

Capitolo 15

Sanità e salute della popolazione

A partire dal 2007, con l'approvazione del Piano di Rientro regionale dal debito accumulato negli anni passati - un documento programmatico finalizzato a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario dei conti dopo l'emersione di disavanzi di gestione che raggiungevano i 2 miliardi di euro - la Regione Lazio è stata impegnata in un robusto intervento di riorganizzazione e razionalizzazione del sistema sanitario locale.

Tale azione ha garantito un miglioramento delle finanze pubbliche, avvicinandosi sempre di più ad una ormai prossima uscita dalla "morsa" del commissariamento: nel novembre del 2017 il Consiglio dei Ministri - dopo la verifica in sede di tavolo tecnico con i dicasteri dell'economia e della salute - ha infatti decretato l'uscita della sanità regionale del Lazio dal regime del commissariamento, rinviandone tuttavia la fattiva applicazione soltanto a partire dal 2019.

La fine del commissariamento, tuttavia, non implicherà automaticamente la chiusura del Piano di Rientro: il sistema sanitario del Lazio rimane infatti un "sorvegliato speciale" poiché, pur avendo riportato i conti in "attivo", in termini di gestione e organizzazione del servizio la Regione continua a presentare problematiche di carattere strutturale quali il sovraffollamento dei pronto soccorso, le liste di attesa e la distribuzione territoriale dei presidi sanitari, che minano il diritto alla salute e alle cure sanitarie costituzionalmente garantite ai cittadini.

Le politiche di ripiano del debito abbracciate dalla Regione all'avvio del commissariamento e portate avanti per oltre 10 anni, si sono infatti tradotte in un generale ridimensionamento dell'offerta sanitaria, che ha coinvolto trasversalmente tutte le fonti di costo, dalla spesa farmaceutica pubblica, alla disponibilità ospedaliera, ai tagli al personale impegnato a vario titolo nel comparto, con prevedibili negativi effetti in termini di quantità e qualità dei servizi offerti.

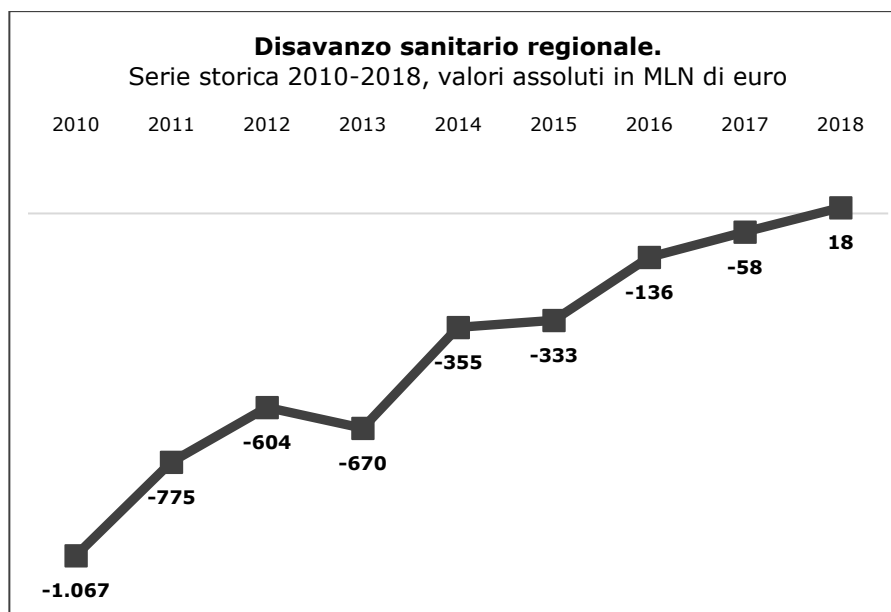
Il ridimensionamento della spesa pubblica in sanità è stato peraltro accompagnato da un progressivo incremento dei costi a carico dei cittadini, chiamati a sopperire alla razionalizzazione dei servizi sia in maniera "diretta" (attraverso l'aumento delle compartecipazioni alla spesa sui farmaci e sulle prestazioni sanitarie), sia "indirettamente", attraverso un

forte allargamento del prelievo fiscale: la Regione, infatti, ha incrementato l'aliquota sull'addizionale regionale all'Irpef all'1,73%, con una maggiorazione di 0,5 punti percentuali rispetto alla quota "base" dell'1,23%, e ha rimodulato l'aliquota IRAP fino a raggiungere il "tetto" massimo consentito, pari al 4,82%; a tali spese è necessario altresì aggiungere una quota del gettito IVA trasferita dallo Stato alle regioni sotto forma di compartecipazione e volta al ripiano del debito. La carenza dell'offerta pubblica e la conseguente dilatazione dei tempi di attesa per l'accesso alle cure hanno infine favorito da parte dei cittadini un maggiore ricorso al mercato privato ("puro" o in regime di intramoenia), dettato più da necessità che da libere scelte, che ha comportato un ulteriore aggravio di costi per i cittadini. In termini quantitativi il "sacrificio" richiesto ogni anno alle famiglie e alle imprese laziali per il finanziamento dei disavanzi sanitari si è attestato a 2,3 miliardi di euro, di cui 1 miliardo a carico delle famiglie, 700 milioni a carico delle imprese e altri 500 milioni sostenuti da entrambi poiché derivanti dall'incremento dell'aliquota IVA (stime Eures).

Quanto detto, dunque, pone l'esigenza di un intervento programmatico capace, da un lato di mantenere i risultati positivi raggiunti sotto il profilo economico finanziario, favorendo tuttavia al tempo stesso una maggiore efficienza del sistema in termini di qualità e quantità dei servizi sanitari offerti: la logica dei tagli "orizzontali" alla spesa, dunque, dovrà essere sostituita da una politica di maggiore attenzione agli sprechi accompagnata da una migliore organizzazione delle risorse disponibili, al fine di salvaguardare elevati standard in termini di prestazioni assistenziali fornite e assicurare un servizio sanitario adeguato pur garantendo una politica orientata al contenimento delle spese.

15.1 I conti della sanità

La serie storica relativa alla dinamica del deficit sanitario regionale mostra come l'applicazione del Programma di Rientro - e conseguentemente le politiche di risparmio avviate - abbiano avuto esiti positivi in termini di riduzione del disavanzo: tra il 2010 e il 2018 il deficit laziale ha infatti subito una progressiva diminuzione, passando da circa 1,1 miliardi di euro a inizio periodo, fino a registrare nel 2018 una situazione di pieno pareggio, o meglio con un avanzo di 18 milioni di euro.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Corte dei Conti e Programma Operativo Regione Lazio 2016-2018

Al fine di valutare il peso relativo del disavanzo sanitario laziale rispetto al resto del Paese è stata realizzata un'analisi comparativa con gli altri territori, prestando attenzione particolare alle regioni che hanno condiviso con il Lazio l'esperienza del Piano di Rientro, ovvero l'Abruzzo, il Molise, la Campania, la Calabria, la Sicilia, la Puglia e il Piemonte (quest'ultima è uscita dal programma nel 2017).

I risultati mostrano come nel 2012 il Lazio deteneva il 28,6% del totale del deficit nazionale complessivo (613,2 milioni a fronte di oltre 2,1 miliardi) e il 63,2% del totale del disavanzo delle regioni sottoposte ai Piani di Rientro (970,4 milioni di euro); nel 2016 la "quota" di deficit nazionale facente capo alla Regione Lazio scende al 16,2% (163,8 milioni contro 1 miliardo di euro), evidenziando come la "stretta" avviata dai programmi di razionalizzazione della spesa abbia determinato una contrazione del disavanzo superiore alla media nazionale, mentre rimane significativa la percentuale rispetto alle Regioni in Piano di Rientro, che al pari del Lazio hanno dato avvio a interventi di risanamento delle finanze pubbliche (si attesta al 51,2% del totale).

Relativamente all'ultimo biennio, pur non essendo ad oggi disponibili i dati relativi a tutte le regioni (per il Lazio i dati illustrati nel grafico precedente sono stati desunti dal Programma Operativo regionale), è logico tuttavia poter affermare che il contributo al disavanzo nazionale sarà nullo, avendo raggiunto la Regione una situazione di pareggio nel 2018.

Tabella 1 – Disavanzo Sanitario nel Lazio e in Italia
Anni 2012-2016 – Valori assoluti (in milioni di euro)

	2012	2013	2014	2015	2016
Lazio	-613,2	-669,6	-355,1	-332,6	-163,8
Regioni in PdR*	-970,4	-863,6	-275,6	-426,4	-319,8
Regioni non in PdR**	-167,1	-35,5	-49,7	-38,1	-127,2
Regioni a SS***	-1.004,2	-885,5	-701,8	-544,8	-566,5
Italia	-2.141,7	-1.784,6	-1.027,1	-1.009,3	-1.013,5

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati MEF – Monitoraggio della spesa sanitaria

* Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria ** Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia, Piemonte e Puglia *** Trentino AA, Friuli VG, Valle d'Aosta, Sardegna

Al di là delle osservazioni finora condotte in merito alla dinamica del deficit sanitario, un tema particolarmente interessante per tracciare un quadro esaustivo della situazione finanziaria regionale è costituito dall'analisi della situazione debitoria degli enti del Servizio Sanitario Regionale, che in questa sede è esposta facendo riferimento esclusivamente alla sua componente "commerciale" (ovvero ai debiti verso i fornitori), rappresentando la parte finanziaria dei debiti (quelli maturati verso banche e istituti di credito, nonché istituti di previdenza e sicurezza sociale) una voce sostanzialmente incompressibile a causa della consistente spesa per il servizio del debito.

Ciò premesso, i dati mostrano come tra il 2012 e il 2016 il debito commerciale facente capo agli enti del SSR nel Lazio sia dimezzato, passando da 6,5 a 3,2 miliardi di euro; tale decremento ha caratterizzato anche le altre regioni in Piano di Rientro, il cui debito complessivo è passato da 21,9 a 12,1 miliardi, mentre gli altri territori hanno subito una contrazione meno significativa, che ha determinato complessivamente una riduzione del 59,7% del debito registrato su scala nazionale (da 34,4 a 20,6 miliardi di euro).

Tabella 2 – Debiti vs fornitori degli enti del SSR nel Lazio e in Italia
Anni 2012-2016 – Valori assoluti (in milioni di euro)

	2012	2013	2014	2015	2016
Lazio	6.471,7	5.971,8	3.513,0	3.793,2	3.243,6
Regioni in PdR*	21.886,1	17.727,8	14.422,4	13.941,2	12.052,1
Regioni non in PdR**	11.452,4	8.866,2	7.815,6	7.900,4	7.461,1
Regioni a SS***	1.090,5	1.017,5	920,0	1.013,3	1.039,8
Italia	34.429,0	27.611,5	23.158,0	22.854,8	20.553,0

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati MEF – Monitoraggio della spesa sanitaria

* Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria ** Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia, Piemonte e Puglia *** Trentino AA, Friuli VG, Valle d'Aosta, Sardegna

Le politiche di razionalizzazione avviate a seguito dell'avvio del Programma di Rientro hanno prevedibilmente inciso anche sulla dinamica della spesa sanitaria del Lazio che ha evidenziato nel corso del tempo un forte rallentamento: nel periodo 2002-2006 il tasso di crescita medio è stato infatti pari al 45,7%, scendendo l'incremento al +1,4% nel periodo 2007-2011 e innescando un'inversione di rotta nel quinquennio 2012-2016, quando registra una diminuzione dello 0,6% (-67,3 milioni di euro in termini assoluti); si tratta di un valore in controtendenza rispetto alla dinamica registrata su scala nazionale, che invece continua a mantenere un segno positivo, con una variazione tuttavia pari ad appena il +1,9%, quindi notevolmente inferiore a quella registrato nei due periodi precedenti (+30,4% nel quinquennio 2002-2006 e +7,2% tra il 2007 e il 2011).

In termini assoluti la spesa sanitaria regionale nel 2016 raggiunge quasi 10,8 miliardi di euro, rappresentando il 9,6% del totale nazionale (pari a 112,5 miliardi) collocandosi al secondo posto dopo quella della Lombardia, quantificata in 18,9 miliardi. Nel periodo 2012-2016 i territori che presentano gli incrementi più significativi della spesa sono la Puglia (+4,4%), la Lombardia (+4,1%), il Veneto, la Sicilia (entrambi +3,4%) e la Campania (+3,3%); variazioni di segno opposto, oltre che nel Lazio, si osservano invece in Valle d'Aosta (-8,1%), Friuli Venezia Giulia (-6,2%), Piemonte (-1,5%) e Molise (-0,9%).

