazione residente, fornita dall'Istat è riferita all'1 gennaio 2006 e, per quanto concerne il rapporto con i dati Cegedim, all'1 gennaio 2008.

*I limiti riscontrati sono i seguenti:*

- per il personale medico dipendente SSN, i dati forniti dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute), anno di riferimento 2006, non consentono di scorporare per le strutture equiparate il personale dipendente medico afferente alle strutture con personalità giuridica pubblica;

- i dati riferiti ai medici in attività presso le strutture sanitarie forniti dalla società Cegedim-Dendrite, presentano notevoli potenzialità informative, ma necessitano di una valutazione qualitativa in quanto non derivanti da fonti della statistica ufficiale;

- i dati sulle Forze Lavoro dell'Istat, relativi agli occupati che hanno dichiarato di svolgere una professione medica, comprendono anche gli occupati in settori di attività diversi dalla sanità (es. industria farmaceutica);

- i dati ENPAM, relativi ai medici iscritti all'albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri comprendono anche i medici che non svolgono la professione o che non sono occupati.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore di riferimento è quello medio nazionale.

### **Descrizione dei risultati**

In media il 50,94% dei medici in attività presso strutture sanitarie è inquadrato come dipendente dal SSN afferente ad ASL e AO (Tabella 1). Rispetto al valore medio nazionale la Valle d'Aosta figura come la regione con la più elevata percentuale di dipendenti pubblici (84,38%). Tale valore risulta, però, scarsamente significativo considerando la presenza sul territorio di un'unica struttura classificata dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali come ospedale a gestione diretta. Si osserva, quindi, che la Basilicata presenta la seconda percentuale più elevata,

pari al 73,89%. La percentuale minore di medici dipendenti dal SSN si registra in Lombardia, con un valore pari al 40,60%, inferiore di 10,34 punti percentuali rispetto alla media nazionale. Effettuando il confronto rispetto alle Forze di Lavoro Istat la media nazionale è pari al 49,15%, con una variabilità che oscilla da un minimo di 39,57% della Lombardia, ad un massimo di 80,43% della Valle d'Aosta, con una differenza pari a 40,86 punti percentuali. I dati relativi alla Forza di Lavoro non sono filtrati per settore di attività, ciò comporta che comprendono al loro interno sia coloro che lavorano nel settore sanitario che coloro che lavorano in altri settori ad esso collegati, tra i quali ricordiamo il settore farmaceutico e quello biotecnologico. L'incidenza nazionale dei dipendenti medici del SSN, rispetto a coloro che sono iscritti all'albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, risulta pari al 29,83%. Rispetto al valore nazionale il range di variazione, escludendo le PA di Trento e Bolzano e la Valle d'Aosta, è compreso tra il 22,66% del Lazio e il 38,96% della Basilicata.

Nel 2006 il valore medio nazionale di medici e odontoiatri dipendenti dal SSN per 1.000 abitanti è pari all'1,8 (Tabella 2). Rispetto a questo valore 15 regioni presentano valori superiori, con un picco di 2,40 presente in Valle d'Aosta. La regione con la quota minore di personale medico dipendente dal SSN risulta essere la Lombardia (1,34‰) seguita dalla Puglia (1,56‰) e dal Veneto (1,6‰). I dati di Cegedim, riferiti al 2008, evidenziano che la forza lavoro effettiva (medici in attività) in Italia è pari a 3,49 per 1.000 abitanti, quasi il doppio di quelli attivi nel settore pubblico. In questa prospettiva l'analisi evidenzia che la Liguria presenta la quota maggiore di medici in attività presso strutture sanitarie (4,34‰), seguita dal Lazio (4,15‰) e dalla Sardegna (4,12‰). Rispetto al valore medio nazionale la Basilicata presenta la concentrazione più bassa con un valore pari a 2,56‰. La Forza Lavoro complessiva, rappresentata dai dati Istat, conferma la tendenza espressa dai dati Cegedim. Anche in questo caso la Liguria risulta essere la regione con la maggiore concentrazione di occupati che svolgono una professione medica (5,15‰) laddove il valore medio nazionale si attesta al 3,67‰. La forza lavoro potenziale, espressa dai medici iscritti all'albo professionale, con un valore nazionale pari a 6,04‰, risulta molto elevata rispetto al confronto con i dati precedenti. Il Lazio e la Liguria presentano la quota maggiore di medici e odontoiatri iscritti presso le sedi regionali dell'ordine, con valori pari rispettivamente a 7,86‰ e 7,33‰. La concentrazione minore di iscritti, escludendo i valori della Valle d'Aosta e del Trentino-Alto Adige, si registra in Veneto (4,82‰), Basilicata (4,88‰), Piemonte (5,20‰), Marche (5,26‰), Puglia (5,36‰), Lombardia (5,39‰) e Friuli-Venezia Giulia (5,56‰).

**Tabella 1 - Personale medico (valori assoluti e percentuali) per regione e fonte di rilevazione - Anno 2006**

Regioni	Personale medico dipendente SSN <sup>1</sup>	Medici in attività presso strutture sanitarie CEDEGIM <sup>2</sup>	Occupati che hanno dichiarato di svolgere una professione medica ISTAT-FDL <sup>3</sup>	Medici iscritti all'albo ENPAM <sup>4</sup>	Personale medico dipendente SSN rispetto ai medici in attività CEDEGIM <sup>2</sup> %	Personale medico dipendente SSN rispetto ai medici occupati ISTAT-FDL <sup>3</sup> %	Personale medico dipendente SSN rispetto agli iscritti all'albo ENPAM <sup>4</sup> %
Piemonte	8.606	13.596	15.328	22.579	63,30	56,15	38,12
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	297	352	369	565	84,38	80,43	52,57
Lombardia	12.686	31.246	32.057	51.051	40,60	39,57	24,85
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>870</i>	<i>1.309</i>	<i>1.463</i>	<i>2.287</i>	<i>66,46</i>	<i>59,45</i>	<i>38,04</i>
<i>Trento</i>	<i>881</i>	<i>1.286</i>	<i>1.841</i>	<i>2.200</i>	<i>68,51</i>	<i>47,86</i>	<i>40,05</i>
Veneto	7.577	13.671	13.447	22.848	55,42	56,35	33,16
Friuli-Venezia Giulia	2.279	4.198	3.824	6.723	54,29	59,60	33,90
Liguria	3.337	6.980	8.294	11.800	47,81	40,23	28,28
Emilia-Romagna	8.062	16.356	14.602	26.384	49,29	55,21	30,56
Toscana	7.383	14.633	17.089	23.278	50,45	43,20	31,72
Umbria	1.833	3.512	4.093	5.783	52,19	44,78	31,70
Marche	2.831	4.803	6.360	8.047	58,94	44,51	35,18
Lazio	9.445	23.073	21.714	41.686	40,94	43,50	22,66
Abruzzo	2.827	4.992	4.592	8.810	56,63	61,56	32,09
Molise	724	1.104	1.216	1.979	65,58	59,53	36,58
Campania	10.838	19.473	19.956	35.597	55,66	54,31	30,45
Puglia	6.363	12.245	11.591	21.833	51,96	54,90	29,14
Basilicata	1.118	1.513	1.864	2.897	73,89	59,98	38,59
Calabria	4.319	6.908	7.429	14.009	62,52	58,14	30,83
Sicilia	9.837	19.718	21.810	33.089	49,89	45,10	29,73
Sardegna	3.747	6.864	6.438	11.383	54,59	58,20	32,92
<b>Italia</b>	<b>105.860</b>	<b>207.832</b>	<b>215.377</b>	<b>354.828</b>	<b>50,94</b>	<b>49,15</b>	<b>29,83</b>

**Fonte dei dati ed anno di riferimento:**

<sup>1</sup>Ministero della Salute. 2006. Il dato include ASL e AO, Policlinici universitari; IRCCS (art.1, ultimo comma, della L.132/68); Ospedali classificati o assimilati (art.43, 2 comma, Legge 833/78 e DPCM 20.10.1988); Istituti privati classificati presidio ASL; enti di ricerca. Medici e Odontoiatri.

<sup>2</sup>CEGEDIM 2008, dal dato sono esclusi gli stomatologi.

<sup>3</sup>Istat. Forze di Lavoro, 2006 il dato non è distinto per attività economica.

<sup>4</sup>ENPAM. 2006.



**Tabella 2** - Tassi di medici (per 1.000) per regione e fonte di rilevazione - Anno 2006

Regioni	Personale medico dipendente SSN <sup>1</sup>	Medici in attività presso strutture sanitarie CEGEDIM <sup>2</sup>	Occupati che hanno dichiarato di svolgere una professione medica ISTAT-FDL <sup>3</sup>	Medici iscritti all'albo ENPAM <sup>4</sup>
Piemonte	1,98	3,09	3,53	5,20
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,40	2,79	2,98	4,56
Lombardia	1,34	3,24	3,38	5,39
Trentino-Alto Adige	1,78	2,58	3,35	4,55
Veneto	1,60	2,83	2,84	4,82
Friuli-Venezia Giulia	1,89	3,44	3,16	5,56
Liguria	2,07	4,34	5,15	7,33
Emilia-Romagna	1,93	3,83	3,49	6,30
Toscana	2,04	3,98	4,72	6,43
Umbria	2,11	3,97	4,72	6,66
Marche	1,85	3,09	4,16	5,26
Lazio	1,78	4,15	4,09	7,86
Abruzzo	2,17	3,77	3,52	6,75
Molise	2,26	3,44	3,79	6,17
Campania	1,87	3,35	3,45	6,15
Puglia	1,56	3,00	2,85	5,36
Basilicata	1,88	2,56	3,14	4,88
Calabria	2,15	3,44	3,71	6,99
Sicilia	1,96	3,92	4,35	6,60
Sardegna	2,26	4,12	3,89	6,88
<b>Italia</b>	<b>1,80</b>	<b>3,49</b>	<b>3,67</b>	<b>6,04</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:**

<sup>1</sup>Ministero della Salute. 2006. Il dato include ASL e AO, Policlinici universitari; IRCCS (art.1, ultimo comma, della L.132/68); Ospedali classificati o assimilati (art.43, 2 comma, Legge 833/78 e DPCM 20.10.1988); Istituti privati classificati presidio ASL; enti di ricerca. Medici e Odontoiatri.

