

TAB 26/SA

INDICATORI DI DOMANDA: TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE ACUTI (per 1.000 residenti) (*)
ANNO 2004
(Popolazione all'1.1.2004)

regione	REGIME ORDINARIO			DAY HOSPITAL			TOTALE ACUTI		
	ricoveri entro regione	ricoveri fuori regione	totale	ricoveri entro regione	ricoveri fuori regione	totale	ricoveri entro regione	ricoveri fuori regione	totale
PIEMONTE	101,55	9,30	110,85	58,42	4,47	62,89	159,97	13,77	173,74
VALLE D'AOSTA	100,87	28,26	129,13	44,36	11,53	55,89	145,23	39,79	185,02
LOMBARDIA	131,53	5,21	136,74	57,57	1,98	59,55	189,10	7,19	196,29
PR. BOLZANO	140,74	6,39	147,13	40,83	2,65	43,48	181,57	9,04	190,61
PR. TRENTO	98,61	20,35	118,96	44,58	8,49	53,07	143,19	28,84	172,03
VENETO	113,05	6,12	119,17	54,08	2,60	56,68	167,13	8,72	175,85
FRIULI V. GIULIA	116,24	7,40	123,64	35,17	4,92	40,09	151,41	12,32	163,73
LIGURIA	123,66	15,62	139,28	95,44	7,52	102,97	219,10	23,14	242,25
E. ROMAGNA	125,37	7,83	133,20	49,00	3,53	52,53	174,37	11,36	185,73
TOSCANA	113,29	6,80	120,10	49,56	3,10	52,66	162,85	9,91	172,76
UMBRIA	106,04	13,99	120,03	52,47	7,03	59,50	158,52	21,02	179,54
MARCHE	119,41	14,64	134,05	39,88	5,85	45,73	159,28	20,49	179,78
LAZIO	139,32	9,84	149,16	79,52	3,60	83,12	218,84	13,44	232,28
ABRUZZO	171,15	18,62	189,77	58,61	6,97	65,58	229,76	25,59	255,35
MOLISE	142,58	37,28	179,86	40,99	13,76	54,75	183,57	51,04	234,61
CAMPANIA	139,33	11,43	150,76	67,00	3,64	70,64	206,33	15,07	221,40
PUGLIA	149,24	11,83	161,07	37,58	4,09	41,67	186,83	15,91	202,74
BASILICATA	107,06	35,28	142,34	53,55	11,15	64,70	160,61	46,43	207,04
CALABRIA	136,48	23,02	159,49	52,08	9,08	61,16	188,56	32,10	220,65
SICILIA	144,75	9,53	154,28	97,30	2,83	100,13	242,05	12,36	254,41
SARDEGNA	152,79	6,47	159,26	64,84	2,28	67,12	217,63	8,74	226,38
MEDIA ITALIA	127,29	14,53	141,82	55,85	5,77	61,61	183,14	20,30	203,44

Fonte: Ministero della salute - Direzione generale del sistema informativo - Ufficio di statistica

(*) dati provvisori

I suesposti dati si riferiscono alla domanda ospedaliera registrata in ciascuna Regione nell'anno 2004 e cioè alla frequenza con la quale la popolazione residente ricorre a strutture ospedaliere pubbliche o private, sia dentro che fuori Regione. Il risultato virtuoso va valutato sia con riguardo ai ricoveri in regime ordinario che in day hospital. L'intento perseguito con la definizione di tale parametro è di monitorare la domanda di ricovero ospedaliero, spostando l'obiettivo sanitario sulla prevenzione e/o selezionando il bisogno sanitario con più appropriata riconduzione a ricoveri in riabilitazione e lungodegenza.

I suesposti dati mostrano che a livello nazionale, anno 2004, il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri ordinari per acuti è pari 203,4 x1000, di cui 141,8 x1000 per ricoveri in regime ordinario e 61,6 x 1000 in day hospital.

Il confronto con l'anno 2000, se registra nel 2004 solo un lieve miglioramento a livello medio nazionale (203,4<204,8), consente peraltro di rilevare il consistente spostamento dei ricoveri dal regime ordinario (141,8<158,9) al day hospital (61,6>45,9).

Il risultato 2004 resta tuttavia ancora lontano dall'obiettivo, anche a tener conto del limite più elevato stabilito con l'intesa del marzo 2005.

Sono le Regioni del Sud, oltre Lazio, Abruzzo e Liguria, a esporre i tassi di ospedalizzazione più elevati. Punte massime sono comunque in Abruzzo, Lazio, Sicilia e Liguria. Le altre Regioni sono tutte sotto il 180 x1000 e perciò in linea con il parametro più recente.

Con riguardo agli indicatori di offerta, l'attenzione è in primo luogo ai posti letto e alla relativa dotazione strutturale. Il servizio sanitario nazionale dispone di oltre 237.000 posti letto per degenza ordinaria, al netto dei letti a pagamento, di cui il 17% nelle strutture private accreditate, e 28.793 posti per day hospital.

Le seguenti tabelle espongono i dati di offerta di posti letto previsti nel 2004 in ciascuna Regione con distinta considerazione di quelli pubblici e di quelli accreditati. Ulteriore specificazione è con riguardo ai posti letto in degenza ordinaria e in day hospital. Nel numero dei posti letto rientrano quelli relativi al regime per acuti e al regime per non acuti.

