

## Assetto istituzionale-organizzativo

Il Rapporto Osservasalute ogni anno dedica la propria attenzione all'analisi delle differenze regionali circa gli aspetti demografici, epidemiologici, economici, istituzionali ed operativi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In particolare, l'obiettivo di questo Capitolo è quello di proporre un'analisi, quanto più dettagliata, di alcune criticità di tipo istituzionale-organizzativo del nostro sistema sanitario evidenziate nella bozza di Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013: le risorse umane, il sistema di emergenza/urgenza e l'organizzazione delle cure primarie.

Le risorse umane svolgono un ruolo cruciale all'interno del SSN e quest'anno, per la prima volta, si è tentato di affrontare questa tematica in maniera olistica andando ad indagare sia aspetti di natura economico-finanziario quali la spesa pro capite (grezza e pesata) per personale dipendente del SSN, sia e soprattutto aspetti relativi alla demografia del personale dipendente ed al "mercato del lavoro" (*turnover* e natura dei contratti). Queste ultime due tematiche sono divenute negli ultimi anni di particolare interesse ai fini della programmazione sanitaria; infatti, la scarsità di risorse finanziarie da un lato e lo squilibrio tra la futura forza lavoro e gli imminenti pensionamenti dall'altro, impongono non solo un attento monitoraggio di questi aspetti, ma anche la ricerca di soluzioni organizzative adeguate.

Il secondo aspetto sul quale ci si è voluti soffermare riguarda uno dei nodi più critici della programmazione sanitaria: l'organizzazione del sistema di emergenza/urgenza. In particolare, viene proposto un aggiornamento dei dati relativi al sistema nazionale di emergenza/urgenza pubblicati nelle edizioni del 2003 e del 2005 del Rapporto Osservasalute. A tale proposito, la bozza di PSN 2011-2013 sottolinea come, a distanza di 18 anni dalla sua istituzione, ancora oggi emergono elementi di difformità nell'organizzazione del sistema stesso che inducono ad una riflessione ed ad una rivisitazione/aggiornamento per renderlo più efficiente ed omogeneo. Pertanto, anche in questo caso, nel presente Capitolo, si è tentato di offrire una panoramica completa, sebbene sintetica, sul tema, proponendo un'analisi basata sui diversi "attori" del sistema: le centrali operative 118, i Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (di I livello ed ad alta specialità) e l'elisoccorso.

Infine, nel Capitolo - così come già fatto nelle edizioni del 2007 e del 2008 del Rapporto Osservasalute - ci si è soffermati sull'evoluzione delle forme organizzative adottate dalla medicina di famiglia per rispondere in maniera più adeguata ai bisogni di salute della popolazione. In tal senso, la bozza di PSN 2011-2013 tra le azioni per lo sviluppo del SSN, prevede - coerentemente con le politiche promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità - la centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali.

## Personale del Servizio Sanitario Nazionale

Le risorse umane svolgono un ruolo cruciale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e già in diverse edizioni del Rapporto Osservasalute ci si è soffermati su alcuni aspetti inerenti il personale dipendente del SSN. Quest'anno, per la prima volta, si intende proporre una chiave di lettura diversa, andando ad analizzare alcuni aspetti di natura economica quali la spesa per personale dipendente del SSN, ma offrendo anche una panoramica su aspetti meno tradizionali, come ad esempio il *turnover* ed il lavoro cosiddetto "flessibile".

### Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** In tale voce è ricompreso il costo del personale delle Aziende Sanitarie, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e dei Policlinici universitari pubblici appartenente ai ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo,

nonché il costo relativo alla corresponsione dell'indennità per il personale.

L'obiettivo dell'indicatore è mostrare quanto costa al singolo cittadino, e pertanto potenziale paziente del SSN, finanziare l'elemento cardine del sistema.

#### Spesa pro capite per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

---

Denominatore Popolazione media residente

**Validità e limiti.** La fonte principale per l'analisi della spesa sanitaria del Sistema Sanitario Nazionale deriva dai dati dei modelli Conti Economici (CE) che ogni Azienda Sanitaria è tenuta ad inviare al Ministero della Salute; il modello riporta le voci del CE delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere. Tali dati risentono ancora di una non sufficiente attendibilità e standardizzazione sul territorio nazionale, ma costituiscono l'unica fonte attualmente disponibile.

L'analisi è stata svolta sia prendendo in considerazione la popolazione bacino di utenza del SSN, sia la popolazione pesata per tener conto del bisogno potenziale di assistenza. La prima popolazione di riferimento è costituita dai residenti del territorio di riferimento; la seconda è costituita dalla popolazione di riferimento ponderata per la struttura per età. I pesi impiegati per la ponderazione sono quelli utilizzati, attualmente, per la procedura di riparto tra le Regioni del fabbisogno sanitario nazionale.

L'indicatore non tiene conto del personale convenzionato con il SSN e dell'attività *intramoenia*. Inoltre, non viene fatta alcuna distinzione tra le varie professionalità ricomprese nel personale dipendente del SSN. Infine, la sua dinamica temporale è influenzata da quella contemporanea della spesa per beni e servizi (generalmente mediante una correlazione negativa) a causa delle esternalizzazioni dei servizi prima svolti da personale interno alle aziende. Infatti, nell'ultimo decennio, il peso della spesa per personale dipendente sul totale della spesa pubblica è andato decrescendo, sia nel periodo 2001-2006, che nel biennio successivo.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono indicazioni specifiche sulla spesa per personale dipendente del SSN. Pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

#### Descrizione dei risultati

Rapportando il dato relativo alla spesa per il personale alla popolazione residente, si osserva che nel triennio 2007-2009 la spesa pro capite a livello nazionale è cresciuta di 30,1€ passando da 571,6€ a 601,7€ (Tabella 1). Questa differenza si registra in maniera più o meno accentuata in tutte le regioni.

A livello regionale, si osserva come la spesa pro capite grezza più alta nel triennio considerato si registra nella PA di Bolzano, con oltre 1.000,0€ nel 2008 e nel 2009, seguita dalla Valle d'Aosta e dal Friuli Venezia Giulia, mentre le regioni con una spesa pro capite minore sono la Lombardia, la Puglia, il Lazio, la Campania ed il Veneto.

Il dato sulla spesa pro capite pesata, ossia ponderata rispetto alla distribuzione demografica della popolazione assistita, rende più omogeneo il dato di spesa pro capite per il personale. Le regioni con una spesa per personale maggiore rimangono, comunque, le PA di Bolzano e Trento, la Valle d'Aosta ed il Friuli Venezia Giulia, tutte regioni a statuto speciale, mentre le regioni con minore spesa pro capite sono la Lombardia, la Puglia ed il Lazio.

I dati del 2008 e del 2009 mostrano anche come, tendenzialmente, nelle regioni sottoposte a Piano di Rientro (Lazio, Abruzzo, Molise e Sicilia) la spesa, sia grezza che pesata, sia rimasta sostanzialmente invariata (quando non ha registrato una lieve riduzione).

**Tabella 1** - Spesa pro capite (€) per personale dipendente del SSN per regione - Anni 2007-2009

Regioni	2007		2008		2009	
	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata
Piemonte	623,9	586,8	640,1	603,9	659,1	623,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	818,6	804,5	866,6	851,8	880,7	864,4
Lombardia	484,2	484,7	504,7	505,1	513,5	514,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>991,6</i>	<i>1.067,5</i>	<i>1.049,8</i>	<i>1.126,3</i>	<i>1.089,2</i>	<i>1.162,4</i>
<i>Trento</i>	<i>677,7</i>	<i>689,2</i>	<i>727,4</i>	<i>739,8</i>	<i>765,2</i>	<i>778,0</i>
Veneto	535,1	538,8	554,5	558,5	560,9	564,6
Friuli Venezia Giulia	712,7	665,9	745,3	696,4	769,3	719,1
Liguria	679,2	594,1	701,9	614,5	722,6	634,2
Emilia-Romagna	635,4	600,1	667,4	633,4	674,0	643,2
Toscana	642,7	598,6	672,7	628,9	688,8	645,5
Umbria	637,4	595,9	655,3	615,9	671,0	633,1
Marche	617,4	587,6	630,6	602,5	653,3	625,9
Lazio	533,2	537,0	542,2	545,4	542,1	545,8
Abruzzo	559,6	545,9	584,0	571,2	583,2	571,6
Molise	646,2	623,6	672,6	650,3	667,8	646,2
Campania	544,7	606,4	543,4	602,9	558,5	617,2
Puglia	491,8	520,0	504,4	531,6	521,6	547,2
Basilicata	596,0	601,0	638,9	643,5	666,3	669,7
Calabria	594,8	618,7	621,3	645,5	638,5	662,0
Sicilia	578,6	606,0	591,1	618,4	591,1	618,2
Sardegna	617,5	636,3	641,3	656,4	673,3	684,8
<b>Italia</b>	<b>571,6</b>	<b>571,6</b>	<b>590,0</b>	<b>590,0</b>	<b>601,7</b>	<b>601,7</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati Ministero della Salute. Modelli CE. Anno 2011 - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Negli anni la spesa per il personale dipendente in valore assoluto è cresciuta con variazioni cicliche dovute ai rinnovi contrattuali. Le fasi di alleviamento del peso relativo dei costi del personale sono state caratterizzate da misure quali reiterati provvedimenti di blocco del *turnover*, mentre quelle di crescita sono legate ai rinnovi contrattuali, oltre che agli automatismi di carriera, alle deroghe al blocco delle assunzioni etc..

Per il 2009, la spesa ammonta a 36,132 miliardi di euro; in termini percentuali il 33,0% della spesa sanitaria pubblica totale in Italia. Il livello di spesa dell'anno 2009 incorpora i costi connessi al rinnovo del contratto del personale non dirigente del SSN (biennio economico 2008-2009), con il riconoscimento di arretrati per circa 115 milioni di euro. Al netto degli oneri per arretrati su entrambi gli anni, la spesa per il personale dipendente cresce in misura pari al 2,9% (2).

