



## Assetto istituzionale-organizzativo

Il Rapporto Osservasalute ogni anno analizza e monitora l'impatto sullo stato di salute della popolazione dei determinanti organizzativi e gestionali dei diversi Servizi Sanitari Regionali.

In questi anni il Capitolo è stato dedicato ad aspetti rilevanti dei modelli organizzativi delle aziende e delle Istituzioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), quali la forza lavoro e le competenze, la tecnologia sanitaria, le soluzioni di *information e communication technology*, i processi e le procedure.

In particolare, in continuità con le precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, il Capitolo focalizza la sua attenzione su uno degli elementi cardine del SSN: le risorse umane e il lavoro. Nello specifico, in riferimento al personale dipendente del SSN, si rappresentano sia gli aspetti di natura economica, quali la spesa pro capite grezza e pesata per personale dipendente, sia importanti aspetti di natura programmatica, quali la demografia del personale e il tasso di compensazione del *turnover*.

Il Capitolo è, inoltre, arricchito da due *Box*: il primo è relativo ai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) approvati con DPCM del 12 gennaio 2017, mentre il secondo riguarda la sanità digitale.

In particolare, per quanto riguarda i LEA, vengono principalmente presentate le novità introdotte dal nuovo provvedimento, i dati sulla sostenibilità economico-finanziaria del medesimo, nonché l'*iter* previsto per il mantenimento e l'aggiornamento dei LEA.

Per quanto riguarda, invece, la sanità digitale, vengono presentati i principali provvedimenti normativi relativi alla sua introduzione e al suo sviluppo in Italia, gli ostacoli che ne hanno rallentato la diffusione omogenea nel Paese, nonché l'evoluzione della spesa tra il 2011 e il 2016.





## 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 universitario.

L'obiettivo dell'indicatore è mostrare la quota di spesa allocata per il personale rispetto al totale della spesa sanitaria pubblica.

### Percentuale della spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale sul totale della spesa sanitaria

Numeratore	Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale	
Denominatore	Spesa sanitaria	x 100

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

Numeratore	Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale
Denominatore	Popolazione media residente (assoluta e ponderata)

**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 prendendo in considerazione sia la popolazione bacino di utenza del SSN che 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 dalla crescente esternalizzazione dei servizi che prima venivano svolti dal 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'incidenza della spesa per personale dipendente del SSN sulla spesa sanitaria totale si è ridotta di 1,1 punti percentuali tra il 2012 e il 2015, passando dal 32,2% al 31,1% (Tabella 1); si conferma il trend già osservato a partire dal 2010 (1).

Il contenimento della spesa più elevato si è registrato, prevalentemente, nelle regioni sottoposte a Piano di Rientro (Campania, Calabria, Sicilia, Lazio e Puglia) e

in 3 regioni/PA del Nord (PA di Bolzano, Lombardia e Liguria). In questo gruppo di regioni, tuttavia, la situazione non è omogenea. Infatti, 4 regioni (Lazio, Campania, Lombardia e Puglia) presentano nel quadriennio di riferimento valori inferiori al dato nazionale, mentre le altre 4 presentano valori costantemente superiori al dato nazionale.

Un contenimento della spesa, seppur di minore entità, si è registrato in un altro gruppo di 7 regioni non sottoposte a Piano di Rientro (Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Molise), fatta eccezione per la Basilicata. In questo gruppo, le uniche 2 regioni che presentano valori inferiori al dato nazionale sono il Veneto e il Molise.

Infine, nel periodo 2012-2015 in 5 regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia e Sardegna), tutte a Statuto Speciale ad eccezione del Piemonte, si riscontra un trend in controtendenza rispetto al dato nazionale, per cui l'incidenza della spesa per il personale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale nell'anno 2015 è superiore al valore registrato nell'anno 2012 (Tabella 1).

L'analisi dei dati relativi alla spesa per il personale, rapportata alla popolazione residente nel periodo 2012-2015, mostra una diminuzione del 5,4%, passando da un valore di 601,7€ ad un valore di 569,2€ (Tabella 2); si conferma il trend già osservato a partire dal 2010 (1).

La contrazione della spesa osservata a livello nazionale non si riflette, tuttavia, in tutte le regioni. Sono, infatti, 9 le regioni (Lombardia, Veneto, Lazio, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia), di cui unicamente 2 (Lombardia e Veneto) non in Piano di Rientro, in cui sia la spesa pro capite grezza che quella pesata è diminuita tra il 2012 e il 2015. In 2 regioni (PA di Trento e Sardegna) si osserva di contro un aumento della spesa nel medesimo periodo. Nelle restanti regio-





## ASSETTO ISTITUZIONALE-ORGANIZZATIVO

361

ni, rapportata alla popolazione assoluta, la spesa pro capite sembra essere aumentata; tuttavia, se si considera la popolazione pesata, la spesa pro capite per il personale dipendente del SSN si è ridotta tra il 2012 e il 2015, ad eccezione della PA di Bolzano.

I dati disaggregati relativi all'anno 2015 ci consentono, inoltre, di verificare come esista (e persista) una profonda differenza a livello regionale nei valori di spesa pro capite grezza: la spesa più alta, pari a 1.128,8€ (oltre 550,0€ in più rispetto al dato nazionale), si registra nella PA di Bolzano, seguita dagli 882,3€ (oltre 300€ in più rispetto al dato nazionale) della Valle d'Aosta, mentre le regioni con una spesa pro capite minore sono la

Lombardia, la Puglia, il Lazio e la Campania che registrano valori <500€ pro capite.

Il dato sulla spesa pro capite pesata, ossia ponderata rispetto alla distribuzione demografica della popolazione assistita, rende più omogeneo il dato di spesa.

Tuttavia, non sembrano esserci grosse differenze con l'analisi precedente e, difatti, le regioni con una spesa per personale maggiore rimangono, comunque, la PA di Bolzano, la Valle d'Aosta, la PA di Trento e la Sardegna, tutte regioni a Statuto Speciale, mentre le regioni con minore spesa pro capite sono la Puglia, la Lombardia e il Lazio, con valori che vanno da un minimo di 471,1€ nel Lazio ad un massimo di 506,7€ in Puglia.

**Tabella 1** - Spesa (valori per 100) del personale dipendente del SSN sul totale della spesa sanitaria e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2012-2015

Regioni	2012	2013	2014	2015	Δ % (2012-2015)
Piemonte	34,3	34,6	34,2	34,5	0,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	40,5	41,9	44,0	43,2	2,7
Lombardia	28,1	27,6	26,6	26,5	-1,6
Bolzano-Bozen	51,5	51,0	50,4	49,8	-1,7
Trento	36,0	36,6	36,5	37,2	1,2
Veneto	31,5	31,5	31,1	30,9	-0,6
Friuli Venezia Giulia	37,8	38,4	39,5	39,7	1,9
Liguria	35,5	35,2	34,5	34,2	-1,3
Emilia-Romagna	34,2	34,7	34,4	33,9	-0,3
Toscana	35,9	36,3	35,5	35,2	-0,7
Umbria	37,2	37,1	37,3	37,1	-0,1
Marche	36,6	36,5	36,1	36,1	-0,5
Lazio	26,7	26,5	25,8	25,3	-1,4
Abruzzo	32,5	33,0	32,1	32,5	0,0
Molise	30,7	28,4	29,7	30,0	-0,7
Campania	30,2	29,5	28,1	27,3	-2,9
Puglia	29,5	28,6	28,2	28,1	-1,4
Basilicata	36,9	36,9	36,7	36,4	-0,5
Calabria	36,2	35,7	34,2	34,0	-2,2
Sicilia	33,9	33,5	32,7	32,3	-1,6
Sardegna	36,3	37,0	36,7	36,8	0,5
<b>Italia</b>	<b>32,2</b>	<b>32,1</b>	<b>31,4</b>	<b>31,1</b>	<b>-1,1</b>

**Fonte dei dati:** Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 4, Luglio 2017. Anno 2017.



**Tabella 2** - Spesa pro capite (valori in €) del personale dipendente del SSN e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2012-2015

