

Assetto istituzionale-organizzativo

Il Rapporto Osservasalute ogni anno analizza e monitora l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano, attualmente, i Servizi Sanitari Regionali. In particolare, il presente Capitolo si sofferma sull'analisi del personale - dipendente e convenzionato - del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), proponendo un aggiornamento degli indicatori presentati nelle scorse Edizioni; viene, inoltre, analizzato l'utilizzo di Internet da parte delle strutture di assistenza sanitaria, quale strumento di trasparenza ed informazione attiva nei confronti del cittadino, assecondando l'evoluzione del sistema verso una sempre maggiore *accountability* e *patient centredness*. Infine, vengono presentati due approfondimenti: il primo relativo ad una *survey* sul proco delle tecnologie biomediche installate in Italia curata dall'Associazione Italiana Ingegneri Clinici (AIIC) e il secondo relativo alla diffusione della metodica del bilancio sociale nelle Aziende Sanitarie italiane che si riferisce ad un Progetto che sta curando l'Alta Scuola di Economia e *Management* dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Relativamente al primo aspetto, le risorse umane svolgono un ruolo cruciale all'interno del SSN sia per il ruolo ricoperto all'interno del sistema, sia per l'impatto che rappresentano in termini economici (circa il 31% della spesa sanitaria pubblica solo per il personale dipendente): sono presentati oltre agli aspetti di natura economica, quali la spesa pro capite grezza e pesata per personale dipendente del SSN, importanti aspetti di natura programmatica, in particolare la demografia del personale e il tasso di compensazione del *turnover*, per il personale dipendente del SSN, e il tasso di Medici di Medicina Generale, di Pediatri di Libera Scelta e di Medici di Continuità Assistenziale.

Per quanto riguarda il secondo aspetto, le applicazioni *online* che permettono un elevato livello di interazione tra il sito *web* e l'utente come i *blog*, le piattaforme di condivisione di media, ad esempio *YouTube*, i *social network* come *Facebook* e *Twitter* sono sempre più diffuse; si è, pertanto, analizzato per il 2014 il grado di utilizzo di questi strumenti di comunicazione con il cittadino da parte delle Aziende Sanitarie. Inoltre, quest'anno il Capitolo fa anche una fotografia dell'accessibilità alle informazioni e ai servizi da parte di cittadini stranieri, andando a rilevare la disponibilità di siti Internet di Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e Policlinici Universitari in lingua diversa dall'italiano.

Infine, relativamente ai *Box* presentati, il primo è relativo ad una *survey* dell'AIIC sulla stima dello "stato di salute" del parco tecnologico complessivo installato in Italia, con particolare riferimento ad alcune apparecchiature elettromedicali, lanciata con l'intento di approfondire quanto non rilevato dalla maggior parte dei flussi informativi, in riferimento alla raccolta di informazioni sulle apparecchiature, che si sono prevalentemente concentrati sulle grandi apparecchiature ed, in particolare, sulle nuove acquisizioni. Il secondo, si concentra sulla rendicontazione sociale nelle Aziende Sanitarie ed in particolare sul grado di diffusione di questa attività nelle aziende e sulla tipologia di approccio adottato tra quelli riconosciuti a livello internazionale.

Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. Nel 2012, i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono 673.414, di cui il 69,8% è costituito da personale dirigente e dal comparto afferente ai ruoli sanitari. Al fine di poter programmare con anticipo il fabbisogno di personale occorre considerare la struttura per età del personale stesso.

L'obiettivo del presente indicatore è quello di rappresentare la struttura demografica del personale dipendente del SSN su un arco di tempo quadriennale (2009-2012). 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 quadriennio 2009-2012 e sono quelli acquisiti dalle strutture con il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001¹. 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 2012, il personale dipendente del SSN è composto prevalentemente (76,4%) da persone di età compresa tra i 40-59 anni (Grafico 1). Inoltre, i dati mostrano come sia più elevata la quota di personale di età ≥ 60 anni (6,2%) rispetto a quella di età < 30 anni (2,6%). A livello regionale, su quest'ultimo aspetto, si registrano interessanti differenze territoriali: nel Nord il personale è mediamente più giovane rispetto al resto del Paese, infatti la percentuale di personale di età < 30 anni (in particolare in Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto) è più elevata in questa area del Paese, mentre la componente di personale di età ≥ 60 anni è più alta nel Centro-Sud ed Isole (in particolare in Campania, Sicilia, Lazio e Puglia).

L'analisi per genere mostra che, nel 2012, le donne rappresentano il 65,13% del personale dipendente, mentre gli uomini il 34,87%. Per quanto riguarda, infatti, il personale di età < 60 anni, le donne sono più numerose degli uomini in tutte le classi di età considerate (0-29, 30-39, 40-49 e 50-59 anni). A livello regionale questa ultima statistica è confermata in tutte le regioni tranne che per il Molise, la Campania, la Calabria e la Sicilia. Al di là del divario Nord-Sud ed Isole, 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). Inoltre, il personale dipendente del SSN di genere femminile risulta essere, in media, più giovane di quello maschile; a livello nazionale le donne < 40 anni sono il 19,55% del totale delle donne dipendenti del SSN (22,56% per il Nord, 19,74% per il Centro e 12,14% per il Sud ed Isole). Questa percentuale diviene il 13,43% se si guarda ai dipendenti di genere maschile (18,76% per il Nord, 14,14% per il Centro e 7,65% per il Sud ed Isole).

Come trend, tra il 2009-2012 (Grafico 4), a fronte di un aumento di 1,37 punti percentuali del personale di 60 anni ed oltre, nella fascia di età 0-29 anni si è registrato un decremento di 0,55 punti percentuali. Se si considerano le classi di età più ampie e cioè 0-39 e 50 anni ed oltre, si evince come, a fronte di una forte riduzione del personale di età 30-39 anni (-3,85 punti percentuali), vi è stato un forte aumento del personale di età > 50 anni (+3,83 punti percentuali), andando a determinare un forte squilibrio generazionale nel personale dipendente del SSN.

Analizzando la situazione per aree geografiche, con riferimento alla variazione nelle classi 0-29 anni e 60 anni ed oltre, emerge come, rispetto alle regioni del Nord e del Centro, che comunque presentano una variazione negativa di personale di età < 29 anni a fronte di un aumento di personale di età ≥ 60 anni (per le regioni del Nord il differenziale tra le due classi di età è di 0,54 punti percentuali, mentre per le regioni del Centro il differenziale è di 0,13 punti percentuali), quelle meridionali presentano un differenziale tra queste due classi di età di 1,85 punti percentuali.

Prendendo in esame, invece, la struttura per classe di età del solo personale medico del SSN (nel 2012 il personale medico è stato il 16,18% del totale personale SSN), a livello nazionale i medici compresi tra i 50-59

¹Gli 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.

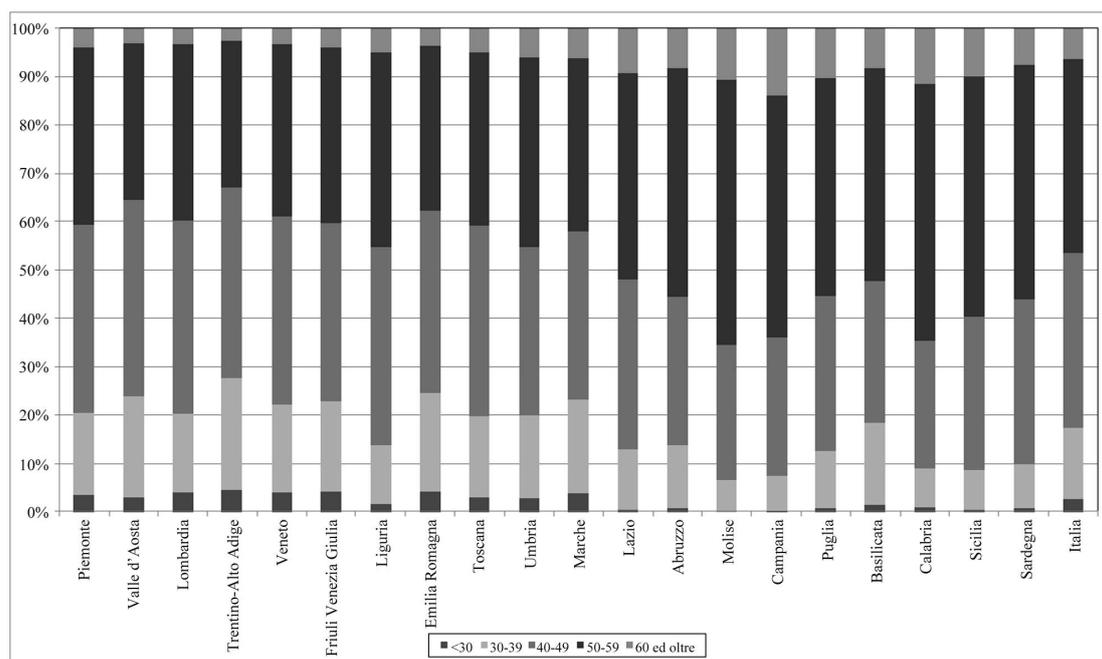
anni sono il 50,3% (percentuale quasi invariata rispetto al 2009), mentre quelli compresi tra i 40-49 anni sono il 24,65% (nel 2009 erano il 27,91%). Proprio in quest'ultima fascia di età (40-49 anni) si è registrato, sia a livello nazionale (Grafico 5) che nelle tre macroaree geografiche Nord, Centro, Mezzogiorno, il calo di unità più importante nel periodo 2009-2012 (-3,27 punti percentuali a livello nazionale, -2,91 punti percentuali al Nord, -1,95 punti percentuali al Centro e -4,62 nel Mezzogiorno).

Tuttavia, a differenza del trend evidenziato precedentemente per il personale dipendente del SSN nel suo complesso, per i medici tra il 2009 e il 2012 si evidenzia un incremento sia del personale di età 30-39 anni (0,74%), sia del personale di età ≥ 60 anni (4,06%). Prendendo, invece, in considerazione il personale di età compresa tra i 50-59 anni di età, si registra un decremento dell'1,52%.

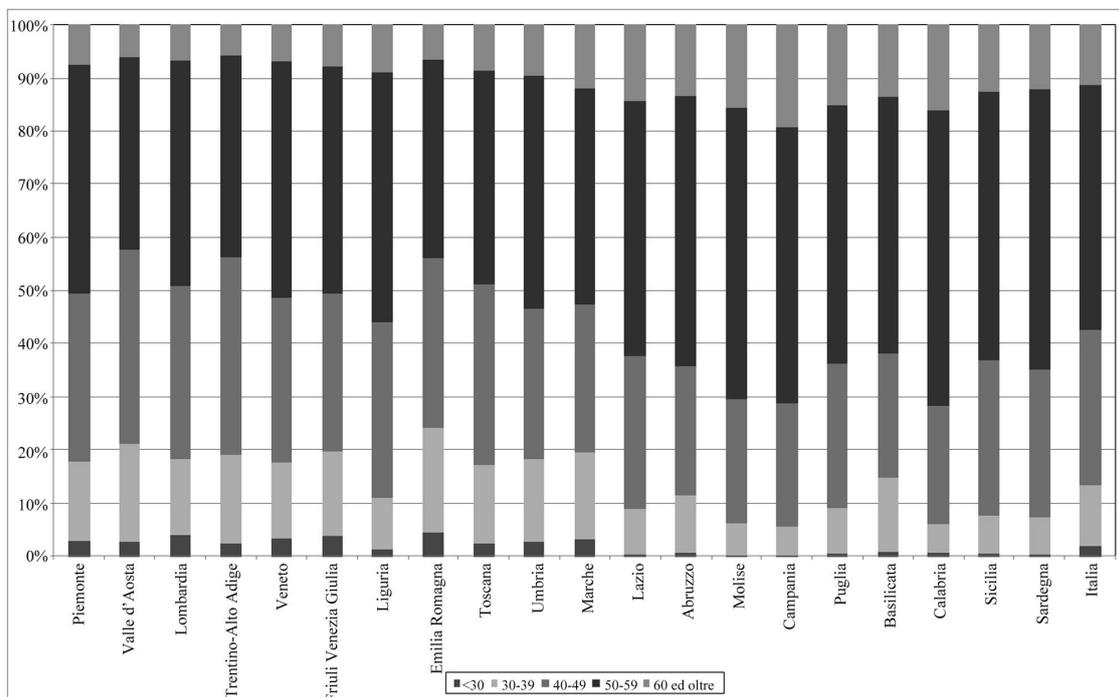
Esaminando, invece, la struttura per classe di età del solo personale infermieristico (Grafico 6) del SSN (nel

2012 il personale infermieristico è stato il 40,38% del totale personale SSN), a livello nazionale gli infermieri di età tra i 40-49 anni sono il 43,63% del totale degli infermieri dipendenti del SSN (nel 2009 erano il 39,36%). A differenza di quanto evidenziato per il personale dipendente del SSN nel suo complesso e per il personale medico dipendente del SSN, in questa classe di età si registra, quindi, un aumento di unità. Gli infermieri compresi, invece, nelle classi di età 50-59 anni e 30-39 anni sono, rispettivamente, il 29,63% ed il 19,89% del totale (nel 2009 erano il 25,52% ed il 27,63%). I dati rappresentati nel Grafico 6 confermano che il calo più significativo di unità si è verificato, sia a livello nazionale che nelle macroaree geografiche (in ordine decrescente: Nord, Mezzogiorno e Centro), nella classe di età 30-39 anni. Al contrario, vi è stato un aumento di personale infermieristico nelle classi di età 40-49, 50-59 e 60 anni ed oltre (4,27 punti percentuali, 4,10 punti percentuali e 0,51 punti percentuali, rispettivamente a livello nazionale).