Tabella 3 – Spesa del Servizio Sanitario Nazionale nelle regioni italiane
Anni 2012-2016 – Valori assoluti (in milioni di euro)

Regione	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	8.393,7	8.192,1	8.188,6	8.097,2	8.263,8
Val d'Aosta	278,8	271,2	260,5	261,8	256,1
Lombardia	18.154,1	18.293,4	18.789,9	18.847,7	18.895,3
Trentino	2.311,6	2.298,1	2.303,2	2.358,7	2.311,6
Veneto	8.713,3	8.699,2	8.777,2	8.834,5	9.009,3
Friuli V.G.	2.511,6	2.468,9	2.374,0	2.333,7	2.356,5
Liguria	3.147,4	3.122,4	3.159,0	3.175,6	3.176,2
Emilia Romagna	8.801,3	8.617,6	8.654,5	8.748,1	8.828,8
Toscana	7.120,1	6.948,1	7.113,8	7.197,8	7.293,0
Umbria	1.643,8	1.645,6	1.637,9	1.651,7	1.692,8
Marche	2.749,3	2.713,3	2.736,0	2.739,2	2.794,0
<i>Lazio</i>	<i>10.853,6</i>	<i>10.628,2</i>	<i>10.662,3</i>	<i>10.712,7</i>	<i>10.786,3</i>
Abruzzo	2.348,6	2.316,0	2.374,2	2.347,4	2.392,7
Molise	663,5	696,4	662,8	642,5	657,4
Campania	9.710,6	9.579,9	9.796,8	9.872,1	10.034,0
Puglia	6.906,3	6.931,0	7.047,7	7.092,6	7.208,5
Basilicata	1.030,3	1.022,1	1.029,0	1.033,6	1.038,4
Calabria	3.360,4	3.312,3	3.369,2	3.355,5	3.403,8
Sicilia	8.514,8	8.530,4	8.644,9	8.658,1	8.803,3
Sardegna	3.225,3	3.183,7	3.238,0	3.238,6	3.279,0
Italia	110.436,6	109.483,3	110.814,5	111.143,7	112.527,9

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati MEF – Monitoraggio spesa sanitaria

Tabella 4 – Spesa del Servizio Sanitario Nazionale nelle regioni italiane
Anni 2012-2016 – Variazioni 2016/2012 e 2016/2015, assolute (in MLN di euro) e %

	Variazioni 2016/2012		Variazioni 2016/2015	
	Assolute	%	Assolute	%
Piemonte	-129,9	-1,5	166,6	2,1
Val d'Aosta	-22,7	-8,1	-5,7	-2,2
Lombardia	741,2	4,1	47,6	0,3
Trentino	0,0	0,0	-47,1	-2,0
Veneto	296,0	3,4	174,8	2,0
Friuli	-155,1	-6,2	22,8	1,0
Liguria	28,8	0,9	0,6	0,0
Emilia Romagna	27,5	0,3	80,7	0,9
Toscana	172,9	2,4	95,2	1,3
Umbria	49,0	3,0	41,1	2,5
Marche	44,7	1,6	54,8	2,0
Lazio	-67,3	-0,6	73,6	0,7
Abruzzo	44,1	1,9	45,3	1,9
Molise	-6,1	-0,9	14,9	2,3
Campania	323,4	3,3	161,9	1,6
Puglia	302,2	4,4	115,9	1,6
Basilicata	8,1	0,8	4,8	0,5
Calabria	43,4	1,3	48,3	1,4
Sicilia	288,5	3,4	145,2	1,7
Sardegna	53,7	1,7	40,4	1,2
Italia	2.091,3	1,9	1.384,2	1,2

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati MEF – Monitoraggio spesa sanitaria

L'indicatore relativo alla spesa sanitaria pro capite mostra nel Lazio un valore di 1.830 euro nel 2016, a fronte dei 1.856 registrati su scala nazionale, con un incremento dello 0,6% sull'anno precedente (+1,4% in Italia) e una contrazione del 6,8% rispetto al 2002 (+0,1% in Italia). È il Trentino Alto Adige a presentare la spesa pro-capite più elevata d'Italia, pari a 2.223 euro nel 2016, seguita dal Molise (2.112 euro), dalla Liguria (2.025 euro) e dalla Valle d'Aosta (2.015 euro). Sul fronte opposto, gli importi più bassi si rilevano in Campania (1.717 euro), Calabria (1.730 euro), Sicilia (1.738 euro) e Puglia (1.771 euro).

In termini dinamici, tra il 2012 e il 2016 sono 7 le regioni che segnalano un decremento della spesa sanitarie pro-capite: accanto a quella del Lazio

si registra una riduzione della spesa dell'8,1% in Valle d'Aosta, del 6,2% in Friuli, del 2,3% in Piemonte, dell'1,7% in Emilia Romagna e una riduzione più contenuta in Trentino e Molise, pari rispettivamente a -0,4% e -0,3%. Sul fronte opposto è la Puglia a presentare l'incremento più significativo (+3,9%), seguita dal Veneto (+2,5%), dall'Umbria (+2,4%), dalla Sicilia (+2,1%) e dalla Campania (+2%).

Relativamente all'ultimo anno, le regioni che segnalano l'aumento più considerevole sono l'Umbria, il Molise (entrambe +2,8%), il Piemonte e le Marche (entrambe +2,4%), mentre la Valle d'Aosta è l'unica regione italiana a confermare anche nell'ultimo anno un trend negativo, con un decremento dell'1,6%.

Tabella 5 – Spesa sanitaria pro capite nelle regioni italiane
Anni 2012-2016 – Valori assoluti

	2012	2013	2014	2015	2016	Var % 16/12	Var % 16/15
Piemonte	1.923	1.860	1.848	1.834	1.879	-2,3	2,4
Val d'Aosta	2.191	2.115	2.028	2.048	2.015	-8,1	-1,6
Lombardia	1.862	1.851	1.881	1.884	1.887	1,3	0,2
Trentino	2.232	2.210	2.180	2.178	2.223	-0,4	2,1
Veneto	1.790	1.774	1.781	1.795	1.834	2,5	2,2
Friuli VG	2.059	2.014	1.933	1.906	1.932	-6,2	1,4
Liguria	2.010	1.978	1.990	2.013	2.025	0,8	0,6
Emilia Rom.	2.019	1.953	1.946	1.966	1.985	-1,7	0,9
Toscana	1.935	1.867	1.896	1.920	1.948	0,7	1,5
Umbria	1.858	1.846	1.829	1.850	1.902	2,4	2,8
Marche	1.782	1.751	1.763	1.770	1.813	1,8	2,4
Lazio	1.963	1.860	1.813	1.819	1.830	-6,8	0,6
Abruzzo	1.794	1.750	1.781	1.766	1.807	0,7	2,3
Molise	2.118	2.218	2.111	2.055	2.112	-0,3	2,8
Campania	1.684	1.646	1.670	1.686	1.717	2,0	1,8
Puglia	1.705	1.703	1.723	1.737	1.771	3,9	2,0
Basilicata	1.786	1.771	1.782	1.797	1.815	1,6	1,0
Calabria	1.716	1.682	1.703	1.700	1.730	0,8	1,7
Sicilia	1.703	1.690	1.697	1.703	1.738	2,1	2,0
Sardegna	1.968	1.927	1.946	1.950	1.981	0,7	1,6
Italia	1.855	1.818	1.823	1.830	1.856	0,1	1,4

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati MEF e Istat

L'analisi relativa alle singole componenti di spesa evidenzia come nel 2016 il 27,8% del totale delle risorse complessive (3 miliardi di euro in valori assoluti) sia assorbito dalle prestazioni sociali in natura da privato, intendendo con queste le spese sostenute per l'erogazione di prestazioni ospedaliere, specialistiche e riabilitative fornite da operatori privati accreditati con il SSN, percentuale che nel 2012 raggiungeva il 25,4% del totale. In diminuzione, al contrario, risulta la spesa per il personale, che – coerentemente al blocco delle assunzioni e alla riduzione delle risorse umane impegnate a vario titolo nel comparto sanitario - è passata dal 26,7% del totale nel 2012 al 24,7% nel 2016 (da 2,89 a 2,67 miliardi di euro in termini assoluti).

La spesa farmaceutica, invece, registra complessivamente una dinamica "espansiva", crescendo la relativa quota sul totale della spesa dal 15,5% nel 2012 al 17,6% nel 2016; tale aumento non coinvolge tuttavia i farmaci convenzionati che – anche a causa dei maggiori controlli sulle prescrizioni favoriti dalle ricette elettroniche – nello stesso periodo registrano una diminuzione del 7,7%, passando da 927 a 856 milioni di euro.

A seguire, si rileva una flessione anche per i consumi intermedi al netto della spesa farmaceutica (voce di costo eterogenea che comprende, ad esempio, le spese di manutenzione ordinaria nonché i costi di ricerca e sviluppo e di formazione del personale); l'ammontare complessivo di tale voce di spesa, tra il 2012 e il 2016, subisce infatti un decremento del 7,4% passando da 2,16 a 2 miliardi di euro (dal 19,9% al 18,5% del totale della spesa in termini relativi). Sostanzialmente stabile, infine, la dinamica dei costi relativi alla medicina generale convenzionata, il cui ammontare tra il 2012 e il 2016 passa da 615 a 608 milioni di euro (-1,1%).

Tabella 6 – Composizione della spesa sanitaria nel Lazio
Anni 2012-2016 – Valori assoluti (in milioni di euro)

	2012	2013	2014	2015	2016
Personale	2.894	2.814	2.747	2.707	2.665
Prodotti farmaceutici	758	814	852	944	1.048
Consumi intermedi diversi dai farmaci	2.155	2.115	2.064	2.009	1.996
Farmaceutica convenzionata	927	901	884	887	856
Medicina generale convenzionata	615	607	605	607	608
Prestazioni sociali da privato	2.757	2.800	2.901	2.912	2.997
Altre componenti	748	579	609	647	616
Totale	10.854	10.628	10.662	10.713	10.786

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati MEF – Monitoraggio spesa sanitaria

Tabella 7 – Composizione della spesa sanitaria nel Lazio
Anni 2012-2016 – % sul totale

	2012	2013	2014	2015	2016
Personale	26,7	26,5	25,8	25,3	24,7
Prodotti farmaceutici	7,0	7,7	8,0	8,8	9,7
Consumi intermedi diversi dai farmaci	19,9	19,9	19,4	18,8	18,5
Farmaceutica convenzionata	8,5	8,5	8,3	8,3	7,9
Medicina generale convenzionata	5,7	5,7	5,7	5,7	5,6
Prestazioni sociali da privato	25,4	26,3	27,2	27,2	27,8
Altre componenti	6,9	5,4	5,7	6,0	5,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati MEF – Monitoraggio spesa sanitaria

15.2 Il personale del SSR

L'analisi dei dati relativi al personale delle strutture sanitarie regionali – desunti dal Conto Annuale del Tesoro, che fornisce con cadenza annuale i principali risultati relativi alle dinamiche del pubblico impiego in Italia – evidenzia come i provvedimenti di razionalizzazione delle spese imposte dal Piano di Rientro regionale abbiano coinvolto in maniera significativa anche le risorse umane impegnate a vario titolo nel Sistema Sanitario Regionale, colpito dal blocco del turnover ed esposto alle politiche di esternalizzazione.

Sulla base degli ultimi dati disponibili emerge infatti come a fine 2016 il personale assunto nelle strutture sanitarie regionali si attesti complessivamente a 46.948 unità, a fronte delle 51.209 unità in forza nel 2012, con una perdita di oltre 4 mila posti di lavoro (-4.261 unità), pari al -8,3% del totale in termini percentuali.

Relativamente alle qualifiche professionali, quasi 4 dipendenti su 5 sono inquadrati come personale non dirigente (36.254 unità nel 2016, pari al 77,2% del totale): nello specifico, in riferimento all'ultimo anno, quasi 25.200 unità afferiscono all'area sanitaria (si tratta soprattutto di infermieri, fisioterapisti e personale tecnico sanitario), 5.639 figure sono invece inquadrati come tecnici non dirigenti (si tratta di operatori socio sanitari, ausiliari e operatori tecnici), mentre sono circa 5.400 i lavoratori che operano nel comparto amministrativo non dirigenziale.

Tra i dirigenti, che ammontano complessivamente a 10.682 unità nel 2016, i medici sono 9.003 mentre le figure dirigenziali non mediche

(farmacisti, biologi, chimici, psicologi che operano in strutture sanitarie) sono 1.679.

