

I sistemi sanitari regionali verso il federalismo^I

Appunti per una riflessione sull'evoluzione del SSN

ANGELO TANESE

I. Premessa

È oramai un dato di fatto che nel nuovo assetto del SSN, così come è andato evolvendo dal D.lgs.vo 502/92 in poi, le Regioni hanno acquisito un ruolo sempre più rilevante. Sia dal punto di vista istituzionale, posto che l'assetto del sistema sanitario regionale e gli strumenti della governance sono in mano alle Regioni, sia dal punto di vista economico, essendo demandata alle Regioni la gestione responsabile delle risorse, attraverso la definizione dei meccanismi di finanziamento degli erogatori e il ripiano di eventuali disavanzi.

Il fenomeno della “regionalizzazione” del sistema, rafforzato già dal D.Lgs.vo 229/99, ha trovato piena attuazione nel progressivo processo di federalismo avviato con il D.Lgs.vo 56/2000, la riforma del Titolo V della Costituzione e da ultimo con la legge delega n. 42 del 5 maggio 2009 e i successivi decreti attuativi.

Al punto tale da assumere molta più importanza dello stesso processo di “aziendalizzazione”, che pure ha profondamente modificato il SSN a partire dalla metà degli anni '90. Sono infatti molte le analisi che da alcuni anni segnalano la tendenza delle Regioni ad assumere un ruolo “forte” di governo del sistema sanitario locale, a scapito

I. Il presente contributo è in parte pubblicato sul Rapporto 2011 dell'Osservatorio civico sul Federalismo in Sanità di Cittadinanzattiva (settembre 2011).

non solo del governo centrale ma anche, e soprattutto, dell'autonomia delle aziende sanitarie, che pur nei primi anni di vita erano state identificate come asse portante del nuovo sistema sanitario. Già da tempo alcuni osservatori parlano di nuova ri-centralizzazione regionale (il cosiddetto fenomeno di "*grip-back*")².

Tuttavia, se le Regioni hanno potenzialmente un maggior potere di governo e di organizzazione del sistema sanitario regionale, ciò non significa che esse siano totalmente in grado di assumerlo e di svolgerlo in modo efficace.

È noto che la capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione e il livello di sviluppo delle politiche e dei servizi sanitari sono fortemente differenziati tra le aree del Paese. I cittadini residenti in Regioni diverse non possono contare, a fronte di analoghe esigenze — dovute ad esempio a problemi oncologici, di diabete o di assistenza protesica — su una capacità di risposta e di presa in carico simile.

Certo, una parte del divario è, per così dire, "fisiologica", nel senso che la qualità dei servizi, come è noto, dipende in ultima analisi dalla relazione che si instaura tra l'erogatore e il beneficiario e dal sistema organizzativo contingente. Essendo la sanità un contesto ad alto contenuto professionale e relazionale, non sarà mai possibile pretendere servizi totalmente uguali per tutti, perché ogni singola relazione, ogni singolo processo di erogazione è unico e irripetibile, anche all'interno di uno stesso ospedale o servizio territoriale.

Esiste tuttavia una dimensione "strutturale" sottesa al differenziale di performance tra le Regioni, che non attiene tanto al comportamento dei singoli operatori o a fattori contingenti riconducibili ai singoli servizi, ma al contrario è fortemente condizionata da elemen-

2. Tema più volte affrontato ad esempio nel Rapporto Sanità del Ceis Tor Vergata. Cfr.: Meneguzzo M., Cuccurullo C., Ricentralizzazione delle Regioni ed autonomia delle aziende sanitarie: le tendenze in atto nell'era del federalismo sanitario. Rapporto CEIS Sanità 2003, Università Roma Tor Vergata, Ed. Gruppo Italtor Roma; Meneguzzo M., Ronchetti L., Rossi A., Ricentralizzazione delle Regioni (*grip back*) ed aziende sanitarie; centrali di acquisto e servizi in rete. Rapporto CEIS Sanità 2004, Università Roma Tor Vergata.

ti centrali. Ciò che modifica strutturalmente la capacità di assistenza sanitaria ai cittadini, in ultima analisi, è la capacità di programmazione, di organizzazione e di gestione all'interno di ciascun sistema sanitario regionale. In altri termini, la "qualità" delle politiche sanitarie e dei processi di governance definiti a livello regionale vincolano e indirizzano, pur non determinandoli totalmente, il funzionamento e l'operatività dei servizi e delle strutture presenti sul territorio.

Le analisi condotte annualmente a livello istituzionale e da enti di ricerca ci restituiscono un Paese in cui le Regioni, che pur rivendicano sempre maggiori spazi di autonomia nel governo della salute dei cittadini residenti, non dispongono delle stesse effettive capacità, con il risultato di generare livelli di performance a volte estremamente differenziati, che hanno forti ricadute sulla qualità di vita e sulle condizioni di salute dei cittadini.

2. Difformità strutturali nella capacità di programmazione delle Regioni

2.1. Lentezza e difformità nel processo di consolidamento del ruolo delle Regioni nel SSN

La riforma introdotta con i decreti legislativi 502/92 e 517/93 muoveva da una presa d'atto del fallimento di alcuni presupposti insiti nella L. 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Primo su tutti, quello che un sistema sanitario omogeneo sull'intero territorio nazionale e universale nei confronti di cinquanta milioni di cittadini potesse essere sostenibile con un meccanismo di programmazione e finanziamento "a cascata", in cui i tre differenti livelli istituzionali (Stato, Regioni, Enti locali/USL) avrebbero ciascuno per la propria competenza svolto le funzioni proprie. Allo Stato il compito di definire il Fondo Sanitario e il Piano Sanitario Nazionale, fornendo quindi gli indirizzi, gli obiettivi generali ma anche le risorse per ottener-

li. Alle Regioni le funzioni di programmazione (Piani Regionali) e di regolamentazione/verifica delle diverse funzioni dell'assistenza erogata (ospedaliera, extra-ospedaliera, di prevenzione). Alle Unità Sanitarie Locali la gestione operativa delle strutture e dei servizi presenti sul territorio, con organi e processi gestionali di diretta emanazione degli enti locali.

Come oramai ampiamente evidenziato da dati e analisi, la principale causa di fallimento di questo sistema risiedeva nella impossibilità di garantire, attraverso un modello così centralizzato e rigido, adeguati livelli di responsabilizzazione degli attori regionali e locali. Non è un caso che all'inizio degli anni '90, a oltre dieci dall'adozione dei provvedimenti regionali di recepimento della L. 833/78, nessuna Regione del Sud (isole comprese) avesse ancora approvato un Piano Sanitario.

Così come del tutto impossibile appariva la verifica e il controllo della spesa derivante dall'attività delle USL, in assenza di adeguati strumenti gestionali in grado di responsabilizzare gli organi di gestione e i professionisti, e di correlare la spesa agli effettivi livelli di offerta erogata. A livello aggregato, l'unica possibilità di determinazione del fabbisogno era dunque quello della spesa storica.

Il SSN poggiava quindi su un sistema di *accountability* e di sostenibilità molto fragile, affidato alla sola "iniziativa locale", senza vincoli perentori di effettiva adozione dei sistemi di programmazione e controllo pur previsti dalla Legge. La grande riforma strutturale dell'assistenza sanitaria, nata da una visione estremamente avanzata e dalla volontà di garantire un servizio unitario e gratuito, aveva però "piedi d'argilla", dal momento che basava la sua tenuta su un "naturale" e automatico (quanto irrealistico) allineamento dell'offerta agli effettivi bisogni di salute dei cittadini.

Per questo la riforma-bis dei primi anni '90, ribadita dal D.Lgs. 229/99, ha avuto come principale obiettivo quello di responsabilizzare maggiormente il livello di governo regionale e locale del SSN. Tuttavia sono stati necessari ancora altri dieci anni perché si arri-

vasse a definire meccanismi di verifica e sanzionatori sull'eventuale disavanzo nella spesa sanitaria delle Regioni³.

Oggi, che il sistema si appresta a realizzare un modello federale, occorre interrogarsi sull'effettiva capacità delle Regioni di dare seguito agli impegni che sono chiamate ad assumere, tenuto conto della lentezza e soprattutto della difformità con cui, sin dagli anni '80, hanno svolto quel ruolo di programmazione e di governo che già la normativa assegnava loro in ambito sanitario.

Avremmo dovuto aspettarci, infatti, che in trent'anni la funzione di programmazione sanitaria fosse oramai del tutto consolidata nelle Regioni, che hanno potuto via via disporre di tutto il supporto necessario:

- a) delle indicazioni di priorità e degli obiettivi di Salute contenute nei Piani Sanitari Nazionali e, in generale, in decreti, linee guida e raccomandazioni emanate a livello governativo;
- b) già a partire dagli anni '80, dei cosiddetti Osservatori Epidemiologici Regionali, con la finalità di supportare la programmazione con analisi e dati sui bisogni e sullo stato di salute della popolazione;
- c) delle Agenzie Sanitarie Regionali, istituite a partire dalla seconda metà degli anni '90 quali strutture tecniche a supporto dell'Assessorato e che, anche incorporando le funzioni dei preesistenti Osservatori Epidemiologici, avrebbero dovuto affiancare con competenze e strumenti tecnici la governance regionale;
- d) della totale responsabilità in capo al Presidente della Giunta sulla nomina e verifica dell'operato dei Direttori Generali, con poteri di rimozione in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

3. Legge n. 311/2004 (finanziaria 2005) e successiva intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Se almeno fino ai primi anni '90 le Regioni potevano accampare una difficoltà a incidere sul governo e sul funzionamento delle USL per il ruolo più forte attribuito agli Enti Locali⁴, con l'aziendalizzazione delle USL si è assistito ad un trasferimento di poteri dagli Enti Locali alle Regioni, che di fatto hanno assunto la funzione di "*holding*" delle aziende sanitarie. Alle Regioni spetta infatti non solo il compito di nomina degli organi di governo (il Direttore Generale e almeno un componente del Collegio sindacale) ma anche il ruolo unico di finanziatore (assegnazione di budget), programmatore (assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali), regolamentatore (indirizzi e vincoli per la definizione dell'atto aziendale e per lo svolgimento delle funzioni di gestione) e di controllore (verifica del raggiungimento degli obiettivi tra cui in particolare il rispetto del budget).

Il primo modello di federalismo fiscale espresso con il decreto legislativo n. 56/2000 agiva in realtà su un sistema già fortemente differenziato. Sin dalla metà degli anni '80, infatti, e con maggior evidenza nel decennio successivo, il Servizio Sanitario Nazionale di fatto era via via diventato espressione di capacità organizzative e gestionali diverse, a livello locale, sia da parte delle singole Unità Sanitarie Locali, sia — in modo particolarmente evidente in alcune Regioni del Centro-Nord — da parte delle Regioni.

In altri termini, l'autonomia dei sistemi e degli attori locali nel determinare sia il governo della spesa che l'organizzazione e la qualità dei servizi in ambito sanitario non sono una scoperta di questi anni. Studi e analisi condotte già a cavallo tra gli anni '80 e '90, quando ancora il SSN era quello inizialmente definito dalla L. 833/78, avevano rappresentato una crescente divaricazione dei sistemi organizzativi e gestionali tra regioni diverse del Paese e tra territori delle stesse Regioni. Divaricazione che atteneva, a parità di assetti istituzionali e

4. Ricordiamo che il Comitato di Gestione delle Unità Sanitarie Locali era espressione dell'Assemblea composta dai Consigli dei Comuni afferenti e il Presidente del Comitato di Gestione veniva nominato senza alcun requisito di competenza tecnica, unicamente in base a criteri di rappresentanza politica.

normativi, unicamente al differente sistema di relazione tra gli attori (Regioni, Enti Locali, Unità Sanitarie Locali, altri erogatori privati, professionisti, cittadini) e alla loro capacità di far prevalere logiche di sviluppo e interessi convergenti o, alternativamente, di rendita e di frammentazione degli interessi, intorno al mondo della sanità⁵.

Ed è indubbio che nel corso del tempo le Regioni che erano già allora più “pronte” alla sfida dell’autonomia si sono trovate poi ad affrontare le maggiori responsabilità e il nuovo ruolo di governo ad esse assegnato con strumenti in parte già disponibili⁶.

Pertanto il progressivo ampliamento dell’autonomia regionale, culminato con il riconoscimento di una potestà legislativa concorrente delle Regioni in materia di “tutela della salute” (articolo 117, terzo comma, della Costituzione) è un processo che impatta su una realtà fortemente differenziata. Le Regioni che già nel 2001 erano pronte per la sfida federalista hanno ulteriormente rafforzato in questi ultimi dieci anni la propria capacità di governance, mentre le Regioni che hanno inteso l’autonomia principalmente come possibilità di non dover rispondere al governo centrale delle proprie decisioni sono quelle che si sono trovate poi ad essere commissariate e vicariate in una funzione di regia che non sono state capaci di interpretare.

Una recente e interessante ricerca della Fondazione Res ha ben evidenziato come i livelli di performance attuali delle Regioni siano fortemente correlati al livello di performance che le stesse Regioni avevano dieci–quindici anni fa.

In particolare, la ricerca ha costruito un indice di funzionamento dei sistemi sanitari regionali basato su una serie di indicatori connessi ad alcune variabili:

5. Una ricerca significativa al riguardo è quella condotta presso il Cerisdi di Palermo nel periodo 1990–1992, dal titolo “Il cambiamento organizzativo e gestionale nell’area della Sanità Pubblica”, la cui sintesi è riportata in Cerisdi, *Un modello pedagogico–formativo per lo sviluppo manageriale*, Palermo, 1993.

6. Riflessioni che anticipavano questo tema le troviamo in M. Meneguzzo “Sono pronte le Regioni per la riforma della Sanità?”, in *Queste istituzioni*, 1991.

l'andamento nel tempo di alcune variabili⁷:

- a) *risultato economico*, come risultati di esercizio consolidati a livello regionale;
- b) *capacità gestionali*, (es. indicatori di degenza media ospedaliera pre-operatoria, case mix⁸, tasso di utilizzo dei posti letto per acuti);
- c) *risultati di processo*, riferiti all'appropriatezza degli interventi (es. percentuale di parti cesarei sul totale dei parti effettuati, percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico, etc.), alla qualità percepita dai cittadini e al livello di mobilità sanitaria, alla diffusione di servizi socio-sanitari territoriali e delle attività di prevenzione;
- d) *risultati finali*, analizzati attraverso indicatori di mortalità e indicatori di diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari.