<sup>2</sup>CEGEDIM 2008, dal dato sono esclusi gli stomatologi.

<sup>3</sup>Istat. Forze di Lavoro, 2006 il dato non è distinto per attività economica.

<sup>4</sup>ENPAM. 2006.

## Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale

**Significato.** I Medici di Medicina Generale (MMG) rappresentano il primo fondamentale anello della rete assistenziale.

Negli ultimi anni si sta assistendo ad un'importante evoluzione della medicina generale che sta determinando un nuovo approccio alle cure primarie, in cui il medico si appropria di funzioni di servizio del territorio sempre più complesse e articolate. Infatti, con il DPR 270 del 28 Luglio 2000 (Accordo Collettivo Nazionale, ACN) si è voluto incentivare forme di aggregazione di più medici che permettessero la messa in comune di risorse, una maggiore accessibilità oraria, l'attivazione di processi di miglioramento della qualità delle cure e di revisione tra pari. In partico-

lare, tale documento normativo - pur lasciando libertà alle regioni nell'organizzazione delle cure primarie e nell'individuazione di ulteriori modalità organizzative - distingue tre forme associative per la medicina generale: la medicina in associazione, la medicina di gruppo e la medicina in rete.

L'indicatore mostra come le regioni hanno recepito l'art. 40 del DPR 270/2000 e l'ACN del 2005 sui modelli organizzativi di erogazione delle cure primarie e consente di poter osservare le differenze tra i diversi territori regionali. L'attenzione è posta, in modo particolare, sulla distribuzione dei Medici di Medicina Generale (MMG) nelle tre tipologie associative summenzionate.

### Percentuale di MMG in associazione nelle tre forme previste dal DPR 270/2000 e dall'ACN 2005

Numeratore	MMG in associazione
Denominatore	Totale MMG

**Validità e limiti.** L'ACN ha definito obiettivi e forme organizzative delle associazioni tra medici. Fino a quel momento esistevano singole esperienze avanzate, ma non vi era ancora alcuna previsione contrattuale che regolamentasse e stimolasse il lavoro in comune dei MMG.

I dati sono stati rilevati attraverso l'invio di una richiesta scritta seguita da un contatto telefonico ai funzionari responsabili della medicina generale nelle singole regioni.

L'indicatore permette di sintetizzare alcune caratteristiche organizzative della medicina generale ed in particolare:

- di poter analizzare quanto le singole regioni abbiano recepito il DPR 270/2000 e l'ACN del 2005;
- di poter osservare come sono distribuiti i MMG (escludendo i Pediatri di Libera Scelta) sul territorio regionale.

L'indicatore permette, inoltre, di poter osservare l'evoluzione tra il 2007 e il 2008 nella scelta dei diversi modelli di associazionismo tra le diverse regioni.

Tuttavia, l'indicatore non permette di prendere in considerazione e di sintetizzare (se non in maniera molto generica nella colonna "Altro" della Tabella 2) altre forme di medicina associata previste dagli ACN del 2000 e del 2005 di natura molto complessa (cooperative, UTAP, etc.). Inoltre, lo stesso indicatore non ci consente di poter misurare il grado di integrazione dei MMG all'interno delle attività del Distretto, delle Aziende Sanitarie e tra le Aziende Sanitarie, e di poter conoscere per ciascuna regione la quantità di offerta dei servizi erogata dalla medicina generale organizzata.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Le tre forme di associazionismo dei MMG per l'erogazione delle cure primarie individuate all'art. 40 del DPR 270/2000 e ribadite dall'ACN del 2005 presentano delle caratteristiche comuni:

- devono formarsi su base volontaria e consensuale tra i MMG partecipanti;
- i medici devono appartenere tutti allo stesso ambito territoriale di scelta;
- un medico non può aderire a più forme associative;
- ciascun medico si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
- il numero minimo di partecipanti è di tre; gli orari degli studi devono essere coordinati in modo da poter garantire una disponibilità di almeno sei ore giornaliere;
- deve essere eletto un delegato che abbia funzioni di raccordo funzionale e professionale, devono essere previsti incontri periodici fra i partecipanti per la verifica degli obiettivi raggiunti e della coerenza degli stessi con la programmazione distrettuale.

Fermo restando questi elementi di raccordo, ciascuno dei modelli organizzativi di erogazione delle cure primarie ha delle proprie caratteristiche che lo distinguono dagli altri (Tabella 1). Le diverse forme di associazionismo forniscono tipologie di servizi di qualità, soprattutto in termini di accessibilità, diversi. Si può ritenere che il servizio migliore sia fornito dalla medicina di gruppo (studio unico, servizi aggiuntivi e integrati), seguita da quelle in rete (sistema informativo unico) ed, infine, dalla medicina associata "semplice". Pertanto si ritiene auspicabile una percentuale pari a 100% per la medicina di gruppo.

**Tabella 1 - Forme di associazionismo medico**

Modelli organizzativi	Caratteristiche
<b>Medicina in associazione (abolita dall'ACN del 2005 a favore di forme organizzative più evolute)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gli studi sono distribuiti sul territorio del distretto e non sono vincolati a sede unica;</li> <li>-i medici aderenti mantengono l'attività presso i loro studi;</li> <li>-associati da un minimo di 3 a un massimo di 10 (tranne casi particolari);</li> <li>-chiusura pomeridiana (di almeno uno studio) non prima delle 19:00;</li> <li>-disponibilità a sostituirsi per le assenze temporanee;</li> <li>-momenti di incontro per confronto professionale.</li> </ul>
<b>Medicina di gruppo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sede unica del gruppo articolata in più studi medici;</li> <li>-presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso;</li> <li>-numero di medici non inferiore a 3 e non superiore a 8;</li> <li>-utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni;</li> <li>-gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;</li> <li>-utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della ASL e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici;</li> <li>-utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune.</li> </ul>
<b>Cooperative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Si inseriscono all'interno della medicina di gruppo;</li> <li>-sono associazioni giuridicamente riconosciute ad adesione volontaria;</li> <li>-prevedono una sede unica;</li> <li>-concorrono a realizzare gli obiettivi previsti dagli ACN.</li> </ul>
<b>Medicina in rete</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gli studi sono distribuiti sul territorio del distretto e non sono vincolati a sede unica;</li> <li>-associati da un minimo di 3 a un massimo di 10;</li> <li>-chiusura pomeridiana (di almeno uno studio) non prima delle 19:00;</li> <li>-collegamento reciproco degli studi dei medici con i sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti dell'associazione;</li> <li>-gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;</li> <li>-utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi;</li> <li>-gestione informatica comune della scheda sanitaria (in connessione telematica);</li> <li>-momenti di incontro per confronto professionale.</li> </ul>
<b>UTAP - Unità Territoriali di Assistenza Primaria (formalmente introdotte con l'ACN del 2005)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Operano a livello distrettuale;</li> <li>-prevedono un'elevata integrazione multidisciplinare e multi-professionale;</li> <li>-sono formate dall'associazione di più medici convenzionati (MMG, CA, PLS, specialisti) operanti in un'unica sede;</li> <li>-garantiscono la continuità assistenziale 24h e 7 giorni su 7;</li> <li>-bacino di riferimento: 10-20.000 abitanti.</li> </ul>
<b>Equipés territoriali (formalmente introdotte con l'ACN del 2005)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Accorpamento funzionale di MMG, PLS, CA e operatori di strutture sanitarie, medici specialisti dei dipartimenti territoriali e ospedalieri, unità valutative di supporto;</li> <li>-ambito di riferimento infradistrettuale;</li> <li>-ambiti di attività: prevenzione e cura delle dipendenze, patologie da HIV, tutela della salute mentale, disabilità conseguente a patologie cronico-degenerative.</li> </ul>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione autori su DPR 270/2000 e ACN 2005. Anno 2008.

### Descrizione dei risultati

Le indicazioni dell'ACN del 2000 e dell'ACN del 2005 hanno incentivato l'avvio della diffusione a livello nazionale dell'associazionismo in medicina generale. Tuttavia, le diverse forme di associazione (Tabella 2) sia nel 2007 che nel 2008 hanno diffusione disomogenea sul territorio. Le diversità riscontrate tra le diverse regioni possono essere collegate a condizioni strutturali di partenza non omogenee, oltre che a tempistiche di stipula dell'accordo integrativo regionale. Riguardo il primo aspetto, la medicina in rete, ad esempio, prevede la condivisione di una rete informatica in grado di permettere lo scambio e la condivisione delle informazioni cliniche. Per far questo è necessario avere le infrastrutture adeguate e una buona dif-

fusione dei programmi informatici di gestione dei pazienti. Condizione necessaria alla medicina di gruppo è, invece, l'esistenza di una sede ambulatoriale unica. L'impedimento maggiore allo sviluppo della "medicina di gruppo" è proprio la difficoltà a trovare sedi adatte, in particolare nelle aree urbane, e la necessità per i singoli MMG di abbandonare la propria sede per acquisirne una comune. Dal punto di vista strettamente economico si tratta di operazioni onerose che, per l'avvio, richiedono investimenti non sempre facili da attuare.

Riguardo al secondo aspetto, si segnala che tutte le regioni ad esclusione della Campania e della PA di Bolzano (che non applica l'ACN) hanno siglato gli Accordi Integrativi Regionali (AIR).

Dall'analisi della Tabella 2 emerge come il numero di Medici di Medicina Generale operanti in Italia nel 2008 siano in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente passando da 36.783 a 36.553. Si evidenziano in negativo i casi della Lombardia (-79), Emilia-Romagna (-49), Lazio (-38) e Campania (-131), mentre in positivo i casi del Friuli-Venezia Giulia (+69), Basilicata (+12) ed Abruzzo (+11); nelle restanti regioni si registrano variazioni poco significative.

