

## L'Organizzazione dei Sistemi Sanitari Regionali

La riforma del titolo V della Costituzione Italiana (L.Cost. n. 3 del 2001), rappresenta il punto di arrivo di un processo di devoluzione avviato nel settore sanitario fin dal 1970 e un punto di partenza per la realizzazione di un sistema sanitario federale.

La proposta di modifica ulteriore del Titolo V approvata dalla Camera dei Deputati il 29 ottobre 2004 spinge ancora più in avanti la competenza regionale in settori come la sanità. La riforma dell'articolo 117 della Costituzione Italiana si inserisce nel percorso normativo della devoluzione delle competenze in campo sanitario: contiene un elenco delle materie riservate alla competenza legislativa esclusiva dello Stato ed uno delle materie riservate alla potestà legislativa concorrente Stato-Regioni. La tutela della salute rientra tra le materie di legislazione concorrente, cosicché i principi fondamentali dello Stato costituiscono un vincolo per la stessa potestà legislativa (diritto alla salute, art. 32 C.I.). Assume centralità la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, questa è sede deputata alla formazione degli accordi volti a regolare i rapporti interistituzionali in diversi campi tra cui la sanità. Uno degli esempi di questa mediazione è rappresentato dalla definizione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) che, garantendo l'applicazione dell'art. 32 della Costituzione, aggirano il problema pratico esistente, che è quello della distinzione tra il soggetto che fissa il minimo da garantire a tutti i cittadini (Stato) e l'erogatore che deve provvedere a pagare e ad effettuare quanto stabilito (Regione). Oggi le regioni stanno sperimentando una pluralità di architetture istituzionali che si fondano su scelte significativamente diverse in relazione alle seguenti dimensioni: 1) gli assetti istituzionali ed organizzativi delle unità di erogazione dei servizi; 2) la separazione delle funzioni di acquisto ed erogazione e le conseguenze sul funzionamento del meccanismo tariffario; 3) le modalità di finanziamento delle aziende territoriali; 4) la natura e l'assetto del sistema di regolazione (agenzie, direzioni generali di assessorato, combinazioni); 5) i meccanismi di programmazione e controllo; 6) il rilievo della quota di servizi in convenzione. Stiamo assistendo all'emergere di assetti organizzativi ed istituzionali basati sull'autonomia e il decentramento delle unità di produzione (ASL con una dimensione al massimo provinciale e separazione delle funzioni di produzione nelle Aziende Ospedaliere autonome) o sull'accentramento di specifiche funzioni ai fini del controllo della spesa e del coordinamento di attività di supporto (es. modello della ASL unica e delle «zone»; modello dell'Area Vasta). Le scelte si differenziano in relazione alle diverse politiche sia sul lato dell'offerta (offerta sovradimensionata o rigida programmazione, con effetti sulla libertà di scelta) che su quello della domanda (politiche per il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni e delle prescrizioni). Tale variabilità appare attraverso la rilevazione e la discussione di alcuni indicatori di struttura, economici e finanziari di seguito riportati. Dal confronto dei dati regionali e dal loro andamento nell'arco di *trend* temporali è possibile osservare omogeneità e diversità, continuità e cambiamenti del sistema sanitario emergente dal processo di devoluzione.

### Struttura delle Aziende Sanitarie Locali per superficie e popolazione

**Significato.** L'indicatore è composto da tre dimensioni strutturali delle Aziende Sanitarie Locali (ASL): il loro numero, la popolazione servita e la superficie territoriale raggiunta. Tali dimensioni dovrebbero bene evidenziare le differenze gestionali ed organizzative dell'assistenza territoriale a livello regionale: poche, grandi ASL e densamente popolate, per funzionare richiedono un forte decentramento di responsabilità a livello dipartimentale e distrettuale, ma tuttavia dovrebbero garantire maggiori economie di scala.

Le ASL più piccole o meno densamente popolate, sono di più facile gestione accentrata ma con minori economie di scopo e di scala.

Inoltre il confronto del numero di aziende sanitarie 1992/2002 fornisce un'indicazione sulle politiche sanitarie messe in atto da ogni regione dopo l'entrata in vigore del D.lg. 502/92.

---

Parametri misurati      Popolazione media per ASL e Superficie media per ASL

---

**Validità e limiti.** L'indicatore esprime, per quanto riguarda la popolazione e la superficie per ASL, valori medi regionali e quindi non tiene conto della variabilità tra ASL all'interno di una singola regione (variabilità attesa di una qualche importanza soprattutto nelle grandi regioni con conglomerati urbani).

La variabilità è evidente dai valori di popolazione minima e massima per ASL.

Inoltre la struttura risente di caratteristiche difficilmente riconducibili a strategie di politica sanitaria, come la struttura del territorio e le differenziazioni amministrative (province); è difficile da modificare ed è soggetta ad un'inerzia notevole.

**Benchmark.** Il riferimento è il valore medio nazionale.

**Distribuzione territoriale delle ASL in Italia. Anno 2002**



**Popolazione media per ASL nelle regioni italiane. Anno 2002**

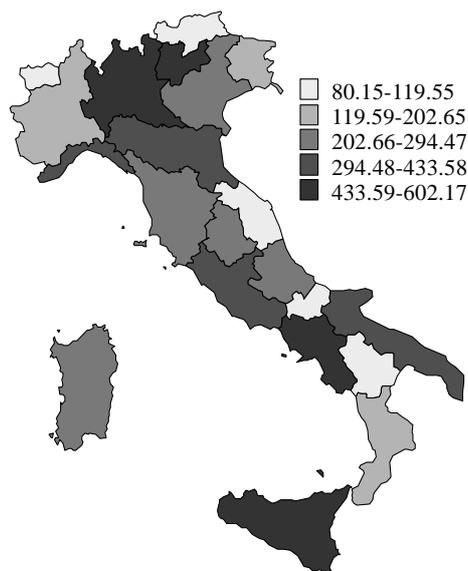


Tabella 1 - Numero di ASL per regioni - Anni 1992 e 2002 - Popolazione e superficie per ASL per regione - Anno 2002