Applicando tali criteri con riferimento all'anno 2008, e attribuendo per ciascuna variabile un punteggio pari a 100 alla Regione migliore e pari a 0 alla Regione con le performance peggiori, è possibile costruire una sorta di "classifica" dei livelli di funzionamento dei sistemi sanitari regionali. Dalla ricerca emerge un forte divario tra le Regioni del Centro-Nord e le Regioni del Sud. Fra l'ultima regione del Centro-Nord (la Liguria, che ottiene un punteggio pari a 64,8) e la prima del Sud (la Basilicata, punteggio 45,7) vi sono circa 20 punti di differenza. I migliori servizi sanitari regionali sono quelli del Friuli Venezia-Giulia (92,9), Emilia-Romagna (90,4) e Toscana (89,1), mentre in assoluto i peggiori sono quelli di Calabria (26,6) e Campania (10,8).

7. Fondazione Res, "Il sistema sanitario siciliano in trasformazione in un'ottica comparata", ricerca condotta dal Prof. Emmanuele Pavolini in collaborazione con la Prof.ssa Laura Azzolina. i cui primi risultati sono stati pubblicamente presentati a Palermo il 27 ottobre 2010.

8. L'indice di case mix misura il livello di complessità assistenziale dei degenti ricoverati nelle strutture ospedaliere.

Successivamente, attraverso un'analisi diacronica relativa al periodo 1998–2008, la ricerca della Fondazione Res ha arricchito l'analisi, consentendo non solo il posizionamento delle Regioni lungo una scala, ma anche di comprendere se, nel corso degli ultimi dieci anni la distanza tra le Regioni sia aumentata, diminuita o rimasta stabile.

La figura seguente mostra la collocazione dei singoli SSR in termini di funzionamento generale nel 1998 e nel 2008. L'indagine conferma che i cambiamenti di posizionamento delle singole Regioni nell'arco di dieci anni sono stati alquanto limitati. Pur in un quadro di complessiva invarianza, esistono comunque dei parziali miglioramenti o peggioramenti nel tempo; ad esempio le Marche, il Piemonte, la Toscana e, soprattutto, la Basilicata migliorano il funzionamento del proprio sistema sanitario, mentre la PA di Bolzano, il Lazio, l'Abruzzo e la Campania peggiorano la propria situazione.

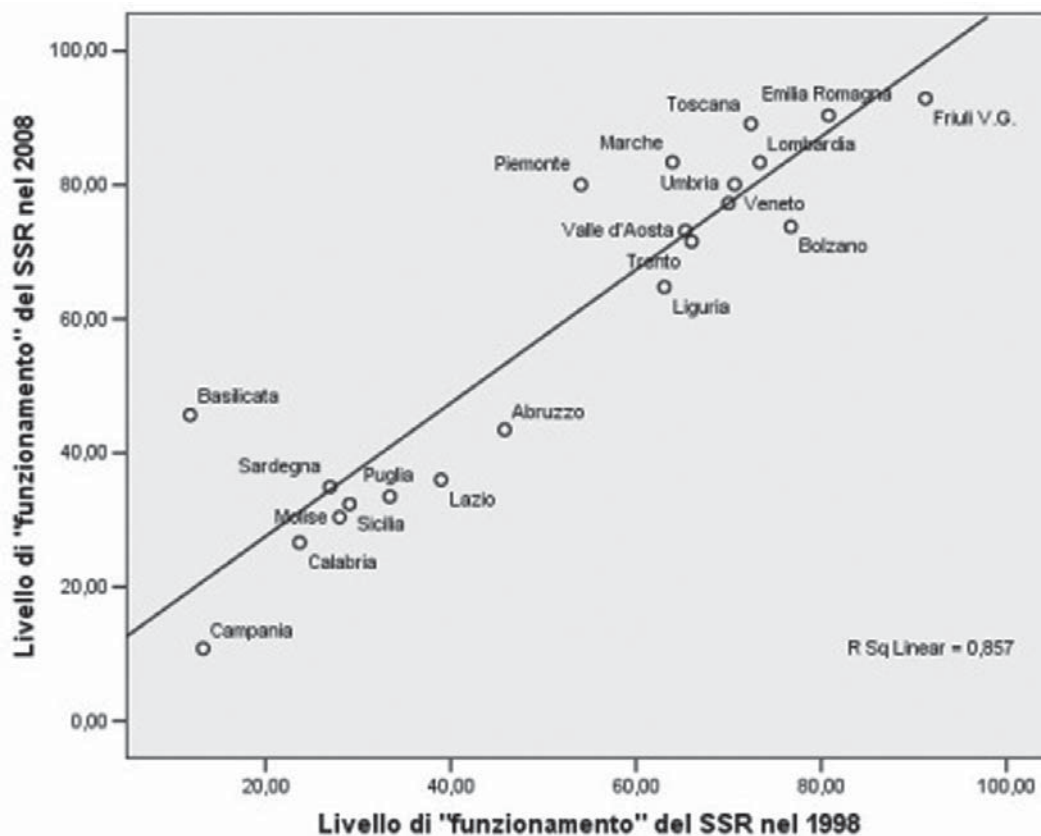
In altri termini, da questo interessante studio emerge che oggi ogni Regione “raccolge ciò che ha seminato”; quelle in ritardo nello sviluppo di processi e sistemi di governo difficilmente riescono a recuperare in tempi rapidi il gap con le Regioni più “mature”. Anzi, è possibile che questa forbice si allarghi, considerando la diversa velocità come il riflesso strutturale del diverso grado di solidità degli assetti istituzionali, organizzativi e gestionali.

2.2. Allineare e vincolare le capacità di governance delle Regioni: quali strumenti?

A fronte di una situazione così variegata, negli ultimi anni la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano è diventata sempre più la principale sede di confronto e di regolazione/negoziato degli spazi di autonomia e di responsabilità. Non solo tra Stato e Regioni, ma anche tra le stesse Regioni, in relazione alla diversa capacità di rispetto degli adempimenti e degli impegni assunti negli accordi precedenti.

La Conferenza, infatti, si trova a dover tener conto di una dop-

Tabella 1. Regioni e funzionamento dei SSR nel corso del tempo (anni 1998 e 2008).



Fonte: StrumentiRes, Rivista online della Fondazione Res, Anno II, n. 7, Dicembre 2010.

pia necessità: da un lato quella di garantire un indirizzo comune e un governo complessivo del sistema sanitario; dall'altro, quella di differenziare le Regioni in relazione all'effettiva capacità di assicurare il rispetto degli impegni e soprattutto l'equilibrio economico-finanziario, affinché il deficit delle Regioni "in rosso" non gravi su quelle che raggiungono il pareggio di bilancio.

Per quanto riguarda il primo aspetto, le due principali leve utilizzate sono:

- a) l'individuazione di indicazioni comuni sul piano del riordino

dell'offerta di servizi e dei livelli di assistenza sanitaria (es. razionalizzazione della rete ospedaliera, assistenza farmaceutica, assistenza a persone non autosufficienti, etc.), anche attraverso il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA istituito presso il Ministero della Salute;

- b) la definizione di impegni a omogeneizzare i sistemi di monitoraggio dei fattori di spesa e i sistemi contabili e gestionali (per rendere comparabili e migliorare la qualità dei dati).

Per quanto riguarda invece il secondo aspetto, vale a dire la possibilità di "sanzionare" le Regioni che non rispettano gli impegni assunti, sono stati progressivamente previsti alcuni meccanismi:

- a) la possibilità di accesso al finanziamento integrativo del SSN solo a condizione del rispetto degli adempimenti previsti dalla legislazione e dagli accordi e intese Stato-Regioni;
- b) la verifica dell'equilibrio economico-finanziario, prevedendo in caso di disavanzo strutturale una serie di automatismi (innalzamento delle aliquote IRAP e addizionale regionale IRPEF, predisposizione del Piano di Rientro, sino alla nomina di un Commissario Straordinario per l'attuazione dello stesso Piano).

Se la prima leva (verifica del LEA) appare ancora in mano al Ministero della Salute, per quanto progressivamente ridimensionato nelle sue funzioni di governo e di controllo a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, le leve del governo della spesa sanitaria sono oramai da anni saldamente in mano al Ministero dell'Economia, cui spetta la regia dei processi di controllo e di verifica del rispetto dei vincoli di bilancio, soprattutto per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro.

L'impressione è che il sistema di accordi Stato-Regioni e il ruolo crescente assunto negli ultimi anni dal Tavolo tecnico istituito

presso il Ministero dell'Economia per monitorare e verificare l'attuazione del Piano di Rientro⁹ abbiano fortemente modificato la logica tradizionale e i meccanismi, per così dire, "naturali" della programmazione in ambito sanitario.

Non esiste più il sistema disegnato solo poco più di un decennio fa dal Decreto 229/99, quel mondo ipotetico in cui la programmazione procedeva "a cascata" dal livello nazionale a quello regionale, sino a tradursi in piani strategici delle singole aziende sanitarie, operanti in una logica di autonomia imprenditoriale (sancita dal cosiddetto "Atto aziendale").

Dal punto di vista della programmazione nazionale, il concetto di fabbisogno sanitario sembra essersi definitivamente trasformato: dalla logica della L. 833/78, in cui i bisogni della popolazione erano la variabile indipendente e la spesa sanitaria quella dipendente, alla logica opposta in cui il Fondo disponibile è un vincolo e gli stessi Livelli Essenziali di Assistenza finiscono di fatto per essere non "*ciò che deve essere garantito*" ai cittadini, ma "*ciò che può essere garantito con le risorse disponibili*".

Le Regioni, dal canto loro, sono "in trincea" cercando di limitare i tagli di spesa, recuperare spazi di autonomia (ad esempio nell'imposizione di ticket) e sottrarsi il più possibile ai vincoli del commissariamento, ove presente.

Le aziende sanitarie, da ultimo, sembrano aver accettato che non esiste più una vera negoziazione delle risorse con le Regioni, ma un vincolo all'interno del quale muoversi, preso come un dato esogeno.

In questo quadro, la funzione di programmazione rischia di essere svilita o quanto meno di non poter essere banalmente riproposta secondo modalità tradizionali. In realtà, proprio quando le risorse sono fortemente limitate c'è bisogno forse di maggiore programmazione, vale a dire di una programmazione più concreta, più accurata e strettamente connessa alla capacità di attuazione.

9. Si ricorda che a partire dal 2007 l'adozione di Piani di Rientro ha interessato ben otto Regioni, quindi oltre un terzo del SSN, di cui sei del Sud.

A fronte di un sistema destinato a operare con risorse sempre più scarse, fornendo però risposte a bisogni di salute sempre maggiori e differenziati, c'è bisogno di rimettere al centro del servizio sanitario nazionale e regionale il sistema della programmazione, che non sia però solo finalizzata alla verifica degli adempimenti oggetto di verifica nel Comitato LEA e al Tavolo Tecnico.

C'è bisogno di recuperare la funzione primaria di welfare lungo l'asse delle politiche sanitarie ma in una prospettiva nuova di sostenibilità e di *accountability*, rafforzando la programmazione con processi strutturati di valutazione, rendicontazione e partecipazione.

Non si tratta quindi di riproporre modelli tradizionali di programmazione lineare degli anni '80 e di pianificazione strategica anni '90, ma di superare la deriva economicistica degli ultimi anni e una visione che, come nell'esperienza dei Piani di rientro, sembra spesso orientata al mero rispetto di adempimenti documentali, con il rischio di perdere totalmente di vista la missione primaria di tutela della salute del servizio sanitario.

Una recente analisi comparata dei documenti di programmazione di otto Regioni italiane¹⁰ (Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia) ha evidenziato un livello di eterogeneità piuttosto elevato dei Piani sanitari e socio-sanitari sia nella struttura, che nell'articolazione dei contenuti e nella rilevanza attribuita ai differenti ambiti di pianificazione selezionati.

Analizzando il posizionamento strategico delle otto Regioni analizzate rispetto a sei differenti temi (equilibrio economico, assetto istituzionale e *mission* delle aziende, intensità di cura e profilo di utenza, capitale umano e modelli organizzativi, innovazione e prevenzione,

10. Galli D., Lecci F., "Misurare e valutare la strategia nei Piani Sanitari Regionali. L'esperienza dell'ultimo periodo di pianificazione in otto Regioni italiane", in Cantù E. (a cura di) *Rapporto OASI 2010, L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2010. L'analisi sconta il fatto di aver scelto di valutare con gli stessi criteri Piani Sanitari (o Socio-Sanitari) e Piani di Rientro. All'epoca inoltre la Sicilia non si era ancora dotata del Piano Sanitario Regionale 2011-2013.

reti e servizi), emerge una realtà variegata, come rappresentato in tabella 2.

Dalla stessa ricerca emerge inoltre che:

[...] i documenti di pianificazione non aderiscono ad un modello consolidato di definizione delle strategie a partire dall'identificazione delle finalità di fondo, dalla specificazione della missione e dalla declinazione dei problemi strategici. Piuttosto articolano i propri contenuti in termini di iniziative e progetti senza fornire un quadro informativo completo rispetto al livello dei servizi atteso, alle caratteristiche che si prevede assumerà l'ambiente esterno ed alle caratteristiche che si intende far assumere al contesto interno al sistema sanitario regionale. In mancanza di tali elementi, analizzando un piano non è possibile comprendere la rilevanza strategica intrinseca di un ambito di decisione e la valutazione risulta essere comparativa e ordinale rispetto agli altri piani. I documenti analizzati non definiscono il modello di offerta dei sistemi sanitari regionali né lo proiettano nel futuro, piuttosto identificano una serie di interventi rispetto al quale inoltre non viene posta particolare enfasi allo sviluppo di processi di misurazione e valutazione. Lo scenario resta implicito. Così un tema come quello delle reti risulta essere meno rilevante nei documenti di pianificazione strategica di Regioni come l'Emilia Romagna e la Lombardia dove al contrario è risaputo come esso sia assolutamente strategico. Il possibile rischio è che i piani sanitari e sociosanitari non rispecchino il reale stato e di conseguenza il reale posizionamento strategico dei sistemi sanitari regionali.