La contrazione osservata complessivamente nell'ultimo quinquennio ha coinvolto in maniera trasversale tutte le categorie prese in esame; tuttavia, escludendo le figure professionali non dirigenziali (si tratta di appena 32 unità nel 2016, rappresentate prevalentemente da personale ecclesiastico che presta opera nelle strutture sanitarie regionali), i profili che hanno subito le flessioni maggiori sono i dirigenti non medici (-13,2%) e i profili tecnici e amministrativi non dirigenti (per entrambi si registra una riduzione dell'11,2%).

Tale risultato trova spiegazione nel fatto che queste figure sono state quelle maggiormente colpite dalle politiche di razionalizzazione successive all'introduzione del Programma di Rientro dal Disavanzo, venendo in molti casi "rimpiazzate" attraverso un sistema di collaborazioni esterne. In riduzione anche i medici, il cui decremento è pari al 10,7% nel quinquennio 2012-2016 (pari a una perdita di oltre 1.000 unità in valori assoluti) e le figure sanitarie non dirigenti, che subiscono una contrazione del 5,6% (-1.0501 unità).

In termini di composizione percentuale si evidenzia infine come i sanitari non dirigenti siano le uniche figure a registrare una crescita del "peso relativo" sul totale dell'organico regionale, con un'incidenza percentuale che passa dal 52,1% nel 2012 al 53,7% nel 2016; sul fronte opposto, il decremento più significativo si segnala per la dirigenza medica, la cui incidenza sul totale delle risorse umane "in organico" scende nello stesso periodo di 0,5 punti percentuali (dal 19,7% del 2012 al 19,2% del 2016).

Tabella 8 – Dotazione organica degli enti del SSR* nel Lazio
Anni 2012-2016 – valori assoluti e composizione %

Valori assoluti	2012	2013	2014	2015	2016
Dirigenza medica	10.082	10.090	9.530	9.201	9.003
Dirigenza non medica	1.934	1.884	1.782	1.717	1.679
Totale dirigenti	12.016	11.974	11.312	10.918	10.682
Profili amministrativi	6.068	5.946	5.781	5.561	5.391
Profili professionali	55	56	49	36	32
Profili sanitari	26.693	26.440	26.001	25.460	25.192
Profili tecnici	6.347	6.202	6.003	5.778	5.639
Totale non dirigenti	39.163	38.644	37.834	36.835	36.254
Totale personale*	51.209	50.645	49.170	47.777	46.948
Valori %	2012	2013	2014	2015	2016
Dirigenza medica	19,7	19,9	19,4	19,3	19,2
Dirigenza non medica	3,8	3,7	3,6	3,6	3,6
Totale dirigenti	23,5	23,6	23,0	22,9	22,8
Profili amministrativi	11,8	11,7	11,8	11,6	11,5
Profili professionali	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Profili sanitari	52,1	52,2	52,9	53,3	53,7
Profili tecnici	12,4	12,2	12,2	12,1	12,0
Totale non dirigenti	76,5	76,3	76,9	77,1	77,2
Totale personale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Il totale non coincide alla somma delle singole voci perché manca il personale contrattista
Fonte: Elaborazione EURES Ricerche e Economiche e Sociali su dati MEF – Conto annuale del Tesoro

Tabella 9 – Dotazione organica degli enti del SSR nel Lazio
Variazioni assolute e percentuali – Anni 2016/2015 e 2016/2012

	Variazioni 16/15		Variazioni 16/12	
	Assolute	%	Assolute	%
Dirigenza medica	-198	-2,2	-1.079	-10,7
Dirigenza non medica	-38	-2,2	-255	-13,2
Totale dirigenti	-236	-2,2	-1.334	-11,1
Profili amministrativi	-170	-3,1	-677	-11,2
Profili professionali	-4	-11,1	-23	-41,8
Profili sanitari	-268	-1,1	-1.501	-5,6
Profili tecnici	-139	-2,4	-708	-11,2
Totale non dirigenti	-581	-1,6	-2.909	-7,4
Totale personale	-829	-1,7	-4.261	-8,3

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche e Economiche e Sociali su dati MEF – Conto annuale del Tesoro

A livello provinciale quasi l'80% del personale impiegato a vario titolo nelle strutture sanitarie regionali presta servizio nelle ASL e nelle aziende ospedaliere autonome del territorio metropolitano di Roma (36.776 unità in termini assoluti), a fronte di livelli occupazionali molto inferiori negli altri territori, con 3.502 dipendenti nella ASL di Frosinone, 2.735 a Latina, 2.595 a Viterbo e 1.340 a Rieti.

Quello di Roma si conferma altresì come territorio con la più elevata incidenza del personale dirigente, pari al 23,2% delle risorse totali (8.545 unità in valori assoluti), a fronte di valori di circa due punti percentuali inferiori nelle altre province (21,1% del totale a Latina e 21% negli altri territori).

Tabella 10 – Dotazione organica degli enti del SSR* nelle province del Lazio e nella città metropolitana di Roma. Anni 2012-2016 – valori assoluti

Personale dirigente	2012	2013	2014	2015	2016
Frosinone	802	788	774	746	734
Latina	697	676	657	619	577
Rieti	321	310	304	297	282
Roma*	9.608	9.618	9.006	8.708	8.545
Viterbo	588	582	571	548	544
Lazio	12.016	11.974	11.312	10.918	10.682
Personale non dirigente	2012	2013	2014	2015	2016
Frosinone	2.947	2.907	2.843	2.801	2.768
Latina	2.393	2.359	2.296	2.223	2.158
Rieti	1.167	1.155	1.121	1.088	1.058
Roma*	30.480	30.066	29.443	28.651	28.231
Viterbo	2.206	2.184	2.155	2.096	2.051
Lazio	39.193	38.671	37.858	36.859	36.266
Totale personale	2012	2013	2014	2015	2016
Frosinone	3.749	3.695	3.617	3.547	3.502
Latina	3.090	3.035	2.953	2.842	2.735
Rieti	1.488	1.465	1.425	1.385	1.340
Roma*	40.088	39.684	38.449	37.359	36.776
Viterbo	2.794	2.766	2.726	2.644	2.595
Lazio	51.209	50.645	49.170	47.777	46.948

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze – Conto annuale del Tesoro.

*il dato di Roma è ottenuto dalla somma del personale delle ASL della città metropolitana e delle strutture ospedaliere autonome

A livello dinamico il decremento occupazionale osservato a livello regionale nell'ultimo quinquennio è ascrivibile in misura più significativa alle province di Latina e Rieti, che registrano una contrazione pari rispettivamente al -11,5% e al -9,9%; a seguire, Roma registra una variazione sostanzialmente analoga a quella regionale (-8,3%), mentre a Viterbo e a Frosinone si registrano decrementi più esigui, pari rispettivamente al -7,1% e al -6,6%.

Coerentemente al risultato regionale, in tutti i territori il decremento osservato per la dirigenza risulta più consistente rispetto alla variazione negativa registrata nello stesso periodo dal personale non dirigente.

Tabella 11 – Dotazione organica degli enti del SSR nel Lazio
Anni 2012-2016 – valori assoluti e composizione %

	Variazioni % 2016/2012			Variazioni % 2016/2015		
	Dirigenti	Non dirigenti	Totale	Dirigenti	Non dirigenti	Totale
Frosinone	-8,5	-6,1	-6,6	-1,6	-1,2	-1,3
Latina	-17,2	-9,8	-11,5	-6,8	-2,9	-3,8
Rieti	-12,1	-9,3	-9,9	-5,1	-2,8	-3,2
Roma*	-11,1	-7,4	-8,3	-1,9	-1,5	-1,6
Viterbo	-7,5	-7,0	-7,1	-0,7	-2,1	-1,9
Lazio	-11,1	-7,5	-8,3	-2,2	-1,6	-1,7

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze – Conto annuale del Tesoro.

La riduzione delle assunzioni che ha caratterizzato il settore sanitario nell'ultimo periodo sembra aver registrato un'inversione di rotta a cominciare dal 2015, anno in cui il numero di nuovi assunti registra un'impennata considerevole, attestandosi a 2.561 unità a fronte di appena 335 nuove assunzioni avvenute l'anno precedente. Tale dinamica, che trova conferma anche nel 2016 (con ben 11.922 assunzioni), è tuttavia ascrivibile all'accorpamento delle Asl romane (decreto del Commissario ad Acta del 31 dicembre 2015), in seguito al quale sono state istituite la Asl "Roma 1" – che ha accorpato le "vecchie" Asl RMA e RME e la Asl "Roma 2", che ha invece accorpato le "vecchie" RMB e RMC, determinando dunque un massiccio "passaggio" di dipendenti già precedentemente al servizio del Sistema Sanitario Regionale e non un reale incremento delle assunzioni. I reclutamenti "ordinari", avvenuti tramite concorso pubblico, pur registrando una dinamica positiva nel biennio 2014-2016, continuano infatti ancora a rappresentare appena il 2,8% del totale (330 nel 2016).

Nell'ultimo anno si registra una crescita del numero di cessazioni, anche in questo caso determinata in larga misura dall'intervento di razionalizzazione delle ASL: nel corso del 2016, infatti, i collocamenti per età e le dimissioni per pensione sono 1.145 (1.049 nel 2015), rappresentando "appena" il 9% delle cessazioni totali (pari a 12.665).

Al di là di ciò, gli indici sembrano tuttavia confermare una situazione di relativo ottimismo: considerando il periodo 2012-2015 - i dati relativi all'ultimo anno non sono oggetto di confronto perché particolarmente "positivi" in quanto inficiati dell'effetto di accorpamento amministrativo degli enti sanitari regionali, che ha determinato un incremento del turnover soltanto "apparente" -, infatti, il tasso di compensazione (ottenuto dal rapporto percentuale tra assunti e cessati e che offre una misura del ricambio occupazionale) passa dal 25,1% (quindi circa un nuovo assunto ogni 4 lavoratori cessati) al 65,6% (quindi più di 6 assunzioni ogni 10 cessazioni). Analogamente, anche l'indice di turnover complessivo - che misura la percentuale di assunti e cessati in relazione alla forza lavoro stabile - mostra una dinamica positiva, passando dal 4,8% del 2012 al 13,5% del 2016.

Tabella 12 - Turnover del personale nel Lazio. Assunti, cessati, tasso di compensazione e indice di turnover complessivo.
Anni 2012-2016 - valori assoluti e tassi

Valori assoluti	2012	2013	2014	2015	2016
Assunti	490	503	335	2.561	11.922
-di cui nomina da concorso	177	92	51	110	330
Cessati	1.955	1.178	1.342	3.906	12.665
-di cui collocamento per età	330	215	276	350	344
-di cui dimissioni per pensione	710	329	464	699	801
Tasso di compensazione*	25,1	42,7	25,0	65,6	94,1
Indice di turnover**	4,8	3,3	3,4	13,5	52,4

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze - Conto annuale del Tesoro.

*(Assunti/Cessati)*100; **(Assunti+Cessati)/Dotazione organica*100

15.3 Spesa farmaceutica e ticket sanitari

Un'informazione importante all'interno di un'analisi economico-territoriale sulla domanda e l'offerta di prestazioni sanitarie – nonché su diversi altri aspetti relativi ai comportamenti e alla struttura della popolazione – è data dalla dimensione e dinamica della spesa farmaceutica, che ne costituisce una voce di tutto rilievo.

L'analisi dell'articolazione della spesa farmaceutica pubblica e privata sulla base delle fasce farmacologiche stabilite dalle disposizioni ministeriali consente inoltre di pervenire ad una conoscenza più approfondita del fenomeno e di valutare le variazioni della spesa intercorse negli ultimi anni congiuntamente al contesto economico-sanitario di riferimento.

La spesa farmaceutica a carico del SSN copre l'erogazione dei farmaci di fascia A – quelli essenziali, forniti dietro presentazione di ricetta "rossa" – e di quelli di fascia H, ovvero i farmaci erogati all'interno delle strutture sanitarie regionali. A tale riguardo i dati evidenziano come tra il 2013 e il 2017 – a fronte di una riduzione del 7,8% della spesa per i farmaci di fascia A – da 1,05 miliardi del 2013 a 964 milioni di euro del 2017 – si registri un forte incremento della spesa per i farmaci ospedalieri, cresciuta del 40,6% (da 789 a 1.109 milioni di euro). La riduzione della spesa pubblica per i farmaci di classe A è stata in parte compensata dall'incremento della relativa compartecipazione privata, che per questa categoria di farmaci tra il 2013 e il 2017 cresce del 4,6%, passando da 285 a 298 milioni di euro: in dettaglio, tale dinamica è ascrivibile ai ticket sanitari, il cui valore complessivo si attesta nel 2017 a 164 milioni di euro (in aumento dell'11,6% rispetto ai 147 milioni nel 2013), mentre la compartecipazione per i farmaci a brevetto scaduto presenta una flessione del 2,9% (da 138 a 134 milioni di euro).