Regione	Popolazione per ASL			Superficie		
	n ASL 1992	n ASL 2002	minima	media	massima	media per ASL (km <sup>2</sup> )
Piemonte	63	22	85.708	191.576	341.739	1.155
Valle d'Aosta	1	1	119.548	119.548	119.548	3.264
Lombardia	84	15	95.840	602.170	1.253.503	1.591
Prov. Aut. Bolzano	4	4	65.942	115.750	205.460	1.850
Prov. Aut. Trento	11	1	477.017	477.017	477.017	6.200
Veneto	36	21	74.784	215.604	415.920	875
Friuli-Venezia Giulia	12	6	75.995	197.294	337.020	1.307
Liguria	20	5	145.385	314.357	735.070	1.084
Emilia-Romagna	41	13	105.907	306.411	634.713	1.702
Toscana	40	12	160.783	291.484	775.154	1.916
Umbria	12	4	111.779	206.457	330.564	2.114
Marche	24	13	45.725	113.122	239.161	746
Lazio	51	12	147.550	426.034	628.531	1.436
Abruzzo	15	6	100.544	210.399	295.463	1.799
Molise	7	4	14.048	80.150	129.216	1.110
Campania	61	13	164.182	438.610	1.004.577	1.046
Puglia	55	12	215.553	335.059	579.521	1.613
Basilicata	7	5	78.068	119.554	218.418	1.998
Calabria	31	11	106.481	182.861	292.497	1.371
Sicilia	62	9	180.519	552.110	1.240.988	2.856
Sardegna	22	8	58.380	203.985	477.011	3.011
<b>Italia</b>	<b>659</b>	<b>197</b>	<b>2.629.738</b>	<b>289.318</b>	<b>10.731.091</b>	<b>1.529</b>

N.B.: Dati elaborati su censimento, popolazione 2001.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat, Health for All Italia, 2004 e Ministero della Salute, Annuario Statistico del Sistema Sanitario Nazionale, 2002.

### **Descrizione dei Risultati**

La distribuzione delle ASL per aree geografiche è la seguente: Nord (75), Centro (67) e Sud (58).

La popolazione minima per ASL varia da 14.048 abitanti nel Molise a 477.017 abitanti in Provincia di Trento.

La popolazione massima per ASL varia da 119.548 abitanti della Val d'Aosta a 1.250.353 abitanti in Lombardia. In tre regioni (Lombardia, Campania e Sicilia) esistono ASL di dimensioni superiori al milione di abitanti.

La superficie media per ASL varia largamente da 746 km<sup>2</sup> nelle Marche agli oltre 3.000 km<sup>2</sup> di Sardegna e Valle d'Aosta fino ai 6.200 km<sup>2</sup> dell'ASL di Trento.

Si osserva anche una mancanza di uniformità nella distribuzione delle ASL tra le regioni dove, tenendo conto dei limiti dei dati, si riscontrano forti divergenze sia per la quantità di popolazione che per la superficie territoriale ricoperta.

Queste differenze appaiono ancora più marcate dal confronto tra il numero di ASL presenti nelle regioni nel 2002 e quelle presenti nel 1992, dal quale si denota una sostanziale disomogeneità regionale nell'interpretare le richieste, contenute nella seconda riforma del sistema sanitario, di valutare e ridimensionare le ASL.

Tra tutte le regioni spiccano le Marche; ci sono molte ASL (sono 13 rispetto alla media nazionale di 9) che ricoprono una superficie territoriale poco estesa la cui strutturazione è però in fase di cambiamento (vedi box «Il nuovo sistema Sanitario della regione Marche»).

#### ***Raccomandazioni di Osservasalute***

Sebbene sia diffuso il consenso sulla necessità di riorganizzare la rete territoriale e la delega di responsabilità, non è altrettanto facile indicare quale sia la dimensione e la struttura delle ASL che garantisca al meglio il raggiungimento di questo equilibrio.

Rafforzando il livello di decentramento delle ASL, attraverso la delega di responsabilità verso i Distretti sanitari e i Dipartimenti di prevenzione, si è in grado di rispondere più adeguatamente alle esigenze e all'individuazione dei bisogni sanitari secondo le condizioni geomorfologiche e demografiche regionali.

## **Il nuovo Sistema Sanitario della regione Marche**

A cura di: Dott. FABIO FILIPPETTI e Prof. FRANCO DI STANISLAO  
Osservatorio Epidemiologico Regionale (Agenzia Regionale Sanitaria Marche).

Con la L.R. 20.6.2003 n.13 (*Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale*), nelle Marche è stata costituita, assieme a due Aziende Ospedaliere («Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi» di Ancona e «Ospedale San Salvatore» di Pesaro), l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), determinando un forte riassetto del sistema sanitario. L'Azienda Unica nasce dalla fusione delle preesistenti 13 Unità Sanitarie Locali e risulta articolata al suo interno in 13 «Zone Territoriali», in larga parte coincidenti con le precedenti USL. Le Zone Territoriali sono articolazioni dell'ASUR con compiti di programmazione e gestione dei servizi sanitari e di integrazione socio-sanitaria nel rispettivo ambito territoriale. Sono dotate di autonomia gestionale e organizzativa con un Direttore di Zona nominato direttamente dalla Giunta regionale.

Gli organi dell'ASUR sono:  
il Direttore generale,  
il Collegio sindacale,  
il Collegio dei direttori di zona.

Le Zone, che sono a loro volta suddivise in distretti e che comprendono i presidi/poli ospedalieri, hanno l'obiettivo di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza e l'equo accesso ai servizi ed alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria, organizzate nel territorio zonale e aziendale. Esse provvedono:

- alla definizione degli obiettivi di salute in raccordo con gli altri soggetti erogatori di servizi, tramite i Piani di attività zonali;
- alla programmazione organizzativa ed operativa delle risorse strumentali ed umane;
- al coordinamento dei servizi sanitari di zona nei diversi livelli assistenziali (ospedale, distretto, prevenzione);
- all'integrazione, a livello programmatico, dei servizi sanitari con i servizi sociali;
- alla rilevazione e orientamento della domanda sanitaria;
- alla distribuzione delle risorse;
- alle negoziazioni con le organizzazioni sindacali per le intese e gli accordi a valenza zonale.

Le norme di riorganizzazione sono nel segno di una significativa razionalizzazione del sistema.

Con l'ASUR, si mira ad una semplificazione del sistema: mentre restano decentrate nelle 13 Zone e sul territorio le funzioni legate al governo clinico e all'assistenza, vengono accentrate le funzioni strategiche e di supporto. In questo contesto rimane fondamentale la più ampia partecipazione dei comuni e dei cittadini, con un ruolo forte degli Enti Locali.

### **Indice di Medici di Medicina Generale, di Pediatri di Libera Scelta e di Medici di Continuità Assistenziale**

**Significato.** I Medici di Medicina Generale (MMG) operano a livello distrettuale ed offrono ai cittadini interventi di assistenza primaria in ambulatorio e/o a domicilio, traducendo il bisogno di salute in domanda di prestazione.

Il Pediatra di Libera Scelta (PLS) offre assistenza sanitaria di primo livello ai bambini, dalla nascita fino al compimento dei 14 anni, con attività che riguardano la diagnosi e cura delle malattie, la prevenzione e l'educazione sanitaria.

I Medici di Continuità Assistenziale (MCA) garantiscono l'erogazione delle cure primarie per tutta la giornata e per tutto l'arco della settimana e consentono l'organizzazione del Servizio di Guardia Medica (GM) che realizza interventi domiciliari e territoriali in modo tale da affrontare le urgenze mediche notturne, festive e preferitive.