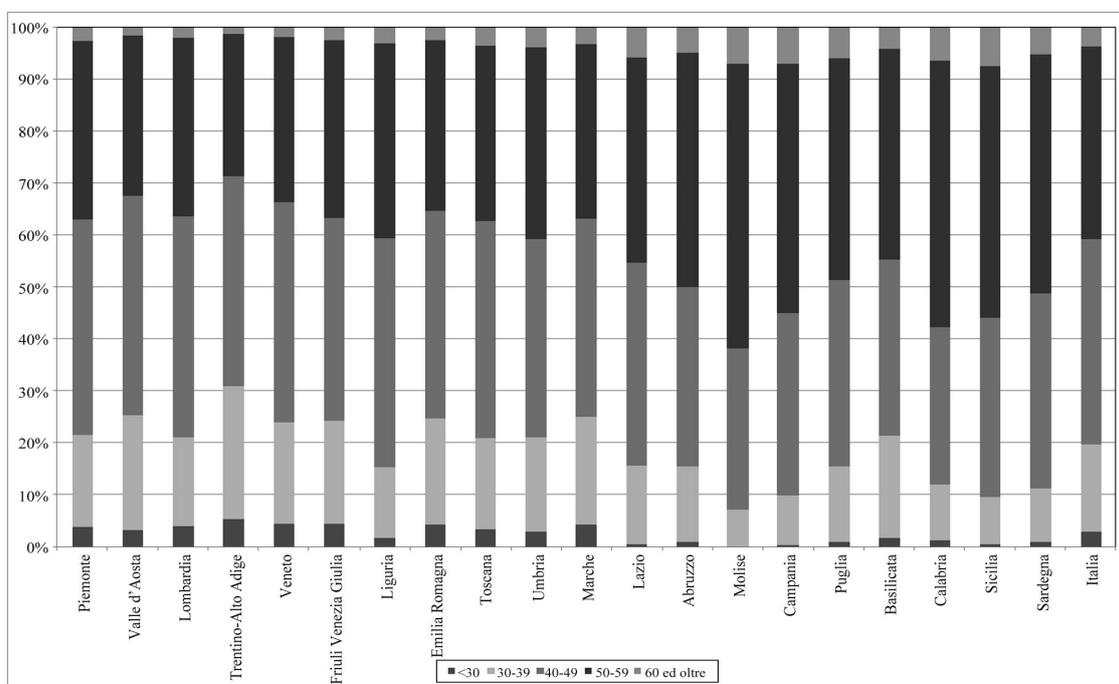
Grafico 1 - Percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione - Anno 2012



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 2012.

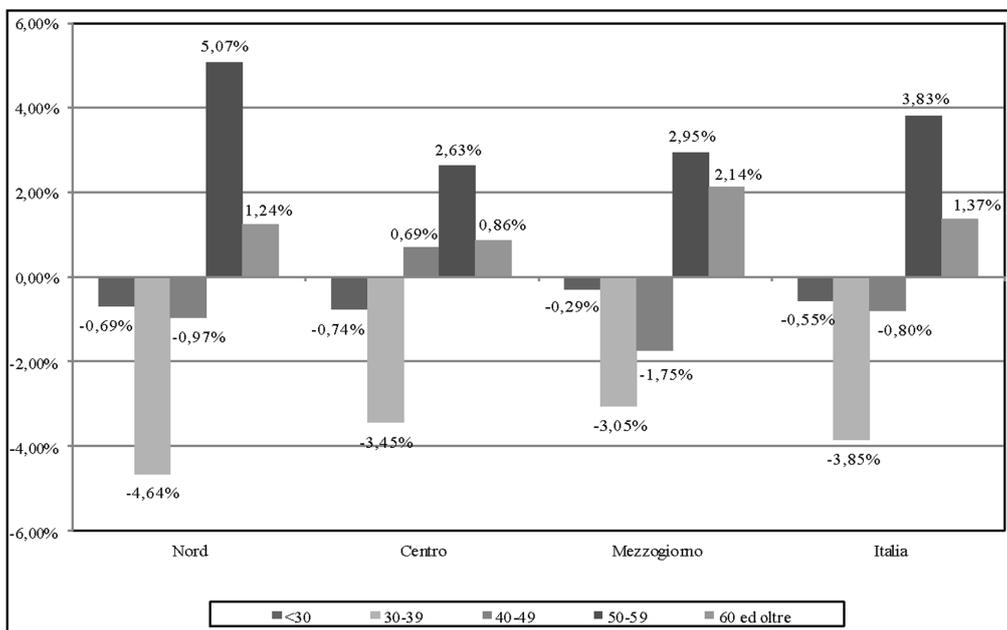
Grafico 2 - Percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione. Maschi - Anno 2012

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 2012.

Grafico 3 - Percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e regione. Femmine - Anno 2012

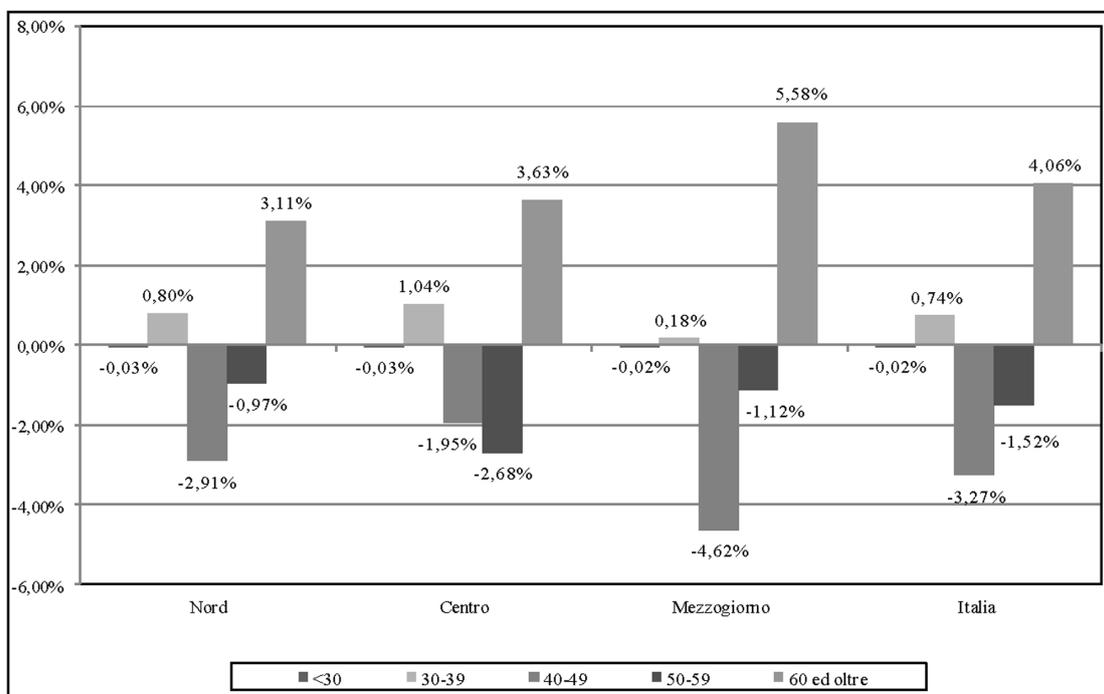
Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2012.

Grafico 4 - *Variazione percentuale della distribuzione del personale dipendente del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2009-2012*



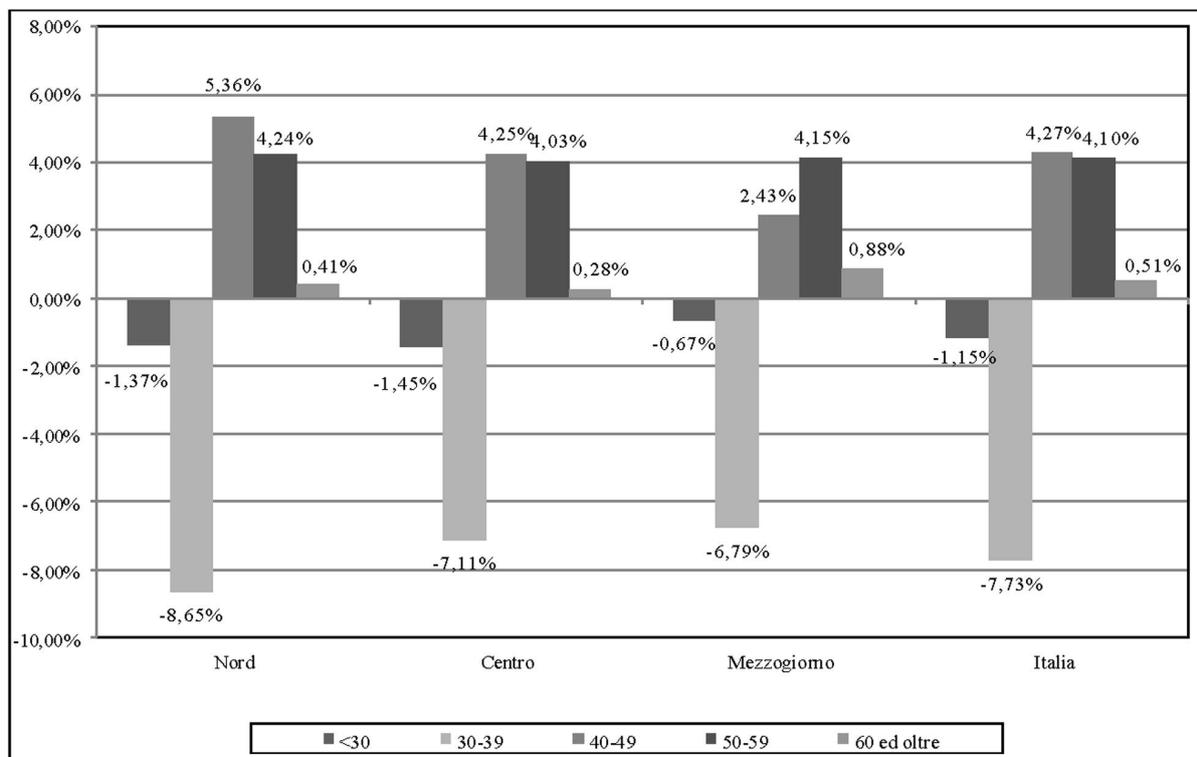
Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2012.

Grafico 5 - *Variazione percentuale della distribuzione del personale medico del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2009-2012*



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 2012.

Grafico 6 - *Variazione percentuale della distribuzione del personale infermieristico del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2009-2012*



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 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Così come sottolineato nel Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (2), siglato il 10 luglio 2014, nel quale si afferma di voler valorizzare le risorse umane del SSN ma senza maggiori oneri a carico della finanza pubblica, tra i tanti aspetti inerenti il personale del SSN il blocco del *turnover* per le regioni in Piano di Rientro vale solo fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello della verifica positiva. Sarà, quindi, interessante estendere l'analisi effettuata in modo da evidenziare, oltre alle differenze per genere,

l'impatto che questi nuovi accordi programmatici 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 ed Isole, gravate dal maggior peso della disoccupazione giovanile.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute (2010). Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.
- (2) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PA di Trento e Bolzano. Patto per la Salute 2014-2016. 10 luglio 2014.

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 considerazioni sul fabbisogno futuro. Tuttavia, poiché

un certo numero di assunzioni (che tecnicamente nel Conto Annuale viene chiamato "Entrati nel periodo") è legato in realtà a stabilizzazioni del personale con contratto a tempo determinato o di lavoratori socialmente utili, al fine di tenere conto di questo possibile fattore di confondimento, l'indicatore viene presentato al netto degli entrati nel periodo a seguito di stabilizzazioni.