TAB 27/SA

**POSTI LETTO PREVISTI NELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E POSTI LETTO ACCREDITATI
ANNO 2004**

REGIONE	Posti letto pubblici				Posti letto accreditati			Posti Letto x 1.000 Ab
	Day Hospital	Degenza Ordinaria	Degenza a Pagamento	Totale	Day Hospital	Degenza Ordinaria	Totale	
PIEMONTE	1.978	13.818	70	15.866	167	3.722	3.889	0,9
VALLE D'AOSTA	57	427	2	486				
LOMBARDIA	3.689	31.900	555	36.144	590	8.652	9.242	1,0
PR. BOLZANO	164	1.879	42	2.085		304	304	0,6
PR. TRENTO	257	1.771	0	2.028	6	432	438	0,9
VENETO	2.120	16.813	532	19.465	103	1.128	1.231	0,3
FRIULI V. GIULIA	555	4.414	223	5.192	24	589	613	0,5
LIGURIA	963	5.963	59	6.985	7	77	84	0,1
EMILIA ROMAGNA	1.907	14.414	166	16.487	150	4.524	4.674	1,1
TOSCANA	1.696	11.731	308	13.735	219	1.944	2.163	0,6
UMBRIA	490	2.799	16	3.305	33	228	261	0,3
MARCHE	628	5.272	26	5.926	68	979	1.047	0,7
LAZIO	2.984	17.879	109	20.972	626	8.414	9.040	1,7
ABRUZZO	570	4.802	116	5.488		978	978	0,8
MOLISE	166	1.414	34	1.614		193	193	0,6
CAMPANIA	1.868	12.782	67	14.717	372	6.066	6.438	1,1
PUGLIA	1.137	12.635	138	13.910	79	2.158	2.237	0,6
BASILICATA	265	2.252	0	2.517		60	60	0,1
CALABRIA	1051	5.131	11	6.193	30	1.930	2.960	1,5
SICILIA	2.762	14.498	115	17.375	400	4.122	4.522	0,9
SARDEGNA	568	5.832	68	6.468	44	1.502	1.546	0,9
ITALIA	25.875	188.426	2.657	216.958	2.918	48.002	51.920	0,9

Fonte: Ministero della salute - Direzione generale del sistema informativo - Ufficio di statistica

TAB 28/SA

POSTI LETTO PREVISTI NELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E POSTI LETTO ACCREDITATI
DISTRIBUZIONE PER ACUTI/NON ACUTI - INDICATORI PER 1.000 ABITANTI
ANNO 2004

REGIONE	Posti Letto per Acuti			Posti Letto per non Acuti		
	Pubblici	Accreditati	Totale	Pubblici	Accreditati	Totale
PIEMONTE	3,2	0,5	3,7	0,5	0,4	1,0
VALLE D'AOSTA	4,0		4,0			
LOMBARDIA	3,5	0,7	4,2	0,4	0,3	0,7
PR. BOLZANO	4,3	0,2	4,5	0,1	0,5	0,6
PR. TRENTO	3,5	0,2	3,7	0,6	0,7	1,3
VENETO	3,7	0,2	3,9	0,5	0,1	0,6
FRIULI V GIULIA	4,2	0,5	4,7	0,2	0,1	0,3
LIGURIA	4,2	0,0	4,2	0,2	0,0	0,2
E ROMAGNA	3,5	0,8	4,3	0,5	0,4	0,9
TOSCANA	3,7	0,4	4,1	0,2	0,2	0,4
UMBRIA	3,7	0,3	4,0	0,2	0,0	0,2
MARCHE	3,7	0,5	4,2	0,2	0,2	0,4
LAZIO	3,8	0,8	4,6	0,3	0,9	1,2
ABRUZZO	4,1	0,5	4,6	0,2	0,3	0,5
MOLISE	4,6	0,4	5,0	0,4	0,2	0,6
CAMPANIA	2,5	0,9	3,4	0,1	0,3	0,4
PUGLIA	3,1	0,5	3,6	0,3	0,1	0,4
BASILICATA	4,0	0,1	4,1	0,2		0,2
CALABRIA	3,0	1,0	4,0	0,0	0,4	0,4
SICILIA	3,3	0,8	4,1	0,2	0,1	0,3
SARDEGNA	3,9	0,9	4,8	0,0	0,1	0,1
ITALIA	3,5	0,6	4,1	0,3	0,3	0,6

Fonte: Ministero della salute - Direzione generale del sistema informativo - Ufficio di statistica

ACUTI: sono escluse le discipline: Residuale manicomiale; Unità spinale - Recupero e riabilitazione funzionale -

Lungodegenti - Neuro-riabilitazione

NON ACUTI: sono considerate le discipline: Residuale manicomiale; Unità spinale - Recupero e riabilitazione funzionale

- Lungodegenti - Neuro-riabilitazione

A livello nazionale sono disponibili 4,7 posti letto ogni 1000 abitanti, in particolare quelli dedicati all'attività per acuti sono 4,1 x 1000 sostanzialmente in linea con il parametro di legge fissato per tale anno. Resta ancora leggermente inferiore la riserva alla lungodegenza e alla riabilitazione mentre dello 0,1 x 1000 è il superamento del livello fissato per i letti dedicati all'attività per acuti. L'anno 2004 segna un sostanziale miglioramento rispetto al 2000, allorché il dato medio nazionale si era attestato 5,12 posti letto per 1000 abitanti.

La distribuzione dell'indicatore risulta disomogenea a livello territoriale. I suesposti dati evidenziano come il Lazio sia la Regione con più elevato tasso di posti letto x 1000 abitanti (5,8), cui contribuisce il numero assai elevato degli accreditati pari a 9.040 su un totale di 30.012 e che con l'1,9 x 1000, è il più elevato rispetto alla media nazionale di 0,9 x 1000.

Resta da dire che la quota di posti letto riservata alla riabilitazione e alla lungodegenza risulta quasi ovunque inferiore al parametro di legge ad eccezione di Lombardia, Emilia Romagna, Campania e Calabria.

Indicatori di domanda e di offerta denotano altresì indubbia correlazione con i saldi di mobilità ospedaliera. La seguente tabella (TAB /SA29) riporta i dati relativi alla mobilità regionale riferita ai ricoveri per acuti in regime ordinario, dalla quale si desume il saldo positivo o negativo fra esportazioni e importazioni di pazienti da e per altre Regioni.