Con riferimento all'anno 2010, i primi dati disponibili mostrano che, rispetto all'anno 2009, la spesa per il personale dipendente registra una variazione in aumento pari al 4,0%, su cui influisce la contabilizza-

zione degli oneri del rinnovo del contratto del personale dirigente del SSN (biennio economico 2008-2009) e la corresponsione dei relativi arretrati (per un importo pari a circa 500 milioni di euro), nonché l'erogazione della indennità di vacanza contrattuale per l'anno 2010 (2).

La crescita osservata dall'aggregato conferma un andamento della spesa per il personale dipendente negli ultimi anni in linea con i trend attesi, confermando gli effetti positivi della maggiore disciplina contabile delle Regioni, in conseguenza degli strumenti di *governance* derivanti dai diversi Accordi Stato-Regioni intervenuti nell'ultimo periodo ed, in particolare, dell'obbligo per le Regioni di garantire la copertura integrale degli oneri connessi ai rinnovi contrattuali.

### Riferimenti bibliografici

(1) CEIS - Fondazione Economia Tor Vergata. Rapporto Sanità 2009.

(2) Ministero dell'Economia e delle Finanze. Documento di Economia e Finanza - Analisi e tendenze della finanza pubblica. 2011.

## Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** Nel 2009 i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono 693.769, di cui quasi il 70,0% è costituito da personale dirigente e dal comparto afferente ai ruoli sanitari (Proposta Piano Sanitario Nazionale 2011-2013). Al fine di poter programmare con anticipo il fabbisogno di personale occorre rappresentare la struttura per età del personale. In tal senso, con particolare riferimento ai dirigenti del SSN, nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 si esprime preo-

cupazione circa il loro imminente calo: “[...] si evince una forte concentrazione di personale nella fascia di età superiore o uguale a 60 anni”. L’obiettivo del presente indicatore è quello di rappresentare, in un arco di tempo triennale (2007-2009), la struttura demografica del personale dipendente del SSN.

L’analisi è stata effettuata anche suddividendo la popolazione di riferimento per genere (in quanto l’età di pensionamento è diversa).

### Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età  
Totale dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al triennio 2007-2009 e sono quelli acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<sup>1</sup>. Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono indicazioni specifiche sulla struttura per età del personale dipendente del SSN. Pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2009, il personale dipendente del SSN è composto, prevalentemente, da persone di età compresa tra i 40-59 anni (Grafico 1). Inoltre, i dati mostrano come la quota di personale di età  $\geq 60$  anni sia superiore a quella di età  $< 30$  anni. A livello regionale, su quest’ultimo aspetto, si registra un marcato divario Nord-Sud: infatti, mentre nel Nord la percentuale di personale di età  $< 30$  anni è simile a quella relativa al personale di età  $\geq 60$  anni (Piemonte, Valle d’Aosta, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna), nelle regioni del Sud prevale la componente di personale di età  $\geq 60$  anni (in particolare, in Campania, Sardegna, Sicilia, Abruzzo, Puglia). La medesima situazione si riscontra per il personale che nei prossimi anni lascerà il SSN per il raggiungimento dei limiti di età, ossia la fascia di età compresa tra i 50-59 anni.

Come trend, analizzando la variazione in punti percentuali che vi è stata tra il 2007-2009 nelle classi  $< 30$  anni e  $\geq 60$  anni, emerge come unicamente 6 regioni (Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Puglia) abbiano avuto nella classe

di età  $< 30$  anni una crescita del numero di dipendenti maggiore o uguale a quella registrata nella classe  $\geq 60$  anni (Tabella 1). Altre 7 regioni (Valle d’Aosta, Trentino-Alto Adige, Lazio, Abruzzo, Campania, Sardegna) mostrano un *deficit*, in alcuni casi importante, nel reclutamento di personale di età  $< 30$  anni, rispetto all’aumento del personale di età  $\geq 60$  anni.

Analizzando la demografia del personale dipendente del SSN, con particolare riferimento alla distinzione per genere, le donne rappresentano il 63,0% del personale dipendente, mentre gli uomini il 37,0% (anni 2007-2009). Al di là del divario Nord-Sud, già rimarcato nell’analisi generale e che risulta ancora più evidente nel caso degli uomini (Grafico 2), i dati mostrano come, in via generale nel SSN, la percentuale di donne di età  $< 30$  anni sia maggiore di quella maschile nella medesima classe di età (Grafici 2 e 3), ad eccezione di Abruzzo, Campania e Sicilia in cui, praticamente, non vi è personale (né di genere maschile, né di genere femminile) di età  $< 30$  anni (Grafici 1, 2 e 3). Inoltre, il personale dipendente del SSN di genere femminile risulta essere più giovane di quello maschile; infatti, ad eccezione di Abruzzo, Calabria e Sicilia, in tutte le regioni, così come a livello nazionale, il personale di genere femminile di età  $< 40$  anni supera il 20,0% del totale (con il Trentino-Alto Adige, in cui tale quota supera il 30,0%). Di contro, il personale di genere maschile risulta essere più anziano, con in media il 10,0% del personale maschile di età  $\geq 60$  anni (Grafico 2).

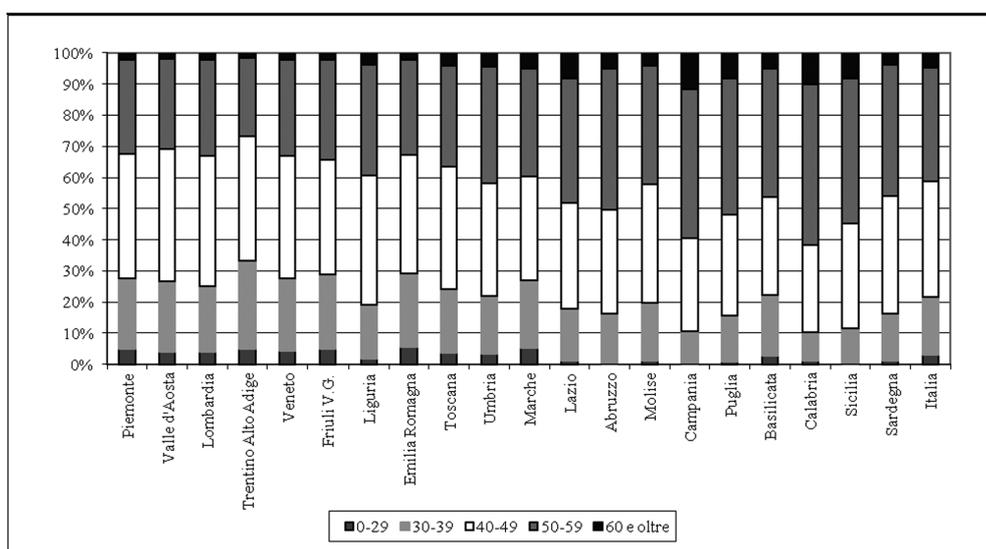
Come trend (Tabella 1), tra il 2007-2009, mentre per le donne non vi è stata alcuna variazione nella classe di età  $< 30$  anni, per gli uomini vi è stato un incremento di 0,3 punti percentuali. Tuttavia, confrontando questi dati con quelli riferiti alla classe di età  $\geq 60$ , emerge come nel caso delle donne l’incremento sia

<sup>1</sup>Gli autori desiderano ringraziare l’Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l’analisi dei costi del lavoro pubblico ed, in particolare, gli Uffici III e V per aver fornito i dati regionali.

stato di 0,3 punti percentuali, mentre per gli uomini di 1,6 punti percentuali; pertanto, nel caso degli uomini, già ora, ma ancora di più negli anni a venire, si risconterà un forte squilibrio tra i nuovi entrati e coloro che si apprestano a lasciare il SSN per raggiungimento dei limiti di età. A livello regionale, le regioni possono essere suddivise in tre categorie: la prima riguarda le regioni (Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Toscana) in cui la componente di personale di età <30 anni ha subito un incremento maggiore della componente di età ≥60 anni, garantendo in questo modo un ricambio generazionale. La seconda cate-

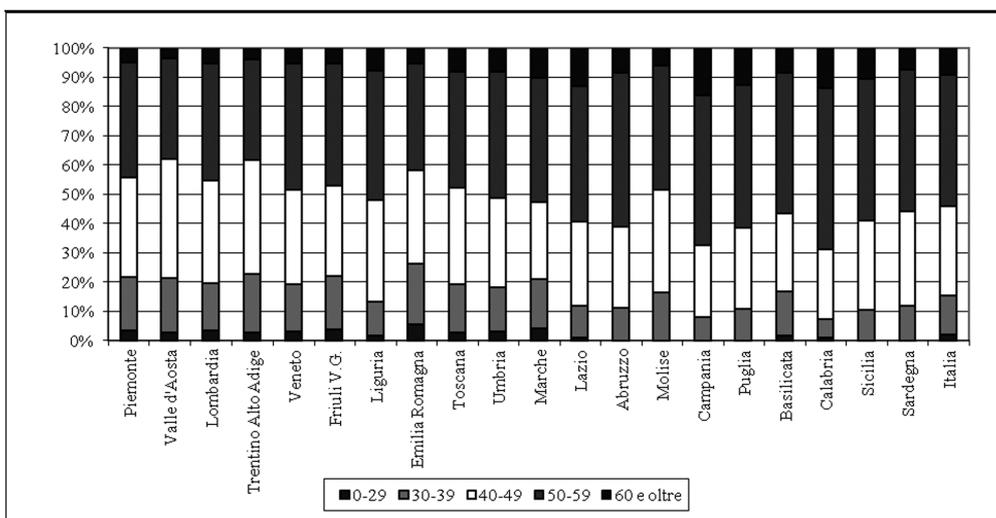
ria riguarda le regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Umbria, Puglia) in cui, in termini dinamici, vi è un sostanziale equilibrio tra le componenti di personale di età <30 anni e di età ≥60 anni. Infine, la terza categoria riguarda le restanti regioni (sostanzialmente del Sud, ma anche il Trentino-Alto Adige, la Valle d'Aosta e la Liguria) in cui la crescita della componente di personale di età ≥60 anni è stata maggiore di quella di età <30 anni e pertanto, con questo trend, non potrà essere garantito un ricambio generazionale.