Regioni	2012		2013		2014		2015		Δ % (2012-2015)	
	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza
Piemonte	623,2	659,1	642,1	598,5	632,0	588,4	631,8	587,7	1,4	-10,8
Valle d' Aosta	864,4	880,7	888,5	871,9	891,8	871,7	882,3	859,5	2,1	-2,4
Lombardia	514,0	513,5	512,1	513,5	502,3	503,2	499,5	501,6	-2,8	-2,3
Bolzano-Bozen	1.162,4	1.089,2	1.161,1	1.264,0	1.122,5	1.219,7	1.128,8	1.226,7	-2,9	12,6
Trento	778,0	765,2	793,2	817,2	787,6	809,6	780,2	801,4	0,3	4,7
Veneto	564,6	560,9	558,3	561,4	555,2	555,7	554,5	553,6	-1,8	-1,3
Friuli Venezia Giulia	719,1	769,3	772,7	712,2	762,5	700,5	754,9	693,2	5,0	-9,9
Liguria	634,2	722,6	695,9	590,4	685,0	584,4	685,5	586,1	8,1	-18,9
Emilia-Romagna	643,2	674,0	675,4	642,5	670,5	639,1	666,1	636,3	3,6	-5,6
Toscana	645,5	688,8	672,0	621,3	673,2	622,7	676,1	626,1	4,7	-9,1
Umbria	633,1	671,0	677,8	633,9	684,7	638,3	685,2	638,2	8,2	-4,9
Marche	625,9	653,3	637,2	605,4	638,3	604,5	637,6	604,1	1,9	-7,5
Lazio	545,8	542,1	493,5	498,6	468,6	479,3	459,4	471,1	-15,8	-13,1
Abruzzo	571,6	583,2	578,8	562,1	570,4	555,0	573,8	558,1	0,4	-4,3
Molise	646,2	667,8	632,1	602,9	619,2	589,5	615,0	584,5	-4,8	-12,5
Campania	617,2	558,5	472,4	537,2	470,8	534,7	459,1	520,4	-25,6	-6,8
Puglia	547,2	521,6	485,4	511,2	484,0	506,2	487,2	506,7	-11,0	-2,9
Basilicata	669,7	666,3	654,1	653,0	650,3	646,7	652,6	648,2	-2,6	-2,7
Calabria	662,0	638,5	603,2	629,6	584,3	609,8	576,8	601,0	-12,9	-5,9
Sicilia	618,2	591,1	556,1	588,4	555,0	587,2	548,6	581,1	-11,3	-1,7
Sardegna	684,8	673,3	707,9	709,0	726,0	710,5	717,3	711,0	4,7	5,6
<b>Italia</b>	<b>601,7</b>	<b>601,7</b>	<b>580,1</b>	<b>580,1</b>	<b>572,6</b>	<b>572,6</b>	<b>569,2</b>	<b>569,2</b>	<b>-5,4</b>	<b>-5,4</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 4, Luglio 2017. Anno 2017.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2015, la spesa per il personale ammonta a 34,6 miliardi di €, il 31,1% della spesa sanitaria totale, e fa registrare nel periodo 2012-2015 una riduzione pari a circa l'1,1% medio annuo; è l'aggregato di spesa del SSN che, insieme alla farmaceutica convenzionata, ha subito i maggiori tagli a partire dal 2010. La diminuzione della spesa è, sostanzialmente, il risultato delle politiche di blocco del *turnover* attuate delle regioni sotto Piano di Rientro e delle misure di contenimento della spesa per il personale, comunque, portate avanti autonomamente dalle altre regioni. La dinamica dell'aggregato negli anni più recenti è, inoltre, influenzata dal blocco delle procedure contrattuali relative al biennio economico 2010-2012, nonché della previsione di un limite (vigente sino al 31 dicembre 2014) al riconoscimento di incrementi retributivi al personale

dipendente, che non può eccedere il livello vigente nell'anno 2010, fatto salvo il riconoscimento della indennità di vacanza contrattuale (art. 9 e art. 17 del DL n. 78/2010, convertito con Legge n. 122/2010). Poiché il personale rappresenta la risorsa cardine del sistema sanitario, considerato il trend della spesa nonché le forti disparità regionali nei livelli di spesa pro capite, si ritiene opportuno di dover monitorare attentamente il dato sulla spesa, da leggere congiuntamente a quello sul tasso di compensazione del *turnover* e alla struttura per età del personale.

### Riferimenti bibliografici

(1) Rapporto Osservasalute 2015, Capitolo "Assetto istituzionale-organizzativo".



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

**Significato.** Nel 2015, i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) erano 653.356, di cui il 67,2% costituito da personale medico 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. L'obiettivo del presente indicatore è quello di rappresentare la struttura demografica del personale dipendente del SSN su un arco di tempo quadriennale (2012-2015). 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  
Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al quadriennio 2012-2015 e sono quelli acquisiti dalle strutture con il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<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 2015, il personale dipendente del SSN è composto prevalentemente (74,7%) 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  $\geq 60$  anni (12,2%) rispetto a quella di età  $< 30$  anni (1,8%). A livello regionale, su questo ultimo aspetto, si registra un marcato divario Nord-Sud ed Isole: infatti, nel Nord è più elevata la percentuale (valore medio pari a 16,6%) di personale di età  $< 39$  anni (in particolare in Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta ed Emilia-Romagna), mentre nel Centro-Sud ed Isole prevale la componente (valore medio pari a 17,0%) di personale di età  $\geq 60$  anni (in particolare in Campania, Molise, Calabria e Sicilia).

L'analisi per genere mostra che, nel 2015, le donne rappresentano il 65,8% del personale dipendente, mentre gli uomini il 34,3% (dai dati del Conto Annuale, Ragioneria Generale dello Stato). In particolare, per quanto riguarda il personale di età  $< 50$  anni, le donne sono più numerose degli uomini in tutte le fasce di età (0-29, 30-39 e 40-49 anni). A livello regionale, questa ultima statistica è confermata in tutte le regioni.

Al di là del divario Nord-Sud ed Isole, 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 degli uomini della medesima classe di età (Grafico 2, Grafico 3). Inoltre, il personale dipendente del SSN di genere femminile risulta essere, in media, più giovane di quello maschile; a livello nazionale, le donne di età  $< 40$  anni sono il 14,3% del totale delle donne dipendenti del SSN (17,0% per il Nord, 13,8% per il Centro e 8,2% per il Meridione). Questa percentuale diviene il 10,8% se si guarda ai dipendenti di genere maschile (15,5% per il Nord, 10,7% per il Centro e 5,8% per il Meridione).

Come trend, nel periodo 2012-2015 (Grafico 4), a fronte di un aumento, rispettivamente, di 1,8 e di 6,0 punti percentuali del personale nella fascia di età 50-59 anni e nella fascia di età 60 anni ed oltre, si è registrato un decremento di 3,5 punti percentuali sia nella fascia di età 40-49 anni che in quella 30-39 anni. Se si considera che anche la classe di età 0-29 anni registra un decremento di 0,8 punti percentuali, si evince come vi sia in atto un forte squilibrio generazionale nel personale dipendente del SSN.

Analizzando la situazione per macroaree geografiche, con riferimento alla variazione nelle classi di età 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  $\geq 60$  anni (per le regioni del Nord il differenziale tra le due classi di età è di 5,3 punti percentuali, mentre per le regioni del Centro il differenziale è di 7,4 punti percentuali), le regioni del Meridione presentano un differenziale tra queste due classi di età di 9,4 punti percentuali.

Prendendo in esame, invece, la struttura per classe di età del solo personale medico del SSN (nel 2015 il personale medico è stato il 16,1% del totale personale del SSN), a livello nazionale i medici di età 50-59

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



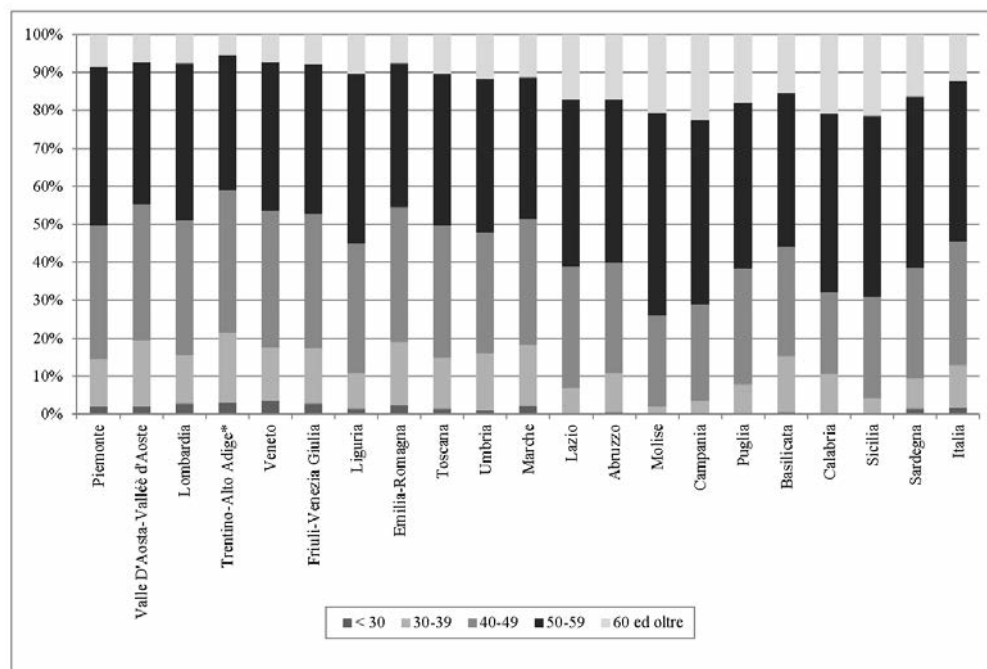
anni sono il 43,5% (nel 2012 erano il 50,3%), mentre quelli di età 40-49 anni sono il 23,2% (nel 2012 erano il 24,7%). Nella fascia di età 50-59 anni si è registrato, sia a livello nazionale (Grafico 5) che nelle 3 macroaree geografiche (Nord, Centro e Mezzogiorno) il calo di unità più importante nel periodo 2012-2015 (-6,8% a livello nazionale, -4,2% al Nord, -4,7% al Centro e -11,0% nel Mezzogiorno).

Tuttavia, a differenza del trend evidenziato precedentemente per il personale dipendente del SSN nel suo complesso, per i medici tra il 2012-2015 si evidenzia un incremento solo del personale di età >60 anni (10,8%), mentre nella classe del personale di età <39 anni si registra una diminuzione (-2,5%). Prendendo, invece, in considerazione il personale di età compresa tra i 40-49 anni, si registra un decremento dell'1,5%.