Tasso di compensazione del turnover

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

Validità e limiti. I dati sono relativi al quadriennio 2009-2012 e sono quelli acquisiti dalle strutture, con il Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001¹.

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; 7. i licenziamenti (questo dato è disponibile solo per gli anni 2011-2012). Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

Valore di riferimento/Benchmark. Se il tasso di compensazione è >100, 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, i dati presentati in Tabella 1, mostrano come il tasso di compensazione del turnover, al netto delle procedure di stabilizzazione, sia in tutti e 4 gli anni presi a riferimento <100; ciò significa che, sostanzialmente, l'organico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha subito una contrazione. Analizzando il trend 2009-2012 si evince, inoltre, che

il tasso di compensazione si è costantemente ridotto nel periodo considerato, arrivando a segnare 68,9 punti percentuali nel 2012, circa 10 punti percentuali in meno rispetto all'anno precedente (78,2% nel 2011). Con il 2012, quindi, si è confermato il trend di marcata contrazione fatto registrare dal 2010 in poi. A livello regionale, si riscontra una forte eterogeneità del tasso di compensazione del turnover con unicamente 2 regioni (Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige) che mostrano nel 2012 valori >100. Negli anni 2010 e 2011, invece, le regioni che presentavano un valore >100 erano 4 (Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Toscana e Marche per il 2010 e Valle d'Aosta, Umbria, Abruzzo e Basilicata per il 2011) lasciando, quindi, intendere un ampliamento dell'organico del SSN in quelle regioni, indipendentemente dalle procedure di stabilizzazione.

Nel 2012 si riscontra, inoltre, un divario Nord-Sud ed Isole meno marcato rispetto agli anni precedenti: in passato al Nord il tasso di compensazione, sebbene <100, mostrava valori più elevati rispetto al Centro-Sud ed Isole; nel 2012, invece, la tendenza è confermata ma con un divario molto meno marcato rispetto agli anni precedenti (nel 2012 il tasso di compensazione è pari all'83,0% al Nord, al 52,2% al Centro ed al 46,1% al Sud ed Isole).

Da segnalare i tassi di compensazione del turnover di Lazio, Puglia, Campania, Molise e Calabria (rispettivamente, 24,0%, 23,7%, 23,2%, 7,7%, e 7,6%) tutti <25%. Tali valori sono probabilmente imputabili agli effetti derivanti dai Piani di Rientro in cui tutte le regioni del Meridione, ad eccezione della Basilicata, sono impegnate dal 2007-2008.

¹Gli 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 (per 100) di compensazione del turnover al netto delle procedure di stabilizzazione per regione - Anni 2009-2012

Regioni	2009	2010	2011	2012
Piemonte	152,0	94,4	43,3	92,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	108,2	226,5	103,2	136,8
Lombardia	83,9	80,8	94,6	59,1
Trentino-Alto Adige*	84,5	94,3	85,5	118,5
Veneto	90,6	90,1	79,3	69,0
Friuli Venezia Giulia	129,3	78,0	92,4	93,1
Liguria	103,0	61,7	89,9	51,3
Emilia-Romagna	123,9	111,2	83,8	83,0
Toscana	130,8	103,0	96,5	67,7
Umbria	113,2	75,7	108,7	96,1
Marche	123,4	100,3	91,3	58,6
Lazio	56,2	37,7	25,0	24,0
Abruzzo	24,0	96,5	131,0	90,6
Molise	44,9	75,4	6,5	7,7
Campania	95,4	27,6	69,9	23,2
Puglia	63,7	66,2	40,0	23,7
Basilicata	99,8	48,0	130,8	52,1
Calabria	83,8	27,4	65,6	7,6
Sicilia	96,0	76,6	89,8	95,3
Sardegna	154,6	76,5	80,0	75,5
Italia	96,8	81,9	78,2	68,9

*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 2009-2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Alla luce della forte inversione di tendenza osservata nel 2010 e confermata sia nel 2011 che nel 2012 rispetto al biennio 2008-2009, si raccomanda il monitoraggio di questo indicatore nei prossimi anni.

Riferimenti bibliografici

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

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'inden-

nità per il personale universitario.

L'obiettivo dell'indicatore è documentare il costo per questo fattore produttivo che assorbe una quota rilevante della spesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

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 SSN deriva dai dati che ogni Azienda Sanitaria è tenuta ad inviare al Ministero della Salute.

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 sul territorio; 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 dalla crescente esternalizzazione dei servizi prima svolti da personale interno alle aziende.

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

L'analisi dei dati relativi alla spesa per il personale rapportata alla popolazione residente nel periodo 2009-2012 mostra una diminuzione dello 0,37%, passando da un valore di 601,7€ a 599,5€ (Tabella 1).

Tuttavia, un'analisi più approfondita consente di verificare come questo valore non sia frutto di una dimi-

nuzione lineare, ma al contrario è la risultante dei diversi trend che hanno caratterizzato il periodo di studio. Sebbene la spesa per il personale sia cresciuta dello 0,86% circa nel biennio 2009-2010, il 2011 ha fatto registrare una riduzione della spesa pro capite dell'1,75% rispetto all'anno precedente, mentre il 2012 ha registrato nuovamente tassi positivi di crescita della spesa (0,54%). Questo andamento irregolare caratterizza tutte le regioni e le PA, ad eccezione del Molise che, al contrario, ha registrato una costante diminuzione della spesa in tutto il periodo analizzato. La riduzione della spesa per il personale in queste regioni può essere imputata al blocco del *turnover*, condizione cui sono state soggette per effetto dei Piani di Rientro.

I dati disaggregati consentono, inoltre, di verificare come esista una profonda differenza a livello regionale nei valori di spesa pro capite grezza. La PA di Bolzano fa registrare la spesa pro capite grezza più alta (1.133,8€), seguita dalla Valle d'Aosta (893,7€); Puglia, Campania, Lombardia e Lazio sono le regioni che fanno registrare valori di spesa pro capite più bassi compresi tra 505,0-527,6€.

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. Tuttavia, non emergono differenze importanti rispetto al confronto in termini di spesa pro capite grezza. Le PA di Bolzano e Trento e la Valle d'Aosta (tutte a Statuto speciale) fanno registrare i livelli di spesa pro capite pesata più elevati; la Lombardia, il Lazio e la Puglia sono le regioni con minore spesa pro capite pesata.

Tabella 1 - Spesa pro capite (valori in €) del personale dipendente del SSN per regione - Anni 2009-2012

Regioni	2009		2010		2011		2012	
	Spesa grezza	Spesa pesata						
Piemonte	659,1	623,2	668,7	632,4	658,6	623,3	662,4	615,7
Valle d'Aosta	880,7	864,4	888,4	871,7	877,4	860,1	893,7	876,0
Lombardia	513,5	514,0	521,2	521,8	515,7	516,8	524,3	525,8
Bolzano-Bozen	1.089,2	1.162,4	1.083,8	1.151,0	1.081,9	1.147,6	1.133,8	1.231,7
Trento	765,2	778,0	775,9	788,7	779,8	793,2	787,4	809,8
Veneto	560,9	564,6	566,2	568,7	557,8	560,0	566,1	569,5
Friuli Venezia Giulia	769,3	719,1	775,1	723,9	767,9	717,8	779,0	717,6
Liguria	722,6	634,2	728,2	640,3	715,3	631,0	714,6	605,2
Emilia-Romagna	674,0	643,2	682,6	653,6	680,1	653,9	690,3	653,7
Toscana	688,8	645,5	702,7	660,4	698,7	657,8	699,2	644,7
Umbria	671,0	633,1	681,5	644,7	678,0	643,5	695,6	646,3
Marche	653,3	625,9	669,0	642,3	657,4	631,8	655,1	620,5
Lazio	542,1	545,8	539,2	543,1	521,7	525,6	527,6	534,7
Abruzzo	583,2	571,6	583,3	571,9	576,7	566,1	586,0	568,1
Molise	667,8	646,2	658,8	637,3	654,1	633,3	652,2	622,1
Campania	558,5	617,2	554,0	611,4	520,8	573,0	510,0	581,9
Puglia	521,6	547,2	533,4	558,0	519,1	541,0	505,0	533,1
Basilicata	666,3	669,7	667,4	670,9	667,9	670,2	659,9	659,8
Calabria	638,5	662,0	633,7	656,8	626,8	649,4	623,5	651,3
Sicilia	591,1	618,2	591,1	618,1	581,3	607,4	580,5	615,2
Sardegna	673,3	684,8	691,4	699,4	694,0	698,0	716,0	719,6
Italia	601,7	601,7	606,9	606,9	596,3	596,3	599,5	599,5

Fonte dei dati: Elaborazione su dati del Ministero della Salute. Modelli CE. Anno 2014 - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2012 la spesa per il personale ammonta a 35,606 miliardi di euro, circa il 31% della spesa totale, e registra un decremento dell'1,4% rispetto all'anno 2011, in linea con la diminuzione dell'1,6% registrata l'anno precedente.

La diminuzione della spesa è il risultato delle disposizioni normative in materia di contenimento della spesa sanitaria e delle disposizioni in materia di blocco automatico del turnover e di nullità degli atti sottoscritti in vigore di tale blocco. A fronte della riduzione dell'1,4% della spesa per il personale dipen-

dente del SSN, vi è stata una riduzione della popolazione residente di circa il 2% e, dunque, la spesa pro capite per personale dipendente del SSN è aumentata rispetto al 2011. La spesa procapite per il personale dipendente del SSN andrà, pertanto, monitorata nei prossimi anni, al fine di verificare se i tagli alla spesa sono "lineari" rispetto alla riduzione della popolazione residente oppure meno.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero dell'Economia e delle Finanze, Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (2012).

Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e 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 prestazioni. I Pediatri di Libera Scelta (PLS) offrono assistenza sanitaria di primo livello ai bambini, dalla nascita fino al compimento dei 14 anni, con attività che riguardano la diagnosi e la cura delle malattie, la prevenzione e l'educazione sanitaria. Precedentemente denominati medici di guardia medica, ai Medici di Continuità Assistenziale (MCA) è attribuito il compito di garantire l'assistenza territoriale, domiciliare, ambulatoriale e in strutture assistite nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive attraverso una organizzazione che va ricompresa nella programmazione regionale, rispondendo così alle diversità assistenziali legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche. Gli indicatori di struttura derivano dal rapporto tra il numero di ciascuna di queste tre classi di professionisti e le rispettive popolazioni residenti di riferimento e contribuiscono alla valutazione del dimensionamento dell'offerta di servizi.

I tassi di MMG e di PLS 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 di 14 anni ed oltre), ovvero rispetto alla popolazione residente in età pediatrica (età <14 anni) che rappresenta il numero teorico di soggetti assistibili in ogni regione (carico assistenziale potenziale). Il tasso 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 Guardia Medica.

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 (SSN), che hanno scelto il proprio MMG presso l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di competenza.

Per "numero di scelte di PLS" si intende il numero di residenti in età pediatrica, iscritti al SSN, che sono assistiti da un PLS presso la ASL di competenza. La scelta del PLS è obbligatoria per i residenti di età tra 0-6 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 dei tassi 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 del numero di scelte di MMG (o di PLS) inferiore al tasso di MMG (o di PLS) suggerisce l'esistenza di un carico assistenziale effettivo superiore al carico potenziale.

Tasso di Medici di Medicina Generale

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Medici di Medicina Generale}}{\text{Popolazione residente di 14 anni ed oltre}} \times 1.000$$

Tasso di Pediatri di Libera Scelta

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Pediatri di Libera Scelta}}{\text{Popolazione residente <14 anni}} \times 1.000$$

Tasso di Medici di Continuità Assistenziale

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Medici di Continuità Assistenziale}}{\text{Popolazione residente}} \times 1.000$$

Tasso di Medici di Medicina Generale (Pediatri di Libera Scelta) per scelta

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Medici di Medicina Generale (Pediatri di Libera Scelta)}}{\text{Scelte della popolazione residente}} \times 1.000$$

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.