**Grafico 1** - Distribuzione percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione - Anno 2009

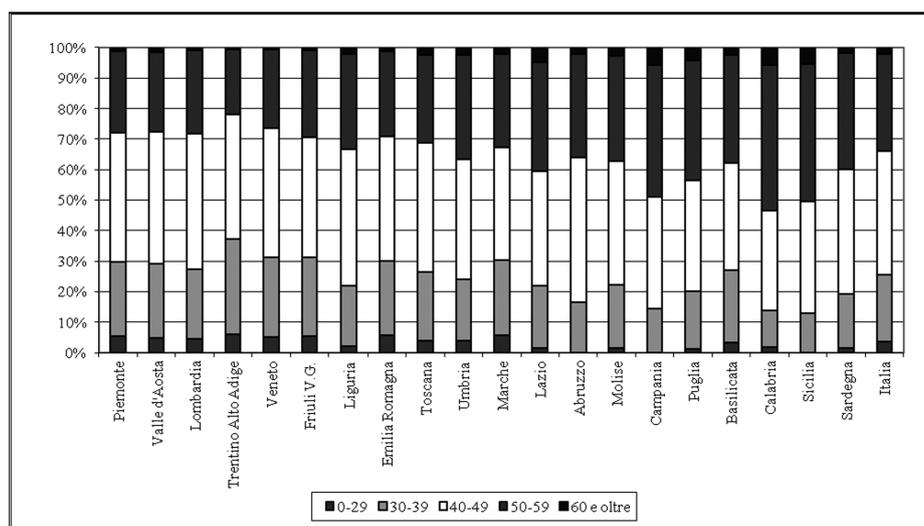


**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2009.

**Grafico 2** - Distribuzione percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione. Maschi - Anno 2009



**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2009.

**Grafico 3** - Distribuzione percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione. Femmine - Anno 2009

**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2009.

**Tabella 1** - Variazione percentuale nella distribuzione del personale dipendente del SSN per classe di età, genere e regione - Anni 2007-2009

Regioni	<30			30-39			40-49			50-59			60+		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Piemonte	0,7	0,8	0,8	-0,7	-3,7	-2,8	-2,9	-1,0	-1,5	2,0	3,7	3,1	0,8	0,2	0,4
Valle d'Aosta	0,0	-0,5	-0,4	-1,5	-4,2	-3,3	-0,1	1,6	1,1	1,9	2,8	2,5	-0,3	0,3	0,1
Lombardia	0,5	0,3	0,4	-1,8	-5,1	-4,1	-2,7	-0,5	-1,1	2,9	5,1	4,4	1,1	0,2	0,5
Trentino-Alto Adige*	-0,5	-1,3	-1,0	-2,8	-4,5	-3,9	-0,4	1,3	0,8	3,0	4,4	3,8	0,8	0,1	0,3
Veneto	0,8	0,1	0,4	-0,7	-4,8	-3,4	-2,0	0,5	-0,1	1,1	4,0	2,8	0,8	0,1	0,3
Friuli Venezia Giulia	0,9	0,6	0,7	1,2	-3,1	-1,8	-2,5	-1,5	-1,7	0,0	3,8	2,6	0,4	0,2	0,2
Liguria	0,6	0,1	0,3	-1,6	-4,5	-3,4	-2,8	-0,5	-1,2	2,2	4,5	3,6	1,5	0,4	0,7
Emilia-Romagna	0,3	0,1	0,2	0,1	-3,3	-2,3	-2,0	-0,4	-0,8	0,5	3,3	2,4	1,1	0,3	0,5
Toscana	0,9	0,7	0,7	-0,7	-3,3	-2,4	-1,2	0,0	-0,3	0,1	2,5	1,6	1,0	0,2	0,4
Umbria	0,7	0,4	0,5	0,7	-2,5	-1,3	-3,6	-0,6	-1,7	0,8	2,4	1,8	1,3	0,3	0,7
Marche	0,6	-0,4	0,0	1,5	-1,2	-0,1	-1,8	-0,7	-0,9	-2,7	2,0	0,2	2,5	0,2	0,9
Lazio	-0,3	-0,7	-0,5	-3,1	-4,8	-4,0	-1,8	1,0	-0,1	3,5	4,0	3,7	1,7	0,5	0,9
Abruzzo	-0,1	-1,5	-0,9	-2,7	-7,4	-3,5	-2,0	10,0	-0,7	4,7	-0,2	5,4	0,1	-0,9	-0,3
Molise	0,1	0,0	0,1	-0,3	-1,2	-0,8	-1,4	-3,3	-2,5	0,4	3,5	2,2	1,2	0,9	1,0
Campania	-0,5	-1,6	-1,0	-3,0	-4,3	-3,5	-3,6	-0,7	-2,3	3,8	6,4	4,8	3,4	0,2	2,0
Puglia	0,2	0,2	0,2	0,1	3,2	1,9	-1,8	-1,9	-1,6	0,3	-1,2	-0,7	1,1	-0,3	0,2
Basilicata	0,3	0,5	0,4	1,1	-0,8	0,2	-4,4	-4,5	-4,3	0,7	4,1	2,4	2,3	0,6	1,3
Calabria	0,3	0,1	0,3	-3,7	-4,8	-4,1	-9,9	-6,2	-8,0	8,4	9,0	8,5	4,8	1,8	3,3
Sicilia	0,2	0,2	0,2	-3,3	-3,9	-3,6	-2,6	-3,6	-3,0	3,5	6,0	4,6	2,3	1,3	1,8
Sardegna	-0,8	-1,0	-0,9	-0,4	-1,9	-1,3	-3,6	-1,2	-2,0	3,1	3,9	3,5	1,7	0,1	0,7
<b>Italia</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>-1,5</b>	<b>-3,6</b>	<b>-2,7</b>	<b>-2,7</b>	<b>-0,7</b>	<b>-1,3</b>	<b>2,3</b>	<b>4,0</b>	<b>3,2</b>	<b>1,6</b>	<b>0,3</b>	<b>0,7</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2009.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Così come sottolineato nel Nuovo Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 in riferimento al *turnover* del personale “[...] Tali stime andranno monitorate alla luce degli effetti derivanti dalla norma contenuta nell’articolo 22 della legge 4 novembre 2010, n. 183 - che ha innalzato a 70 anni il limite di età per il pensionamento dei dirigenti sanitari - e dalle norme del

D. L. n. 78 del 2010, convertito nella Legge n. 122 del 2010, che ha modificato le norme in materia di trattamento di quiescenza, nonché dei risultati conseguiti a seguito dei processi di razionalizzazione della rete strutturale di offerta dei servizi”.

Sarebbe interessante, inoltre, estendere l’analisi effettuata alle diverse qualifiche ricoperte dal personale in modo da evidenziare, oltre alle differenze per genere,

l'impatto che queste hanno sulla struttura per età del personale dipendente del SSN. È, inoltre, necessario invertire la tendenza alla progressiva senescenza del personale, soprattutto nelle regioni del Sud, gravate dal maggior peso della disoccupazione giovanile.

**Riferimenti bibliografici**

(1) Ministero della Salute (2010). Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.

## Compensazione del turnover

**Significato.** Il tasso di compensazione del *turnover* è un indicatore di flusso il cui calcolo è fondamentale in fase di programmazione del personale; serve a dare la dimensione del volume di entrate e di uscite che l'organizzazione ha dovuto gestire nel corso del periodo preso in considerazione. In particolare, vengono esaminati i dati storici sul personale per giungere a stime sul fabbisogno futuro. Un certo tasso di *turnover*

(detto fisiologico) è inevitabile (pensionamenti, nuove assunzioni etc.). In tale ottica, l'indicatore è da leggere congiuntamente ai dati sull'età anagrafica del personale; in particolare, il personale interessato al collocamento a riposo per limiti di età è stato, nel 2009, il 5,0% (il 7,0% ed il 10,0% nel 2008 e nel 2007, rispettivamente) delle risorse che hanno cessato la propria attività.

### Tasso di compensazione del turnover

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Entrati nel periodo (anno di riferimento)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Usciti nel periodo (anno di riferimento)}} \times 100$$

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al triennio 2007-2009 e sono quelli acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<sup>1</sup>. In particolare, l'aggregato "Entrati nel periodo" comprende: 1. i nominati da concorso; 2. gli stabilizzati da contratto a tempo determinato o da Lavoro Socialmente Utile; 3. le assunzioni per chiamata diretta o numerica (categorie protette); 4. i passaggi da altra amministrazione; 5. altre cause.

L'aggregato "Usciti nel periodo", invece, comprende: 1. il collocamento a riposo per limiti di età; 2. le dimissioni (con diritto a pensione); 3. i passaggi per esternalizzazioni; 4. i passaggi ad altre amministrazioni; 5. la risoluzione del rapporto di lavoro (40 anni contribuzione); 6. altre cause.

Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Se il tasso di compensazione è >100, ciò significa che vi è stato un ampliamento dell'organico, mentre se è <100, l'organico ha subito una contrazione.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, mentre nel 2007 il tasso di compensazione del *turnover* risultava <100 indicando una contrazione dell'organico, nel biennio 2008-2009 il tasso è stato superiore al valore di riferimento, anche se il tasso del 2009 è inferiore a quello del 2008 (Tabella 1).

A livello regionale vanno evidenziati due fenomeni. Il primo riguarda il forte divario tra Nord e Sud. Infatti, ad eccezione del 2007, tutte le regioni del Nord e del

Centro (ad eccezione del Lazio) risultano essere ampiamente sopra il dato nazionale con un tasso di compensazione del *turnover* anche del 165,7% (Piemonte, 2009), mentre per il Sud, ad eccezione di Puglia, Calabria e Sardegna, le regioni presentano valori inferiori a quello nazionale, indicando una situazione di contrazione dell'organico, in taluni casi anche molto marcata (tasso di compensazione del *turnover* del 24,5% in Abruzzo nel 2009). In particolare, per le regioni in Piano di Rientro, l'accordo con il Governo prevede il blocco delle assunzioni e pertanto, il tasso di compensazione del *turnover*, risulta sia in diminuzione tra il 2008-2009 che ampiamente inferiore al 100,0%.