Al contrario, risulta di non semplice interpretazione – se non quella legata al costo crescente dei farmaci "salvavita" (oncologici, ma non solo) – il forte aumento della spesa registrato per i farmaci ospedalieri, tanto più considerando che, come evidenziato in precedenza, nell'ultimi quinquennio si è assistito ad una netta riduzione dell'offerta sanitaria ospedaliera, sia con riferimento al numero di ricoveri, sia relativamente alle giornate complessive di degenza.

Partendo dalla considerazione che la morbilità generale della popolazione negli ultimi anni sia rimasta pressoché inalterata (al di là degli effetti del crescente invecchiamento), e dunque il fabbisogno complessivo di medicinali non sia sostanzialmente cambiato, il forte incremento della spesa per i farmaci ospedalieri pone seri interrogativi sulle sue cause, sulla

sua correttezza e sulla sua qualità; non a caso, i recenti interventi di regolamentazione della tracciabilità del farmaco sono stati introdotti proprio con l'intento di portare alla luce eventuali frodi e contrastare un possibile traffico illegale di farmaci.

Con riferimento alla spesa privata, i farmaci di fascia C (quelli erogati dietro presentazione di ricetta "bianca") segnalano un decremento del 10% (da 301 a 271 milioni di euro tra il 2013 e il 2017), mentre la spesa per i medicinali da banco risulta in sensibile aumento (+36,7%, da 240 a 328 milioni di euro), lasciando quindi ipotizzare uno "spostamento" della domanda e della spesa tra i due segmenti dell'offerta.

Tabella 13 – La spesa farmaceutica nel Lazio
Confronto 2013-2017, valori assoluti in mln di euro, composizione % e variazioni %

	Valori assoluti (in mln di €)		Composizione %		Var. % 17/13
	2013	2017	2013	2017	
A carico del SSN	1.834	2.073	68,9	69,8	13,0
Farmaci di fascia A (pubblico)	1.045	964	39,3	32,5	-7,8
Farmaci di fascia H	789	1.109	29,7	37,3	40,6
A carico dei cittadini	826	897	31,1	30,2	8,6
Farmaci di fascia A (privato)	138	134	5,2	4,5	-2,9
Ticket (fascia A)	147	164	5,5	5,5	11,6
Farmaci di fascia C	301	271	11,3	9,1	-10,0
Automedicazione	240	328	9,0	11,0	36,7
Totale	2.660	2.970	100,0	100,0	11,7

Fonte: Elaborazione EURES su dati OSMED – Rapporto sull'uso dei farmaci in Italia

Il decremento del numero di ricette "rosse" registrato nel Lazio tra il 2013 e il 2017 (-4,1% in termini percentuali, da 65,1 a 62,5 milioni di ricette) conferma come la crescita della spesa privata a carico dei cittadini per i farmaci di fascia A sia stata determinata dall'incremento del prezzo dei ticket piuttosto che da quello del numero delle prescrizioni.

È inoltre interessante osservare come la variazione negativa della spesa per l'acquisto dei farmaci di fascia A complessivamente registrata (-5%, da 1,23 miliardi di euro del 2013 a 1,17 miliardi nel 2017) sia interamente ascrivibile alla riduzione della quota a carico del SSN (-7,9%, da 942 a 868 milioni di euro), soltanto parzialmente "compensata" dalla crescita della componente "privata" sostenuta dai cittadini/fruitori dei servizi (+4,5%, da 285 a 298 milioni di euro).

Tabella 14 – Numero di ricette (in migliaia) e costo totale (in milioni di euro) per i farmaci di fascia A nel Lazio. *Confronto 2013-2017 – valori assoluti.*

	Numero ricette	Costo farmaci fascia A (mln di €)		
		A carico del SSN	A carico dei cittadini	Totale
2013	65.130	942	285	1.227
2017	62.462	868	298	1.166
Var. % 17/13	-4,1	-7,9	4,5	-5,0

Fonte: Elaborazione EURES su dati OSMED – Rapporto sull'uso dei farmaci in Italia

L'aumento del contributo privato alla copertura della spesa per i farmaci di fascia A trova conferma anche osservando i dati relativi al costo medio per ricetta, ottenuti rapportando ai costi complessivi sostenuti il numero di ricette emesse. I risultati evidenziano infatti come – a fronte di una lieve riduzione del valore medio di una ricetta, pari a 18,90 euro nel 2013 e a 18,70 euro nel 2017 –, la quota a carico del SSN abbia registrato una riduzione di 0,60 euro (da 14,50 a 13,90 euro), mentre il costo "privato" pagato dai cittadini attraverso le compartecipazioni ha subito un incremento medio di 0,40 euro (da 4,40 a 4,80 euro).

In termini di incidenza percentuale ciò significa che mentre nel 2013 ciascun cittadino pagava direttamente il 23,3% del costo complessivo di una ricetta, nel 2017 tale valore ha raggiunto il 25,7% (+2,4 punti).

Tabella 15 – Costo medio di una ricetta per i farmaci di fascia A nel Lazio: importo totale, quota a carico del SSN e quota a carico dei cittadini. *Confronto 2013-2017 – valori assoluti (in euro) e composizione %.*

	Quota a carico del SSN		Quota a carico dei cittadini		Costo medio di una ricetta	
	Val. ass.	%	Val. ass.	%	Val. ass.	%
2013	14,50	76,7	4,40	23,3	18,90	100,0
2017	13,90	74,3	4,80	25,7	18,70	100,0

Fonte: Elaborazione EURES su dati OSMED – Rapporto sull'uso dei farmaci in Italia

15.4 L'offerta sanitaria regionale: posti letto e ricoveri

Le principali strutture che compongono l'offerta sanitaria si dividono in tre tipologie: le Aziende Sanitarie Locali (ASL), i Pronto Soccorso/Dipartimenti di Emergenza e gli Istituti di ricovero, articolati in diversi complessi sanitari, tra cui le aziende ospedaliere, gli ospedali a gestione diretta, le case di cura private, gli istituti qualificati, i presidi della ASL, gli ospedali classificati o assimilati ai sensi dell'articolo 1 (ultimo comma della legge 132/1968), le aziende ospedaliere-universitarie o policlinici e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Nel 2017 nel Lazio sono presenti 209 strutture sanitarie, articolate in 155 Istituti di ricovero, 44 Pronto Soccorso e 10 Aziende Sanitarie Locali. Il 70% di tali strutture, pari a 162 in valori assoluti, è localizzato nel territorio della città metropolitana di Roma, dove si contano 126 istituti di ricovero, 30 strutture di pronto soccorso e 6 Aziende Ospedaliere (in passato erano 8); seguono a grande distanza Latina con 16 strutture, Frosinone con 15, Viterbo con 12 e Rieti, nel cui intero territorio provinciale insistono appena 4 strutture sanitarie pubbliche.

Tabella 16 - L'offerta sanitaria nel Lazio (ASL, DEA e Istituti di cura)
Anno 2017 - Valori assoluti

	FR	LT	RI	RM	VT	Lazio
ASL	1	1	1	6	1	10
Strutture di Pronto Soccorso	4	4	2	30	4	44
Istituti di ricovero di cui:	10	11	1	126	7	155
- Azienda ospedaliera	-	-	-	3	-	3
- Ospedale a gestione diretta	4	5	1	28	4	42
- Casa di cura privata	6	6	-	71	3	86
- Istituto qualificato presidio ASL	-	-	-	2	-	2
- Ospedale classificato o assimilato	-	-	-	8	-	8
- Azienda ospedaliera, univ. o policlinico	-	-	-	5	-	5
- Ist. Ricovero/ cura a carattere scientif.	-	-	-	9	-	9
Totale	15	16	4	162	12	209

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Un'altra non trascurabile area di analisi è data dall'assistenza distrettuale, che si avvale di medici di base e pediatri di libera scelta convenzionati con il SSN, che dovrebbero rappresentare il primo punto di riferimento con i cittadini, scoraggiando peraltro un uso improprio dei centri

di Pronto Soccorso, cui il cittadino dovrebbe rivolgersi soltanto per le prestazioni in emergenza.

Secondo le prescrizioni normative ciascun medico di base può assistere (salvo specifiche deroghe) un massimo di 1.500 pazienti adulti, mentre il "tetto" imposto ai pediatri di libera scelta è pari a 800 bambini di età inferiore a 13 anni. Per quanto attiene ai medici di base si rileva nel Lazio un pieno rispetto dei parametri indicati: nel 2017 le ASL della Regione contano infatti complessivamente 4.651 medici di base, chiamati ad assistere in media 1.108 pazienti; all'interno di tale quadro il maggiore "affollamento" si registra a Viterbo, con 1.206 pazienti per medico, a fronte di valori più contenuti a Latina (1.177 pazienti), a Frosinone e Rieti (1.112) e, in ultimo, a Roma (1.097). Al contrario, il numero medio di pazienti per pediatra eccede gli standard normativi, nonostante il forte decremento della natalità registrato negli ultimi anni: i 786 pediatri censiti nelle strutture sanitarie pubbliche regionali assistono infatti in media 949 bambini, con valori "oltre soglia" riscontrabili in tutti i territori del Lazio. In particolare le province più "sature" risultano Latina (1.068 bambini per pediatra), Viterbo (1.037) e Frosinone (1.018), mentre Roma e Rieti segnalano risultati più positivi, con valori rispettivamente pari a 926 e 888 *under14* per ciascun pediatra pubblico presente.

Tabella 17 – Caratteristiche organizzative delle Aziende Sanitarie Locali nelle province del Lazio e nella città metropolitana di Roma. Anno 2017 - Valori assoluti

ASL	Medici generici	Popolazione >13 anni x Medico	Medici pediatri	Popolazione infantile per pediatra
Frosinone	390	1.112	57	1.018
Latina	426	1.177	69	1.068
Rieti	126	1.112	19	888
Roma	3.457	1.097	606	926
Viterbo	234	1.206	35	1.037
Lazio	4.651	1.108	786	949

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati Regione Lazio

L'introduzione del Programma di Rientro e i conseguenti provvedimenti di razionalizzazione della spesa hanno imposto una significativa riorganizzazione dell'offerta sanitaria regionale, il cui effetto più incisivo in termini concreti è stata la riduzione della dotazione di posti letto, con l'intento di promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, meno onerosa per il SSN. La politica del ridimensionamento dei posti letto, anche se

condotta sotto l'egida di determinati standard quantitativi e calcolata sulla base di parametri "oggettivi" di riferimento (popolazione residente, indice di vecchiaia della popolazione, saldo della mobilità), non è stata tuttavia accompagnata da un contestuale potenziamento dei servizi territoriali, determinando un peggioramento della qualità del servizio erogato, incidendo peraltro anche sul sovraccarico di lavoro dei Pronto Soccorso ospedalieri chiamati a sopperire alla mancanza di disponibilità dei reparti.

Secondo i dati del Ministero della Salute sono ben 1.840 i posti letto "tagliati" negli ultimi 5 anni nel Lazio, passando il loro numero complessivo da 22.896 unità nel 2012 a 21.056 nel 2016; in termini percentuali si tratta di un decremento dell'8%, un valore più significativo di quello registrato su scala nazionale (-6,7%; da 230.594 posti letto nel 2012 a 215.064 nel 2016), a conferma dei maggiori interventi di razionalizzazione avviati dalle regioni in Piano di Rientro rispetto agli altri territori. Ampliando il confronto con la situazione al 2006 (anno precedente l'approvazione del Programma di Rientro Regionale), quando i posti letto disponibili nel Lazio sfioravano le 30 mila unità, la contrazione del loro numero raggiunge il 26,9%.

A livello locale, nel periodo 2012-2016 il decremento più significativo si segnala nel territorio metropolitano di Roma, dove si attesta sull'8,8% (-1.641 unità, da 18.643 a 17.002 posti letto), seguita da Latina (-7,2%, da 1.602 a 1.486 posti letto), Frosinone (-6,7%, da 1.444 a 1.347 unità) e Rieti (5,5%, da 383 a 362 unità); sul fronte opposto Viterbo è l'unica provincia a registrare una dinamica positiva (+4,2%, da 824 a 859 unità), probabilmente per effetto della "redistribuzione" dell'offerta regionale avvenuta a seguito della definizione dei parametri utilizzati per soddisfare il "fabbisogno" di posti letto ospedalieri su scala territoriale, che potrebbe aver avvantaggiato tale territorio a scapito di quelli confinanti.