Valore di riferimento/Benchmark. Le modificazioni all'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) "Disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. n. 8 del D. Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni" del 2005, avvenute nel 2009 e nel 2010, non hanno riguardato gli standard previsti nel 2005. Resta pertanto vigente l'art. 33 che, nella sua versione originale, prevede la presenza di 1 medico ogni 1.000 abitanti, detratta la popolazione di età compresa tra 0-14 anni risultante al 31 dicembre dell'anno precedente. Già dal 2005, in diverse regioni, si è scelto di aumentare il rapporto ottimale, prevedendo l'inserimento di 1 medico di famiglia ogni 1.100, 1.200 o 1.300 abitanti, coerentemente con la previsione normativa che nel medesimo articolo dichiara che "le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria un diverso rapporto medico/popolazione residente. La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali e, comunque, fino ad un aumento massimo del 30%". Se ne può, quindi, derivare un tasso di MMG compreso tra 0,77 (nel caso sia previsto 1 medico per 1.300 abitanti) e 1,00 (nel caso in cui, invece, sia previsto 1 medico per 1.000 abitanti). Sempre l'ACN fissa all'art. 39 il limite massimo di 1.500 pazienti per MMG; ne deriva, pertanto, un valore di riferimento pari a 0,67 medici per 1.000 scelte ottenute da soggetti di 14 anni ed oltre. A tale disposizione normativa fa eccezione la PA di Bolzano che adotta un massimale di 2.000 assistiti per medico, con un indice pari a 0,50 medici per 1.000 scelte ottenute da soggetti di 14 anni ed oltre.

L'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici PLS del 2005, stabilisce all'art. 32 la presenza di 1 pediatra ogni 600 residenti di età compresa tra 0-6 anni,

risultanti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente. Il conseguente tasso di PLS che ne deriva risulta pari a 1,67 pediatri per 1.000 residenti in quella fascia di età. Il medesimo documento all'art. 38 quantifica in 800 pazienti il massimale di scelte per PLS, con un conseguente tasso derivato di 1,25 pediatri per 1.000 scelte ottenute da soggetti di età compresa tra 0-6 anni.

In relazione ai MCA, la disciplina di riferimento (ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG) sancisce all'art. 64 l'inserimento di 1 MCA ogni 5.000 abitanti, prevedendo una variabilità del 30% in eccesso o in difetto, a seconda della programmazione regionale. Pertanto, il tasso di MCA che ne deriva è compreso tra 0,15-0,28 MCA per 1.000 abitanti, con un valore ottimale di 0,20 MCA per 1.000 abitanti.

Descrizione dei risultati

In tutte le regioni si registra un tasso di MMG compreso nel benchmark di riferimento, fatta eccezione per la PA di Bolzano dove si fa riferimento alla normativa, già citata, che prevede l'innalzamento del numero di assistiti a 2.000.

Nel 2011, il valore nazionale è pari a 0,87 medici per 1.000 residenti, che corrisponde a 1 medico ogni 1.200 residenti circa, con un rapporto in flessione rispetto al 2006, quando si attestava a 0,91 medici per 1.000 residenti.

I dati per regione mostrano un'elevata variabilità sul territorio, portando ad identificare tre diversi gruppi di regioni. Il primo gruppo di regioni (Piemonte, PA di Trento, Emilia-Romagna, Valle d'Aosta, Veneto e Lombardia) presentano un rapporto che, pur rientrando nel benchmark di riferimento, è inferiore al dato nazionale. La maggior parte delle regioni, invece, presenta valori vicini al valore nazionale, mentre Basilicata, Lazio e Sicilia presentano un tasso prossimo all'unità e, pertanto, vicino al rapporto di 1 medico per 1.000 residenti. La Basilicata, in particolare, presenta il valore più alto (0,99 medici per 1.000 residenti), costituendo l'unica regione nella quale il rapporto è rimasto invariato rispetto al 2006, a fronte di un trend generale di riduzione. Contrariamente, il valore più basso si registra in Lombardia, 0,78 medici per 1.000 residenti, facendo presupporre una riduzione del numero di MMG operanti sul territorio.

Il tasso di MMG per scelte ottenute da 1.000 residenti risulta maggiore o uguale al tasso di MMG nella maggior parte delle regioni, fatta eccezione della PA di Trento, del Friuli Venezia Giulia, del Lazio, del Molise, della Campania, della Puglia e della Sicilia che presentano valori inferiori; in altre parole il numero di scelte per medico è superiore rispetto ai residenti.

Prima di procedere al commento dei dati sui PLS, è doverosa una precisazione: sebbene l'ACN del 2005 faccia riferimento alla popolazione di età compresa tra 0-6 anni, il Ministero della Salute fornisce i dati pren-

dendo in considerazione la popolazione tra 0-13 anni. Pertanto, non potendo procedere diversamente, si è scelto di utilizzare comunque il valore di riferimento derivato dalle indicazioni del legislatore.

Tutte le regioni presentano, nell'anno 2011, un tasso di PLS notevolmente al di sotto del benchmark, identificato in 1,67 e, anche nell'eventualità in cui venga preso come riferimento il valore calcolato dall'aumento del massimale a 800 (1,25), nessuna regione si avvicina a questo valore.

Il valore nazionale di PLS è di 0,97 pediatri per 1.000 residenti in età pediatrica, con un valore in diminuzione, seppur di un punto solo rispetto al 2006. Infatti, la maggior parte delle regioni registra una flessione nel valore, a cui fanno eccezione la PA di Bolzano, la Liguria, il Molise, la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia.

Le regioni con il valore più basso di PLS sono la PA di Bolzano e il Piemonte, mentre la Sardegna è la regione che presenta il valore più alto (1,33 pediatri per 1.000 residenti in età pediatrica) insieme alla Sicilia (1,30 pediatri per 1.000 residenti in età pediatrica) del tasso di PLS per scelte ottenute per 1.000 residenti. La maggioranza delle regioni si colloca intorno ad un valore medio di 1 pediatra per 1.000

residenti in età pediatrica e, quindi, presentano un rapporto di 1 PLS ogni 1.000 residenti in età 0-13. Un dato che emerge dall'analisi è che in tutte le regioni il tasso di PLS per scelte ottenute da 1.000 residenti è superiore all'indice di PLS; questo sta a significare che il numero di scelte per PLS è sempre inferiore al numero di bambini residenti.

Per quanto riguarda, infine, i MCA si continua a registrare, soprattutto al Nord, ed in particolare nella PA di Bolzano, una crescente difficoltà a reperire medici per questo servizio, come già evidenziato con riferimento agli anni 2001-2006 ("Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale" Rapporto Osservasalute 2009). A fronte di un valore di riferimento pari a 0,20 (per 1.000), che peraltro coincide con il dato italiano, vi è una forte discrepanza all'interno del territorio italiano. Ad eccezione delle regioni del Sud ed Isole, che presentano anche valori di molto superiori rispetto al benchmark e all'Umbria, le restanti regioni presentano valori di molto inferiori, con tendenza in diminuzione. Il valore più basso si registra nella PA di Bolzano con 0,04 MCA per 1.000 abitanti, mentre il valore più alto in Basilicata (0,74 MCA per 1.000 abitanti).

Tabella 1 - Tasso (per 1.000) di Medici di Medicina Generale (e per scelte), Pediatri di Libera Scelta (e per scelte) e Medici di Continuità Assistenziale per regione - Anni 2006, 2011

Regioni	MMG		MMG/Scelte		PLS		PLS/Scelte		MCA	
	2006	2011	2006	2011	2006	2011	2006	2011	2006	2011
Piemonte	0,91	0,85	0,89	0,85	0,84	0,84	1,13	1,05	0,10	0,08
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,96	0,81	0,96	0,82	1,17	1,08	1,40	1,29	0,09	0,09
Lombardia	0,81	0,78	0,80	0,78	0,91	0,89	1,20	1,07	0,11	0,10
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,62</i>	<i>0,64</i>	<i>0,59</i>	<i>0,64</i>	<i>0,67</i>	<i>0,78</i>	<i>0,98</i>	<i>1,02</i>	<i>0,14</i>	<i>0,04</i>
<i>Trento</i>	<i>0,92</i>	<i>0,85</i>	<i>0,90</i>	<i>0,84</i>	<i>1,12</i>	<i>1,00</i>	<i>1,29</i>	<i>1,13</i>	<i>0,16</i>	<i>0,09</i>
Veneto	0,87	0,80	0,86	0,81	0,91	0,87	1,09	1,00	0,15	0,13
Friuli Venezia Giulia	0,96	0,88	0,95	0,87	0,91	0,85	1,22	1,07	0,10	0,13
Liguria	0,71	0,89	0,95	0,90	0,93	1,00	1,24	1,14	0,10	0,10
Emilia-Romagna	0,89	0,82	0,89	0,83	1,14	1,09	1,30	1,21	0,17	0,14
Toscana	0,97	0,89	0,90	0,90	1,04	0,99	1,25	1,14	0,22	0,18
Umbria	0,98	0,95	0,98	0,97	1,07	1,04	1,31	1,21	0,27	0,25
Marche	0,93	0,89	0,92	0,90	0,96	0,94	1,17	1,12	0,21	0,20
Lazio	1,06	0,98	0,99	0,96	1,11	1,04	1,30	1,22	0,11	0,11
Abruzzo	0,96	0,95	0,95	0,96	1,15	1,11	1,33	1,24	0,35	0,30
Molise	1,00	0,94	0,98	0,93	0,91	1,00	1,23	1,19	0,43	0,49
Campania	0,89	0,88	0,84	0,87	0,82	0,88	1,10	1,08	0,29	0,21
Puglia	0,96	0,94	0,93	0,92	1,01	1,04	1,23	1,23	0,25	0,24
Basilicata	0,99	0,99	0,96	0,99	0,87	0,86	1,31	1,19	0,72	0,74
Calabria	0,90	0,90	0,92	0,97	0,99	1,03	1,29	1,26	0,58	0,45
Sicilia	0,98	0,97	0,94	0,96	1,11	1,12	1,30	1,30	0,40	0,38
Sardegna	0,92	0,91	0,95	0,93	1,14	1,14	1,39	1,33	0,65	0,58
Italia	0,91	0,87	0,89	0,88	0,98	0,97	1,22	1,15	0,23	0,20

Fonte dei dati: Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2011 - Rapporto Osservasalute 2009. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

I risultati ottenuti suggeriscono che il numero di MMG in attività nelle regioni è commisurato al carico assistenziale potenziale regionale, non presentandosi in nessuna delle regioni un numero di MMG per

1.000 residenti inferiore al valore derivabile dalle indicazioni del legislatore. Ciononostante, sarebbe auspicabile interrompere la tendenza alla diminuzione, peraltro iniziata nel 2006, al fine di evitare che alcune regioni scivolino sotto il valore di riferimento.

Al contrario, la medicina pediatrica sembra soffrire di alcune carenze quantitative e l'analisi dei dati relativi a MMG per scelte e PLS per scelte sembra suggerire che vi sia un passaggio di pazienti pediatrici verso i MMG. Questo quadro evidenzia la necessità di implementare logiche di rimodulazione dell'assistenza primaria pediatrica, anche mediante lo sviluppo di logiche di "medicina di gruppo".

Il dato quantitativo espresso dal valore assunto dal tasso di MCA completa il panorama dell'offerta di servizi di assistenza di base destinati alla popolazione regionale, evidenziando una certa eterogeneità della strutturazione del servizio di guardia medica 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 n. 270/2000 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 (così come sancito dall'ACN 2005) che si occupano di fornire servizi sanitari sul territorio, riducendo la quantità di prestazione sanitarie erogata impropriamente a livello ospedaliero.

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.

Web 2.0 e salute

Significato. Il *web 2.0* è inteso come l'insieme di tutte quelle applicazioni *online* che permettono un elevato livello di interazione tra il sito *web* e l'utente come i *blog*, i *social network*, tipo *Facebook* e *Twitter*, e le piattaforme di condivisione di media come *YouTube* (1). Tali applicazioni, ottenute attraverso opportune tecniche di programmazione in rete, afferiscono al paradigma del *web* "dinamico" in contrapposizione al cosiddetto *web* "statico" o *web 1.0*, in cui l'interazione fra utente e sito Internet non è presente o è limitata.

La letteratura internazionale dimostra come sia rapidamente aumentato il numero di utenti che ricerca informazioni riguardanti il proprio stato di salute e i servizi di assistenza sanitaria tramite questi canali (2-4).

Per descrivere l'importanza ed il costante incremento

dell'utilizzo di Internet nel panorama italiano, quale strumento di trasparenza ed informazione attiva nei confronti del cittadino, assecondando l'evoluzione del sistema verso una sempre maggiore *accountability* e *patient centredness*, è stato analizzato il numero di Aziende Sanitarie Locali (ASL), Aziende Ospedaliere (AO), Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e Policlinici Universitari (PU) che utilizzano il *web 2.0* per la comunicazione con il cittadino. Inoltre, ai fini di valutare l'accessibilità alle informazioni e ai servizi da parte di cittadini stranieri, residenti e non, è stato calcolato il numero di siti Internet di ASL, AO, IRCCS e PU disponibili e/o tradotti in lingua diversa dall'italiano (inglese o altra lingua), per regione, nell'anno 2014.