Esaminando la struttura per classe di età del solo personale infermieristico (Grafico 6) del SSN (nel 2015 il personale infermieristico è stato il 40,8% del totale personale del SSN, sostanzialmente invariato rispetto al

2012 quando gli infermieri erano il 40,4%), a livello nazionale gli infermieri nella fascia di età 40-49 anni sono il 42,2% del totale degli infermieri dipendenti del SSN (nel 2012 erano il 43,6%). Rispetto a quanto evidenziato per il personale dipendente del SSN nel suo complesso e per il personale medico dipendente del SSN, in questa fascia di età si conferma quindi una diminuzione di unità. Gli infermieri compresi, invece, nelle fasce di età 50-59 anni e 30-39 anni sono, rispettivamente, il 34,5% ed il 14,4% del totale (nel 2012 erano il 29,6% ed il 14,4%). I dati rappresentati nel Grafico 6 confermano, quindi, che il calo più significativo di unità si è verificato, sia a livello nazionale che nelle 3 macroaree geografiche (in ordine decrescente, Nord, Mezzogiorno e Centro), nella fascia di età 0-39 anni (-6,8%). Al contrario, vi è stato un aumento di personale infermieristico nelle fasce di età 50-59 anni e 60 anni ed oltre (4,8 punti percentuali e 3,5 punti percentuali, rispettivamente, a livello nazionale).

**Grafico 1** - Personale (valori per 100) dipendente del SSN per classe di età e regione - Anno 2015



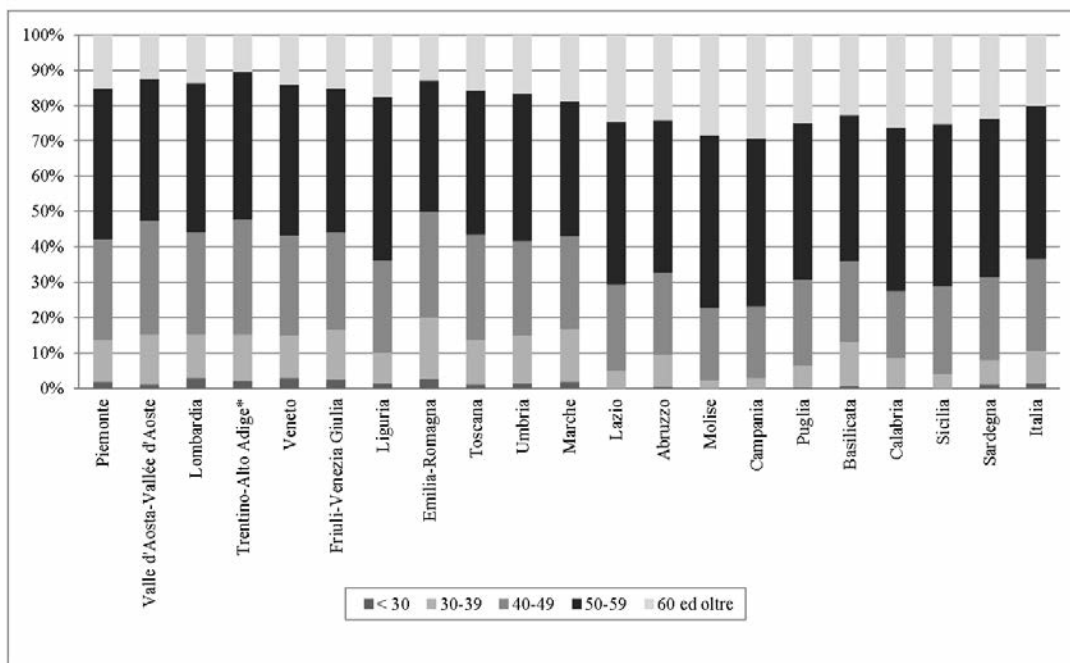
\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**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 2017.



ASSETTO ISTITUZIONALE-ORGANIZZATIVO

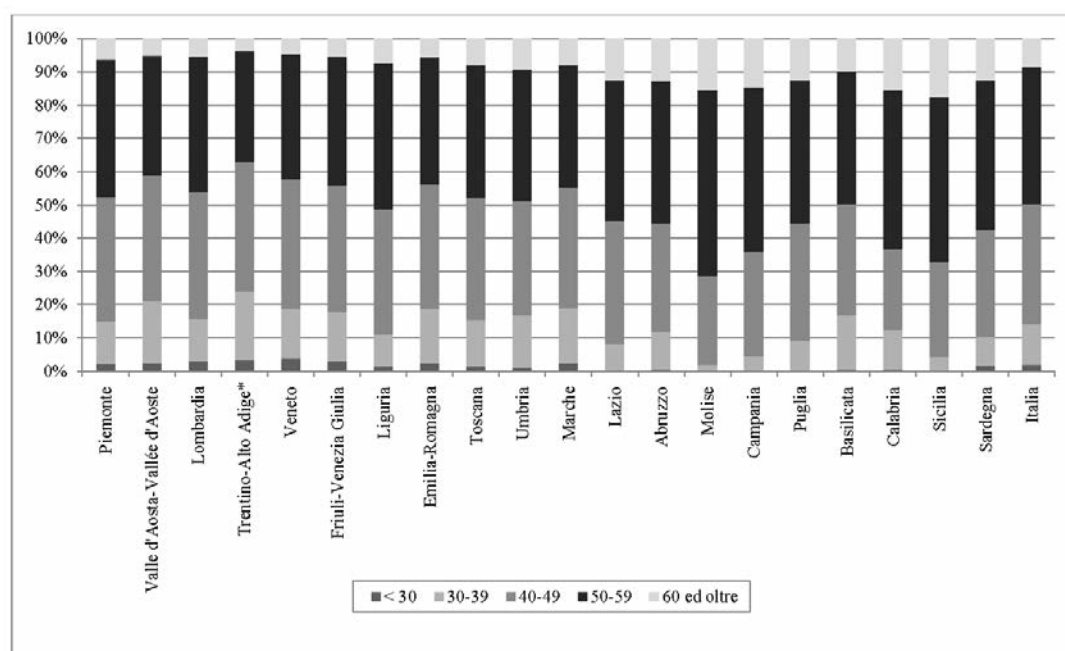
**Grafico 2** - Personale (valori per 100) dipendente del SSN per classe di età e regione. Maschi - Anno 2015



\*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 2017.

**Grafico 3** - Personale (valori per 100) dipendente del SSN per classe di età e regione. Femmine - Anno 2015



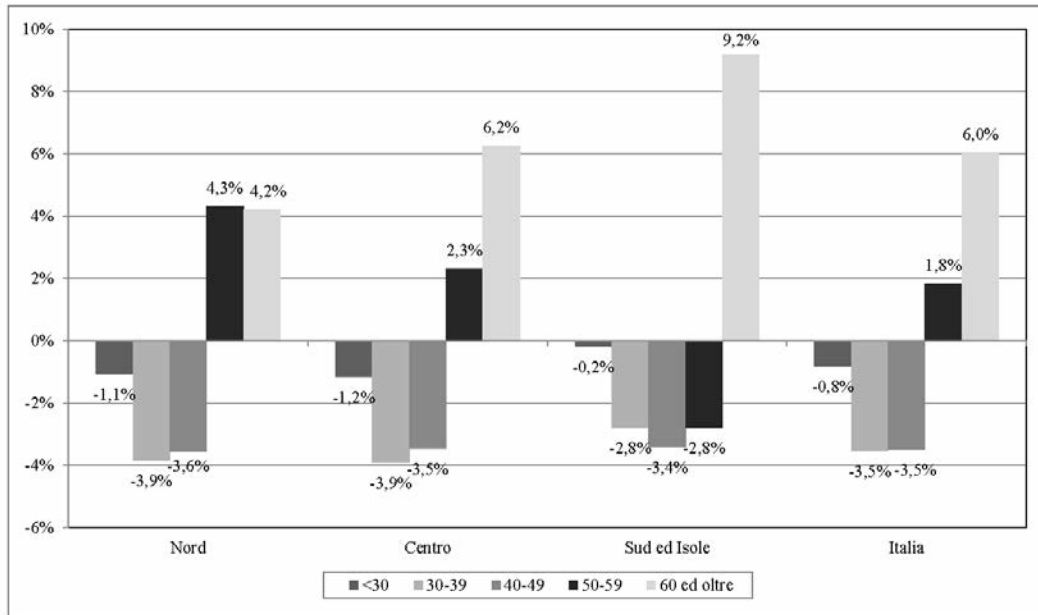
\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**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 2017.