Tabella 2. Attenzione riservata nei documenti di programmazione regionale a differenti temi strategici

TEMI	PSSR Piemonte	PSSR Lombardia	PSSR Emilia-R.	PSSR Toscana	PSR Lazio	P. di rientro Campania	PSR Puglia	P. di rientro Sicilia
Equilibrio economico								
Contenimento della spesa	alta	bassa	media	bassa	alta	alta	media	alta
Partecipazione del privato al finanziamento	bassa	media	media	bassa	bassa	alta	alta	alta
Assetto istituzionale e ruolo delle aziende								
Ruolo della ASL come soggetto coordinatore del sistema	alta	alta	alta	media	media	bassa	media	bassa
Ruolo del privato nell'erogazione dei servizi	alta	alta	alta	media	media	media	bassa	bassa
Organizzazione dell'offerta per intensità di cura e profilo dell'utenza								
Articolazione dell'offerta per intensità di cura	media	bassa	media	alta	alta	bassa	media	bassa
Articolazione dell'offerta per profilo di utente	media	media	alta	alta	media	bassa	media	bassa
Capitale umano e governo della domanda								
Ruolo manageriale delle professioni sanitarie	media	media	media	media	media	bassa	media	bassa
Governo della domanda	media	media	media	media	media	bassa	media	bassa
Innovazione e prevenzione								
Innovazione	alta	media	alta	alta	media	bassa	bassa	bassa
Prevenzione	alta	media	media	alta	alta	bassa	alta	bassa
Reti								
Rete ospedaliera	alta	bassa	bassa	media	alta	alta	alta	alta
Rete territoriale	alta	bassa	bassa	media	alta	bassa	alta	bassa

Fonte: nostra elaborazione su dati Cergas-Bocconi Rapporto OASI 2010 – Galli D., Lecci F., “Misurare e valutare la strategia nei Piani Sanitari Regionali. L'esperienza dell'ultimo periodo di pianificazione in otto Regioni italiane”

3. La capacità di gestione della spesa sanitaria

3.1. *La “scoperta” del deficit sanitario*

Se la programmazione è lo strumento in cui trovano espressione le decisioni, in una situazione di progressivo razionamento di risorse il governo della sanità si misura anche nella effettiva capacità di gestione. Nei primi anni '90 il processo di aziendalizzazione nasceva proprio dall'esigenza di associare alla spesa sanitaria nuovi strumenti manageriali, in grado di aumentare il livello di efficienza e di controllo nell'utilizzo dei fattori produttivi (costi di personale, beni e servizi). A quasi vent'anni da quelle scelte politiche, il criterio più immediato e sintetico per valutare i risultati raggiunti in quest'ambito è senza dubbio quello del bilancio delle aziende sanitarie e del bilancio consolidato regionale.

Tuttavia può apparire sorprendente come il tema del deficit sanitario delle Regioni per quasi un decennio (1995–2005) sia stato oggetto di un'attenzione molto minore rispetto ad oggi, sia a livello regionale che del governo centrale. Certo, i più attenti osservatori hanno spesso segnalato i rischi di una “regionalizzazione a metà”, che ha consentito per molto tempo, in deroga a quanto già indicato nella legislazione, il sistematico ripiano dei deficit delle Regioni in disavanzo. La vera “svolta” nel sistema si è avuta solo a partire dal 2006–2007, quando in attuazione dell'intesa Stato–Regioni del marzo 2005, le Regioni con un deficit strutturale sono state obbligate alla predisposizione di appositi Piani di Rientro dal deficit e hanno beneficiato di risorse aggiuntive al più sotto forma di prestiti, senza più possibilità di ripiano con trasferimenti dello Stato a fondo perduto¹¹.

11. Si ricorda che la legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008) aveva concesso alle Regioni Lazio, Campania, Molise e Sicilia, che avevano stipulato con lo Stato i citati accordi per il riequilibrio del deficit sanitario, un'anticipazione finanziaria pari a 9.100 milioni di euro, ai fini dell'estinzione dei debiti contratti sui mercati finanziari e dei debiti commerciali cumulati fino al 31 dicembre 2005, da restituire, entro un periodo

Tabella 3. Il risultato di esercizio delle Regioni (anni 2008–2009, migliaia di euro)

Le Regioni virtuose	2008	2009
Marche	34.304	12.788
Umbria	4.199	8.379
Lombardia	96	12.712
Toscana	-2.445	12.712
Chi ha i conti in rosso		
Basilicata	-34.749	-23.632
Friuli Venezia Giulia	-42.125	-67.892
Emilia Romagna	-42.204	-118.36
Valle d'Aosta	-61.532	-38.445
Molise	-82.527	-80.167
Abruzzo	-107.656	-43.362
Liguria	-109.311	-97.457
Veneto	-148.512	-99.457
P.A. Trento	-163.744	-202.228
Sardegna	-184.926	-260.474
Calabria	-189.924	-243.47
Puglia	-219.575	-350.329
P.A. Bolzano	-262.926	-211.576
Sicilia	-352.004	-183.689
Piemonte	-360.004	-387.622
Campania	-826.736	-773.853
Lazio	-1.693.342	-1.417.780

Nota: i disavanzi sono calcolati tenendo conto delle entrate proprie effettive delle regioni, senza considerare le coperture locali e sono comprensivi dei rischi di minori risparmi su alcune voci di spesa calcolati dal Tavolo di monitoraggio.
Fonte: Sole 24 Ore Sanità, 21–27 settembre 2010

E così, quasi come un fatto emergenziale, garantire l'equilibrio economico-finanziario attraverso il tendenziale pareggio di bilancio è diventato obiettivo primario di quasi tutte le Regioni, almeno di quelle sottoposte al vincolo di un rientro programmato e monitorato trimestralmente dal Tavolo tecnico istituito presso il Ministero dell'Economia.

Se completiamo questo scenario con l'innalzamento automatico delle aliquote IRAP e IRPEF per i residenti delle Regioni in disavanzo¹², l'introduzione del meccanismo dei costi standard per il riparto

non superiore a trenta anni.

12. Decreto legge n. 23 del 2007 convertito con la legge n. 64/2007 "Disposizioni

delle risorse alle Regioni e l'entrata a regime, a partire dal 2013, del federalismo fiscale, appare del tutto evidente che la spesa sanitaria (che mediamente assorbe tra il 70% e l'80% del bilancio regionale) è destinata ad essere sempre più il principale ambito di intervento e banco di prova delle capacità di gestione delle Regioni.

Questa improvvisa accelerazione di interventi per il governo della spesa sanitaria può essere analizzata da due differenti prospettive.

Da un lato, come una definitiva presa di coscienza della insostenibilità di un SSN senza meccanismi forti di responsabilizzazione delle Regioni, chiamate a contribuire al contenimento del rapporto deficit/Pil nazionale all'interno dei vincoli dettati dall'Unione Europea. Presa di coscienza che si è tradotta in una spinta apparentemente in controtendenza rispetto al processo di decentramento e di autonomia dei governi regionali avviato da tempo, che trova espressione nel potere di intervento straordinario da parte del governo, ove necessario, per affiancare i governi regionali e imporre il commissariamento e l'adozione di provvedimenti urgenti di risanamento.

Dall'altro lato, però, aver "scoperto" solo nel 2006–2007 l'urgenza di misure selettive per il ripiano dei disavanzi regionali è l'espressione di un deficit di capacità di gestione, largamente diffuso in molti settori dell'Amministrazione, e di una estrema lentezza con cui sono stati introdotti gli strumenti di programmazione e controllo manageriale pur previsti da tutte le riforme avviate nel corso degli anni '90.

Se alcune Regioni oggi appaiono fortemente deficitarie, vuol dire che tutta l'impalcatura dei meccanismi di responsabilizzazione sottesa al processo di regionalizzazione e aziendalizzazione introdotto dal D.Lgs.vo 502/92, con l'obiettivo di sottrarre la gestione della sanità, almeno a livello locale, all'apparato politico e dei partiti, ha funzionato a maglie molto larghe. In altri termini, il principio di *accountability* sotteso al governo della sanità, in cui ciascun livello istituzionale (Stato–Regioni–Aziende sanitarie) assume precisi impegni

urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi".

nei confronti del livello superiore (che per lo Stato è in modo sempre più evidente l'Unione Europea) e rende conto dei risultati raggiunti, ha sinora fallito. Una sorta di meccanismo inerziale ha fatto sì che, pur a fronte di nuove regole e strumenti di governance, almeno sino al 2006 il Paese abbia tollerato comportamenti elusivi, consentendo ad alcune Regioni un innalzamento del deficit senza alcun obbligo di rendicontazione e, parimenti, a molti Direttori Generali di svolgere il proprio compito senza aver dato alcuna evidenza di capacità manageriali. Un sistema fortemente opaco, privo di attenzione ai risultati e soprattutto sottratto all'obbligo di "rendere conto" del proprio operato.

Caso emblematico è senza dubbio quello della Regione Lazio, dove nel 2006 l'emersione del debito pregresso è apparsa come la conseguenza di una inconsistente politica regionale di ristrutturazione del sistema sanitario e dalla totale assenza di efficaci meccanismi di controllo, protrattesi per lungo tempo, sino a consentire addirittura la mancata approvazione dei bilanci di esercizio delle aziende.

Porre riparo "ex post" a queste derive della mala gestione in sanità¹³ è molto arduo e, soprattutto, espressione di una debolezza strutturale degli strumenti di governance. Ma anche in altre Regioni, l'impressione dei cittadini è quella di trovarsi a risultati negativi che vengono resi pubblici solo quando la situazione è oramai fortemente compromessa.

3.2. Le differenze regionali

Dall'analisi comparativa dei dati relativi alla spesa sanitaria condotta dal Ceis Tor Vergata, riferiti all'arco temporale 2004-2008, emergono chiaramente situazioni molto differenti.

Nel 2008 le sole Regioni che hanno registrato un avanzo sono la Lombardia, il Trentino Alto Adige, il Friuli Venezia Giulia, la

13. Questa analisi potrebbe peraltro estendersi ad altri comparti della Pubblica Amministrazione.

Toscana, l'Umbria, e le Marche. In termini di disavanzo pro-capite, il Lazio registra il peggiore risultato di esercizio, con una perdita (278,31 euro) che risulta molto più alta della media nazionale (46,66 euro). Differenza che è costante nell'arco di tutto il quinquennio, pur registrando il Lazio un progressivo miglioramento nel 2007 e nel 2008. Subito dopo il Lazio si posiziona con le sue perdite di esercizio il Molise (203,30 euro), seguito da Valle d'Aosta (120,10), Liguria (70,70 euro), Campania (67,51 euro) e Sicilia (58,84 euro). La Lombardia e il Friuli Venezia Giulia risultano essere tra le Regioni più "virtuose", avendo registrato degli avanzi per ciascuno degli anni considerati. In particolare, nel 2008 in testa alla classifica troviamo la Lombardia nel 2004 (6,30 euro di avanzo pro-capite), il Trentino Alto-Adige (15,19 euro), il Friuli Venezia-Giulia (6,01 euro), Toscana (2,92 euro) Umbria (18,85 euro) e Marche (11,79 euro). Va anche detto che alcune di queste Regioni, come l'Umbria e le Marche, hanno registrato avanzi solo negli ultimi due anni del quinquennio considerato, mentre altre Regioni come Lombardia e Friuli Venezia-Giulia hanno risultati sistematicamente positivi.

Occorre inoltre sottolineare come i risultati di esercizio sopra descritti non prendono in considerazione i ricavi e costi straordinari, rappresentati da sopravvenienze e/o insussistenze attive e passive, e gli oneri finanziari, e soprattutto escludono dal calcolo gli ammortamenti, per effetto della cosiddetta procedura di "sterilizzazione", che colloca nei proventi un importo corrispondente ai costi stimati per tale voce. Ricalcolando il risultato di esercizio al netto della sterilizzazione degli ammortamenti emerge che le performance economiche dei SSR sono sistematicamente negative. Come ben evidenziato nel Rapporto OASI 2010 del Cergas-Bocconi «i dati pubblicati nella Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP), che per il 2008 danno in equilibrio economico nove regioni, riflettono una concezione riflettono una concezione di equilibrio di derivazione finanziaria, che esclude gli ammortamenti. In realtà, solo due SSR (PA di Bolzano e Marche) conseguono l'equilibrio economico

nel 2008; altri sette (più la Calabria, che però pare aver sottostimato le quote di ammortamento) contengono le perdite entro i 50 € pro-capite. Va peraltro sottolineato come il posizionamento relativo dei SSR nella RGSEP sia fortemente correlato a quello fondato sui risultati economici netti propriamente intesi».

Inoltre, “le performance economiche dei SSR sono fortemente differenziate. Particolare criticità rivestono le situazioni del Lazio, del Molise e, seppur in misura minore, di Campania e Abruzzo, oltre che della Valle d’Aosta, che però può contare sulla particolare autonomia finanziaria garantita dallo statuto speciale. Nel Lazio, in particolare, il FSR nel 2008 ha coperto solo l’80% dei costi e il disavanzo ha toccato i 330 € pro-capite.”

3.3. Per una gestione responsabile

A fronte di questo scenario, è lecito chiedersi quali garanzie si possono dare oggi ai cittadini rispetto a due questioni centrali:

- a) che il sistema sia realmente in grado di correggere i suoi errori, intraprendendo la strada di una gestione responsabile, competente e fortemente orientata ai risultati;
- b) che questa improvvisa e tardiva enfasi sul rientro del deficit non abbia come principale ricaduta, in assenza di reali e profonde ristrutturazioni, un mero innalzamento della pressione fiscale e/o una riduzione e un peggioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini.

Rispetto alla prima questione, non vi è dubbio che, da un punto di vista strettamente contabile, il governo del deficit oggetto del Patto per la Salute Stato–Regioni ha prodotto negli ultimi anni evidenti risultati, come si evince anche dalla Relazione della Corte dei Conti per il 2010.