Percentuale di Aziende Sanitarie Locali che utilizzano il web 2.0 per la comunicazione con il cittadino

Numeratore	Aziende Sanitarie Locali che utilizzano almeno un canale <i>web 2.0</i> per la comunicazione con il cittadino e/o la promozione della salute	
		x 100
Denominatore	Totale delle Aziende Sanitarie Locali	

Percentuale di Aziende Ospedaliere, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e Policlinici Universitari che utilizzano il web 2.0 per la comunicazione con il cittadino

Numeratore	Aziende Ospedaliere, IRCCS e Policlinici Universitari che utilizzano almeno un canale <i>web 2.0</i> per la comunicazione con il cittadino e/o la promozione della salute	
		x 100
Denominatore	Totale delle Aziende Ospedaliere, IRCCS e Policlinici Universitari	

Percentuale di Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e Policlinici Universitari che dispongono di un sito web in lingua straniera (inglese/altra lingua) per la comunicazione con il cittadino

Numeratore	Numero di siti Internet di Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, IRCCS e Policlinici Universitari presenti in lingua straniera (inglese/altra lingua)	
		x 100
Denominatore	Totale dei siti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, IRCCS e Policlinici Universitari	

Validità e limiti. I numeratori sono stati calcolati analizzando i seguenti canali *web 2.0* segnalati nei siti istituzionali delle aziende e strutture di ricovero prese in esame: *blog* istituzionali, *Facebook*, *Twitter* e *YouTube*. Nella nostra analisi, l'universo delle strutture sanitarie esplorate coincide, rispettivamente, con il numero di ASL e delle altre strutture di ricovero (AO, IRCCS e PU) presenti sui *database* del Ministero della Salute nel 2014. Nell'indagine sono state considerate le strutture sanitarie che al 30 settembre 2014 avevano attivo almeno un canale *web 2.0* tra: *blog* istituzionale, pagina/profilo *Facebook* riferito alla struttura, profilo *Twitter* istituzionale e canale

YouTube dedicato. A seguito di un'analisi di letteratura e dal confronto con altre esperienze internazionali si è scelto di non assegnare punteggi differenti ai vari strumenti di comunicazione *web 2.0* considerati nel presente lavoro. Sono stati considerati, inoltre, come "istituzionali" le pagine/profilo riferite a Progetti di promozione della salute riconducibili alle strutture sanitarie prese in esame che, pur se non segnalati nel sito *web* istituzionale tramite apposita icona/link, erano comunque presenti nei predetti canali *web 2.0* non con il nome della struttura bensì con quello del Progetto specifico orientato alla promozione della salute e all'informazione al cittadino. Nell'analisi di

confronto temporale 2013-2014 per AO, IRCCS e PU le strutture di ricovero private accreditate con più di una sede fisica all'interno di una stessa regione sono state considerate come unità singole, ciò al fine di evitare una sovra/sotto stima sia del dato complessivo che del dato regionale. Va, inoltre, tenuto presente che l'accorpamento di alcune ASL o strutture di ricovero nel tempo può influenzare i risultati e l'elaborazione di un'eventuale serie storica.

Valore di riferimento/Benchmark. Risulta difficoltoso individuare un valore di riferimento poiché il numero di strutture sanitarie che utilizza i canali del *web 2.0* per la comunicazione con il cittadino può essere correlato al livello di trasparenza ed all'evoluzione delle tecnologie informatiche da parte dell'Ente, nonché alle scelte di politica sanitaria relative alla *patient centredness* operate dalla regione. È auspicabile che sia il maggiore possibile (100%).

Descrizione dei risultati

L'analisi dei dati sui canali *web 2.0* utilizzati dalle ASL per la comunicazione nei confronti del cittadino, mostra un deciso incremento dell'utilizzo dei moderni mezzi di informazione da parte delle ASL in tutto il Paese: le ASL che utilizzano almeno un canale *web 2.0* sono 80 su 143 (55,9%) nel 2014 (nel 2013 erano il 32% circa).

Dai dati in Tabella 1, si evince come nel Nord-Ovest sia la Lombardia a registrare il dato più significativo (73,3%) che, sommato a quelli di Piemonte (69,2%) e Liguria (60,0%), contribuisce al raggiungimento dei valori più elevati per macroarea. Nel Nord-Est, al di là della PA di Bolzano, è l'Emilia-Romagna a registrare il dato più importante (72,7%), seguita da Veneto (52,4%) e Friuli Venezia Giulia (16,7%). Per quanto riguarda il Centro, rispetto al 2013, migliorano i dati di Umbria (in cui ora entrambe le ASL usano almeno un canale *web 2.0*) e Toscana (ora al 50,0%, anche se ancora al di sotto del valore nazionale), mentre si confermano i dati delle Marche e del Lazio (rispettivamente, 100% e 41,7%). Per quanto riguarda il Sud e le Isole si osserva un deciso miglioramento in Basilicata (100%), Puglia (66,7%), Calabria (60,0%), Campania (57,1%) e Sicilia (44,4%); l'Abruzzo e la Sardegna si sono mantenuti allo stesso livello dell'analisi precedente (50,0% e 25,0%, rispettivamente). Per la Valle d'Aosta, il Molise e la PA di Trento, come nel 2013, l'utilizzo dei canali *web 2.0* per la comunicazione con il cittadino resta del tutto assente. Vale la pena ricordare che Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento, Marche e Molise sono caratterizzate dalla presenza di un'unica Azienda Sanitaria Regionale, pertanto la presenza o assenza di canali *web 2.0* ha un valore meno informativo.

Come precedentemente ricordato, rispetto all'analisi del 2013, è stato registrato un diffuso aumento del-

l'utilizzo dei canali *web 2.0* analizzati da parte delle ASL. Tuttavia, d'accordo con la presente analisi, il canale *web 2.0* più utilizzato dalle ASL nelle differenti regioni non risulta essere più la piattaforma multimediale *YouTube*, utilizzata in 38 ASL su 143 (26,6%) bensì il *social network Facebook*, oggi utilizzato dal 39,2% delle ASL (56 su 143, con un aumento del 25,2% rispetto al 2013). Meno utilizzati risultano essere il *social network Twitter* (32 su 143) ed i *blog* (6 su 143).

Analizzando nel dettaglio l'utilizzo di *Facebook*, oltre che nelle Marche, il *social network* è molto utilizzato tra le ASL di Lombardia (10 su 15), Puglia (4 su 6) e Calabria (3 su 5).

Per quanto riguarda *YouTube*, il *social media* risulta essere utilizzato da quasi tutte le ASL dell'Emilia-Romagna (9 su 11, 81,8%) e tra le altre, da 1 su 2 ASL di Umbria e Basilicata (50,0%), da 2 su 5 ASL della Liguria (40,0%), da 5 su 15 ASL della Lombardia (33,3%), da 2 su 9 ASL della Sicilia (22,2%) e da 4 su 13 ASL del Piemonte (30,8%).

Per quanto riguarda *Twitter*, 9 ASL su 11 in Emilia-Romagna utilizzano il sistema di *micro-blogging* per comunicare con il cittadino e questo dato permette alla regione di registrare il valore più alto insieme alla Lombardia (4 su 15).

Pressoché assente l'utilizzo da parte delle ASL dei *blog* a sostegno della comunicazione *online* con il cittadino: solo Emilia-Romagna, Piemonte, Liguria e Lazio mostrano esperienze in tal senso.

Anche l'analisi dei dati sui canali *web 2.0* utilizzati da AO, IRCCS e PU per la comunicazione nei confronti del cittadino mostra una notevole eterogeneità regionale, ma evidenzia una maggiore propensione all'utilizzo dei canali *web 2.0* da parte delle strutture di ricovero rispetto alle ASL. Infatti, la percentuale di AO, IRCCS e PU che utilizza almeno un canale *web 2.0* è del 58,7%. Anche in questo caso va considerata la differente numerosità campionaria frutto dei diversi modelli di organizzazione dei vari Servizi Sanitari Regionali.

Dai dati in Tabella 2 si evince come nel Nord-Est sia il Veneto a registrare il dato più convincente (5 strutture su 5 utilizzano almeno un canale *web 2.0*), seguito dall'Emilia-Romagna (83,3%, 5 su 6) e dal Friuli Venezia Giulia (20,0%, 1 su 5).

Per il Nord-Ovest da sottolineare è il dato della Liguria (100%), del Piemonte (50,0%) e della Lombardia (46,8%); quest'ultima, presentando il numero più elevato di strutture di ricovero in rapporto al territorio, mostra un dato di assoluto rilievo.

Per quanto riguarda il Centro, rispetto alla precedente analisi, oltre alla conferma dell'Umbria (100%) si registra un valore rilevante del dato nelle Marche (100%) e nel Lazio (71,4%). Per quanto riguarda il Sud e le Isole si osservano le migliori *performance* in Puglia (85,7%), Sardegna (66,7%) ed in Molise dove

l'unica struttura presente utilizza almeno un canale *web 2.0*.

Rispetto al 2013, in cui il canale *web 2.0* più utilizzato dalle AO, IRCCS e PU era *Facebook*, nel 2014 il canale *web 2.0* più utilizzato dalle AO, IRCCS e PU risulta essere la piattaforma *YouTube* (usata dal 44,9% delle strutture, 62 su 138), seguito dal *social network Facebook* (56 su 138) e da *Twitter* (36 su 138). L'apporto dato dall'utilizzo dei *blog* a sostegno della comunicazione *online* con il cittadino è trascurabile (4 strutture su 138) e solo Lombardia e Toscana mostrano esperienze in tal senso.

Analizzando con dettaglio regionale i dati per canale, per quanto riguarda *YouTube* sono da segnalare, oltre all'esperienza del Molise (100%), che conferma i risultati del 2013, i risultati dell'Umbria (100%), della Puglia (71,4%), della Toscana, dell'Emilia Romagna e della Liguria (66,7%). AO, IRCCS e PU della Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento, Marche, Abruzzo e Calabria non utilizzano *YouTube* come canale *web 2.0*.

Facebook risulta essere utilizzato, oltre che in tutte le AO, IRCCS e PU del Molise e delle Marche, da molte AO, IRCCS e PU dell'Emilia-Romagna (5 su 6), della Puglia (5 su 7), della Toscana (4 su 6) e della Liguria (2 su 3). Nessuna AO, IRCCS e PU utilizza, invece, *Facebook* in Sardegna.

Per quanto riguarda *Twitter*, oltre che nelle strutture di ricovero del Molise (100%, 1 sola AO), il sistema di *micro-blogging* per comunicare con il cittadino si utilizza molto in Veneto (80,0%, 4 su 5 AO), Toscana (3 AO su 6), Umbria (1 AO su 2) e Basilicata (1 AO su

2) tutte al 50,0%.

Ai fini di valutare l'accessibilità alle informazioni da parte di cittadini stranieri, residenti e non, è stata calcolata la percentuale di ASL, AO, IRCCS e PU che dispongono di un sito Internet in inglese o altra lingua. Il dato nazionale, sia per quanto riguarda le ASL (10,5%) che per quanto riguarda AO, IRCCS e PU (30,4%), mostra come sia ancora scarsa l'attenzione rivolta agli stranieri, nonostante sia ormai in pieno vigore la Direttiva Europea 24/2011/EU sull'assistenza sanitaria transfrontaliera (5).

Analizzando in dettaglio la realtà delle ASL si evidenzia un marcato gradiente Nord-Sud ed Isole, con l'eccezione della Calabria al Sud e dell'Umbria al Centro. Difatti, il maggior numero di siti in inglese è presente al Nord, rispecchiando la distribuzione degli stranieri residenti in Italia. Tuttavia, non possono essere ritenuti soddisfacenti i dati dell'Emilia-Romagna (0%, 0 su 11), del Lazio (8,3%, 1 su 12) della Lombardia (13,3%, 2 su 15) e del Veneto (23,8%, 5 su 21), in cui il numero di stranieri residenti è >500 mila ed in cui il flusso turistico è importante.

Anche per quanto riguarda AO, IRCCS e PU è presente un gradiente Nord-Sud ed Isole: sono da evidenziare in positivo i dati del Veneto (3 su 5, 60,0%) e della Puglia (4 su 7, 57,1%), mentre sorprende è il dato di Toscana, Basilicata, Molise e Sardegna, in cui nessuna AO, IRCCS e PU ha predisposto alcuna traduzione del proprio sito Internet. I dati su Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige e Abruzzo non sono calcolabili poiché non sono presenti AO, IRCCS e PU capofila nel territorio regionale.