Nello specifico, tra il 2007 e il 2008 si evidenzia:

- una netta riduzione del numero di MMG in Associazione Semplice (coerentemente con quanto sancito dall'ACN del 2005 e da alcuni AIR). Infatti, gli accordi regionali intendono portare a scadenza le associazioni presenti, evitandone la costituzione di nuove e favorendo mediante incentivi la migrazione verso forme più evolute. Le uniche regioni in contro tendenza sono la Sardegna e la Valle d'Aosta;
- un lieve aumento della medicina di gruppo a nostro giudizio imputabile a due ordini di fattori: da un lato tale forma ha assorbito, in parte, la migrazione da parte dei medici che precedentemente operavano in forma "semplice"; dall'altro essa stessa ha subito migrazioni verso forme organizzative di erogazione delle cure primarie più complesse (come la "Rete") ed evidentemente questo effetto di transizione ha fatto regi-

strare un saldo negativo. La prima intuizione è, invece, dimostrata dal fatto che si registrano incrementi del numero di MMG operanti in "gruppo" proprio nella maggior parte delle regioni che hanno manifestato variazioni negative sul numero di medici operanti nella forma "semplice";

- un lieve aumento della medicina in rete (ad eccezione della Campania dove si registra una forte diminuzione dei medici in rete a favore di altre modalità organizzative più complesse). A nostro giudizio gran parte dell'incremento è dovuto a quei MMG che, grazie ai maggiori benefici economici ed alla crescente consapevolezza dell'utilità degli strumenti informatici soprattutto nello scambio di informazioni cliniche, hanno deciso di abbandonare le forme organizzative "semplici" e di "gruppo" per costituirsi o aderire a forme a "rete". Ad eccezione della Campania, unicamente Abruzzo (-173) e Toscana (-9) presentano un saldo negativo rispetto all'anno precedente;

- un forte incremento di altre forme associative (MMG altro), coerentemente con quanto sancito dall'ACN del 2005, in particolare in Campania e Toscana (dove sono presenti numerose cooperative), Abruzzo (dove sono diffusi i Nuclei di Cure Primarie) e Lombardia.

**Tabella 2** - Distribuzione percentuale di MMG in associazione per regione - Anni 2007-2008

Regioni	MMG Associazione Semplice			MMG Associazione di Gruppo			MMG Associazione in Rete			MMG altro			Totale MMG	
	2007 %	2008 %	Δ N	2007 %	2008 %	Δ N	2007 %	2008 %	Δ N	2007 %	2008 %	Δ N	2007 N	2008 N
Piemonte	47	47	2	18	18	3	0	19	667	35	16	-672	3.475	3.475
Valle d'Aosta	23	51	25	11	6	-5	0	0	0	65	43	-23	98	95
Lombardia	27	0	-1.812	19	20	43	22	27	274	31	53	1416	6.636	6.557
<i>Bolzano-Bozen</i>	0	0	0	23	20	-7	0	2	6	77	77	-1	253	251
<i>Trento</i>	14	0	-56	23	26	7	17	25	28	44	49	18	398	395
Veneto	54	43	-380	17	30	445	2	8	200	26	19	-267	3.544	3.542
Friuli-Venezia Giulia	31	19	-112	4	18	156	7	25	204	58	38	-179	1.022	1.091
Liguria	25	0	-348	34	42	120	13	22	128	28	35	99	1.413	1.412
Emilia-Romagna	11	7	-145	26	31	159	34	36	43	30	27	-106	3.270	3.221
Toscana	34	31	-91	34	31	-84	2	2	-9	30	36	182	3.092	3.090
Umbria	31	31	0	35	35	0	5	5	0	29	29	-2	766	764
Marche*	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.
Lazio	16	16	-29	33	33	-24	17	17	22	34	34	-7	4916	4878
Abruzzo	21	6	-158	20	6	-157	25	9	-173	35	79	499	1.111	1.122
Molise	47	46	-6	5	11	17	6	11	13	42	32	-28	279	275
Campania	18	0	-804	14	9	-236	36	8	-1.282	32	82	2191	4.586	4.455
Puglia*	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.
Basilicata	55	48	-35	14	14	0	12	12	3	19	26	44	518	530
Calabria*	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.
Sicilia*	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.	-	n.d.	n.d.
Sardegna	43	45	25	16	15	-12	5	8	36	36	32	-55	1.406	1.400
<b>Italia</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>-3.637</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>825</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>160</b>	<b>33</b>	<b>41</b>	<b>3.109</b>	<b>36.783</b>	<b>36.553</b>

n.d. = non disponibile.

\*Dati non disponibili per il 2008, pertanto non riportati anche per il 2007.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione degli autori. Anno 2008.

**Riferimenti bibliografici**

(1) DPR 270/2000, Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d. lgs N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni.

(2) Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

(3) Le nuove frontiere della medicina di gruppo, in *Medicinae Doctor* del 03/03/2004.

(4) Ministero della Salute. Allegato alle Indicazioni progettuali ex Intesa 2 ottobre 2003: Delineazioni di una struttura di primaria assistenza denominata "Unità primaria di Assistenza Territoriale - UTAP".

(5) C. Cicioni, P. Giogi, D. Seppoloni (2006). Equipe territoriali e UTAP, in P. Cambia, R. Rollo "Il distretto sanitario tra sviluppo e involuzione: esperienze, opinioni e modelli a confronto". P@aginae Edizioni, Lecce.

**ERRATA CORRIGE**

Rapporto Osservasalute 2007

pag. 359

*Errata:*

A. CICCETTI, A. CECCARELLI, A. PALMIERI

*Corrige:*

A. CICCETTI, A. CECCARELLI, A. PALMIERI, R. VANACORE

## Distribuzione delle quote del mercato sanitario

Prof. Americo Cicchetti, Dott.ssa Rossella Di Bidino, Dott.ssa Anna Ceccarelli

### Contesto

L'assistenza ospedaliera rappresenta, in Italia, il fulcro dell'assistenza sanitaria e viene erogata da strutture che si differenziano per la loro natura economica (strutture pubbliche e private, profit e no profit), ma anche per la tipologia di assistenza erogata. Nell'ambito delle regioni, al di là di limitati vincoli posti dalla programmazione, i pazienti hanno la possibilità di scegliere liberamente le strutture che meglio rispondono alle proprie esigenze di assistenza.

L'analisi effettuata parte dall'assunto che in presenza di "libera scelta" e, ferme restando tutte le peculiarità che la letteratura ha ampiamente dibattuto sulla natura del "mercato" nel settore sanitario, le caratteristiche dell'offerta e della domanda hanno contribuito a rendere il funzionamento del settore sanitario simile a quello di molti settori industriali tradizionali. Anche in questo settore, infatti, è possibile assumere che i "pazienti" siano liberi di scegliere il proprio erogatore e che l'erogatore, nei limiti imposti dalla programmazione regionale, sia libero di scegliere le prestazioni da offrire.

### Obiettivi dello studio, fonte dei dati e metodi

L'obiettivo di questo approfondimento è quello di mostrare, per le strutture sia di ricovero per acuti sia di riabilitazione intra-ospedaliera, l'evoluzione tra il 2001 e il 2005:

- del numero di pazienti totale dimessi e della relativa quota di mercato calcolata rispettivamente come percentuale sul totale dei dimessi da tutte le strutture per acuti e da tutte le strutture di riabilitazione per anno;
- del fatturato e della relativa quota di mercato calcolata rispettivamente come percentuale sul totale fatturato da tutte le strutture per acuti e da tutte le strutture di riabilitazione per anno. Il fatturato è stato stimato applicando ai dati del database SDO del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute) le tariffe nazionali DRG - versione 10<sup>1</sup>.

L'analisi congiunta di questi dati permette di apprezzare l'evoluzione della domanda soddisfatta di prestazioni ospedaliere (numero di dimissioni) e la dinamica dello scenario economico delle strutture sanitarie (in termini di fatturato annuo), sia per il complesso delle strutture presenti sul territorio sia nell'ambito di segmenti rilevanti di questo "mercato" (pubblico, privato e no profit).

Da un punto di vista metodologico, il mercato è stato segmentato con l'intenzione di classificare le strutture in tre tipologie fondamentali: quelle pubbliche, quelle profit e quelle appartenenti ad istituzioni non a scopo di lucro. Per distribuire le strutture nell'ambito delle tre categorie fondamentali abbiamo analizzato gli elenchi delle due principali associazioni rappresentative di ospedali non pubblici in Italia. L'Associazione Italiana Ospedalità Privata, raccoglie prevalentemente strutture operanti con la finalità lucrativa. Le strutture associate nell'ambito dell'Associazione Religiosa Istituzioni Socio-Sanitarie, hanno una ispirazione cristiana e non hanno scopo lucrativo. A questo scopo sono state prese in considerazione fonti informative multiple, in particolare<sup>2</sup>:

- elenco Ministero della Salute strutture pubbliche e private accreditate aggiornato al 2006;
- elenco strutture AIOP - versione online del giugno 2007;
- elenco strutture ARIS aggiornato al 2006;
- database Ministero della Salute: dati SDO 2001-2002-2003-2004-2005.

Per completare il panorama nazionale sono state, inoltre, individuate, nell'ambito dell'elenco del Ministero della Salute, tutte quelle strutture che hanno natura giuridica privata, con scopo di lucro, ma non presenti nell'elenco AIOP e tutte le strutture con natura privata ma, non lucrative, che hanno una ispirazione cristiana, ma non sono associate nell'ambito dell'ARIS. Tra queste strutture (nel 2005 sono 12) rientrano ospedali di grandi dimensioni come il Policlinico universitario "A. Gemelli", l'IRCCS Bambino Gesù e l'IRCCS San Raffaele. La Tabella 1 chiarisce le peculiarità della distribuzione delle strutture secondo il criterio Osservasalute rispetto alle categorie adottate nella codifica delle Schede di Dimissioni Ospedaliere.

<sup>1</sup>L'utilizzo del tariffario DRG nazionale per il calcolo del fatturato di tutte le strutture in luogo dei tariffari DRG regionali porta a configurare i valori di fatturato come stime.

<sup>2</sup>Avvertenze. Strutture AIOP: su 538 strutture presenti nell'elenco AIOP sono stati rinvenute 462 nell'elenco ministeriale. Strutture ARIS: delle 241 strutture ARIS - elenco 2006 - sono state rinvenute 87 nell'elenco ministeriale. Sei strutture sono iscritte sia all'AIOP sia all'ARIS.