Il secondo fenomeno riguarda il trend del tasso di compensazione del *turnover* nel triennio 2007-2009. Tra il 2007-2008, a livello nazionale si registra un'inversione di tendenza e sia il tasso di compensazione del *turnover* che il saldo tra gli entrati e gli usciti nel periodo, da negativi passano a positivi. Tra le regioni, anche se il tasso di compensazione del *turnover* ha registrato una variazione positiva in pressoché tutte le regioni, si riscontrano tre tipi di trend: il primo, in Piemonte e Valle d'Aosta, che rispecchia quello nazionale; il secondo, registrato nel Lazio ed in Campania, in cui si accentua la contrazione del personale; infine, il terzo, come nel caso ad esempio del Friuli Venezia Giulia e dell'Emilia-Romagna, in cui si conferma un'espansione del personale. Per il triennio 2007-2009, alcune regioni consolidano il saldo negativo (ad esempio Lazio, Abruzzo, Campania, Sicilia), mentre altre mantengono un saldo positivo, ma rallentano il trend (ad esempio Veneto, Lombardia, Friuli Venezia Giulia).

<sup>1</sup>Gli autori desiderano ringraziare l'Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico ed, in particolare, gli Uffici III e V per aver fornito i dati regionali.

**Tabella 1** - Tasso di compensazione (per 100) del turnover e saldo netto (valori assoluti) del personale per regione - Anni 2007-2009

Regioni	2007		2008		2009	
	Tasso di compensazione	Saldo netto	Tasso di compensazione	Saldo netto	Tasso di compensazione	Saldo netto
Piemonte	71,8	-782	106,0	1.511	165,7	1.398
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,3	-56	107,1	5	124,7	18
Lombardia	83,3	-794	130,9	1.134	102,6	153
Trentino-Alto Adige*	99,2	-66	195,8	340	118,1	70
Veneto	96,2	-118	145,2	1.138	130,1	697
Friuli Venezia Giulia	143,6	447	149,4	509	132,1	328
Liguria	78,5	-230	102,8	104	110,8	119
Emilia-Romagna	122,5	670	130,3	890	149,6	1.123
Toscana	105,9	166	136,3	1.040	136,8	992
Umbria	94,4	-28	105,5	27	151,4	198
Marche	88,2	-129	141,6	423	159,9	628
Lazio	75,1	-898	74,8	-780	59,9	-1.171
Abruzzo	53,3	-298	57,7	-240	24,5	-397
Molise	36,6	-130	70,1	-40	44,9	-76
Campania	63,8	-1.028	61,3	-940	95,4	-1.863
Puglia	98,5	-324	201,8	1.823	173,6	1.210
Basilicata	93,4	-39	234,3	462	100,2	13
Calabria	54,8	-717	91,3	-1.402	108,5	86
Sicilia	38,1	-1.756	64,6	-736	97,7	-814
Sardegna	99,6	-13	138,0	468	168,6	659
<b>Italia</b>	<b>90,6</b>	<b>-6.123</b>	<b>108,0</b>	<b>5.736</b>	<b>103,1</b>	<b>3.371</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anni 2007, 2008, 2009.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il nuovo Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013 esprime particolare preoccupazione sulla situazione futura del personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) “[...] Ci si aspetta, a partire dal 2013, un saldo negativo tra pensionamenti e nuove assunzioni. Si stima, inoltre, che la forbice tra uscite ed entrate nel SSN tenderà ad allargarsi negli anni a seguire, data la struttura per età. [...] Verosimilmente tale scenario risulterà ancora più marcato nelle regioni impegnate con i Piani di Rientro a causa del blocco delle assunzioni”. A tale scopo si raccomanda il monitoraggio di questo indicatore nei prossimi anni. Per quanto riguarda la forte eterogeneità regionale il

nuovo PSN indica che: “[...] È opportuno, quindi, prevedere un sistema di raccordo tra le Regioni al fine di monitorare le eventuali carenze o eccedenze di professionisti che consenta di definire politiche di mobilità e garantire un maggior equilibrio a livello nazionale”.

Sarà, pertanto, interessante monitorare quali risorse potrebbero essere messe in campo per fronteggiare gli eventuali trasferimenti di personale da regioni eccedentarie (Nord) a regioni carenti (Sud).

### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2010). Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.

## Natura dei contratti del personale del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** A partire dalla Legge delega n. 421/1992 e dal conseguente D. Lgs. n. 29/1993, fino ad arrivare al D. Lgs. n. 165/2001 “Testo unico del pubblico impiego”, nel quale sono confluite tutte le normative che in modo frammentario regolavano l’accesso al lavoro nella pubblica amministrazione, il lavoro pubblico è stato oggetto di una riforma radicale che lo ha, alla fine, trasportato dall’area del diritto pubblico a quella del diritto privato. In particolare, una delle più importanti novità normative della riforma è stata senza dubbio l’esplicita previsione della possibilità per le pubbliche amministrazioni di ricorrere alle forme contrattuali cosiddette “atipiche”, sempre più largamente in uso nel settore privato.

La Legge Finanziaria 2008 con il comma 79 va a modificare proprio l’articolo n. 36 del D. Lgs. n. 165/2001 sull’utilizzo delle forme contrattuali flessibili del personale, stabilendo che le pubbliche amministrazioni si possono avvalere delle forme contrattuali flessibili di assunzione e di impiego del personale previste dal codice civile e dalle leggi sui rapporti di lavoro subordinato nell’impresa solo per esigenze stagionali o per periodi inferiori a 3 mesi, salvo nel caso di sostituzioni per maternità. Ad essere colpite dalle nuove disposizioni della Finanziaria 2008 sono, pertanto, anche la somministrazione a tempo determina-

to di personale o l’esternalizzazione ed appalto dei servizi: di esse fanno sempre più ricorso le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Tuttavia, sono previste espressamente delle deroghe a tali novità introdotte dalla Finanziaria 2008 per gli Enti del SSN; i contratti di lavoro flessibile si possono continuare ad utilizzare per le sole figure infungibili di medici, per gli infermieri e per il personale di supporto soltanto per esigenze urgenti ed indifferibili per la realizzazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, per qualsiasi figura di personale per la realizzazione di progetti di ricerca con oneri a carico dell’Unione Europea o dei privati.

L’indicatore intende offrire un quadro aggiornato sui dati relativi al “mercato del lavoro” nel SSN, con la finalità di fornire elementi e spunti di riflessione per cogliere i “bisogni” emergenti in quel particolare mercato del lavoro, sia dal lato della domanda (datori di lavori pubblici) che dal lato dell’offerta (lavoratori). Infatti, il “mercato del lavoro pubblico” italiano si caratterizza per la presenza di ampie garanzie riconosciute agli *insider*, con forti rigidità nell’impiego del capitale umano, e di una vasta area di precariato di lungo periodo, anche come effetto di tali rigidità interne.

### Percentuale di personale del Servizio Sanitario Nazionale a tempo indeterminato

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Personale a tempo indeterminato}}{\text{Personale a tempo indeterminato} + \text{personale con lavoro flessibile}} \times 100$$

### Percentuale di personale del Servizio Sanitario Nazionale con lavoro flessibile

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Personale con lavoro flessibile}}{\text{Personale a tempo indeterminato} + \text{personale con lavoro flessibile}} \times 100$$

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al triennio 2007-2009 e sono quelli acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<sup>1</sup>.

In particolare, l’aggregato “Personale con lavoro flessibile” comprende: 1. i lavoratori con contratto a tempo determinato; 2. i lavoratori con contratto di formazione-lavoro; 3. i lavoratori socialmente utili; 4. i lavoratori con contratto interinale; 5. i lavoratori con contratto di telelavoro.

Non è stata fatta alcuna distinzione tra le diverse tipologie di lavoro flessibile.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono indicazioni specifiche sull’argomento pertanto, come valore di riferimento, viene preso il dato nazionale.

### Descrizione dei risultati

I dati mostrano come a livello nazionale nel triennio 2007-2009 non vi siano state sostanziali variazioni nelle percentuali di personale a tempo indeterminato e di personale con lavoro flessibile. In particolare, il personale a tempo indeterminato rappresenta circa il 94% dell’intero personale del SSN. Ben diversa è la situazione che si registra a livello regionale. In partico-

<sup>1</sup>Gli autori desiderano ringraziare l’Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l’analisi dei costi del lavoro pubblico ed, in particolare, gli Uffici III e V per aver fornito i dati regionali.

lare, il personale con lavoro flessibile nel 2009 varia da un minimo di 2,2% in Veneto ad un massimo di 10,8% in Sicilia e di 12,0% in Valle d'Aosta, e 7 regioni (Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Campania) presentano un

valore inferiore al dato nazionale (Tabella 1). Come trend, tra il 2007-2009 si è registrato un aumento del personale a tempo indeterminato in 6 regioni (Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Marche, Puglia e Sicilia).

