

Università della Calabria

Facoltà di Economia

**Dottorato di Ricerca in
Scienze Aziendali - Ciclo XXIII**

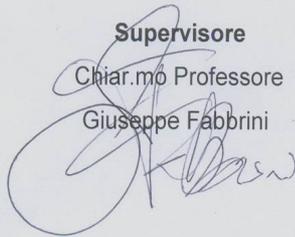
Settore disciplinare SECS-P/07

TESI DI DOTTORATO

I SISTEMI DI INTEGRAZIONE AZIENDALE NEL
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: ESPERIENZE
REGIONALI E METODOLOGIE APPLICATIVE. ANALISI
CRITICA DEL MODELLO ORGANIZZATIVO-GESTIONALE
CALABRESE

Supervisore

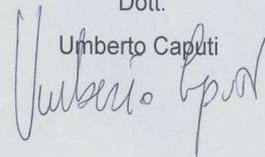
Chiar.mo Professore
Giuseppe Fabbrini



Dottorando

Dott.

Umberto Caputi



Coordinatore

Chiar.mo Professore
Andrea Lanza



ANNO ACCADEMICO 2009-2010

*"Concludemmo che c'era un modo
per cambiare tutto il mondo, ed era cambiare noi stessi.
Fissammo un principio fondamentale e cioè che l'anima
di ogni riforma è la riforma di ogni anima."*

M.Raymond o.c.s.o. da "La famiglia che raggiunse Cristo"

ai miei genitori e a Titinella,

*“perché la vita dell'uomo consiste nell'affetto
che principalmente lo sostiene e nel quale trova
la sua più grande soddisfazione.”*

S.Tommaso d'Aquino

Introduzione	7
1. L'evoluzione del Sistema sanitario nazionale ed i modelli di finanziamento.....	12
1.1 Il quadro normativo italiano in materia di sanità.....	12
1.2 Le politiche sanitarie e i modelli a confronto	20
1.2.1 <i>I modelli di finanziamento</i>	20
1.2.2 <i>I sistemi sanitari a confronto</i>	26
1.3 La collocazione della Regione Calabria all'interno del panorama italiano	36
2. Controllo della spesa e modelli organizzativi in sanità	46
2.1 La tutela della salute tra responsabilità personali, procedure amministrative e <i>clinical governance</i>	46
2.2 I principi economico-aziendali per le Aziende sanitarie ed ospedaliere	54
2.2.1 <i>Il razionamento delle risorse secondo i criteri economico-aziendali</i> .	54
2.2.2 <i>Il concetto di efficienza a fronte degli sprechi in sanità</i>	62
2.3 I modelli sanitari e il problema del dimensionamento organizzativo.....	72
3. L'integrazione dimensionale nel settore sanitario. Casi di studio	83
3.1 Introduzione	83
3.2 La regione Basilicata.....	87
3.2.1 <i>Le politiche di riordino del Sistema sanitario regionale</i>	87
3.2.2 <i>Gli sviluppi di welfare nel panorama dell'organizzazione socio-sanitaria</i>	95
3.3 La Regione Toscana	102
3.3.1 <i>La nascita delle Aree vaste</i>	102
3.3.2 <i>Il ruolo degli ESTAV nell'organizzazione sanitaria toscana</i>	108

4. L'organizzazione sanitaria calabrese tra sostenibilità e ridimensionamento organizzativo	118
4.1 Il sistema sanitario calabrese tra finanziamento e sostenibilità.....	118
4.2 Un particolare provvedimento di riordino del SSR: l'accorpamento delle Asl e la nascita delle Aziende Sanitarie Provinciali	128
4.3 La fusione da un punto di vista contabile ed amministrativo. Il piano di rientro della Regione Calabria tra ricognizione dei debiti e investimenti di carattere strutturale	142
5. Analisi delle prestazioni sanitarie e valutazione delle criticità emerse nel raffronto tra alcune Regioni italiane	156
5.1 Introduzione	156
5.2 Il <i>set</i> degli indicatori di <i>performance</i>	162
5.3 Analisi degli indicatori di performance nelle Regioni Toscana, Basilicata e Calabria	169
Conclusioni	192
Bibliografia	199

Introduzione

Introduzione

Il tema della sanità in Italia il più delle volte è caratterizzato da sfumature che acquistano un carattere strettamente personale o squisitamente politico. Si tende a parlare, infatti, di servizi sanitari sperando di dovervi ricorrere il meno possibile, anche se, quando se ne ha bisogno, il principale interesse è di poter contare esclusivamente sul tempismo e la qualità del servizio mettendo in secondo piano l'aspetto economico.

Quando abbiamo problemi di salute ci sentiamo pronti a sostenere qualsiasi tipo di spesa ed esigiamo la migliore assistenza presente sul "mercato": cure tempestive, professionisti competenti, ospedali moderni, puliti e confortevoli.

Il corretto funzionamento del servizio sanitario, dunque, non è una questione di secondaria importanza, ma il suo regolare andamento deve interessare l'intera comunità non solo da un punto di vista terapeutico, sociale o politico, ma anche e soprattutto economico.

Questa premessa ci porta a ritenere che il Sistema sanitario ideale deve conciliare da un lato l'esigenza di erogazione di prestazioni di elevato livello qualitativo che siano non eccessivamente costose e soprattutto fruibili da tutti i pazienti, dall'altro la capacità di mantenere, in favore del cittadino, una contribuzione proporzionale al proprio reddito.

Muovendo da queste considerazioni, molti studiosi sostengono che a partire da una valutazione attinente la qualità dei servizi e le relative modalità di finanziamento, si può dedurre perfino il livello di civiltà di un Paese.

Ogni soluzione organizzativa, infatti, veicola una particolare visione del ruolo dello Stato e del settore privato, del confine tra responsabilità individuale e collettiva, del giusto margine di libertà da riconoscere al cittadino e dell'idea di equità sociale.

Anche se il settore sanitario presenta molteplici motivi d'interesse, in Italia se ne discute ancora poco ed i media se ne occupano quasi esclusivamente in riferimento a casi – sempre più frequenti – di mala sanità e corruzione.

Nel commentare questi episodi, ci si limita di solito alla condanna ed all'analisi delle situazioni contingenti e raramente si discute di come riformare il sistema nel suo complesso.

Anche dal punto di vista del confronto politico, il tema – perlomeno in tempi recenti – sembra avere decisamente poco *appeal*: gli unici soggetti istituzionali che mostrano interesse al problema e che cercano di portarlo all'attenzione generale sono le Regioni, preoccupate per le scarse risorse messe a disposizione dal governo nazionale.

Il presente lavoro, partendo da quest'aspetto, dopo l'analisi dello sviluppo storico dei principali sistemi sanitari ed in particolare di quello italiano, concentrerà l'attenzione sui principali fattori di cambiamento dei Sistemi sanitari regionali e sull'integrazione dimensionale che ha preso corpo in più parti nel nostro Paese ed in particolare nella Regione Calabria.

Il primo capitolo presenta un *excursus* storico-evolutivo del SSN con lo scopo di focalizzare più precisamente i vari cambiamenti susseguitisi nel corso degli anni e concentrare l'attenzione in particolare su quanto di nuovo si sta muovendo nel panorama sanitario del nostro Paese.

L'oggetto di studio del secondo capitolo verterà sull'analisi dei due principali ambiti di intervento del Sistema Sanitario Nazionale: la spesa sanitaria e l'efficienza delle prestazioni in un ambiente contraddistinto da risorse sempre più ridotte.

Il presupposto di partenza è, quindi, che i principali attori del Sistema Sanitario, le Asl, sono soggetti giuridici autonomi obbligati a sottostare a regole e criteri tipicamente derivanti dalla pratica economico-aziendale.

Questa precisazione trova la sua ragion d'essere nel tentativo di rimuovere il forte pregiudizio nei confronti di logiche di tipo privatistico che, a detta di molti, non dovrebbero appartenere al comparto della pubblica amministrazione.

Successivamente si analizzerà l'efficienza dei servizi sanitari erogati, operando un raffronto tra il costo sostenuto per rispettare gli standard imposti dai L.E.A. (livelli essenziali di assistenza) e la qualità del servizio offerto, in

un'ottica di tipo concorrenziale introdotta nel nostro sistema nazionale con l'emanazione del D.Lgs. 502/92.

Il presente lavoro poggia sulla convinzione – che poi è l'assunto di fondo di tutte le analisi comparate – che per comprendere a pieno il funzionamento del Sistema sanitario calabrese occorre confrontarlo con casi analoghi o simili.

Attraverso la comparazione, quindi, riuscirà più agevole mettere a fuoco le peculiarità del sistema, ed allo stesso tempo far emergere idee e proposte su come migliorarlo.

Sulla base di questa convinzione, il terzo capitolo si comporrà di un'analisi comparativa tra il modello sanitario della nostra regione e quello esistente in altre due Regioni italiane, con lo scopo di indagare le differenti risposte al medesimo problema della complessità organizzativa.

La scelta è ricaduta sulla Regione Basilicata, in quanto, essendo stata oggetto dello stesso intervento organizzativo di accorpamento delle Asl, presenta problematiche simili a quelle calabresi con riguardo soprattutto alle modalità di attuazione del processo di "fusione", anche se, al contempo, le ragioni che hanno portato ad a questa decisione sono in parte di natura differente.

L'altro punto di riferimento che rappresenta il nostro *benchmarking* per eccellenza è la Regione Toscana, perché, a fronte di problematiche quali la ricerca di ulteriori risorse e la rivisitazione delle funzioni interne, ha invece identificato soluzioni differenti, quale principalmente l'istituzione delle Aree Vaste.

Questo capitolo, dunque, affronterà il tema del dimensionamento organizzativo-funzionale, ponendone in luce le determinanti, in modo da preparare il terreno per un'analisi più compiuta del modello sanitario calabrese, trattato nel quarto capitolo, con lo scopo di proporre soluzioni per quelle che sono le principali difficoltà emerse.

Il lavoro si concluderà, infine, prendendo in considerazione la spesa sanitaria delle Regioni esaminate ed operando un raffronto tra le principali prestazioni, al fine di poter comparare dei dati rappresentativi dell'offerta

sanitaria che siano in grado di far riflettere i vari operatori di un sistema così complesso.

Capitolo 1

L'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale ed i modelli di finanziamento

1. L'evoluzione del Sistema sanitario nazionale ed i modelli di finanziamento

1.1 Il quadro normativo italiano in materia di sanità

Al fine di sviluppare delle considerazioni sulla attuale situazione del comparto sanitario del nostro Paese, e più nello specifico della Calabria, è opportuno delineare preventivamente un quadro di sintesi dell'organizzazione del mercato delle prestazioni sanitarie, così come innovato dal legislatore sin dalla riforma dei primi anni '90.

Occorre, preliminarmente, sottolineare che il modello sanitario operante è stato definito dal D.Lgs. 229/99¹ laddove all'art. 8 prevede che le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza – previsti dall'art. 1 del D.Lgs. 502/1992 – avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle Asl, dalle Aziende Ospedaliere, dalle Aziende Universitarie e dagli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico.

Il modello di SSN preesistente alla riforma era stato ideato nel 1978 con la L. n. 833² e si proponeva di dare attuazione al difficile progetto di assicurare la soddisfazione totale del “diritto alla salute” sancito dall'art. 32 della Costituzione³.

Questo doveva avvenire tramite il riconoscimento del principio dell'uguaglianza dei cittadini di fronte a tale diritto e dell'indifferenza delle prestazioni erogate rispetto al reddito.

Per rispondere a tali esigenze era stato creato il Fondo Sanitario Nazionale, un apposito capitolo del bilancio dello Stato che annualmente veniva ripartito tra le Regioni e, all'interno di esse, tra le Unità Sanitarie Locali (USL).

¹ L'art. 8 del D.Lgs. 229/1999 ha introdotto nel testo del D.Lgs. 502/1992 l'art. 8-bis.

² Legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante «Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale».

³ Tale articolo recita: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare limiti imposti dal rispetto della persona umana.”*

Queste ultime costituivano le strutture operative del Comune, prive di personalità giuridica, formate dal complesso di presidi, uffici e servizi sul territorio a destinazione sanitaria.

La transizione delle risorse attraverso le Regioni si giustificava con l'esigenza di creare un soggetto intermedio tra Stato e realtà locali in grado di valutare, in concomitanza all'attribuzione del finanziamento, le necessità espresse dalla popolazione al fine di rendere omogenea, in termini sia quantitativi che qualitativi, in tutto il territorio, la risposta alla "richiesta di salute".

Come già detto, proprio alle Regioni veniva riconosciuto il compito di definire la qualità, la quantità ed i livelli di investimento in nuove strutture, personale, supporti e strumenti informativi.

L'apparente semplicità di tale modello scontava, però, limiti che nel tempo si sono rivelati insormontabili.

Anzitutto, la caratteristica di essere un sistema quasi esclusivamente pubblico e, quindi, di dipendere in maniera unica dalla definizione aprioristica del bisogno sanitario da parte delle strutture pubbliche, senza che un valido meccanismo di concorrenza permettesse di evidenziare le effettive esigenze del cittadino-utente.

In secondo luogo, la logica del finanziamento basata su un progressivo succedersi di trasferimenti da parte dello Stato, non ha mai consentito di comprendere a fondo le esigenze delle singole strutture pubbliche, trasformandole in semplici gestori della spesa sostanzialmente privi di autonomia amministrativa.

La ragione dell'insuccesso di tale meccanismo risiede inoltre nei ritardi che si sono avuti nell'elaborazione del Piano Sanitario Nazionale ovvero del progetto di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, che doveva essere basato proprio sulle esigenze sanitarie del territorio e sulla valutazione dell'efficienza nell'utilizzazione delle risorse delle singole strutture.

Questi ritardi hanno comportato un sistema di finanziamento erogato in base alla spesa storica, mediante la riproposizione di anno in anno dei medesimi stanziamenti aggiornati in base all'inflazione, impedendo, nel

tempo, serie politiche di risparmio sulla spesa sanitaria o una corretta distribuzione delle risorse in base all'effettivo bisogno manifestato.

Il problema è risultato enfatizzato dalla prassi del c.d. "ripiano a piè di lista", ovvero dell'automatico ripiano delle perdite presentate dalla USL. La garanzia del ripiano da parte dello Stato aveva ingenerato, paradossalmente, una sorta di convenienza ad essere inefficienti e una maggiore disponibilità finanziaria per quelle strutture con i costi maggiormente fuori controllo.