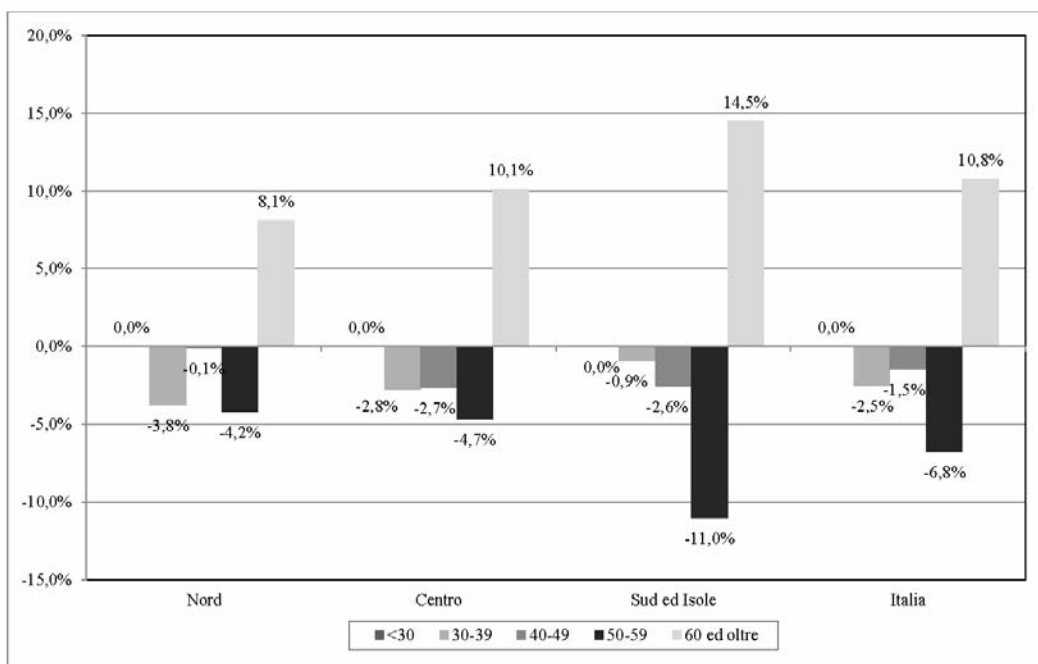


**Grafico 4** - Distribuzione (variazione per 100) del personale dipendente del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2012-2015



**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 2017.

**Grafico 5** - Distribuzione (variazione per 100) del personale medico del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2012-2015



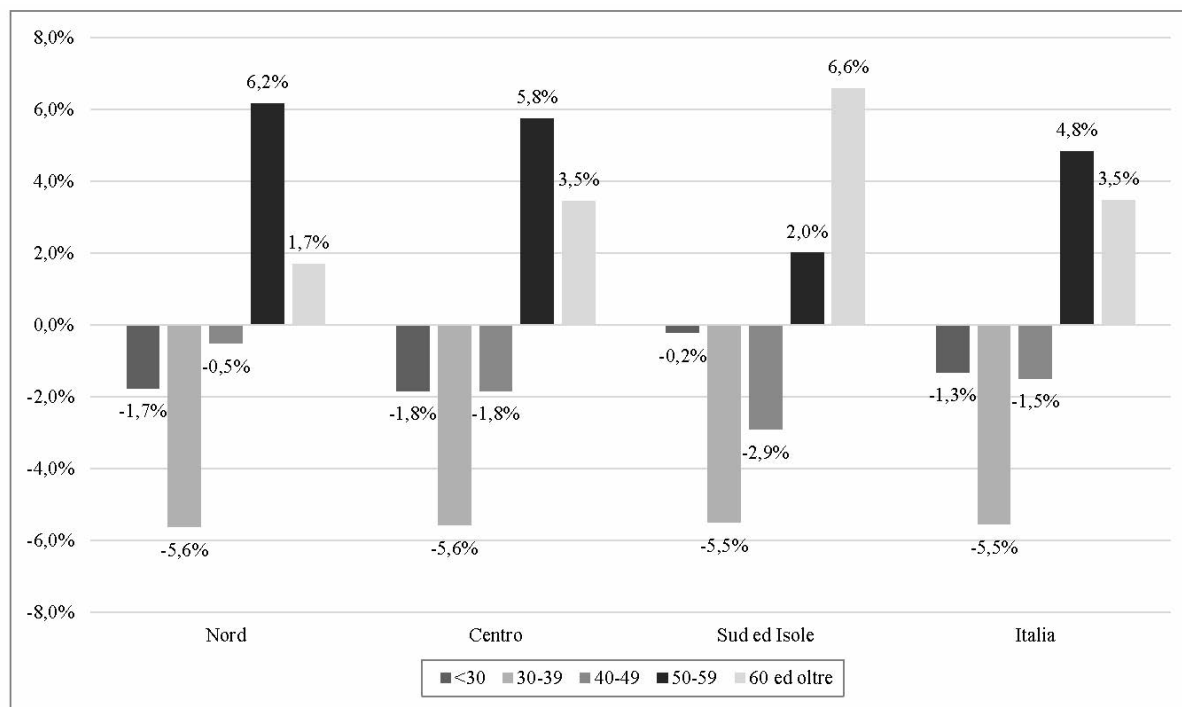
**Fonte dei dati:** Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2017.







**Grafico 6** - Distribuzione (variazione per 100) del personale infermieristico del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2012-2015



**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 2017.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Così come sottolineato nel Patto per la Salute 2014-2016 (1), 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 rimane una criticità importante visti i vincoli insiti in questa misura. Le azioni previste dai Piano di Rientro, infatti, si concretizzano in interventi con effetti sulla riduzione della spesa e interventi complementari a corredo. Tra gli interventi con effetti sulla riduzione della spesa, le azioni previste riguardano, tra le altre, la macroarea del personale. Una delle misure adottate in tutti i Piani di Rientro, ad esempio, è il limite di

spesa per il personale del Servizio Sanitario Regionale (SSR) stimato in base alla spesa sostenuta nell'anno precedente allo stesso piano, ridotta di una percentuale calcolata in fase di programmazione. Se a questa misura, si aggiungono le norme in materia pensionistica e le leggi regionali con le quali il legislatore in molti casi ha provveduto ad una riduzione della dotazione organica del SSR, il risultato è quello evidenziato in questo studio di forte disallineamento tra regioni in Piano di Rientro e non.

### Riferimenti bibliografici

(1) Patto per la Salute 2014-2016.





## 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*

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

Entrati nel periodo - Stabilizzati nel periodo (anno di riferimento)  
Usciti nel periodo (anno di riferimento)

**Validità e limiti.** I dati sono relativi al quadriennio 2012-2015 e sono quelli acquisiti dalle strutture, con il Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<sup>1</sup>.

In particolare, l'aggregato "Entrati nel periodo" comprende: i nominati da concorso, gli stabilizzati da contratto a tempo determinato o da Lavoro Socialmente Utile, le assunzioni per chiamata diretta o numerica (categorie protette), i passaggi da altra amministrazione e altre cause. L'aggregato "Usciti nel periodo", invece, comprende: il collocamento a riposo per limiti di età, le dimissioni (con diritto a pensione), i passaggi per esternalizzazioni, i passaggi ad altre amministrazioni, la risoluzione del rapporto di lavoro (40 anni di contribuzione), altre cause e i licenziamenti. Non è stata fatta, inoltre, una distinzione in base alla qualifica del personale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Se il tasso di compensazione è maggiore di 100%, significa che vi è stato un ampliamento dell'organico, mentre se è minore di 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, inferiore a 100, il che significa che sostanzialmente l'organico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha subito una contrazione. Analizzando il dato del 2015, anno nel quale si registra un tasso di compensazione del *turnover* nazionale di 76,3%, è possibile notare che l'inversione di tendenza registrata nel 2014 rispetto al 2013 viene confermata (si passa, infatti, da un tasso di 85,6% nel 2013 ad un tasso di 80,5% del 2014). Si ricorda che il trend storico tra il 2010 e il 2012 ha evidenziato un tasso di compensa-

zione costantemente in riduzione, arrivando a segnare un valore di 68,9% nel 2012, circa 10 punti percentuali in meno rispetto all'anno precedente (infatti, nel 2011 si è registrato un 78,2%).

A livello regionale, invece, si riscontra una sola regione con tasso di compensazione del *turnover* maggiore al 100%: la sola Basilicata, infatti, registra un tasso di 102,5%. Nelle altre regioni, invece, si riscontra una forte eterogeneità del tasso di compensazione del *turnover*: le regioni Molise, Sicilia, Valle d'Aosta, Calabria, Campania e Puglia mostrano, nel 2015, valori inferiori al 50% (alcuni di questi valori sono probabilmente imputabili anche agli effetti derivanti dalla predisposizione dei Piani di Rientro per le regioni in disavanzo), mentre le altre regioni, esclusa la Basilicata, mostrano tassi compresi tra 53,5% (Umbria) e 99,8% (Sardegna). Negli anni 2013 e 2014, invece, le regioni che presentavano un valore  $\geq 100\%$  erano, rispettivamente, 5 nell'anno 2014 (Trentino-Alto Adige, Umbria, Abruzzo, Valle d'Aosta e Sardegna) e 7 nell'anno 2013 (Umbria, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige, Sardegna, Basilicata e Valle d'Aosta).

Nel 2015 si riscontra, inoltre, un divario Nord-Sud ed Isole più marcato rispetto agli anni precedenti: le regioni del Nord fanno segnare un tasso di compensazione pari all'83,4%, mentre quelle del Centro-Sud ed Isole fanno registrare un tasso pari al 64,5%; questa differenza di 18,8 punti percentuali è calata rispetto all'annualità precedente, in cui la differenza si è assestata su 19,2 punti percentuali. Per completare la serie storica, si evidenzia che nel 2013, invece, la tendenza è stata inversa: il divario, infatti, è stato molto meno marcato rispetto agli anni 2014 e 2015 (nel 2013 il Nord ha registrato un valore di 89,0%, il Centro di 96,9%, mentre il Sud ed Isole di 64,8%, con un divario Nord-Sud ed Isole di soli 4,9 punti percentuali).