**Tabella 1** - Classificazione delle strutture di ricovero per acuti e di riabilitazione intra-ospedaliera

Classificazione SDO	Classificazione OSSERVASALUTE
Azienda ospedaliera	AO
Ospedale a gestione diretta	Presidio ASL
Istituto non classificato presidio della USL	Presidio ASL
Ente di ricerca	Presidio ASL
Clinica o Policlinico universitario	AOU (ad eccezione del Policlinico Gemelli e Ospedale Pediatrico Bambin Gesù inclusi in "Istituto di cura privato accreditato altro - di ispirazione cattolica")
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico	IRCSS pubblici Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'Aiop Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'ARIS Istituto di cura privato accreditato altro - di ispirazione cattolica
Ospedale classificato o assimilato	Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'Aiop Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'ARIS Istituto di cura privato accreditato altro - di ispirazione cattolica Istituto di cura privato accreditato altro - non di ispirazione cattolica
Casa di cura privata	Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'Aiop Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'ARIS Istituto di cura privato accreditato altro - di ispirazione cattolica Istituto di cura privato accreditato altro - non di ispirazione cattolica

La Tabella 2 riporta la dimensione del database utilizzato. In particolare, i dati mostrano come il numero totale di istituti di ricovero per acuti è diminuito dal 2001 al 2005. La riduzione è principalmente da addebitarsi alla riduzione del numero dei presidi ospedalieri afferenti alle ASL. Tuttavia, tale riduzione non implica necessariamente una chiusura di presidi di ASL, ma la semplice aggregazione di diversi stabilimenti in un unico presidio. La riduzione dei presidi ospedalieri di ASL è, comunque, anche spiegabile ipotizzando la loro riconversione in strutture dedicate all'attività riabilitativa. Le strutture di riabilitazione sono aumentate soprattutto per effetto di una crescita delle strutture del privato profit prevalentemente appartenenti all'Aiop.

**Tabella 2** - Strutture per acuti e di riabilitazione intra-ospedaliera (valori assoluti e variazione) - Anni 2001-2005

Strutture	2001	2002	2003	2004	2005	Δ 2001-2005
<b>ACUTI</b>						
AO	88	89	86	84	83	-5
AOU	11	11	11	10	10	-1
Presidio di ASL	530	519	516	452	447	-83
IRCSS pubblici	23	24	23	23	24	1
Ist di cura privato accreditato e appartenente ad Aiop	373	378	374	384	380	7
Ist di cura privato accreditato ARIS	64	64	64	65	65	1
Ist di cura privato accreditato di ispirazione cattolica	12	12	12	12	12	0
Ist di cura privato accreditato non di ispirazione cattolica	85	93	89	86	82	-3
<b>Totale strutture Acuti</b>	<b>1.186</b>	<b>1.190</b>	<b>1.175</b>	<b>1.116</b>	<b>1.103</b>	<b>-83</b>
<b>RIABILITAZIONE</b>						
AO	49	53	55	60	61	12
AOU	3	4	4	4	6	3
Presidio di ASL	133	144	156	154	166	33
IRCSS pubblici	15	16	17	18	19	4
Ist di cura privato accreditato e appartenente ad Aiop	122	128	133	140	151	29
Ist di cura privato accreditato ARIS	38	40	41	42	44	6
Ist di cura privato accreditato di ispirazione cattolica	13	14	14	15	15	2
Ist di cura privato accreditato non di ispirazione cattolica	40	43	42	39	41	1
<b>Totale strutture Riabilitazione</b>	<b>413</b>	<b>442</b>	<b>462</b>	<b>472</b>	<b>503</b>	<b>90</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione su dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute) - Elenco strutture Aiop e ARIS. Anno 2008.

## Risultati

I risultati dell'analisi sono presentati in maniera sintetica, illustrando in primo luogo alcuni dati di carattere generale sia sulla distribuzione del mercato delle dimissioni da ospedali per acuti e per attività di riabilitazione in Italia nel 2005 e negli anni precedenti, sia mediante alcune considerazioni sulla distribuzione del mercato in termini di fatturato. Una seconda sezione è dedicata ad un approfondimento riguardo l'attività per acuti. La terza e la quarta sezione sono dedicate all'analisi per regione, orientata a comprendere le differenze nelle strutture di "mercato" nelle diverse regioni.

### 1. Analisi generale

- L'assistenza ospedaliera in Italia nel 2005 ha prodotto circa 12,5 milioni di ricoveri ordinari e di Day Hospital (Tabella 3) per un fatturato complessivo (valorizzato con le tariffe DRG nazionali) di circa 35,1 miliardi di €;

- i ricoveri per attività riabilitativa nel 2005 sono stati circa 350 mila (Tabella 3) per un "fatturato" pari a 982 milioni di €;

- per quanto riguarda la riabilitazione intra-ospedaliera, i dimessi sono aumentati, tra il 2001 e il 2005, del 16%; la maggiore crescita in questo ambito ha riguardato i presidi di ASL, +31% (molto spesso per effetto di riconversioni di presidi per acuti) e le strutture associate all'ARIS (+31%). Una crescita inferiore ha riguardato le strutture AIOP e le altre private non cattoliche (Tabella 3);

- tra il 2001 e il 2005 la distribuzione delle quote di "mercato" per l'assistenza ospedaliera sia per acuti che per la riabilitazione sostanzialmente non si è modificata. La tendenza rilevata è quella di una lieve riduzione del ruolo del settore pubblico sia nella quota di pazienti dimessi (-2,3 punti percentuali) che nella quota di fatturato (-1,9 punti percentuali) (Tabella 4);

- in particolare, in termini di pazienti dimessi la quota di mercato relativa del pubblico passa dall'81,1% al 78,7% (-2,38 punti percentuali), quella privata aumenta specularmente (da 18,9% al 21,3%, +2,3 punti percentuali) (Tabella 4).

**Tabella 3 - Dimessi (valori assoluti e variazione percentuale) per tipologia di struttura - Anni 2001-2005**

Strutture	2001	2002	2003	2004	2005	Δ % 2001-2005
<b>ACUTI</b>						
AO	4.081.769	4.051.480	3.878.655	3.896.494	3.854.734	-5,6
AOU	362.330	369.615	369.641	385.156	381.601	5,3
Presidio di ASL	5.153.858	5.071.038	5.070.054	5.026.666	4.953.900	-3,9
IRCSS pubblici	294.079	297.303	300.201	308.587	346.063	17,7
Ist di cura privato accreditato e appartenente ad AIOP	1.210.846	1.279.591	1.291.154	1.385.995	1.437.279	18,7
Ist di cura privato accreditato ARIS	466.664	476.840	471.783	483.644	503.532	7,9
Ist di cura privato accreditato di ispirazione cattolica	319.180	321.183	336.354	349.581	365.887	14,6
Ist di cura privato accreditato non di ispirazione cattolica	312.524	314.870	299.846	320.615	275.293	-11,9
<b>Totale dimessi Acuti</b>	<b>12.201.250</b>	<b>12.181.920</b>	<b>12.017.688</b>	<b>12.156.738</b>	<b>12.118.289</b>	<b>-0,7</b>
<b>RIABILITAZIONE</b>						
AO	54.065	53.226	54.225	57.896	60.846	12,5
AOU	1.551	1.368	1.265	1.059	1.290	-16,8
Presidio di ASL	39.915	41.730	45.363	49.678	52.468	31,4
IRCSS pubblici	29.925	28.905	29.559	30.494	32.067	7,2
Ist di cura privato accreditato e appartenente ad AIOP	106.056	101.012	103.203	110.469	121.694	14,7
Ist di cura privato accreditato ARIS	26.569	30.257	31.051	32.653	34.730	30,7
Ist di cura privato accreditato di ispirazione cattolica	12.608	13.897	14.506	15.072	14.990	18,9
Ist di cura privato accreditato non di ispirazione cattolica	31.085	33.543	35.347	37.689	32.360	4,1
<b>Totale dimessi Riabilitazione</b>	<b>301.774</b>	<b>303.938</b>	<b>314.519</b>	<b>335.010</b>	<b>350.445</b>	<b>16,1</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione su dati SDO. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.



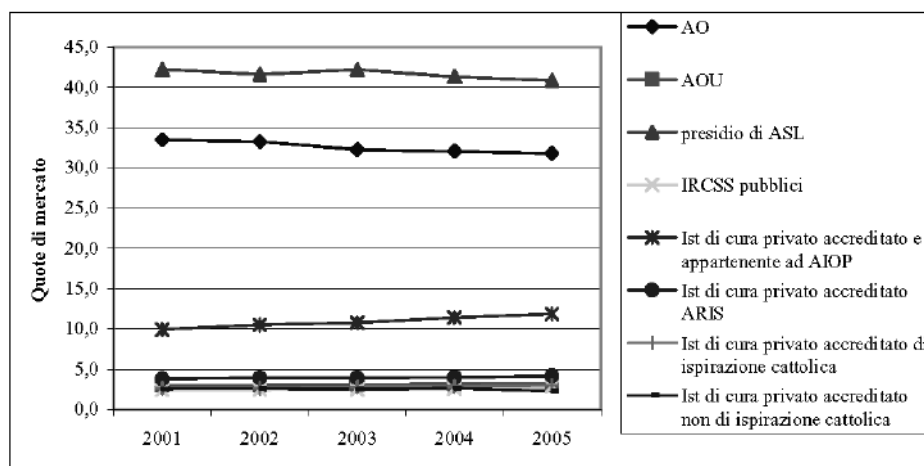
**Tabella 4 - Quote relative di mercato (per 100) per settore pubblico e privato - Anni 2001-2005**

Quota di mercato pubblica e privata per dimessi	2001	2002	2003	2004	2005	Δ 2001-2005
<b>ACUTI</b>						
Pubblico	81,07	80,36	80,04	79,11	78,69	-2,38
Privato	18,93	19,64	19,96	20,89	21,31	2,38
<b>RIABILITAZIONE</b>						
Pubblico	41,57	41,20	41,46	41,53	41,85	0,28
Privato	58,43	58,80	58,54	58,47	58,15	-0,28
<b>Quota di mercato pubblica e privata per fatturato</b>						
<b>ACUTI</b>						
Pubblico	81,11	80,41	80,15	79,37	79,20	-1,91
Privato	18,89	19,59	19,85	20,63	20,80	1,91
<b>RIABILITAZIONE</b>						
Pubblico	41,95	41,92	42,25	42,41	42,75	0,80
Privato	58,05	58,08	57,75	57,59	57,25	-0,80

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione su dati SDO. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