L'insostenibilità della situazione, sia finanziaria che gestionale, ha spinto, allora, il legislatore ad avviare un complesso processo di riforma⁴ mirato a ridisegnare l'intero sistema di erogazione del Servizio Sanitario che trova il suo momento iniziale nel D.Lgs. 502/92 emanato in attuazione della delega normativa contenuta nella legge 421/92.

Alla base di questa riforma sono posti pertanto tre dichiarati obiettivi così sintetizzabili:

- favorire una maggiore equità nella distribuzione dei servizi sanitari ed eliminare ogni disparità favorita dalle diverse situazioni reddituali e territoriali;
- separare definitivamente il ruolo della politica da quello della dirigenza amministrativa, attraverso l'attribuzione alla prima delle scelte concernenti il riconoscimento del bisogno socio-sanitario sul territorio e alla seconda il compito della sua soddisfazione;
- sviluppare, infine, adeguati livelli di efficienza, efficacia ed economicità nella gestione delle risorse e nell'erogazione dei servizi.

Il perseguimento di tali obiettivi è avvenuto attraverso alcune fondamentali innovazioni tese a modificare l'assetto organizzativo, il sistema erogativo e la logica di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, al fine di adeguarlo alle nuove esigenze scaturite dal fallimento del precedente modello.

⁴ Per approfondimenti sul percorso di riforma, si rinvia alla lettura di: JORIO E., *Diritto sanitario*, Milano, Giuffrè, 2005.

La prima è costituita dalla trasformazione del ruolo del Fondo Sanitario Nazionale e dal sostanziale riconoscimento di una forte autonomia regionale nell'amministrazione della sanità.

Il passaggio dallo Stato alle Regioni dei compiti di finanziamento e di controllo sul Sistema Sanitario risponde infatti all'esigenza di collegare maggiormente l'erogazione dei finanziamenti alle effettive caratteristiche delle strutture territoriali e al bisogno socio-sanitario manifestato dalla popolazione.

Con i vari interventi legislativi, invece, le Regioni si trasformano in veri e propri soggetti attivi della sanità poiché ne regolano lo svolgimento, provvedendo al finanziamento e dirigendone le attività più significative.

Il ruolo regionale è stato inoltre amplificato dall'altra grande innovazione apportata dal D.Lgs. 502/92, il riconoscimento, cioè, della natura aziendale e l'attribuzione della personalità giuridica alle Aziende sanitarie ed ai più significativi complessi ospedalieri del territorio nazionale⁵.

Con la personalità giuridica, infatti, le USL sono state trasformate in aziende autonome svincolate dai Comuni, cui precedentemente facevano riferimento⁶.

Proprio in forza di tale nuova autonomia diventa possibile garantire un diverso rapporto tra pubblico e privato che si concretizza, nel D.Lgs. 502/92, mediante il riconoscimento della piena libertà di scelta del cittadino.

Tale principio si propone di favorire la nascita di una prassi concorrenziale all'interno del SSN e tra sistema pubblico e strutture private che consenta di selezionare, prima, e far emergere, poi, le reali situazioni di eccellenza qualitativa ed efficienza produttiva.

Strettamente collegato al precedente aspetto è quello dei nuovi principi di finanziamento, basati non più esclusivamente sulla semplice copertura dei costi sostenuti, ma anche sul numero di prestazioni effettuate.

⁵ Cfr ANSELMI L., *L'equilibrio economico nelle Aziende sanitarie*, Milano, Il sole 24 ore, 1996.

⁶ In particolare, l'USL diventa "azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali". Il suo scopo è quello di provvedere e assicurare i livelli minimi di assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale nel rispetto della normativa nazionale.

L'utente, infatti, nell'attuale meccanismo ha piena possibilità di scegliere se rivolgersi ad una struttura privata o pubblica, nonché tra le diverse strutture pubbliche nazionali.

Ciò è reso possibile grazie al principio cardine della libertà di cura dei cittadini, i quali possono scegliere i professionisti e le strutture (purché accreditate presso il Servizio Nazionale) presso cui soddisfare il proprio bisogno di salute, principio richiamato anche dal secondo comma dell'art.8-*bis*.

In parole più chiare, quanto appena detto, vuol dire che:

- le Asl sono chiamate a tutelare la salute dei residenti nel proprio territorio, garantendo loro i livelli essenziali di assistenza previsti dall'art.1 del D.Lgs. 502/92;
- gli stessi cittadini possono rivolgersi, per soddisfare i propri bisogni sanitari, presso le strutture della propria Asl di appartenenza, o presso erogatori esterni a questa;
- nel caso in cui le prestazioni siano acquisite all'esterno, le Asl devono corrispondere agli erogatori una remunerazione proporzionale alla quantità ed alla tipologia dei servizi da questi offerti ai cittadini, secondo un sistema di tariffe predeterminate e governate a livello regionale.

La possibilità che le Asl possano avvalersi di soggetti, pubblici e privati, per erogare i L.E.A. unitamente al diritto della libertà di cura, ha posto fermamente il problema della garanzia che le varie strutture sanitarie riescano ad offrire sempre un preciso livello qualitativo minimo nei confronti dell'utenza⁷.

Per questa ragione nel corso degli ultimi anni è stata predisposta una serie di norme per la disciplina del cosiddetto "accreditamento" delle strutture e dei servizi sanitari, in modo che le stesse possano produrre prestazioni per il SSN solamente nel rispetto di condizioni prefissate.

⁷ Sull'importanza del controllo della qualità dei servizi offerti da parte delle Aziende sanitarie, si vedano, tra gli altri: ANSELMI L. e SAITA M. (a cura di), *La gestione manageriale e strategica nelle Aziende sanitarie. L'evoluzione del Sistema Sanitario nella prospettiva federale*, il Sole 24 Ore, Milano, 2002.

Per le strutture che desiderano operare nell'ambito del SSN, in particolare, la riforma-ter del 1999 ha previsto la seguente sequenza di adempimenti:

- autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie;
- autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie;
- accreditamento;
- accordi contrattuali.

L'obiettivo è quello di stimolare una forma di concorrenza tra le diverse strutture che legherà i maggiori finanziamenti alla capacità di attrarre gli utenti mediante la qualità dei propri servizi.

A conferma di quanto appena esposto, è possibile individuare in materia anche degli interventi legislativi di carattere regionale come ad esempio la L.R. n. 24 del 18 luglio 2008, recante le *"norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private"*, pubblicata sul B.U.R. Calabria n. 14 del 16 luglio 2008, supplemento straordinario n. 3 del 26 luglio 2008.

Nella suddetta disposizione, che riporta le finalità dell'accreditamento, si legge all'art. 1: *"la Regione Calabria garantisce la tutela della salute assicurando la disponibilità di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie improntate all'efficacia delle cure, alla sicurezza dei percorsi clinico assistenziali ed al miglioramento continuo della qualità delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, ottenute per mezzo degli istituti dell'autorizzazione sanitaria, dell'accreditamento e degli accordi contrattuali"*⁸.

⁸ All'art. 11, che tratta nello specifico dell'accreditamento, si può leggere: *"L'accreditamento è il provvedimento attraverso il quale le strutture pubbliche e private ed i professionisti già autorizzati ai sensi dell'articolo 3 possono erogare prestazioni sanitarie o sociosanitarie per conto del Sistema Sanitario Nazionale.*

La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per Le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies del decreto legislativo n. 502192, e successive modificazioni ed integrazioni.

L'accreditamento, nell'ambito della programmazione regionale e locale, è titolo necessario per l'instaurazione dei rapporti di cui all'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 50211992, e successive modificazioni ed integrazioni, da stipularsi nell'ambito della disciplina vigente secondo i principi di imparzialità e trasparenza.

Il Piano Sanitario regionale definisce il programma regionale di accreditamento, indicando gli obiettivi generali da raggiungere nel triennio e le iniziative necessarie per valorizzare l'accreditamento come strumento di garanzia per i cittadini, per la qualificazione dell'offerta con particolare riferimento all'appropriatezza ed alla continuità delle cure, e per lo sviluppo di un servizio sanitario efficiente.

Entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta Regionale, con apposito regolamento, definisce i requisiti di qualità, strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari per l'accreditamento, nonché i sistemi di controllo sulla permanenza dei requisiti stessi e le modalità e i termini per la richiesta di accreditamento, da parte

Come si può vedere, siamo di fronte ad una completa innovazione, non solo nell'erogazione del servizio, ma anche nel contenuto dei principi stessi con cui garantire il diritto alla salute a tutti i cittadini⁹.

In sostanza si arriva ad un modello di Sistema Sanitario articolato su tre livelli:

- al primo livello si pone lo Stato, che si assume il compito di coordinamento delle attività e di distribuzione delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale;
- al secondo si pongono le Regioni titolari del potere di identificare il bisogno socio-sanitario espresso dal territorio;
- al terzo le Aziende sanitarie ed Ospedaliere incaricate di fornire i servizi al cittadino in concorrenza con il privato e libere di assumere, in forza della propria autonomia gestionale, tutte quelle decisioni necessarie a favorire la migliore competizione.

L'articolazione su tre livelli della *governance* del sistema ha creato, come intuibile, un serio problema di *accountability* ovvero di rendicontazione e leggibilità dei dati rappresentativi della gestione¹⁰.

Su essi si incentra infatti una triplice attenzione espressa dai livelli di governo sopra citati:

- la prima, di carattere finanziario, orientata a verificare il rispetto dei limiti previsti dalla finanza pubblica e di quelli posti dall'accordo Stato-Regioni;
- la seconda, tesa ad analizzare la distribuzione delle risorse sul territorio rispetto ai fabbisogni dei cittadini;
- la terza, legata alla misurazione del grado di efficienza dell'apparato erogativo dei servizi.

delle strutture pubbliche. Con il medesimo regolamento sono definiti i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e gli ulteriori requisiti sopra indicati per l'accreditamento delle strutture private, previo parere della Commissione consiliare competente da esprimere entro 15 giorni dalla data di assegnazione del provvedimento. (...) L'accreditamento, anche definitivo, è soggetto a rinnovo ogni tre anni dalla data del relativo provvedimento, sulla base di apposita istanza che il rappresentante legale della struttura interessata deve presentare almeno sei mesi prima della data di scadenza dell'accreditamento all'Azienda sanitaria competente (...).

⁹ Per approfondimenti sul modello e sulla sua evoluzione, si rinvia a: ANSELMI L. – SAITA M. (a cura di), *La gestione manageriale e strategica nelle Aziende sanitarie. L'evoluzione del Sistema Sanitario nella prospettiva federale*, Milano, Il Sole 24 Ore, 2002.

¹⁰ Di cui si tratterà più compiutamente nel prosieguo del nostro lavoro.

Proprio il D.Lgs. 502/92 imposta le regole dell'attuale sistema contabile di cui le aziende sono dotate. Su esso viene costruito il sistema di programmazione e bilancio che, nel tempo, è diventato il linguaggio di riferimento per l'amministrazione del Servizio Sanitario.

Nell'attuale panorama, quindi, le Asl assumono la duplice veste di erogatore delle prestazioni, producendole tramite proprie strutture aziendali, e di acquirente-pagatore, quando dette prestazioni sono garantite ai cittadini attraverso il loro acquisto da erogatori esterni.

Prima di prendere in considerazione i punti critici della gestione e amministrazione di un Sistema sanitario e di una Asl, è opportuno passare in rassegna le varie tipologie di sistemi sanitari nazionali, nel tentativo di coglierne le diverse sfaccettature.

1.2 Le politiche sanitarie e i modelli a confronto

1.2.1 I modelli di finanziamento

Per poter giudicare a pieno la struttura dei vari modelli sanitari occorre, a nostro avviso, partire da alcune considerazioni preliminari in merito ai metodi di finanziamento suscettibili d'applicazione.

I servizi sanitari possono essere finanziati secondo quattro metodologie differenti:

- il *mercato semplice*;
- l'*assicurazione volontaria*;
- l'*assicurazione sociale obbligatoria*;
- il *modello universalistico*¹¹.

Vediamo, brevemente, di cosa si tratta e quali sono i pro ed i contro di ogni modello.

Il *mercato semplice*.

Si rientra nella prima fattispecie quando fornitori (medici, ambulatori, strutture ospedaliere, laboratori etc.) e fruitori di servizi sanitari interagiscono direttamente, senza la mediazione di terzi, poiché le prestazioni vengono offerte ad un determinato prezzo che i destinatari del servizio corrispondono loro direttamente.

In Italia, per fare un esempio, la grande maggioranza delle cure odontoiatriche è finanziata ed erogata secondo tale sistema: i pazienti possono liberamente scegliere il proprio dentista tra tutti quelli presenti sulla piazza, pagando di tasca propria per le prestazioni di cui usufruiscono.

I vantaggi di questo modello sono presto detti: gli utenti hanno massima libertà di scegliere il fornitore, pagando solo per i servizi effettivamente consumati; in condizioni di libera concorrenza, gli erogatori dovrebbero essere spinti non solo ad organizzarsi in modo efficiente, ma anche a ricercare elevati livelli qualitativi del servizio e a farsi concorrenza sui prezzi.

Il modello in questione presenta però alcuni contro: poiché si paga in relazione all'effettivo consumo di prestazioni sanitarie, il principale

¹¹ TOTH F., *Le politiche sanitarie. Modelli a confronto*, Roma, Laterza, 2009.

svantaggio del mercato sanitario risiede nel fatto che le persone malate finiscono per pagare più di quelle sane.

Un ulteriore problema è che i pazienti meno abbienti potrebbero non avere modo di accedere a certi professionisti o prestazioni, perché troppo costosi.

La principale accusa che viene mossa al modello del mercato è dunque quella di essere iniquo.

Nell'intento di superare i limiti mostrati del mercato semplice, gli altri tre modelli non prevedono che i pazienti paghino in proporzione alle prestazioni effettivamente usufruite. Questo è possibile solo introducendo nel sistema, oltre agli utenti ed ai fornitori, una terza figura: l'assicuratore.

L'assicurazione volontaria.

La seconda tipologia è basata su singoli individui che sottoscrivono, di propria spontanea volontà, un pacchetto assicurativo che li metta al riparo da eventuali spese mediche¹².

Una volta pagato il premio, l'assicurato ha la tranquillità che le spese che sosterrà per ricevere cure sanitarie gli verranno rimborsate dall'assicurazione¹³.

In linea teorica, ogni singolo cittadino, sulla base della propria disponibilità finanziaria, dello stato di salute e della propensione al rischio, può concordare con la propria compagnia di assicurazione una polizza su misura.

Rispetto al modello del mercato, quello dell'assicurazione volontaria non presenta particolari vantaggi, né sotto il profilo dell'equità né sotto quello dell'efficienza sistemica.