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





**Tabella 1** - Tasso (valori per 100) di compensazione del turnover al netto delle procedure di stabilizzazione per regione - Anni 2012-2015

Regioni	2012	2013	2014	2015
Piemonte	92,6	55,7	59,7	69,1
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	136,8	403,8	139,5	23,3
Lombardia	59,1	86,7	70,6	63,3
Trentino-Alto Adige*	118,5	152,9	100,0	89,6
Veneto	69,0	111,4	83,6	88,6
Friuli Venezia Giulia	93,1	123,5	53,1	96,2
Liguria	51,3	85,2	76,3	70,4
Emilia-Romagna	83,0	65,4	94,1	62,4
Toscana	67,7	92,8	98,8	83,0
Umbria	96,1	100,3	100,3	53,5
Marche	58,6	69,7	86,0	87,6
Lazio	24,0	42,8	25,0	65,0
Abruzzo	90,6	89,9	103,3	88,8
Molise	7,7	7,9	7,4	3,5
Campania	23,2	32,7	40,6	36,8
Puglia	23,7	77,7	89,1	48,9
Basilicata	52,1	215,6	76,5	102,5
Calabria	7,6	8,8	9,9	35,9
Sicilia	95,3	59,8	42,9	19,2
Sardegna	75,5	208,9	149,0	99,8
<b>Italia</b>	<b>68,9</b>	<b>85,6</b>	<b>80,5</b>	<b>76,3</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 2017.

#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Alla luce della conferma della forte inversione di tendenza osservata negli anni 2014 e 2015 rispetto al 2013, si raccomanda il monitoraggio di questo indica-

tore nei prossimi anni; sarà interessante, pertanto, monitorare attentamente come evolverà il trend del *turnover* negli anni a venire.





## Personale medico ed infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** L'indicatore mostra l'evoluzione tra il 2012 e il 2015 del personale sia medico e odontoiatrico che infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per 1.000 abitanti. Questo dato, da leggere unitamente all'indicatore sia sulla struttura per età del personale dipendente che sul tasso di compensazione del *turnover*, rappresenta uno dei pilastri

della programmazione sanitaria, a livello nazionale e regionale, poiché congiuntamente ad altri indicatori di tipo economico-organizzativo quali, ad esempio, il numero di posti letto per 100 abitanti o il tasso di rotazione dei posti letto, incide in maniera diretta sull'offerta sanitaria.

### Tasso di medici e odontoiatri del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Personale medico e odontoiatrico del Servizio Sanitario Nazionale	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente (assoluta e ponderata)	

### Tasso di personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente (assoluta e ponderata)	

**Validità e limiti.** Per la costruzione dell'indicatore sono stati utilizzati i dati acquisiti dalle strutture con il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001<sup>1</sup>. L'analisi è stata svolta sia prendendo in considerazione la popolazione bacino di utenza del SSN che la popolazione pesata, per tener conto del bisogno potenziale di assistenza. La prima popolazione di riferimento è costituita dai residenti nel 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 prende in considerazione esclusivamente il personale dipendente del SSN e, pertanto, fornisce una informazione parziale non tanto sulla professione medica, quanto piuttosto sulla professione infermieristica. L'indicatore andrebbe letto, infatti, in maniera congiunta ad altri dati ed indicatori quali, ad esempio, il numero totale di medici ed infermieri per 1.000 abitanti e il numero di infermieri per medico.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Poiché sia per il personale medico e odontoiatrico che per quello infermieristico non esiste un benchmark specifico a livello europeo, è stato preso in considerazione il valore nazionale.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, il numero di medici e odontoiatri del

SSN (Tabella 1) si è ridotto in modo costante tra il 2012 e il 2015, passando da 109.151 unità nel 2012 a 105.526 unità nel 2015 (-3,3%). Il medesimo trend si riscontra, seppur in maniera più accentuata, se si rapporta il numero di medici ed odontoiatri del SSN alla popolazione (Tabella 2); infatti, in questo caso la riduzione del numero di unità è del 5,4%.

Dall'analisi regionale, emerge come in 15 regioni si registri un trend simile a quello nazionale, anche se in questo gruppo di regioni ve ne sono 5 (Friuli Venezia-Giulia, Toscana, Umbria, Puglia e Basilicata) in cui nel quadriennio la riduzione delle unità di medici ed odontoiatri non è stata lineare. Vi è, poi, un secondo gruppo di 5 regioni (Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Veneto, Abruzzo e Sardegna) in cui, al contrario, si è registrato tra il 2012 e il 2015 un incremento, più o meno marcato, del numero di medici ed odontoiatri.

Per quanto riguarda, invece, il tasso di medici e odontoiatri del SSN per 1.000 abitanti, ad eccezione di Abruzzo e Sardegna, in tutte le regioni si riscontra il trend negativo registrato a livello nazionale, anche se con un certo divario tra Nord e Sud ed Isole. In particolare, in tutte le regioni del Centro e del Meridione la riduzione del tasso di medici ed odontoiatri per 1.000 abitanti risulta più marcata e, in generale, con valori superiori al dato nazionale. Inoltre, dal confronto tra il tasso grezzo e il tasso pesato emerge che, aggiustando il tasso di medici ed odontoiatri per 1.000 abitanti per l'età della popolazione, la riduzione del numero di unità risulta più marcata nelle regioni del Mezzogiorno (7 regioni) rispetto a quelle del Nord (3 regioni).

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





## ASSETTO ISTITUZIONALE-ORGANIZZATIVO

371

Anche per quanto riguarda il personale infermieristico, si riscontra a livello nazionale una riduzione costante, ma meno marcata (-2,1%), del numero di unità (Tabella 3), che passano da 271.939 nel 2012 a 266.330 nel 2015. In questo caso, però, i trend regionali non sono omogenei rispetto al dato nazionale. Infatti, sono solo 3 le regioni (Valle d'Aosta,

Basilicata e Sardegna) in controtendenza rispetto al dato nazionale (Tabella 4). Per quanto riguarda le restanti regioni, in 11 si riscontra una riduzione costante del numero di infermieri, mentre nelle altre 6 (Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Abruzzo e Puglia) il trend non è costante nei 4 anni presi a riferimento.

**Tabella 1** - *Personale (valori assoluti) medico e odontoiatrico del SSN e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2012-2015*

Regioni	2012	2013	2014	2015	Δ % (2012-2015)
Piemonte	8.624	8.534	8.441	8.324	-3,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	343	349	359	344	0,3
Lombardia	14.395	14.333	14.211	14.094	-2,1
Trentino-Alto Adige*	1.879	1.910	1.893	1.893	0,7
Veneto	7.944	8.001	7.982	7.973	0,4
Friuli Venezia Giulia	2.631	2.651	2.602	2.520	-4,2
Liguria	3.774	3.749	3.746	3.696	-2,1
Emilia-Romagna	8.699	8.597	8.436	8.212	-5,6
Toscana	8.213	8.222	8.282	8.167	-0,6
Umbria	1.946	1.949	1.968	1.943	-0,2
Marche	3.047	2.997	2.979	2.958	-2,9
Lazio	8.615	8.389	8.179	7.890	-8,4
Abruzzo	2.689	2.697	2.741	2.777	3,3
Molise	539	527	515	473	-12,2
Campania	9.869	9.691	9.484	9.312	-5,6
Puglia	6.368	6.284	6.377	6.278	-1,4
Basilicata	1.307	1.242	1.244	1.225	-6,3
Calabria	4.019	3.891	3.764	3.736	-7,0
Sicilia	10.095	9.997	9.759	9.414	-6,7
Sardegna	4.155	4.261	4.314	4.297	3,4
<b>Italia</b>	<b>109.151</b>	<b>108.271</b>	<b>107.276</b>	<b>105.526</b>	<b>-3,3</b>

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

**Fonte dei dati:** 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 2017.



**Tabella 2** - Tasso (grezzo e pesato per 1.000) di medici e odontoiatri del SSN e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2012-2015

Regioni	2012		2013		2014		2015		Δ % (2012-2015)	
	Tasso grezzo	Tasso pesato	Tasso grezzo	Tasso pesato	Tasso grezzo	Tasso pesato	Tasso grezzo	Tasso pesato	Tasso grezzo	Tasso pesato
Piemonte	1,98	1,84	1,95	1,82	1,90	1,77	1,88	1,75	-4,9	-4,9
Valle d' Aosta	2,71	2,66	2,73	2,68	2,79	2,73	2,68	2,61	-1,0	-1,6
Lombardia	1,48	1,49	1,46	1,47	1,42	1,43	1,41	1,41	-5,0	-4,9
Trentino-Alto Adige*	1,83	1,93	1,84	1,94	1,80	1,90	1,79	1,89	-1,8	-1,8
Veneto	1,64	1,65	1,64	1,65	1,62	1,62	1,62	1,62	-1,1	-1,9
Friuli Venezia Giulia	2,16	1,99	2,17	2,00	2,12	1,94	2,05	1,89	-4,9	-5,2
Liguria	2,41	2,04	2,40	2,03	2,35	2,01	2,33	2,00	-3,1	-2,1
Emilia-Romagna	2,00	1,90	1,96	1,87	1,90	1,81	1,85	1,76	-7,9	-7,1
Toscana	2,24	2,06	2,23	2,06	2,21	2,04	2,18	2,02	-2,8	-2,4
Umbria	2,20	2,05	2,20	2,06	2,19	2,05	2,17	2,02	-1,4	-1,2
Marche	1,98	1,87	1,94	1,84	1,92	1,82	1,91	1,81	-3,6	-3,5
Lazio	1,57	1,59	1,51	1,53	1,39	1,43	1,34	1,37	-14,5	-13,5
Abruzzo	2,06	2,00	2,05	2,00	2,05	2,00	2,09	2,03	1,3	1,6
Molise	1,72	1,64	1,68	1,60	1,64	1,56	1,51	1,43	-12,3	-12,6
Campania	1,71	1,95	1,68	1,91	1,62	1,83	1,59	1,80	-7,2	-7,8
Puglia	1,57	1,66	1,55	1,63	1,56	1,63	1,53	1,60	-2,4	-3,8
Basilicata	2,26	2,26	2,16	2,15	2,15	2,14	2,12	2,11	-6,1	-6,7
Calabria	2,05	2,14	1,99	2,07	1,90	1,98	1,89	1,97	-7,9	-8,1
Sicilia	2,02	2,14	2,00	2,12	1,92	2,03	1,85	1,96	-8,4	-8,5
Sardegna	2,54	2,55	2,60	2,60	2,64	2,58	2,58	2,56	1,8	0,4
<b>Italia</b>	<b>1,84</b>	<b>1,84</b>	<b>1,81</b>	<b>1,81</b>	<b>1,76</b>	<b>1,76</b>	<b>1,74</b>	<b>1,74</b>	<b>-5,5</b>	<b>-5,5</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. Istat, popolazione residente al 1 gennaio di ciascun anno di riferimento. Anno 2017.