Tabella 1 - ASL* (valori assoluti e valori percentuali) che utilizzano almeno un canale web 2.0 (valori assoluti) per la comunicazione con il cittadino per regione - Anno 2014

Regioni	Almeno un canale web 2.0/ Totale	Almeno un canale web 2.0	Facebook	Twitter	Blog	Youtube
Piemonte	9/13	69,2	5/13	2/13	1/13	4/13
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0/1	0,0	0/1	0/1	0/1	0/1
Lombardia	11/15	73,3	10/15	4/15	0/15	5/15
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1/1</i>	<i>100,0</i>	<i>0/1</i>	<i>0/1</i>	<i>0/1</i>	<i>1/1</i>
<i>Trento</i>	<i>0/1</i>	<i>0,0</i>	<i>0/1</i>	<i>0/1</i>	<i>0/1</i>	<i>0/1</i>
Veneto	11/21	52,4	7/21	4/21	0/21	4/21
Friuli Venezia Giulia	1/6	16,7	1/6	1/6	0/6	1/6
Liguria	3/5	60,0	2/5	1/5	1/5	2/5
Emilia-Romagna	8/11	72,7	6/11	9/11	3/11	9/11
Toscana	6/12	50,0	4/12	3/12	0/12	2/12
Umbria	2/2	100,0	0/2	1/2	0/2	1/2
Marche	1/1	100,0	1/1	0/1	0/1	0/1
Lazio	5/12	41,7	2/12	2/12	1/12	3/12
Abruzzo	2/4	50,0	2/4	1/4	0/4	1/4
Molise	0/1	0,0	0/1	0/1	0/1	0/1
Campania	4/7	57,1	3/7	1/7	0/7	1/7
Puglia	4/6	66,7	4/6	1/6	0/6	0/6
Basilicata	2/2	100,0	1/2	1/2	0/2	1/2
Calabria	3/5	60,0	3/5	0/5	0/5	0/5
Sicilia	4/9	44,4	3/9	0/9	0/9	2/9
Sardegna	2/8	25,0	2/8	1/8	0/8	1/8
Italia	80/143	55,9	56/143	32/143	6/143	38/143

*Dato aggiornato a settembre 2014 dagli elenchi del Sistema Informativo Sanitario disponibile sul sito:
<http://www.salute.gov.it/servizioSanitarioNazionale/menuServizioSanitarioNazionale.jsp?menu=indirizzi>.

Fonte dei dati: Elaborazione degli Autori. Anno 2014.

Tabella 2 - AO, IRCCS e PU* (valori assoluti e valori percentuali) che utilizzano almeno un canale web 2.0 (valori assoluti) per la comunicazione con il cittadino per regione - Anno 2014

Regioni	Almeno un canale web 2.0/ Totale	Almeno un canale web 2.0	Facebook	Twitter	Blog	Youtube
Piemonte	4/8	50,0	3/8	1/8	0/8	4/8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0/0	0,0	0/0	0/0	0/0	0/0
Lombardia	22/47	46,8	13/47	9/47	3/47	19/47
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0/0</i>	<i>0,0</i>	<i>0/0</i>	<i>0/0</i>	<i>0/0</i>	<i>0/0</i>
<i>Trento</i>	<i>0/0</i>	<i>0,0</i>	<i>0/0</i>	<i>0/0</i>	<i>0/0</i>	<i>0/0</i>
Veneto	5/5	100,0	3/5	4/5	0/5	3/5
Friuli Venezia Giulia	1/5	20,0	1/5	0/5	0/5	1/5
Liguria	3/3	100,0	2/3	1/3	0/3	2/3
Emilia-Romagna	5/6	83,3	5/6	2/6	0/6	4/6
Toscana	4/6	66,7	4/6	3/6	1/6	4/6
Umbria	2/2	100,0	1/2	1/2	0/2	2/2
Marche	3/3	100,0	3/3	0/3	0/3	0/0
Lazio	10/14	71,4	7/14	6/14	0/14	9/14
Abruzzo	0/0	0,0	0/0	0/0	0/0	0/0
Molise	1/1	100,0	1/1	1/1	0/1	1/1
Campania	6/11	54,5	4/11	3/11	0/11	3/11
Puglia	6/7	85,7	5/7	2/7	0/7	5/7
Basilicata	1/2	50,0	1/2	1/2	0/2	1/2
Calabria	1/5	20,0	1/5	1/5	0/5	0/5
Sicilia	5/10	50,0	2/10	0/10	0/10	3/10
Sardegna	2/3	66,7	0/3	1/3	0/3	1/3
Italia	81/138	58,7	56/138	36/138	4/138	62/138

*Dato aggiornato a marzo 2014 dagli elenchi del Sistema Informativo Sanitario disponibile sul sito:
<http://www.salute.gov.it/servizioSanitarioNazionale/menuServizioSanitarioNazionale.jsp?menu=indirizzi>.

Fonte dei dati: Elaborazione degli Autori. Anno 2014.

Tabella 3 - ASL (valori assoluti e valori percentuali) che dispongono di un sito web in lingua straniera (inglese/altra lingua) per la comunicazione con il cittadino per regione - Anno 2014

Regione	ASL con sito in inglese/altra lingua	Numero di ASL presenti	Sito web in lingua straniera
Piemonte	0	13	0,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0	1	0,0
Lombardia	2	15	13,3
Bolzano-Bozen	1	1	100,0
Trento	0	1	0,0
Veneto	5	21	23,8
Friuli Venezia Giulia	1	6	16,7
Liguria	1	5	20,0
Emilia-Romagna	0	11	0,0
Toscana	0	12	0,0
Umbria	1	2	50,0
Marche	0	1	0,0
Lazio	1	12	8,3
Abruzzo	0	4	0,0
Molise	0	1	0,0
Campania	0	7	0,0
Puglia	0	6	0,0
Basilicata	0	2	0,0
Calabria	2	5	40,0
Sicilia	1	9	11,1
Sardegna	0	8	0,0
Italia	15	143	10,5

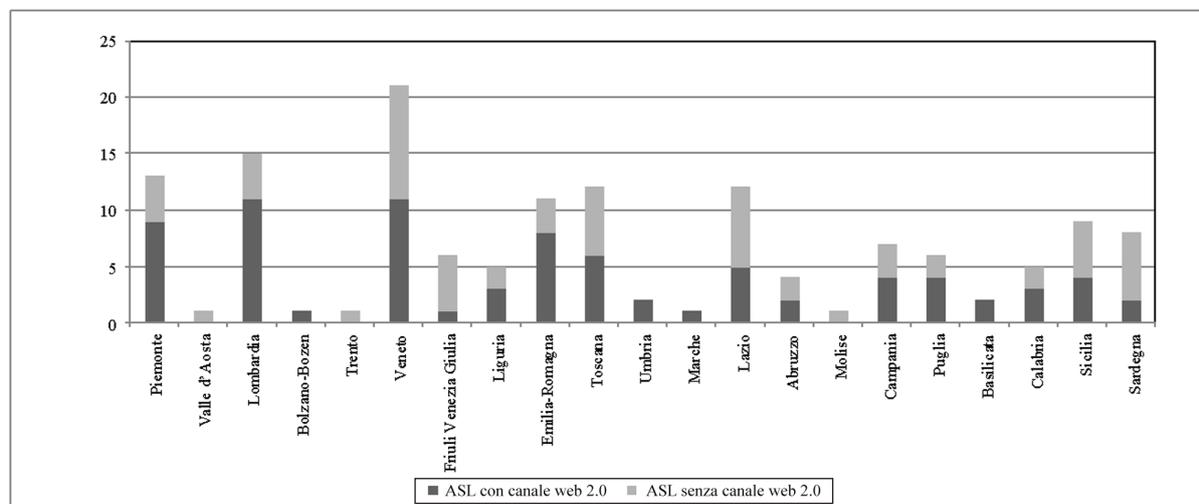
Fonte dei dati: Elaborazione degli Autori. Anno 2014.

Tabella 4 - AO, IRCCS, PU (valori assoluti e valori percentuali) che dispongono di un sito web in lingua straniera (inglese/altra lingua) per la comunicazione con il cittadino per regione - Anno 2014

Regione	Numero di AO, IRCCS, PU con sito in inglese/altra lingua	Numero di AO, IRCCS, PU	Sito web in lingua straniera (%)
Piemonte	3	8	37,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0	0	0,0
Lombardia	13	47	27,7
Bolzano-Bozen	0	0	0,0
Trento	0	0	0,0
Veneto	3	5	60,0
Friuli Venezia Giulia	2	5	40,0
Liguria	1	3	33,3
Emilia-Romagna	3	6	50,0
Toscana	0	6	0,0
Umbria	1	2	50,0
Marche	1	3	33,3
Lazio	7	14	50,0
Abruzzo	0	0	0,0
Molise	0	1	0,0
Campania	1	11	9,1
Puglia	4	7	57,1
Basilicata	0	2	0,0
Calabria	1	5	20,0
Sicilia	2	10	20,0
Sardegna	0	3	0,0
Italia	42	138	30,4

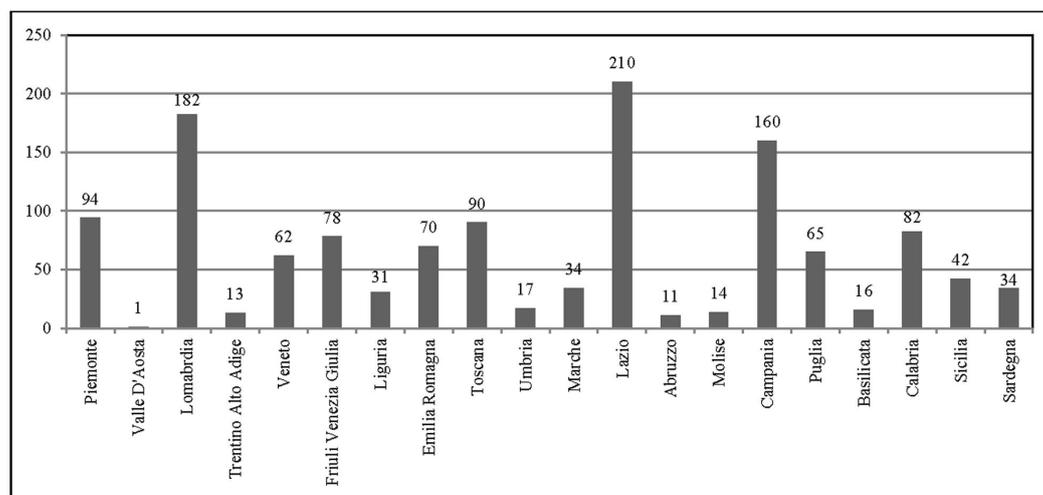
Fonte dei dati: Elaborazione degli Autori. Anno 2014.

Grafico 1 - ASL (valori assoluti) che utilizzano almeno un canale web 2.0 per la comunicazione con il cittadino per regione - Anno 2014



Fonte dei dati: Elaborazione degli Autori. Anno 2014.

Grafico 2 - AO, IRCCS e PU (valori assoluti) che utilizzano almeno un canale web 2.0 per la comunicazione con il cittadino per regione - Anno 2014



Fonte dei dati: Elaborazione degli Autori. Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

In un momento storico segnato dall'*empowerment* del cittadino, dalla libera circolazione dei pazienti e dalla necessità di maggiore trasparenza ed *accountability*, è necessario iniziare a valutare come si pone l'offerta dei servizi di salute in questo nuovo scenario nonché la capacità dei servizi stessi di attrarre e comunicare con i pazienti attraverso nuovi canali di comunicazione *online*.

Le stime relative all'Italia ricordano che il 55,5% dei cittadini dispone di accesso al *web* attraverso postazione computer, senza considerare l'utilizzo di Internet tramite dispositivi mobili (*smartphone* e

tablet) (6). Si stima che siano 7,4 milioni gli italiani che accedono a Internet solo da mobile, 5,3 milioni navigano esclusivamente da postazione *desktop*, mentre l'uso combinato riguarda 7,2 milioni. Dai dispositivi mobili si naviga principalmente per accedere ai *social network* (59% del tempo totale speso) applicazioni o portali *web* (7).