Gli indicatori di struttura derivano dal rapporto tra il numero di ciascuna di queste 3 classi di professionisti e le rispettive popolazioni residenti di riferimento e contribuiscono alla valutazione del dimensionamento dell'offerta di servizi.

L'indice di Medici di Medicina Generale e l'indice di Pediatri di Libera Scelta valutano la presenza sul territorio di MMG e di PLS, permettendo di misurare la disponibilità di servizi sanitari, rispettivamente in rapporto al numero di potenziali soggetti assistibili (residenti a partire dal 14° anno di età), ovvero rispetto alla popolazione residente in età pediatrica (età inferiore ai 14 anni) che rappresenta il numero teorico di soggetti assistibili in ogni regione (carico assistenziale potenziale).

L'indice di MCA permette di valutare l'adeguatezza della struttura della rete dei MCA con le necessità della popolazione, misurate in termini di potenziali utenti del servizio di GM. È possibile inoltre calcolare un set di indicatori ottenuti mettendo in rapporto il numero di MMG e di PLS con il carico effettivo di assistiti, misurato come totale delle scelte rispettivamente di MMG e PLS (carico assistenziale effettivo).

Per «numero di scelte di MMG» si intende il numero di residenti di qualunque età, iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, che hanno scelto il proprio Medico di Medicina Generale presso la ASL di competenza.

Per «numero di scelte di PLS» si intende il numero di residenti in età pediatrica, iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, che sono assistiti da un Pediatra di Libera Scelta presso la ASL di competenza. La scelta del Pediatra è obbligatoria per i residenti da 0 a 6 anni mentre per gli assistiti che arrivano fino al 14° anno di età è possibile scegliere un MMG su richiesta motivata.

Eventuali variazioni dei valori di questi ultimi indicatori rispetto a quelli dell'indice di MMG e di PLS, permettono di evidenziare situazioni nelle quali il carico assistenziale effettivo è diverso dal carico assistenziale potenziale. In particolare un valore di MMG (o di PLS) per scelte inferiore all'indice di MMG (o di PLS) suggerisce l'esistenza di un carico assistenziale effettivo superiore al carico potenziale.

Numeratore	Numero di Medici di Medicina Generale	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente ≥ 14 anni	
Numeratore	Numero di Pediatri di Libera Scelta	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente < 14 anni	
Numeratore	Numero di Medici di Guardia Medica	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente	
Numeratore	Numero di Medici di Medicina Generale (Pediatri di Libera Scelta)	x 1.000
Denominatore	Numero di scelte	

**Validità e limiti.** Questi indicatori permettono di valutare in maniera quantitativa la composizione strutturale della rete regionale dei servizi sanitari di base. Ciò consente di supportare la programmazione regionale nella caratterizzazione dell'offerta potenziale per le popolazioni adulta e pediatrica e formulare ipotesi sul numero di nuclei di aggregazione di professionisti necessari a facilitare, attraverso la partecipazione di «gruppo», il raggiungimento di obiettivi di assistenza primaria. Gli indicatori non forniscono informazioni sull'appropriatezza del servizio offerto a livello di medicina territoriale e sulle relazioni dei singoli nodi appartenenti alla rete dell'assistenza primaria. Essi non consentono di stimare il grado di dispersione degli utenti in relazione alle componenti della rete dei servizi sanitari di base, dal momento che non contengono informazioni sulla collocazione dei singoli professionisti rispetto alla popolazione regionale e sulla rispondenza alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche della regione considerata.

**Benchmark.** Per i Medici di Medicina Generale il riferimento legislativo (D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270) fissa un limite massimo di 1.500 pazienti per MMG da cui deriva un valore di riferimento minimo pari a 0,66 medici per 1.000 residenti di età ≥ 14 anni (ad eccezione della Provincia Autonoma di Bolzano – massimale previsto di 2.000 assistiti per medico, con un indice derivabile di 0,5 medici per residenti di età ≥ 14 anni). Per i PLS il riferimento legislativo (D.P.R. 28 luglio 2000, n. 272) stabilisce un limite massimo di 800 pazienti per Pediatra di Libera Scelta, con un conseguente indice di 1,25 pediatri per 1.000 residenti di età compresa tra 0 e 13 anni. Il valore di riferimento utilizzabile per i MCA può essere derivato dalla media nazionale, che consente di definire un riferimento di tipo operativo, corrispondente a 0,24 MCA per 1.000 residenti.

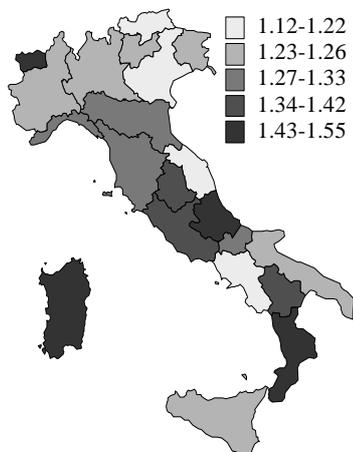
Tabella 1 - *Indice di Medici di Medicina Generale, Indice di Pediatri di Libera Scelta (PLS), Indice di Medici di Continuità Assistenziale (MCA) e Indice di MMG e PLS per scelte - Anno 2001*

Regione	Indice di MMG	MMG/SCELTE	Indice di PLS	PLS/SCELTE	Indice di MCA
Piemonte	0,95	0,91	0,88	1,25	0,13*
Valle d'Aosta	0,99	0,96	1,04	1,49	0,22*
Lombardia	0,93	0,89	0,86	1,26	0,12*
Prov. Aut. Bolzano	0,59	0,56	0,55	1,12	0,05*
Prov. Aut. Trento	0,88	0,88	1,06	1,23	0,21*
Veneto	0,89	0,86	0,91	1,18	0,17*
Friuli-Venezia Giulia	0,97	0,95	0,81	1,23	0,11*
Liguria	0,98	0,96	1,10	1,33	0,14*
Emilia-Romagna	0,91	0,89	1,10	1,32	0,16*
Toscana	0,99	0,97	1,04	1,32	0,25
Umbria	0,97	0,95	1,08	1,36	0,29
Marche	0,93	0,91	0,95	1,22	0,27
Lazio	1,06	0,98	1,08	1,34	0,12*
Abruzzo	0,94	0,93	1,19	1,48	0,32
Molise	1,01	0,97	0,89	1,33	0,65
Campania	0,96	0,88	0,79	1,16	0,30
Puglia	0,96	0,92	0,95	1,24	0,24
Basilicata	0,99	0,93	0,83	1,40	0,78
Calabria	1,01	0,97	0,94	1,43	0,61
Sicilia	0,95	0,91	1,06	1,26	0,45
Sardegna	0,93	0,91	1,09	1,55	0,53
<b>Italia</b>	<b>0,95</b>	<b>0,91</b>	<b>0,95</b>	<b>1,28</b>	<b>0,24</b>

\* Regioni con indice di MCA inferiore al dato nazionale.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** Ministero della Salute, Annuario Statistico del SSN 2001. Popolazioni Istat, Anno 2001.