È vero che questo secondo modello tutela maggiormente gli ammalati rispetto al rischio di spese mediche straordinarie: una volta pagato il premio,

¹² In Italia le assicurazioni volontarie di malattia costituiscono una realtà tutto sommato circoscritta: possiedono una copertura sanitaria privata 1 milione e mezzo di famiglie italiane, il 6,5% del totale (fonte: Banca d'Italia 2006). Ad essere intestatari di una polizza sanitaria privata (che si estende generalmente anche ai familiari) sono soprattutto i cittadini ad alto reddito, con titoli di studio elevati, residenti perlopiù al Nord od al Centro: la maggior parte è costituita da liberi professionisti e dirigenti privati cui l'assicurazione sanitaria viene offerta, quale benefit, dalle imprese per cui lavorano.

¹³ Non è ovviamente detto che quest'ultima rimborsi la totalità delle spese mediche effettivamente sostenute; le singole polizze possono infatti contemplare restrizioni di vario genere: possono prevedere franchigie, massimali o forme di compartecipazione alla spesa; certe categorie di prestazioni possono essere escluse dal rimborso, così come possono essere poste limitazioni alla scelta del medico o della struttura presso cui farsi curare.

l'assicurato – sia che si ammali sia che si conservi in salute – non deve più spendere di tasca propria.

Si può di conseguenza sostenere che tale sistema sottenda un principio di redistribuzione del rischio in base al quale le spese degli ammalati sono pagate anche grazie ai premi degli indenni.

Va tenuto presente che nel modello dell'assicurazione volontaria, perlomeno nella sua forma più pura, il premio è commisurato al rischio al quale è esposto ogni singolo individuo (c.d. *risk rated*): il costo della polizza finisce così per variare sensibilmente a seconda dell'età, del sesso e dello stato di salute dell'assicurato.

Si pone anche qui il problema delle fasce meno abbienti della popolazione, perché coloro che non sono in grado di sopportare il costo di una polizza privata sono evidentemente discriminati.

Un ulteriore problema che il meccanismo assicurativo può ingenerare è l'incentivo ad eccedere nel consumo di cure sanitarie: non pagando le prestazioni in rapporto all'effettivo consumo, da parte degli utenti ci può essere la tentazione, una volta pagato il premio, di richiedere anche prestazioni non necessarie o che comunque non sarebbero state consumate se fossero state pagate singolarmente.

Questo fenomeno – che gli economisti riconducono al concetto di azzardo morale – oltre a portare ad una certa lievitazione dei premi, può compromettere l'efficienza complessiva del sistema.

L'assicurazione sociale obbligatoria.

Il terzo modello di finanziamento è costituito dall'assicurazione sociale di malattia (d'ora in poi ASM) basato sul principio secondo cui il governo può obbligare alcune categorie di persone a sottoscrivere una polizza sanitaria.

In tale modello il ruolo di assicuratore non è svolto direttamente dallo Stato, bensì dalle casse di malattia, ovvero organizzazioni *no profit* deputate a raccogliere i contributi dei lavoratori su base categoriale o territoriale.

Ulteriore caratteristica di tale modello risiede nella modalità di calcolo dei contributi che i lavoratori devono versare; se infatti nel modello dell'assicurazione volontaria i premi sono calcolati sulla base del rischio

individuale, in quello dell'ASM i contributi di malattia sono invece uguali per tutti gli iscritti al medesimo fondo¹⁴ e sono calcolati come una percentuale fissa da trattenere sul salario e nella maggior parte dei casi vengono pagati in parte dal lavoratore ed in parte dal datore di lavoro¹⁵.

Seguendo la sua logica rigorosamente occupazionale, il sistema di ASM si caratterizza per la suddivisione della popolazione in gruppi tra loro separati, individuati in base all'appartenenza a una determinata professione. Tale criterio finisce evidentemente per escludere tutti coloro che non sono in qualche modo riconducibili ad un determinato gruppo professionale.

A differenza di quelli universalistici, i sistemi di ASM hanno, dunque, un grosso limite: non garantiscono la copertura sanitaria dell'intera popolazione.

Indagando ulteriormente, salta subito agli occhi che, per quanto attiene la libertà di scelta dei pazienti, i sistemi di ASM non danno a tutti i cittadini la possibilità di scegliere se assicurarsi o meno ed a quale cassa di malattia farlo.

Se in termini di libertà di scelta l'ASM sembra perdere qualcosa rispetto ai modelli precedenti, è pur vero, però, che fa qualche passo avanti sul fronte dell'equità di trattamento: i contributi non sono più calcolati sul rischio individuale, ma tutti gli assicurati pagano la stessa aliquota e hanno diritto alle medesime prestazioni.

Ciò, ovviamente, all'interno della stessa categoria, in quanto le casse di malattia delle professioni più ricche potranno offrire livelli di trattamento superiori rispetto alle altre.

Un'ultima caratteristica dell'ASM è la natura privata ed al tempo stesso *no profit* dei soggetti assicuratori: le casse di malattia non sono infatti né compagnie assicurative *for profit* né agenzie governative¹⁶.

Il modello universalistico.

¹⁴ Tecnicamente i contributi sono detti *group rated* se tutti coloro che appartengono alla stessa categoria professionale godono dello stesso trattamento, mentre sono *community rated* se ad avere condizioni uguali sono tutti i residenti di una determinata area geografica.

¹⁵ Il primo Paese ad introdurre una forma di assicurazione di malattia obbligatoria è stata la Germania di Bismarck, a partire dalla fine del XIX secolo (per questo motivo l'ASM viene anche chiamata "modello Bismarck").

¹⁶ TOTH F., *Le politiche sanitarie*. Op. cit.

Il punto critico su cui sembrano cedere i modelli visti finora è, come si è detto, la mancanza di una copertura sanitaria che riesca a garantire le cure per tutta la popolazione residente.

Proprio su tale aspetto, il presente modello ha la facoltà e l'intenzione di intervenire, in quanto, a livello concettuale, il modello universalistico può essere considerato come l'estensione del principio residuale non soltanto alle fasce deboli, ma all'intera popolazione.

Sono almeno quattro gli aspetti per cui questo modello si distingue dall'ASM, di cui il primo è certamente quello anzidetto, ovvero che a veder garantita la copertura contro i rischi di malattia non sono soltanto i lavoratori ed i rispettivi familiari, ma l'intera popolazione.

In secondo luogo, la principale fonte di finanziamento del sistema non è più costituita dai contributi salariali, ma dalla tassazione generale.

Questo diverso principio di raccolta dei finanziamenti ha evidentemente ripercussioni sul piano dell'equità sociale: nell'ASM il prelievo avviene infatti sui soli redditi da lavoro, mentre nel modello universalistico sono interessati tutti i tipi di reddito.

Terza differenza: se il modello dell'ASM tollera differenze di trattamento tra gli iscritti alle diverse casse di malattia, nel sistema universalistico tutti i cittadini hanno diritto al medesimo pacchetto di prestazioni.

L'ultima differenza consiste nel fatto che tanto nell'ASM quanto nell'assicurazione privata a svolgere il ruolo di assicuratori sono i soggetti privati, nel modello in questione è invece lo Stato a farsi carico, in prima persona, della raccolta e della gestione delle risorse destinate ai servizi sanitari.

Secondo i suoi numerosi estimatori, il modello universalistico è da preferirsi ai precedenti per la sua capacità di incarnare contemporaneamente tre valori quali l'universalità, l'uguaglianza e la solidarietà.

L'*universalità* va ricondotta al principio in base al quale ad essere coperta contro i rischi di malattia è l'intera popolazione.

L'*uguaglianza* si realizza, invece, nella misura in cui a tutti i cittadini, a parità di bisogno, viene garantito il medesimo livello di cure; se si tiene poi

anche conto che le prestazioni sono generalmente erogate in forma gratuita o semi-gratuita, si capisce perché alcuni sostengono che tale modello non faccia discriminazioni tra ricchi e poveri, tra giovani ed anziani, tra sani e malati.

La *solidarietà* si riferisce, infine, al fatto che il sistema è interamente finanziato attraverso imposte dirette pagate secondo aliquote progressive sul reddito¹⁷.

Prima di concludere il nostro ragionamento su questa quarta tipologia di Sistema Sanitario, che è anche quella utilizzata nel nostro Paese, è importante chiarire che esistono ovviamente anche per il modello universalistico alcuni punti di debolezza.

Infatti, sono solitamente due le critiche che più frequentemente vengono mosse.

La prima è che a svolgere il ruolo di assicuratore è lo Stato, con tutti i suoi limiti – inefficienza, lentezza, scarso orientamento ai bisogni dell'utenza – attribuibili solitamente alle burocrazie pubbliche e al loro modo di operare.

Il secondo difetto può essere ricercato nel fatto che tale sistema può favorire comportamenti irresponsabili, se non addirittura opportunistici, da parte dei fruitori, in quanto questi, non avendo la consapevolezza dell'effettivo costo delle prestazioni ricevute, potrebbero essere tentati di richiedere più cure di quelle strettamente necessarie¹⁸.

In verità, occorre sottolineare, prima di chiudere definitivamente la nostra breve analisi, che quest'ultima potenziale distorsione è facilmente governabile grazie all'introduzione di una forma di compartecipazione alla spesa (es. il ticket in Italia).

¹⁷ In questo modo, i cittadini più ricchi finiscono per pagare anche per i meno abbienti, da qui lo slogan secondo cui nel modello universalistico "*si paga ognuno secondo le proprie possibilità e si viene curati ognuno secondo il proprio bisogno*".

¹⁸ Per ulteriori approfondimenti sul tema, si consiglia, tra gli altri: TOTH F., *Le politiche sanitarie*, Op. cit.

1.2.2 I sistemi sanitari a confronto

I modelli teorici esposti sono apparsi sulla scena internazionale in epoche diverse e secondo evoluzioni differenti, tanto che, analizzando i singoli casi nazionali, non sempre i sistemi sanitari adottati per ultimi hanno soppiantato i precedenti.

I diversi servizi sanitari nazionali attualmente operanti si sono in larga misura affiancati e sovrapposti a quelli già esistenti, costituendo, nella loro forma attuale, configurazioni miste e composite, tali da poter essere pienamente compresi solo grazie ad una precisa ricostruzione storica.

I modelli utilizzati in passato, dunque, lasciano un'eredità che le configurazioni successive tendono non tanto ad eliminare, quanto ad inglobare e riutilizzare.

Trovare conferma di questa "teoria della stratificazione" non è difficile: si pensi, ad esempio, al fatto che tutti i sistemi sia di ASM sia universalistici mantengono comunque una quota riservata al mercato e all'assicurazione volontaria¹⁹.

Ciò ci porta ad ammettere che la maggior parte dei sistemi esistenti è di natura mista, che possono essere congegnati secondo diverse logiche.

Il metodo più classico per costruire un sistema misto consiste nel suddividere la popolazione in fasce, abbinando ad ogni fascia un modello di finanziamento differente.

Un'altra tipologia consiste nel suddividere le prestazioni sanitarie in "pacchetti", associando ogni pacchetto ad un diverso meccanismo di finanziamento.

In molti Paesi vige di fatto una qualche distinzione tra le cure che vengono ritenute essenziali e quelle che, al contrario, non sono considerate tali²⁰. Percorrendo questa via, un'ulteriore misura utilizzata per ibridare i

¹⁹ Il caso greco, da questo punto di vista, è esemplare: la riforma sanitaria del 1983 ha decretato il passaggio dall'ASM al modello universalistico, con la conseguente copertura dell'intera popolazione. Il legislatore non ha però soppresso le preesistenti casse di malattia, che sopravvivono ancor oggi con funzioni assai simili a quelle detenute in passato.

²⁰ Da qualche anno anche in Italia sono stati definiti i LEA, ovvero le prestazioni essenziali da fornire nel "pacchetto sanità" e quelle non essenziali, tra cui buona parte delle cure odontoiatriche, degli interventi di chirurgia estetica, alcune categorie di farmaci, gli apparecchi oculistici etc., le quali, essendo a carico delle famiglie, possono essere fornite o in regime di mercato o sottoscrivendo un'assicurazione privata.

sistemi di finanziamento è rappresentata dalle forme di compartecipazione alla spesa a carico dei pazienti, che in Italia chiamiamo comunemente *ticket*²¹.

Come abbiamo avuto modo di vedere, i servizi sanitari possono essere finanziati attraverso quattro fonti e, come ci potrà testimoniare la tabella successiva, tutti i sistemi sanitari nazionali dei paesi rientranti dell'area OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) si affidano ad un *mix* di queste fonti.

Tavola 1.1 - Composizione percentuale della spesa sanitaria complessiva (2006)

	Tassazione generale	Contributi ASM	Assicurazioni private	Out-of-pocket	Totale spesa pubblica	Totale spesa privata
Australia	67	0	14,8	18,2	67	33
Austria	31,5	44,7	7,3	16,5	76,2	23,8
Belgio	12,7	56,4	10,2	20,7	69,1	30,9
Canada	69	1,4	15,1	14,5	70,4	29,6
Danimarca	79,9	0	5,7	14,4	79,9	20,1
Francia	5,1	74,6	13,6	6,7	79,7	20,3
Germania	9,3	67,5	10	13,2	76,8	23,2
Giappone	16,1	64,3	5,3	14,3	82,7	17,3
Grecia	27,1	34,5	1,7	36,7	61,6	38,4
Irlanda	77,6	0,7	9,3	12,4	78,3	21,7
Italia	77,1	0,1	2,6	20,2	77,2	22,8
Norvegia	71,1	12,5	0,8	15,6	83,6	16,4
Nuova Zelanda	77,8	0	5,7	16,5	77,8	22,2
Paesi Bassi	4	77,7	12,3	6	81,7	18,3
Portogallo	69,7	0,8	6,7	22,8	70,6	29,4
Regno Unito	87,3	0	n.d.	n.d.	87,3	12,7

²¹ Per inciso, va detto che le compartecipazioni alla spesa possono essere di due tipi: si parla propriamente di *co-sharing* quando i pazienti pagano una percentuale dell'effettivo costo delle prestazioni di cui usufruiscono; si parla invece di *co-payment* quando al paziente viene addebitata una quota forfettaria per ogni prestazione ricevuta. Per avere qualche riferimento concreto: in Francia i pazienti sono soggetti a forma di *co-sharing*, pagando fino al 30% del costo delle prestazioni usufruite; i ticket all'italiana sono invece forme di *co-payment*, pagando infatti una quota fissa per ogni prestazione o ricetta.