Un segnale inatteso è rappresentato dall'analisi della diffusione dell'utilizzo del *web 2.0* per fascia di età: se in Italia la popolazione più anziana è decisamente meno digitale che altrove, quando utilizza Internet è, invece, molto portata all'utilizzo dei *social network* e delle piattaforme multimediali: oltre il 60% degli uten-

ti Internet italiani *over 64* anni, infatti, utilizza canali *web 2.0*. Negli Stati Uniti sono solo il 43%. Per quanto riguarda la fascia di età 50-64 anni, invece, se il 60% degli americani usa i *social network* in Italia il dato si attesta al 75% (8). Si stima che negli Stati Uniti e in Canada un cittadino su cinque utilizzi i *social media* per accedere alle informazioni fornite da ospedali ed altri centri di ricovero influenzando, in definitiva, la decisione su dove cercare risposta al proprio bisogno di salute (9, 10). In assenza di dati utili a valutare il fenomeno italiano, il dato Stati Uniti/Canada evidenzia come l'utilizzo del *web 2.0* risulti strategico nel garantire un'informazione efficiente ed una comunicazione bidirezionale efficace nei confronti del cittadino/paziente, nel rispetto di un'organizzazione votata alla *patient centredness* (11).

Nonostante questa crescita, oltre il 40% di ASL, AO, IRCCS e PU sembra ancora riluttante ad utilizzare le potenzialità del *web 2.0* come strumento di promozione della cultura della salute e di informazione al cittadino. Tuttavia, va sottolineato che, rispetto al 2013, si è verificato un significativo miglioramento del dato complessivo, indicando una maggiore attenzione da parte degli Enti interessati. Nonostante fisiologiche differenze intra ed extra regionali, non sembrano esserci grandi differenze per macroarea geografica nell'uso dei canali *web 2.0*.

Viceversa, in relazione all'analisi dei siti Internet tradotti in inglese o altra lingua, tanto per le ASL quanto per le AO, IRCCS e PU esiste un gradiente Nord-Sud ed Isole che rispecchia in parte la distribuzione degli stranieri residenti nel Paese. Il dato nazionale non è, tuttavia, soddisfacente e mostra come l'accessibilità alle informazioni ed ai servizi di salute per questa fascia di popolazione, nonché per i turisti e gli stranieri non residenti, con particolare riferimento ai cittadini dell'Unione Europea direttamente interessati con l'entrata in vigore della Direttiva Europea

24/2011/EU riferita all'assistenza transfrontaliera, possa essere difficoltosa.

L'utilizzo dei nuovi strumenti di comunicazione da parte delle ASL e delle altre strutture sanitarie di ricovero è sempre più necessario per superare le barriere che sono in essere tra i cittadini e il sistema di salute, senza contare che un tempestivo e adeguato accesso alle informazioni sul corretto utilizzo dei servizi sanitari rappresenta un presidio di *empowerment* dei cittadini.

Riferimenti bibliografici

- (1) Siti web e liste di attesa. Rapporto Osservasalute 2011. Prex, Milano.
- (2) Giustini D. How Web 2.0 is changing medicine. 2006. *BMJ* 2006; 333: 1283.
- (3) Social media "likes" healthcare From marketing to social business. 2012. PWC Health Research Institute.
- (4) Timian A. Do Patients "Like" Good Care? Measuring Hospital Quality via Facebook. *Am J Med Qual.* 2013 Feb 1.
- (5) La direttiva 2011/24/UE sui diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/index_it.htm. Ultimo accesso il 30 ottobre 2014.
- (6) I cittadini e le nuove tecnologie. Istituto Nazionale di Statistica. Disponibile sul sito: <http://www.istat.it/it/archivio/78166>. Ultimo accesso il 30 ottobre 2014.
- (7) Audiweb Report 2014. Disponibile sul sito: http://www.audiweb.it/?post_type=news&p=11972. Ultimo accesso il 30 ottobre 2014.
- (8) State of the Media: The Social Media Report. The Nielsen Company. Disponibile sul sito: <http://www.nielsen.com/us/en/insights/reports/2012/state-of-the-media-the-social-media-report-2012.html>. Ultimo accesso il 30 ottobre 2014.
- (9) Males AM. Medicine 2.0 Meets Ontario Hospitals: Why Hospitals Have Been Slow to Adopt Social Media. 2012. *McMaster Journal of Communication* 9: 41-68.
- (10) National Research Corporation. (2011). 1 in 5 Americans use social media for health care information. Disponibile sul sito: <http://hcmg.nationalresearch.com/public/News.aspx?ID=9>. Ultimo accesso il 30 ottobre 2014.
- (11) Internet & American Life Project Report 2013. Pew Research Center's. Disponibile sul sito: <http://www.pewinternet.org/2013/01/15/health-online-2013/>. Ultimo accesso il 30 ottobre 2014.

Survey dell'Associazione Italiana Ingegneri Clinici: lo stato di salute del parco elettromedicale italiano

Ing. Lorenzo Leogrande

Contesto

L'approccio alla cura della salute negli ultimi anni è stato modificato dalla crescente diffusione di apparecchiature biomediche e di tecnologie avanzate per la diagnosi e la terapia. Un ospedale moderno si presenta, infatti, come un contenitore di tecnologie la cui razionalizzazione e mantenimento in sicurezza sono esigenze sempre più pressanti. La qualità delle cure dipende, ormai, in larga misura dalla capacità di governare l'ingresso delle tecnologie innovative nella pratica clinica, secondo criteri che assicurino risultati positivi in termini di salute in un quadro di sostenibilità finanziaria, di equità e di integrazione degli interventi. Le apparecchiature biomediche rappresentano un nodo cruciale sia per l'elevato tasso di innovatività sia per l'elevato costo che le aziende devono sostenere nelle fasi di acquisto e di gestione delle stesse.

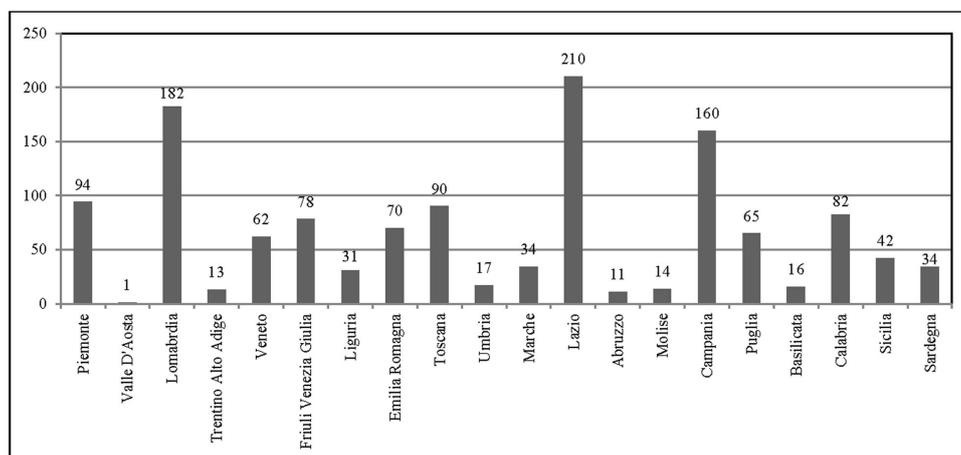
L'attività di gestione delle tecnologie biomediche sta evolvendo da una concezione operativa a una vera e propria funzione manageriale che comprende sia la riduzione dei rischi connessi all'uso dei dispositivi medici (di cui le apparecchiature fanno parte) che la prevenzione dei guasti, a garanzia della qualità delle prestazioni erogate. Nello specifico, il patrimonio tecnologico delle Aziende Sanitarie (AS) deve essere gestito durante tutto il suo ciclo di vita e il monitoraggio deve essere svolto non solo sulle "grandi tecnologie", ma su tutte le tecnologie che lo compongono, in quanto il valore economico del parco tecnologico installato attualmente in Italia è di circa 10 miliardi di euro. Pertanto, appare evidente che la conoscenza delle apparecchiature presenti in una struttura sanitaria, sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi (obsolescenza media, tipologie critiche etc.), rappresenta un dato non trascurabile. Tale dato appare ancor più importante se riferito non solo alle singole strutture, ma anche a contesti più complessi come le regioni.

Ad oggi, la maggior parte dei flussi informativi, in riferimento alla raccolta di informazioni sulle apparecchiature, si è prevalentemente concentrato solo sulle grandi apparecchiature ed, in particolare, sulle nuove acquisizioni. Il presente lavoro è finalizzato alla rilevazione di una stima dello "stato di salute" del parco tecnologico italiano, con particolare riferimento alle apparecchiature elettromedicali.

Associazione Italiana Ingegneri Clinici

L'Associazione Italiana Ingegneri Clinici (AIIC) attiva in Italia già dagli anni Novanta, ha lo scopo istituzionale di tutelare la figura dell'ingegnere clinico contribuendo a diffondere i Servizi di Ingegneria Clinica (SIC) all'interno delle AS come elemento di governo delle tecnologie biomediche. L'AIIC definisce l'ingegnere clinico come un "professionista che partecipa alla cura della salute garantendo un uso sicuro, appropriato ed economico delle tecnologie nei servizi sanitari". Essa, inoltre, conta ad oggi oltre 1.300 iscritti su tutto il territorio italiano, diffusi capillarmente in quasi tutte le principali strutture sanitarie.

Grafico 1 - Distribuzione (valori assoluti) degli ingegneri clinici per regione - Anno 2014



Fonte dei dati: Elaborazione dati Associazione Italiana Ingegneri Clinici. Anno 2014.

Il Progetto

L'AiIC, in qualità di associazione di professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere, vuole realizzare uno studio-indagine volto alla rilevazione di dati di riferimento sulle apparecchiature installate. Gli ingegneri clinici sono, infatti, figure competenti che all'interno delle strutture sanitarie, attraverso i SIC, si occupano proprio della gestione del parco tecnologico elettromedicale. Ne conoscono, quindi, la numerosità, il valore, il funzionamento e la complessità. Attraverso la capacità dell'AiIC di fare rete, l'obiettivo ambizioso è quello di mettere a sistema le informazioni provenienti dai singoli soci.

Lo studio si riferirà anche al monitoraggio del livello di diffusione dei SIC nelle AS. L'obiettivo è quello di valutare l'effettiva copertura da parte dei SIC regione per regione e, di conseguenza, la capacità di ottenere informazioni complete sull'intero territorio italiano. Lo studio verrà diffuso presso tutti i soci dell'AiIC, suddivisi per regione. I dati ricavati verranno in seguito raccolti da ciascun referente regionale dell'AiIC e saranno analizzati e comparati secondo due criteri principali:

- regione di appartenenza della struttura ospedaliera;
- tipologia e numero di posti letto della struttura ospedaliera.

L'indagine è suddivisa in due sezioni principali: la prima dedicata all'individuazione ed alla classificazione delle AS e dei relativi SIC, la seconda volta a caratterizzare le peculiarità del parco tecnologico di ciascuna AS. La prima sezione ha l'obiettivo di caratterizzare sia l'AS, attraverso dei macroindicatori, sia il SIC che vi opera. In questa sezione sono raccolte, tra le altre, informazioni rispetto al numero di posti letto, sale operatorie, posti letto di area critica, interventi per anno, dimissioni per anno, ingegneri clinici presenti, tecnici e personale amministrativo.

In aggiunta, è previsto un approfondimento sulle attività svolte dal SIC al fine di individuare quelle caratterizzanti tutti i SIC o quelle peculiari di una specifica tipologia di strutture. Le attività che verranno monitorate riguardano principalmente: la gestione (collaudi, verifiche e gestione dei contratti), l'*Health Technology Assessment*, il *Risk Management*, l'integrazione con l'*Information and Communications Technology* e la partecipazione ai comitati etici.

La seconda sezione ha l'obiettivo di analizzare lo stato di salute del parco tecnologico elettromedicale installato nelle AS rilevando, per ciascuna struttura, informazioni in merito al numero di apparecchiature installate, al loro valore economico, all'età media delle apparecchiature stesse ed alla capacità di rinnovo in termini di numero di apparecchiature acquistate per anno e valore economico complessivo.

Tale analisi verrà poi condotta anche su classi specifiche, ritenute impattanti sull'attività clinico chirurgica, e non indagate al momento dai diversi flussi ministeriali. Tali classi si riferiscono, ad esempio, a: ecografi (sia di alta che di bassa fascia); sistemi di chirurgia mininvasiva (laparoscopia, artroscopia etc.); bisturi ad ultrasuoni; apparecchiature per dialisi; sale operatorie integrate e microscopi per chirurgia. Per ciascuna di queste tecnologie se ne ricaverà il numero, il valore di sostituzione, l'età media e il numero di acquisti per anno.

Il fine principale dell'indagine è quello di ricavare, dai dati elaborati, la correlazione tra il tipo di struttura ospedaliera e la vetustà delle apparecchiature. Si ribadisce come, ad oggi, tali indagini riguardino unicamente la valutazione dell'obsolescenza delle "grandi apparecchiature", quali la Tomografia Assiale Computerizzata, la Risonanza Magnetica e acceleratori lineari o apparecchiature radiografiche. L'AiIC intende concentrare l'attenzione su altre tipologie di tecnologie, non necessariamente di ultima generazione, ma presenti in numero maggiore nelle strutture.