TAB 29/SA

**MOBILITA' OSPEDALIERA TRA REGIONI
NUMERO DI DIMISSIONI (*)
ANNO 2004 - RICOVERI PER ACUTI**

REGIONI	RICOVERI PROVENIENTI DA ALTRE REGIONI 1		RICOVERI IN ALTRE REGIONI 2		SALDO RICOVERI 1 - 2	
	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital
PIEMONTE	29.275	12.528	39.732	19.083	-10.457	-6.555
VALLE D'AOSTA	1.295	309	3.449	1.407	-2.154	-1.098
LOMBARDIA	118.222	42.444	48.191	18.289	70.031	24.155
PROV. AUTON. BOLZANO	5.071	2.087	3.016	1.248	2.055	839
PROV. AUTON. TRENTO	4.473	1.818	9.986	4.168	-5.513	-2.350
VENETO	44.345	20.706	28.423	12.049	15.922	8.657
FRIULI VENEZIA GIULIA	13.016	5.944	8.864	5.900	4.152	44
LIGURIA	25.148	15.161	24.642	11.869	506	3.292
EMILIA ROMAGNA	74.053	22.926	31.946	14.396	42.107	8.530
TOSCANA	44.187	20.995	24.255	11.072	19.932	9.923
UMBRIA	89.926	44.499	11.866	5.961	78.060	38.538
MARCHE	16.946	5.768	22.033	8.807	-5.087	-3.039
LAZIO	66.483	29.656	51.198	18.738	15.285	10.918
ABRUZZO	31.315	8.086	23.945	8.962	7.370	-876
MOLISE	14.332	2.532	11.992	4.427	2.340	-1.895
CAMPANIA	18.417	7.615	65.835	20.952	-47.418	-13.337
PUGLIA	26.690	3.500	47.793	16.511	-21.103	-13.011
BASILICATA	7.951	4.987	21.060	6.656	-13.109	-1.669
CALABRIA	9.685	2.247	46.291	18.271	-36.606	-16.024
SICILIA	11.144	7.060	47.662	14.156	-36.518	-7.096
SARDEGNA	4.374	740	10.625	3.742	-6.251	-3.002
TOTALE	656.348	261.608	582.804	226.664	73.544	34.944

Fonte: Ministero della salute - Direzione generale del sistema informativo - Ufficio di statistica

(*) dati provvisori

Saldi attivi di mobilità ospedaliera espongono quasi tutte le Regioni del Nord, con l'eccezione del Piemonte, Valle d'Aosta, P.A. di Trento. Positivo al Centro il saldo di mobilità di Toscana, Umbria e Lazio. Tutte le Regioni del Sud e le Isole espongono saldi negativi con elevato livello di esportazione di pazienti. Da segnalare, fra i saldi positivi, quello della Lombardia con un attivo di 70.031 pazienti per ricoveri ordinari e 24.155 per day hospital, di Emilia Romagna con un attivo di 42.107 ingressi per ricoveri ordinari e 8.530 per day hospital. Al Sud, grandi esportatori sono la Campania, con saldo passivo di 47.418 per ricoveri ordinari e 13.337 per day hospital e Calabria con fuga di 36.606 pazienti per ricoveri ordinari e 16.024 per day hospital.

Indicatori di efficienza - Ulteriori valutazioni riguardano l'efficienza nelle prestazioni ospedaliere da calibrare con riferimento alla complessità dei ricoveri.

La seguente tabella espone alcuni indicatori di efficienza con riferimento alle sole strutture pubbliche. Così per l'indice di occupazione che, come detto, dovrebbe assicurare una utilizzazione dei posti letti non inferiore al 75% della dotazione complessiva. Tale anche l'indice di turn-over e l'indice di rotazione di pazienti per letto (IR).

Differenze emergono in primo luogo se si prende in esame il cd. "tasso di utilizzo", ovvero l'indice di occupazione media dei posti letto pubblici per acuti in regime ordinario, il quale per simmetria fornisce anche il grado di frequenza di "posti letto vuoti" (v. art.1, comma 1, legge 662/96: IOM non inferiore al 75%).

TAB 30/SA

**INDICATORI DI EFFICIENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
REGIME ORDINARIO STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE (*)
ANNO 2004**

REGIONI	Tasso di utilizzo %	Turn-Over	Indice di Rotazione
PIEMONTE	81,1	1,9	35,79
VALLE D'AOSTA	77,8	2,5	32,79
LOMBARDIA	79,4	1,8	41,85
PROV. AUTON. BOLZANO	75,6	2,2	40,83
PROV. AUTON. TRENTO	72,5	3,0	33,71
VENETO	81,7	1,8	37,77
FRIULI VENEZIA GIULIA	69,1	3,4	30,47
LIGURIA	84,8	1,4	37,35
EMILIA ROMAGNA	77,7	1,9	42,46
TOSCANA	82,0	1,6	38,78
UMBRIA	72,8	2,5	39,79
MARCHE	74,7	2,4	38,31
LAZIO	89,5	0,9	41,25
ABRUZZO	79,4	1,7	44,12
MOLISE	86,1	1,2	42,01
CAMPANIA	84,0	1,1	49,27
PUGLIA	84,9	1,1	49,35
BASILICATA	62,3	4,1	32,93
CALABRIA	68,1	2,9	37,18
SICILIA	74,3	2,0	46,08
SARDEGNA	71,5	2,7	38,01
TOTALE	79,8	1,8	41,20

Fonte: Ministero della salute - Direzione generale del sistema informativo - Ufficio di statistica. (*) dati provvisori

Tasso di utilizzo: Giornate di degenza effettuate / Giornate disponibili. E' espresso in forma percentuale.

Turn-Over: (Giornate disponibili - Giornate di degenza effettuate) / Ricoveri.

Indice di rotazione: Ricoveri / Posti letto effettivamente utilizzati.

Giornate disponibili: Sono le giornate di degenza potenziali, nell'ipotesi cioè che i posti letto siano tutti utilizzati per l'intero periodo di rilevazione.

Rispetto all'anno 2000, migliora il tasso di utilizzo del 2004, che dal 77,3% passa al 79,8%, superiore a quanto prescritto per legge. Le Regioni che espongono le *performance* migliori - soprattutto se raffrontate al dato nazionale, sono: al Nord, la Liguria (84,8%), seguita dal Veneto (81,7%) e dal Piemonte (81,1%). Al Centro e al Sud, migliori sono i dati di Lazio (89,5%) Molise (86,1%), Campania (84%) e Puglia (84,9%). Sotto il limite di legge sono Sardegna (71,5%), Basilicata (62,3%), Sicilia (74,3), Calabria 68,1%).