**Indice dei Pediatri di Libera Scelta. Anno 2001**



**Descrizione dei Risultati**

In tutte le regioni italiane si osserva che l'indice di MMG è superiore al valore derivabile dal riferimento legislativo presentato. Il valore minimo si riscontra nella P. A. di Trento con 0,88 MMG per 1.000 residenti adulti. Il valore massimo si ritrova nel Lazio con 1,06 MMG per 1.000 residenti adulti.

Il numero di MMG per scelte risulta inferiore al numero di MMG per 1.000 residenti in tutte le regioni italiane.

Un rapporto MMG/scelte inferiore all'indice di MMG in una regione (carico assistenziale effettivo maggiore del carico potenziale) indica la tendenza in quel territorio a scegliere per l'assistenza ai minori di 14 anni il MMG piuttosto che il Pediatra di Libera Scelta. Questo potrebbe avvenire sia per una carenza di accesso alle

cure del PLS nella regione considerata (ridotto numero di professionisti, difficoltà logistiche) che per una decisione dei genitori di demandare l'assistenza pediatrica al proprio MMG.

Per quanto riguarda l'indice di PLS, tutte le regioni italiane presentano un valore al di sotto della misura derivata dal riferimento legislativo. In particolare la regione con l'indice di PLS minore risulta essere la Campania con valori pari a 0,79 PLS per 1.000 residenti di età < 14 anni.

La regione con il valore maggiore, anche se sempre al di sotto del valore di riferimento, risulta essere l'Abruzzo con 1,19 PLS per 1.000 residenti di età < 14 anni.

In tutte le regioni italiane si evidenzia come l'indice di PLS sia inferiore al rapporto PLS/scelte.

Le differenze più evidenti sono a carico della Basilicata (Indice di PLS: 0,83 PLS/Scelte: 1,40), della Calabria (Indice di PLS: 0,94 PLS/Scelte: 1,43) e della P. A. di Bolzano (Indice di PLS: 0,55 PLS/Scelte: 1,42).

Tali risultati rafforzano l'ipotesi che nelle regioni ci sia una tendenza dei genitori ad affidare l'assistenza pediatrica al MMG.

L'indice di MCA minore si ritrova nella P. A. di Bolzano con un valore di 0,05 MCA per 1.000 residenti. Il valore maggiore si riscontra in Basilicata con un indice pari a 0,78 MCA per 1.000 residenti. Inoltre le regioni indicate in tabella 1 con l'asterisco presentano un indice di MCA inferiore al dato nazionale (0,24 MCA per 1.000 residenti).

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

I risultati ottenuti suggeriscono che non è necessario aumentare il numero di MMG in attività nelle regioni italiane in quanto questo è commisurato al carico assistenziale potenziale regionale, non presentandosi in nessuna delle regioni italiane un numero di MMG per 1.000 residenti inferiore al valore derivabile dalle indicazioni del legislatore.

Le differenze riscontrate tra l'indice di MMG ed il numero di MMG per scelte e il basso valore dell'indice di PLS nelle regioni italiane evidenziano la necessità di rimodulare l'assistenza primaria per quanto riguarda la medicina pediatrica, cercando di facilitare gli utenti nel rivolgersi al PLS mediante l'integrazione di questi in logiche di «medicina di gruppo».

Il dato quantitativo espresso dal valore assunto dall'indice di MCA completa il panorama dell'offerta di servizi di assistenza base destinati alla popolazione regionale, evidenziando una certa eterogeneità della strutturazione del servizio di GM nel territorio nazionale.

Il quadro ottenuto dall'analisi di questi indicatori può essere utilizzato in fase di programmazione al fine di facilitare le forme associative in equipe territoriali, previste dal DPR 270/00 ed il coordinamento funzionale con i servizi e le attività del distretto.

È possibile, inoltre, favorire l'integrazione dell'attività dei MMG, dei PLS e dei MCA in gruppi che coinvolgano anche gli specialisti, costituendo le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (proposta elaborata da un gruppo di esperti del Ministero della Salute nel 2003) che si occupano di fornire servizi sanitari sul territorio, riducendo la quantità di prestazione sanitarie erogata impropriamente a livello ospedaliero, nella logica di attuazione del PSN 2003-2005.

Il coordinamento in gruppi organizzati di professionisti garantisce agli utenti una maggiore accessibilità, fornitura di alcune attività specialistiche e collegamento con gli specialisti per realizzare programmi specifici di tutela, presa in carico dei pazienti, garanzia di continuità assistenziale e maggiori responsabilità sull'assistenza domiciliare in alternativa al ricovero in ospedale.

### Struttura delle Aziende e dei Presidi Ospedalieri

**Significato.** L'indicatore vuole proporre tre dimensioni strutturali delle Aziende Ospedaliere (AO) regionali, e cioè il loro numero, il numero medio di posti letto, il rapporto tra numero medio di posti letto in AO e nei presidi ospedalieri.

Questo indicatore fa comprendere perché il Sistema Sanitario Nazionale italiano viene considerato un ibrido tra il modello organizzativo integrato (poche AO, molti presidi, che fanno parte della rete ASL) e quello contrattuale (molte AO e pochi presidi ospedalieri). Tali dimensioni dovrebbero evidenziare quali sono le differenze regionali nell'approccio all'assistenza ospedaliera: poche, grandi AO con una consistente offerta anche in presidi, configura un presupposto per l'adozione di una rete ospedaliera in cui le AO fungono da centri di attrazione in un sistema fortemente integrato, mentre laddove le AO sono più numerose, piccole, e i presidi quasi inesistenti quanto a peso in termini di posti letto, si configura piuttosto una situazione di competizione allargata, tipica dei sistemi di competizione pubblica e un'elevata presenza di servizi sanitari di secondo livello.

---

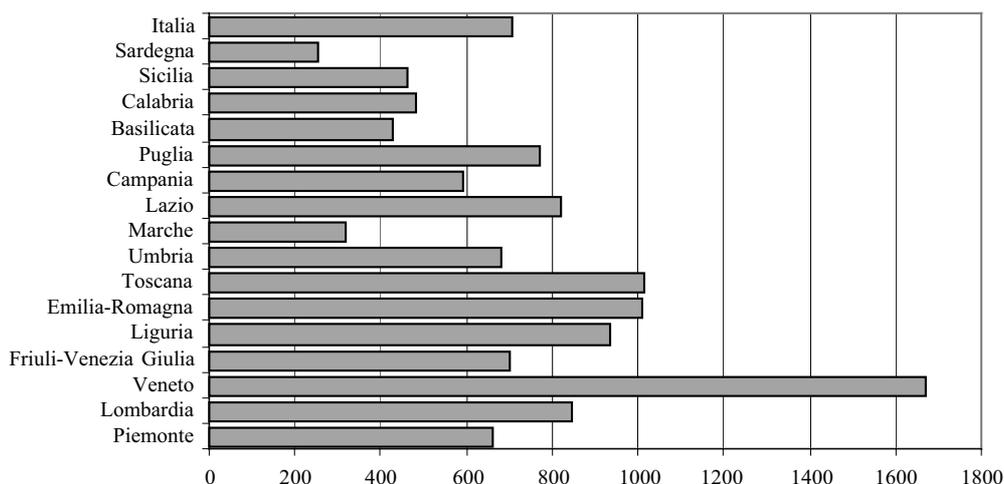
Numeratore	Numero medio di posti letto nelle Aziende Ospedaliere
Denominatore	Numero medio di posti letto nei Presidi Ospedalieri