Rendicontazione sociale delle Aziende Sanitarie

Prof. Americo Cicchetti, Dott.ssa Anna Ceccarelli, Dott. Angelo Tattoli

La diffusione del Bilancio Sociale nelle Aziende Sanitarie

L'attenzione ai processi di valutazione, sia per le Aziende Sanitarie (AS) che per i dirigenti, è cresciuta negli ultimi anni anche grazie a quanto previsto dalla Legge n. 150/2009 ("Legge Brunetta"). Le Regioni, in questo contesto, hanno posto crescente attenzione allo sviluppo di metodologie per la valutazione esplicita sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo dei risultati prodotti dalle singole AS. È evidente, però, che queste valutazioni non possono prescindere dall'adozione di un approccio che da un lato sia capace di intercettare le dimensioni economiche dei risultati gestionali e che, dall'altro, permetta di comprendere il reale impatto sociale della gestione stessa in una prospettiva *multistakeholder*.

Questa esigenza è stata avvertita da alcune Regioni, prevalentemente del Nord, che hanno fatto da battistrada verso la diffusione di modelli di rendicontazione sociale dell'AS, ed in particolare verso l'adozione del Bilancio Sociale (Tabella 1). Ad oggi, sono 46 le AS che hanno introdotto il Bilancio Sociale.

Il Bilancio Sociale è uno strumento adottato volontariamente da una organizzazione per rendere conto ai portatori di interesse (*stakeholder*) del proprio operato, rendendo trasparenti e comprensibili all'interno e all'esterno i programmi, le attività e i risultati raggiunti, secondo modalità non evidenti nei tradizionali documenti e nelle tradizionali procedure di rendicontazione. In particolare, "il Bilancio Sociale è l'esito di un processo con cui l'amministrazione rende conto delle scelte, delle attività, dei risultati e dell'impiego di risorse in un dato periodo, in modo da consentire ai cittadini e ai diversi interlocutori di conoscere e formulare un proprio giudizio su come l'amministrazione interpreta e realizza la sua missione istituzionale e il suo mandato" (1).

Il Bilancio Sociale è il risultato di un processo di rendicontazione sociale volto a: 1. promuovere e migliorare il processo interattivo di comunicazione non auto-referenziale tra azienda e *stakeholder*; 2. esporre le linee di indirizzo strategico che l'azienda si impegna a perseguire nel tempo; 3. fornire agli organi di governo elementi per la definizione dei programmi e progetti e contribuire allo sviluppo di comportamenti socialmente responsabili; 4. fornire a tutti gli *stakeholder* un quadro complessivo delle *performance* (economiche, sociali e ambientali) al fine di consentire loro di formarsi un giudizio motivato sul comportamento dell'azienda.

Il Bilancio Sociale si pone, dunque, l'obiettivo di: 1. far conoscere, spiegare e motivare il perché, il *quantum* ed il come delle scelte di governo; 2. permettere ai cittadini, ed in generale agli *stakeholder*, di formulare un giudizio motivato sull'operato dell'organizzazione; 3. creare una rete di relazioni che consenta una partecipazione dei soggetti coinvolti nell'attività dell'azienda alle decisioni, in un'ottica di miglioramento continuo.

Le metodiche disponibili per l'elaborazione del Bilancio Sociale

Le metodiche disponibili per l'elaborazione del Bilancio Sociale sono sostanzialmente cinque:

- Modello del Gruppo di studio per il Bilancio Sociale (GBS), sviluppato in Italia da un'associazione *no profit* che annovera Università, Ordini dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, Società di Revisione ed altri Enti ed esperti. Nato come uno standard di contenuto da adottare in ambito pubblico, fornisce un *focus* specifico sulle AS pubbliche;
- Linee Guida *Global Reporting Initiative*, sviluppate negli Stati Uniti da una organizzazione *no profit* alla quale aderiscono Associazioni di categorie contabili, Istituti di ricerca, Imprese, Associazioni ambientaliste e sociali ed Istituti di certificazione. Si tratta di uno standard di processo internazionale; fornisce un'analisi di benchmark e valutazione della *performance* di sostenibilità rispetto a quanto previsto da leggi, norme e codici;
- Norma UNI-ISO 26000, sviluppata da un'organizzazione *no profit* mondiale, alla quale aderiscono 450 esperti di 99 Paesi e 42 organizzazioni internazionali. Tra le più recenti norme in materia di Responsabilità Sociale, è uno standard di orientamento non destinato a fini di certificazione regolamentari e contrattuali; non contiene requisiti, ma raccomandazioni;
- Standard di processo *Accountability 1000* (AA1000), sviluppato dall'*International Council of the Institute of Social and Ethical Accountability*, formato da imprese, Organizzazioni non Governative, Università e Società di consulenza. Nasce per migliorare le *performance* complessive delle organizzazioni mediante l'aumento della qualità nell'*accounting*, nell'*auditing* e nel *reporting* sociale ed etico; è un modello dinamico;
- Norma internazionale SA8000, sviluppata dal *Council of Economical Priorities Accreditation Agency*, che fornisce ad investitori e consumatori informazioni per analizzare le *performance* sociali delle aziende.

Nelle AS italiane, la metodica più utilizzata è il GBS (Tabella 2). Infatti, nel complesso, 18 delle 46 AS lo utilizzano dichiaratamente, sebbene 10 lo adottino in via esclusiva e 8 lo utilizzino insieme ad altre metodiche. Si rileva, inoltre, come in 19 casi su 46, non venga dichiarato nel documento del Bilancio Sociale quale metodi-

ca sia stata utilizzata per la sua predisposizione; elemento che appare contraddittorio con le finalità stesse del processo di rendicontazione sociale.

A prescindere dalla metodica utilizzata, il Bilancio Sociale è strutturato in modo da: 1. dare conto dell'identità e del sistema di valori di riferimento assunti dall'azienda e della loro declinazione nelle scelte, nei comportamenti gestionali, nonché nei risultati e negli effetti; 2. fornire indicazioni sulle interazioni tra l'azienda ed il sistema territoriale; 3. rappresentare la determinazione e distribuzione del Valore Aggiunto; 4. rendicontare le produzioni che l'AS ha offerto alla comunità per realizzare le proprie finalità istituzionali di salute e di cura.

Tabella 1 - Utilizzo del Bilancio Sociale nelle Aziende Sanitarie per regione - Anno 2014

Regioni	Aziende Sanitarie	Anni
Piemonte	ASL (Azienda Sanitaria Locale) 12 Biella	2001, 2002, 2003, 2004, 2006-2008, 2009-2010
	ASL Cuneo 2	2007
	ASL Torino 1	2008, 2009
	ASL Torino 2	2010
	ASL Torino 3	2008-2009, 2009-2010, 2012-2013
	ASL Torino 4	2009, 2010
	ASL Torino 5	2012, 2013
	ASL Vercelli	2008-2009
	AO (Azienda Ospedaliera) Alessandria	2008, 2009, 2010, 2012
	AUSL (Azienda Unità Sanitaria Locale) Valle d'Aosta	2008, 2009-2010, 2011-2012
Valle d'Aosta		
Lombardia	ASL Como	2005, 2006, 2008-2010
	ASL Monza e Brianza	2004, 2005, 2006, 2007
	ASL Mantova	2005-2007
	AO Salvini	2006
	AO Lecco	2011, 2012
	Istituto Ospedaliero Fondazione Poliambulanza (BS)	2011
Liguria	ASL 2 Savonese	2006, 2007, 2009
	ASL 4 Chiavarese	2004
Veneto	ULSS (Unità Locale Socio Sanitaria) 1 Belluno	2003-2007
	ULSS Feltre	2001-2006
	ULSS 19 Adria	2006, 2008, 2009
	ULSS 14 Chioggia	2006
	ULSS 17 Este	2006, 2007, 2008, 2009
	ULSS 21 Legnago	2007, 2008, 2009, 2010, 2011
	ULSS 13 Mirano	2006, 2009
	ULSS 5 Ovest Vicentino	2005, 2006
	ULSS 7 Pieve di Soligo	2004, 2005, 2006, 2007
	ULSS 9 Veneto Orientale	2003-2007
	ULSS 15 Alta Padovana	2010
	ULSS 9 Treviso	2008-2009
Friuli Venezia Giulia	AO Padova	2005, 2009-2010
	ASS (Azienda per i Servizi Sanitari) 5 Bassa Friulana	2009-2010
Emilia-Romagna*	AOU (Azienda Ospedaliera Universitaria) Udine	2010, 2011
	Tutte le aziende sanitarie	dal 2005
Toscana	ASL Firenze	2005, 2006, 2007, 2008, 2009-2010
	ASL Lucca	2009
	AUSL 12 Viareggio	2003
	IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico)	
	Fondazione Stella Maris	2009
Lazio	ASL RM D	2004
	Ospedale Pediatrico Bambino Gesù	2012
Abruzzo	ASL Lanciano	2010-2012
Campania	IRCCS Fondazione Pascale	2012
Puglia	ASL Brindisi	2006, 2007, 2009, 2011
Basilicata	ASL Potenza	2013
	AO San Carlo di Potenza	2012
Sicilia	AOU Messina	2008-2013
Sardegna	ASL Nuoro	2006, 2007

*In Emilia-Romagna è adottato il Bilancio di Missione.

Fonte dei dati: Elaborazione su documenti disponibili sul web. Ultimo accesso: 25 marzo 2014.

Tabella 2 - Diffusione dell'elaborazione del Bilancio Sociale utilizzato nelle Aziende Sanitarie per regione - Anno 2014

Regioni	Aziende Sanitarie	Metodiche adottate
Piemonte	ASL 12 Biella	GBS - AA1000 - GRI
	ASL Cuneo 2	GBS - AA1000
	ASL Torino 1	L.G. Regione Piemonte
	ASL Torino 2	L.G. Regione Piemonte
	ASL Torino 3	L.G. Regione Piemonte
	ASL Torino 4	L.G. Regione Piemonte
	ASL Torino 5	L.G. Regione Piemonte
	ASL Vercelli	L.G. Regione Piemonte
	AO Alessandria	Non dichiarata
Valle d'Aosta	AUSL Valle d'Aosta	Non dichiarata
Lombardia	ASL Como	GBS - AA1000
	ASL Monza e Brianza	GBS - AA1000- GRI
	ASL Mantova	GBS
	AO Salvini	GBS - GRI
	AO Lecco	Non dichiarata
Liguria	Istituto Ospedaliero Fondazione Poliambulanza (BS)	GBS (non esplicitato)
	ASL 2 Savonese	Non dichiarata
Veneto	ASL 4 Chiavarese	GBS - AA1000 - GRI
	ULSS 1 Belluno	Non dichiarata
	ULSS Feltre	Non dichiarata
	ULSS 19 Adria	Non dichiarata
	ULSS 14 Chioggia	Non dichiarata
	ULSS 17 Este	Non dichiarata
	ULSS 21 Legnago	Non dichiarata
	ULSS 13 Mirano	Non dichiarata
	ULSS 5 Ovest Vicentino	Non dichiarata
	ULSS 7 Pieve di Soligo	Non dichiarata
	ULSS 9 Veneto Orientale	Non dichiarata
	ULSS 15 Alta Padovana	Non dichiarata
	ULSS 9 Treviso	Non dichiarata
	AO Padova	Non dichiarata
	Friuli Venezia Giulia	ASS 5 Bassa Friulana
AOU Udine		Non dichiarata
Emilia-Romagna	Tutte le aziende sanitarie	Bilancio di Missione
Toscana	ASL Firenze	GBS - GRI
	ASL Lucca	GBS
	AUSL 12 Viareggio	Non dichiarata
	IRCCS Fondazione Stella Maris	AA1000
Lazio	ASL RM D	GBS - AA1000
Abruzzo	Ospedale Pediatrico Bambino Gesù	GBS
	ASL Lanciano	GBS
Campania	IRCCS Fondazione Pascale	GBS
Puglia	ASL Brindisi	GBS
Basilicata	ASL Potenza	Non dichiarata
	AO San Carlo di Potenza	GBS
Sicilia	AOU Messina	Non dichiarata
Sardegna	ASL Nuoro	GBS

Fonte dei dati: Elaborazione degli autori su documenti disponibili sul web. Ultimo accesso: 25 marzo 2014.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero dell'Interno, Linee Guida per la rendicontazione sociale negli enti locali, 2007.