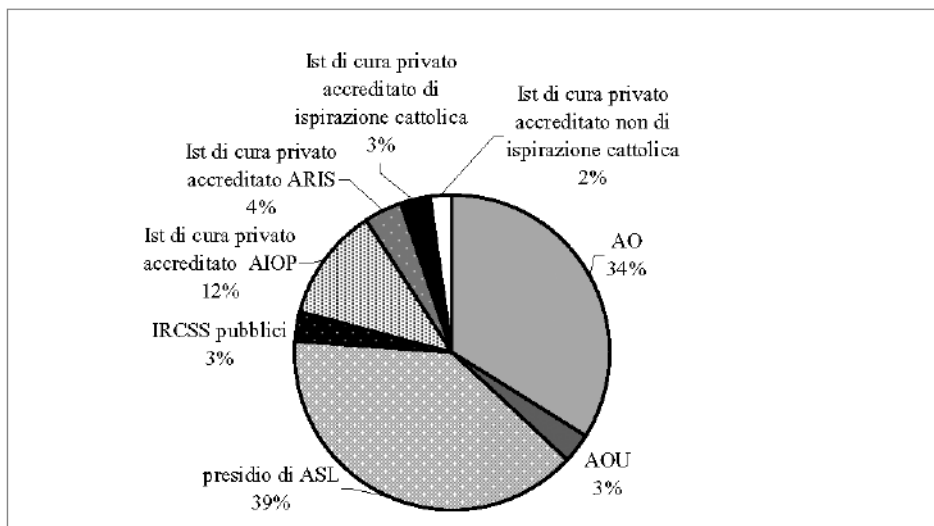
## 2. Attività ospedaliera in acuzie

- Analizzando nel dettaglio l'evoluzione dei dimessi, la quota di mercato dei presidi ospedalieri di ASL e delle AO si è ridotta prevalentemente a favore delle strutture private di ambito profit (Tabella 3, Grafico 1);
- in particolare, il numero dei dimessi dagli ospedali per acuti in Italia si è ridotto di circa l'1%. Infatti, se i presidi di ASL e le AO hanno perso rispettivamente il 5,6% e il 3,9% dei dimessi (in totale), le strutture private appartenenti all'AIOP hanno rafforzato il loro ruolo con un +19% nel numero dei dimessi tra il 2001 e il 2005. In questo stesso periodo, le strutture di ambito no profit (Associati ARIS e altri di ispirazione cattolica) hanno visto una crescita inferiore ma, comunque, pari all'8% (Associati ARIS) (Tabella 3);
- il fatturato degli ospedali per acuti in Italia, in sostanza la spesa per l'acquisto di prestazioni ospedaliere da parte del settore pubblico attraverso la valorizzazione dei ricoveri con le tariffe DRG nazionali, è aumentato del 4,6% in 5 anni a fronte di una riduzione dell'1% dei ricoveri (evidentemente è cresciuto il peso medio dei ricoveri);
- in questo contesto il settore pubblico cresce intorno al valore medio, mentre il privato AIOP ha una crescita più marcata (+24,2% che è uguale a +792 milioni di €). In questo stesso periodo le strutture di ambito no profit (Associati ARIS e altri di ispirazione cattolica) crescono rispettivamente del 10,8% (+137 milioni di €) e del 13,2% (+121 milioni di €);
- nel 2005, la distribuzione delle quote relative di mercato in relazione al fatturato delle strutture per acuti ha visto, comunque, le strutture pubbliche dominare (Grafico 2).

**Grafico 1 - Quote relative di mercato (per 100) per tipologia di erogatore, ricoveri per acuti - Anni 2001-2005**

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione su dati SDO. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

**Grafico 2** - Quote relative di mercato per tipologia di erogatore sul fatturato per ricoveri ordinari e Day Hospital - Anno 2005



**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione su dati SDO. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

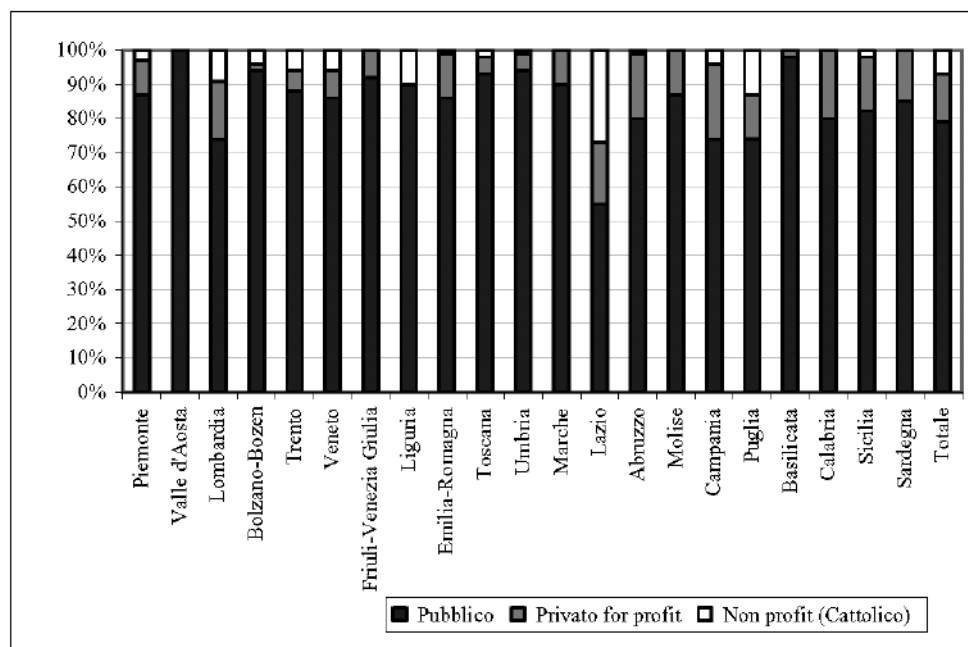
### 3. Analisi regionale per l'attività in acuzie

- Raggruppando le strutture nelle tre macro tipologie istituzionali, pubblico, privato e no profit osserviamo che, nel 2005, in Italia il settore pubblico per l'assistenza agli acuti ha pesato per il 79% dei dimessi a fronte del 14% del privato e una quota del 7% per il settore no profit (Tabella 5);
- la distribuzione del mercato nelle diverse tipologie istituzionali si presenta nel 2005 alquanto differenziata tra regione e regione (Tabella 5, Grafico 3);
- in particolare, nelle regioni a statuto ordinario la quota pubblica varia dal 55% del Lazio al 98% della Basilicata. La regione con la maggiore incidenza del privato profit è la Campania con il 22%, seguita dalla Calabria con il 20% e dall'Abruzzo con il 19%. In Lombardia l'incidenza del privato profit è del 17%. La componente no profit di ispirazione cattolica incide fortemente nel Lazio con il 27% del totale dei dimessi. La regione che segue in graduatoria è la Puglia (13%) seguita a sua volta dalla Liguria (10%) e dalla Lombardia (9%). Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Molise, Basilicata, Calabria e Sardegna non hanno istituzioni no profit di ispirazione cattolica.
- In termini dinamici l'analisi dell'evoluzione delle quote di mercato nelle diverse regioni tra il 2001 e il 2005 mostra alcune peculiarità (Tabella 6);
- in quasi tutte le regioni i presidi di ASL riducono la loro rilevanza nel "mercato", con flessioni molto significative nel Lazio (-4,8%) e Abruzzo (-6,8%), nelle quali a beneficiare sono prevalentemente le strutture profit (+2,3% e 2,5% rispettivamente); nel Lazio parte della quota perduta dai presidi di ASL è stata assorbita dall'aumento della quota delle AO;
- in Lombardia e in Sicilia si ha una flessione della quota di dimessi da aziende ospedaliere pari rispettivamente al 3,8% e al 3,4%;
- per quanto riguarda le strutture di ispirazione cattolica l'unica variazione significativa riguarda la Puglia con un incremento della quota di mercato dell'1,4%.

**Tabella 5** - Distribuzione percentuale del mercato dei dimessi da strutture per acuti tra settore pubblico, privato e no profit, per regione - Anno 2005

Regioni	Pubblico	Privato profit	No profit (cattolico)	Totale
Piemonte	86	10	3	100
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	100	0	0	100
Lombardia	73	17	9	100
Bolzano-Bozen	94	2	4	100
Trento	88	6	6	100
Veneto	86	8	6	100
Friuli-Venezia Giulia	92	8	0	100
Liguria	90	0	10	100
Emilia-Romagna	86	13	1	100
Toscana	93	5	2	100
Umbria	94	5	1	100
Marche	90	10	0	100
Lazio	55	18	27	100
Abruzzo	80	19	1	100
Molise	87	13	0	100
Campania	73	22	4	100
Puglia	74	13	13	100
Basilicata	98	2	0	100
Calabria	80	20	0	100
Sicilia	83	16	2	100
Sardegna	85	15	0	100
<b>Italia</b>	<b>79</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione su dati SDO. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

**Grafico 3** - Distribuzione percentuale del mercato dei dimessi da strutture per acuti tra settore pubblico, privato e no profit - Anno 2005

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione su dati SDO. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

**Tabella 6** - Variazioni percentuali delle quote di mercato dei dimessi per le strutture di ricovero per acuti, per regione - Anni 2001, 2005

Regioni	AO	AOU	Presidi di ASL	IRCSS pubblici	Ist. di cura privato accreditato AIOP	Ist. di cura privato accreditato ARIS	Ist. di cura privato accreditato di ispirazione cattolica	Ist. di cura privato accreditato non di ispirazione cattolica
Piemonte	3,0	0,0	-1,0	0,1	3,3	0,1	0,0	-5,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lombardia	-3,8	0,0	-0,1	2,2	1,6	0,2	0,2	-0,2
Bolzano-Bozen	0,0	0,0	-0,4	0,0	-0,1	0,4	0,0	0,1
Trento	0,0	0,0	-2,9	0,0	0,0	0,8	0,0	2,2
Veneto	0,0	0,0	-2,6	0,0	1,9	0,1	0,9	-0,4
Friuli-Venezia Giulia	-1,6	-0,2	1,3	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0
Liguria	0,9	0,0	-0,6	-1,1	0,1	0,7	0,0	0,0
Emilia-Romagna	-0,7	-0,1	-0,9	0,6	1,5	0,0	0,0	-0,4
Toscana	2,7	0,0	-2,5	-0,2	0,2	-0,3	0,0	0,0
Umbria	-2,0	0,0	1,3	0,0	0,8	-0,1	0,0	0,0
Marche	1,7	0,0	-2,6	-0,1	2,0	0,0	0,0	-1,1
Lazio	1,8	-0,2	-4,8	0,3	2,3	0,6	0,4	-0,2
Abruzzo	0,0	0,0	-6,8	0,0	2,5	0,5	0,0	3,8
Molise	0,0	0,0	-0,4	0,0	-0,9	0,0	0,0	1,3
Campania	-0,7	-0,3	-1,3	0,7	1,0	0,6	0,0	-0,1
Puglia	-11,1	0,0	7,6	0,2	2,0	1,4	0,0	-0,1
Basilicata	2,5	0,0	-2,5	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0
Calabria	-0,2	0,0	0,2	-0,1	0,4	0,0	0,0	-0,4
Sicilia	-3,4	-0,8	-0,7	0,0	3,6	0,2	0,1	1,0
Sardegna	0,1	0,3	0,4	0,0	-0,8	0,0	0,0	0,0
<b>Italia</b>	<b>-1,6</b>	<b>0,2</b>	<b>-1,4</b>	<b>0,4</b>	<b>1,9</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>-0,3</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione su dati SDO. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