**Tabella 3** - Personale (valori assoluti) infermieristico del SSN e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2012-2015

Regioni	2012	2013	2014	2015	Δ % (2012-2015)
Piemonte	21.792	21.633	21.467	21.410	-1,8
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	652	721	703	677	3,8
Lombardia	39.105	39.067	38.860	38.428	-1,7
Trentino-Alto Adige*	6.100	6.010	5.998	6.027	-1,2
Veneto	24.757	24.792	24.660	24.586	-0,7
Friuli Venezia Giulia	7.947	8.102	7.948	7.656	-3,7
Liguria	10.293	10.254	10.185	10.088	-2,0
Emilia-Romagna	25.133	24.970	24.763	24.671	-1,8
Toscana	21.564	21.518	21.443	21.386	-0,8
Umbria	4.697	4.714	4.699	4.572	-2,7
Marche	8.303	8.237	8.214	8.249	-0,7
Lazio	21.149	21.015	20.708	20.274	-4,1
Abruzzo	6.292	6.306	6.279	6.194	-1,6
Molise	1.422	1.412	1.383	1.341	-5,7
Campania	19.850	19.514	19.156	18.763	-5,5
Puglia	15.516	15.643	15.686	15.404	-0,7
Basilicata	2.944	2.992	2.975	2.998	1,8
Calabria	7.718	7.544	7.409	7.308	-5,3
Sicilia	18.366	18.236	18.113	17.774	-3,2
Sardegna	8.339	8.363	8.502	8.524	2,2
<b>Italia</b>	<b>271.939</b>	<b>271.043</b>	<b>269.151</b>	<b>266.330</b>	<b>-2,1</b>

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

**Fonte dei dati:** 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 2017.

**Tabella 4** - Tasso (grezzo e pesato per 1.000) di infermieri del SSN e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2012-2015

Regioni	2012		2013		2014		2015		Δ % (2012-2015)	
	Tasso grezzo	Tasso pesato	Tasso grezzo	Tasso pesato	Tasso grezzo	Tasso pesato	Tasso grezzo	Tasso pesato	Tasso grezzo	Tasso pesato
Piemonte	5,00	4,65	4,95	4,61	4,84	4,51	4,84	4,50	-3,2	-3,2
Valle d' Aosta	5,15	5,05	5,64	5,53	5,47	5,34	5,28	5,14	2,5	1,8
Lombardia	4,03	4,04	3,99	4,00	3,90	3,90	3,84	3,86	-4,7	-4,6
Trentino-Alto Adige*	5,92	6,26	5,78	6,11	5,70	6,02	5,71	6,02	-3,7	-3,7
Veneto	5,10	5,13	5,08	5,11	5,01	5,01	4,99	4,98	-2,2	-2,9
Friuli Venezia Giulia	6,53	6,01	6,63	6,11	6,47	5,94	6,24	5,73	-4,4	-4,7
Liguria	6,57	5,56	6,55	5,56	6,40	5,46	6,37	5,45	-3,0	-2,0
Emilia-Romagna	5,79	5,48	5,70	5,43	5,57	5,31	5,54	5,30	-4,2	-3,4
Toscana	5,88	5,42	5,83	5,39	5,72	5,29	5,70	5,28	-3,1	-2,6
Umbria	5,32	4,94	5,32	4,97	5,24	4,89	5,11	4,76	-3,9	-3,7
Marche	5,39	5,10	5,33	5,06	5,29	5,01	5,32	5,04	-1,3	-1,3
Lazio	3,85	3,90	3,78	3,82	3,53	3,61	3,44	3,53	-10,5	-9,5
Abruzzo	4,82	4,67	4,80	4,67	4,71	4,58	4,65	4,52	-3,4	-3,1
Molise	4,54	4,33	4,51	4,30	4,39	4,18	4,28	4,07	-5,8	-6,1
Campania	3,44	3,93	3,38	3,85	3,26	3,71	3,20	3,63	-7,0	-7,6
Puglia	3,83	4,04	3,86	4,07	3,83	4,01	3,77	3,92	-1,7	-3,2
Basilicata	5,10	5,10	5,19	5,18	5,14	5,11	5,20	5,16	2,0	1,3
Calabria	3,94	4,12	3,85	4,02	3,74	3,90	3,70	3,85	-6,2	-6,4
Sicilia	3,67	3,89	3,65	3,86	3,56	3,76	3,49	3,70	-5,0	-5,0
Sardegna	5,09	5,12	5,10	5,11	5,20	5,09	5,12	5,08	0,7	-0,7
<b>Italia</b>	<b>4,58</b>	<b>4,58</b>	<b>4,54</b>	<b>4,54</b>	<b>4,43</b>	<b>4,43</b>	<b>4,38</b>	<b>4,38</b>	<b>-4,3</b>	<b>-4,3</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. Istat, popolazione residente al 1 gennaio di ciascun anno di riferimento. Anno 2017.

#### Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sul personale medico ed odontoiatrico e sul personale infermieristico del SSN mostrano una progressiva riduzione del numero di unità tra il 2012 e il 2015, coerentemente con i dati presentati per il personale dipendente del SSN. Si raccomanda, pertanto, il

monitoraggio di questo indicatore nei prossimi anni, anche perché se il trend fosse confermato sarà sempre più difficile colmare la mancanza di personale medico ed infermieristico per far fronte ai bisogni di cura sempre maggiori che si presenteranno nel prossimo futuro.



## Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza

Prof. Americo Cicchetti, Dott.ssa Anna Ceccarelli

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse). In base a quanto stabilito dal D. Lgs n. 502/1992, i LEA devono rispettare i seguenti principi: 1. dignità della persona; 2. bisogno di salute; 3. equità nell'accesso alle prestazioni; 4. qualità e appropriatezza delle cure; 5. economicità nell'impiego delle risorse. Il nuovo Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, esito di un lavoro condiviso tra Stato, Regioni e Società Scientifiche e predisposto in attuazione di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 concernente un nuovo "Patto sulla Salute" e dalla Legge di Stabilità 2016 (art. 1, commi 553 e 554, Legge n. 208 del 28 dicembre 2015) che ha stanziato 800 milioni di € per l'aggiornamento dei LEA, descrive con maggiore dettaglio e precisione prestazioni ed attività già incluse nel precedente DPCM del 2001. Il nuovo Decreto risulta articolato in 6 Capi:

- il Capo I identifica i tre livelli essenziali della "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica", dell'"Assistenza distrettuale" e dell'"Assistenza ospedaliera", ciascuno dei quali si articola in "attività, servizi e prestazioni";
- il Capo II è dedicato al livello della "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica";
- il Capo III è dedicato all'"Assistenza distrettuale";
- il Capo IV è dedicato all'"Assistenza socio-sanitaria";
- il Capo V è dedicato al livello dell'"Assistenza ospedaliera";
- il Capo VI è dedicato all'"Assistenza specifica a particolari categorie di assistiti".

### Caratteristiche principali del Decreto

Il provvedimento è integralmente sostitutivo del DPCM del 29 novembre 2001 e di numerosi altri provvedimenti attualmente in vigore ed ha carattere effettivamente costitutivo, proponendosi come la fonte primaria per la definizione delle "attività, dei servizi e delle prestazioni" garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del SSN. In particolare, per le aree specifiche in cui le prestazioni erogabili sono elencate in "Liste" o "Nomenclatori" (specialistica ambulatoriale e assistenza protesica), i nuovi nomenclatori sono inclusi nel provvedimento (in specifici allegati) ed esauriscono la relativa disciplina. Il rinvio a "quanto previsto dalla normativa vigente" rimane, transitoriamente, solo per alcune aree marginali (prodotti dietetici etc.).