Anche considerando soltanto l'ultimo anno, si rileva nel Lazio un ulteriore decremento dell'offerta (-1,5%), con una perdita di 322 posti letto in valori assoluti (-1,1% in Italia); tra le province è Latina a registrare la riduzione più significativa, con una contrazione del 4,4% (-69 unità in valori assoluti), seguita da Viterbo (-4%), Roma (-1,8%) e Rieti (-1,1%); al contrario a Frosinone la dinamica discendente degli anni passati registra un'inversione di rotta, segnalandosi un incremento dell'8,4% (+104 posti letto in valori assoluti), pur in presenza di situazioni spesso contraddittorie in merito alla effettiva "agibilità" delle singole strutture (Sora, Anagni o lo "Spaziani" di Frosinone).

Utilizzando i dati relativi al costo medio annuo di un posto letto - che considera le spese di produzione, i costi del personale sanitario e le spese di pulizia - recentemente diffusi dal Ministero della Salute, è stato infine

possibile stimare il risparmio derivante dagli interventi di razionalizzazione della rete ospedaliera: secondo il Ministero la spesa media annua per un posto letto ammonterebbe in media a 233.415 euro (in alcune strutture la cifra risulta considerevolmente più alta, ad esempio nel Policlinico Umberto I di Roma raggiunge i 513 mila euro). Nel 2016, pertanto, si registra un risparmio di oltre 400 milioni di euro rispetto al 2012 (di cui 75 milioni solo nell'ultimo anno).

Tabella 18 – Dotazione complessiva di posti letto nelle province del Lazio, nella città metropolitana di Roma e in Italia. *Anni 2012-2016, valori assoluti*

	2012	2013	2014	2015	2016
Frosinone	1.444	1.367	1.265	1.243	1.347
Latina	1.602	1.614	1.625	1.555	1.486
Rieti	383	368	361	366	362
Roma	18.643	18.081	17.847	17.319	17.002
Viterbo	824	874	857	895	859
Lazio	22.896	22.304	21.955	21.378	21.056
Italia	230.594	224.595	220.774	217.376	215.064

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Tabella 19 – Dotazione complessiva di posti letto nelle province del Lazio, nella città metropolitana di Roma e in Italia. *Var. 16/12 e 16/15, assolute e %*

	Variazioni 2016/2012		Var. 2016/2015	
	Assolute	%	Assolute	%
Frosinone	-97	-6,7	104	8,4
Latina	-116	-7,2	-69	-4,4
Rieti	-21	-5,5	-4	-1,1
Roma	-1.641	-8,8	-317	-1,8
Viterbo	35	4,2	-36	-4,0
Lazio	-1.840	-8,0	-322	-1,5
Italia	-15.530	-6,7	-2.312	-1,1

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

La dinamica negativa della dotazione di posti letto trova conferma anche osservando il rapporto tra offerta complessiva e popolazione, che consente di misurare la dotazione disponibile in funzione dei "potenziali" fruitori del servizio.

Tra il 2012 e il 2016 l'offerta media di posti letto per 1.000 abitanti nel Lazio passa infatti da 4,1 a 3,6 (nel 2006, anno precedente all'approvazione del Piano di Rientro regionale raggiungeva un valore quasi doppio, attestandosi a 6,2). Tale dinamica – il cui effetto è senza dubbio amplificato dalla contestuale crescita demografica registrata nello stesso periodo – trova conferma anche su scala nazionale, dove la dotazione media di posti letto per 1.000 abitanti passa da 3,9 a 3,5.

A livello territoriale è Roma a segnalare il decremento più significativo: coerentemente a quanto osservato precedentemente in termini assoluti, anche la dotazione per abitante registra una riduzione considerevole, passando il numero di posti letto disponibili in media ogni 1.000 residenti da 4,6 nel 2012 a 3,9 nel 2016, con un calo di ben 0,7 punti percentuali. Seguono Latina (-0,3 punti percentuali, da 2,9 a 2,6 posti letto per 1.000 abitanti), Frosinone e Rieti (entrambe -0,2 punti percentuali), mentre Viterbo registra un aumento di 0,1 punti percentuali, passando la dotazione complessiva da 2,6 a 2,7 posti letto per 1.000 abitanti.

Tabella 20 – Posti letto disponibili ogni 1.000 abitanti nelle province del Lazio, nella città metropolitana di Roma e in Italia. *Anni 2012-2016, valori assoluti*

	2012	2013	2014	2015	2016
Frosinone	2,9	2,8	2,5	2,5	2,7
Latina	2,9	2,9	2,8	2,7	2,6
Rieti	2,5	2,3	2,3	2,3	2,3
Roma	4,6	4,3	4,1	4,0	3,9
Viterbo	2,6	2,7	2,7	2,8	2,7
Lazio	4,1	3,9	3,7	3,6	3,6
Italia	3,9	3,7	3,6	3,6	3,5

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute e Istat

L'analisi della composizione percentuale tra le strutture pubbliche e private evidenzia come nel Lazio circa 6 posti letto su 10 siano di dotazione pubblica (12.749 unità in valori assoluti), mentre il 39,5% (8.307 posti letto) appartenga alle strutture private e private-accreditate con il SSN, mentre su scala nazionale i posti letto pubblici rappresentano circa i tre quarti del totale. Tra le province l'offerta privata risulta particolarmente significativa a Latina, dove i posti letto delle strutture private rappresentano il 54,5% del totale, seguita da Roma (40,6%) e a grande distanza da Frosinone (31%) e Viterbo (20,7%), mentre, sulla base dei dati disponibili, a Rieti non sono censiti posti letto in dotazione di strutture private e/o

private accreditate, risultando pertanto l'offerta ospedaliera interamente pubblica. In termini dinamici, tra il 2012 e il 2016 si osserva nel Lazio un decremento di 0,9 punti percentuali, relativo alla quota dei posti letto presso le strutture pubbliche sul totale dell'offerta: questi scendono infatti 61,4% del totale nel 2012 al 60,5% nel 2016, a fronte di un contestuale pari incremento nelle strutture private e/o private accreditate, che hanno dunque ricevuto un non trascurabile vantaggio dal processo di riorganizzazione osservato.

Tabella 21 – Dotazione di posti letto nelle province del Lazio, nella città metropolitana di Roma e in Italia per tipologia di struttura. Anni 2012-2016, composizione %

Strutture pubbliche	2012	2013	2014	2015	2016
Frosinone	65,7	62,9	69,3	68,8	69,0
Latina	50,1	51,1	50,2	48,1	45,5
Rieti	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Roma	60,8	61,4	61,3	60,2	59,4
Viterbo	71,4	76,8	77,7	78,7	79,3
Lazio	61,4	62,0	62,2	61,3	60,5
Italia	76,3	75,8	75,5	75,3	74,9
Strutture private-accreditate	2012	2013	2014	2015	2016
Frosinone	34,3	37,1	30,7	31,2	31,0
Latina	49,9	48,9	49,8	51,9	54,5
Rieti	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Roma	39,2	38,6	38,7	39,8	40,6
Viterbo	28,6	23,2	22,3	21,3	20,7
Lazio	38,6	38,0	37,8	38,7	39,5
Italia	23,7	24,2	24,5	24,7	25,1

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

La distribuzione dei posti letto disponibili per tipologia di ricovero, relativa all'anno 2016, evidenzia inoltre come l'88,5% della dotazione complessiva sia riservata ai ricoveri "ordinari" (18.635 unità in valori assoluti sono destinati agli acuti), raggiungendo tale percentuale il 92,9% a Latina (1.381 posti letto) a fronte del livello minimo, pari all'87,7%, a Roma (89,7% la percentuale su scala nazionale).

Più esigua, conseguentemente, l'offerta di posti letto riservati alle altre tipologie di ricovero: nello specifico, ai ricoveri in lungodegenza è destinato l'8,7% dei posti letto regionali (6,4% in Italia), mentre alla riabilitazione è riservato appena il 2,8% della dotazione complessiva (3,9% nel Lazio).

Tabella 22 – Dotazione complessiva di posti letto nelle province del Lazio, nella città metropolitana di Roma e in Italia per tipologia di ricovero. Anno 2016, valori assoluti

	Acuti		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	
Frosinone	1.249	92,7	47	3,5	51	3,8	1.347
Latina	1.381	92,9	98	6,6	7	0,5	1.486
Rieti	326	90,1	26	7,2	10	2,8	362
Roma	14.911	87,7	1.627	9,6	464	2,7	17.002
Viterbo	768	89,4	41	4,8	50	5,8	859
Lazio	18.635	88,5	1.839	8,7	582	2,8	21.056
Italia	193.019	89,7	13.701	6,4	8.344	3,9	215.064

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Un ulteriore indicatore utile al fine di pervenire a una misurazione della “dimensione” dell’offerta sanitaria nazionale è rappresentato dai ricoveri ospedalieri, desunti dai rapporti annuali diffusi dal Ministero della Salute.

Prima di procedere all’analisi dei risultati, è necessario tuttavia premettere che i dati ministeriali si riferiscono all’ammontare complessivo di schede di dimissione compilate da ciascuna struttura sanitaria situata sul territorio regionale, non facendo pertanto riferimento al numero dei pazienti ricoverati in un determinato intervallo di tempo quanto piuttosto al numero complessivo dei ricoveri (nel caso di più eventi di ricovero a ciascun paziente corrisponderebbero infatti più schede di dimissione).

Ciò premesso, tra il 2012 e il 2016 i ricoveri ospedalieri nel Lazio registrano un decremento del 14%, passando da 1,05 a 899 milioni di unità; anche considerando esclusivamente l’ultimo anno si segnala una contrazione del 3,2%, pari a circa 30 mila ospedalizzazioni in meno in valori assoluti.

I rapporti sulle dimissioni ospedaliere forniscono altresì informazioni utili relativamente alle giornate complessive di degenza ospedaliera che, se analizzate contestualmente ai ricoveri e ai posti letto, consentono di calcolare gli indicatori sintetici di efficienza, tradizionalmente in uso per valutare l’offerta sanitaria del territorio.

Al pari dei ricoveri, anche le giornate di degenza complessive – calcolate sommando la durata della degenza (in giorni) dichiarata su ciascuna scheda di dimissione – segnalano una dinamica decrescente nel periodo compreso tra il 2012 e il 2016, registrando nel Lazio un decremento del 12,4%, pari a -884 mila giorni complessivi (-2,5% nell’ultimo anno).

Passando all'analisi degli indici, un dato particolarmente significativo è ottenuto rapportando le giornate di degenza al totale dei ricoveri ospedalieri: tale valore esprime infatti la "degenza media", ovvero la durata media di un ricovero. Considerando che nel quinquennio 2012-2016 nel Lazio la contrazione delle ospedalizzazioni è stata superiore a quella dei giorni complessivi di degenza, si segnala un lieve incremento della durata media di un ricovero, che passa da 6,8 giorni nel 2012 a 6,9 nel 2016.

Un secondo importante indice di valutazione dell'offerta è dato dal tasso di occupazione dei posti letto, ottenuto dal rapporto percentuale tra i giorni di degenza utilizzati e il totale di quelli teoricamente disponibili, misurando cioè l'effettivo utilizzo dei posti letto. In sintesi, un valore prossimo al 100% definisce un'eccellente capacità di utilizzo delle risorse a disposizione, mentre il relativo complemento a 100 rappresenta la recettività "residua", ovvero l'offerta di assistenza ospedaliera non fruita dai cittadini. Ciò premesso, tra il 2012 e il 2016 si evidenzia nel Lazio una consistente riduzione della degenza utilizzata, ovvero una forte perdita di efficienza del sistema, scendendo il tasso di occupazione dei posti letto dall'85,3% del 2012 all'81,3% del 2016.

Anche l'indice di rotazione (rapporto tra numero di ricoveri e posti letto) misura il grado di utilizzo delle strutture sanitarie, indicando il numero di pazienti che nel corso dell'anno si sono "alternati" mediamente in ciascun posto letto ospedaliero: coerentemente con il "tasso di occupazione" sopra osservato, tra il 2012 e il 2016 anche tale indicatore presenta una flessione, scendendo da 45,7 a 42,7 pazienti medi per posto letto: una contrazione, questa, determinata da una riduzione dell'utenza soddisfatta (il numero complessivo dei ricoveri) superiore a quella, già consistente, dell'offerta potenziale (la dotazione complessiva di posti letto).

Tabella 23 – Indicatori dell'attività ospedaliera nel Lazio.