Correlato, in senso tendenzialmente inverso al tasso di utilizzo, è l'intervallo di *turn-over* che esprime i giorni che intercorrono fra la dimissione di un paziente e la successiva occupazione da parte di altro paziente. Il dato nazionale espone il valore di 1,8 giorni. I valori regionali vanno dal più basso del Lazio (0,9) al più alto della Basilicata (4,1), mentre fra le Regioni a statuto ordinario, minori letti vuoti sono in Campania (1,5) e Puglia (1,1)

La durata della degenza e l'intervallo di *turn-over* influiscono poi sull'indice di rotazione (IR), che esprime il numero di pazienti che occupano uno stesso letto. Un basso valore di tale indice può essere spiegato da una elevata degenza media (casi trattati che richiedono tempi lunghi) e/o da un elevato intervallo di *turn-over* (lunghi tempi di attesa fra un ricovero e un altro). I dati positivi più frequenti al Sud si spiegano soprattutto in termini di minori complessità dei casi trattati (v. *infra* TAB 31/SA.sugli indici di complessità).

Indicatori di complessità - Le notizie e i dati offerti nelle precedenti tabelle acquistano differente rilievo se posti in relazione alle particolari caratteristiche dell'offerta ospedaliera ove, mentre per un verso la complessità dei casi trattati negli episodi di ricovero incide fortemente su alcuni indicatori di efficienza (degenza media, turn over), per altro verso influisce in larga misura sui costi.

La seguente tabella serve a chiarire tali aspetti, riducendo il margine di una eccessiva generalizzazione, inevitabile se il confronto interregionale poggia esclusivamente sulla spesa media pro-capite o su indicatori di mera efficienza, non calibrati gli uni e gli altri con più attenta considerazione alla realtà dei fenomeni e delle situazioni locali.

TAB 31/SA

INDICI DI COMPLESSITÀ RICOVERI PER ACUTI - REGIME ORDINARIO
ANNO 2003 (*)

egione	indice di case mix	% casi complicati	Dimessi con DRG chirurgico (a)	(a)/(c) %	Dimessi con DRG medico o non classificabile (b)	(b)/(c) %	Totale (c)=(a)+(b)
PIEMONTE	1,11	28,17	197.209	41,21	281.337	58,79	478.546
VALLE D'AOSTA	1,06	40,20	4.651	33,25	9.339	66,75	13.990
LOMBARDIA	1,09	28,24	598.800	43,82	767.637	56,18	1.366.437
PR. BOLZANO	0,92	24,71	28.685	34,03	55.614	65,97	84.299
PR. TRENTO	1,02	33,22	16.751	30,05	38.997	69,95	55.748
VENETO	1,08	27,92	225.390	37,64	373.420	62,36	598.810
FRIULI V. GIULIA	1,14	32,18	62.023	40,15	92.446	59,85	154.469
LIGURIA	1,11	35,61	73.498	31,32	161.186	68,68	234.684
E. ROMAGNA	1,09	29,01	233.382	39,24	361.448	60,76	594.830
TOSCANA	1,13	29,83	165.069	34,86	308.420	65,14	473.489
UMBRIA	1,05	27,46	39.622	32,73	81.421	67,27	121.043
MARCHE	1,03	29,64	74.619	36,23	131.344	63,77	205.963
LAZIO	0,98	23,59	304.712	36,54	529.220	63,46	833.932
ABRUZZO	0,93	27,00	82.511	32,45	171.741	67,55	254.252
MOLISE	0,91	30,25	18.923	32,38	39.510	67,62	58.433
CAMPANIA	0,89	21,48	268.239	32,58	555.019	67,42	823.258
PUGLIA	0,89	25,86	212.625	31,65	459.197	68,35	671.822
BASILICATA	0,94	27,36	21.792	28,82	53.818	71,18	75.610
CALABRIA	0,86	25,45	82.948	27,93	214.037	72,07	296.985
SICILIA	0,89	25,67	234.537	29,70	555.203	70,30	789.740
SARDEGNA	0,88	24,22	81.057	31,52	176.074	68,48	257.131
TOTALE	1,00	26,86	3.027.043	35,85	5.416.428	64,15	8.443.471

Fonte: Ministero della salute - Direzione generale del sistema informativo - Ufficio di statistica

(*) I dati si riferiscono alle dimissioni effettuate dalle strutture di ricovero pubbliche e private, rilevate attraverso la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Da dire a riguardo che se la maggiore complessità nei casi di ricovero ne aumenta il costo, l'effetto si moltiplica a fronte di una domanda ospedaliera che tende a disporsi nel medesimo senso.

I dati, riferiti all'anno 2003, per indisponibilità di aggiornamenti più recenti da parte del Sistema informativo del Ministero della salute, consentono comunque —consideratane la sostanziale stabilità nel breve periodo— alcune valutazioni con riferimento alla complessità della casistica trattata in ambito ospedaliero con riferimento alle varie aree territoriali. Da dire che valori dell'indice di case mix¹⁰⁹ superiori all'unità indicano un peso superiore alla media dello standard nazionale (Italia).

¹⁰⁹ L'indice di case mix [ICM] esprime la complessità della casistica trattata tramite la standardizzazione dell'attività di una data unità produttiva per un indice tipo, costituito dalla degenza media DRG specifica di uno standard.

Con riferimento alle Regioni a statuto ordinario, tutto il Nord, ma anche Toscana, Umbria e Marche, espongono un indice di complessità superiore alla media nazionale con punte massime in Piemonte, Liguria, Lombardia, Toscana, Emilia Romagna, (1,1); sotto media Sud e Isole.

Nel rapporto con DRG omologhi, i casi complicati misurati in media nazionale assumono la percentuale del 26,9%, a fronte della quale livelli superiori si riscontrano in tutte le Regioni del Nord (tranne la P.A. di Bolzano), con particolare livello di complessità in Liguria (35,6%), nonché in Toscana, Molise, Marche e Abruzzo. Da segnalare il dato del Lazio, con una complessità di casi inferiore alla media nazionale (23,6%). Le altre Regioni del Centro e tutto il Sud-Isole mostrano percentuali di complessità inferiori alla media.

Tali risultati trovano conferma sulla base della percentuale dei ricoveri chirurgici rispetto a quelli medici. Nella media nazionale, i primi interessano il 35,9%, mentre quelli esclusivamente medici si attestano al 64,1%. Episodi chirurgici superiori alla media si registrano in Lombardia (43,8%), in Piemonte (41,2%), in Emilia Romagna (39,2%).