Tabella 4. Risultati di esercizio regionali. Anni 2004-2008

	2004		2005		2006		2007		2008	
Regione	mil. di €	pro-cap.	mil. di €	pro-cap.	mil. di €	pro-cap.	mil. di €	pro-cap.	mil. di €	pro-cap.
Piemonte	-567,50	-132,90	10,24	2,36	-23,57	-5,43	11,26	2,59	-29,86	-6,78
Valle d'Aosta	-13,06	-107,04	-12,92	-105,12	-12,67	-102,17	-12,58	-100,77	-15,13	-120,10
Lombardia	229,08	24,77	206,99	22,04	93,84	9,90	75,25	7,88	60,78	6,30
Trentino A.A.	1,57	1,63	16,08	16,50	-10,02	-10,17	-4,12	-4,14	15,30	15,19
Veneto	46,00	9,91	8,53	1,81	64,33	13,58	21,77	4,56	-42,36	-8,77
Friuli V.G.	4,14	3,45	27,37	22,72	50,35	41,67	34,16	28,17	7,34	6,01
Liguria	-312,53	-198,12	-230,54	-144,79	-97,74	-60,70	-109,71	-68,23	-113,82	-70,70
Emilia-R.	-351,67	-86,18	-8,07	-111,94	-48,16	-11,50	4,14	0,98	-11,14	-2,60
Toscana	-157,09	-44,05	-66,01	-18,35	-134,84	-37,25	1,83	0,50	10,75	2,92
Umbria	-33,66	-39,69	-10,74	-12,51	-43,68	-50,33	1,90	2,18	16,67	18,85
Marche	-150,74	-1090,17	-28,84	-18,99	-35,09	-22,95	13,42	8,73	18,31	11,79
Lazio	-1.060,68	-203,78	-1.701,83	-322,93	-2.011,27	-379,14	-1.688,36	-307,35	-1.547,68	-278,31
Abruzzo	-107,20	-83,36	-181,98	-140,06	-171,22	-131,17	-149,89	-114,44	-69,81	-52,73
Molise	-38,48	-119,60	-71,00	-220,53	-59,10	-184,17	-65,40	-204,33	-65,23	-203,30
Campania	-1.007,34	-174,87	-1.482,72	-256,13	-687,09	-118,65	-616,36	-106,45	-392,32	-67,51
Puglia	3,34	0,83	-352,33	-86,61	-255,65	-62,79	-233,86	-57,46	-204,41	-50,14
Basilicata	-25,10	-42,05	-25,35	-42,49	-20,44	-34,40	-10,88	-18,40	-25,08	-42,44
Calabria	-122,43	-60,87	-83,03	-41,32	-104,84	-52,30	-75,83	-37,95	-88,45	-44,05
Sicilia	-670,51	-134,01	-542,52	-108,22	-842,05	-167,83	-552,90	-110,21	-295,94	-58,84
Sardegna	-209,15	-127,29	-204,20	-123,76	-117,47	-70,95	-10,78	-6,50	-9,46	-5,68
Italia	-4.543,02	-74,48	-4.732,88	-80,96	-4.466,36	-76,02	-3.666,95	-56,94	-2.781,53	-46,66

Tuttavia, sarebbe riduttivo “misurare” la capacità di gestione della spesa sanitaria solo attraverso dati relativi all’andamento delle voci di bilancio. Queste ultime, infatti, possono essere oggetto di tagli lineari o, al contrario, di mirate politiche di razionalizzazione e aumento dell’efficienza, a seconda della capacità di disporre di evoluti sistemi di controllo di gestione. Ed è sempre la stessa Corte dei Conti, nelle Sezioni riunite in sede di controllo, a stigmatizzare le debolezze e le criticità riscontrate, su scala nazionale, dall’attività di analisi dei sistemi contabili e di gestione degli enti del SSN_I (Approfondimento 3)¹⁴.

Dall’elenco delle criticità riscontrate emerge un quadro davvero preoccupante rispetto alla capacità di gestione delle Regioni e delle aziende sanitarie. Certo, andrebbe specificato con riferimento alle singole realtà territoriali, che presentano situazioni fortemente differenziate, ma rimane il dato di fondo, quello di un sistema che in tanti anni non è stato sinora in grado di dare evidenza di una sana gestione economico-finanziaria. Gli stessi strumenti contabili e gestionali adottati sono eterogenei e difforni tra le diverse Regioni, come emerge dalla Relazione della Corte dei Conti ma anche consapevolmente nel Patto per la Salute Stato-Regioni del dicembre 2009, al punto da non rendere sempre facilmente comparabili gli stessi dati.

Difficile, insomma, intervenire sul rientro del deficit e sulla gestione responsabile della spesa sanitaria senza azioni — necessarie seppur tardive — di rafforzamento delle capacità e degli strumenti contabili e gestionali delle aziende sanitarie e delle stessa Regione.

Rispetto alla seconda questione, vale a dire l’impatto reale delle azioni di contenimento della spesa sanitaria, sarebbe opportuno in-

14. Corte dei Conti, Sezioni riunite in sede di controllo, “*Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro enti e organismi*”, Audizione presso la Commissione Parlamentare per l’attuazione del federalismo fiscale sullo schema di d.lgs. n. 339 recante disposizioni per l’attuazione dell’articolo 2, comma 2, lettera h) della legge 5 maggio 2009, n. 42 e successive modificazioni (maggio 2011).

Tabella 5. Conti economici consolidati regionali. Posizionamento relativo delle Regioni in base alle diverse configurazioni di risultato pro-capite (2008)

	Risultato Netto	Risultato di bilancio
Lazio	-330	-309
Molise	-247	-234
Campania	-163	-152
Valle d'Aosta	-144	-102
Abruzzo	-128	-103
Puglia	-110	-99
Sardegna	-110	-103
Liguria	-99	-73
Media nazionale	-93	-72
Basilicata	-88	-57
P.A. Trento	-87	-18
Sicilia	-78	-62
Calabria	-49	-38
Emilia-Romagna	-49	-10
Toscana	-43	-29
Piemonte	-35	-15
Veneto	-35	-35
Lombardia	-34	0
Friuli Venezia-Giulia	-34	14
Umbria	-21	1
Marche	1	12
P.A. Bolzano	5	30

Fonte: Rapporto OASI 2010 Cergas-Bocconi

tegrare il dato contabile con informazioni di altra natura, in grado di valutare la qualità delle prestazioni erogate, la soddisfazione dei cittadini e il loro giudizio sull'affidabilità del Servizio Sanitario Regionale, ma anche la capacità di innovazione delle aziende sanitarie e il grado di sviluppo e qualità della componente professionale.

Molti studi hanno infatti dimostrato che efficienza e qualità non sono necessariamente in antitesi tra loro, e che i sistemi sanitari in grado di fornire migliori livelli di risposta ai bisogni di salute dei cittadini, con efficaci processi di innovazione organizzativa, sono anche quelli che garantiscono migliori performance dal punto di vista economico-finanziario.

È allora necessario che, nei prossimi anni, all'azione di vincolo e di controllo sull'operato delle Regioni sull'andamento della spesa sanitaria sia associata una maggiore verifica dei corrispondenti livelli di innovazione e qualità delle strutture e dei servizi erogati.

Per quanto attiene l'innovazione tecnologica e organizzativa, oggetto peraltro nell'ultimo decennio di tante iniziative premiali e di valorizzazione e diffusione di buone pratiche, emerge spesso dalle analisi una realtà parallela, in cui tanti professionisti e operatori del SSN appaiono quotidianamente impegnati nella realizzazione di progetti di miglioramento di grande valore, sia per i cittadini che per la stessa organizzazione sanitaria. Un universo di rispetto e di piena assunzione dei principi del servizio pubblico, in cui si cerca costantemente di rendere più adeguata la risposta delle strutture sanitarie ai bisogni dei cittadini, in linea con le recenti scoperte scientifiche e tecnologiche e con più evoluti processi di *clinical governance*.

E non mancano anche realtà in cui gli stessi processi amministrativi e gestionali sono oggetto di innovazione e cambiamento organizzativo, espressione di una piena consapevolezza della possibilità di essere "azienda pubblica di servizi".¹⁵

In modo speculare, è necessario sottolineare come alla base di performance economiche negative delle aziende sanitarie e delle Regioni vi sia spesso proprio il deficit di innovazione e di cambiamento organizzativo, sia a livello di aziende sanitarie che di sistema sanitario nel suo complesso: prestazioni territoriali scadenti a causa di mancanza di qualità di processi amministrativi e gestionali (es. nel caso dell'assistenza protesica e integrativa); una scarsa attenzione all'organizzazione delle cure, che diventa un vincolo per gli aspetti

15. Per una disamina in tal senso si rinvia, tra le tante fonti, alle approfondite analisi sui processi di innovazione organizzativa e gestionale delle aziende sanitarie e dei sistemi sanitari regionali annualmente riportate nel Rapporto Ceis Tor Vergata, nel Rapporto OASI del Cergas Bocconi, nelle riviste specialistiche di management sanitario o trattate nei Laboratori promossi dalla Fiaso (Federazione italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere) www.fiaso.it.

clinici (es. basso sviluppo delle reti cliniche e dell'integrazione delle strutture nei percorsi clinico-assistenziali); inefficienze e sprechi nelle (poche) risorse messe a disposizione per l'ammodernamento delle strutture e l'acquisizione di apparecchiature (es. utilizzo parziale delle risorse ex art. 20 Legge 67/88); limitata attenzione ad un uso innovativo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

Deficit di informazione, qualità delle strutture, qualità dell'organizzazione, qualità del personale; variabili la cui gestione è principalmente in capo al Direttore Generale delle aziende sanitarie, perché attengono alla capacità di gestire al meglio le risorse disponibili.

Si assiste peraltro ad un diffuso processo di centralizzazione da parte delle Regioni di funzioni o decisioni precedentemente delegate alle aziende sanitarie, limitando così di fatto l'operato dei Direttori Generali. Processo che, per essere efficace, presuppone da parte della Regione la capacità di disporre e far uso di tutte le informazioni necessarie a gestire le diverse problematiche (es. procedure di gara, razionalizzazione dei costi, programmazione delle assunzioni, accordi con la medicina di base, programmazione con il privato accreditato, etc).

Il rischio è di porre in essere centralmente delle azioni nel tentativo di governare la complessità della gestione frazionata in tante realtà locali, senza tuttavia disporre degli strumenti, delle conoscenze, e talvolta delle competenze in grado di ottenere risultati migliori. Alcuni esempi di "effetti perversi" della centralizzazione possono meglio chiarire questo concetto:

- a) la definizione unilaterale di obiettivi di budget per le aziende sanitarie da parte delle Regioni, che prevedono tagli lineari sui costi di beni e servizi, senza tener conto dei livelli di efficienza pregressi (penalizzando quindi le aziende più efficienti);
- b) la gestione troppo lenta di gare centralizzate che mette in stand-by le aziende o troppo orientata al risparmio, a scapito della qualità di beni o servizi acquistati;

- c) la fissazione di blocchi del turn-over o di procedure autorizzative vincolanti (es. assunzione possibile solo per determinate figure professionali e con una percentuale rigida sul totale di cessazioni) che non riescono a garantire la necessaria flessibilità e capacità di adattamento delle aziende alle specifiche esigenze di gestione operativa dei servizi.

Nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro il rischio che si determinino questi “effetti perversi” è tutt’altro che virtuale, tenuto conto dei vincoli imposti a livello governativo, che a maggior ragione risentono di una distanza dalla realtà locale.

E quindi il danno per i cittadini potrebbe essere così duplice: da un lato quello di disporre di un servizio sanitario con bassi livelli di performance; dall’altro quello di vedere ulteriori riduzioni di risorse e criticità nei servizi dovuti all’obbligo di rispettare i contenimenti di costi imposti dal piano di rientro.

4. Ritardi nella valutazione delle performance

4.1. Nuove risposte a vecchie domande

Il tema della valutazione delle performance è sempre più oggetto di attenzione in ambito sanitario. Non è certo un argomento nuovo, se soltanto si considera la logica di misurazione e controllo dei risultati, a supporto dei processi decisionali, insita nel processo di aziendalizzazione avviato con la riforma dei primi anni '90. Riforma che, al pari dei processi già avviati in altri Paesi già nel corso degli '80, si inseriva nel filone del cosiddetto *New Public Management*.

Allora, come oggi, non sembrava possibile ipotizzare un nuovo modello di programmazione e gestione dei servizi pubblici scollegato da un solido sistema di valutazione dei risultati e, più in generale, delle performance, in grado di rilevare scostamenti dagli obiettivi

attesi e soprattutto di analizzarne le cause, al fine di migliorare, in una logica circolare, il ciclo della gestione.

La stessa introduzione nel 1993 dei Nuclei di Valutazione appariva coerente con questa esigenza, unitamente ad almeno altre due:

- a) quella di responsabilizzare la dirigenza pubblica, associando la valutazione dei risultati di gestione anche a meccanismi sanzionatori o incentivanti legati alla parte variabile della retribuzione;
- b) quella di prevedere un meccanismo di garanzia, dato dalla “terzietà” del soggetto valutatore (il Nucleo, appunto) rispetto all’organo di governo e al personale dell’amministrazione.

E il Decreto n. 286 del 1999, prevedendo l’introduzione obbligatoria del sistema dei controlli interni, inseriva la valutazione dei dirigenti all’interno di un più ampio quadro di controllo strategico e di gestione, colmando un vuoto normativo. Anche l’amministrazione pubblica, al pari di qualsiasi organizzazione privata, doveva essere orientata ai risultati prodotti, secondo criteri di efficienza, efficacia e economicità.

Con un ragionamento analogo a quello condotto nel precedente paragrafo, non si capisce cos’altro era necessario, da un punto di vista normativo, per consentire alle amministrazioni pubbliche di adottare già da oltre un decennio sistemi di controllo di gestione e di valutazione delle performance evoluti.

E invece, a fronte di una persistente debolezza e latenza di nuovi strumenti manageriali, è sopraggiunto il recente decreto n. 150/2009 (la cosiddetta “riforma Brunetta”) che contiene nuove e ulteriori cogenti disposizioni in merito alla misurazione, alla valutazione e alla trasparenza della performance nella Pubblica Amministrazione.

Non è questa la sede per una disamina delle ragioni che hanno condotto a introdurre nuove disposizioni in un ambito già abbastanza regolamentato e dove, ad avviso di chi scrive, le criticità non erano

da ricercare in un vuoto normativo ma semmai in un deficit di competenze e di cultura manageriale nel settore pubblico, che affonda le proprie radici in elementi strutturali (basta pensare al ritardo nei processi di formazione e selezione della classe dirigente e alla prevalente cultura amministrativa del dipendente pubblico).