#### 4. Analisi regionale per la riabilitazione

- Per l'assistenza riabilitativa le variazioni sono molto più marcate e le differenze nella dinamica evolutiva molto più forti (Tabella 7);
- in alcune regioni come la Liguria, la Toscana, la PA di Bolzano, il Molise, la Puglia e la Calabria la quota di mercato dei presidi di ASL sulle attività riabilitative ha incrementi che vanno dal 9,1% del Molise fino al 16,1% della Liguria (Tabella 7);
- in Basilicata l'attività riabilitativa si sposta totalmente dal livello di presidio ASL a quello di AO per effetto di un cambiamento di tipologia istituzionale della principale struttura erogante (Tabella 7);
- sempre in ambito riabilitativo nelle Marche, in Molise e nel Lazio aumenta significativamente la quota di mercato appartenente al settore privato profit;
- la quota profit diminuisce fortemente in Liguria e Calabria;
- per quanto riguarda il privato di ispirazione cattolica (ARIS e privato accreditato cattolico) si registra in generale un incremento significativo in Puglia (+6,%) e nella PA di Bolzano (+14,2%).

**Tabella 7** - Variazioni percentuali delle quote di mercato dei dimessi per le strutture di ricovero per riabilitazione, per regione - Anni 2001, 2005

Regioni	AO	AOU	Presidi di ASL	IRCSS pubblici	Ist. di cura privato accreditato AIOP	Ist. di cura privato accreditato ARIS	Ist. di cura privato accreditato di ispirazione cattolica	Ist. di cura privato accreditato non di ispirazione cattolica
Piemonte	2,1	0,0	2,0	-5,2	4,0	-0,9	0,0	-2,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lombardia	-7,7	0,0	0,0	0,5	0,1	3,0	2,5	1,6
Bolzano-Bozen	0,0	0,0	11,2	0,0	-11,0	14,2	0,0	-14,3
Trento	0,0	0,0	-7,7	0,0	3,7	0,2	0,0	3,7
Veneto	-0,4	0,0	-3,4	2,7	7,7	0,4	-7,1	0,0
Friuli-Venezia Giulia	4,6	1,1	-1,6	0,0	-4,1	0,0	0,0	0,0
Liguria	5,2	0,0	16,1	-6,5	-18,4	0,0	3,5	0,0
Emilia-Romagna	0,8	0,0	-5,9	-0,6	1,7	-0,1	4,1	0,0
Toscana	0,9	0,0	10,1	-2,1	-1,7	-0,5	0,0	-6,8
Umbria	0,7	0,0	-2,8	0,0	4,4	-2,3	0,0	0,0
Marche	-6,3	0,0	-0,1	-6,5	18,2	-3,2	0,0	-2,1
Lazio	0,8	0,2	1,5	0,0	6,1	2,0	-1,0	-9,6
Abruzzo	0,0	0,0	-1,1	0,0	0,8	0,0	0,0	0,2
Molise	0,0	0,0	9,1	0,0	18,1	0,0	0,0	-27,2
Campania	6,6	0,4	1,7	0,0	-9,2	0,0	0,0	0,5
Puglia	-2,1	0,0	9,6	-0,3	-17,5	6,9	0,6	2,8
Basilicata	53,2	0,0	-53,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Calabria	0,4	0,0	9,9	0,0	-16,4	0,0	0,0	6,1
Sicilia	13,5	-17,1	2,9	0,0	9,2	0,0	-7,1	-1,3
Sardegna	5,2	0,0	-5,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Italia</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,1</b>	<b>1,7</b>	<b>-0,8</b>	<b>-0,4</b>	<b>1,1</b>	<b>0,1</b>	<b>-1,1</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione su dati SDO. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

### Discussione e Conclusioni

I dati presentati nell'ambito dello studio dell'Università Cattolica mostrano un "mercato" particolarmente competitivo e lo scenario è quello di una crescita della competizione sulle risorse soprattutto in quelle regioni oggi alle prese con impegnativi piani di rientro.

I dati confermano la vocazione "pubblica" del SSN, ma mostrano un leggero arretramento del pubblico nella gestione diretta delle attività ospedaliere sia per acuti che in riabilitazione.

Nel quinquennio 2001-2005 la sanità cattolica sembra aver mantenuto le sue posizioni, con un incremento delle attività sia per quanto riguarda l'assistenza per acuti che in riabilitazione. Lo scenario mostra una presenza molto variegata tra regione e regione e una dinamica evolutiva favorevole in alcuni contesti (vedi la Puglia) e meno favorevole in altri (vedi Emilia-Romagna e Umbria). I dati complessivamente sembrerebbero mostrare un progressivo riposizionamento dell'ospedalità cattolica nell'ambito della Riabilitazione (+10.000 ricoveri dal 2001 al 2005, per una crescita in media del 25%). In un contesto generale dove il numero dei dimessi dagli ospedali per acuti in Italia si è ridotto dell'1%, assistiamo ad una riduzione dei ricoveri per i presidi di ASL e le AO (rispettivamente il 6% e il 4%) e un incremento per le strutture private appartenenti all'AIOP di +19% nel numero dei dimessi tra il 2001 e il 2005. In questo stesso periodo il ruolo delle strutture di ambito no profit (Associati ARIS e altri di ispirazione cattolica) ha visto una crescita, ma con una dinamica meno brillante (8%). Questo si traduce in una perdita di "terreno" delle strutture ARIS rispetto a quelle AIOP: se nel 2001 la differenza era di circa 6 punti (9,92 AIOP e 3,82 ARIS) oggi la differenza è di 7,5 punti percentuali (11,86 AIOP vs 4,16 ARIS). Questa evoluzione emerge a parità di numero di strutture attive sul territorio all'interno dei singoli comparti (+7 AIOP; +1 ARIS).

La disponibilità di dati per 5 anni permette di apprezzare alcuni trend di sicuro interesse, ma che avranno bisogno di essere confermati con i dati relativi agli ultimi anni. Nel 2006 e nel 2007, infatti, hanno iniziato a farsi sentire gli effetti sulle strutture, pubbliche e private, di politiche di contenimento della spesa e di ristrutturazione profonda del sistema d'offerta che hanno esitato, almeno per alcune regioni, in specifici piani di rientro.

## Gli assetti istituzionali delle regioni: il ruolo delle funzioni di *Health Technology Assessment*<sup>1</sup>

Prof. Americo Cicchetti, Dott.ssa Silvia Colombo, Dott.ssa Daniela Bianco, Dott.ssa Marina Cerbo

### Contesto

L'approccio dell'*Health Technology Assessment* per il governo dei processi di innovazione tecnologica in campo sanitario in Italia appare ancora poco diffuso e, comunque, non pienamente istituzionalizzato nell'ambito del SSN. Recentemente, però, l'HTA è stato finalmente riconosciuto, anche a livello istituzionale, come un utile aiuto per la promozione dell'ingresso della "buona" innovazione nel sistema sanitario.

L'HTA in Italia giunge ad acquisire una qualche forma e rilevanza istituzionale a seguito dello sviluppo di un movimento di interesse nato culturalmente intorno a diversi progetti di ricerca, tra i quali quello che ha portato la costituzione del *Network* Italiano di *Health Technology Assessment*<sup>2</sup>. Le principali esperienze operative di adozione dell'approccio dell'HTA a supporto dei processi decisionali si sono realizzate, in poche realtà regionali (Emilia-Romagna, in particolare) e a supporto delle decisioni manageriali nell'ambito di alcune strutture sanitarie.

È a questo proposito utile osservare che l'Italia rappresenta l'unico caso a livello internazionale in cui l'HTA è stato adottato come approccio al governo dell'innovazione tecnologica in campo sanitario prima a livello organizzativo (aziendale) e solo successivamente a livello più elevato (regionale o nazionale) (Velasco Garrido et al., 2008).

Il processo di istituzionalizzazione dell'HTA nel nostro Paese è in evoluzione a livello sia nazionale che regionale. L'HTA viene esplicitamente menzionato per la prima volta, in un documento istituzionale con una valenza generale, nel PSN 2006-2008: "...è necessario che anche in Italia si riconosca che l'HTA è una priorità, ed è necessario sviluppare la promozione dell'uso degli strumenti di HTA, mettendo in comune le conoscenze sul tema, già in parte presenti in alcune realtà regionali ed aziendali...".

Dopo quella dichiarazione di principio, il primo passo sostanziale appare derivare dalla determinazione della Conferenza Unificata Stato-Regioni (Deliberazione n. 73/CU, 20 settembre 2007) che ha assegnato all'Agenas (ex ASSR), tra le sue nuove funzioni, anche quella di supporto alle Regioni per lo sviluppo di attività stabili sul fronte dell'HTA in raccordo con il Ministero della Salute.

Da quel momento l'Agenas ha avviato la produzione di report di HTA su incarico della Direzione Generale Dispositivi Medici del Ministero della Salute attraverso un gruppo di lavoro istituito nell'ambito della direzione Innovazione, Sperimentazione e Sviluppo - HTA<sup>3</sup>.

Nel settembre 2008, inoltre, l'Agenas ha dato avvio ad un progetto sperimentale tendente alla creazione di un sistema di monitoraggio delle tecnologie emergenti sul modello di analoghe esperienze già presenti a livello internazionale in diverse agenzie di HTA e a livello europeo con il programma EUROSCAN.