---

**Validità e limiti.** L'indicatore esprime valori medi regionali e quindi non tiene conto della variabilità all'interno di una singola regione (variabilità tanto più rilevante quanto maggiore è il numero e peso relativo delle Aziende Ospedaliere). Inoltre non tiene conto del peso relativo dell'ospedalità accreditata, consistente in alcune regioni come Lazio e Campania. Nonostante ciò deve essere inteso, almeno nel medio periodo, come uno dei migliori indicatori di differenti strategie di politica sanitaria.

**Benchmark.** Il riferimento è il valore medio nazionale.

Grafico 1 - Numero medio posti letto nelle AO



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute e SIS, 2003.

Tabella 1 - Le Aziende Ospedaliere e i Presidi Ospedalieri inseriti nel territorio - Anno 2002 (confronto numerico con il 1995)

Regione	N. Aziende Ospedaliere* 1995	N. Aziende Ospedaliere 2002	N. medio posti letto nelle AO	N. Presidi	N. medio posti letto nei Presidi	N. medio di posti letto nelle AO/N. medio di posti letto nei Presidi	N. di AO/ Presidi
Piemonte	7	7	661	34	257	2,57	0,21
Valle d'Aosta	-	-	-	1	434	-	-
Lombardia	16	29	843	11	219	3,86	2,64
Prov. Aut. Bolzano	-	-	-	7	276	-	-
Prov. Aut. Trento	-	-	-	13	147	-	-
Veneto	2	2	1.672	74	208	8,05	0,03
Friuli-Venezia Giulia	3	4	701	13	189	3,70	0,31
Liguria	3	3	936	12	335	2,80	0,25
Emilia-Romagna	5	5	1.009	32	281	3,59	0,16
Toscana	4	4	1.016	38	242	4,20	0,11
Umbria	2	2	679	9	160	4,23	0,22
Marche	3	4	317	31	129	2,47	0,13
Lazio	3	8	821	60	167	4,93	0,13
Abruzzo	-	-	-	22	223	-	-
Molise	-	-	-	6	217	-	-
Campania	7	10	590	54	126	4,67	0,19
Puglia	4	6	770	57	137	5,64	0,11
Basilicata	1	2	426	7	214	1,99	0,29
Calabria	4	4	481	32	96	5,00	0,13
Sicilia	16	20	461	49	110	4,20	0,41
Sardegna	1	3	253	29	178	1,42	0,10
<b>Italia</b>	<b>81</b>	<b>113</b>	<b>704</b>	<b>591</b>	<b>179</b>	<b>3,93</b>	<b>0,19</b>

\* Sono esclusi i Policlinici universitari che l'art. 4 del decreto legislativo n. 502/92 costituisce automaticamente in azienda.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute e SIS, 2003.

### Descrizione dei Risultati

Nel 2002 le Aziende Ospedaliere (AO) sono 113 e i presidi ospedalieri 591, con numero medio di posti letti, rispettivamente, di 704 e di 179.

In Italia, le AO hanno un numero medio di posti letto quattro volte più grandi (3,93) dei presidi; mentre il loro numero è circa 1/5 di quello dei presidi.

Al 2002 l'unica regione che sembra avere realizzato un sistema ospedaliero di mercati interni è la regione Lombardia che presenta 29 Aziende Ospedaliere, con dimensione media relativamente contenuta (843 posti letto), ma comunque superiore alla media nazionale ed un numero di presidi «residuale» pari ad 11. La Lombardia è pertanto l'unica regione a presentare un rapporto tra numero di AO e di presidi maggiore dell'unità, anche se la dimensione media delle stesse, rispetto a quella dei presidi, è allineata alla media.

La peculiarità del caso lombardo permette interessanti comparazioni con altre realtà regionali, sulla relativa *performance* del modello organizzativo ospedaliero scelto sia in termini di *output* che di *outcome*.

A presentare una caratteristica struttura gerarchica a rete sono, sebbene in modo differenziato, tutte le altre regioni, con la sola eccezione della Sicilia in cui il numero di AO è oltre il 40% di quello dei presidi, anche se la dimensione media delle AO rispetto ai presidi è solo di poco superiore a quella media italiana.

Si differenzia anche la situazione organizzativa dell'ospedalità del Veneto caratterizzata dalla presenza di 2 AO di dimensioni molto rilevanti (1.672 p.l. in media) e 74 presidi con dimensioni medie superiori ai valori medi italiani. Questa struttura organizzativa suggerisce che le scelte politiche del Veneto non sono indirizzate verso un processo di separazione tra acquisto e fornitura dei servizi ospedalieri.

La scelta di non attivare AO è tipica dei territori montani e delle piccole regioni (Val D'Aosta, Trento, Bolzano, Abruzzo, Molise): evidentemente le barriere naturali non permettono di contare su un bacino di utenza ampio e quindi su economie di scala e di scopo.

#### ***Raccomandazioni di Osservasalute***

Un'elevata variabilità organizzativa ci allontana soprattutto dal principio di uniformità nell'erogazione dei servizi e dall'idea (riforma titolo V Costituzione) che lo Stato possa gestire la complessità organizzativa del sistema creata dalle singole regioni.

Si ritiene che, per quanto una certa libertà organizzativa sia auspicabile, strutture di erogazione fortemente differenziate possano comportare una marcata difformità nell'erogazione dei servizi tra regioni.

Osservasalute non ritiene che necessariamente la libera competizione tra modelli porti alla fine ad utilizzare il modello organizzativo più conveniente per i cittadini e suggerisce un accordo tra regioni su strutture più convergenti.

### Presidi Ospedalieri con numero di posti letto < 120

**Significato.** Gli indicatori descrivono la struttura dell'ospedalità di piccole dimensioni (<120 p.l.), relativamente poco specializzata, nella struttura assistenziale regionale.

Essi intendono misurare sia il numero dei piccoli ospedali e il peso relativo dei loro posti letto rispetto al totale dei posti letto regionali, sia la presenza e l'ampiezza media dei principali reparti ospedalieri nelle piccole strutture ospedaliere pubbliche.

L'analisi delle strutture di piccole dimensioni assume rilievo sia in termini di qualità dei servizi erogati che in termini di valutazione dell'efficienza del sistema.