10.2 Conclusioni valutazioni sulla base degli indicatori

I suesposti dati mettono in chiaro una variabilità dipendente dalle differenti caratteristiche delle prestazioni ospedaliere che caratterizzano le diverse realtà territoriali.

Va tuttavia posto subito in chiaro come gli indicatori di efficienza relativi a degenza media (DM) e tasso di utilizzo (IOM), ma pure la frequenza di “letti vuoti” e la velocità di rotazione di pazienti per letto, assumono altro significato se valutati in rapporto alla complessità dei casi trattati e in considerazione del peso percentuale di interventi chirurgici nel rapporto con il totale dei ricoveri. Da dire allora che sono proprio questi ultimi dati ad offrire più esatta decodificazione agli indici di attività e di efficienza i cui esiti positivi e sopra media non di rado si associano a ricoveri medici e a *case-mix* inferiori all'unità.

Regioni come la Campania, la Puglia, la Calabria, la Sicilia, ma il discorso vale per tutte le altre realtà territoriali del Mezzogiorno e Isole, espongono, in prevalenza, dati favorevoli in termini di degenza media per acuti, basso indice di “letti vuoti” e buona rotazione di pazienti per letto, ma scontano poi bassi indici per complessità di episodi di ricovero e per interventi chirurgici. Sono viceversa le Regioni del Nord a primeggiare nella graduatoria formata dal più elevato numero percentuale di interventi chirurgici e complessità di *case-mix* associati altresì ad un apprezzabile utilizzo della strutture e ad una degenza media in linea con quella di livello nazionale.

Anche sotto l'aspetto finanziario i confronti interregionali delle attività e delle prestazioni rese in ambito ospedaliero si prestano a interessanti riflessioni. Le Regioni del Sud e Isole espongono nel 2004 una spesa media *pro-capite* nell'assistenza sanitaria inferiore alla media

nazionale. Tale risultato si coniuga peraltro ad un peso percentuale dell'attività chirurgica di molto inferiore a quello registrabile nelle realtà regionali del Nord del Paese, del resto coniugato con minori indici di complessità nelle prestazioni rese.

Tutto ciò —come già detto— trova corrispondenza e si riflette nella massiccia esportazione di pazienti dal Sud-Isole al Centro-Nord con ulteriore aggravio per queste Regioni che scontano gli effetti di maggiore appropriatezza e efficacia di risposta sanitaria.

11 Spesa sanitaria per investimenti

11.1 Il programma generale

Nelle Relazioni precedenti sono state indicate le linee di sviluppo del Programma di investimenti nella sanità avviato con l'art. 20 della l. n. 67/88 e dei programmi specifici che lo hanno successivamente integrato (lotta all'AIDS; cure palliative; professione intramuraria; radioterapia; grandi città). Rinviano a dette Relazioni, in questa sede ci si limita a ricordare solo alcuni dati generali fondamentali, concentrando, invece, l'attenzione sull'evoluzione del programma base e di quelli specifici nel corso del 2005.

La citata l. n. 67/88 aveva previsto lo stanziamento di 15.493 milioni di euro, portato, con successive integrazioni, a 17.575 milioni di euro. Del Programma generale -articolato in 2 fasi- nel 1996 si è conclusa la 1^a fase con un impegno di 4.854.694.851,44.

11.1.1 La seconda fase del programma

La programmazione negoziata

La 2^a fase è stata avviata con la Delibera CIPE n. 53/98 che ha approvato interventi per 1,161 miliardi (mld), per completare le strutture già iniziate e per misure attinenti alla sicurezza; questa fase è stata soprattutto caratterizzata dalla modifica delle modalità di finanziamento non più con mutui, ma con rifinanziamenti annuali nella tabella D delle leggi finanziarie e con importi da iscrivere in bilancio nella tab. F, in relazione alle autorizzazioni previste da leggi di spesa, in base agli sviluppi della programmazione negoziata tra Ministero della salute (d'ora in poi: MdS) e Regioni (con il concerto del Mef e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni).

Questo della programmazione negoziata è l'elemento qualificante del Programma di investimenti in esame; essa si è realizzata attraverso Accordi di programma di cui all'art. 5bis del d.lgs. n. 502/92 e Accordi di programma quadro di cui all'art. 2 della legge n. 662/96. Questo metodo di programmazione consente al Ministero e alle Regioni di modulare gli interventi stabilendo nuove priorità in relazione alle nuove esigenze che si prospettano e agli aggiornamenti normativi intervenuti. Un esempio in questo senso è costituito dal nuovo indicatore di posti letto, che, a seguito dell'Intesa Stato-Regioni del 23.3.2005, è stato ridotto da 5 a 4,5 per 1000 abitanti, con evidenti conseguenze sugli investimenti nel settore ospedaliero. Questa Intesa ha anche fissato al 15% la quota minima che le Regioni, che alla data del 1°1.2005 hanno ancora in corso di completamento il proprio programma *ex art.20* della l. n. 67/88, devono destinare all'ammodernamento tecnologico, in attuazione del disposto dell'art.1, comma 188 della finanziaria 2005.

Come la Corte ha rilevato nella precedente Relazione il metodo adottato, unitamente all'esperienza maturata dalle Regioni nell'elaborazione dei documenti per ottenere i contributi nell'ambito della politica comunitaria di coesione economica e sociale, ha favorito una maggiore capacità programmatoria ed attuativa. A ciò ha anche contribuito l'azione svolta dal Nucleo di valutazione e verifica presso il MdS e dai nuclei istituiti in tutte le Regioni in attuazione della l. n. 144/99.

Un aspetto positivo di questa programmazione negoziata consiste nella concertazione istituzionale, che essa comporta: concerto con il MEF e intesa nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni.