**Tabella 1** - Percentuale del personale del SSN per natura del contratto di lavoro per regione - Anni 2007-2009

Regioni	Personale a tempo indeterminato			Personale con lavoro flessibile		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Piemonte	96,3	96,5	96,9	3,7	3,5	3,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	93,5	95,3	88,0	6,5	4,7	12,0
Lombardia	94,5	94,0	93,9	5,5	6,0	6,1
Trentino-Alto Adige*	93,2	92,7	93,0	6,8	7,3	7,0
Veneto	97,0	97,0	97,8	3,0	3,0	2,2
Friuli Venezia Giulia	95,3	95,4	95,1	4,7	4,6	4,9
Liguria	96,9	96,8	96,3	3,1	3,2	3,7
Emilia-Romagna	94,9	95,5	95,7	5,1	4,5	4,3
Toscana	97,1	97,0	96,5	2,9	3,0	3,5
Umbria	92,9	93,0	92,6	7,1	7,0	7,4
Marche	92,1	91,6	92,5	7,9	8,4	7,5
Lazio	95,7	95,1	94,3	4,3	4,9	5,7
Abruzzo	95,1	95,3	93,7	4,9	4,7	6,3
Molise	93,8	93,3	92,9	6,2	6,7	7,1
Campania	96,3	96,8	96,3	3,7	3,2	3,7
Puglia	85,9	88,6	91,4	14,1	11,4	8,6
Basilicata	93,0	90,1	92,9	7,0	9,9	7,1
Calabria	93,4	91,8	93,0	6,6	8,2	7,0
Sicilia	89,0	87,7	89,2	11,0	12,3	10,8
Sardegna	93,2	92,4	90,8	6,8	7,6	9,2
<b>Italia</b>	<b>94,3</b>	<b>94,2</b>	<b>94,4</b>	<b>5,7</b>	<b>5,8</b>	<b>5,6</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anni 2007, 2008, 2009.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Nel documento “La somministrazione del lavoro temporaneo nelle pubbliche amministrazioni e il nuovo Codice degli Appalti” realizzato dal Dipartimento della Funzione Pubblica, viene sottolineato che “[...] Il protrarsi del blocco delle assunzioni non ha portato a perseguire uno degli obiettivi indicati dal D. Lgs. n. 165 del 2001, ovvero, la migliore utilizzazione delle risorse umane e, quindi, un incremento della produttività connessa al miglioramento dei servizi. Le rigidità interne in termini di scarsa mobilità, infungibilità della prestazione, vincoli negli orari, ipercontrattualizzazione degli istituti di flessibilità e di produttività e ridimensionamento del ruolo datoriale, hanno,

comunque, portato le amministrazioni a ricorrere ad altro personale proprio in termini di rapporti di lavoro flessibili. Si è fatto ricorso a prestazioni che poco hanno di temporaneo, ma mirano a soddisfare fabbisogni stabili, mai rivisitati e aggiornati nonostante processi di decentramento, riforme costituzionali e significativi investimenti nelle nuove tecnologie informatiche.” Si raccomanda, pertanto, una più efficace supervisione da parte degli organi centrali sui comportamenti dei datori di lavoro pubblico.

### Riferimenti bibliografici

(1) Dipartimento della Funzione Pubblica (2006). La somministrazione del lavoro temporaneo nelle pubbliche amministrazioni e il nuovo Codice degli Appalti.

## Sistema nazionale di emergenza/urgenza

L'area relativa all'emergenza/urgenza rappresenta uno dei nodi più critici della programmazione sanitaria e si configura come una delle più importanti variabili sulle quali è misurata la qualità dell'intero servizio sanitario. In particolare, in linea di principio, il modello organizzativo relativo all'emergenza/urgenza risulta articolato in un sistema di allarme sanitario, dotato di numero telefonico di accesso breve ed universale "118", di un sistema territoriale di soccorso, costituito dai mezzi di soccorso distribuiti sul territorio e da una rete di servizi che consta di Punti di Primo Intervento, di Pronto Soccorso ospedalieri, nonché di Dipartimenti di Emergenza/Urgenza Accettazione (DEA), a loro volta articolati in DEA di I e II livello (questi ultimi individuati come Dipartimenti di Emergenza ad Alta Specialità).

### Centrali operative 118

**Significato.** Il "118" è il numero telefonico di accesso breve ed universale, a livello nazionale, al quale rispondono le centrali operative alle quali è demandato il compito di organizzare e gestire, nell'ambito territoriale di riferimento, le attività di emergenza sanitaria, di garantire il coordinamento di tutti gli interventi, dal momento in cui accade l'evento sino alla collocazione del paziente nella destinazione definitiva, e di attivare la risposta ospedaliera 24 ore su 24.

La centrale operativa deve rispondere a requisiti tecnologici, strutturali ed organizzativi di elevato grado di autonomia funzionale e con precise qualificazioni e responsabilizzazioni di personale medico e sanitario, rappresentando, quindi, un'organizzazione altamente complessa per la peculiarità delle funzioni svolte, per le professionalità che vi operano in *équipe* (medici, infermieri, autisti/soccorritori, soccorritori/volontari)

e per la presenza di tecnologie diverse (apparato radio, sistema informatico etc.) di solito non presenti in altre strutture sanitarie.

Dal punto di vista della programmazione sanitaria, il DPR 27 marzo 1992 e le successive Linee Guida del 1996, indicano che "per garantire un'efficiente gestione del soccorso nel più breve tempo possibile e con mezzi idonei al tipo di intervento, il territorio di afferenza alla centrale operativa deve essere, di norma, su base provinciale. Tuttavia, per alcune realtà può risultare più funzionale l'istituzione di centrali sovraprovinciali, per altre l'istituzione di centrali sub provinciali".

Un numero adeguato di centrali operative sul territorio è indice di efficienza gestionale del sistema in termini di risposta tempestiva e con mezzi adeguati alle chiamate di intervento di emergenza sanitaria.

#### Centrali operative 118 per provincia

Numeratore	Centrali operative 118
Denominatore	Province della regione

**Validità e limiti.** Il bacino di utenza controllato da una centrale operativa è identificato con il territorio di ogni singola provincia, fatte salve le esigenze di particolari aree metropolitane, tra loro in stretto collegamento e coordinamento.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Secondo quanto stabilito dal DPR 27 marzo 1992 e dalle successive Linee Guida n. 1/1996, il valore atteso del rapporto è pari ad 1.

#### Descrizione dei risultati

L'ultima rilevazione nazionale "Sistema di emergenza sanitaria territoriale 118" svolta dal Ministero della Salute (Luglio 2007) mostra che sono state attivate sul territorio nazionale 103 centrali operative, come previsto da Regioni e Province Autonome, mentre i dati preliminari forniti dall'indagine conoscitiva "sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza",

deliberata all'unanimità dalla Commissione Igiene e Sanità il 17 giugno 2008 ed autorizzata dal Presidente del Senato il 23 giugno 2008, indicano la presenza di 102 centrali operative sul territorio nazionale.

In via generale, negli anni presi in considerazione (2001, 2003, 2005, 2010), il numero di centrali operative attive sul territorio nazionale in relazione alle province è sovrapponibile al valore atteso dalla normativa citata (1,0), sebbene vada rilevata tra il 2003-2010 una lieve riduzione del numero di centrali operative per provincia che è passato da 1,00 a 0,93 (Tabella 1). Inoltre, è da rimarcare una certa variabilità tra le regioni. In questo caso, tendenzialmente si osserva un divario Nord-Sud; in particolare, nel 2010 le centrali operative non coprono tutti i territori provinciali nelle Marche, Basilicata, Molise, Puglia, Sicilia, Sardegna ed Emilia-Romagna, mentre in Liguria, Toscana, Umbria, Lazio e Campania (unica eccezione del Sud) sono presenti più di una centrale per provincia (1,80

centrali 118 per provincia in Campania). Rispetto al 2001, nel 2003 sono state attivate centrali operative in Basilicata (che nel 2001 non ne aveva), Puglia e Campania, mentre nel 2005, rispetto al 2003, risulta essersi lievemente ridotto il numero di centrali operative in Lombardia, Campania, Marche ed in Puglia. Infine, nel 2010, rispetto al 2005, se nel Lazio, Campania, Puglia e Sicilia le centrali 118 sono aumentate, in Emilia-Romagna e Sardegna sono dimi-

nuite. Tuttavia, mentre in Emilia-Romagna tale riduzione è imputabile ad una riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, in cui tutti i servizi relativi alle province di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini confluiscono nell'Area Vasta Romagna, particolarmente preoccupante risulta la situazione della Sardegna in cui solo un quarto della regione risulta coperta dalla rete 118.

**Tabella 1** - Numero di centrali operative 118 (per provincia) per regione - Anni 2001, 2003, 2005, 2010

Regioni	2001	2003	2005	2010
Piemonte	1,00	1,00	1,00	1,00
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,00	1,00	1,00	1,00
Lombardia	1,10	1,10	1,00	1,00
Bolzano-Bozen	1,00	1,00	1,00	1,00
Trento	1,00	1,00	1,00	1,00
Veneto	1,00	1,00	1,00	1,00
Friuli Venezia Giulia	1,00	1,00	1,00	1,00
Liguria	1,30	1,30	1,30	1,30
Emilia-Romagna	1,10	1,10	1,10	0,78
Toscana	1,20	1,20	1,20	1,20
Umbria	1,50	1,50	1,50	1,50
Marche	1,00	1,00	0,80	0,80
Lazio	1,00	1,00	1,00	1,20
Abruzzo	1,00	1,00	1,00	1,00
Molise	0,50	0,50	0,50	0,50
Campania	1,60	1,80	1,60	1,80
Puglia	0,40	1,00	0,80	0,83
Basilicata	0,00	0,50	0,50	0,50
Calabria	1,00	1,00	1,00	1,00
Sicilia	0,40	0,40	0,40	0,44
Sardegna	0,50	0,50	0,50	0,25
<b>Italia</b>	<b>0,96</b>	<b>1,00</b>	<b>0,96</b>	<b>0,93</b>

**Fonte dei dati:** Commissione Igiene e Sanità del Senato. Anno 2011 - Ministero della Salute. Anno 2007 - Rapporto Osservasalute. Anni 2003, 2005.

### Raccomandazioni di Osservasalute

A partire dall'inizio degli anni Novanta il sistema di emergenza sanitaria in Italia si è progressivamente confermato all'indirizzo fornito alle Regioni e Province Autonome dal DPR del 27 marzo 1992.

Attualmente, si rileva una situazione di totale copertura al Nord, mentre al Centro-Sud la presenza di centrali operative è alquanto disomogenea.