Posti letto, ricoveri, giorni di degenza totale e di degenza media, tasso di occupazione e indice di rotazione dei posti letto. Anni 2012-2016.

	2012	2013	2014	2015	2016
Ricoveri	1.045.722	1.007.300	959.843	928.339	898.844
GG di degenza totale	7.130.451	6.768.580	6.549.523	6.410.212	6.246.872
GG medi di degenza	6,8	6,7	6,8	6,9	6,9
Tasso di occupazione*	85,3	83,1	81,7	82,2	81,3
Indice di rotazione**	45,7	45,2	43,7	43,4	42,7

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

*Tasso di occupazione: (gg di degenza/(posti letto*365)*100; **Indice di rotazione: ricoveri/posti letto

Alla contrazione dei ricoveri e delle giornate di degenza ospedaliera ha fatto seguito una riduzione delle prestazioni erogate nelle strutture sanitarie regionali: gli ultimi dati disponibili, relativi al periodo 2014-2016 (dati non confrontabili con quelli precedenti, in quanto gestiti da un differente portale informativo), evidenziano infatti come il numero complessivo delle prestazioni eseguite sia sceso da 80,2 a 69,5 milioni di unità, con un decremento del 10,7%. Tale contrazione ha interessato in misura significativa le prestazioni erogate nei presidi pubblici delle ASL territoriali, dove il calo delle prestazioni erogate raggiunge il 13,9% (da 35,1 a 30,2 milioni di unità in termini assoluti), a fronte di variazioni più contenute per le prestazioni erogate in regime privato (-9,7%; da 27,1 a 24,5 milioni) e dalle Aziende Ospedaliere (-5,5%, da 15,7 a 14,8 milioni di unità).

Tabella 24 – Prestazioni ospedaliere erogate nelle strutture sanitarie del Lazio. Anni 2014-2016, valori assoluti

	2014	2015	2016	Var. 16/15
Presidi pubblici	35.247.438	35.064.155	30.201.684	-13,9
Presidi privati	28.074.758	27.110.954	24.476.458	-9,7
Aziende ospedaliere	16.898.564	15.688.374	14.821.917	-5,5
Totale	80.220.760	77.863.483	69.500.059	-10,7

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

15.5 Il sistema delle emergenze: gli accessi in Pronto Soccorso

All'interno dell'offerta sanitaria pubblica, uno specifico spazio di approfondimento è stato dedicato al sistema dell'emergenza, che rappresenta spesso il primo punto di contatto tra gli utenti e il sistema sanitario regionale, trovandosi sempre più spesso a sopperire alle carenze dell'assistenza medica di base e a subire le difficoltà organizzative e gestionali nonché le carenze strutturali del sistema sanitario nel suo complesso.

A livello organizzativo, il sistema delle emergenze è articolato in 3 differenti tipologie di strutture, rappresentate dai Pronto Soccorso e dai Dipartimenti di Emergenza di primo e secondo livello; nel dettaglio, i Pronto Soccorso svolgono prevalentemente la funzione assistenziale ai pazienti in emergenza, garantendo la gestione delle situazioni più critiche e predisponendo le condizioni per il trasporto verso strutture più attrezzate per la gestione dei casi complessi, mentre i DEA di primo e secondo livello affiancano alle funzioni proprie dei Pronto Soccorso anche attività di

osservazione/accettazione e diagnostico-terapeutiche, di carattere più generale nel caso dei DEA di primo livello e di maggiore qualificazione nel caso dei DEA di secondo livello.

Ciò premesso, nel 2017 le strutture dell'emergenza/urgenza presenti nel territorio regionale sono complessivamente 44, articolate in 18 Pronto Soccorso, 21 dipartimenti di emergenza e accettazione di primo livello (DEA I) e 5 di secondo livello (DEA II), con una presenza sul territorio pari a 0,7 punti di emergenza ogni 100.000 abitanti. A livello provinciale, 30 dei 44 presidi sono localizzati nel territorio metropolitano di Roma, 4 a Latina, Frosinone e Viterbo e 2 a Rieti.

In termini relativi ciò significa 0,7 strutture per 100 mila abitanti a Roma e Latina (in linea con la media italiana), 0,8 a Frosinone e 1,3 nelle province di Viterbo e Rieti, dove devono tuttavia rispondere alla domanda di un'utenza distribuita in piccoli comuni, spesso lontani tra loro e con tempi di accessibilità alle strutture non sempre compatibili con interventi efficaci e rispondenti alla sfera d'azione propria della medicina d'urgenza.

Tabella 25 – Punti di emergenza nelle province del Lazio e nella città metropolitana di Roma per tipologia di struttura.

Anno 2017- Valori assoluti e indice per 100.000 abitanti

	DEA 1	DEA 2	PS	Totale	Indice per 100.000 ab.
Frosinone	2	-	2	4	0,8
Latina	1	1	2	4	0,7
Rieti	1	-	1	2	1,3
Roma	16	4	10	30	0,7
Viterbo	1	-	3	4	1,3
Lazio	21	5	18	44	0,7

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati Regione Lazio

Tabella 26 – Strutture di Pronto Soccorso presenti nel Lazio

Tipologia	Denominazione
Pronto Soccorso (18)	L. Parodi Delfino (Colleferro), Coniugi Berardini (Palestrina), SS Gonfalone (Monterotondo), A. Angelucci (Subiaco), SS Trinità (Sora), San Benedetto (Alatri), Ospedali Riuniti (Albano/Genzano), San Sebastiano (Frascati), Casa di Cura Sant'Anna (Pomezia), San Carlo di Nancy (Roma), Cristo Re (Roma), Padre Pio (Bracciano), F. Grifoni (Amatrice), Ospedale di Civitacastellana, Ospedale di Tarquinia, Ospedale di Acquapendente, PO Latina Centro (Fondi/Terracina), Casa di Cura Città di Aprilia
DEA I (21)	San Giovanni Evangelista (Tivoli), Ospedale Civile (Cassino), F. Spaziani (Frosinone), AOU PVT (Roma), Policlinico Casilino (Roma), Sandro Pertini (Roma), Madre Giuseppina Vannini (Roma), S. Eugenio CTO (Roma), G.B. Grassi (Roma), SG Calibita FBF (Roma), Santo Spirito (Roma), AOU Sant'Andrea, San Pietro FBF (Roma), San Filippo Neri (Roma), Aurelia Hospital (Roma), San Camillo De Lellis (Rieti), San Paolo (Civitavecchia), Belcolle (Viterbo), PO Latina Sud (Formia), Ospedale Anzio-Nettuno (Anzio), Ospedale Paolo Colombo (Velletri)
DEA II (5)	Policlinico Umberto I (Roma), AO San Giovanni/Addolorata (Roma), AO San Camillo Forlanini (Roma), Policlinico Gemelli (Roma), PO Latina Nord - Santa Maria Goretti (Latina)

Fonte: Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Regione Lazio

Secondo le stime prodotte da SIMEU (Società Italiana dei Medici dell'Emergenza Urgenza), il personale sanitario (medici e infermieri) che presta servizio nei Pronto Soccorso d'Italia ammonterebbe a 37mila unità (di cui 12mila medici e 25mila infermieri).

Considerando dunque che il personale dell'emergenza rappresenterebbe il 7,5% del totale del personale del SSN (costituito da circa 450 mila addetti secondo i dati della Ragioneria dello Stato), ne deriva che il personale dell'emergenza impegnato nelle strutture sanitarie del Lazio dovrebbe complessivamente ammontare a 2.900 unità, di cui 1.000 medici e 1.900 infermieri.

Tabella 27 – Il personale dell'emergenza nel Lazio e in Italia

	Lazio	Italia
Medici che lavorano in Pronto Soccorso	1.000	12.000
Infermieri che lavorano in Pronto Soccorso	1.900	25.000
Totale	2.900	37.000

Fonte: Eures Ricerche Economiche e Sociali su stime SIMEU

L'analisi dei dati relativi all'attività delle strutture di emergenza-urgenza – consultabili sul Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria Regionale (SIES), disponibile sul sito web della Regione Lazio – evidenziano come gli accessi in pronto soccorso nel 2016 siano stati complessivamente 1.911.825, pari a una media di 5.238 al giorno e di 218 ogni ora. Oltre i tre quarti degli accessi complessivi sono concentrati prevedibilmente nel territorio della città metropolitana di Roma, che registra oltre 1,4 milioni di accessi, seguita a grande distanza da Latina con oltre 210 mila accessi, Frosinone con 140 mila, Viterbo con 83 mila e infine Rieti, le cui strutture di emergenza (appena 2 nell'intera provincia, ovvero il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Rieti e il Presidio Distrettuale di Amatrice) nel 2016 hanno registrato 39.392 accessi.

A livello dinamico nel Lazio si rileva nell'ultimo anno una contenuta riduzione degli accessi in pronto soccorso (-0,5%), derivante dai risultati di Rieti (-3,7%), Roma (-0,6%) e Frosinone (-0,4%); al contrario Latina presenta un incremento dello 0,7% e Viterbo una sostanziale stabilità.

Tale risultato trova conferma anche considerando l'intero periodo 2012-2016, durante il quale si segnala una contrazione degli accessi in pronto soccorso pari complessivamente al -2,6%; in questo caso è Frosinone a registrare la riduzione più significativa, con un decremento del 7,3%, seguita da Viterbo (-2,9%), Roma (-2,4%) e Latina (-2,3%), mentre la provincia di Rieti mostra una dinamica di segno opposto, con una crescita degli accessi del 6,8%. La contrazione dell'attività di pronto soccorso risulta tuttavia inferiore a quella registrata dal personale impiegato a vario titolo in sanità e a quella dei posti letto; tale risultato contribuisce a spiegare perché, pur a fronte di un minor numero di accessi, il sistema regionale delle emergenze continui a essere oggetto di forti pressioni con evidenti disagi per i pazienti e per i lavoratori.

Tabella 28 – Accessi in PS nelle province del Lazio e nella città metropolitana di Roma. Anni 2012-2016, valori assoluti

	2012	2013	2014	2015	2016
Frosinone	151.347	144.323	142.897	140.842	140.336
Latina	215.464	210.251	210.981	209.055	210.529
Rieti	36.888	39.591	39.730	40.796	39.392
Roma	1.473.855	1.467.427	1.480.443	1.445.495	1.438.361
Viterbo	85.720	85.957	85.198	83.218	83.207
Lazio	1.963.274	1.947.549	1.959.249	1.919.406	1.911.825

Fonte: Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati SIES

Tabella 29 – Accessi in PS nelle province del Lazio e nella città metropolitana di Roma. *Variazioni 2016/2012 e 2016/2015, assolute e %*

	Variazioni 2016/2012		Variazioni 2016/2015	
	Assolute	%	Assolute	%
Frosinone	-11.011	-7,3	-506	-0,4
Latina	-4.935	-2,3	1.474	0,7
Rieti	2.504	6,8	-1.404	-3,4
Roma	-35.494	-2,4	-7.134	-0,5
Viterbo	-2.513	-2,9	-11	0,0
Lazio	-51.449	-2,6	-7.581	-0,4

Fonte: Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati SIES

Al fine di esaminare i dati provinciali in chiave comparativa, per ciascun territorio si è calcolato il numero complessivo degli accessi in pronto soccorso in base alla popolazione residente: nel Lazio, sulla base di tale indicatore, nel 2016 si contano 324 accessi ogni 1.000 abitanti (il dato è costruito sulla base dei soli residenti, non contemplando gli spostamenti intra e interregionali, di cui verrà data ampia trattazione in seguito).

A livello territoriale il più elevato livello di ricorso alle strutture emergenziali è quello di Latina, con 366 accessi ogni 1.000 abitanti, seguita da Roma (331 accessi), Frosinone (284), Viterbo (260) e infine da Rieti, dove la media si attesta a 249 accessi per 1.000 residenti.

Tabella 30 – Tasso di ricorso al Pronto Soccorso nelle province del Lazio e nella città metropolitana di Roma. *Anni 2012-2016, accessi ogni 1.000 abitanti*

	2012	2013	2014	2015	2016
Frosinone	307	291	287	284	284
Latina	393	375	369	365	366
Rieti	237	250	249	257	249
Roma	367	351	342	333	331
Viterbo	273	270	265	259	260
Lazio	355	341	333	326	324

Fonte: Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati SIES

Un approfondimento interessante - che consente di tracciare un quadro più esaustivo delle caratteristiche della rete dell'emergenza sanitaria regionale - è rappresentato dagli accessi in pronto soccorso classificati per codice triage. Il triage è il criterio utilizzato per assegnare la priorità di

accesso alle cure, che avviene in base alla gravità delle lesioni e alle condizioni di salute generali. Il grado di urgenza viene identificato da un "codice colore" (che varia dal bianco per i casi differibili e non urgenti al rosso per le situazioni più critiche che necessitano di accesso immediato alle cure) assegnato all'arrivo.