Spagna	66,1	5,2	6,7	22	71,2	28,8
Stati Uniti	32,7	13,1	41,4	12,8	45,8	54,2
Svezia	81,7	0	n.d.	n.d.	81,7	18,3
Svizzera	17,2	43	9,5	30,3	60,3	39,7
<i>Leggenda: per out-of-pocket si intende la spesa che il paziente sostiene di tasca propria.</i>						

Fonte: OECD (2008) - Organisation for Economic Co-operation and Development

Oltre a far comprendere a quale dei quattro modelli fondamentali di finanziamento ogni Paese si avvicini maggiormente, studiare la composizione della spesa sanitaria consente anche di investigare il rapporto che intercorre tra settore pubblico e privato: per ogni sistema nazionale è infatti possibile determinare quale parte della spesa sanitaria sia coperta dagli schemi assicurativi obbligatori e quanto rimanga invece a carico dei singoli cittadini.

Per questo proponiamo la successiva tabella in cui, unicamente per i sistemi universalistici, si riporta la percentuale di spesa pubblica e privata.

Tavola 1.2 - Modelli universalistici: spesa pubblica e privata (2006)

	% spesa pubblica	% spesa privata
Regno Unito	87,3	12,7
Norvegia	83,6	16,4
Svezia	81,7	18,3
Danimarca	79,9	20,1
Irlanda	78,3	21,7
Nuova Zelanda	77,8	22,2
Italia	77,2	22,8
Spagna	71,2	28,8
Portogallo	70,6	29,4
Canada	70,4	29,6
Australia	67	33

Fonte: OECD (2008) - Organisation for Economic Co-operation and Development

Ai fini di una corretta disamina dei modelli sanitari nel loro complesso è opportuno, dopo aver osservato le varie modalità di finanziamento dell'intero sistema, passare all'analisi della produzione dei servizi sanitari.

Prima, però, è opportuno individuare quei sistemi che, per come sono strutturati, prediligono la totale copertura sanitaria della popolazione e quelli che lasciano parte dell'utenza senza assicurazione sanitaria.

A tal fine si propone la tavola 1.3 che ha lo scopo di evidenziare, tra i Paesi presi in considerazione, quali siano le percentuali di copertura della popolazione.

Tavola 1.3 - Copertura assicurativa della popolazione (2006) espressa in %

	Copertura sanitaria obbligatoria	Assicurazione privata sostitutiva	Senza assicurazione sanitaria
Australia	100	-	-
Austria	99	-	1
Belgio	99	-	1
Canada	100	-	-
Danimarca	100	-	-
Francia	99,9	-	0,1
Germania	89,5	10,3	0,2
Giappone	100	-	-
Grecia	100	-	-
Irlanda	100	-	-
Italia	100	-	-
Norvegia	100	-	-
Nuova Zelanda	100	-	-
Paesi Bassi	62,1	35,8	2,1
Portogallo	100	-	-
Regno Unito	100	-	-
Spagna	99,5	-	0,5
Stati Uniti	27,4	57,5	15,1
Svezia	100	-	-
Svizzera	100	-	-

Fonte: OECD (2008) - Organisation for Economic Co-operation and Development.

Come accennato in precedenza, passiamo, brevemente, ad analizzare i modelli di produzione dei servizi sanitari, che per convenzione faremo rientrare in due archetipi differenti: quello *separato* e quello *integrato*²².

Il modello di produzione *separato*.

Esso è caratterizzato da massima autonomia degli attori, relazioni contrattuali tra le parti e ampia libertà di scelta. In tale modello gli attori sono infatti soggetti giuridicamente indipendenti, cui è riconosciuto un ampio margine di autonomia.

Dobbiamo dunque attenderci una rete di fornitori formata da medici liberi professionisti e strutture sanitarie indipendenti le une dalle altre. Di conseguenza, gli scambi tra gli attori sono regolati prevalentemente attraverso contratti che le controparti sono libere di sottoscrivere a proprio piacimento.

Ulteriore caratteristica del modello *separato* è la grande libertà di scelta attribuita ai singoli attori: le parti si incontrano e collaborano in modo volontario, selezionandosi vicendevolmente in base alla reputazione e alla fiducia reciproca.

Condizione necessaria a garantire agli attori un effettivo potere di scelta è un grado minimo di pluralismo: si deve cioè avere sempre l'opportunità di scegliere tra più controparti alternative.

Il modello di produzione *integrato*.

Se il modello *separato* richiama un sistema di mercato, quello *integrato* ha caratteristiche più simili all'organizzazione interna.

Tratto distintivo del modello *integrato* è infatti l'appartenenza degli attori alla medesima organizzazione, il che significa attenersi ad un'unica struttura di ruoli, alimentare una cultura condivisa, sottostare a regole comuni.

Questi fattori appena elencati dovrebbero portare gli attori a diventare col tempo sempre più omogenei e a condividere, almeno in parte, gli stessi fini.

La coesione interna è favorita anche da rapporti d'impiego stabili tra l'organizzazione e i suoi dipendenti. Gli scambi tra le parti saranno, quindi,

²² TOH F., *Le politiche sanitarie*, Op. cit.

regolati non più – come nel modello separato – da contratti volontari ed occasionali, ma attraverso la gerarchia e le regole interne dell'organizzazione.

Queste ultime definiscono le modalità di collaborazione tra gli attori, che non sono più liberi di scegliersi la controparte. I rapporti tendono perciò ad essere biunivoci, obbligatori e continuativi.

Tutti gli elementi del modello integrato favoriscono insomma, almeno sulla carta, un coordinamento molto più stretto di quanto non avvenga tra soggetti formalmente indipendenti, tanto che gli obiettivi della collaborazione e della coesione tra le parti sono considerati prioritari rispetto alla libertà di scelta e all'indipendenza del singolo soggetto.

Messo a confronto con quello separato, il modello integrato presenta caratteristiche diametralmente opposte: gli attori non sono più soggetti indipendenti, ma appartengono alla medesima organizzazione, gli scambi tra le parti non sono regolati da contratti, ma attraverso rapporti d'impiego stabili, inoltre la libertà di scelta è fortemente limitata.

Nel tentativo di fare sintesi tra la produzione dei servizi sanitari ed il relativo finanziamento, proponiamo il seguente prospetto in cui vengono raggruppati per tipologia gli stessi Paesi presi in considerazione in precedenza.

Tavola 1.4 - Finanziamento e produzione

		<i>Sistema di produzione</i>	
		Separato	Integrato
Sistema di finanziamento	ASM	Austria, Belgio, Francia, Germania, Giappone, Paesi Bassi, Svizzera	
	Universalistico	Australia, Canada	Danimarca, Irlanda, Italia, Norvegia, Nuova Zelanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svezia

Fonte: nostra elaborazione

Prima di concludere questa breve disamina sui modelli sanitari esistenti nei principali Stati appartenenti all'area OCSE, appare utile proporre le modalità attraverso cui remunerare i medici, in quanto si evince con

chiarezza come si integrano fra loro i modelli visti in precedenza e come questi siano in grado di presentare delle declinazioni specifiche in base alle proprie esigenze.

I metodi in questione sono tre: il *fee-for-service*, la *quota capitaria* e lo *stipendio fisso*.

Il fee-for-service.

Il primo di questi prevede che ogni medico venga pagato in proporzione al tipo ed alla quantità delle prestazioni effettivamente erogate. Poiché ad ogni prestazione corrisponde una tariffa, i medici più produttivi – o che erogano i servizi più sofisticati – saranno quelli che guadagneranno di più.

A seconda delle versioni, le tariffe potranno essere uguali per tutti (determinate ad esempio dall'ordine dei medici) oppure stabilite a discrezione del singolo professionista.

La quota capitaria.

Tale meccanismo di remunerazione presuppone che i pazienti siano iscritti presso un determinato medico, nella pratica esso viene applicato ai soli medici di famiglia.

La logica della quota capitaria prevede che ogni medico sia ricompensato in base al numero dei pazienti di cui si fa carico. La quota corrispondente ad ogni assistito può essere standard oppure, come spesso accade, tenere conto dell'età e delle condizioni di salute dei diversi pazienti.

In alcune versioni di tale sistema di pagamento, per evitare che i professionisti facciano incetta di pazienti – arrivando ad averne un numero eccessivo che non sono poi in condizione di seguire – viene fissato un numero massimo di assistiti per medico: in Italia, ad esempio, i medici di base non possono di norma superare i 1.500 pazienti.

Lo stipendio fisso.

Il terzo sistema di pagamento consiste nel fatto che i medici sono pagati per unità di tempo: essi vengono cioè ricompensati con una cifra pattuita in precedenza, che prescinde sia dal numero degli assistiti sia dalle prestazioni effettivamente erogate.

Ognuno di questi tre meccanismi di pagamento ha pro e contro. Perlomeno sulla carta il *fee-for-service* dovrebbe essere il sistema maggiormente meritocratico, in quanto premia i fornitori più produttivi e più ricercati dai pazienti; al tempo stesso esso fornisce, però, un incentivo ad erogare anche prestazioni non strettamente necessarie e a scegliere – a parità di efficacia – le procedure terapeutiche più costose.

Esso non permette inoltre di determinare in anticipo l'ammontare complessivo degli stipendi dei medici (cosa che invece gli altri due consentono di fare).

Il sistema dello stipendio fisso è tutto l'opposto: se da un lato disincentiva la sovrapposizione di servizi medici, dall'altro non fornisce alcun premio alla produttività del singolo professionista (il quale viene pagato allo stesso modo sia che lavori poco, sia che lavori molto).

Una differenza spesso sottolineata rispetto al *fee-for-service* riguarda l'orientamento al cliente: nel sistema a tariffa ogni medico ha infatti interesse a ricercare la soddisfazione dei propri assistiti (affinché essi ritornino o, in ogni caso, parlino bene del servizio ricevuto); non avendo alcun incentivo economico in questo senso, il medico stipendiato potrebbe invece tenere in minore considerazione il giudizio del paziente, trattandolo con meno attenzione e gentilezza (questo è il limite di cui vengono spesso accusati i servizi pubblici).

Il meccanismo della quota capitaria – pur non essendo sempre applicabile – viene da molti considerato il giusto punto di equilibrio tra i due precedenti: come il *fee-for-service*, invita i medici a ricercare la soddisfazione dei clienti (i pazienti possono infatti abbandonare i professionisti di cui non si ritengono soddisfatti); come il sistema dello stipendio fisso, consente di tenere sotto controllo i guadagni complessivi dei medici e non offre incentivi economici all'erogazione di prestazioni non necessarie.

In misura maggiore rispetto agli altri due sistemi, la quota capitaria dovrebbe inoltre assicurare la stabilità del rapporto medico-paziente e quindi la continuità delle cure.

Ovviamente anche la quota capitaria ha qualche controindicazione: tale meccanismo può indurre i medici a selezionare i pazienti, accettando quelli meno impegnativi (più giovani o più sani) e lasciando ad altri quelli bisognosi di maggiori cure²³.

Come già sottolineato per i modelli teorici visti in precedenza, anche per la suddetta classificazione delle remunerazioni professionali non è possibile marcare una linea netta tra i vari modelli.

Nella realtà, infatti, questi metodi si trovano spesso combinati tra loro: è frequente che i redditi dei medici siano formati da più componenti, ognuna delle quali calcolata secondo un meccanismo di pagamento diverso.

Per completare il quadro vanno menzionati altri due metodi di pagamento: il c.d. *extra-billing* e la possibilità per i medici dipendenti di praticare anche privatamente.

Il primo può esistere esclusivamente nei sistemi *fee-for-service* in cui le prestazioni mediche siano soggette ad un unico tariffario stabilito a livello locale o nazionale e consiste, molto prosaicamente, nella possibilità concessa ai medici di applicare tariffe superiori a quelle standard, la cui differenza è, ovviamente, a carico dei pazienti.

La seconda variante, vale a dire la pratica privata, si può trovare solo nei sistemi in cui i medici siano lavoratori dipendenti: è la facoltà accordata a tali professionisti di praticare anche in forma autonoma²⁴.

Nella tavola 1.5 si evidenziano le modalità di retribuzione dei medici nei vari Paesi già esaminati, allo scopo di completare il più possibile il quadro di sintesi dei modelli esistenti nella realtà operativa.

²³ Nella letteratura di taglio economico tale comportamento perverso viene definito *cherry-picking*, ovvero la cernita delle ciliegie.

²⁴ Ai medici ospedalieri italiani, ad esempio, pur essendo dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, è da sempre riconosciuta la possibilità, al di fuori dell'orario di lavoro, di esercitare in regime libero-professionale.

Tavola 1.5 - Modalità di remunerazione dei medici.

	Medici di base	Specialisti ambulatoriali	Medici ospedalieri
Australia	FFS + EB	FFS + EB	STIPENDIO + PP
Austria	FFS + CAPITARIA	FFS	STIPENDIO + PP
Belgio	FFS	FFS	FFS
Canada	FFS	FFS	STIPENDIO O FFS
Danimarca	CAPITARIA + FFS	FFS	STIPENDIO
Francia	FFS + EB	FFS + EB	STIPENDIO + PP
Germania	FFS	FFS	STIPENDIO
Giappone	FFS	FFS	STIPENDIO
Grecia	STIPENDIO + PP	STIPENDIO + PP	STIPENDIO + PP
Irlanda	CAPITARIA + FFS	STIPENDIO + PP	STIPENDIO + PP
Italia	CAPITARIA + FFS	STIPENDIO + PP	STIPENDIO + PP
Norvegia	CAPITARIA + FFS	FFS	STIPENDIO
Nuova Zelanda	CAPITARIA + FFS	STIPENDIO + PP	STIPENDIO + PP
Paesi Bassi	FFS + CAPITARIA	FFS	STIPENDIO
Portogallo	STIPENDIO + PP	STIPENDIO + PP	STIPENDIO + PP
Regno Unito	CAPITARIA + FFS	STIPENDIO + PP	STIPENDIO + PP
Spagna	STIPENDIO + CAPITARIA	STIPENDIO + PP	STIPENDIO + PP
Stati Uniti	FFS	FFS	STIPENDIO + FFS
Svezia	STIPENDIO	STIPENDIO	STIPENDIO
Svizzera	FFS	FFS	STIPENDIO + PP

Legenda: FFS = fee-for-service; PP = pratica privata; EB = extra-billing

Fonte: nostra elaborazione

1.3 La collocazione della Regione Calabria all'interno del panorama italiano

Quanto esaminato finora ci permette di affermare che il contesto europeo riveste un ruolo di grande rilievo a tutti i livelli decisionali nel nostro Paese e di conseguenza anche a livello sanitario, infatti, pur non influenzando le scelte inerenti i modelli organizzativi, è innegabile il forte influsso delle diverse direttive con le quali l'Unione europea ha permeato l'attività sanitaria degli Stati membri²⁵.