Tuttavia, l'articolazione del sistema su base territoriale (prevalentemente provinciale), se ha conferito agilità di risposta e flessibilità organizzativa, ha reso più complessa la possibilità di delineare un quadro di insieme idoneo ad individuare le aree di maggior forza e quelle di più marcata debolezza, a progettare meccanismi condivisi di standardizzazione e di integrazione più avanzati ed ad esaltare le possibili sinergie.

In merito all'implementazione del numero unico per l'emergenza "112", istituito a livello europeo e desti-

nato a conglobare le numerazioni attualmente dedicate al 113, 112, 115 e 118 al fine di garantire, attraverso il sistema di telefonia fissa e mobile, la localizzazione effettiva del chiamante, si segnala che l'Italia è fortemente in ritardo rispetto agli altri Stati membri nell'esecuzione di tale progetto a livello tecnico-operativo; circostanza che ha dato luogo ad una procedura di infrazione, esitata nell'irrogazione di una forte sanzione pecuniaria.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Commissione Igiene e Sanità del Senato: Indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza. Aprile 2011.
- (2) Ministero della Salute: Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118" - Rilevazione nazionale Anno 2005. Luglio 2007.
- (3) Rapporto Osservasalute. Anno 2003.
- (4) Rapporto Osservasalute. Anno 2005.

## Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione

**Significato.** Il sistema di accettazione ed emergenza sanitaria a carattere dipartimentale (Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione-DEA) rappresenta il secondo livello d'intervento le cui funzioni principali sono quelle di assicurare i primi accertamenti ed interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici necessari alla stabilizzazione del paziente.

Le unità operative appartenenti ad un DEA sono interdipendenti dal punto di vista organizzativo e funzionale, mantenendo la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale e condividendo un comune codice di comportamento assistenziale al fine di assicurare una risposta rapida, completa ed in collegamento con le strutture operanti sul territorio.

Gli ospedali sedi di DEA di I livello garantiscono,

oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di Pronto Soccorso, anche le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione (attraverso spazi appositi, noti come sala rossa) e devono, inoltre, garantire interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologica con Unità di Terapia Intensiva Cardiologia. Sono assicurate anche prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini e trasfusionali. Gli ospedali sedi di DEA di II livello sono in grado di assicurare, oltre alle prestazioni fornite dai DEA di I livello, le funzioni di alta specialità legate all'emergenza, tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare e la chirurgia toracica.

### Bacino di utenza per Dipartimento di Emergenza ed Accettazione

Numeratore	Popolazione media residente
Denominatore	Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione

**Validità e limiti.** La presenza dei DEA rappresenta un macroindicatore di organizzazione del sistema regionale di emergenza-urgenza.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il bacino medio di utenza raccomandato per un DEA è di 100/200 mila abitanti. Nello specifico, ad un DEA di I livello dovrebbero afferire almeno 250 mila abitanti, mentre ad un DEA di II livello almeno 500 mila.

### Descrizione dei risultati

Nel 2010 i DEA (I e II livello) erano 332, 30 in meno rispetto al dato del 2005, 20 in meno rispetto al 2003. Una semplice distribuzione statistica porterebbe a ritenere che 60,4 milioni di abitanti (dati Istat al 31 marzo 2010), quale popolazione italiana, distribuita su 332 DEA formino un bacino d'utenza medio di 181.935 abitanti per ciascun DEA, valore rientrante nel *range* di riferimento, anche se sia nel 2003 che nel 2005 il bacino medio di utenza per DEA era sensibilmente inferiore (1 DEA ogni 165 mila abitanti circa). A livello regionale (Tabella 1), nel 2010 si riscontrano variazioni che oscillano dai 95.665 abitanti/DEA dell'Abruzzo ai 272.768 abitanti/DEA della Sardegna. Rispetto al 2005, in praticamente tutte le regioni del Centro-Nord (con eccezione di Lombardia e Liguria), nel 2010 si è ampliato il bacino di utenza dei DEA; situazioni atipiche si registrano in Abruzzo, in cui il bacino di utenza è passato da 185 mila abitanti/DEA a 95.000 circa, in Sardegna in cui si è passati da 1 DEA ogni 1,7 milione di abitanti a 1 DEA ogni

270 mila abitanti, in Puglia ed in Sicilia dove nel 2005 il bacino di utenti per DEA era già superiore ai valori medi raccomandati e nel 2010 si registrano i bacini di utenza ancora più ampi (circa 270 mila abitanti per DEA in Puglia).

Andando ad analizzare la distribuzione specifica dei DEA di I e II livello, emerge che nel 2005 i DEA di I livello erano 258, mentre quelli di II livello 104. Rispetto a quanto riportato nel Rapporto Osservasalute del 2003 e del 2005, se tra il 2001 ed il 2003 (anni ai quali si riferiscono le precedenti rilevazioni) si rileva un incremento del macroindicatore a livello nazionale (nel Rapporto Osservasalute 2003 non fu fatta una distinzione tra DEA di I e di II livello), tra il 2003 ed il 2005 i DEA di I livello sono aumentati (+33 strutture), mentre quelli di II livello si sono ridotti (-24 strutture).

Nel 2005 (ultimo anno in cui è stata effettuata una ricognizione dettagliata dei DEA), i dati regionali mostrano una situazione alquanto eterogenea con un *range* di valori per quanto riguarda i DEA di I livello da 0 nella PA di Trento o 1 DEA per 1,7 milioni di abitanti in Sardegna, a 1 DEA di I livello ogni 119 mila abitanti in Valle d'Aosta con 9 regioni che si discostano dal valore nazionale (un DEA ogni 231 mila abitanti circa, valore abbastanza coerente con quello raccomandato) e presentano un bacino di utenza per DEA abbastanza esiguo (ad esempio in Toscana vi è un DEA di I livello ogni 129 mila abitanti); analoga situazione si osserva per i DEA di II livello in cui si passa da valori pari a 0 in Sardegna, Valle

d'Aosta e PA Trento ad altri come 1 DEA ogni 200 mila abitanti in Friuli Venezia Giulia e 1 DEA ogni

300 mila abitanti in Molise, con un valore nazionale di un DEA di II livello ogni 574 mila abitanti circa.

**Tabella 1** - Bacino di utenza per DEA (I livello, II livello e totale) per regione - Anni 2001, 2003, 2005, 2010

Regioni	DEA I livello		DEA II livello		Totale			
	2003*	2005	2003*	2005	2001*	2003*	2005	2010
Piemonte	204.082	166.312	526.316	478.147	153.846	147.059	123.393	143.560
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	n.a.	119.000	121.951	n.a.	n.d.	121.951	119.000	127.836
Lombardia	212.766	253.811	625.000	597.203	208.333	158.730	178.113	175.802
Bolzano-Bozen	238.095	154.000	238.095	462.000	238.095	117.647	115.500	206.163
Trento	500.000	n.a.	n.a.	n.a.	500.000	500.000	n.a.	n.a.
Veneto	256.410	265.641	357.143	645.129	175.439	149.254	188.163	204.891
Friuli Venezia Giulia	133.333	150.125	303.030	200.167	91.743	92.593	85.786	112.222
Liguria	312.500	273.667	526.316	547.333	232.558	196.078	182.444	179.454
Emilia-Romagna	344.828	139.206	500.000	448.554	185.185	204.082	106.237	244.749
Toscana	222.222	128.733	357.143	482.749	123.457	136.986	101.631	155.598
Umbria	212.766	173.498	416.667	433.746	140.845	140.845	123.927	150.465
Marche	116.279	123.185	500.000	1.478.225	86.957	94.340	113.710	111.485
Lazio	322.581	326.474	476.190	522.359	212.766	192.308	200.907	196.381
Abruzzo	128.205	252.654	185.185	421.090	142.857	75.758	157.909	95.665
Molise	161.290	165.000	161.290	330.000	81.967	80.645	110.000	106.681
Campania	333.333	381.685	384.615	687.033	227.273	178.571	245.369	208.022
Puglia	833.333	323.750	588.235	555.000	526.316	333.333	204.474	272.329
Basilicata	200.000	590.000	588.235	590.000	204.082	149.254	295.000	196.198
Calabria	166.667	295.173	n.a.	688.736	256.410	166.667	206.621	182.664
Sicilia	500.000	230.559	333.333	724.613	204.082	200.000	174.906	210.155
Sardegna	333.333	1.732.000	1.666.667	n.a.	555.556	270.270	1.732.000	272.768
<b>Italia</b>	<b>256.410</b>	<b>231.287</b>	<b>454.545</b>	<b>573.769</b>	<b>188.679</b>	<b>163.934</b>	<b>164.840</b>	<b>181.935</b>

\*Dato stimato.

n.a. = non applicabile (non sono presenti DEA in regione).

n.d. = non disponibile.

**Fonte dei dati:** Commissione Igiene e Sanità del Senato. Anno 2011 - Ministero della Salute. Anno 2007 - Rapporto Osservasalute. Anni 2003, 2005.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il potenziamento del sistema di emergenza ed accettazione rappresentava uno degli obiettivi strategici del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 per far fronte al progressivo aumento della domanda di prestazioni e la necessità di garantire adeguati standard di qualità.

Spettava alle Regioni, in attuazione di specifiche norme nazionali che definiscono i macrolivelli assistenziali e gli obiettivi del sistema, definire le modalità organizzative in relazione alle specifiche esigenze territoriali, salvaguardando alcuni requisiti di uniformità in tutto il territorio nazionale.

Tuttavia, ancora nel 2010, appaiono immediatamente evidenti alcune lacune "di sistema", a cominciare dai dati sui bacini d'utenza dei DEA: a fronte di una presenza media nazionale per abitante dei DEA accettabile, appaiono poco giustificabili i dati sul bacino di utenza di alcuni DEA a livello regionale, che vanno da un minimo di 1 DEA ogni 95.000 abitanti in Abruzzo, fino ad 1 DEA ogni 280 mila abitanti in Sardegna.