Nel Lazio i dati relativi agli accessi in pronto soccorso (che coinvolgono la sola rete dell'emergenza non risultando inclusivi dei ricoveri programmati e dei trasferimenti interospedalieri di pazienti già ricoverati che accedono al secondo istituto venendo nuovamente censiti in pronto soccorso), evidenziano innanzitutto come i "codici bianchi", ovvero i casi che non necessiterebbero di assistenza d'urgenza e che dovrebbero essere trattati dall'assistenza medica di base, rappresentano nel 2016 il 4,1% del totale degli accessi; a livello territoriale tale incidenza raggiunge il valore massimo a Roma, dove gli accessi in codice bianco nel 2016 hanno rappresentato il 4,8% del totale, attestandosi al livello minimo a Rieti (1,4%).

Decisamente più consistenti appaiono gli accessi in "codice verde" - che identificano in generale situazioni poco critiche e differibili ma che comunque, in taluni casi, meritano di essere approfondite, assegnati a ben il 65,7% dei pazienti. Tra le province il risultato più significativo si registra a Viterbo, dove i codici verdi rappresentano il 67,5% degli accessi, seguita da Roma (66,4%), Latina (65,8%), Rieti (60,3%) e infine da Frosinone, che registra la percentuale relativamente più contenuta, pari al 59,6% degli accessi totali. A seguire, il 26,8% degli accessi in pronto soccorso è rappresentato dai "codici gialli" - che identificano situazioni mediamente critiche - con i valori più alti a Frosinone, dove arrivano a rappresentare oltre un terzo del totale degli accessi in pronto soccorso (33,9%), seguita da Rieti (32,5%), Latina (29,1%), Viterbo (27,9%) e infine da Roma, che riporta un'incidenza pari al 25,6%. Gli accessi in "codice rosso", ovvero in condizioni di estrema urgenza che necessitano un trattamento immediato, costituiscono infine il 2,8% del totale regionale, registrando il valore massimo a Roma (4,8%) e attestandosi invece sul valore "minimo" provincia di Latina (2,6%). L'analisi dinamica consente di evidenziare come nel periodo 2012-2016 si registri un incremento di "codici gialli", la cui incidenza sul totale degli accessi registrati subisce un aumento di ben 5 punti percentuali (la percentuale di accessi con tale codice si attestava infatti al 21,8% nel 2012). Tale risultato è determinato dal progressivo invecchiamento della popolazione, a cui è associato un più elevato livello di "criticità" dovuto alle patologie croniche della terza età), che ha favorito un maggiore ricorso alle strutture dell'emergenza.

Tabella 31 – Accessi in PS nelle province del Lazio e nella città metropolitana di Roma per codice triage. Anni 2012-2016, composizione %

Anno 2012	Bianco	Verde	Giallo	Rosso	Non assegnato
Frosinone	2,7	65,2	28,7	1,5	1,9
Latina	5,5	71,7	21,4	1,2	0,1
Rieti	3,6	58,7	34,2	3,4	0,0
Roma	7,3	69,4	20,7	2,0	0,5
Viterbo	4,2	70,4	23,2	1,8	0,4
Lazio	6,5	69,2	21,8	1,9	0,6
Anno 2016	Bianco	Verde	Giallo	Rosso	Non assegnato
Frosinone	1,8	59,6	33,9	3,0	1,6
Latina	2,4	65,8	29,1	2,6	0,1
Rieti	1,4	60,3	32,5	4,8	1,1
Roma	4,8	66,4	25,6	2,8	0,4
Viterbo	1,7	67,5	27,9	2,7	0,1
Lazio	4,1	65,7	26,8	2,8	0,5

Fonte: Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati SIES

L'analisi degli accessi in Pronto Soccorso per fascia di età conferma infatti come nel periodo 2012-2016 sia cresciuta la quota di ricorso alle strutture di emergenza regionali per gli over64enni, passati dal 22,2% del totale nel 2012 al 24,7% nel 2016. In aumento anche l'incidenza relativa alla fascia di età compresa tra i 45 e i 64 anni, cresciuta nello stesso periodo di 1,9 punti percentuali (dal 20,9% al 22,8%), mentre nella segmento di età compresa tra i 15 e i 44 anni si osserva la dinamica inversa, con una contrazione pari a 4,3 punti (dal 40,5% del totale nel 2012 al 36,2% nel 2016). Stabile, infine, la dinamica degli accessi relativa agli under14enni, che continua a rappresentare il 16,4% del totale.

Tabella 32 – Accessi in Pronto Soccorso nel Lazio per fascia di età. Anni 2012-2016, composizione % (percentuali valide)

	2012	2013	2014	2015	2016
0-14 anni	16,4	16,4	16,6	16,5	16,4
15-44 anni	40,5	39,3	38,4	37,0	36,2
45-64 anni	20,9	21,4	21,8	22,3	22,8
65+ anni	22,2	22,8	23,2	24,2	24,7
Lazio	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati SIES

15.6 La mobilità sanitaria interregionale

Un interessante spazio di approfondimento è rappresentato dal fenomeno della mobilità interregionale, ovvero della migrazione sanitaria verso strutture di cura localizzate in territori diversi dalla regione di residenza.

Prima di passare all'analisi dei dati è necessario premettere che la mobilità sanitaria in alcuni casi è determinata da ragioni di carattere personale e/o familiare e non sempre dipende da una carenza dell'offerta sanitaria o da inefficienze nell'erogazione dei LEA da parte delle amministrazioni regionali: poiché, infatti, la determinazione della mobilità attiva e passiva – e del relativo saldo – nonché la compensazione economica delle prestazioni avviene sulla base della regione di residenza, risultano oggetto di mobilità anche tutte le prestazioni erogate a cittadini che dimorano abitualmente nel territorio dove ricevono il servizio ma che risultano residenti altrove; pertanto le attività sanitarie ad essi erogate rientrano nel computo delle prestazioni in mobilità regionale pur in assenza di attività migratoria. In questi casi, dunque, "l'abbandono" della regione di residenza risulta connesso a esigenze di tipo lavorativo/familiare piuttosto che da un atteggiamento di sfiducia o insoddisfazione verso l'offerta sanitaria della regione di residenza. In determinate situazioni, inoltre, è possibile che si verifichi la cosiddetta "mobilità di prossimità", determinata dal fatto che, nei territori "di confine", la struttura ospedaliera più vicina possa essere geograficamente collocata in una regione diversa da quella di residenza.

Infine, per le prestazioni di complessità e specificità particolarmente elevate, erogate solo in poche strutture qualificate sul territorio nazionale, è possibile che si osservino consistenti flussi di mobilità in entrata nelle regioni in cui sono collocate le strutture specializzate; in questo caso le dinamiche migratorie sono motivate dalla ricerca di competenze non presenti nei territori di residenza e non dalla ricerca di "alternative" – in termini di tempi o di qualità delle prestazioni – rispetto all'offerta del Sistema Sanitario Regionale di competenza.

Ciò premesso, osservando i dati regionali – che riguardano solo la mobilità relativa ai ricoveri ospedalieri, ovvero la componente principale della mobilità sanitaria complessiva – il primo dato da segnalare è la presenza per il Lazio di un saldo ancora positivo (pari a 4.234 unità nel 2016), con un numero di residenti ricoverati fuori regione inferiore rispetto ai ricoveri regionali di pazienti provenienti dalle altre regioni.

In termini dinamici, tuttavia, nell'ultimo quinquennio si registra un generale decremento della mobilità attiva e un parallelo incremento di quella passiva che – oltre a rappresentare un indice di sfiducia dei cittadini nei confronti delle strutture sanitarie "di prossimità", implica anche un costo aggiuntivo in termini di spostamento territoriale da parte dei fruitori del servizio.

Ciò premesso, tra il 2012 e il 2016 il totale dei ricoveri in mobilità attiva nel Lazio scende infatti da 90 mila a 76,9 mila unità, con un decremento del 14,6%, mentre il numero complessivo di ricoveri ospedalieri in mobilità passiva nello stesso periodo passa da 68,3 a 72,7 mila unità (+6,4% in valori percentuali); conseguentemente il saldo, pur rimanendo positivo, si riduce in cinque anni di oltre l'80%, scendendo da 21.740 a 4.234 unità. Sulla base di tale tendenza è quindi possibile ipotizzare, già per il 2017, una modificazione di segno del saldo verso il terreno negativo (di circa 1.000 unità), che trasformerà una delle costanti dell'offerta sanitaria del Lazio, ponendo interrogativi non secondari in termini di valutazione qualitativa e finanziaria del sistema.

Tabella 33 – Mobilità attiva*, mobilità passiva** e saldo della mobilità interregionale nel Lazio. Anni 2012-2016, valori assoluti.

	2012	2013	2014	2015	2016
Mobilità attiva	90.000	84.847	81.871	78.237	76.888
Mobilità passiva	68.260	67.653	69.337	71.222	72.654
Saldo	21.740	17.194	12.534	7.015	4.234

*Ricoveri erogati a pazienti residenti in altre regioni

**Numero di residenti nel Lazio ricoverati in altre regioni

Fonte: Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO

Particolarmente significativa risulta, conseguentemente, la valutazione dinamica intercorsa nell'ultimo quinquennio dai relativi "indici di attrazione e di fuga", che si correla strettamente ai dati sopra osservati. Prima di passare all'analisi dei risultati è opportuno premettere che per "indice di attrazione" si intende la percentuale di ricoveri di pazienti residenti in altre regioni sul totale dei ricoveri registrati dalle strutture sanitarie della regione stessa, mentre l'indice di fuga misura la percentuale di residenti ricoverati presso ospedali di altre regioni sul totale dei ricoveri dei residenti (sia regionali che extraregionali).

A tale riguardo, i dati evidenziano come a fronte di una dinamica di sostanziale stabilità dell'indice di attrazione (che si attesta sull'8,6%) –

derivante da una analoga riduzione dei ricoveri totali e di quelli dei residenti extraregionali - si registra un incremento della "fuga", salendo il relativo indice dal 6,7% del 2012 all'8,1% del 2016.

Tabella 34 – Indice di attrazione* e indice di fuga** nel Lazio.
Anni 2012-2016, valori assoluti.

	2012	2013	2014	2015	2016
Indice di attrazione	8,6	8,4	8,5	8,4	8,6
Indice di fuga	6,7	6,8	7,3	7,7	8,1

Fonte: Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute - Rapporto SDO
*Ricoveri in regione di pazienti non residenti/totale dei ricoveri*100; **Ricoveri fuori regione di pazienti residenti/totale ricoveri dei residenti (in regione e fuori regione)*100;

Più in generale, l'analisi comparativa della mobilità ospedaliera tra le regioni italiane evidenzia come ben 12 territori su 20 presentino un saldo della mobilità negativo, con numero di ricoveri fuori regione più alto rispetto ai pazienti in "entrata".

In valori assoluti, i saldi più negativi si segnalano nelle "grandi" regioni del Sud, ovvero in Campania (-53,8 mila), Calabria (-50,3 mila), Sicilia (-36,4 mila) e Puglia (-30,3 mila), mentre i territori più "attraenti", con un saldo della mobilità positivo, risultano la Lombardia (+96,9 mila), l'Emilia Romagna (+64,7 mila) e la Toscana (+33,6 mila).

È quindi possibile osservare una forte tendenza alla migrazione verso le regioni settentrionali e, dunque, un netto divario tra Nord e Sud del Paese, con una mobilità in entrata fortemente concentrata nei territori dell'Italia settentrionale e, al contrario, una tendenza alla "fuga" che contraddistingue i cittadini del Meridione (tra le regioni del Sud, infatti, il Molise è l'unico territorio a registrare un saldo della mobilità positivo).

Tabella 35 – Mobilità attiva*, mobilità passiva** e saldo della mobilità interregionale nel Lazio. Anno 2016, valori assoluti.