L'attività del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici e dell'Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità

Nel settore degli investimenti pubblici nella sanità operano due importanti strutture della cui attività appare utile dare, sia pure brevemente, conto

Il *Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici*¹¹⁰ del Ministero della Salute -al quale si è già fatto cenno nella Relazione precedente- ha continuato a svolgere anche nel 2005 un'importante funzione di monitoraggio e di consulenza. Quest'ultima funzione si è accresciuta a seguito dell'emanazione del Decreto del Ministro della Salute del 23.7.2004, che gli ha conferito il parere obbligatorio in varie fattispecie. In particolare il *Nucleo* deve esprimere il suo parere: sugli Accordi di programma con le Regioni *ex art. 20* della l. n. 67/88; sui documenti di riprogrammazione degli interventi; sui programmi relativi agli IRCCS ed enti similari; sulla realizzazione di nuovi ospedali e sui progetti di ristrutturazione che superino il tetto di spesa di 40 milioni di euro¹¹¹. In proposito, per migliorare l'attività di programmazione il *Nucleo* ha predisposto una "griglia" di punti per una valutazione *ex ante*.¹¹²

¹¹⁰ Il *Nucleo* è stato istituito presso il MdS in attuazione della legge 144/99 (art.1) nell'ambito della più generale strategia di sviluppo degli investimenti anche in ossequio alle indicazioni del Consiglio europeo di Lisbona del marzo 2000. Il *Nucleo* è stato istituito con il Decreto del MdS del 27.9.2000 e la sua disciplina è stata completata con i successivi DM del 12.12.2003, del 23.7.2004 (già citato nel testo) e del 25.11.2005. Questo organismo collabora con le Regioni nelle varie fasi della programmazione, della valutazione, dell'attuazione e della verifica dei programmi di investimento edilizio e tecnologico nella sanità, nel rispetto delle linee fornite dalla programmazione sanitaria sia nazionale che regionale. Particolarmente importante la sua attività di supporto alle regioni in difficoltà nell'attuazione dei programmi di investimento (sia generale che specifici (AIDS, Hospice etc.)ciò anche al fine dichiarato di incrementare le capacità amministrative e tecniche delle regioni e di ridurre ed eliminare il divario esistente tra le stesse.

¹¹¹ In proposito il *Nucleo* ha dato un parere: sullo schema di Accordo tra Governo e Regioni sulle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento attraverso gli Accordi di programma *ex art. 5bis* del d.lgs. n. 502/92; sull'Accordo di programma integrativo delle Regioni Emilia-Romagna, Umbria e Abruzzo; sulla rimodulazione dell'Accordo relativo alle Regioni Piemonte, Lazio, Sicilia, Sardegna.

¹¹² I punti riguardano: la sintesi dei contenuti della proposta di Accordo di programma e la coerenza di questo con le strategie generali; gli interventi previsti e la verifica rispetto agli obiettivi della programmazione; l'indicazione degli obiettivi strategici; la verifica dell'analisi SWOT (punti di forza e di debolezza, opportunità e rischi); la valutazione complessiva dell'Accordo.

Il *Nucleo* ha svolto un'intensa attività di assistenza tecnica specie sui metodi di partecipazione pubblico-privato per favorire la finanza di progetto¹¹³ ed ha collaborato con l'Autorità per la vigilanza sui lavori pubblici ai fini della corretta applicazione, da parte delle Regioni e delle Aziende sanitarie, delle procedure sugli appalti, anche attraverso ispezioni. Il risultato di queste ha consentito di individuare elementi ricorrenti di criticità.

Tra le altre, molteplici, attività del *Nucleo* vanno ricordate: l'attuazione di “tavoli tecnici di confronto”, l'attività di formazione (con tirocini presso strutture sanitarie) e la collaborazione sia con l'apposita Direzione generale per l'Europa del MdS, sia con le Regioni per l'utilizzazione dei fondi comunitari, in particolare in relazione alla preparazione della nuova programmazione 2007-2013 dei “fondi strutturali” della Comunità. A questa attività rivolta alla Comunità europea si affianca quella nella più ampia dimensione internazionale attraverso la partecipazione attiva all' “*European Hospital Property Network*” (EUHPN), che costituisce un'importante rete di collegamento per i Governi sui problemi degli investimenti immobiliari nel settore sanitario.

L'*Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità* costituisce uno degli 8 obiettivi strategici del “Nuovo sistema informativo sanitario” (NSIS); in certo senso si affianca all'opera svolta dal *Nucleo*, con il compito di favorire il processo di regionalizzazione e la collaborazione tra i vari soggetti del sistema sanitario attraverso un sistema di monitoraggio basato su un metodo condiviso sia dalle Regioni che dal Governo (nella fattispecie dal Ministero della Salute). Esso fornisce i dati nel corso dello svolgimento delle varie fasi di realizzazione degli investimenti, consentendo di raccogliere utili elementi ai fini della programmazione in atto e della valutazione dei progetti, nonché della predisposizione di analisi comparative, che a loro volta permettano di ricostruire i caratteri fondamentali delle politiche di investimenti. Lo scopo è quello di fornire dati sia *ex ante*, idonei a orientare le scelte programmatiche, sia, successivamente, ai fini della verifica degli effetti degli indirizzi decisi nella definizione delle ulteriori strategie.

L'attuazione della seconda fase

Al 31.12.2005 risultavano sottoscritti 33 Accordi (28 *ex art. 5bis* del d.lgs. n. 502/92 e 5 Accordi di programma quadro *ex art.2*, comma 203 della l. n. 662/96). Nel corso del 2005 sono

¹¹³ Ha valutato alcuni interventi di *project financing*: il nuovo ospedale “del mare” di Napoli; i nuovi ospedali di Siracusa e di Giulianova; gli interventi sul CTO-S.Eugenio di Roma; ed ha predisposto – in collaborazione con l'Unità tecnica “finanza di progetto” – uno strumento di lavoro: “Orientamento per un efficace partenariato pubblico-privato per la realizzazione di strutture sanitarie attraverso programmi di investimento nazionali”.

stati sottoscritti dalle Regioni i seguenti 6 nuovi Accordi di programma, con finanziamento a carico dello Stato:

- Valle d'Aosta: Accordo integrativo del 13.1.2005 per 4.131.655,00;
- Molise: Accordo del 3.2.2005 per 11.772.891,75;
- Lombardia: Accordo (il 3°) del 7.3.2005 per 32.670.452,00;
- Provincia di Bolzano: Accordo del 12.4.2005 per 7.359.511,00;
- Provincia di Trento: Accordo del 15.3.2005 per 20.1145.996,00;
- Umbria: Accordo stralcio del 19.12.2005 per 16.010.164,00.