Con riferimento ai dati presentati in Tabella 1, valori troppo bassi fanno temere che i DEA non siano stati attivati in maniera adeguata ai bisogni, viceversa valori troppo elevati possono indicare un eccessivo

dispendio di risorse rispetto alla casistica da trattare. Dal punto di vista della programmazione dell'offerta di servizi, desta particolare preoccupazione quanto rilevato dall'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza effettuata tra il 2008-2010 dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato in cui si specifica che "[...] Su base nazionale solo il 47% dei DEA è stato realizzato tenendo conto dei dati territoriali, demografici e/o epidemiologici; alcune Regioni, come Calabria e Campania, rispondono negativamente nel 100% dei casi. Questo significa che molto frequentemente la programmazione sanitaria non viene effettuata in base ai reali bisogni, bensì in funzione di altri fattori, che si possono purtroppo agevolmente immaginare".

### Riferimenti bibliografici

(1) Commissione Igiene e Sanità del Senato: Indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza. Aprile 2011.

(2) Ministero della Salute: Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118" - Rilevazione nazionale Anno 2005. Luglio 2007.

(3) Rapporto Osservasalute. Anno 2003.

(4) Rapporto Osservasalute. Anno 2005.

## Elisoccorso

**Significato.** L'elisoccorso rappresenta un'importante risorsa del sistema di emergenza/urgenza sanitaria, permettendo il trasporto del paziente critico in piena sicurezza e senza interruzione dell'assistenza, con il vantaggio della copertura anche di zone non raggiungibili altrimenti via terra. Spetta alla centrale operativa coordinare, nell'ambito di tutto il sistema, l'attività delle eliambulanza, sulla base di protocolli condivisi a livello regionale o di Provincia Autonoma.

L'elisoccorso svolge sia attività di soccorso vero e proprio, o interventi di tipo "primario" che prevedono il

trattamento e l'eventuale trasferimento del paziente dal luogo in cui si è verificato l'evento acuto al presidio ospedaliero più idoneo, sia il trasporto assistito tra strutture ospedaliere, anche programmabile, garantendo la continuità assistenziale. Inoltre, l'impiego di aeromobili è previsto anche in caso di salvataggio, soccorso e trasporto nelle emergenze di massa, necessità di trasporto urgente di sangue, plasma e loro derivati, antidoti, farmaci rari, *équipe* e materiale a fini di prelievo o trapianto d'organi o tessuti.

### Tasso di basi di elisoccorso

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Basi di elisoccorso}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

### Densità di basi elisoccorso sul territorio

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Basi di elisoccorso}}{\text{Superficie regionale (Km}^2\text{)}} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** Le Linee Guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero del febbraio 2005, definiscono i parametri per l'identificazione del numero delle basi necessarie a livello regionale, che non potrà prescindere dalla valutazione della morfologia territoriale, della densità demografica e dei flussi turistici e della dislocazione e potenzialità della rete ospedaliera.

Inoltre, la normativa precisa che, in ogni caso, il soccorso sanitario primario deve essere garantito nell'ambito di un tempo non superiore a 20 minuti di volo.

Per far fronte ad esigenze legate sia alla distribuzione della popolazione che all'estensione del territorio, il numero di basi è posto in relazione al bacino d'utenza ed alla superficie regionale. Viene, inoltre, specificato il numero di basi predisposte al volo notturno che, come evidenziato nelle Linee Guida, consentono una migliore integrazione della rete di emergenza con la rete ospedaliera sul territorio.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esiste una precisa indicazione per il numero di basi di elisoccorso nella normativa nazionale, che si limita a definirne i parametri per la distribuzione sul territorio.

### Descrizione dei risultati

Nel 2005, a livello nazionale erano presenti 44 basi di elisoccorso di cui solo 5 attrezzate per il volo notturno.

Rispetto ai dati del 2004 riportati nel Rapporto Osservasalute 2005 (45 basi di cui 7 attrezzate per il volo notturno nel 2004), entrambi i valori sono diminuiti. Analizzando la situazione delle singole regioni, in entrambi gli anni Piemonte e Lombardia presentano il maggior numero di basi (5), seguite dalla Sicilia (4). Ne sono, invece, totalmente prive l'Umbria, il Molise e la Sardegna nel 2004, alle quali si aggiunge la Puglia nel 2005. Nel 2005 il numero di basi di elisoccorso si è lievemente ridotto in Valle d'Aosta e nelle PA di Bolzano e Trento, mentre è aumentato in Liguria, Emilia-Romagna e Basilicata.

Per quanto riguarda il numero di basi abilitate anche al volo notturno soltanto la Sicilia (che già ne possedeva 2 nel 2004), la Toscana ed il Lazio ne sono dotate; quelle che nel 2004 erano presenti nella PA di Bolzano ed in Campania non risultano più attive nel 2005. Tutte le restanti regioni non hanno nemmeno una base attrezzata.

Valutando il rapporto tra numero di basi e popolazione (0,1 basi per 100.000 abitanti) ed il rapporto basi e superficie (0,1 per 1.000 km<sup>2</sup>) a livello nazionale, si osserva che le singole regioni si distribuiscono in modo piuttosto uniforme rispetto alla media; unica eccezione è la Valle d'Aosta con un numero di basi rispetto al bacino di utenza pari a 0,8 (per 100.000) e la Liguria con un numero di basi per superficie pari a 0,4 (per 1.000 km<sup>2</sup>).

**Tabella 1** - Basi elisoccorso e basi attrezzate (valori assoluti e distribuzione per 100.000) per il volo notturno e superficie (per 1.000 km<sup>2</sup>) occupata per regione - Anni 2004-2005

Regioni	N basi elisoccorso		N basi attrezzate per volo notturno		Tasso basi di elisoccorso		Superficie occupata da basi di elisoccorso	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Piemonte	5	5	0	0	0,1	0,1	0,2	0,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2	1	0	0	1,6	0,8	0,6	0,3
Lombardia	5	5	0	0	0,0	0,0	0,2	0,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	3	2	1	0	0,6	0,4	0,4	0,3
<i>Trento</i>	2	1	0	0	0,4	0,2	0,3	0,2
Veneto	3	3	0	0	0,1	0,1	0,2	0,2
Friuli Venezia Giulia	1	1	0	0	0,1	0,1	0,1	0,1
Liguria	1	2	0	0	0,1	0,1	0,2	0,4
Emilia-Romagna	3	4	0	0	0,1	0,1	0,1	0,2
Toscana	3	3	1	1	0,1	0,1	0,1	0,1
Umbria	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Marche	1	1	0	0	0,1	0,1	0,1	0,1
Lazio	3	3	1	1	0,1	0,1	0,2	0,2
Abruzzo	2	2	0	0	0,1	0,2	0,2	0,2
Molise	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Campania	2	2	1	0	0,0	0,0	0,1	0,1
Puglia	1	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Basilicata	1	2	1	0	0,2	0,3	0,1	0,2
Calabria	3	3	0	0	0,1	0,1	0,2	0,2
Sicilia	4	4	2	3	0,1	0,1	0,1	0,2
Sardegna	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Italia</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>

**Fonte dei dati:** Rapporto Osservasalute. Anno 2005 - Ministero della Salute. Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118". Rilevazione nazionale Anno 2005. Luglio 2007.

### Raccomandazioni di Osservasalute

A causa dei limiti meteorologici, degli elevati costi e dei rischi sia per gli equipaggi sanitari che per i pazienti, il servizio elisoccorso risulta integrativo e non sostitutivo dei più tradizionali sistemi del soccorso. Tuttavia, negli ultimi anni il suo utilizzo nelle attività di emergenza è diventato sempre più frequente, per l'estrema versatilità e la possibilità di operare in tempi ristretti su un vasto territorio e di assicurare l'intervento tempestivamente (entro 20 minuti) su di un raggio di circa 70-80 Km dalla base, con la disponibilità di idonee apparecchiature di rianimazione.

In merito alle potenzialità del sistema di elisoccorso, l'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza effettuata tra il 2008-2010 dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato, è arrivata alle seguenti conclusioni: "[...] L'elisoccorso è ancora oggi non sufficientemente rappresentato sul territorio nazionale e frenato dai limiti tecnologici per quanto attiene il volo notturno o comunque "strumentale". [...] Si rileva altresì l'inadeguatezza dell'attuale normativa ENAC, in merito alla regolamentazione delle piazzole ed alle

caratteristiche degli elicotteri, in relazione alle concrete esigenze dell'elisoccorso, tale da rendere assai problematico e costoso, nonché sanitariamente poco efficace, l'utilizzo delle elisuperfici. [...] Sono stati evidenziati i limiti operativi dell'elisoccorso legati all'impossibilità di curare ad alta quota ed all'incapacità degli elicotteri di volare in assenza di visibilità con il solo supporto strumentale. In proposito sono state illustrate le prospettive evolutive degli apparecchi di nuova generazione, come il convertiplano, che potrebbe essere utilizzato nel campo dell'elisoccorso in modo da consentire la navigazione strumentale autonoma. [...] È necessario predisporre un piano di interconnessione per l'elisoccorso al fine di ottimizzare la rete *hub and spoke* a livello regionale, nazionale ed anche internazionale, nonché l'adeguamento dei relativi regolamenti di navigazione".

### Riferimenti bibliografici

- (1) Rapporto Osservasalute. Anno 2005.
- (2) Linee Guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero. Febbraio 2005.
- (3) Ministero della Salute. Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118" - Rilevazione nazionale Anno 2005. Luglio 2007.

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

Prof. Americo Cicchetti, Dott.ssa Anna Ceccarelli, Dott.ssa Veronica Inzillo

Negli ultimi anni si sta assistendo ad un'importante evoluzione della medicina generale in cui il Medico di Medicina Generale (MMG), nel suo ruolo di primo contatto con il sistema sanitario da parte del cittadino e della sua famiglia e di osservatore dello stato epidemiologico e sociale della popolazione assistita, rappresenta il soggetto privilegiato per la costruzione di un sistema di conoscenze dei bisogni che è parte fondamentale del processo di cura, in modo integrato e della formazione della committenza. Infatti, coerentemente con gli obiettivi fissati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per lo sviluppo dell'assistenza primaria, la medicina generale sta passando da un modello di lavoro di tipo strettamente individuale (la pratica in solo), ad un modello in associazione, nel quale prevale la logica del lavoro in *team* attraverso l'utilizzo di modelli organizzativi sempre più complessi ed evoluti.