---

Numeratore	Numero di presidi regionali con meno di 120 p.l. per reparto	
Denominatore	Numero di presidi nazionali con meno di 120 p.l. per reparto	x 100

---

Numeratore	Numero di posti letto regionali con meno di 120 p.l. per reparto	
Denominatore	Numero di posti letto nazionali con meno di 120 p.l. per reparto	x 100

---

**Validità e limiti.** Gli indicatori esprimono valori regionali e quindi non tengono conto della variabilità all'interno di ogni singola regione (variabilità tanto più rilevante quanto maggiore è il numero e il peso relativo dei piccoli ospedali).

Non è considerato il peso relativo all'ospedalità accreditata.

Inoltre, sono raggruppati posti letto in degenza ordinaria e *day hospital*, sebbene la tipologia degli stessi sia difforme; essendo la presenza di *day hospital* limitata nelle piccole strutture ospedaliere, la lettura del dato non dovrebbe venirne alterata.

Accanto all'indicatore sulle Aziende Ospedaliere questi devono essere intesi, almeno nel medio periodo, come degli indicatori di differenti strategie di politica sanitaria.

**Benchmark.** Il riferimento è il valore medio nazionale.

#### Descrizione dei Risultati

In Italia esistono 272 presidi con meno di 120 posti letto. I presidi provvisti di reparto di Chirurgia Generale sono 179 di cui 92 (51%) localizzati in Campania, Puglia, Calabria e Sicilia.

I piccoli presidi provvisti di reparti di Medicina Generale sono 199 di cui 102 (51%) localizzati in Campania, Puglia, Calabria e Sicilia.

Nelle stesse quattro regioni sono localizzati il 72% dei piccoli presidi provvisti di reparto di Pediatria ed il 62% dei piccoli presidi provvisti di reparto di Ostetricia e Ginecologia.

Alcune regioni del Nord (Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Liguria), hanno già chiuso tutti i reparti di pediatria localizzati in ospedali con meno di 120 posti letto. I posti letto di Chirurgia Generale in piccoli presidi sono in Italia 3.786 di cui il 50% localizzato in Campania, Puglia, Calabria e Sicilia. Un restante 22% è localizzato in Lazio, Marche e Veneto.

Le quattro regioni Meridionali già citate rendono conto anche del 74% dei posti letto di Pediatria e del 66% dei posti letto di Ostetricia e Ginecologia dei piccoli ospedali.

Tabella 1 - Numero presidi con meno di 120 posti letto per tipologia di reparto - Valori assoluti e percentuali - Anno 2002

Regione	Chirurgia Generale		Medicina Generale		Pediatria		Ostetricia e Ginecologia	
	N. Presidi	%	N. Presidi	%	N. Presidi	%	N. Presidi	%
Piemonte	2	1,12	3	1,51	-	-	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	2	1,12	2	1,01	-	-	1	0,71
Prov. Aut. Bolzano	3	1,68	3	1,51	3	3,09	3	2,14
Prov. Aut. Trento	4	2,23	5	2,51	1	1,03	4	2,86
Veneto	9	5,03	5	2,51	5	5,15	8	5,71
Friuli-Venezia Giulia	2	1,12	3	1,51	-	-	1	0,71
Liguria	4	2,23	4	2,01	-	-	1	0,71
Emilia-Romagna	7	3,91	11	5,53	1	1,03	4	2,86
Toscana	7	3,91	7	3,52	3	3,09	4	2,86
Umbria	1	0,56	1	0,50	1	1,03	1	0,71
Marche	14	7,82	18	9,05	2	2,06	6	4,29
Lazio	14	7,82	18	9,05	4	4,12	8	5,71
Abruzzo	6	3,35	6	3,02	2	2,06	2	1,43
Molise	1	0,56	1	0,50	1	1,03	2	1,43
Campania	22	12,29	24	12,06	17	17,53	20	14,29
Puglia	23	12,85	27	13,57	15	15,46	23	16,43
Basilicata	3	1,68	2	1,01	1	1,03	2	1,43
Calabria	21	11,73	25	12,56	15	15,46	18	12,86
Sicilia	26	14,53	26	13,07	23	23,71	26	18,57
Sardegna	8	4,47	8	4,02	3	3,09	6	4,29
<b>Italia</b>	<b>179</b>	<b>100,00</b>	<b>199</b>	<b>100,00</b>	<b>97</b>	<b>100,00</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dati Ministero della Salute e SIS, 2002.

La Calabria, che nel passato ha visto la proliferazione di piccoli ospedali, si sta orientando (Piano Sanitario Regionale) verso una ristrutturazione basata su una struttura a rete che decentra le funzioni assistenziali basilari a piccoli presidi localizzati sul territorio.

La Lombardia, invece, in cui pochi sono i presidi rimasti (si veda l'indicatore sulla struttura delle Aziende e dei Presidi Ospedalieri) e prevalentemente di dimensioni medio-grandi, si concentra su un modello di competizione in mercati interni.

Tabella 2 - Numero di posti letto nei presidi con meno di 120 posti letto per tipologia di reparto. Valori assoluti e percentuali - Anno 2002

Regione	Chirurgia Generale		Medicina Generale		Pediatria		Ostetricia e Ginecologia	
	N. posti letto	%	N. posti letto	%	N. posti letto	%	N. posti letto	%
Piemonte	44	1,16	103	1,93	-	-	17	0,87
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	23	0,61	42	0,79	-	-	13	0,67
Prov. Aut. Bolzano	93	2,46	124	2,32	18	2,19	46	2,36
Prov. Aut. Trento	81	2,14	190	3,56	2	0,24	36	1,85
Veneto	213	5,63	97	1,82	39	4,74	132	6,78
Friuli-Venezia Giulia	57	1,51	123	2,30	-	-	1	0,05
Liguria	107	2,83	151	2,83	-	-	27	1,39
Emilia-Romagna	136	3,59	355	6,65	3	0,36	33	1,70
Toscana	153	4,04	305	5,71	47	5,71	33	1,70
Umbria	20	0,53	28	0,52	8	0,97	12	0,62
Marche	290	7,66	559	10,47	18	2,19	80	4,11
Lazio	336	8,87	496	9,29	19	2,31	91	4,68
Abruzzo	110	2,91	111	2,08	12	1,46	33	1,70
Molise	20	0,53	46	0,86	3	0,36	17	0,87
Campania	394	10,41	498	9,33	165	20,05	320	16,44
Puglia	527	13,92	682	12,78	153	18,59	405	20,81
Basilicata	69	1,82	55	1,03	7	0,85	30	1,54
Calabria	470	12,41	583	10,92	115	13,97	257	13,21
Sicilia	485	12,81	595	11,15	177	21,51	304	15,62
Sardegna	158	4,17	195	3,65	37	4,50	59	3,03
<b>Italia</b>	<b>3.786</b>	<b>100,00</b>	<b>5.338</b>	<b>100,00</b>	<b>823</b>	<b>100,00</b>	<b>1.946</b>	<b>100,00</b>

N.B.: Posti letto attivi per degenze ordinarie e day hospital.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dati Ministero della Salute e SIS, 2002.