Il valore complessivo delle risorse di cui dispongono le Regioni per i Programmi, -come si evince dalla tab. 1,- ammonta a 7.647.395.389,98, ai quali si aggiungono 565.469.844,60, destinati agli Enti (IRCCS, Policlinici etc.), per un totale di 8.212.865.234,58. Restano ancora disponibili per nuovi accordi 2.308.591.253,94 sull'ammontare complessivo di 10.587.554.328,96 da destinare ad Accordi di programma (come si può rilevare dalla stessa tab. 1).

Si richiama qui brevemente la procedura per l'attivazione degli accordi sottoscritti. La Regione verifica l'appaltabilità degli interventi previsti nell'Accordo (che in genere coincide con la cantierabilità), chiede al Ministero della Salute l'ammissione al finanziamento degli stessi; dal momento dell'ammissione diviene possibile l'erogazione delle risorse statali.

Sullo stato di attuazione dei programmi (v. tab.2) si può rilevare nel 2005 un progresso, anche se limitato, di 10 punti percentuali rispetto al 2004, perché è risultato appaltabile il 68,4% dell'importo finanziario dei programmi (rispetto al 58% del 2004). Permangono grandi divari tra le Regioni (comprendendo anche le Province autonome): si va dal 100% degli importi autorizzati della Provincia autonoma di Bolzano al 10,3% della Regione Abruzzo. Su 20 Regioni solo 11 superano la media richiamata del 68,4% e solo nel 2005 tutte le Regioni figurano come destinatarie di importi autorizzati. Ancora nel 2004 3 Regioni (Abruzzo, Molise e Calabria) non registravano alcun importo.

Appare interessante l'andamento delle autorizzazioni a spendere nel periodo di riferimento 2000-2005. Come si può rilevare dalla tabella 2 vi è un progressivo incremento rispetto al valore complessivo degli Accordi e degli importi autorizzati per gli IRCCS ed altri Istituti sanitari (dal 7,8% del 2000 al 17,5% del 2001, 28,9% nel 2002, 43,1% nel 2003, 57,7% nel 2004, 68,1% nel 2005), mentre diverso risulta l'incremento da un anno all'altro: 675,9 milioni autorizzati nel 2001; 798,8 nel 2002; 1.342,5 milioni nel 2003 (in quell'anno l'incremento rispetto a quello precedente è stato del 62,5%); con una flessione -rispetto all'accelerazione dei due anni precedenti- nel 2004 (1.220,3 milioni circa) e ancora più accentuata nel 2005 (866,4 milioni).

Significativa la diversa evoluzione nelle varie Regioni (e province autonome) La Provincia di Bolzano, che nei primi 2 anni (2000-2001) non aveva alcun importo autorizzato nei successivi 4 ha raggiunto il 100%, registrando già nel 2003 (secondo anno dall'avvio) l'89,1%. La Lombardia e l'Emilia-Romagna mostrano una crescita costante rispettivamente dal 15,2% e 23% del 2000 al 98,7% e 99,2% del 2005. Significativo il risultato del Molise e della Calabria che in un solo anno, il 2005, hanno realizzato rispettivamente il 53,3% e 67,5%, anche se va notato che il valore complessivo degli Accordi è molto inferiore a quello di altre Regioni (la stessa considerazione vale per le due Province autonome e per la Valle d'Aosta). La Campania, invece, ha iniziato nel 2003 con il 24,7%, ma nel 2005 ha raggiunto solo il 31,2%. Per la Toscana e l'Umbria siamo di fronte ad una situazione particolare, perché dopo una partenza molto positiva vi è un'apparente regresso dovuto in realtà alla successiva sottoscrizione di nuovi Accordi che hanno accresciuto il valore complessivo preso come base di riferimento. La Toscana aveva nel primo anno il tasso di gran lunga più elevato (70,2%), che negli anni 2001-2003 raggiungeva il 100%, mentre scende al 69,1% nel 2004 e 2005 per il nuovo Accordo, che ha accresciuto il valore complessivo da 348 a 504 milioni di euro. Analogamente per l'Umbria che già nel primo anno d'avvio (il 2002) aveva realizzato l'87,4%, che scende nel 2003 al 63,3% a seguito della sottoscrizione di un Accordo stralcio.

Significativo anche l'andamento degli importi finanziari sottoscritti con gli accordi di programma e degli importi attivati (come si può rilevare dal grafico n. 1). Dopo la forte accelerazione di questi ultimi tra il 2002 e il 2003 rispetto ad una stasi di quelli sottoscritti, permane negli anni successivi la più forte progressione degli importi attivati soprattutto tra il 2004 e il 2005, mentre quelli sottoscritti registrano un significativo aumento tra 2003 e 2004 e di nuovo solo un lieve incremento tra il 2004 e il 2005.

Dal punto di vista delle fonti di finanziamento degli Accordi di programma, dalla tabella 4 si può rilevare che, al 31.12.2005, complessivamente l'ammontare dei finanziamenti a carico dello Stato è stato pari a circa il 73,3% del finanziamento totale; a questo vanno aggiunte le risorse regionali (in media del 10,6%) quelle del soggetto attuatore dell'intervento (l'azienda, ma in certi casi anche altri, in particolare i comuni: circa il 9,3%) ed il cofinanziamento di privati (per il 6,9%, circa). Va rilevata una differenziazione, talvolta notevole, tra le varie Regioni: alcune non vanno al di là della quota minima del 5% (il Lazio, Molise, Puglia e Calabria), altre contribuiscono con una partecipazione più elevata e, in molti casi, con il contributo anche delle aziende o di altri soggetti (Piemonte, Valle d'Aosta, Trento e Bolzano, Umbria) ed anche di privati (Lombardia, Veneto, Liguria, Toscana). A parte la Sicilia che affianca alla quota regionale del 4,8% un contributo limitato di altre risorse (4,5%, di cui 1,3 dei

soggetti attuatori e 3,2% di privati) l'Abruzzo vede accanto alla ridotta quota regionale del 4,5% una partecipazione significativa degli altri soggetti del 9,6%. Ancora più rilevante la situazione dell'Emilia-Romagna con risorse regionali di solo il 3,5%, cui corrispondono, però, ben 29,2% di risorse di altri soggetti pubblici (stesso discorso, anche se in termini più ridotti per le Marche, con il 3,9% di risorse regionali e di 17,6 di soggetti pubblici). Un caso emblematico è rappresentato dal Veneto con un finanziamento statale del solo 47,4%, cui fa riscontro una quota elevata di risorse regionali del 37,9% ed una partecipazione privata del 10,9%. Tra le quote statali più basse figurano, oltre a quella del Veneto prima indicata, quelle della Lombardia (60,9%, che ha anche la più alta partecipazione finanziaria di privati, con il 20,2%), della Provincia di Trento (61%) del Piemonte (63%), della Liguria (64,7%), della Toscana (57,7%) e dell'Umbria (65,7%).