Si segnala, preliminarmente, la modifica della denominazione del livello precedentemente definito "Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro" in "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica". Si è ritenuto, infatti, che la nuova denominazione potesse rendere più chiara la fisionomia dell'attività, nonché meglio affermare il principio di prevenzione, secondo il quale i servizi di questo livello privilegiano gli interventi volti ad evitare l'insorgenza delle malattie nella collettività, affiancando sinergicamente gli interventi di prevenzione individuale o clinica attuati in tutti gli altri livelli di assistenza e, in particolare, dai medici e dai pediatri di base. Di seguito si riportano le principali novità introdotte dal DPCM:

- innovazione dei nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, con l'introduzione di nuove prestazioni tecnologicamente avanzate e l'eliminazione di prestazioni obsolete (i nuovi nomenclatori, tuttavia, entrano in vigore contestualmente alla definizione delle corrispondenti tariffe). In particolare, per la specialistica ambulatoriale si è tenuto conto del fatto che numerose procedure diagnostiche e terapeutiche che, nel 1996, avevano carattere quasi "sperimentale", ovvero erano eseguibili in sicurezza solo in regime di ricovero, oggi sono entrate nella pratica clinica corrente e possono essere erogate in ambito ambulatoriale. Inoltre, nella stesura del nomenclatore dell'"Assistenza specialistica ambulatoriale" è stata dedicata una particolare attenzione all'appropriatezza clinica: per un numero ridotto di prestazioni sono state individuate "condizioni di erogabilità" (analoghe alle Note dell'Agenzia Italiana del Farmaco e in coerenza con quanto disposto dal DM del 9 dicembre 2015 in materia di appropriatezza prescrittiva) di carattere vincolante ai fini dell'inclusione nei LEA; per altre, sono state individuate "indicazioni di appropriatezza prescrittiva". È stato, inoltre, introdotto l'obbligo per il medico prescrittore di riportare sulla ricetta la diagnosi o il sospetto diagnostico;
- aggiornamento degli elenchi delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalle quote di partecipazione alla spesa sanitaria. In particolare, sono state introdotte nuove patologie alle quali si ritiene di dover garantire particolare tutela ma, contemporaneamente, sono state revisionate le specifiche prestazioni erogabili, alla luce del parere delle Società Scientifiche e dell'esperienza maturata in questi anni di applicazione dei DM n. 329/1999 e n. 297/2001. Il risultato finale si caratterizza per un più elevato livello di attenzione a condizioni particolarmente gravi e per una maggiore appropriatezza clinica, a costi sostanzialmente invariati per il SSN;







- individuazione delle prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita erogate in regime di “Assistenza specialistica ambulatoriale”;
- introduzione dell’adoterapia per la cura delle patologie oncologiche;
- introduzione di nuovi vaccini, in coerenza con il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019;
- introduzione dello screening neonatale per la sordità congenita e la cataratta congenita, nonché estensione a tutti i nuovi nati dello screening esteso per le malattie metaboliche ereditarie.

Il provvedimento, inoltre, dedica una particolare attenzione al tema dell’appropriatezza organizzativa, anche per dare attuazione alle specifiche previsioni della legge finanziaria, proponendo un aggiornamento della lista dei 43 *Diagnosis Related Group* (DRG) “potenzialmente inappropriati” in regime di Ricovero Ordinario (con l’inclusione degli ulteriori 65 DRG già individuati dall’Allegato B) al Patto per la Salute 2010-2012, per i quali le regioni dovranno fissare le percentuali di ricoveri effettuabili appropriatamente e le misure volte a disincentivare i ricoveri inappropriati, nonché la lista di 24 procedure trasferibili dal regime di ricovero diurno chirurgico (Day Surgery) al regime ambulatoriale, già individuati dall’allegato A al Patto per la Salute 2010-2012, per le quali, analogamente a quanto previsto per i DRG, le regioni dovranno individuare percentuali di ricoveri appropriate e misure disincentivanti.

#### Sostenibilità economica del provvedimento

Come sancito dall’art. 1 comma 555 della citata Legge n. 208/2015, per l’aggiornamento dei LEA è stato previsto l’importo di 800 milioni di € annui.

In particolare, gli interventi operati dal DPCM di aggiornamento dei LEA hanno generato, nel loro complesso, un incremento dei costi del SSN pari a circa 772 milioni di € annui (Tabella 1) e hanno riguardato le seguenti tipologie di livelli assistenziali: prevenzione, specialistica ambulatoriale, assistenza integrativa e protesica e assistenza ospedaliera, oltre che al riconoscimento di maggiori esenzioni per determinate categorie di pazienti affetti da malattie rare e croniche.

**Tabella 1** - *Impatto economico-finanziario (valori in milioni di €) del DPCM*

Livello di assistenza	Impatto netto
Assistenza sanitaria collettiva	230,2
Completamento Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014	34,0
Attività di prevenzione rivolta alle persone (nuovi vaccini PNPV)	186,2
Assistenza distrettuale	571,4
Specialistica ambulatoriale	380,7
Assistenza integrativa e protesica	179,7
Particolari categorie	11,0
Assistenza ospedaliera	-19,8
<b>Totale</b>	<b>771,8</b>

L’onere complessivo di detto provvedimento potrà essere sostenuto dalle Regioni e PA, in quanto compatibile con quanto previsto dalla Legge n. 208/2015. Infatti, gli strumenti di *governance* in possesso delle Regioni, se ben utilizzati, consentiranno di calibrare gli attuali tetti di spesa, sia con gli erogatori privati che pubblici, sulla base di una quantificazione dei propri fabbisogni commisurati alle risorse disponibili. Significherebbe, pertanto, che l’introduzione delle nuove prestazioni di specialistica ambulatoriale potranno essere modulate all’interno dei tetti di spesa e veicolato sugli erogatori (pubblici e privati) con le modalità ritenute più congrue da parte delle Regioni, mentre l’introduzione di nuovi ausili e protesi innovative potranno essere compensati dall’attivazione di leve che portino ad una maggiore ottimizzazione dei processi di acquisto per altri tipi di protesi ed ausili. Tra gli strumenti di *governance* che potranno essere attivati dalle Regioni e PA, rientrano quelli sui controlli sull’appropriatezza prescrittiva dei medici, con il vantaggio di ridurre in maniera significativa gli oneri per le prestazioni non appropriate.

#### Aggiornamento e mantenimento dei LEA

La Legge n. 208/2015 (art. 1, comma 555) ha previsto, nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica e al fine di garantire l’efficacia e l’appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal SSN nell’ambito dei LEA, la costituzione della Commissione Nazionale per l’Aggiornamento dei LEA e la promozione dell’appropriatezza nel SSN. Detta Commissione avrà, principalmente, il compito di monitorare sistematicamente i medesimi livelli di assistenza per valutarne il mantenimento e definire condizioni di erogabilità delle prestazioni o indicazioni di appropriatezza. Inoltre, avrà il compito di proporre l’introduzione di nuovi ser-





vizi, attività e prestazioni che nel tempo si dimostrino efficaci. In particolare, per l'aggiornamento dei LEA e l'individuazione di condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza, essa si avvarrà delle valutazioni di *Health Technology Assessment* su tecnologie sanitarie e biomediche e su modelli e procedure organizzative. La Commissione, pertanto, formulerà annualmente una proposta di aggiornamento dei LEA. Se tale proposta comporterà maggiori oneri a carico del SSN, l'aggiornamento dei LEA sarà effettuato con DPCM. Qualora, viceversa, detta proposta sia finanziariamente neutrale o comporti effetti di contenimento della spesa, l'aggiornamento dei LEA sarà effettuato attraverso un Decreto Interministeriale.





## La Sanità digitale in Italia

Prof. Americo Cicchetti, Dott.ssa Anna Ceccarelli

A livello internazionale la “rivoluzione digitale” in materia di salute ha creato una serie di aspettative elevate che, in Italia, si intrecciano con l’urgenza di rimodellare e riorganizzare la rete assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), per rispondere da un lato alle caratteristiche emergenti di una nuova domanda di salute (invecchiamento della popolazione, nuovo concetto di benessere, cronicità, nuove fragilità e nuovi bisogni sociali e socio-sanitari) e, dall’altro, all’esigenza di garantire un più avanzato efficientamento complessivo del SSN.

Infatti, il processo di digitalizzazione della sanità viene annoverato fra le azioni prioritarie, come passaggio fondamentale, per migliorare il rapporto costo-qualità dei servizi sanitari, limitare sprechi e inefficienze, ridurre le differenze tra i territori, nonché innovare le relazioni di *front-end* per migliorare la qualità percepita dal cittadino. Il riferimento è a una serie di strumenti sui quali il Ministero della Salute ha avviato, nel 2008, la *eHealth Information Strategy*: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ricetta elettronica (*ePrescription*), dematerializzazione di referti medici e cartelle cliniche, Centro Unico di Prenotazione (CUP) e Telemedicina.

La Strategia per la crescita digitale 2014-2020 varata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri il 3 marzo 2015, segna il rinnovato impegno da parte del Governo per la digitalizzazione del Paese al fine di “portare l’Italia entro il 2020 in linea con gli altri Paesi europei rispetto agli obiettivi definiti con l’iniziativa di una agenda digitale europea”. In particolare, tale strategia prevede un fabbisogno finanziario, nel periodo 2015-2020, per l’implementazione e lo sviluppo del FSE, dell’*ePrescription*, della dematerializzazione e del CUP pari a 750 milioni di € (fra risorse già stanziate, Fondo per lo sviluppo e la coesione, nuove risorse nazionali, Programmi Operativi Nazionali - Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR)-Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale (FEASR) e Programmi Operativi Regionali (FESR-FEASR).

Snodo centrale di tutta la strategia è l’istituzione del FSE avvenuta con l’art. 12 del DL n. 179/2012, “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”, ribadita dall’art. 17 del DL n. 69/2013, il cosiddetto “Decreto del fare”. Il 26 novembre 2015 è entrato in vigore il DPCM n. 179/2015 contenente il regolamento che fornisce linee di indirizzo alle Regioni per l’istituzione locale del FSE. Da quel momento 13 Regioni hanno formalmente istituito un FSE e solo in 9 è operativo anche se con funzionalità tra le più disparate (Valle d’Aosta, Piemonte, Lombardia, PA di Trento, Emilia-Romagna, Toscana, Sardegna, Puglia e Basilicata).