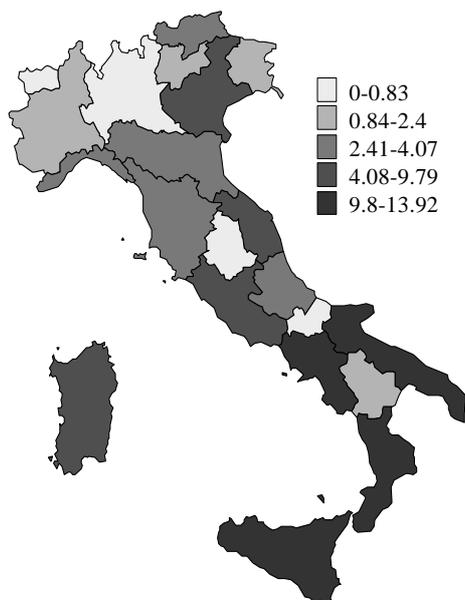
#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

La riflessione sui dati presenti in Sicilia, Puglia, Campania e Calabria, soprattutto per i reparti di Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, deve essere integrata con i dati presenti nel capitolo dedicato alla salute riproduttiva (pag. 187).

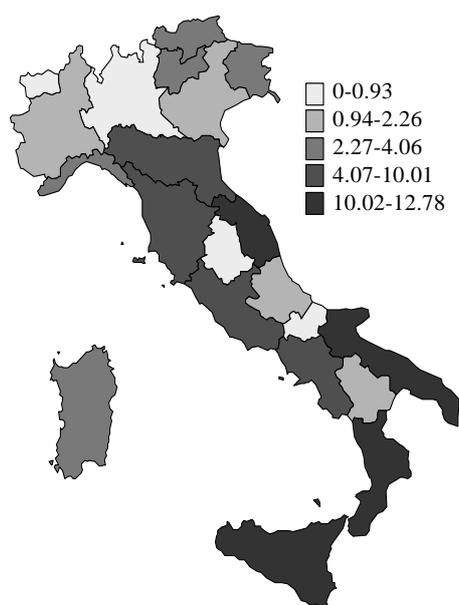
Risulta quindi ragionevole la raccomandazione di accorpate le strutture con numero di posti letto inferiore a 120 per migliorarne, oltre all'efficienza, i risultati di efficacia non solo gestionale, ma soprattutto clinica.

*Percentuale numero di posti letto sul totale dei posti letto in piccoli ospedali, per reparto - Anno 2002*

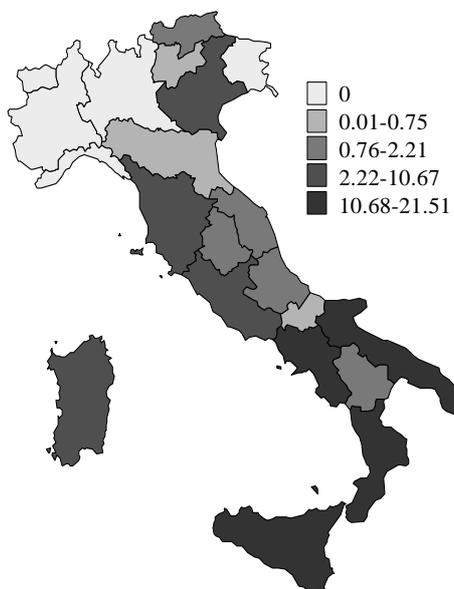
**Chirurgia Generale**



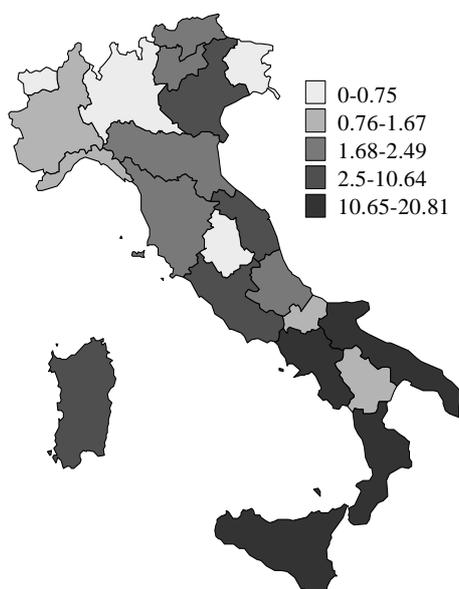
**Medicina Generale**



**Pediatria**



**Ostetricia e Ginecologia**



**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni dati Ministero della Salute e SIS, 2002.

### Numero di posti letto ordinari negli istituti di cura privati accreditati e privati non accreditati

**Significato.** L'assetto organizzativo e istituzionale dei sistemi sanitari delle diverse regioni si caratterizza, generalmente, per la rilevanza economica e organizzativa del livello dell'assistenza ospedaliera.

Ogni sistema, però, si caratterizza per diversi *mix* nella natura giuridica delle strutture ospedaliere e per la presenza di quote di posti letto che fanno riferimento a strutture non accreditate e che quindi non gravano in alcun modo sul bilancio della regione.

Regioni dove la quota dei posti letto in strutture ospedaliere accreditate rispetto alla popolazione residente è più alta si caratterizzano per una maggiore diversificazione nella struttura produttiva e un mercato interno potenzialmente in grado di esprimere la sua efficacia.

Nelle diverse regioni, inoltre, la rilevanza degli istituti di cura privati che non usufruiscono del finanziamento pubblico varia.

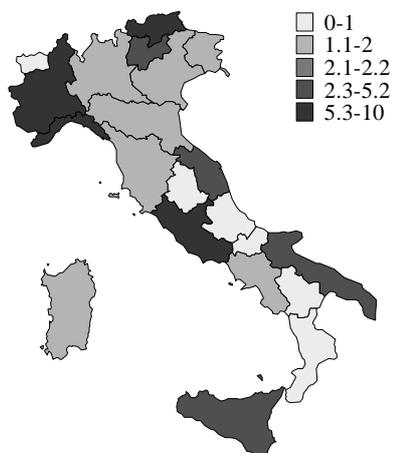
L'indicatore del numero dei posti letto in istituti di cura privati non accreditati dovrebbe corrispondere ad una diversa propensione della popolazione a domandare servizi sanitari a pagamento.

Tale indicatore dovrebbe essere associato con la percentuale dei cittadini che scelgono di avere una copertura assicurativa integrativa e privata.

La consonanza tra questi indicatori influenza l'equilibrio economico e denota il grado di maturità della competizione nel settore ospedaliero nell'ambito del sistema sanitario regionale.