Il divario nella partecipazione finanziaria delle Regioni, degli altri soggetti pubblici e dei privati, tra Regioni meridionali e del centro nord deve far riflettere sia per il profilo dell'organizzazione della sanità nelle varie Regioni, sia in vista di una concreta realizzazione del federalismo fiscale e dei previsti meccanismi perequativi.

Per quanto riguarda lo stato di avanzamento degli interventi, visto anche sotto il profilo procedurale la tabella 5 ne mostra le tappe di realizzazione, mentre il grafico 4 evidenzia la situazione generale, al 31.12.2005, dei 1923 interventi previsti negli Accordi di programma: 42% di procedure propedeutiche all'appalto (cioè interventi allo stadio iniziale); 36% di realizzazioni avviate e 22% di realizzazioni concluse¹¹⁴.

Va subito rilevato che una corretta valutazione comparativa deve tenere conto della data di sottoscrizione degli accordi e del numero degli interventi. Ad esempio la Valle d'Aosta ha una bassa (17%, con un intervento avviato), percentuale di procedure propedeutiche all'appalto che costituisce un indice positivo, ma esso va rapportato al periodo di sottoscrizione (aprile 2001) e al totale degli interventi (6), che ha consentito di registrare un'alta percentuale di realizzazioni (67% con 4 interventi conclusi). Le due Province autonome non hanno alcuna procedura propedeutica all'appalto, Trento (Accordo del 2000) per i 2 interventi, già avviati, Bolzano (Accordo del 2001) per i 6 interventi di cui 2 avviati e 4 conclusi. Analoga situazione

¹¹⁴Va chiarito che sono state individuate, nello svolgimento delle procedure, 3 fasi: la prima riguarda tutti le attività propedeutiche all'appalto (progettazione, pareri, nulla osta etc.); la seconda attiene alla realizzazione in corso, dopo l'affidamento dell'appalto (e comprende sia i cantieri operativi, sia i lavori sospesi); la terza si riferisce ai lavori terminati (comprensiva sia delle opere effettivamente concluse che di quelle attivate). Il MdS ha rilevato i dati con l'apposito modulo di monitoraggio, allegato all'Accordo Stato-Regioni del 19.12.2002, concernente la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento nella sanità. Le Regioni sono tenute a trasmettere i dati al Ministero; se non lo fanno sono presi in considerazione i dati rilevati dai Comitati istituzionali di gestione ed attuazione. A questi Comitati è affidata la verifica dello stato di attuazione degli Accordi di programma. Essi sono composti da un delegato del Ministro della salute e da rappresentanti del MdS, del MEF e di ciascuna Regione.

per l'Umbria: nessuna procedura, con 43% di interventi avviati (3 su 7) e 4 conclusi (57%). Una considerazione diversa va fatta per la Lombardia che, per l'accordo del marzo 1999, ha visto la conclusione di 52 interventi (con la percentuale più alta dell'81%) su un totale elevato di interventi (64); per l'accordo del 2004, pur non avendone realizzati, ha, però, avviato tutti i 27 interventi previsti, per cui non registra alcuna procedura propedeutica all'appalto. Per il più recente accordo del marzo 2005 sul totale di undici interventi ne sono stati già avviati 5 (45%). Anche l'Emilia-Romagna e la Toscana registrano, per l'Accordo del 1999, una percentuale molto bassa di procedure propedeutiche: la prima 3%, con soli 4 interventi (su 123), 70 interventi avviati (57%), 49 conclusi (40%); la seconda 7%, con 4 interventi (su 57), 28 avviati (49%) e 25 conclusi (44%).

All'opposto la Campania: sul totale di 175 ne ha realizzati solo 5 (3%) e avviati solo 7 (4%), registrando una molto elevata percentuale di procedure propedeutiche (93%, riferite a 163 interventi). Anche la Calabria registra una molto elevata percentuale di procedure propedeutiche (88%), ma la situazione si presenta nettamente diversa, perché l'Accordo è stato sottoscritto il 16.12.2004 e degli 8 interventi ne risulta comunque realizzato 1.

Una situazione più complessa riguarda il Piemonte (Accordo del 2000: 121 interventi), il Lazio (Accordo del 2000: 210 interventi), la Sicilia (Accordo del 2002: 224 interventi) e la Sardegna (Accordo del 2001: 215 interventi), tutte Regioni con un numero molto elevato di interventi e poche realizzazioni (rispettivamente: 16%; 22%; 15%; 16%), ma con una situazione diversificata nelle percentuali di procedure propedeutiche e negli interventi avviati (rispettivamente 28% e 56% per il Piemonte; 52% e 35% per il Lazio; 41% e 44% per la Sicilia; 48% e 36% per la Sardegna).

Per quanto riguarda il numero degli interventi autorizzati al 31.12.2005 essi restano ancora inferiori -con un totale di 1.360- rispetto a quelli autorizzati nella prima fase (1667), anche se nel 2005 si è registrato un importante aumento (264). In merito agli interventi è interessante notare la loro ripartizione (nuovi ospedali; ristrutturazioni ospedaliere e ampliamenti; residenze sanitarie assistite -RSA-; case protette, comunità alloggio per disabili, case di riposo) e l'evoluzione dal 2003 al 2005 (v. grafici nn. 4, 5, 6).

Negli ultimi 3 anni, dopo una consistente quota di nuovi ospedali (21% con 14 unità) nel 2003, si è registrato un calo, del resto comprensibile, nei 2 anni successivi (rispettivamente 4,7% nel 2004 e 4,8% nel 2005). Importante è l'attenzione prestata alle ristrutturazioni e agli ampliamenti degli ospedali, che dimostra un crescendo di interventi, che, in valori assoluti, aumentano rispettivamente di 4, 9 e 13, incidendo sul totale del 6%, 16% e 26%.