Il Progetto COTE (Centro di Osservazione delle Tecnologie biomediche Emergenti) - in via di strutturazione - si propone di attivare una rete di "allerta" nazionale che coinvolga Regioni, università, enti di ricerca, Aziende Sanitarie e società scientifiche per la tempestiva rilevazione e per l'analisi precoce delle potenzialità d'uso di nuove tecnologie non ancora entrate routinariamente nella pratica clinica.

La possibilità che il processo dell'HTA possa ulteriormente istituzionalizzarsi in un modello compiuto comparabile a quelli presenti negli altri Paesi è rafforzata dalla menzione che il "Libro Verde sul futuro del modello sociale" del Ministro del Welfare, Maurizio Sacconi, fa dell'HTA. Il Libro riconosce che "*i processi di Health Technology Assessment consentono di programmare la distribuzione delle apparecchiature con razionalità ed economicità, secondo bacini di utenza appropriati, evitando sprechi di uomini e mezzi e di indurre nuova domanda*". L'atteso è che questo orientamento - ancorché fondato su una visione circoscritta del potenziale dell'HTA - possa trovare esplicitazione ed implementazione in prossimi provvedimenti legislativi. Sul fronte dell'*Horizon Scanning* esistono altri due programmi attivi: 1° "Italian Horizon Scanning Project - IHSP" entrato recentemente nel *network Euroscan*, attivato per iniziativa dall'Azienda ULSS 20 di Verona in collaborazione con AIFA; il progetto "Osservatorio Regionale dell'Innovazione - ORI" dell'Emilia-Romagna.

<sup>1</sup>Questo approfondimento rappresenta una rielaborazione di evidenze prodotte per il "Meridiano Sanità 2008". Si ringrazia *The European House-Ambrosetti* per la gentile concessione.

<sup>2</sup>Il progetto NIHTA nasce come risultato del Progetto "Promozione di un Network per la diffusione di *Health Technology Assessment* per la gestione delle tecnologie nelle Aziende Sanitarie", finanziato dal Ministero della Salute alla Regione Molise ai sensi dell'Art. 12 bis, comma 6, D.Lgs. n. 229/99, coordinato dall'Università Cattolica del Sacro Cuore (Sedi di Roma e Campobasso). Il NIHTA riunisce alcune realtà aziendali italiane che hanno maturato un'esperienza di HTA in un *network* di collaborazione interorganizzativa, al fine di promuovere la standardizzazione di un modello di valutazione delle tecnologie a supporto delle decisioni di carattere manageriale - esportabile al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) - e di favorire l'estensione delle conoscenze nel campo dell'HTA presso i manager e gli operatori sanitari delle strutture sanitarie.

<sup>3</sup>L'incarico prevede il rilascio di HTA report sulla protesi totale d'anca, sui test rapidi per la diagnosi di influenza e sulla videocapsula endoscopica nelle malattie dell'intestino tenue. I report sono in corso di pubblicazione sul portale del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

### Il contesto regionale

La progressiva assunzione di responsabilità politica, amministrativa, organizzativa e finanziaria delle regioni rende possibile, e per molti versi inevitabile, lo sviluppo di attività di valutazione delle tecnologie sanitarie a questo livello del Servizio Sanitario Nazionale. In una *survey* realizzata durante l'anno 2004 nell'ambito del Network Italiano di *Health Technology Assessment* e pubblicata nel Rapporto Osservasalute nel 2005 da parte dell'Agenas (allora ASSR), si osserva una sostanziale assenza di attività di HTA nelle regioni. Solo 9 regioni su 21 risposero alla *survey* e le risposte fornite delineavano una sostanziale assenza di iniziative inquadrabili in un processo di valutazione delle tecnologie che, esplicitamente e consapevolmente utilizzasse l'approccio dell'HTA. Oggi le regioni, a fronte di un'energica spinta al contenimento della spesa farmaceutica pubblica mettono, invece, in evidenza la presenza di una intensa attività di valutazione nell'ambito del farmaco attraverso le commissioni responsabili per l'elaborazione dei prontuari terapeutici regionali (PTR). Allo stato attuale dei fatti, non è possibile rintracciare l'adozione esplicita di un approccio multidisciplinare e *multistakeholder* di tipo HTA (coinvolgimento di pazienti, industria e società scientifiche; produzione di report) nelle attività di questi gruppi attivi a livello Regionale (appunto le commissioni per i PTR), a livello di area vasta (PTAV, come in Toscana) o addirittura aziendale (Commissioni per l'elaborazione dei Prontuari Terapeutici Ospedalieri - PTO, o aziendali PTA), se non in rari casi.

### Obiettivi

Al fine di comprendere le modalità organizzative ed istituzionali adottate dalle regioni per incorporare l'approccio dell'HTA a supporto del governo dell'innovazione tecnologica, nell'ambito dell'iniziativa "Meridiano Sanità 2008" è stata realizzata una indagine svolta nel periodo Luglio - Ottobre 2008. L'indagine è basata sull'analisi documentale, su interviste e sull'invio di un questionario strutturato, per comprendere la diffusione dell'approccio di HTA nelle regioni in chiave sia formale (istituzionale) che sostanziale<sup>4</sup>. Il panorama delle attività regionali in tema HTA è particolarmente variegato. L'evoluzione delle attività di HTA nelle regioni si presenta in diversi momenti di sviluppo. In due regioni, Emilia-Romagna e Veneto, esistono da diversi anni attività di prioritizzazione, ricerca, valutazione e diffusione nel campo delle tecnologie sanitarie che possono ricondursi a componenti di un processo di valutazione a supporto delle decisioni di politica sanitaria, manageriali e cliniche. Oltre alle esperienze di Emilia-Romagna e Veneto esistono altre tre regioni (Piemonte, Lombardia e Toscana) che hanno deliberato, di recente, l'avvio di programmi orientati ad incorporare principi e metodi di HTA nell'ambito dei processi decisionali regionali<sup>5</sup>. La descrizione del panorama nazionale sarà circoscritta, quindi, alle cinque regioni su citate. Saranno comparate le soluzioni adottate dall'Emilia-Romagna e Veneto, che da tempo hanno avviato attività inquadrabili nell'ambito dell'approccio HTA unitamente alle esperienze "istituzionalizzate" (presenza di una delibera o di un provvedimento di Giunta) avviate da Piemonte, Lombardia e Toscana (Tabella 1). Tutti i casi saranno analizzati adottando lo stesso schema di riferimento, ovvero rilevando programmi, responsabilità e strumenti attivati rispetto ad un ideale processo di HTA, che preveda almeno quattro fasi:

- Esplicitazione del percorso per l'identificazione delle priorità di studio;
- Ricerca e Valutazione;
- Esame dei risultati per le decisioni allocative e applicative;
- Diffusione dei risultati.

L'unità di analisi adottata è la regione e, quindi, non sono state prese in considerazione le esperienze maturate a livello di singola Azienda Sanitaria.

### Risultati

Le regioni si differenziano in primo luogo per l'esperienza maturata. Solo due regioni hanno una esperienza pluriennale istituzionalizzata. Per le altre 3 siamo nella fase di avvio e le indicazioni riportate nella Tabella 1 riguardano prevalentemente i progetti avviati attraverso recenti deliberazioni.

Per quanto attiene l'ambito di applicazione del processo e, quindi, la nozione di tecnologia adottata, in genere le regioni adottano un'ampia concezione di tecnologia incorporando in essa farmaci, *devices*, procedure, modelli organizzativi, salvo poi specializzare alcune funzioni (vedi nel caso del Veneto) specificatamente per alcune tecnologie (il farmaco nella fattispecie). Sul fronte del coinvolgimento degli *stakeholder* le regioni non hanno in genere esplicitato ancora momenti di coinvolgimento dei principali *stakeholder* (al di fuori del sistema sanitario), ovvero industria e pazienti. Solo nel programma del Piemonte è prevista la consultazione dei pazienti nell'ambito della

<sup>4</sup>Gli autori ringraziano per la disponibilità mostrata nella fase della raccolta delle informazioni: Marina Cerbo (Agenas), Roberto Grilli (ASSR Emilia-Romagna), Giampietro Rupolo e Maria Giovanna Scroccaro (Regione Veneto), Michele Tringali (Regione Lombardia), Nereo Segnan (ARESS, Regione Piemonte), Simona Carli (Regione Toscana), Piero Borgia e Paolo Giorgi Rossi (Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio - Laziosanità).

<sup>5</sup>Una quinta regione, l'Abruzzo, identifica nel Piano Sanitario Regionale vigente nell'approccio dell'HTA lo strumento per il governo dei processi di adozione e diffusione delle tecnologie biomediche nel sistema sanitario Regionale. La Provincia Autonoma di Trento ha di fatto adottato l'approccio al livello dell'azienda unica provinciale, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS).