Così come si potrebbe ragionare sulle ragioni per le quali l'operato dei nuovi Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) introdotti appunto dal Decreto n. 150/2009, dovrebbe incidere in modo più efficace di quanto non abbiano fatto i precedenti Nuclei di Valutazione.

Va peraltro sottolineato come l'ambito sanitario, e in particolare quello delle singole aziende, sia stato e sia per certi versi quello, all'interno del settore pubblico, a più alta intensità di utilizzo di nuovi strumenti manageriali: dai Piani Strategici introdotti già alla fine degli anni '90, al controllo di gestione oramai presente nella quasi totalità delle aziende, a sistemi di contabilità analitica per centri di costo, etc. Non è secondario, peraltro, che le aziende sanitarie siano tra le pochissime organizzazioni pubbliche dotate unicamente di una contabilità economico-patrimoniale, al pari di qualsiasi altra impresa privata.

La riforma introdotta dal Decreto 150 va dunque a modificare un contesto in cui, a differenza ad esempio dei Ministeri o di altre amministrazioni centrali, l'introduzione di strumenti di management non è più "all'anno zero". E non è detto che i nuovi strumenti obbligatoriamente previsti dalla riforma (come il Piano della performance o il Piano della Trasparenza) siano più evoluti degli strumenti già esistenti e adottati in molte realtà per programmare, misurare, rendicontare e valutare il proprio operato.

a) La valutazione come strumento di governance regionale

A prescindere dal contesto normativo, ciò che è importante sottolineare, ai fini del nostro ragionamento, è l'attenzione crescente al

tema della valutazione che caratterizza, pur con approcci e finalità differenti, il dibattito pubblico e i processi di governo del sistema sanitario.

E soprattutto il fatto che il tema della valutazione sia considerato rilevante non solo a livello di singola azienda sanitaria (come valutazione della qualità dei servizi, valutazione del personale, etc.), ma anche e sempre più a livello regionale, come strumento di governo. Le Regioni, in altri termini, se davvero vogliono svolgere una funzione di programmazione e di regolazione del sistema sanitario regionale, garantendo da un lato l'erogazione dei LEA e dall'altro l'equilibrio economico-finanziario, hanno bisogno di dotarsi di strumenti di conoscenza della realtà e di verifica dell'operato di tutti i soggetti del sistema, in una prospettiva multidimensionale.

Un ruolo di valutazione, in questo senso, era stato assegnato alle Regioni già dall'art. 2 del Decreto Lgs.vo 502/92, ma praticato in modo estremamente eterogeneo e parziale (o del tutto disatteso). E molte Regioni arrivano alla riforma federalista ancora fortemente impreparate a questa nuova funzione centrale di valutazione: a titolo di esempio, basta solo pensare alla quasi totale carenza di sistemi di valutazione dei Direttori Generali (attivabili almeno dal 1995-96), solo in parte colmata in questi ultimi anni da prime sperimentazioni, peraltro limitate a poche realtà.

Nel 2006 è stato istituito il Sistema nazionale di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria (SiVeAS) come strumento a supporto del governo centrale, di concerto con le Regioni, per valutare i servizi sanitari su tutto il territorio nazionale.

Ed è significativo che proprio a seguito dell'istituzione del SiVeAS le Regioni abbiano rivendicato il diritto a concepire la valutazione innanzitutto come un'"autovalutazione", così come indicato nel Patto per la Salute sottoscritto a settembre 2006. Lo stesso Patto che, nel ribadire l'importanza della valutazione principalmente come verifica del rispetto degli adempimenti presi, rende ancor più evidente la necessità di introdurre elementi di confronto e di comparazione

delle performance regionali, per poter anche introdurre strumenti di premialità (ad esempio, l'accesso a finanziamenti aggiuntivi).

Ma nonostante questa maggiore attenzione al tema, permane una difficoltà da parte delle Regioni nell'adottare strumenti comuni e soprattutto, per quelle sottoposte al Piano di Rientro, a sottrarsi ad una valutazione prevalentemente, se non esclusivamente, centrata sulle performance economico-finanziarie.

Non c'è dubbio che questo ritardo nella diffusione di sistemi e strumenti di valutazione regionale sia destinato ad essere oggetto di interventi sempre maggiori nei prossimi anni, pena l'impossibilità per le stesse Regioni di rispondere adeguatamente alle nuove sfide imposte dalla riforma federalista.

a) Una realtà in movimento

A testimonianza di questo processo di rafforzamento sviluppo delle capacità di valutazione (e di autovalutazione) dei sistemi regionali possiamo citare, senza nessuna pretesa di esaustività, alcuni recenti spinte in quella direzione.

La prima è l'attenzione centrale al tema della valutazione da parte di Age.Na.S., l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, che su questo tema sta sempre più incentrando la propria *mission* istituzionale di supporto al SSN e ai differenti servizi sanitari regionali. Prova ne è la ricerca condotta nel 2008 sui sistemi di valutazione dei servizi sanitari, che ha consentito una prima mappatura in alcune Regioni italiane (oltre che all'individuazione di alcune esperienze internazionali di rilievo)¹⁶; ricerca che è solo un tassello dell'attività istituzionale che Age.Na.S. sta portando avanti in quest'ambito, con l'obiettivo di dotare finalmente il SSN di un sistema di valutazione multidimensionale unitario, a supporto di tutti i livelli di governo

16. Agenas, "I sistemi di valutazione dei servizi sanitari", Quaderni di Monitor, 1° supplemento al numero 20, 2008.

(nazionale, regionale e locale)¹⁷. Un sistema di valutazione condiviso e con un forte carattere “istituzionale” sarebbe sicuramente una risorsa fondamentale per il servizio sanitario, offrendo a tutti i decisori, ai differenti livelli, uno strumento comune per orientare le proprie scelte in base a dati comparabili, e riferiti a livelli di performance non solo economici, ma anche relativi a efficacia, appropriatezza, grado di umanizzazione delle cure, etc.. Ed è in questa direzione che sembra andare l’operato dell’Agenzia.

Non è peraltro secondaria l’importanza che finalmente si riconosce, nel più ampio quadro delle funzioni di valutazione del SSN, alla valutazione degli esiti delle cure. È stata infatti istituita nel 2010 presso Agenas una *task force* preposta allo sviluppo di attività di valutazione comparativa degli esiti nel Ssn.

Sulla base di quanto già sperimentato con successo in alcune realtà del mondo anglosassone, si tratta di misurare con indicatori selezionati e coerenti le reali capacità di risposta assistenziale delle strutture. Un programma che procede sul solco di positive esperienze già realizzate in molte Regioni come Lombardia, Emilia Romagna e Toscana ed anche Lazio, con il programma P.Re.Val.E.

Un secondo elemento da considerare è l’interesse particolare suscitato dall’esperienza di misurazione delle performance sperimentata già dal 2004 e successivamente consolidata a partire dal 2007 nella Regione Toscana, elaborato dal Laboratorio MeS (Management e Sanità) della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa. Si tratta del cosiddetto modello a “bersaglio”, che misura le performance rispetto a sei dimensioni (livelli di salute della popolazione, capacità di perseguimento delle strategie regionali, valutazione socio-sanitaria, valutazione esterna, valutazione interna, valutazione economico-finanziaria ed efficienza operativa), e lungo cinque fasce di valutazione, consentendo così una lettura immediata e una facile comparabilità delle

17. Si vedano per approfondimenti gli atti del Convegno AIE-Agenas “Metodologie per la valutazione dei Sistemi Sanitari”, Roma, 20-21 maggio 2010.

T - Ausl 10 Firenze
2009

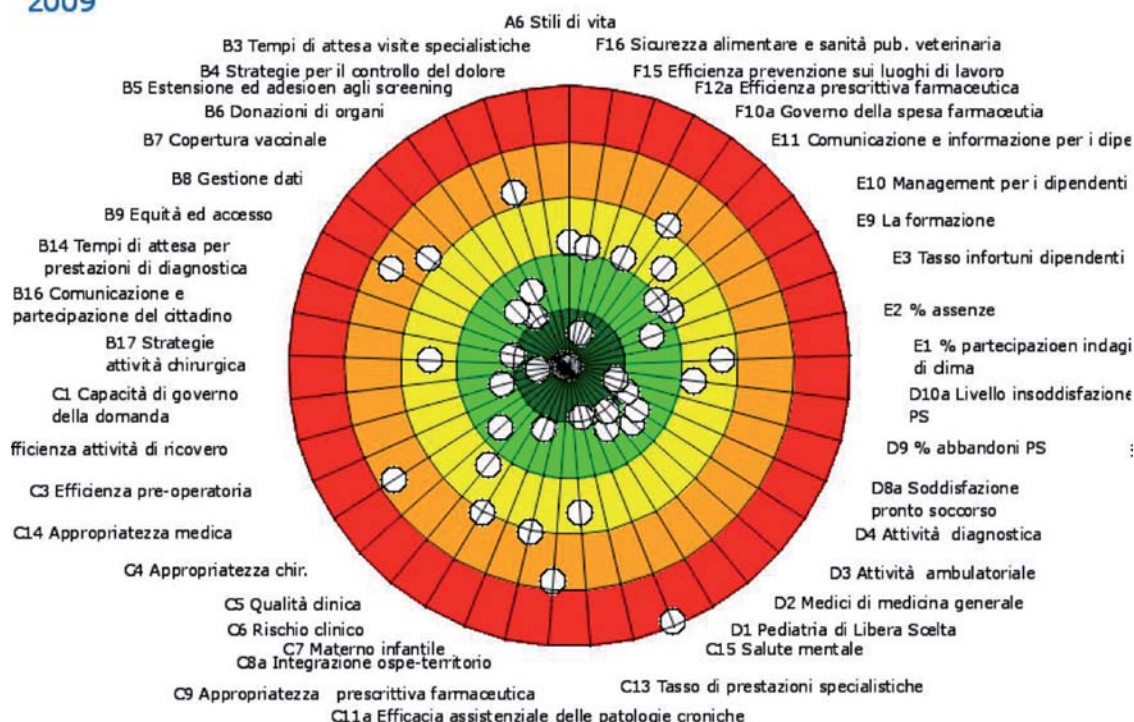


Figura 1. Esempio di applicazione del modello del “bersaglio”

performance tra aziende diverse¹⁸.

Il successo del modello della Regione Toscana è peraltro testimoniato dall'interesse suscitato da parte di altre Regioni, che hanno avviato la sperimentazione della stessa metodologia per la valutazione (tra queste Piemonte e Umbria), ma soprattutto dall'interesse da parte dello stesso Ministero della Salute, che ha commissionato alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa uno studio finalizzato ad applicare un primo set di indicatori comune per tutte le Regioni¹⁹.

18. Nuti S. La performance del sistema sanitario toscano e le modalità di utilizzo del sistema, in Nuti S. (a cura di), La valutazione della performance in sanità, Il Mulino, 2008.

19. I risultati dello studio sono riportati in Nuti S., Vainieri M., Federalismo fiscale e riqualificazione del Servizio Sanitario Nazionale, Il Mulino, 2011.

Tabella 6. Gli indicatori utilizzati nel modello di valutazione elaborato dal Laboratorio MeS (Management e Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

ASSISTENZA OSPEDALIERA
<p>Governo della domanda</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tasso ospedalizzazione Ricoveri Ordinari per acuti per 1.000 residenti – Tasso ospedalizzazione globale per acuti per 1.000 residenti – Tasso ospedalizzazione Day Hospital per acuti per 1.000 residenti – Peso medio DRG Ricoveri Ordinari <p>Efficienza</p> <ul style="list-style-type: none"> – Indice di performance degenza media per acuti – DRG chirurgici – Indice di performance degenza media per acuti – Indice di performance degenza media per acuti – DRG medici – Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati <p>Appropriatezza chirurgica</p> <ul style="list-style-type: none"> – % DRG medici da reparti chirurgici – % colicistomie laparoscopiche in Day-Surgery e Ricoveri Ordinari 0-1 gg – DRG Lea Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery e ordinari 0-1 giorno <p>Appropriatezza medica</p> <ul style="list-style-type: none"> – DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti – Percentuali di ricoveri ordinari medici brevi – Percentuali di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica <p>Qualità clinica</p> <ul style="list-style-type: none"> – % cesarei – % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per stessa MDC corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione RO per acuti nazionale – % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni – % ricoveri medici ripetuti entro 30 giorni – % ricoveri chirurgici ripetuti entro 30 giorni – % fratture femore operate in 2 giorni – Percentuale di fughe in punti DRG
ASSISTENZA DISTRETTUALE
<p>Efficacia assistenziale delle patologie croniche</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) – Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni) – Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
ASSISTENZA FARMACEUTICA
<ul style="list-style-type: none"> – Spesa lorda pro-capite farmaceutica territoriale – Scostamento dalla mediana nazionale dei consumi farmaceutici territoriali di classe A-SSN in DDD/1000 ab die – % sul totale della spesa netta della spesa territoriale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN – % sul totale delle DDD del consumo territoriale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E DI PREVENZIONE

- Grado di copertura per vaccino antinfluenzale per 100 abitanti (≥ 65 anni)
 - Grado di copertura per vaccino MRP (morbillo, rosolia, parotite) per 100 abitanti (≤ 2 anni)
 - Estensione grezza di screening mammografico (50-69 anni)
 - Adesione grezza screening mammografico (50-69 anni)
 - Estensione grezza screening colon retto (50-69 anni)
 - Adesione grezza screening colon retto (50-69 anni)
-

Il Ministero della Salute, peraltro, ed è questo il terzo elemento, negli ultimi anni ha posto la valutazione tra i temi centrali di confronto con le Regioni e nel Patto per la Salute sottoscritto nel dicembre 2009 è previsto l'avvio di un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa che dovrà consentire l'autovalutazione e la comparazione tra Regioni in merito a indicatori di efficienza ed appropriatezza:

- a) Indicatori del rispetto della programmazione nazionale
- b) Indicatori sui costi medi
- c) Standard dei posti letto ospedalieri
- d) Standard del tasso di ospedalizzazione
- e) Standard del costo di personale

È in atto, insomma, un processo di progressiva consapevolezza della necessità di valutare lo stato dei servizi sanitari regionali e soprattutto i differenziali di performance. È come se “d'improvviso” sia apparso evidente che i disavanzi accumulati negli anni in alcune Regioni devono in qualche modo essere ricondotti a differenze strutturali dell'offerta (posti letto, personale) e dell'utilizzo delle stesse (appropriatezza ed efficienza nel consumo di risorse), da indagare con attenzione.