Giova ricordarne alcune che al tempo stesso costituiscono, a nostro modo di vedere, vincoli e opportunità.

La principale è costituita certamente dalla libera circolazione degli uomini e delle merci, ivi compresa quella relativa all'esercizio del diritto di scelta del luogo di cura, che rappresenta questione di enorme valenza per le diverse opportunità offerte ai cittadini.

In base a tale previsione, infatti, i sistemi sanitari dei diversi Paesi europei potranno entrare in concorrenza e determinare scambi finanziari. Ciò porterà, inevitabilmente, ad un miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie, oltre che alla possibilità di fornire prestazioni a costi competitivi.

Riportando lo sguardo entro i nostri confini, è utile, ai fini della nostra argomentazione, richiamare l'applicazione delle modifiche al titolo quinto della Costituzione che ha portato alla piena responsabilizzazione delle Regioni in materia sanitaria.

Allo Stato, infatti, restano attribuite unicamente le competenze relative alla determinazione ed al controllo sull'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

In questo contesto, la responsabilità regionale si estrinseca in due versanti fondamentali, ovvero nel compito di assicurare i livelli di assistenza ai propri cittadini e nella piena responsabilità finanziaria.

Su tali argomenti il ruolo della Conferenza Stato-Regioni è di primaria rilevanza, quale ambito di concertazione e di negoziazione interistituzionale.

²⁵ A riguardo, si ricorda, tra gli altri, l'art. 1 del Nuovo Patto per la salute 2010-2012, laddove si legge: "al fine del rispetto degli obblighi assunti in sede comunitaria dall'Italia".

Tale organismo, che si riunisce con periodicità sempre più frequente e su materie sempre più ampie, è il luogo ove vengono sottoscritti accordi e patti fondamentali, affidati a strumenti e a tavoli di monitoraggio e valutazione pressoché permanenti.

Con riguardo ai vari strumenti pattizi, grande rilievo riveste l'accordo del 3 agosto 2000, che ha instaurato il cosiddetto "patto di stabilità", integrato e modificato con l'accordo dell'8 agosto 2001 e rinegoziato con quello del 23 marzo 2005.

Il 3 dicembre 2009 lo Stato e le Regioni hanno sottoscritto il nuovo "patto per la salute", riferito al triennio 2010-2012 nel quadro di un rinnovato patto di stabilità interno, le cui principali novità, ai fini del nostro studio, sono riportate di seguito²⁶.

Il primo dato messo in risalto è l'individuazione di risorse certe per il triennio di riferimento, attribuendo alle singole Regioni l'obbligo di un'accurata pianificazione delle proprie attività, in relazione ai fondi assegnati. All'art. 1, infatti, leggiamo: *"Lo Stato si impegna ad assicurare in relazione al livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato stabilito dalla vigente legislazione, pari a 104.614 milioni di euro per l'anno 2010 ed a 106.934 milioni di euro per l'anno 2011 (...). Per l'anno 2012 lo Stato si impegna ad assicurare risorse aggiuntive tali da garantire un incremento del livello del finanziamento rispetto all'anno 2011 del 2,8%"*.

Gli accordi in questione sono basati, come già anticipato, sull'assunzione della piena responsabilità finanziaria delle Regioni, nella garanzia dei livelli essenziali di assistenza e nel rispetto del quadro di risorse disponibili. Ciò significa che la violazione dei vincoli finanziari determina conseguenze rilevanti soprattutto sull'obbligo di provvedere con proprie risorse alla copertura dei disavanzi.

²⁶ Ai fini di una lettura integrale del nuovo patto per la salute si rinvia al documento ufficiale: *"La conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano"*.

Fondamentale ai fini di un processo efficace di razionalizzazione della spesa, che non deve incidere sull'offerta dei servizi, da ampliare e migliorare, è il contenimento dei costi organizzativi e gestionali.

In questa direzione il piano può intervenire in maniera decisiva attraverso scelte coraggiose, quali, ad esempio, la riduzione del numero delle aziende e la centralizzazione degli acquisti, che trovano fondamento sia in scelte di appropriatezza organizzativa sia nella riduzione degli oneri non direttamente collegati alla produzione di servizi sanitari.

Prima di passare ad un'analisi più dettagliata della situazione sanitaria calabrese, che presenteremo nel quarto capitolo, occorre evidenziare quali sono i "numeri" con cui ci confronteremo nella disamina del nostro modello sanitario e delle sue linee strategiche.

Il primo dato da evidenziare è che la Calabria si estende su una superficie di circa 15.000 kmq, con una netta prevalenza di territori montani e collinari, rispetto alle aree pianeggianti, e nel territorio risiedono 2.004.415 abitanti²⁷.

La popolazione calabrese costituisce il 3,5% dei residenti in Italia e l'1,55% dei suoi cittadini residenti è di origine straniera.

La distribuzione della popolazione residente per ambito territoriale attribuisce ai comuni della provincia di Cosenza 730.395 abitanti (36,4% del totale), a quelli di Reggio Calabria 565.541 abitanti (28,2%), a quelli di Catanzaro 367.624 (18,3%), a quelli di Crotona 172.374 (8,6%) ed a quelli di Vibo Valentia 168.481 (8,4%).

Di seguito riportiamo una tabella relativa alla popolazione residente ed alla superficie territoriale delle Aziende sanitarie prima della delibera di accorpamento.

²⁷ I dati si riferiscono al 1° gennaio 2006.

Tavola 1.6 - Regione Calabria. Comuni, popolazione residente e superficie territoriale delle Aziende sanitarie esistenti alla data del 20 maggio 2007 - Popolazione all'1.1.2006 (dati ISTAT)

ASL	Valori assoluti				Distribuzione percentuale		
	n° Comuni	Popolaz. residente	Sup. kmq	Densità ab kmq	n° Comuni	Popolaz. residente	Sup. kmq
101 - Paola	33	138.796	1.077,47	129	8,07%	6,92%	7,14%
102 - Castrovillari	28	104.964	1.340,98	78	6,85%	5,24%	8,89%
103 - Rossano C.	36	176.097	2.095,00	84	8,80%	8,79%	13,89%
104 - Cosenza	57	292.159	1.856,78	157	13,94%	14,58%	12,31%
105 - Crotona	29	191.249	2.011,30	95	7,09%	9,54%	13,34%
106 - Lamezia T.	21	126.448	740,56	171	5,13%	6,31%	4,91%
107 - Catanzaro	58	240.680	1.635,52	147	14,18%	12,01%	10,85%
108 - Vibo Valentia	50	168.481	1.139,47	148	12,22%	8,41%	7,56%
109 - Locri	42	134.611	1.352,17	100	10,27%	6,72%	8,97%
110 - Palmi	30	157.528	861,38	183	7,33%	7,86%	5,71%
111 - Reggio C.	25	273.402	969,64	282	6,11%	13,64%	6,43%
Totale regionale	409	2.004.415	15.080,27	133	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: nostra elaborazione da Piano Sanitario Regionale 2007-2009. Regione Calabria

La successiva tabella riporta, invece, i dati presentati nella tavola 1.6 aggregati secondo lo schema della nuova conformazione delle Aziende Provinciali del nostro territorio.

Tavola 1.7 - Regione Calabria. Comuni, popolazione residente e superficie territoriale delle Aziende sanitarie provinciali - Popolazione all'1.1.2006 (dati ISTAT)

ASP	Valori assoluti				Distribuzione percentuale		
	n° Comuni	Popolaz. residente	Sup. kmq	Densità ab kmq	n° Comuni	Popolaz. residente	Sup. kmq
Cosenza	155	730.395	6.649,68	110	37,90%	36,44%	44,10%
Catanzaro	80	367.624	2.391,35	154	19,56%	18,34%	15,86%
Reggio C.	97	565.541	3.183,19	178	23,72%	28,21%	21,11%
Crotone	27	172.374	1.716,58	100	6,60%	8,60%	11,38%
Vibo V.	50	168.481	1.139,47	148	12,22%	8,41%	7,56%
Totale regionale	409	2.004.415	15.080,27	133	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: nostra elaborazione da Piano Sanitario Regionale 2007-2009. Regione Calabria

Un terzo della popolazione calabrese risiede in 324 comuni con un numero di abitanti al di sotto delle 5.000 unità, che rappresentano il 79,2% dei comuni calabresi e ricoprono il 66% del territorio.

La dispersione della popolazione pertanto è assai elevata; negli stessi comuni, infatti, si registra una densità pari a 67 abitanti per kmq, che, per quelli di ampiezza demografica inferiore (fino a mille abitanti) arriva a misurare appena 34 ab. per kmq.

I centri abitati più consistenti sono pochi, 35 comuni al di sopra dei 10.000 abitanti nei quali risiede il 49,9% della popolazione calabrese, distribuita sul 19,9% del territorio. Un solo comune, Reggio Calabria, va oltre i 100.000 residenti (al 1° gennaio 2006 vi sono 184.369 abitanti).

Altri 50 comuni possiedono un'ampiezza demografica compresa tra 5.000 e 10.000 abitanti, dove risiede il rimanente 16,9% della popolazione calabrese, insediata sul 14,0% del territorio²⁸.

Infine, appare utile evidenziare brevemente la consistenza dell'indice di vecchiaia e del tasso di natalità.

²⁸ Per ulteriori approfondimenti sull'offerta ospedaliera e lo stato dei servizi sanitari calabresi si veda: Piano Sanitario Regionale 2007-2009. Assessorato tutela della salute e politiche sanitarie. Regione Calabria.

Con riguardo al primo, la percentuale di persone di età superiore ai 65 anni rispetto al totale della popolazione residente è passata dal 13,5 % del 1992 al 17,97 % del 2005. L'indice di vecchiaia è infatti in continuo aumento ed assume valori più elevati nel genere femminile; nel 2005 ha raggiunto il valore di 97,4 per il genere maschile e di 134,9 nelle donne anche se, rispetto al resto d'Italia, le province calabresi si collocano comunque attorno a valori dell'indice di vecchiaia più basso (come evidenziato nella tavola successiva).

Tavola 1.8 - Andamento dell'indice di vecchiaia per singolo comune della Calabria – anno 2003 (dati ISTAT)

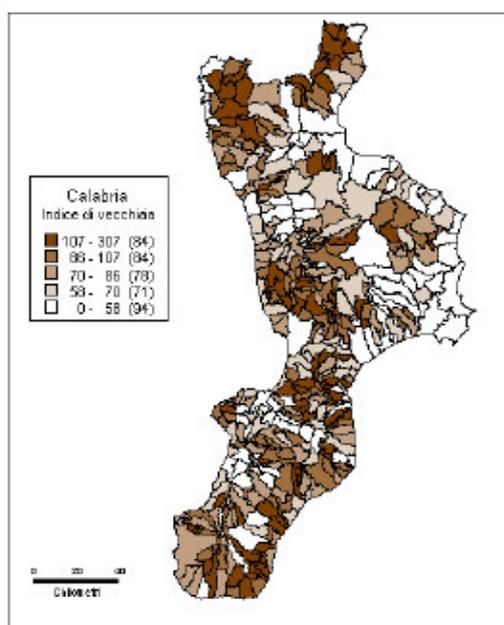
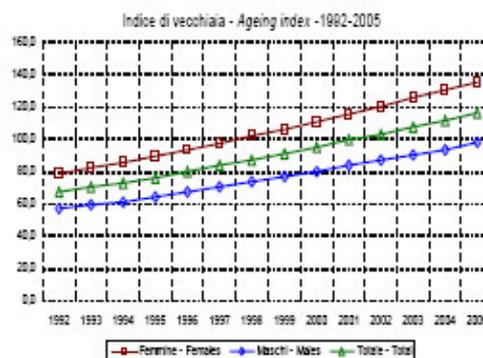


Figura 1.2 – Andamento dell'indice di vecchiaia in Calabria dal 1992 al 2005, distinto per genere. (dati ISTAT).

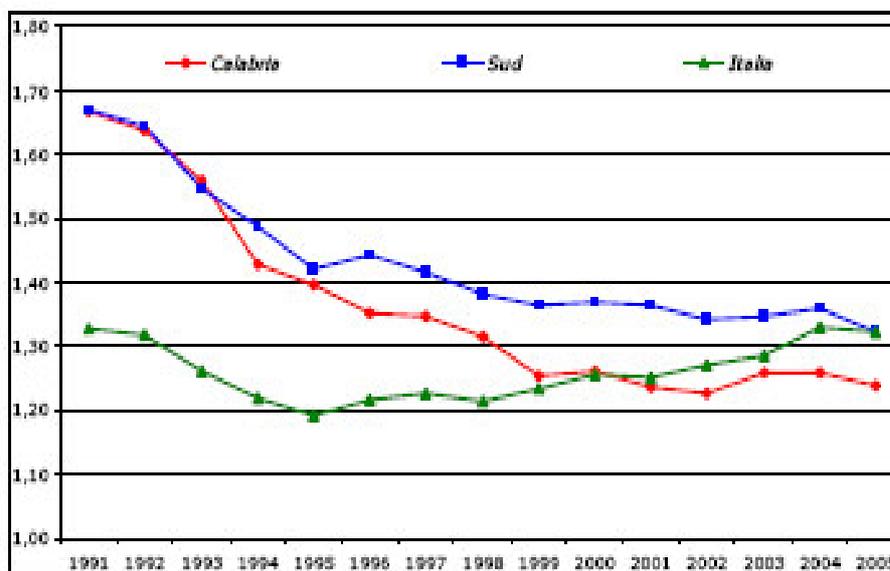


Fonte: Piano Sanitario Regionale 2007-2009. Regione Calabria

Il tasso di natalità, invece, passato dal valore di 12,9‰ abitanti del 1992 a quello di 9,1 nati ogni mille abitanti del 1° gennaio 2006, è inferiore alla media nazionale (9,5‰), peraltro in misura maggiore rispetto al Sud Italia (9,8‰), in quanto condizionato da una fecondità totale assai bassa, con un numero medio di figli per donna di 1,24 (il valore nazionale è di 1,32); il livello di fecondità in Calabria rimane tra i più bassi in Europa (1,4) e nel mondo (2,8). Nel resto dei Paesi Europei solo in Spagna il numero medio di figli per

donna (1,1) è inferiore al valore italiano, mentre l'estremo opposto è rappresentato dall'Irlanda.