Numeratore	Numero di posti letto istituti di cura privati accreditati	x 100
Denominatore	Numero di posti letto totali	
Numeratore	Numero di posti letto istituti di cura privati non accreditati	x 100
Denominatore	Numero di posti letto totali	

**Percentuale dei posti letto privati non accreditati sul totale di posti letto. Anni 2000-2001**



**Validità e limiti.** L'indicatore, nella sua articolazione, mostra le scelte strategiche adottate dalla sanità privata nelle diverse regioni.

Per un quadro completo della struttura produttiva ospedaliera nelle diverse regioni il confronto dovrebbe essere operato con i posti letto disponibili nelle strutture pubbliche discussi in dettaglio in questa sezione del Rapporto Osservasalute.

**Benchmark.** Il valore di riferimento è rappresentato dal valore medio nazionale.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione dati indagini Istat. Struttura e attività degli istituti di cura, Anno 2000-2001.

Tabella 1 - Numero di posti letto ordinari negli istituti di cura accreditati, privati e pubblici - Anno 2000-2001

Regione	p.l. pubblici	Posti Letto Istituti Privati		p.l. totali	Percentuali		
		Accreditati	Non accreditati		p.l. privati accreditati /p.l. totali	p.l. privati non accreditati /p.l. totali	p.l. privati/p.l. totali
Piemonte	15.915	3.556	1.406	20.877	17,0	6,7	23,8
Valle d'Aosta	457	0	0	457	-	-	-
Lombardia	34.099	8.432	895	43.426	19,4	2,1	21,5
P.A.Bolzano	2.009	259	262	2.530	10,2	10,4	20,6
P.A.Trento	2.112	300	101	2.513	11,9	4,0	16,0
Veneto	19.342	1.206	449	20.997	5,7	2,1	7,9
Friuli-V.G.	5.160	608	133	5.901	10,3	2,3	12,6
Liguria	7.529	117	465	8.111	1,4	5,7	7,2
Emilia-R.	14.783	4.171	340	19.294	21,6	1,8	23,4
Toscana	12.982	2.125	328	15.435	13,8	2,1	15,9
Umbria	2.886	224	18	3.128	7,2	0,6	7,7
Marche	5.699	979	219	6.897	14,2	3,2	17,4
Lazio	18.751	9.230	2.070	30.051	30,7	6,9	37,6
Abruzzo	4.871	294	77	5.242	5,6	1,5	7,1
Molise	1.385	93	16	1.494	6,2	1,1	7,3
Campania	13.548	6.455	432	20.435	31,6	2,1	33,7
Puglia	14.752	1.799	575	17.126	10,5	3,4	13,9
Basilicata	2.387	60	0	2.447	2,5	-	2,5
Calabria	6.815	3.285	71	10.171	32,3	0,7	33,0
Sicilia	14.858	3.661	559	19.078	19,2	2,9	22,1
Sardegna	5.964	1.484	163	7.611	19,5	2,1	21,6
<b>Italia</b>	<b>206.304</b>	<b>48.338</b>	<b>8.579</b>	<b>263.221</b>	<b>18,4</b>	<b>3,3</b>	<b>21,6</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione dati indagine Istat - Struttura e attività degli istituti di cura, Anno 2000-2001.

### Descrizione dei Risultati

La distribuzione dei posti letto in strutture private (accreditate e non) in relazione agli abitanti nelle diverse regioni mostra una elevata dispersione.

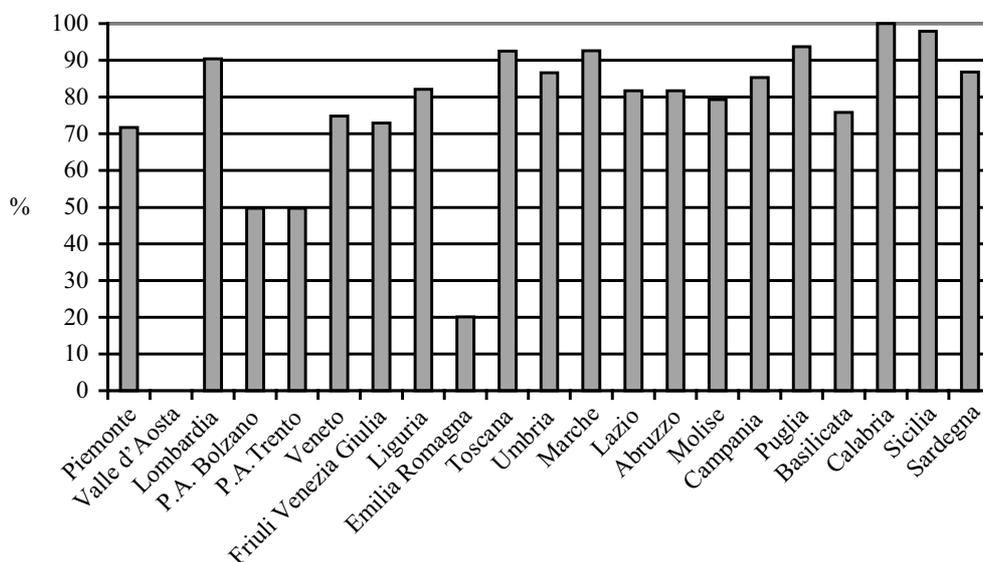
Tale dispersione si registra sia per quanto attiene gli istituti di cura accreditati che quelli non accreditati.

In termini generali le regioni Lombardia, Lazio, Abruzzo e Calabria mostrano la quota più elevata di posti letto in istituti di cura privati (accreditati e non).

Tra queste regioni (grafico 1) la Calabria ha la maggiore quota dei posti letto in istituti di cura accreditati (98%) sul totale dei posti letto in strutture private (quasi il 100%).

In generale in tutte le regioni la quota di posti letto in strutture private accreditate sul totale dei posti letto in strutture private supera il 70%. Fa eccezione la regione Emilia Romagna nella quale la quota accreditata è pari solo al 20% dei posti letto in strutture private.

Grafico 1 - P.l. istituti accreditati / p.l. istituti privati (%)



#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

La scelta del *mix* pubblico-privato nei sistemi sanitari è in relazione a orientamenti di natura politica e alla sedimentazione di scelte operate negli anni nell'ambito delle varie regioni.

Risulta quindi difficile proporre delle indicazioni oggettive anche per la scelta della distribuzione dei posti letto nelle strutture pubbliche, private accreditate e private non accreditate: è possibile solo osservare che ogni scelta dovrebbe essere correlata all'osservazione di alcuni elementi di contesto e tali scelte dovrebbero risultare coerenti con altre politiche.

L'orientamento dei cittadini verso il tema della libertà di scelta, la distribuzione della ricchezza e del reddito, la presenza di un significativo tessuto imprenditoriale in campo sanitario e la positiva valutazione dei cittadini sono elementi di contesto che dovrebbero guidare tali scelte.