Sembra quindi finalmente fare capolino anche nel SSN, con estremo ritardo, una qualche cultura della premialità, che sia in grado di distinguere tra Regioni “virtuose” e Regioni “inefficienti”²⁰. È

20. Alcuni hanno coniato il termine forte di Regioni “canaglia”, che contiene una

un fatto nuovo, che va senza dubbio apprezzato e sostenuto, soprattutto se si traduce in una forma di stimolo all'innovazione e al miglioramento, condizione necessaria per accedere alle risorse.

Il recente provvedimento che prevede un meccanismo di rimozione dei governatori che non riescono a rispettare i Piani di Rientro²¹, pur andando nella direzione della premialità, sembra più ancorato a logiche di effetto mediatico e politico che non ad un'idea di valutazione. Infatti delle due l'una: se è un meccanismo con il quale si intende veramente valutare l'operato di chi svolge funzioni di governo, allora non si capisce perché non possa essere introdotto obbligatoriamente a tutti i livelli istituzionali (Stato-Regioni-Autonomie locali) e per tutti i settori della Pubblica Amministrazione (anche se l'effettiva applicazione del sistema si espone ad una serie infinita di problemi di ordine metodologico e operativo²²). Se invece è una misura specificamente prevista per i Presidenti delle Giunte Regionali, allora appare del tutto riduttivo ritenere che questo meccanismo di per sé funzionerà, se non associato ad un sistema di valutazione più pervasivo, che non si limiti a valutare il pareggio di bilancio, ma misuri e renda conto di una pluralità di altri fattori della performance, a partire dal rispetto dei LEA, agli esiti delle cure, alla qualità e umanizzazione dei servizi erogati.

Basta considerare un semplice paradosso: la spesa sanitaria può essere ridotta non solo migliorando l'efficienza ma anche riducendo i livelli di servizio e le aspettative dei cittadini²³.

È tuttavia in discussione la possibilità di introdurre il pareggio di bilancio per le amministrazioni pubbliche come norma costitu-

presunzione di intenzionalità nella generazione delle inefficienze.

21. Decreto legislativo che ha avuto approvazione dalla Commissione bicamerale per il Federalismo lo scorso 27 luglio 2011.

22. Chi sarebbe il valutatore? Sulla base di quale criterio univoco e condiviso? Il rischio di intasare ulteriormente i Tribunali Amministrativi Regionali è molto alto.

23. Così come negli enti locali l'avanzo di amministrazione può essere sintomo di una cattiva gestione, incapace di attivare i processi di impegno e utilizzo delle somme pur disponibili.

zionale. È evidente che si tratta di una norma che da sola non può modificare gli assetti strutturali del settore pubblico, ma può senza dubbio rafforzare i meccanismi di responsabilizzazione e gli obblighi di rendicontazione per chi svolge funzioni di governo.

5. Verso il federalismo. Un sistema in cerca di nuovi equilibri

5.1. L'asse perduto della governance

Tutto l'impianto del SSN previsto dalla L. 833/78 si basava sulla presunzione di garanzia di unitarietà e universalità del sistema, dal momento che l'assistenza sanitaria veniva ricondotta all'interno di un unico Fondo Sanitario e un modello uniforme sul territorio nazionale.

Dal punto di vista concettuale, aver previsto un finanziamento della spesa sanitaria a carico dello Stato e una gestione dei servizi a carico delle autonomie locali appariva come un bilanciamento tra l'esigenza di universalità (un nuovo modello di welfare) e di sostenibilità (piccole dimensioni organizzative e decisori "vicini" al cittadino).

Aver posto in capo ai Comuni la funzione di gestione delle USL aveva relegato in secondo piano il ruolo delle Regioni, le quali tuttavia avevano potenzialmente un ruolo di cerniera fondamentale tra la programmazione nazionale e la gestione locale, attraverso un'attività legislativa e di programmazione intermedia.

I limiti di questo assetto, apparsi già alla fine degli anni '80, che hanno condotto all'esigenza di rafforzare la responsabilità del livello regionale e ad abbandonare il modello delle Unità Sanitarie Locali, troppo frammentato (ben 652 USL) e politicizzato sono stati ampiamente trattati nel primo paragrafo.

Ciò che ci interessa sottolineare qui è come sia difficile trovare, ancora oggi, un assetto istituzionale che appaia in grado di perse-

guire in modo equilibrato entrambe le esigenze di universalità e di sostenibilità del sistema sanitario (e congiuntamente del sistema socio-sanitario).

Abbiamo già sottolineato come l'impianto della cosiddetta riforma-bis conteneva già molti contrappesi atti a evitare le derive di una spesa sanitaria determinata solo sullo storico, un ripianamento sistematico del disavanzo e una deresponsabilizzazione sui consumi del livello locale. Le Regioni, infatti, avrebbero potuto (e dovuto) definire modelli istituzionali e di finanziamento del proprio sistema sanitario regionale coerenti con le risorse disponibili e individuato manager capaci di porre mano alla gestione delle aziende sanitarie, con nuove logiche e strumenti di governo aziendale. Peraltro, l'adozione della contabilità economico-patrimoniale e l'introduzione di sistemi di contabilità analitica e di controllo di gestione avrebbero dovuto (e potuto) misurare le performance e gli scostamenti, in modo da comprendere se eventuali disavanzi fossero attribuibili a sottofinanziamento della spesa o, al contrario, a mancanza di efficienza.

E non dovremmo dimenticare che la sanità è stata pioniera nel nostro Paese nell'introduzione di logiche aziendali nel settore pubblico, innovando in modo considerevole rispetto al modello burocratico e alla tradizione centralistica di governo delle funzioni (se solo operiamo un confronto con ad altri "apparati" dello Stato, quali giustizia, fisco e pubblica istruzione). Al punto da sollevare anche un consistente dibattito, proseguito ameno per tutti gli anni '90, se la cosiddetta "aziendalizzazione" non mettesse a rischio la natura stessa del servizio pubblico.

Un "terremoto" amministrativo e istituzionale, insomma, che andava peraltro in quegli anni di pari passo con quello politico, che trasformava il sistema dei partiti tradizionale e, anche a livello locale, portava ad un parziale ricambio della classe dirigente.

In sintesi, la riforma del '92 mirava a riequilibrare il SSN in favore di una maggiore "tenuta" dei conti e di una più consapevole gover-

nance locale, basata su un doppio sistema di confronto Stato-Regioni e Regioni-Aziende. Il primo basato su criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale e sull'individuazione degli obiettivi di salute comuni (Piano Sanitario Nazionale), il secondo sui criteri di finanziamento e di governo delle aziende sanitarie attraverso la definizione di budget e di obiettivi di programmazione regionali, la nomina e la valutazione dei Direttori Generali, la regolazione di sistemi di competizione di quasi-mercato pubblico-pubblico e pubblico-privato.

Una riforma che non metteva quindi in discussione l'impianto a cascata della programmazione nazionale, regionale e locale, ma che costruiva le condizioni istituzionali nei rapporti tra i differenti livelli di governo, per un governo del SSN reale e responsabile.

Anche il modello di governance sotteso al decreto legislativo n. 229/1999 (la cosiddetta riforma "Bindi") era quello della programmazione a cascata, basata su un Piano Sanitario Nazionale e su singoli piani sanitari regionali. Il decreto mirava infatti a rafforzare e a "puntellare" meglio la riforma del '92, senza perdere l'impianto riformatore fondato sul ruolo importante delle Regioni e l'autonomia "imprenditoriale" delle Aziende Sanitarie, nella convinzione che un livello di differenziazione e al tempo stesso di integrazione tra le diverse responsabilità (dal governo centrale sino al singolo Distretto sanitario di base) fosse la soluzione al deficit di governance del SSN.

Quel sistema in realtà non è mai entrato in funzione. A partire già dal 2000, con il decreto legislativo n. 56, e poi nel 2001 con l'accordo Stato-Regioni (8 agosto), il modello di pianificazione a cascata è stato via via superato dall'instaurarsi di un mero ambito negoziale sulle risorse disponibili e sui meccanismi sanzionatori da prevedere in mancanza dei rispetto dei tetti di spesa.

La divaricazione tra capacità di programmazione e di governo della spesa tra Regioni non è stata più colmata, e l'unico criterio di regolazione possibile è apparso un nuovo sistema di accordi attraverso il quale garantire la definizione di regole comuni e condivise. Tra queste, a partire dal 2005 (intesa Stato-Regioni del 23 marzo) la deci-

sione di prevedere un affiancamento del governo alle Regioni con un disavanzo superiore al 7% e l'obbligatorietà per queste di approvare un Piano di rientro sottoposto a monitoraggio periodico presso il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti e il Comitato per la verifica dei Lea, rispettivamente presieduti dal Ministero dell'Economia e dal Ministero della Salute. E, successivamente, il Patto per la Salute del 5 ottobre 2006 ha sancito definitivamente l'impossibilità di ripiano dei disavanzi delle Regioni con deficit strutturali con fondi dello Stato.

Come vediamo, nel giro di pochi anni, tra il 2000 e il 2005 lo scenario cambia radicalmente, e si consolida nel quinquennio successivo. Dall'asse di governance "tradizionale", quello tra Ministero della Salute-Regioni e Aziende Sanitarie, si passa radicalmente ad un asse nuovo, quello tra Stato e Regioni, e in particolare ad una governance verticale Ministero dell'Economia-Regioni. Sia a livello centrale il Ministero della Salute, nella sua funzione di programmazione e indirizzo, sia a livello locale le aziende sanitarie, nella loro funzione di gestione e organizzazione dei servizi ai cittadini, appaiono sempre più gli elementi "deboli" del sistema, che perdono potere e anche, in un certo senso, un'identità precisa.

Circa l'indebolimento delle aziende sanitarie, prova ne è il dibattito in corso da quasi un decennio in merito alla progressiva centralizzazione di funzioni da parte delle Regioni e al futuro delle Aziende stesse²⁴.

In merito, invece, all'indebolimento del ruolo del Ministero della Sanità, possiamo trovare evidenti segnali nella progressiva perdita di attenzione del governo circa la definizione, verifica e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, in favore invece di un dibattito molto più pregnante sul contenimento della spesa, la definizione dei

24. Una interessante riflessione di sintesi è contenuta nei risultati della ricerca del Laboratorio FIASO "Logiche di governo del SSN", coordinata dal prof. Del Vecchio e presentata a Roma il 7 luglio 2011 (<http://www.fiaso.it>). Cfr. anche il Rapporto Ceis Sanità 2006, "Il governo del sistema sanitario".

costi standard e l'attuazione dei Piani di rientro.

Un sistema, insomma che sembra irreversibilmente portato a considerare come unica variabile indipendente l'entità del fondo a disposizione delle Regioni (oggetto di confronto nella Conferenza Stato-Regioni), lasciando a queste ultime il compito di garantire, con le somme a disposizione, l'erogazione di adeguati e uniformi livelli essenziali di assistenza.

Un governo quindi essenzialmente economico, che si rafforza introducendo anche un vincolo premiale (legge finanziaria 2007) in base al quale l'assegnazione del 3% della somma spettante a ogni Regione è condizionata dalla verifica del rispetto dei vincoli imposti dalla programmazione finanziaria.

Il Patto per la Salute del 3 dicembre 2009 conferma questo andamento negoziale fortemente centrato sulla definizione delle risorse e su impegni per una loro ulteriore razionalizzazione (es. sulla spesa farmaceutica o di personale). Per comprendere il peso degli argomenti economici dell'intesa rispetto ai temi relativi all'assistenza è sufficiente scorrere l'indice del documento; dalla lettura peraltro si evince che mentre sugli aspetti di governo della spesa gli impegni sono puntuali, per gli aspetti relativi ai Livelli di assistenza (es. artt. 9, 10 e 15) di fatto si rinvia ad altri e successivi accordi e provvedimenti.

Il Ministero della Salute sembra alla ricerca di un nuovo spazio autonomo²⁵ ma in realtà ogni operazione di intervento sulla governance del sistema è debole, visto lo spazio residuale del Dicastero rispetto a decisioni che comportano profili di carattere finanziario (incluse le decisioni in merito alla compartecipazione alla spesa).

Una governance "perduta", o in un certo senso "scippata" dal Ministero dell'Economia, che può anteporre il vincolo di bilancio ad ogni ulteriore scelta di politica sanitaria a livello centrale.

25. Come nella recente convocazione degli Assessori alla Salute del 20 luglio 2011 per l'applicazione dei ticket previsti dalla manovra finanziaria.

5.2. *Sanzionare il disavanzo o l'incapacità di mettere in atto politiche pubbliche efficaci?*

Ai fini di una riflessione sulla governance del SSN, può essere utile riflettere su quanto prevede l'articolo 120 della Costituzione: "Il Governo può sostituirsi a organi delle Regioni, delle Città metropolitane, delle Province e dei Comuni nel caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali. La legge definisce le procedure atte a garantire che i poteri sostitutivi siano esercitati nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione."

Come noto, questo articolo ha trovato di recente una ferma — e per certi versi innovativa — applicazione nel nostro ordinamento con riferimento ai rischi derivanti dalla crescita del disavanzo in alcune Regioni del Sud, Lazio e Campania in testa.

Tuttavia va anche sottolineato che nessuno ha invocato la necessità di tale intervento a seguito, per anni, della mancata adozione di Piani Sanitari Regionali o di provvedimenti in grado di adeguare la rete di offerta o a seguito, addirittura, della mancata approvazione dei bilanci delle ASL.

Se l'intervento dello Stato lo intendiamo come sostitutivo a chi non sta esercitando adeguatamente il dovere di amministrare a seguito di un mandato ricevuto dai cittadini, al punto da arrivare a compromettere la tutela dell'unità giuridica ed economica dello Stato, sorprende che l'inerzia o il malaffare di alcune amministrazioni regionali siano stati sanzionati solo con riferimento al debito.

Una maggiore attenzione al merito delle politiche regionali avrebbe potuto "prevenire" in qualche modo le gravi situazioni di squilibrio emerse a partire dal 2006, o quanto meno prevedere misure di

affiancamento forti per garantire il pieno rispetto della normativa e degli obblighi di legge. Oggi invece si usa la mano forte nei confronti di alcune Regioni, forse arrivando addirittura a compromettere la stessa capacità di risanamento e di autodeterminazione, nel momento in cui si svuota di ogni potere l'organo legislativo ed esecutivo regionale, subordinato alle decisioni unilaterali e insindacabili del Commissario²⁶.