Tavola 1.9 - Numero medio di figli per donna dal 1991 al 2005 - confronto Italia, Calabria e Sud (dati ISTAT)



Fonte: Piano Sanitario Regionale 2007-2009. Regione Calabria

Questa breve premessa sulla realtà calabrese, è opportuna per analizzare, più nello specifico, le linee strategiche e la situazione del Sistema Sanitario, in quanto non vi è dubbio che nella nostra Regione esista un “problema” sanità, percepito dai cittadini e di cui fanno fede non solo i dati e gli indici valutativi disponibili, ma anche i contenuti dei vari Piani sanitari regionali varati nel corso degli anni.

Al riguardo le principali criticità di carattere strategico possono essere immediatamente così individuate:

- le attuali condizioni degli edifici destinati alle attività ospedaliere, dovute al mancato utilizzo di una parte consistente delle risorse destinate all'edilizia sanitaria e ad una inadeguata attività di manutenzione;
- l'insufficiente disponibilità di tecnologie avanzate e l'obsolescenza di quelle esistenti;

- la distribuzione del personale tra le Aziende, in alcuni casi fortemente disallineata rispetto a razionali parametri di dimensionamento degli organici, che condiziona l'equilibrio economico e la stessa possibilità di assicurare in maniera equa i livelli di assistenza.

I cittadini e le istituzioni locali e regionali hanno la consapevolezza delle ricadute negative sullo sviluppo economico e sociale del fatto che un settore di primaria importanza come quello sanitario, che utilizza tra l'altro la più rilevante quota di risorse pubbliche²⁹, non riesce a realizzare un "sistema" attraverso cui, in modo efficace e diffuso, si garantisca il diritto alla salute di tutti i membri della comunità.

Certamente non si può sostenere che nel SSR non esista "buona sanità". Al contrario, sono ben presenti, in pressoché tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, operatori capaci e preparati, unità operative ben organizzate ed in alcuni casi anche situazioni e centri di eccellenza che nulla hanno da invidiare ad analoghi servizi delle altre Regioni italiane.

Ma tutto ciò non è sufficiente a garantire, sia nella sostanza che nella percezione dei cittadini, quel sistema di produzione di servizi e prestazioni orientate alla tutela della salute, che risponda alle aspettative della comunità in termini di diffusione sul territorio, di equità nell'erogazione e nella fruizione, di qualità globale³⁰.

Più in generale, occorre sottolineare una persistente sperequazione fra i livelli d'assistenza: infatti, le risorse impiegate per la prevenzione collettiva e

²⁹ Secondo alcuni dati ISTAT all'incirca il 65% delle risorse regionali vengono destinate al comparto sanitario.

³⁰ A testimonianza di ciò vi sono numerosi fattori, fra i quali:

- l'accesso ai servizi non organizzato in tutte le Aziende secondo criteri oggettivi e razionali, tramite efficienti Centri Unificati di Prenotazione (CUP);
- la scarsa diffusione del criterio della presa in carico del cittadino – utente e la non adeguata trattazione delle sue problematiche attraverso percorsi assistenziali definiti ed ancorati a linee guida e protocolli appropriati;
- la cronica divisione delle attività territoriali rispetto a quelle ospedaliere, che non permette la trattazione dei casi realizzando un continuum assistenziale territorio / ospedale / territorio. Di ciò fa fede la scarsa pratica di comunicazione tra medici di base e specialisti ospedalieri;
- il non adeguato livello di utilizzo delle risorse umane e strumentali, con particolare riferimento a diffuse incoerenze nell'organizzazione dei servizi ed a scarsi livelli di utilizzo di beni fondamentali, quali sale operatorie e tecnologie sofisticate; tali inefficienze non consentono il raggiungimento di una produttività adeguata a soddisfare la domanda di prestazioni, generando peraltro liste di attesa ed alta mobilità in uscita;
- la presenza di diffuse inapproprietezze che producono irrazionale uso delle risorse. Esse sono di carattere strutturale: frammentazione dei presidi ospedalieri; irrazionale articolazione delle specialità; tasso di utilizzo dei posti letto mediamente del 65% contro oltre l'80% quale valore ottimale a livello nazionale. A queste si aggiungono altre inapproprietezze di carattere prescrittivo: alto e ingiustificato livello della spesa farmaceutica; ricorso incongruo alla ospedalizzazione, che fa registrare un tasso di 230 ricoverati ogni mille abitanti contro uno valore ottimale nazionale di 180; alto consumo delle prestazioni specialistiche, in specie di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- una elevata emigrazione per prestazioni sanitarie, tanto più grave per il fatto che la maggior parte del fenomeno attiene a prestazioni di media e bassa assistenza.

per l'assistenza territoriale sono ancora ampiamente inferiori agli standard nazionali, mentre quelle destinate al comparto ospedaliero sono ampiamente superiori al 50%, ciò peraltro in evidente contraddizione con gli indici di riparto delle risorse finanziarie adottati a livello regionale.

Quanto detto costituisce la prima conferma di un improprio utilizzo delle strutture ospedaliere, la cui collocazione al centro dell'offerta sanitaria condiziona la possibilità di costruire un sistema che individui la propria missione nella prevenzione e nella promozione della salute.

Proprio questa esigenza di far fronte alla scarsità delle risorse e ad un adeguato utilizzo delle stesse, costituisce il primo passo verso un reale *razionamento* preso ad oggetto di studio del successivo capitolo.

Capitolo 2

Controllo della spesa e modelli organizzativi in sanità

2. Controllo della spesa e modelli organizzativi in sanità

2.1 La tutela della salute tra responsabilità personali, procedure amministrative e *clinical governance*

Con la riforma varata ex D.Lgs. 502/92 il legislatore ha cercato di ridare efficienza al Sistema Sanitario mediante il contenimento della spesa e col successivo intervento normativo, D.Lgs. 229/99, ha introdotto un processo di riorganizzazione del SSN sotto il risvolto funzionale non solo per dare maggior vigore alla fase di pianificazione, ma anche per rafforzare i meccanismi di garanzia a tutela della salute³¹.

Il filo conduttore di questi interventi di razionalizzazione può essere individuato nella decisa volontà del legislatore di valorizzare l'aspetto della programmazione come momento cruciale delle scelte strategiche in tema di salute.

Gli obiettivi della programmazione fanno sorgere, però, un ulteriore interrogativo concernente il significato da attribuire all'espressione "livelli essenziali delle prestazioni", e cioè se ad essa debba essere assegnato un significato equivalente o meno a quello solitamente riconosciuto all'espressione "contenuto minimo" impiegata dalla giurisprudenza costituzionale³².

Al riguardo, diverse sono state le risposte e le opinioni di chi fa capo ad un tipo di prestazione base o livello minimo al di sotto del quale il diritto stesso è violato. Proprio su questo dibattito si innescano gli interrogativi su quali siano le prestazioni riconosciute nell'ambito dei LEA e quali, per converso, debbano essere escluse.

In soccorso a questa problematica ci viene certamente la più volte citata L. 502/1992 che ha definito sia i principi cui ispirare la corretta

³¹ Passaggio che è stato nel tempo anticipato dall'introduzione della Carta dei Servizi sanitari (D.P.C.M. 19/5/1995), come documento programmatico contenente una serie di principi guida indirizzati alle diverse strutture erogatrici di servizi sanitari per la messa a punto di un decalogo operativo dei servizi sanitari che sia innanzitutto improntato a garantire al cittadino la tutela della salute.

³² L'art. 52 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea fa riferimento al "contenuto essenziale" dei diritti per stabilire: «eventuali limitazioni all'esercizio dei diritti e delle libertà riconosciuti dalla presente Carta devono essere previste dalla legge e rispettare il contenuto essenziale di detti diritti e libertà».

definizione dei livelli essenziali di assistenza, sia i criteri guida per la circoscrizione dell'area delle prestazioni da includere o escludere nei livelli.

Con riguardo ai principi, è stato stabilito che il Servizio Sanitario Nazionale deve assicurare a tutti i cittadini, in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, i livelli essenziali di assistenza, nel rispetto:

- della dignità della persona umana;
- del bisogno di salute;
- dell'equità nell'accesso all'assistenza;
- della qualità delle cure;
- dell'appropriatezza delle cure;
- dell'economicità nell'uso delle risorse³³.

Sul piano operativo, l'art. 7 del citato decreto ha definito meglio i contorni dell'area di inclusione delle prestazioni sanitarie nella sfera dell'offerta da garantire alla collettività da parte del SSN, individuando una condizione positiva che dette prestazioni devono possedere per poter essere qualificate come "essenziali" e tre condizioni negative capaci di determinare automaticamente l'esclusione dai livelli di assistenza.

La condizione positiva consiste in ciò che una tipologia di assistenza, un servizio o una prestazione rientra nelle garanzie a carico del SSN se presenta, per date condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate.

Una tipologia di assistenza è esclusa dalle garanzie a carico del SSN, invece, nel caso in cui:

- non soddisfi bisogni primari di salute, da tutelare in base ai principi ispiratori del SSN³⁴;
- non soddisfi il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza;
- in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non osservi il principio dell'efficienza nell'impiego

³³ Cfr. art.1, comma 2, D.Lgs. 502/92, così come modificato a seguito dell'art.1, comma 5, del Decreto Legge 19 settembre 2001, n. 347, coordinato con la Legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405, recante: "interventi urgenti in materia di spesa sanitaria".

³⁴ È questo il caso, tanto per fare un esempio, degli interventi di chirurgia estetica non conseguenti ad incidenti, malattie o malformazioni congenite.

delle risorse, comportando un consumo di risorse superiore rispetto a quello di prestazioni alternative in grado di garantire ai pazienti identici benefici clinici.

Occorre sottolineare, però, che a causa di alcuni problemi di definizione dei L.E.A., nel 2001 il legislatore ha ritenuto necessario, per un loro puntuale inquadramento, effettuare un duplice intervento normativo.

Il primo è stato il D.P.C.M. del 29 novembre recante la “*definizione dei livelli essenziali di assistenza*”, emanato in attuazione della L. n. 405 del 16 novembre 2001.

Il secondo, il D.M. 12 dicembre 2001 “*sistema di garanzie per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria*”, ha individuato le attività sanitarie in tre grandi aree a seconda che si tratti di:

- a. assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b. assistenza distrettuale;
- c. assistenza ospedaliera.

A nostro avviso, la corretta lettura dell’art. 117 Cost.³⁵ implica, inoltre, una necessaria distinzione tra “livelli essenziali” e “prestazioni”, poiché se l’individuazione dei livelli contribuisce a definire il contenuto minimo o essenziale dei diritti sociali e civili, le “prestazioni” inevitabilmente si pongono su un piano distinto, costituendo lo strumento operativo attraverso cui ad essi si dà concretizzazione.

I livelli essenziali, infatti, non identificandosi in tipologie di prestazioni ma rappresentando aree di intervento, nel cui ambito deve essere proiettata l’attività essenziale del SSN, contribuiscono a determinare il contenuto essenziale del diritto alla salute che deve essere garantito dallo Stato, in modo uniforme, su tutto il territorio nazionale.

Al contrario, le prestazioni sanitarie per essere incluse tra quelle da porre a carico del SSN, dovranno sottostare ad una serie di controlli tesi a

35 «La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall’ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali. Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: ... (omissis) m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; ... (omissis) ... Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: ... (omissis) ... tutela della salute; ... (omissis) ... Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.»

verificare la loro rispondenza ai parametri dell'efficacia, dell'economicità, dell'appropriatezza e della necessità assistenziale, così come emerge dalla legislazione del settore³⁶.

A riguardo un intervento legislativo di definizione di un sistema di verifica e monitoraggio dei LEA è rappresentato dall'art. 10 dell'Accordo Stato-Regioni, cui si rimanda.

Appare chiaro, quindi, che strettamente legato al tema delle prestazioni è indubbiamente quello del monitoraggio e della responsabilità degli operatori, in quanto, ogni qualvolta si evidenzia una emergenza riguardante l'erogazione di un determinato servizio, il primo punto d'interesse è sempre quello di individuare i responsabili del disservizio in questione.

È un dato appartenente ormai alla realtà quotidiana, resa nota dai mass media, il fatto che le richieste di cura provenienti dal cittadino/utente, spesso devono fare i conti con l'organizzazione sanitaria.

Questo dato è confermato dai repertori giurisprudenziali da cui emerge che i convenuti in giudizio per episodi di *medical malpractice* sono, in un'altissima percentuale di casi, strutture sanitarie e fra queste prevalentemente strutture pubbliche.

Se, dunque, luogo privilegiato per l'accadimento di episodi di *medical malpractice* è una struttura organizzata dove l'attività sanitaria viene tradotta in servizio, raramente, la ricostruzione giudiziaria della vicenda pone l'accento su un disservizio o comunque su una disfunzione organizzativa della struttura stessa, ma attribuisce la disfunzione ad una negligenza del singolo operatore sanitario.

Un tale *habitus* mentale ha radici nella stessa configurazione della responsabilità della struttura sanitaria pubblica, che, concepita come responsabilità diretta in quanto fondata sul rapporto di immedesimazione tra medico ed ente, richiede l'accertamento del "fatto illecito" del medico da imputare alla struttura stessa sì da poterne affermare la responsabilità.

In realtà un tale atteggiamento, se posto a confronto con i nuovi modelli strutturali ed organizzativi di gestione dei servizi sanitari, che rivendicano alla

³⁶ DE MATTEIS R., *Responsabilità e servizi sanitari*, Padova, Cedam, 2007.

struttura e non più al medico un ruolo centrale nell'erogazione del servizio sanitario, si rivela quantomeno anacronistico.

Infatti, in questo contesto normativo il dirigente sanitario che oggi intenda assumere un ruolo di tipo manageriale deve disporre di competenze sempre più complesse, che si articolano certamente in responsabilità di funzione, di progetto e di processo.

La corretta assunzione di queste responsabilità da parte del direttore sanitario consente la realizzazione di un piano programmatico di lungo periodo capace di ricavare nuove strutture, servizi o attività innovative mai avute in precedenza, con il rispetto di tempi e costi predefiniti³⁷.

Questo tipo di impostazione è coerente con una moderna visione dell'organizzazione sanitaria, in quanto i nuovi scenari, caratterizzati da una sempre maggiore competizione, spronano le Aziende sanitarie ad utilizzare i nuovi strumenti di tipo manageriale più adatti alle mutate esigenze.

In tal senso soprattutto la responsabilità di progetto, se associata a nuove competenze manageriali, diviene a tutti gli effetti uno strumento per la gestione del cambiamento organizzativo.

Il tema della gestione dei progetti (*project management*) assume, quindi, una particolare importanza in sanità, proprio perché l'innovazione costituisce un valore strategico sempre più importante.