La conseguenza è che, finora, l’innovazione digitale in sanità è stata realizzata per la maggior parte in modo sporadico e parziale, senza un vero e proprio disegno strategico complessivo, in grado di contemperare l’azione dello Stato centrale con quella delle Regioni, che in questo settore esercitano un ruolo primario e autonomo per la definizione dei diversi modelli organizzativi, gestionali e di spesa. In particolare, una indagine dell’Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della *School of Management* del Politecnico di Milano rivela che, oltre ai ritardi normativi, secondo le Direzioni Strategiche delle strutture sanitarie la principale barriera allo sviluppo della “Sanità digitale” è la mancanza di risorse economiche (65%) e umane (50%). Quella economica rappresenta la principale barriera anche secondo il 73% dei Medici di Medicina Interna, mentre per i Medici di Medicina Generale (MMG) non costituisce più una barriera rilevante. Tuttavia, il digitale stenta a decollare spesso a causa di una bassa cultura in materia tra gli addetti ai lavori: barriera riconosciuta dal 34% delle Direzioni Strategiche, dal 43% degli internisti e dal 51% dei MMG. La maggior parte dei rispondenti ritiene necessaria una formazione digitale continua (30% dei Direttori, 37% degli internisti e 38% dei MMG) o che tale formazione debba avvenire nel ciclo di studi pre-universitario (43% dei Direttori, 32% degli internisti e 36% dei MMG).

### Patto per la Sanità digitale

Nell’ambito della Conferenza del 7 luglio 2016, il Governo, le Regioni e le PA di Trento e di Bolzano hanno raggiunto l’intesa (reperibile in Atti 123/CSR) sul Patto per la sanità digitale (di seguito “Patto”) volto al conseguimento degli obiettivi di efficienza, trasparenza e sostenibilità del SSN attraverso l’impiego sistematico dell’innovazione digitale in sanità, così come contemplato dall’art. 15, comma 1 del Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. In particolare, il Patto è concepito come un piano strategico, unitario e condiviso, attraverso il quale è possibile realizzare modelli assistenziali ed organizzativi in grado di far fronte alle concrete necessità, sempre nuove e diverse, del SSN. Infatti, il Patto nasce proprio per rimuovere quegli ostacoli che rallentano, ed in alcuni casi impediscono, la diffusione dell’innovazione digitale (e, più in generale, di tutta l’innovazione). Evenienza, questa, non più differibile nel panorama istituzionale delle strutture coinvolte nella gestione del Paese.





In particolare, il Patto predisposto dal Ministero della Salute prende le mosse dalla necessità di individuare una quantità significativa di risorse economiche da impiegare nell'innovazione digitale in sanità: per il prossimo triennio vengono stimati investimenti pari a 3,5-4 miliardi di €che, secondo il Ministro della Salute, a regime dovrebbero essere capaci di produrre risparmi per almeno 7 miliardi di €

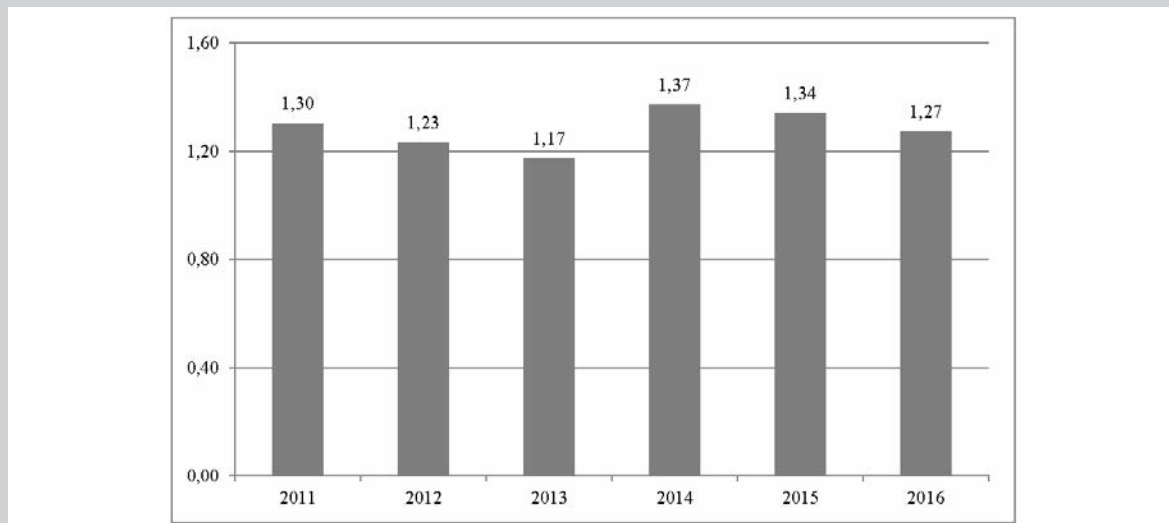
Questi investimenti sono finalizzati al raggiungimento di una serie di obiettivi strategici e prioritari: l'efficientamento complessivo del SSN, una maggiore trasparenza del sistema, una maggiore *accountability*, lo sviluppo di una nuova consapevolezza e responsabilizzazione del paziente e dei suoi *caregiver*, la realizzazione di servizi in rete capaci di promuovere stili di vita portatori di benessere, il pieno coinvolgimento di tutti gli *stakeholder*.

Le fonti per il finanziamento del piano straordinario per la sanità elettronica potranno essere di diversa natura: fondi strutturali europei (in particolare, *Procurement* pre-commerciale e sviluppo dell'Agenda Digitale), fondi *ad hoc* stanziati da Stato e Regioni (Partenariato Pubblico-Privato), iniziative private (*project financing* e *performance based contracting*) e quote a carico dei cittadini (servizi *premium* ad adesione su base volontaria).

### Spesa per la Sanità digitale

Per la digitalizzazione della sanità italiana, nel 2016, sono stati spesi complessivamente 1,27 miliardi di € (1,1% della spesa sanitaria pubblica, pari a 21,0€per abitante), con una contrazione del 5,2% rispetto al 2015 (1,34 miliardi di €, pari all'1,2% della spesa sanitaria pubblica, ovvero circa 22,0€per abitante) e del 2,3% rispetto al 2011 (Grafico 1).

**Grafico 1** - Spesa (valori in miliardi di €) per la digitalizzazione in sanità - Anni 2011-2016



Fonte dei dati: Int. J. Cardiology, 2017, May 1; 234: 48-52. Anno 2017.

In dettaglio, nel 2016, 870 milioni di €sono stati spesi dalle strutture sanitarie (-6% circa), 310 milioni direttamente dalle Regioni (-3% circa), 72 milioni dagli oltre 47.000 MMG (1.538€per medico, con un aumento del 3% circa rispetto al 2015) e 16,6 milioni direttamente dal Ministero della Salute (-8% circa).

La spesa complessiva dell'Italia per la sanità resta lontana dagli standard dei Paesi europei avanzati. I Paesi dell'Unione Europea (UE), mediamente, spendono in *eHealth* fra il 2-3% del loro *budget* sanitario totale, con punte vicine (o previste vicine nei prossimi anni) al 4%. Molto ottimisticamente, il primo Piano di azione dell'UE per la sanità elettronica del 2004 (7) prevedeva che entro il 2010 questo tipo di spesa avrebbe assorbito "il 5% del bilancio complessivo della sanità dei 25 Stati membri, contro appena l'1% del 2000 (nell'Unione a 15)". Nell'ultimo Piano di azione europeo per la sanità elettronica nel periodo 2012-2020, invece, non vengono effettuate previsioni in merito. Peraltro, un recente *Policy Summary* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità registra una crescita degli investimenti in "Sanità digitale" da parte di 11 Paesi europei nel periodo 2008-2012 in risposta alla crisi economica e alla questione della sostenibilità dei sistemi sanitari (fra cui Belgio, Repubblica Ceca, Francia, Lettonia, Portogallo, Romania e Turchia).

### Riferimenti bibliografici

(1) La Sanità digitale: lo stato dell'arte e lo scenario di evoluzione (2017). Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano.





- (2) Le condizioni per lo sviluppo della Sanità Digitale: scenari Italia-UE a confronto (2016). Censis - Impresa Lavoro.
- (3) Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Patto per la sanità digitale di cui all'art. 15, comma 1 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. (Salute) Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131. Repertorio Atti n.: 123/CSR del 07 luglio 2016.
- (4) L'Agenda Digitale Italiana prende avvio con il DM 1 marzo 2012 del Ministero dello Sviluppo Economico, cui fanno seguito l'istituzione della Cabina di Regia per l'attuazione dell'Agenda Digitale (Legge n. 35/2012, Legge n. 98/2013), l'istituzione dell'Agenzia per l'Italia Digitale (Legge n. 134/2012) e le misure per l'applicazione concreta dell'Agenda (Legge n. 221/2012).
- (5) Stime della Commissione Europea ripresi nel documento eHealth Strategy for Ireland del Department of Health, giugno 2013.
- (6) McKinsey&Company, Modelling the potential of digitally-enabled processes, transparency and participation in the NHS, aprile 2014; Derek Wanless, Securing our Future Health: Taking a Long-Term View, aprile 2002.
- (7) Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni, Sanità elettronica - migliorare l'assistenza sanitaria dei cittadini europei: piano d'azione per uno spazio europeo della sanità elettronica, COM (2004) 356 - 30 aprile 2004.
- (8) Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni, Piano d'azione "Sanità elettronica" 2012-2020 - Una sanità innovativa per il 21° secolo, COM (2012) 736 - 6 dicembre 2012.
- (9) World Health Organization Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy, 2014.