Dipanare il groviglio di conflitti istituzionali che tutto questo sta comportando è compito che lasciamo agli addetti ai lavori, amministratori e costituzionalisti, ma dal punto di vista civico il fenomeno merita alcune considerazioni.

Ciò che appare problematico, infatti, non è tanto il diritto dello Stato, in un sistema regionalizzato e federalista, ad esercitare un ruolo forte, di garanzia dell'unità nazionale, ma il fatto che l'unica leva che lo giustifichi o legittimi sia quella economica, laddove il dissesto nei bilanci è espressione di un deficit di governo e di politiche pubbliche che parte da molto lontano.

Ciò implica che ogni prospettiva di sviluppo, riqualificazione e rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, o lo stesso dibattito sul "futuro del SSN" conosca oggi due percorsi paralleli:

- a) da un lato le comunità scientifiche e professionali, o le stesse associazioni e organizzazioni civiche, che interpretano dal basso o con riferimento alle attese degli operatori e dei cittadini una esigenza di rinnovo e, se possibile, di rilancio di un servizio pubblico universale e sostenibile;
- b) dall'altro il livello politico-istituzionale di governo, che ragiona essenzialmente su saldi di bilancio (andamento e monitoraggio

26. Come ribadito dalla recente sentenza della Corte costituzionale n. 2/2010, che ha ritenuto illegittima la legge della Regione Lazio n. 14 del 2008, impugnata dal Governo per violazione anche dell'art. 120 della Costituzione, in quanto per la corte le prerogative del Consiglio regionale non possono essere esercitate in danno dei poteri attribuiti al Commissario, quale organo straordinario dello Stato, che prevalgono.

della spesa) e riduzione della spesa, materia tutta in mano al Ministero dell'Economia attraverso il suo Tavolo tecnico di monitoraggio.

A conferma di questa riflessione possiamo citare l'enfasi con la quale si parla dei costi standard come lo strumento centrale di riequilibrio dei conti e recupero di efficienza in sanità, come se il buon funzionamento del SSN fosse determinato da un criterio di riparto e non anche — e soprattutto — dalla qualità delle politiche messe in atto dalle Regioni.

In questa governance sbilanciata si avverte l'esigenza di riequilibrare il rapporto tra i livelli istituzionali affiancando alla prospettiva economico-finanziaria nuove logiche di governo sanitario, più vicine alle attese dei cittadini e degli stessi operatori del SSN.

È qui probabilmente la sfida che si pone per i prossimi anni, almeno per tre importanti attori del sistema:

- a) il Ministero della Salute, attraverso il supporto tecnico di Agenas e Aifa, e in accordo con le Regioni, per affrontare i temi di politica sanitaria e di qualità dell'assistenza in modo nuovo, non solo come fattori di spesa, ma come fattori di efficacia e qualità di vita; l'attenzione ai temi della valutazione degli esiti delle cure, ad esempio, si colloca in questa nuova prospettiva, in cui è possibile coniugare efficienza ed efficacia delle strutture e dei servizi;
- b) le Aziende sanitarie, rimaste in un certo senso “a metà del guado”, ma che rimangono il principale livello nel quale esercitare il “governo dei professionisti” e la necessaria innovazione organizzativa, con cui attuare il governo clinico e la presa in carico dei cittadini, attraverso percorsi diagnostico-terapeutici reali e rendicontati;
- c) i cittadini, sempre più in grado di uscire dalla semplice dimensione di destinatari dei servizi, proponendosi anche come parte

integrante del sistema di erogazione, dei processi decisionali e valutatori della qualità delle strutture, dei servizi e delle stesse politiche sanitarie.

5.3. La centralità del dibattito sui costi standard: un deficit di prospettiva?

I prossimi anni saranno decisivi per capire se il federalismo fiscale sarà in grado di salvaguardare nel nostro Paese sia l'equilibrio economico che adeguati livelli di qualità del SSN, considerata anche la situazione assai critica del bilancio dello Stato e la debole crescita dell'economia italiana.

Nessuno ha ricette. Ma proprio per questo il rischio che il tema dei costi standard generi una retorica vuota o una definitiva perdita di vista del senso e della direzione della riforma del SSN è molto forte.

In primo luogo, è ancora in corso un dibattito in un certo senso "preliminare" su cosa sono i costi standard e come interpretare la nozione stessa di fabbisogno sanitario, che sembra non avere più nulla a che vedere con la nozione di bisogni di salute. Il termine fabbisogno utilizzato dal MEF indica le risorse destinate alla sanità, considerate come variabile esogena indipendente; l'applicazione di parametri di costo standard consente quindi di determinare il fabbisogno di ogni singola Regione in termini di equo riparto, non di equa disponibilità in funzione delle caratteristiche della popolazione o dei bisogni sanitari da questa espressi o dei livelli di assistenza cui possono legittimamente aspirare.

Nella prima fase istitutiva del SSN il fabbisogno sanitario era di fatto dato dal consumo, generato da un incontro non governato tra domanda (espressa, non espressa) e offerta (appropriata, non appropriata, etc.). La spesa storica diventava così una variabile dipendente dai consumi.

Sempre più a partire dal 2000, e definitivamente e irreversibilmente dal 2005, il fabbisogno sanitario è stato definito attraver-

so la negoziazione delle risorse disponibili in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Con il decreto legislativo n. 68/2011 (artt. 25 e ss.) il concetto di fabbisogno cambia ulteriormente e, associato a quello di costo standard, diventa per ciascuna Regione il “pezzo della torta” che spetta, definito non in termini assoluti, ma in termini relativi, rispetto al pezzo che spetta alle altre Regioni.

Il concetto di LEA, pur richiamato nel Decreto, diventa del tutto virtuale, utile a mantenere un’idea di garanzia, quasi un richiamo all’appropriatezza utile a ricordare la necessità di utilizzare al meglio le risorse di cui si dispone.

La logica del federalismo fiscale che sembra profilarsi, dal punto di vista del governo centrale, è molto chiara: responsabilizzare totalmente le Regioni su entrate e uscite e vicariare/controllare il rispetto dei parametri. Una logica essenzialmente ragionieristica, che non è in grado di entrare nel merito delle scelte di politica sanitaria (come potrebbe?), ma che monitora se le misure adottate sono sufficienti o meno, più o meno come fa l’Unione Europea nei nostri confronti.

Il commissariamento certo è più di una semplice “moratoria”, ma pesa di fatto come una minaccia sulle Regioni, come unica modalità per evitare che si ripeta ciò che per tanti anni è stata una prassi — ameno in alcune realtà — quella di non dover rendere conto del proprio equilibrio finanziario.

Si evoca anche un federalismo solidale, ma si persegue di fatto un federalismo competitivo, tenuto conto che l’unica variabile in gioco è l’equilibrio finanziario delle Regioni, in cui ciascuna ha interesse a utilizzare al meglio le risorse che ha²⁷.

Si tratta in ogni caso di meccanismi di regolazione ancora molto teorici, e che si prestano a dibattiti accademici e politico-istituzionali,

27. Alcuni studiosi segnalano la possibilità anche di una progressiva “sterilizzazione” del meccanismo perequativo oggi vigente. Si veda l’analisi attenta di Federico Spandonaro riportata in http://www.quotidianosanita.it/articolo_eventi.php?approfondimento_id=1070.

se non addirittura a dichiarazioni “profetiche”, senza possibilità di riscontro.

I primi sei mesi del 2011 sono stati caratterizzati da un susseguirsi di studi, analisi e proiezioni e simulazioni sull'applicazione del costo standard, che hanno preceduto e seguito l'approvazione del Decreto Lgs.vo n. 68 del 6 maggio 2011.

Nel febbraio 2011 un dossier elaborato dal Servizio Studi della Camera dei Deputati individua alcune criticità nel meccanismo di utilizzare una Regione per area geografica e una di piccola dimensione. Il motivo è che “il legislatore sembrerebbe propendere verso l'individuazione di un livello medio regionale di prestazioni, indipendentemente dalla loro efficienza e appropriatezza”.

Nel mese di giugno 2011 il Cerm di Padova pubblica un Rapporto in cui l'Umbria risulta essere la Regione benchmark, in base a un mix di capacità di controllo della spesa e qualità dei servizi. La Regione del centro è affiancata dal Friuli-Venezia Giulia e precede di poco Marche, Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana, mentre Campania, Sicilia, Puglia, Calabria e Lazio sono le peggiori. Secondo il Cerm, se tutte le Regioni avessero le stesse performance dell'Umbria, si potrebbero risparmiare 12 miliardi di euro l'anno²⁸.

Si tratta di analisi economiche estremamente accurate, ma che non risolvono comunque la questione di fondo, in merito a “coma cambia il SSN”.

La realtà infatti è che i sistemi sanitari regionali non cambiano per decreto o — quanto meno — l'effetto dei nuovi decreti non è affatto scontato, se non si creano le condizioni per un cambiamento strutturale delle politiche sanitarie.

A parere di chi scrive, la principale incognita del federalismo fiscale non risiede nei meccanismi applicativi dei costi standard, oggetto di particolare attenzione, ma sulle misure che le Regioni dovranno

28. Il cosiddetto «SaniRegio 2011», Rapporto Cerm dal titolo *Le differenze regionali nella governance della spesa sanitaria. La Sanità alla sfida del Federalismo*, a cura di Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno, Working paper n. 2/2011.

(e sapranno) mettere in campo per governare la spesa, soprattutto laddove oramai il deficit appare strutturale e difficilmente risanabile in uno-due anni.

È possibile che tali misure, quali la compartecipazione dei privati alla spesa, l'incremento delle aliquote fiscali o l'introduzione di nuovi tributi siano in futuro molto gravose per i cittadini e non necessariamente risolutive, perché non modificano l'assetto strutturale del sistema, ma servono solo a "fare cassa", replicando un modello che scarica sul futuro la soluzione dei veri problemi.

Basta considerare il ritardo, ben evidenziato nella seconda parte del Rapporto, con cui si dà attuazione al riequilibrio della rete di offerta tra strutture di ricovero, al potenziamento della rete territoriale, alla gestione delle cronicità, alle politiche di accreditamento delle strutture.

Sul fronte dei tagli, anche a fronte di una diffusa e condivisa necessità di condurre una "lotta agli sprechi", si assiste sempre più a misure lineari e non oggetto di particolare attenzione nelle implicazioni sui servizi, che possono generare ulteriori problemi di sostenibilità organizzativa dell'assistenza e di qualità delle prestazioni erogate. Pur disponendo spesso di tutti i dati necessari ad assumere corrette decisioni, è difficile mettere in atto misure selettive di riduzione dei costi che non impattino sui servizi che devono essere invece garantiti o, se possibile, potenziati.

Non secondario, peraltro, l'effetto ulteriore di inibizione dello sviluppo economico che secondo autorevoli studiosi genera il taglio della spesa sanitaria, principale volano di crescita in molti settori dell'economia, spesso anche a livello regionale e locale²⁹.

Per questo è importante trovare il modo di "accendere i riflettori" sulle Regioni, portando avanti la cultura della valutazione e della misurazione delle performance dei sistemi sanitari regionali.

Questo peraltro anche per scongiurare il rischio che il sistema

29. Frey M., Meneguzzo M., Fiorani G., "La sanità come volano dello sviluppo economico", Ets, 2010.

vada verso una deriva definitiva, in cui il federalismo sia considerato da tutti una soluzione, mentre invece appare un “problema” da governare e rendere coerente con le finalità di universalismo e sostenibilità del nostro sistema di welfare.

In realtà, come dimostrano anche le stesse analisi del Cerm, i differenziali di volumi e di qualità delle prestazioni tra le Regioni sono molto superiori ai differenziali di costo.

Approfondimenti

Approfondimento 1.

L'attività Parlamentare in tema di disavanzi sanitari regionali

Con la legge finanziaria 2005 e con la successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati introdotti una serie di adempimenti per le Regioni con un bilancio sanitario in deficit. In particolare, l'articolo 1, comma 174 della legge n. 311/2004, ha stabilito che, in caso di disavanzo di gestione del servizio sanitario regionale che persista nel quarto trimestre dell'anno, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la Regione ad adottare i provvedimenti necessari entro il 30 aprile dell'anno successivo; qualora la Regione persista nella propria inerzia, il Presidente della Giunta regionale, in qualità di commissario ad acta, determina il disavanzo di gestione ed adotta i necessari provvedimenti per il ripianamento, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale Irpef e le maggiorazioni dell'aliquota Irap entro i limiti previsti dalla normativa vigente. In caso di inerzia da parte del commissario ad acta entro il 31 maggio, nella regione interessata, con riferimento agli anni di imposta 2006 e successivi, si applicano comunque, nella misura massima prevista dalla vigente normativa, l'addizionale Irpef e le maggiorazioni dell'aliquota Irap. Scaduto il termine del 31 maggio, i provvedimenti del commissario ad acta non possono avere ad oggetto l'addizionale e le maggiorazioni d'aliquota

delle predette imposte. La legge finanziaria 2010, in caso di inerzia da parte della Regione commissariata, ha previsto i seguenti ulteriori vincoli: il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale per due anni (fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso) e il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo. La legge finanziaria 2010 prevede, inoltre, che gli atti emanati e i contratti stipulati in violazione del blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie sono nulli e che, in sede di verifica annuale degli adempimenti previsti, la regione interessata deve inviare una certificazione, sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente e dal responsabile del servizio finanziario, attestante il rispetto dei predetti vincoli. Per quanto riguarda la definizione dello standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, la legge finanziaria 2010 ha stabilito il nuovo livello del 5 per cento, ancorché coperto dalla Regione, ovvero il livello inferiore al 5 per cento, qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo. Nel caso di raggiungimento o superamento di detto standard dimensionale, la regione è obbligata a presentare entro il successivo 10 giugno un piano di rientro di durata non superiore al triennio, elaborato con l'ausilio dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della citata legge finanziaria 2005. Il suddetto piano di rientro deve contenere le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza e le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso. Attualmente, le Regioni che hanno dovuto predisporre i Piani di rientro sono il Lazio, la Campania, la Sicilia, la Liguria, la Sardegna, l'Abruzzo, il Molise, la Calabria il Piemonte e la Puglia, tra le quali, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Campania e la Calabria, sono state commissariate. Dal 2007, per effetto dell'articolo 1, com-

ma 836 della legge n. 296/2006 (legge finanziaria 2007), la Sardegna provvede al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale sul proprio territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato. La legge finanziaria 2010 ha stabilito che il piano di rientro, approvato dalla regione, è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio (STEM) e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome nei termini perentori, rispettivamente, di 30 e di 45 giorni dalla data di approvazione da parte della regione. Il Consiglio dei ministri, decorsi i termini di cui sopra, accerta l'adeguatezza e, in caso di riscontro positivo, approva il piano, con immediata efficacia ed esecuzione. In caso di riscontro negativo, ovvero in caso di mancata presentazione del piano, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, nomina il presidente della regione commissario *ad acta* per la predisposizione, entro i successivi trenta giorni, del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano stesso. A seguito della nomina del commissario *ad acta*:

- a) oltre all'applicazione automatica delle misure previste dal citato articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004, come modificato dall'articolo 2, comma 76 della legge finanziaria 2010, sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e, sempre in via automatica, decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente;
- b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina del commissario *ad acta*, sono incrementate in via automatica, in aggiunta al livello massimo previsto per legge, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota IRAP e di 0,30 punti percentuali IRPEF, rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dal citato articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004.