Lo sviluppo di nuove modalità assistenziali passa necessariamente attraverso la definizione di idee pianificate che vanno dalla ristrutturazione di aree di degenza o d'interi presidi ospedalieri alla sperimentazione di nuovi farmaci o di nuove tecnologie biomediche, alla riformulazione di settori di attività in funzione delle mutate esigenze della popolazione.

Da quanto appena detto, si evince con chiarezza che nei vari comparti della pubblica amministrazione, in particolar modo nella sanità, si sono insediati pian piano criteri e metodologie di approccio e valutazione ai fatti di gestione derivanti tipicamente dalle evoluzioni degli studi economico-aziendali.

³⁷ Proprio partendo da questo assunto, appare ancora più grave la situazione sanitaria calabrese, ove si assiste ad un continuo *turnover* tra direttori generali e commissari *ad acta* che non permettono una programmazione strategica tale da poter introdurre i benefici di cui si è appena parlato.

Il dirigente sanitario, infatti, è ora nelle condizioni di recepire le nuove esigenze di tipo organizzativo attraverso un'analisi epidemiologica e demografica che non rappresenta più solo uno strumento volto a definire aspetti prettamente sanitari, ma un passaggio preliminare per l'attività di progettazione e sviluppo strategico dei futuri servizi dell'organizzazione sanitaria³⁸.

La cosa che salta di più all'occhio è che le direzioni aziendali analizzano di rado il quadro d'insieme dei processi da un punto di vista sistemico.

Spesso, infatti, le singole funzioni sanitario-amministrative governano le parti del processo di propria competenza, tralasciando l'importanza del governo complessivo del processo e dimenticando che l'Azienda sanitaria genera valore attraverso i processi.

Le direzioni delle strutture organizzative tendono per propria natura a riprodurre i cosiddetti effetti regno o di funzione, ovvero quelle situazioni di fatto che provocano la carenza o addirittura la mancanza di responsabilità all'interno delle diverse funzioni.

L'approccio noto come governo clinico (*clinical governance*)³⁹ – nato nel Regno Unito come metodologia capace di promuovere l'integrazione tra le problematiche cliniche e quelle di tipo organizzativo-gestionale – propone l'utilizzo di diversi strumenti operativi, tra cui l'approccio per processi, confermando l'assunto che solo l'analisi di processo permette di comprendere le dinamiche delle attività e dei relativi punti critici.

Questo metodo rappresenta oggi la modalità riconosciuta da tutti i più accreditati percorsi per il miglioramento della qualità clinica e organizzativa, che deve essere compresa e applicata da tutti coloro che ricoprono responsabilità direzionali.

³⁸ BRUNO P., *Guida pratica alla direzione di struttura complessa in sanità. Gli strumenti del management sanitario come motore per il cambiamento organizzativo*, Milano, Il Sole 24 Ore, 2009.

³⁹ La *clinical governance* - impropriamente tradotto in "governo clinico" - è una strategia mediante la quale "le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale". Nel Regno Unito, la *clinical governance* è germogliata dalla progressiva maturazione, in senso *evidence-based*, di tutto il sistema (manager, professionisti, pazienti).

Proprio per questo, assume contorni sempre più chiari la necessità di un mutamento di prospettiva nel riconoscimento di una responsabilità della struttura derivante essenzialmente da una mancata ricognizione delle *procedure amministrative*.

L'analisi dei vari casi clinici, infatti, abbandonerà la precedente impostazione secondo cui il disservizio clinico era diretta conseguenza di una negligenza dell'operatore sanitario, per passare ad un'analisi del fatto illecito individuando l'apporto causale dei singoli fattori che, come elementi dell'organizzazione, hanno concorso all'erogazione del servizio difettoso⁴⁰.

A conferma di ciò, si potrebbero portare le innumerevoli pronunce, specie dei giudici di legittimità, che nel tentativo di motivare determinate azioni, sono andate alla ricerca di una condotta colpevole del medico come presupposto necessario per l'affermazione della responsabilità della struttura, quando invece risultava chiaramente in gioco un disservizio dell'intero reparto d'appartenenza.

Proprio in questo contesto si innescano i meccanismi delle procedure amministrative che, se ben standardizzate e assimilate dai vari comparti del servizio sanitario, costituiscono idonea garanzia al mancato susseguirsi di accadimenti sfavorevoli nel tempo.

Questo aspetto è stato ulteriormente sancito dall'Accordo Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, dove all'art. 11, rubricato qualità dei dati contabili, di struttura e di attività, si legge:

“In funzione della necessità di garantire nel settore sanitario il coordinamento della funzione di governo della spesa e il miglioramento della qualità dei relativi dati contabili e gestionali e delle procedure sottostanti alla loro produzione e rappresentazione, anche in relazione all'attuazione del federalismo fiscale, le Regioni e le Province autonome si impegnano a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili

⁴⁰ Sono questi i casi di malasanita verificatisi con maggiore frequenza in questi ultimi anni, quale ad esempio quello accaduto in Toscana laddove è stato utilizzato del sangue infetto in una operazione chirurgica. In quel caso non ci fu, a nostro avviso, esclusivamente negligenza da parte dei medici, in quanto l'applicazione di un "protocollo", cioè la sequela di esatte procedure amministrative avrebbero dovuto portare all'attenzione degli operatori sanitari la presenza del virus del HIV con maggiore evidenza.

sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili. A tal fine:

- *le Regioni una valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili, con conseguente certificazione della qualità dei dati contabili delle aziende e del consolidato regionale relativi all'anno 2008: a tale adempimento provvedono le regioni sottoposte ai Piani di rientro entro il 31 ottobre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011;*
- *le Regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, per tutta la durata dei piani intensificano le verifiche periodiche delle procedure amministrativo-contabili, ai fini della certificazione annuale dei bilanci delle aziende e del bilancio sanitario consolidato regionale;*
- *le Regioni, per l'implementazione e la messa a regime delle conseguenti attività regionali, ivi comprese le attività eventualmente necessarie per pervenire alla certificabilità dei bilanci, possono fare ricorso alle risorse di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67;*
- *le Regioni si impegnano ad avviare le procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci.”*

La nostra analisi verte proprio su questa possibilità di standardizzare determinate procedure, che, se osservate pedissequamente, porteranno ad una conduzione dell'intervento e del trattamento del paziente in maniera certamente più puntuale, evitando di volta in volta sprechi e disfunzioni nel settore sanitario.

Ciò che più interessa rilevare è l'intimo legame che sussiste tra il problema della responsabilità e del rischio clinico, che non può essere rimandato unicamente alle capacità o competenze degli operatori sanitari, ma necessita di adeguate procedure amministrative, tese a disciplinare e ridurre al minimo gli errori di un sistema altamente complesso e difficilmente interpretabile.

2.2I principi economico-aziendali per le Aziende sanitarie ed ospedaliere

2.2.1 Il razionamento delle risorse secondo i criteri economico-aziendali

La tematica di maggior rilievo affrontata negli ultimi decenni in materia di sanità è certamente il contenimento della spesa sanitaria e l'individuazione delle sue principali determinanti, soprattutto in presenza della costante crescita della domanda di salute.

Senza dubbio, questi aspetti sono stati determinati in buona parte dal progressivo innalzamento dell'età media della popolazione e da un notevole incremento delle aspettative di vita.

Se colleghiamo quanto appena detto alla contestuale presenza, anch'essa in aumento, di fasce di popolazione non autosufficienti o con bisogni, più o meno espressi, di sostegno socio-sanitario, comprenderemo a pieno quanto è importante governare le principali dominanti del Sistema Sanitario, ovvero:

- il contenimento della spesa;
- la crescente necessità di un corretto uso delle risorse;
- la ricerca delle possibili modalità di allocazione delle stesse⁴¹.

Questa breve elencazione inquadra maggiormente i punti principali d'interesse per gestire le risorse in maniera efficace, efficiente ed economica, prendendo spunto, come già anticipato in precedenza, dai criteri di derivazione economico-aziendale.

Proprio questi ultimi hanno trovato la loro consacrazione nella riforma normativa del 1992, che ha inteso affrontare il problema del finanziamento della spesa sanitaria non solo come meccanismo di trasferimento delle risorse dallo Stato alle Regioni, ma anche come principio di razionalizzazione del loro impiego all'interno delle strutture produttrici dei servizi.

⁴¹ PERRELLA G. - LEGGERI R., *La caccia e la lotta agli sprechi in sanità: metodi e strumenti operativi per le strutture sanitarie pubbliche e private*, Milano, FrancoAngeli, 2007.

Non è, allora, un caso che alla base della riforma del SSN siano state poste due innovazioni chiave:

- l'aziendalizzazione delle strutture erogatrici di servizi, che abbiamo trattato nei precedenti paragrafi;
- l'introduzione di un moderno *sistema di misurazione* del grado di efficienza, efficacia ed economicità delle prestazioni.

A tal proposito il nuovo Patto per la Salute siglato in data 3 dicembre 2009 tra Governo, Regioni e Province stigmatizza l'esigenza di un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa stabilendo che:

“Le Regioni convengono sull'opportunità di confrontarsi, ai fini di un'autovalutazione regionale e dell'avvio di un sistema di monitoraggio dello stato dei propri servizi sanitari regionali in seno alla struttura tecnica di monitoraggio di cui all'art. 3, comma 2, su indicatori di efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse, come specificati nel comma 2, rapportati agli indicatori di cui all'allegato 3 e correlati a valutazioni sull'erogazione dei LEA, avvalendosi anche dell'AGENAS. Governo e Regioni convengono che settori strategici in cui operare al fine di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggior controllo della spesa sono:

- *riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;*
- *assistenza farmaceutica;*
- *governo del personale;*
- *qualificazione dell'assistenza specialistica;*
- *meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato;*
- *accordi sulla mobilità interregionale;*
- *assistenza territoriale e post acuta;*
- *potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili, ivi compreso il progetto tessera sanitaria;*
- *rilancio delle attività di prevenzione.*

Costituiscono indicatori di efficienza ed appropriatezza le seguenti grandezze:

- *indicatori del rispetto della programmazione nazionale;*
- *indicatori sui costi medi;*
- *standard dei posti letto ospedalieri, come definito dalla vigente legislazione e dalla presente Intesa;*
- *standard del tasso di ospedalizzazione;*
- *standard del costo del personale: si considera anomala una spesa di personale, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale (e quindi inclusiva degli oneri del personale a tempo indeterminato, con forme di lavoro flessibile e del personale interinale), di valore medio pro-capite (calcolato sulle unità di personale), superiore al valore medio delle regioni in equilibrio economico e che garantiscono l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;*
- *standard della numerosità del personale:*
 - *con riferimento agli ospedali pubblici (aziende e presidi a gestione diretta), si considera anomala la presenza di un numero medio di unità di personale per posto letto superiore al numero medio registrato dalle regioni in equilibrio economico e che garantiscono l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;*
 - *con riferimento alle Aziende sanitarie si considera anomala la presenza di un numero medio di unità di personale per unità di popolazione assistita superiore al numero medio, corretto per il rapporto tra erogatori pubblici e privati accreditati, registrato dalle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;*
- *standard di struttura: si considera anomala la presenza sul territorio di ospedali pubblici con numero medio di posti letto inferiore al numero medio registrato dalle regioni in equilibrio*

economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;

- *standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza.*

Ai fini del calcolo degli indicatori di cui al comma 2 si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza, individuati in base a criteri stabiliti con intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2006, n. 131, da stipulare in sede di Conferenza Stato-Regioni con il supporto della struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2. (... omissis ...)."

Quanto appena riportato è stato ulteriormente rafforzato dalla disciplina di un organismo di monitoraggio, definito Struttura tecnica di monitoraggio paritetica, presente all'art. 3, dove si legge:

"Sono confermate le funzioni, previste dall'ordinamento vigente, del tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005, in materia delle verifiche trimestrali e annuali degli adempimenti regionali e dell'attuazione dei Piani di rientro."

L'intento dichiarato degli articoli suesposti è quello di prendere in considerazione le principali variabili che intervengono nelle scelte di fondo in materia di sanità cercando di rivederle alla luce degli studi di derivazione economico-aziendale che tipicamente si applicano al settore delle imprese private.

A nostro avviso, il settore sanitario, avendo adottato un impianto contabile di tipo economico-patrimoniale, ha deciso di essere governato secondo regole che esulano dall'attività prettamente mutualistica, tipica delle amministrazioni pubbliche, per intraprendere un percorso che porterà ad effettuare scelte sulla base di dati prospettici e risultati effettivamente conseguiti, tenendo conto sempre dei bisogni da soddisfare.

Queste affermazioni possono apparire fuorvianti a chi si accosta per la prima volta alla materia, ma l'intento non è quello di stravolgere le logiche pubblicistiche e men che meno quelle sanitarie, che individuano quale

principale priorità il soddisfacimento di un bisogno irrinunciabile e costituzionalmente garantito, ma, partendo proprio da questa esigenza, quello di infondere nella mentalità dei principali operatori sanitari il novero delle indispensabili regole di funzionamento quali le rendicontazioni, i budget e le procedure amministrative.

Con questo non si vuole negare priorità assoluta al diritto alla salute, ma semplicemente confermare che ci sono dei modi più convenienti, o meglio, più efficienti, efficaci ed economici per poter ottenere lo stesso risultato.

Queste affermazioni hanno trovato una loro precisa collocazione nell'impianto legislativo del nostro Paese. A conferma di ciò, ci viene in soccorso, come già anticipato, il legislatore col D.Lgs. 502/92 e successivamente col D.Lgs. 286/99.

Alla luce di questi cambiamenti, appaiono chiare le motivazioni di questa obbligata trasformazione di mentalità nei vari comparti del settore sanitario. Si assiste, infatti, ad un mutamento di approccio in varie circostanze.

Un esempio tipico è costituito dal differente trattamento che viene riservato oggi ai farmaci presenti nei vari reparti che precedentemente venivano somministrati in quantità sproporzionate rispetto all'effettiva necessità del paziente, mentre ora hanno subito un notevole ridimensionamento, derivante appunto dal contingentamento delle risorse.

Ci accorgiamo, allora, che il processo di aziendalizzazione ha mostrato le prime ripercussioni proprio sul trattamento delle risorse a disposizione dei principali attori del Sistema Sanitario.

Il linguaggio attuale si colora quindi di alcune terminologie praticamente sconosciute in precedenza e cioè: risparmio, contenimento della spesa, razionalizzazione delle risorse, riformulazione dei processi, riadattamento delle strutture ai nuovi standard qualitativi, efficienza, efficacia, economicità e così via.