	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Saldo della mobilità interregionale
Piemonte	39.268	47.115	-7.847
Valle d'Aosta	2.661	3.113	-452
Lombardia	161.166	64.257	96.909
Trentino	14.314	15.447	-1.133
Veneto	60.044	46.060	13.984
Friuli VG	18.518	13.078	5.440
Liguria	30.115	37.093	-6.978
Emilia Romagna	107.736	43.005	64.731
Toscana	67.856	34.221	33.635
Umbria	21.402	18.400	3.002
Marche	22.629	30.305	-7.676
Lazio	76.888	72.654	4.234
Abruzzo	23.298	34.068	-10.770
Molise	14.526	13.731	795
Campania	23.656	77.482	-53.826
Puglia	25.391	55.670	-30.279
Basilicata	13.670	19.679	-6.009
Calabria	5.119	55.376	-50.257
Sicilia	10.600	47.046	-36.446
Sardegna	3.747	14.804	-11.057
Totale	742.604	742.604	0

Fonte: Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO

15.7 Stili di vita: abitudine al fumo, pratica sportiva e obesità

L'analisi della sanità regionale non può prescindere da qualche considerazione conclusiva in merito agli stili di vita della popolazione, poiché è accertato come alcune cattive abitudini quali il fumo, la sedentarietà e un regime alimentare poco sano rappresentino rilevanti fattori di rischio per l'insorgenza di diverse patologie, riducendo la qualità della vita dei soggetti colpiti e rappresentando, al tempo stesso, un onere in termini di costi sociali ed economici per la collettività.

Il mantenimento di un buono stato di salute è infatti il risultato di una serie di concause, alcune di tipo biologico/ereditario sulle quali non è ad oggi possibile intervenire, altre di tipo ambientale/comportamentale, che al contrario è possibile modificare favorendo la promozione di uno stile di vita più sano.

Il primo elemento di riflessione a tale riguardo è rappresentato dal tabagismo, che – pur avendo conosciuto un drastico calo negli ultimi anni, grazie soprattutto agli interventi normativi che hanno posto il divieto di fumo nei luoghi pubblici e alle numerose campagne di sensibilizzazione avviate negli ultimi anni – ancora oggi a livello mondiale continua a determinare (o a concorrere a determinare) circa 7 milioni di vittime l'anno (fonte OMS), rappresentando dunque un importante problema di salute pubblica che merita di essere attenzionato.

Passando all'analisi dei dati, nel 2017 il 19,1% della popolazione residente nel Lazio risulta essere fumatore abituale (si tratta complessivamente di circa 1,1 milioni di individui in termini assoluti), un dato leggermente inferiore al valore medio nazionale, che nello stesso periodo si attesta al 19,7% (quasi 12 milioni di fumatori). L'analisi dinamica relativa all'ultimo quinquennio segnala peraltro una generale flessione del fenomeno: tra il 2013 e il 2017, infatti, l'incidenza di fumatori sul totale della popolazione registra una dinamica negativa, segnalando un decremento di ben 4,6 punti percentuali nel Lazio (si attestava al 23,7% nel 2013) e una variazione più contenuta, pari a -1,2 punti percentuali, a livello nazionale (20,9% nel 2017).

Tabella 36 – Incidenza fumatori di 14 anni e più nel Lazio e in Italia.
Anni 2013-2017 – Valori %

	2013	2014	2015	2016	2017
Lazio	23,7	21,2	21,1	21,2	19,1
Italia	20,9	19,5	19,6	19,8	19,7

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati ISTAT

La contrazione del numero complessivo di fumatori non è stata tuttavia accompagnata da un decremento della "quantità" media di sigarette fumate quotidianamente, che nel Lazio si mantiene piuttosto stabile passando da 12,1 unità nel 2013 a 11,8 nel 2017. A livello nazionale si segnala al contrario una contrazione più marcata, registrandosi un decremento di 0,6 unità rispetto al 2013 (da 12,2 a 11,5 sigarette al giorno) che porta tale valore leggermente al di sotto di quello rilevato per il Lazio.

Tabella 37 – Numero medio di sigarette fumate al giorno nel Lazio e in Italia
Anni 2013-2017, valori assoluti

	2013	2014	2015	2016	2017
Lazio	12,1	12,0	12,3	11,6	11,8
Italia	12,1	12,1	11,6	11,5	11,5

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati ISTAT

Il secondo indicatore riferibile agli “stili di vita” della popolazione è dato dalla pratica sportiva o, più in generale, dallo svolgimento di una regolare attività fisica: lo sport, anche se di moderata intensità, contribuisce infatti al mantenimento di una forma fisica adeguata, con effetti positivi sul benessere psicofisico e la qualità della vita, rappresentando altresì un’arma di difesa contro l’insorgenza di numerose patologie quali diabete, disturbi cardiovascolari e numerosi tipi di tumore.

Secondo i dati Istat, nel Lazio il 58,6% della popolazione di età superiore a 3 anni pratica attività fisica (si tratta di oltre 3 milioni di unità in termini assoluti), un risultato meno incoraggiante rispetto al dato nazionale, dove la percentuale di “sportivi” raggiunge il 61,5%. Tuttavia, analizzando i dati più nel dettaglio, la percentuale di quanti praticano sport in maniera continuativa risulta superiore di quasi 4 punti percentuali rispetto alla media nazionale (28,5% nel Lazio, pari ad 1,6 milioni di residenti, a fronte del 24,8% in Italia), mentre 3 laziali su 10 (30,1%) hanno dichiarato di svolgere attività fisica in modo pressoché saltuario o sporadico (circa 1,4 milioni di cittadini), raggiungendo tale percentuale il 36,7% a livello nazionale.

Sul fronte opposto, i cittadini che hanno dichiarato di condurre una vita sedentaria, non svolgendo alcuna attività fisica, rappresentano il 40,1% del totale nel Lazio, contro il 38,1% in Italia.

Tabella 38 – Individui (di età superiore a 3 anni) che praticano sport o qualche attività fisica nel Lazio e in Italia. Anno 2017 – Composizione %.

	Lazio	Italia
Praticano sport	58,6	61,5
-di cui in modo continuativo	28,5	24,8
-di cui in modo saltuario	8,0	9,1
-solo qualche attività fisica	22,1	27,6
Non praticano né sport né attività fisica	40,8	38,1

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati ISTAT

Oltre alla sedentarietà, anche i regimi alimentari scorretti, con diete ipercaloriche molto ricche di alimenti grassi, rappresentano una minaccia per la salute accrescendo in misura esponenziale il rischio di sviluppare le principali malattie croniche che affliggono i cosiddetti "Paesi ricchi" (diabete, ipertensione, ecc.). L'obesità – o, più in generale, l'eccesso ponderale – costituisce infatti uno dei principali problemi di salute pubblica dei Paesi sviluppati, soprattutto perché sempre più frequentemente coinvolge giovani e adolescenti, tanto che in assenza di interventi immediati sarà destinata a causare problemi sanitari molto seri nei prossimi decenni.

Ciò premesso, l'indicatore convenzionalmente utilizzato dall'OMS per la determinazione dello stato di "peso forma" della popolazione è rappresentato dall'Indice di Massa Corporea (abbreviato in BMI, ovvero Body Mass Index), ottenuto dal rapporto tra il peso (espresso in chilogrammi) e il quadrato dell'altezza (indicata in metri). Il valore ottenuto è confrontato successivamente con le "soglie" definite dall'OMS, secondo cui se il BMI è pari o superiore a 30 kg/m² un individuo è considerato obeso, si definisce invece "in sovrappeso" se il valore è compreso tra 25 e 29,9 kg/m², "normopeso" se ha un BMI compreso tra 18,5 e 24,9 kg/m² e infine è "sottopeso" quando i valori dell'indice non raggiungono i 18,5 kg/m².

Secondo i dati Istat relativi all'anno 2017, nel Lazio il 54,6% della popolazione adulta è in condizioni di normopeso (50,9% in Italia), mentre gli individui in sovrappeso o obesi rappresentano complessivamente il 43,2% (rispettivamente 35,4% e 7,8%), a fronte del 45,9% in Italia (rispettivamente 35,4% e 10,5%), un dato particolarmente elevato che rispecchia la tendenza alla sedentarietà e le abitudini alimentari scorrette della popolazione, ma che in termini dinamici evidenzia – almeno nel Lazio – qualche segnale di miglioramento, riducendosi infatti tra il 2013 e il 2017 la percentuale dei soggetti obesi di 1,9 punti percentuali (era del 10,3% nel 2013). Molto esigua, infine, la percentuale di soggetti in sottopeso, che nel 2017 rappresentano il 2,4% del totale nel Lazio a fronte del 3,1% registrato a livello nazionale.

Tabella 39 – Persone di 18 anni e oltre per Indice di Massa Corporea nel Lazio e in Italia. Anni 2013 e 2017 – Valori percentuali

	Sottopeso		Normopeso		Sovrappeso		Obesi	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Lazio	2,3	2,4	52,2	54,6	35,6	35,4	9,9	7,8
Italia	3,0	3,1	51,2	50,9	35,5	35,4	10,3	10,5

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati Istat

Glossario

Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere - aziende sanitarie pubbliche senza finalità di profitto che si prefiggono come scopo l'erogazione di servizi di interesse collettivo primario, finalizzati alla protezione e alla promozione della salute degli individui e delle comunità. Nell'attuale assetto del Servizio Sanitario Nazionale le Aziende sanitarie pubbliche sono Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO), le quali sono dotate di personalità giuridica e autonomia imprenditoriale.

Aziende ospedaliere integrate con l'Università – sono aziende sanitarie di tipo ospedaliero "miste", che godono di personalità giuridica e autonomia gestionale; i loro compiti sono definiti in base a protocolli congiunti tra Regione e Università nelle loro sedi di appartenenza.

Farmaci di fascia A – sono i farmaci essenziali e quelli per le malattie croniche, elargiti dietro presentazione di ricetta unificata SSN (la "ricetta rossa"). Per il paziente sono gratuiti, a meno di un eventuale ticket il cui importo varia da regione a regione.

Farmaci di fascia C – sono i farmaci utilizzati per la cura di patologie di lieve entità, il cui costo è totalmente a carico del paziente. Sono elargiti dietro presentazione di ricetta "bianca".

Farmaci di fascia C bis (o di automedicazione) – introdotti con la Finanziaria 2005, sono i medicinali non soggetti a ricetta medica con accesso alla pubblicità al pubblico.

Farmaci generici (o equivalenti) – sono i medicinali non coperti da brevetto, aventi uguale composizione in principi attivi, forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie di una specialità a brevetto scaduto.

Farmaci di fascia H - sono i farmaci di esclusivo uso ospedaliero utilizzabili solo in ospedale o che possono essere distribuiti dalle strutture sanitarie.

Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Il "riconoscimento del carattere scientifico" è la procedura attraverso cui queste realtà ospedaliere emergenti, che trattano particolari patologie di rilievo nazionale, vengono qualificate come IRCCS: ciò conferisce il diritto alla fruizione di un finanziamento statale (che va ad aggiungersi a quello regionale) finalizzato esclusivamente allo svolgimento della attività di ricerca relativa alle materie riconosciute.

Mobilità ospedaliera - modalità attraverso la quale può verificarsi che utenti del servizio sanitario di una Regione possano transitare in strutture sanitarie di altre Regioni o, quando autorizzati, anche fuori dai confini del proprio Paese, nel caso in cui necessitino di servizi e prestazioni non offerti (o offerti in maniera ritenuta non soddisfacente) dal servizio sanitario della Regione d'appartenenza. In generale la mobilità sanitaria, dal punto di vista economico, viene compensata dai rapporti stabiliti per il tipo di prestazione dalle diverse Regioni.

Ospedale a gestione diretta - rappresenta la singola struttura che costituisce le ASL. A differenza delle aziende ospedaliere, gli ospedali a gestione diretta non sono dotati di autonomia imprenditoriale. Mantiene comunque autonomia a livello direttivo (presenza di un medico responsabile delle funzioni igienico - organizzative e un dirigente amministrativo responsabile della gestione amministrativa) e autonomia economico-finanziaria con contabilità separata seppure interna al bilancio dell'Azienda sanitaria locale (ASL) di riferimento.

Policlinici Universitari - aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile. Lo statuto dell'università determina, su proposta della facoltà di medicina, le modalità organizzative e quelle gestionali, nel rispetto dei fini istituzionali, in analogia ai principi del presente decreto fissati per l'azienda ospedaliera. La gestione dei policlinici universitari è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

Presidio Ospedaliero - vedi "Ospedale a gestione diretta"

Presidio Sanitario - struttura fisica (ospedale, poliambulatorio, ambulatorio, ecc.) dove si effettuano le prestazioni e/o le attività sanitarie DPR 37, 14.1.97 .

Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) - è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati, sia in regime di ricovero ordinario che di day hospital.

SSN - è l'acronimo di Servizio Sanitario Nazionale. Istituito con la legge n. 833 del 1978, votata dall'85% del Parlamento, il Servizio Sanitario Nazionale pubblico è basato sull'universalità dell'assistenza sanitaria e sull'equità di accesso alle prestazioni.