*Approfondimento 2.**Dalla Relazione della Corte dei Conti Sezione delle Autonomie sulla Gestione finanziaria delle Regioni Esercizi 2009-2010*

Con oltre 111 miliardi su 147 (secondo i dati forniti dalle Regioni ai fini delle verifiche del Patto di stabilità), nel 2010 la sanità impegna il 75,4 per cento della spesa corrente complessiva, ed è la causa principale dei pesanti disavanzi che oramai hanno coinvolto metà delle Regioni in Piani di rientro. Il Patto per la Salute, quale strumento di governance del SSN, costituisce il principale documento di programmazione finanziaria e di responsabilizzazione delle Regioni nell'obiettivo di erogare i LEA secondo criteri di efficienza gestionale e qualità dei servizi, si è dimostrato efficace nel frenare il tasso di crescita della spesa sanitaria in rapporto al PIL. La spesa sanitaria che, nel periodo 2000/2006 rappresentava l'8 per cento del PIL, nell'ultimo quadriennio si stabilizza intorno al 7 per cento. Nel 2010, la spesa per il SSN è stata pari a 113,5 miliardi di euro (dati di preconsuntivo al IV trimestre), con un risultato che migliora di 1,5 miliardi le stime contenute nella decisione di finanza pubblica 2011—2013. Nel 2010 la spesa sanitaria, in valore assoluto, cresce del 2,7 per cento rispetto all'anno precedente; nel rapporto pro capite la spesa è pari a 1.880 euro, con un incremento del 2,2 per cento rispetto al precedente esercizio 2009. È stata rilevata una riduzione del 28,5% del disavanzo complessivo, per la maggior parte imputabile alla Regioni sottoposte a Piano di rientro. Dall'analisi emerge comunque il perdurare del disavanzo in 12 Regioni e Province autonome: Valle d'Aosta, Trento, Veneto, Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna. Anche nel 2010, infine, i disavanzi si sono concentrati soprattutto nell'area del Centro-Sud.

Approfondimento 3

Corte dei Conti

Sintesi delle criticità emerse nell'attività di controllo sugli Enti del Servizio Sanitario Nazionale (delibere 2009 e 2010)

Criticità riguardanti la programmazione e il controllo

- a) Scarsa attenzione alla fase di programmazione (mancata predisposizione del bilancio di previsione, mancata richiesta al Collegio sindacale del parere sul bilancio di previsione stesso).
- b) Scarsa capacità di previsione (risultati di rendiconto che per molte voci si discostano sensibilmente dai valori a preventivo); sottostima dei costi preventivati.
- c) Mancato rispetto del vincolo di pareggio del bilancio economico di previsione, sforamento del disavanzo rispetto alla perdita autorizzata.
- d) Mancata adozione dell'atto aziendale e/o mancata approvazione da parte della Regione.
- e) Assenza di contabilità analitica e per centri di conto e comunque di sistemi di monitoraggio dei costi, e quindi mancato confronto con i rendimenti e con i risultati.
- f) Incapacità della direzione di spiegare gli scostamenti tra risultati e obiettivi prefissati e di individuare le cause di perdite anche rilevanti.
- g) Assenza o scarsa significatività delle misure indicate dalla direzione degli Enti sanitari finalizzate alla copertura delle perdite, spesso limitate alla richiesta di maggiori assegnazioni.
- h) Scarsa o nulla considerazione delle osservazioni svolte dal Collegio sindacale e, in alcuni casi, mancata richiesta di pareri (ad es. sui fondi per la contrattazione integrativa).
- i) Il Collegio non si avvale degli organi/organismi di controllo interno di cui al D.Lgs. 286/99.

Criticità riguardanti la rappresentazione contabile:

- a) per il confronto dei dati Problemi di confronto ed omogeneità tra i conti degli Enti sanitari e quelli regionali. Difformità tra i modelli ministeriali e i documenti di bilancio degli Enti; disomogeneità in ordine alla classificazione e all'aggregazione di alcune poste di bilancio. Discrasie nei dati indicati nelle relazioni dei Collegi sindacali che rendono necessarie articolate istruttorie. Non omogenea informatizzazione sul territorio.
- b) per la rappresentazione veritiera e corretta Costi del personale: sottostima dei costi dovuta all'allocatione di voci quali incentivi e competenze accessorie maturate, ma non ancora corrisposte degli oneri relativi ai rinnovi contrattuali e del costo delle ferie maturate e non godute, tra le sopravvenienze passive, senza specificazione della loro natura. Mancati accantonamenti obbligatori in bilancio per importi relativi alle ferie maturate e non godute, per incrementi contrattuali di competenza e per rischi relativi a contenzioso del personale, anche in costanza di vertenze in corso. Compensazioni tra posizioni debitorie e creditorie nei confronti dell'istituto tesoriere. Il bilancio d'esercizio non viene sottoposto a certificazione contabile (L. n. 266/05, art. 1, comma 291).

Criticità riguardanti la gestione:

- a) gestione economica Situazioni di deficit strutturale in molte aziende: si rileva una sostanziale "deresponsabilizzazione" nella gestione dei costi. Costi di produzione: sfioramento del vincolo alla crescita. Costi del personale: sfioramento dei vincoli alla crescita (art. 1, comma 565, lettera a, della legge 296/2006). Forte dinamica di crescita della spesa per consulenze e collaborazioni, in alcuni casi a fronte della riduzione dei costi del personale dissimulando rapporti di lavoro atipici. Mancato

rispetto dei vincoli alla spesa Spesa farmaceutica: sfioramento dei vincoli di crescita della spesa. Mancanza di programmazione annuale delle procedure di affidamento e lunghezza dei tempi di conclusione delle gare. Uso improprio degli istituti del rinnovo e della proroga. Sforamento dei limiti imposti dalle Regioni.

- b) gestione patrimoniale e finanziaria Mancato ripiano dei disavanzi relativi agli esercizi precedenti, non coperti ma portati a nuovo di anno in anno, che incide sulla situazione finanziaria degli Enti. Carenze e gestioni lacunose degli inventari, mancato aggiornamento dell'inventario patrimoniale. Ricorso ad anticipazioni di tesoreria, per fronteggiare impegni assunti, spesso inestinte al 31 dicembre, con conseguente crescita di interessi passivi che rappresentano una voce di costo significativa nei bilanci aziendali. Scarse informazioni fornite su partecipazioni in Enti, agenzie, aziende, consorzi, alcune delle quali evidentemente estranee ai fini istituzionali dell'Ente.
- b₁) indebitamento Elevato indebitamento, con dinamica di crescita, in particolare dei debiti verso fornitori cui associano spesso tempi lunghi di pagamento, con conseguente crescita di interessi moratori e frequente ricorso ad onerose anticipazioni di tesoreria. Sofferenza di liquidità e incapacità a fronteggiare i debiti, anche a fronte di progetti volti a fronteggiare il problema dell'indebitamento e dei tempi di pagamento, con la conseguente probabile ripresa di azioni legali per il recupero forzato dei crediti. Necessità di procedere, a causa dell'elevato indebitamento, soprattutto nelle Regioni soggette ai Piani di rientro, a ricognizione della posizione debitoria, attraverso riscontri amministrativo-contabili incrociati e operazioni transattive con i fornitori, tese ad ottenere la dilazione dei debiti, maggiorati di un indennizzo forfetario, a fronte della rinuncia da parte dei creditori ad azioni legali, agli interessi di mora, alla rivalutazione monetaria ed agli ulteriori costi ed oneri

maturati fino alla data della stipula degli accordi transattivi. Necessità di procedere alla riconciliazione delle posizioni debitorie e creditorie nei confronti della Regione, esposte nei bilanci degli Enti del SSR. Ricorso alla cartolarizzazione dei debiti verso fornitori trasformati in debiti a lungo termine con conseguente spostamento del futuro onere dello squilibrio nei bilanci. Dall'osservazione dei bilanci e dei dati contabili è emersa non di rado la difficoltà di ricostruzione della situazione debitoria alla luce di incongruenze nei dati relative alle certificazioni dei debiti. La stima delle situazioni debitorie delle Regioni in eccesso di deficit ha presentato molti elementi di incertezza per l'incapacità complessiva di riferirsi a contesti certi e determinati.

Approfondimento 4.

La valutazione degli esiti in Sanità (fonte: Regione Lazio, Dipartimento di epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale)

La valutazione degli esiti degli interventi sanitari, può essere definita come “stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari”. Obiettivi principali possibili sono:

- a) Valutazione osservazionale dell'efficacia “teorica” (efficacy) di interventi sanitari per i quali non sono possibili/disponibili valutazioni sperimentali (RCT);
- b) Valutazione osservazionale dell'efficacia “operativa” (effectiveness) di interventi sanitari per i quali sono disponibili valutazioni sperimentali di efficacia;
- c) Valutazione comparativa tra soggetti erogatori e/o tra professionisti e tra ASL, con applicazioni possibili in termini di accreditamento, remunerazione, informazione dei cittadini/utenti, con pubblicazione dei risultati di esito di tutte le strutture per

- “empowerment” dei cittadini e delle loro associazioni nella scelta e nella valutazione dei servizi;
- d) Valutazione comparativa tra gruppi di popolazione (ie per livello socioeconomico, residenza, etc), soprattutto per programmi di valutazione e promozione dell’equità;
 - e) Individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano esiti, ad esempio: stimare quali volumi minimi di attività sono associati ad esiti migliori delle cure e usare i volumi minimi come criterio di accreditamento;
 - f) Auditing interno ed esterno;
 - g) Monitoraggio livelli di assistenza.

Attualmente, in molti sistemi sanitari vengono condotti programmi correnti di valutazione comparativa di esiti tra soggetti erogatori e di comunicazione dei risultati di questi programmi. In Italia, la prima esperienza in tal senso è stata condotta nell’ambito del progetto “Mattoni – Misura dell’outcome”. Nella Regione Lazio con la Delibera di Giunta Regionale 24 aprile 2008 n. 301 (suppl. ord. n. 77 al BUR Lazio n. 25 del 7 luglio 2008) è stato approvato il “Programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari, denominato P.Re.Val.E.”, che prevede di “analizzare le conoscenze disponibili nell’ambito della valutazione degli esiti, definire ed elaborare indicatori di esito atti a misurare e valutare la qualità dell’assistenza sanitaria erogata nel Lazio e fornire gli strumenti necessari ad un loro possibile impiego sistematico nel Servizio Sanitario Regionale, anche nell’ambito delle funzioni di governo clinico”.

Approfondimento 5.

Indice del Patto per la Salute - Conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009

Art. 1 - Determinazione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali

Art. 2 - Avvio di un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa

Art. 3 - Organismi di monitoraggio

Art. 4 - Adempimenti per l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale

Art. 5 - Rimodulazione tariffaria e partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie

Art. 6 - Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri

Art. 7 - Accreditamento e remunerazione

Art. 8 - Assistenza farmaceutica e dispositivi medici

Art. 9 - Razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti

Art. 10 - Monitoraggio e verifica dei LEA

Art. 11 - Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività

Art. 12 - Personale del servizio sanitario regionale

Art. 13 - Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario

Art. 14 - Piani di rientro per le regioni inadempienti rispetto ad adempimenti diversi dall'obbligo di equilibrio di bilancio

Art. 15 - Piano nazionale della prevenzione

Art. 16 - Completamento attuazione Intesa Stato Regioni del 5 ottobre 2006 sul Patto per la salute

Art. 17 - Nuovo Sistema informativo sanitario

Art. 18 - Livello delle anticipazioni del finanziamento del SSN

Art. 19 - Mobilità interregionale

Art. 20 - Recepimento della presente intesa e impegno a disporre modifiche normative

Approfondimento 6.

Regolamento per il "Funzionamento del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti" in ottemperanza al Nuovo Patto per la Salute approvato il 3 dicembre 2009.

Al Tavolo, istituito presso il Ministero dell'Economia e coordinato da un suo rappresentante, partecipano sette rappresentanti di diver-

se amministrazioni (Dipartimento affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri; Ministero della Salute; Regioni capofila Aree Sanità e Affari finanziari; una ulteriore Regione indicata dalla Conferenza dei Presidenti; Agenas; segreteria della Conferenza Stato–Regioni e segreteria della Conferenza delle Regioni), nominati con decreto dell'Economia su indicazione delle amministrazioni stesse. Sette i compiti di verifica conferiti al Tavolo:

- a) Verifica degli adempimenti regionali
- b) Verifica trimestrale del rispetto dell'equilibrio economico finanziario regionale
- c) Verifica del rispetto dell'equilibrio economico finanziario (legge n 3112004)
- d) Verifica degli standard dimensionali del disavanzo
- e) Monitoraggio e verifica dei Piani di rientro
- f) Verifica delle certificazioni regionali in materia di risparmi associati ai nuovo servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Ssn.
- g) Verifica della qualità delle procedure amministrative contabili ai fini della certificazione dei bilanci sanitari.