Consulta per l'HTA. Non è prevista nella consulta la partecipazione dell'industria. In Emilia-Romagna è presente il coinvolgimento dell'industria che partecipa al finanziamento del programma PRIER. Per quanto riguarda il governo del processo di HTA (priorità - ricerca - valutazione - decisione - diffusione), la situazione appare eterogenea. Le regioni che hanno appena deliberato hanno cercato di esplicitare e concentrare questo ruolo in specifiche funzioni. L'esperienza dell'Emilia-Romagna e del Veneto mostrano che nella realtà la definizione delle priorità è un processo molto complesso dove funzioni politiche e tecniche partecipano in diversa misura e con diversi ruoli. Nel caso del Piemonte, ad esempio, la definizione delle priorità è affidata ad un Gruppo di Programmazione istituito presso l'ARESS che acquisisce proposte di valutazione dal sistema soprattutto per il tramite della Consulta per l'HTA, costituita da operatori della sanità e da associazioni dei pazienti. Sul fronte della ricerca (quella valutativa e quella traslazionale, in particolare), l'Emilia-Romagna, il Veneto (in via di attivazione) e il Piemonte hanno identificato programmi di finanziamento. I due programmi di finanziamento della ricerca dell'Emilia-Romagna (PRIER e PRU) appaiono al momento quelli maggiormente orientati alle esigenze di valutazione. La fase della valutazione, ovvero della sintesi delle evidenze per la produzione di "documenti" o informazioni utili alla decisione, viene gestita in maniera sostanzialmente diversa. Nelle delibere recenti di Lombardia, Toscana e Piemonte esiste una chiara identificazione delle responsabilità per il momento valutativo. Nel caso del Veneto sembra possibile identificare due funzioni: quella dell'UVEF (per farmaci e dispositivi) e quella del PRIHTA, il cui ruolo si potrà chiarire solo con la progressiva istituzionalizzazione della funzione. Tutte le regioni prevedono un legame con i momenti decisionali. Questi legami sono esplicitati e resi trasparenti in modo eterogeneo. Nel caso dell'Emilia-Romagna, ad esempio, la valutazione ha ricadute sul sistema delle Aziende Sanitarie prevalentemente attraverso le Commissioni di Governo Clinico, in cui la decisione inerente l'utilizzo di una tecnologia medica (adozione, adozione condizionata, rifiuto) risulta da un processo condiviso che, quindi, coinvolge le aziende utilizzatrici. Nel caso del Veneto, soprattutto per quel che riguarda il farmaco, il collegamento appare più stretto e avviene a livello regionale. La parte valutativa (UVEF) è posta di fatto a servizio delle decisioni della commissione PTRV. Nel caso delle altre regioni non è possibile al momento comprendere l'impatto che i processi di valutazione potranno avere sulle effettive decisioni. Nelle esperienze di Emilia-Romagna e Veneto esistono meccanismi a presidio della diffusione delle evidenze scientifiche prodotte e dell'informazione inerenti le tecnologie nel sistema regionale. L'Emilia-Romagna e il Veneto hanno avviato due sistemi di *Horizon Scanning* (individuazione precoce dell'innovazione tecnologica). Sul fronte dei finanziamenti e delle risorse disponibili le Regioni già impegnate hanno a disposizione risorse significative nell'ambito delle strutture che svolgono il coordinamento della ricerca e la fase di valutazione. In generale, è possibile differenziare le risorse e le competenze necessarie in due grandi capitoli: quelle a supporto delle attività di ricerca, distribuite sul territorio e quelle necessarie per il governo dei programmi di valutazione. Ad esempio, per le sue attività l'UVEF dispone di 8 farmacisti e in prospettiva il PRIHTA dovrebbe disporre di competenze multidisciplinari. L'Emilia-Romagna si affida alle risorse e alle competenze dedicate nell'ambito della ASSR. Un altro fattore strutturale certamente di interesse è il livello di concentrazione delle competenze, ovvero il numero di strutture coinvolte nel lungo processo dell'HTA. Mentre le altre 4 regioni mostrano una tendenziale concentrazione delle competenze di governo del processo (al di là, ovviamente, della fase decisionale), l'esperienza del Veneto presenta almeno tre attori rilevanti in questo ambito (Direzione Regionale Piani e Programmi, UVEF/Centro di Riferimento Regionale del Farmaco, Agenzia Regionale Socio-Sanitaria). L'impatto del processo di valutazione di HTA sul sistema sanitario dipende molto dall'integrazione tra il momento valutativo e quello decisionale. Se il processo è molto integrato il decisore deve anche essere in grado di definire l'agenda del valutatore al quale chiede supporto. In caso contrario, il livello di autonomia del valutatore (le "agenzie") sarà superiore. Nel caso delle regioni analizzate la tendenza più recente, osservabile nelle delibere di Toscana e Lombardia e nel Regolamento attuativo dell'ARESS del Piemonte, è una forte integrazione tra valutazione e decisione. Chi valuta è diretta emanazione di chi decide. Nell'Emilia-Romagna la presenza dell'ASSR garantisce un'attività di valutazione parzialmente scollegata dalla decisione politica. La valutazione più che altro si configura come quella catena di trasmissione - caratterizzata da autonomia - che unisce la ricerca con la decisione presa a livello regionale (in assessorato) o aziendale, nei Collegi di Direzione e nelle Direzioni. Nel Veneto l'esperienza dell'UVEF e la stretta connessione con la Commissione PTRV, sembra configurare una forte sovrapposizione tra momento valutativo e momento decisionale. L'orientamento che appare emergere nel caso del PRIHTA è di maggiore autonomia del momento valutativo rispetto alla fase decisionale. In tutte le regioni esistono esperienze di applicazione di HTA a livello ospedaliero. Ma se in Emilia-Romagna (e in parte in Veneto) queste sono successive e di fatto sono conseguenza dell'iniziativa regionale, in altre regioni come la Lombardia (es. Policlinico S. Matteo di Pavia) e la Toscana (es. ASL 10 di Firenze) le attività di HTA "aziendale" sono pre-esistenti all'iniziativa di coordinamento regionale<sup>6</sup>.

<sup>6</sup>Entrambi i casi citati di HTA aziendale riguardano aziende che hanno fatto parte del *Network* Italiano di *Health Technology Assessment*.



**Tabella 1** - Analisi comparativa dei processi di HTA in cinque regioni

	Emilia-Romagna	Veneto	Piemonte	Lombardia	Toscana
Esperienza	Più di 10	Più di 5	In avvio	In avvio	In avvio
Ambito di applicazione	Ampio	Inizialmente farmaco	Ampio	Ampio	Ampio
Ruolo dell'industria	Finanzia la Ricerca (PRIER)	Non esplicitato	Non esplicitato	Non esplicitato	Non esplicitato
Ruolo dei pazienti	Non esplicitato	Non esplicitato	Progettato (Consulta per l'HTA)	Non esplicitato	Non esplicitato
Multidisciplinarietà	SI	NO (UVEF) SI (PRIHTA)	SI	SI	NV
Definizione priorità (responsabilità)	Esplicita e diffusa (singoli programmi)	Esplicita e diffusa (singoli programmi e funzioni)	Esplicita e concentrata (Gruppo di Programmazione con supporto della Consulta per l'HTA)	Esplicita e concentrata (Nucleo valutazione priorità e conflitti di interesse)	Esplicita e concentrata (Centro Regionale HTA)
Ricerca (strumenti)	Finanziamento ricerca (PRIER, PRU)	Finanziamento ricerca (PRIHTA)	Ricerca finalizzata Regionale (non specificatamente valutativa)	NV	NV
Valutazione - <i>appraisal</i> (strumenti e responsabilità)	Commissioni Governo Clinico (ASSR)	UVEF PRIHTA (futuro)	ARESS (Nucleo Tecnico)	Valutazione di esperti (Tavolo tecnico di valutazione delle tecnologie sanitarie)	Centro Regionale HTA
Adozione decisioni (responsabilità)	Assessorato, commissioni regionali e aziendali per il GC	Commissione PTORV CRITE CTRDM (in via di attivazione) Assessorato Sanità	Direzione Regionale 20 Sanità Aziende Sanitarie	Direzione Sanità	Assessorato Sanità
Diffusione (strumenti)	Dossier	Bollettino Quaderni ARSS	NV	NV	NV
<i>Horizon Scanning</i>	SI (ORI)	SI (IHSP)	NO	NO	NO
Integrazione del processo (priorità-ricerca-valutazione-decisione)	MEDIA	MEDIA	NV	ALTA	ALTA
Finanziamenti	30 mil di € per la ricerca (tre anni)	120.000 € per <i>star up</i> (PRIHTA) 2,6 mil di € per la ricerca (2008)	Ricerca Finalizzata Regionale	200.000€ per <i>start up</i>	36.000€ per <i>start up</i> (resp. Regionale)
Centralizzazione (numero strutture coinvolte nel processo)	ALTA 1 (ASSR)	BASSA 3 (Direzione piani e programmi, Centro di riferimento regionale del Farmaco, Agenzia Regionale)	ALTA 1 (ASSR)	ALTA 1 (Direzione Sanità)	ALTA 1 (Centro Regionale HTA)
Funzioni HTA ospedaliere o di area vasta	SI	SI	SI	SI	SI

NV = non valutabile.

### Altre esperienze regionali

Il Lazio, il Friuli-Venezia Giulia e, più di recente la Basilicata, hanno attivato gruppi di lavoro orientati all'attività di valutazione di tecnologie. Allo stato attuale, però, il livello di istituzionalizzazione e di esplicitazione di tali pratiche è tale da non permettere una sistematica analisi del processo di HTA in queste regioni. Il Lazio, ad esempio, nell'ambito della Direzione Scientifica di Laziosanità (già Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio) ha avviato un Laboratorio di *Health Technology Assessment* con competenze epidemiologico-statistiche (4 unità di personale) che produce "Quick HTA Reports", ovvero documenti per risposte rapide ad istanze provenienti dal livello decisionale politico su questioni inerenti le tecnologie biomediche. Non esiste al momento una definizione esplicita della prioritizzazione nelle attività valutative che spesso vengono realizzate nell'ambito di finanziamenti di ricerca del Ministero della Salute (ex art. 12, D.lgs 229/99). Le attività di ricerca sono prevalentemente orientate all'ambito dei programmi di screening e dei vaccini. Anche il Friuli-Venezia Giulia ha avviato attività di valutazione sulle tecnologie biomediche da lungo tempo. Si è prevalentemente concentrata sulle tecnologie elettromedicali grazie all'Osservatorio Prezzi Tecnologie (OPT), avviato in via sperimentale proprio in Friuli-Venezia Giulia nel 1996 e, poi, ereditato dall'Agenas.

### Conclusioni

Il panorama nazionale mostra una progressiva istituzionalizzazione dei processi di *Health Technology Assessment* sia a livello nazionale che regionale. Anche per l'HTA le regioni stanno utilizzando tutti i loro spazi di autonomia per disegnare soluzioni istituzionali ritenute idonee alla gestione del processo di valutazione delle tecnologie nella prospettiva della produzione di evidenze utili alle decisioni inerenti l'adozione e la diffusione delle tecnologie biomediche. L'indagine ha mostrato che le cinque regioni prese in considerazione stanno adottando architetture istituzionali e metodi di lavoro profondamente differenziati. Due appaiono i problemi emergenti e sui quali è opportuno porre attenzione. Il primo riguarda la possibilità di trovare delle forme di armonizzazione metodologica che consentano di rendere "fungibili" le evidenze prodotte nei vari contesti in modo che siano utilizzabili in tutto il Paese. Il secondo riguarda, invece, la necessità di trovare delle forme di sostegno metodologico per l'avvio di similari iniziative nelle regioni ancora in ritardo in questo processo di istituzionalizzazione.