In tal senso l'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 2000 (ACN-DPR 270/2000), rappresenta il primo "tassello" verso una riorganizzazione della medicina generale. Infatti, pur lasciando libertà alle Regioni e PA nell'organizzazione dell'assistenza primaria e nell'individuazione di ulteriori modalità organizzative, definisce per la prima volta obiettivi e forme organizzative delle associazioni tra medici prevedendo l'associazione semplice, l'associazione in gruppo e l'associazione in rete (art. 40 co. 3), e incentivandone finanziariamente l'attuazione (vedi Rapporto Osservasalute 2008 per maggiori dettagli). Successivamente l'ACN del 2005, ribadendo l'importanza del gruppo e della rete intende dare un maggiore impulso all'associazionismo tra MMG, considerandolo funzionale alle scelte di programmazione sanitaria regionale realizzate nel contesto distrettuale, introducendo le équipe territoriali e le unità territoriali per l'assistenza primaria (UTAP), (vedi Rapporto Osservasalute 2008 per maggiori dettagli). Infine, l'ultimo Accordo siglato (ACN 29 luglio 2009), prevede oltre alle forme associative obbligatorie (artt. 26, 26 bis e 26 ter), sia le équipe territoriali sia le UTAP. A queste si aggiungono due nuove modalità associative, sempre obbligatorie (artt. 26 bis e ter): le aggregazioni funzionali e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Vi sono, dunque, tre forme associative obbligatorie (équipe territoriale, aggregazioni funzionali e UCCP) la cui declinazione pratica delle modalità operative e delle implicazioni organizzative, nonché delle specificità assistenziali (stante comunque l'apertura 24 ore su 24 delle UCCP) è affidata agli Accordi Integrativi Regionali (Tabella 1).

I dati proposti sintetizzano alcune caratteristiche organizzative della medicina generale e mostrano, su un arco di tempo quadriennale (2007-2010) quanto le singole regioni abbiano recepito gli ACN del 2000 e del 2005 con particolare riferimento allo sviluppo delle forme di associazionismo tra MMG (escludendo i Pediatri di Libera Scelta). Tuttavia, i dati a disposizione non permettono 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, i dati rilevati presso le regioni non consentono 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.

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 e 2010 hanno diffusione disomogenea sul territorio. In particolare, si evidenziano due fenomeni. In primo luogo, sia a livello nazionale che in tutte le regioni e Province Autonome si registra una netta riduzione del numero di MMG in associazione semplice (coerentemente con quanto sancito dall'ACN del 2005 e da alcuni Accordi Integrativi Regionali-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. Tale trend si riscontra anche nel caso dei medici che operano in solo o in forme associative diverse da quelle indagate (Tabella 2 colonna MMG Altro). Infatti, ad eccezione di Lombardia, PA di Trento, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana in cui sono diffuse forme associative più o meno complesse ma non inquadrabili nelle tre forme prefissate, in tutte le altre regioni vi è stata una riduzione di questa categoria, che sta ad indicare il progressivo superamento della medicina in solo. Il secondo fenomeno, strettamente correlato al primo, riguarda il sostanziale incremento, registrato sia a livello nazionale sia in tutte le regioni e Province Autonome, della quota di medici che operano nelle forme associative relative al gruppo e alla rete. Tale trend è verosimilmente imputabile alla migrazione da parte dei medici che precedentemente operavano in forma semplice verso modalità organizzative più complesse.

In tal senso, una recente indagine (2011) svolta dal Centro studi della FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) mostra come in Italia si stiano progressivamente diffondendo - ancorché in modo eterogeneo - i modelli di aggregazione professionale in assistenza primaria. In particolare, dallo studio emerge come le Aggregazioni Funzionali (AF), o altre simili modalità organizzative della medicina generale, siano ormai realtà nel 90% del territorio del Centro-Italia. Ma ancora scarsa è la loro diffusione nel resto d'Italia, raggiungendo quota 46% al Nord e solamente 20% al Sud. Laddove sono presenti coinvolgono percentuali elevate di Medici di Medicina Generale: in molti casi fino alla loro totalità. Molto meno frequenti, invece, risultano essere le UCCP o altri modelli a queste riconducibili. Come per le AF, le UCCP sono più diffuse al Centro (37%) e meno nel Sud (8%). E anche laddove esistono, coinvolgono meno MMG (meno del 10% nel 62% dei casi). L'indagine evidenzia che sia le AF che le UCCP offrono la possibilità di migliorare i livelli assistenziali orientando maggiormente l'attenzione verso l'organizzazione, l'accessibilità e la medicina di iniziativa.

**Tabella 1** - *Forme di associazionismo medico previste dall'Accordo Collettivo Nazionale 2009*

<b>Aggregazioni funzionali territoriali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- unità organizzativa elementare a cui afferiscono i medici dell'area della medicina generale;</li> <li>- sistema di relazioni fra MMG estremamente flessibile, che potrà essere configurato in qualsiasi modello erogativo;</li> <li>- coinvolgono tutti i medici di famiglia, raggruppandoli in legami funzionali, su progetti specifici, quali la domiciliarità o i percorsi diagnostico-terapeutici;</li> <li>- sono formate indicativamente da 10/20 medici di MMG;</li> <li>- bacino di riferimento: 15-30.000 cittadini;</li> <li>- integrano la propria attività con quella di altri professionisti convenzionati del territorio, di altre professionalità e dell'ospedale, nell'ambito di organizzazioni che l'ACN ha chiamato "Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)".</li> </ul>
<b>Unità Complesse di Cure Primarie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sono formate da un insieme di MMG, Pediatri e Specialisti;</li> <li>- possono essere definite come una "squadra allargata" di professionisti che svolgono ciascuno i propri compiti, ma hanno una <i>mission</i> comune;</li> <li>- non hanno una configurazione predeterminata: possono avere una sede unica, ovvero delle sedi periferiche che fanno riferimento ad una sede principale in cui vengono raggruppate alcune attività e le tecnologie;</li> <li>- sono formate indicativamente da 15 max 25 professionisti;</li> <li>- bacino di riferimento indicativo: 15-25.000 cittadini.</li> </ul>
<b>Èquipe territoriali (formalmente introdotte con l'ACN del 2005)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- operano a livello infradistrettuale;</li> <li>- sono un accorpamento funzionale di MMG, PLS, medici di continuità assistenziale e operatori di strutture sanitarie, medici specialisti dei dipartimenti territoriali e ospedalieri, unità valutative di supporto;</li> <li>- aggiungono alla rete altre professionalità, eroganti prestazioni sociali a rilevanza sanitaria ed assistenza specialistica ambulatoriale (non necessariamente convenzionata interna);</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>
<b>Unità Territoriali di Assistenza Primaria (formalmente introdotte con l'ACN del 2005)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sono sperimentazioni gestionali;</li> <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, medici di continuità assistenziale, PLS, specialisti) operanti in un'unica sede;</li> <li>- garantiscono la continuità assistenziale h24 e 7 giorni su 7;</li> <li>- bacino di riferimento: 10-20.000 abitanti.</li> </ul>

**Tabella 2** - Distribuzione percentuale di MMG in associazione per regione - Anni 2007, 2008, 2010

Regioni	MMG associazione semplice			MMG associazione in gruppo			MMG associazione in rete			MMG altro		
	2007	2008	2010	2007	2008	2010	2007	2008	2010	2007	2008	2010
Piemonte	47	47	28	18	18	29	0	19	30	35	16	13
Valle d'Aosta	23	51	0	11	6	21	0	0	37	65	43	42
Lombardia	27	0	13	19	20	23	22	27	33	31	53	31 <sup>(a)</sup>
Bolzano-Bozen	0	0	0	23	20	28	0	2	15	77	77	57
Trento	14	0	0	23	26	26	17	25	27	44	49	47 <sup>(b)</sup>
Veneto	54	43	32	17	30	30 <sup>(c)</sup>	2	8	11	26	19	27 <sup>(d)</sup>
Friuli Venezia Giulia	31	19	12	4	18	18	7	25	32	58	38	38
Liguria	25	0	0	34	42	47	13	22	26	28	35	27
Emilia-Romagna	11	7	3	26	31	38	34	36	41	30	27	19
Toscana	34	31	13	34	31	29	2	3	3	30	36	55 <sup>(e)</sup>
Umbria	31	31	18	35	35	48	5	5	11	29	29	24
Marche	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lazio	16	16	4	33	33	38	17	17	38	34	34	20
Abruzzo	21	6	4	20	6	23	25	9	44	35	79	30
Molise	47	46	41	5	11	14	6	11	12	42	32	32
Campania	18	0	15	14	9	25	36	8	40	32	82	20
Puglia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Basilicata	55	48	44	14	14	19	12	12	34	19	26	3
Calabria	n.d.	n.d.	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.	n.d.	n.d.
Sardegna	43	45	23	16	15	21	5	8	24	36	32	32
<b>Italia</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>29</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>28</b>	<b>33</b>	<b>41</b>	<b>28</b>

n.d. = non disponibile.

(a) di cui il 4% opera in strutture complesse.

(b) di cui il 37% svolge attività di assistenza periferica complessa.

(c) di cui il 4% opera in un gruppo integrato.

(d) di cui il 19% opera in UTAP.

(e) di cui il 24% opera in altre forme associative previste dall'Accordo Integrativo Regionale.

**Fonte dei dati:** Elaborazione degli autori. Anno 2011 - Rapporto Osservasalute. 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 ai sensi dell'art. 8 del d. lgs N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni.
- (3) Accordo Collettivo Nazionale del 29 luglio 2009 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.
- (4) Rapporto Osservasalute Anno 2008.
- (5) Quotidianosantità, 05/10/11. Medicina generale. Aumentano le "aggregazioni funzionali", ma a Nord e Sud vanno lente.