L'introduzione dei criteri economico aziendali porta, perciò, ad operare un ripensamento del Sistema Sanitario da cima a fondo.

I primi passi da operare in questo senso sono costituiti dal:

- quantificare con precisione le risorse disponibili;
- individuare gli eventuali sprechi;
- razionalizzare e ridefinire i processi.

Nel prosieguo della trattazione concentreremo l'attenzione proprio su questi tre punti, al fine di comprendere meglio ove intervenire per avvicinarci sempre più ai modelli di gestione delle aziende private.

Tenendo conto delle attuali condizioni economiche stagnanti o di crescita lenta, non sembra del tutto irrealistico affermare che il vero miglioramento dell'efficienza avviene quando riduciamo o addirittura annulliamo gli sprechi.

L'eliminazione degli sprechi, infatti, non solo è direttamente proporzionale alla riduzione dei costi, ma tende contemporaneamente ad aumentare la capacità produttiva del servizio stesso, che costituisce un risultato di grande rilievo dato il continuo incremento della "domanda di salute".

In questi casi, la prima riflessione consiste solitamente in un completo razionamento dei servizi e cioè in una totale rivisitazione delle procedure amministrativo-gestionali presenti nei vari dipartimenti operativi.

In verità, il razionamento non è necessario e non dovrebbe essere proposto fino a quando esiste una gestione inefficiente delle risorse all'interno del servizio sanitario e delle singole strutture.

Infatti, ancor prima di intervenire sui processi per un loro ripensamento, occorrerà individuare gli sprechi di risorse al proprio interno, altrimenti si corre il rischio di rimodellare una struttura o un processo senza arrivare ad un reale e sensibile miglioramento.

Così, pensare di riorganizzare i reparti ospedalieri in funzione di processi di razionalizzazione senza aver preso coscienza della reale situazione degli sprechi porterà da un lato ad uno sforzo inutile in termini di tempo e risorse umane investite nel processo e dall'altro ad un'errata rimodulazione delle attività, che costringeranno gli addetti ai lavori ad ulteriori rivisitazioni.

Un serio lavoro di razionalizzazione e ripensamento dei processi non può, quindi, avere luogo esclusivamente mirando al contenimento della spesa, ma sarà necessario affiancare un nuovo piano delle attività capace di evitare le storture presenti.

Gli sprechi e la qualità vanno, quindi, considerati rispetto alla loro finalità prioritaria di creare valore per il cittadino utente e per le altre parti interessate.

In quest'ottica, un più accorto utilizzo delle risorse a disposizione, l'eliminazione o la riduzione degli sprechi e degli errori sono strumenti per:

- liberare nuovi spazi per aumentare l'efficacia e l'efficienza nella creazione di valore per il cittadino utente e per le altre parti interessate;
- dare effetti positivi prevalentemente sui servizi al cittadino utente piuttosto che sulla riduzione delle risorse;
- migliorare la "sicurezza del paziente", condizione necessaria per erogare un servizio a valore aggiunto e nel contempo minimizzare i rischi clinici e organizzativi di provocare danni al paziente, con conseguente diminuzione dei contenziosi e notevoli alleggerimenti dei costi per le strutture sanitarie stesse.

Da questo breve elenco, è facile comprendere che la standardizzazione delle procedure porterà certamente a sensibili e notevoli miglioramenti. Infatti, prendendo ad esempio le modalità con cui effettuare gli ordini, si potrebbe ipotizzare che l'eccessivo accumulo di un determinato prodotto possa essere risolto grazie ad un taglio netto negli ordini ai fornitori, mantenendo, quindi, inalterata la modalità di richiesta dello stesso.

Invece, il fattore necessario di cambiamento è costituito proprio dalla modifica delle *procedure* di richiesta dei beni, e quindi, in questo caso, solo aggregando e standardizzando gli ordini si arriverà inevitabilmente anche ad una riduzione degli accumuli in eccesso.

Ciò a dimostrazione del fatto che, in questo come in tanti altri casi, è più efficace modificare la procedura che porta all'ordinazione nei confronti dei fornitori, piuttosto che tagliare indiscriminatamente gli ordini stessi.

Questo semplice esempio, ci è d'aiuto anche per considerare le dimensioni del sistema cui ci riferiamo, in quanto gli sprechi in oggetto sono dovuti perlopiù alla debole integrazione tra le varie parti che compongono il sistema stesso, che tendono a comportarsi in modo autoreferenziale, con conseguenti difficoltà a "fare rete", ovvero a creare una collaborazione tra gli attori (quali appunto Asl, Ao, Università, Enti Locali, Regioni, Ministero della salute etc.) in termini di servizi e di comunicazione in grado di assicurare i LEA con equità.

A nostro avviso, questo è il criterio più efficace per iniziare a fronteggiare i vari casi di *clinical malpractice* e non, invece, incrementare le attività ispettive, in quanto, così facendo, si impedisce soltanto che gli effetti di un disservizio giungano al cittadino-utente, nascondendo spesso il fatto che in quella struttura sanitaria, o in un determinato processo, si stia operando male e quindi si generino sprechi.

2.2.2 Il concetto di efficienza a fronte degli sprechi in sanità

Per cogliere la portata più ampia del concetto di spreco e individuare le perdite di valori presenti, a qualsiasi titolo, nei processi, è opportuno differenziare le diverse tipologie di sprechi e disporre di una loro classificazione, da utilizzare come griglia di ricerca e analisi dei flussi del valore.

Di seguito elenchiamo i principali sprechi che abbiamo individuato:

1. per sovrapproduzione;
2. per attese;
3. per trasporto;
4. di processo;
5. per scorte;
6. di movimenti;
7. per disservizi ed errori.

Queste categorie sono studiate ed applicate da decenni, con risultati di straordinario rilievo, da imprese di dimensioni e provenienze settoriali assai eterogenee. Le stesse categorie sono state da noi riadattate al servizio sanitario e sviluppate ulteriormente, al fine di tener conto delle specificità dei processi e dei servizi sanitari.

A queste sette categorie proponiamo di aggiungerne altre due:

- la prima riguarda la conoscenza e l'innovazione, ed in tal caso si fa riferimento al fenomeno della dispersione sia all'interno delle strutture sia sul territorio;
- la seconda concerne gli sprechi per inappropriatazza, ovvero quelli riguardanti inappropriate diagnosi, prescrizioni di farmaci o terapie, carenze nella pianificazione del servizio, che possono dipendere ad esempio da errate classificazioni diagnostiche, che prefigureranno perdite dovute a costi per correzioni e modifiche o a mancati ricavi a seguito di riaddebiti per prestazioni non riconosciute.

Sul punto ritorneremo in seguito, per il momento è opportuno elencare ed esaminare prima le altre sette categorie.

Spreco di sovrapproduzione

Lo spreco di sovrapproduzione si manifesta ogniqualvolta si decide di realizzare o mettere a disposizione prodotti, attività e dotazioni che sono superiori alla richiesta o, addirittura, non richiesti dal bacino d'utenza della struttura sanitaria, producendo, di conseguenza, più del necessario.

A questo spreco spesso si arriva a causa del senso di sicurezza che offre il fatto di avere sempre disponibili dotazioni e risorse.

Per il coinvolgimento dell'intero flusso del servizio, interno ed esterno alla struttura sanitaria, lo spreco di sovrapproduzione può rivelarsi il peggiore, in quanto trova grandi resistenze da parte del personale nel ridurlo o nell'eliminarlo.

Esempi sono la richiesta di indagini diagnostiche non necessarie, il sovradimensionamento dei *set* chirurgici, l'eccessiva dotazione di posti letto per percorsi diagnostici e terapeutici che potrebbero essere erogati in regime di *day hospital* o ambulatoriale, il sovraccarico di magazzini aziendali per incapacità di gestire preventivamente i fabbisogni delle unità operative e così via.

Spreco per attese

Lo spreco per attese si manifesta quando un operatore non svolge alcun lavoro, rimanendo in attesa di un *input* o di un evento. Le cause possono essere molteplici, occasionali o sistematiche.

Tralasciando quelle occasionali, le cause sistematiche di attese si hanno in generale quando una fase avviene ad un ritmo inferiore alla successiva, quale ad esempio il ricovero ed il blocco operatorio in attesa delle indagini diagnostiche e delle visite specialistiche per valutare l'idoneità del paziente.

Esempi di sprechi per attesa in un blocco operatorio possono essere:

- ritardi degli interventi per attesa del chirurgo o dell'arrivo del paziente in sala;
- attesa del tecnico di radiologia e/o della refertazione del radiogramma eseguito in corso d'intervento;
- attesa dell'induzione dell'anestesista in pre-sala;

- attesa per cambio paziente;
- attesa del materiale sterilizzato per passare al caso successivo in lista operatoria;
- attesa della risposta dell'esame istologico estemporaneo.

Spreco per trasporto e flussi informativi

All'interno di una struttura ospedaliera vengono svolte numerose attività di trasporto di materiali e trasferimento di pazienti che non creano valore aggiunto.

Le cause dello spreco per trasporto sono principalmente dovute a:

- strutture ospedaliere organizzate in padiglioni e non in monoblocco;
- errato *lay-out* degli ospedali (divisione e disposizione dei reparti e dei servizi, lontananza dei magazzini dai punti di utilizzo etc.);
- scarsa pianificazione dei processi e delle attività.

In risposta a queste problematiche, l'innovazione tecnologica ha consentito il passaggio da strumenti di ricerca tradizionali a sistemi in grado non solo di cercare e trovare l'informazione presentandola in un formato normalizzato, ma anche di andare oltre, fino a generare sistemi informativi che mettano in grado le direzioni aziendali e i responsabili d'area, di decidere cosa, come, quando e dove operare.

Le informazioni, disponibili solo in forma non strutturale e stimate nell'80% del totale delle informazioni rilevanti presenti nelle aziende, sono ancora fonte di criticità e possono essere ricondotte a due tipologie:

- problematiche di ordine quantitativo, legate alla mole crescente di documenti e contenuti che ne rende complessa la gestione;
- problematiche di natura qualitativa, connesse alla difficoltà di recuperare e gestire le informazioni in maniera automatizzata.

Spreco di processo

Nei processi diagnostici e terapeutici, come nei processi gestionali e di supporto, vengono spesso eseguite operazioni e attività che nascondono sprechi. Ciò è legato ad una scarsa progettazione e analisi dei processi, oppure ad una tecnologia spesso inadeguata.

Attraverso il flusso del valore si devono individuare le fonti di inefficienza, ovvero quelle attività che non aggiungono valore. A questa categoria dovrebbero appartenere sprechi dovuti a carenze nella pianificazione delle prestazioni, quali l'uso improprio dei DRG e dei ricoveri.

Esempi di sprechi da processo sono:

- le attività ridondanti o ripetute (controlli, indagini diagnostiche, registrazioni);
- prescrizioni inappropriate di indagini diagnostiche (l'Italia detiene il primato mondiale delle TAC effettuate: 40 milioni l'anno) e di farmaci;
- percorsi diagnostici e terapeutici che prevedono ingiustificati intervalli tra due episodi clinico-organizzativi, dando discontinuità al trattamento.

Causa diffusa degli sprechi di processo è l'impiego di tecnologie inadeguate, in particolare, le carenze nell'informatizzazione dei processi.

Spreco per scorte

Con il termine scorte viene identificato tutto ciò che è in giacenza in attesa di essere utilizzato. Si tratta quindi di tempi morti, cioè di tempi durante i quali non viene aggiunto alcun tipo di valore.

Si deve considerare che i servizi sanitari, come peraltro i servizi in genere, hanno il vincolo della "deperibilità", in quanto la loro erogazione richiede la presenza dell'utente. Pertanto non è possibile metterli a scorta, ma bisogna piuttosto metterli in contatto con il cittadino utente, in sincronia con il tempo che questo mette a disposizione per usufruire dei servizi.

Le scorte di prodotti, farmaci, dispositivi sanitari possono comportare sprechi che fanno aumentare visibilmente i costi: valore immobilizzato, aumento degli spazi di magazzino, costi di conservazione, di manutenzione e trasporto interno.

Inoltre i materiali immagazzinati possono scadere o avvicinarsi alle scadenze, e talvolta possono peggiorare la loro qualità e diventare obsoleti. Questi aspetti generano valore negativo e aumentano vertiginosamente i rischi di danni per il paziente.

Il servizio sanitario dovrebbe tendere, in questi casi, al *just in time*, all'interno ed all'esterno della struttura sanitaria e quindi alla riduzione delle scorte, attraverso l'utilizzo di lotti minimi, ossia la fornitura e l'erogazione solo di ciò che è necessario nel momento in cui serve.

Il *just in time* è il metodo che permette, nell'erogazione del servizio, di disporre delle risorse giuste, nel momento giusto e nel quantitativo richiesto.

Operare con lo *stock* alto porta ad abbassare la sensibilità verso la domanda dei clienti interni ed esterni, e, di conseguenza, si è meno attenti alle esigenze di pianificazione e programmazione del fabbisogno dei reparti.

Esempi di sprechi per scorte in campo ospedaliero possono essere:

- i letti non occupati o con basso indice di rotazione per mancanza di pianificazione, pur avendo lunghe liste di attesa;
- cartelle cliniche in attesa di essere chiuse, con conseguenti ritardi nella consegna ai pazienti che le richiedono;
- i farmaci o diagnostici accumulati, col rischio clinico di avere prodotti vicini alla scadenza;
- i campioni biologici e istologici in attesa di analisi, sacche di sangue in attesa di essere utilizzate, a fronte dei costi e dei rischi dovuti alla conservazione;
- i risultati di indagini diagnostiche in attesa di essere tradotti in referto;
- la richiesta di un numero di unità di sangue per fini terapeutici superiore al necessario.

Spreco di movimenti

Si fa riferimento ai movimenti del personale e ai percorsi dei pazienti che non producono valore.

Ci sono due tipi di spostamenti improduttivi o di azioni non redditizie. Il primo, può essere dovuto a *lay-out* mal disegnati o a strutture sovradimensionate oppure alla non razionale distribuzione dei servizi sul territorio.

Le azioni non redditizie sono dovute, invece, a diversi fattori:

- mancata disponibilità sul posto di lavoro di attrezzature, strumenti, documenti, informazioni, *software*;

- mancato studio ergonomico dei posti di lavoro con conseguenti inutili movimenti che possono rivelarsi dannosi per il lavoratore aumentando il rischio clinico di infortuni.

Lo spreco di movimento è spesso causa dell'abbassamento del valore generato dalle posizioni di lavoro. Si può misurare considerando la quota del tempo di lavoro impegnato dalla persona in movimenti che non danno alcun valore.

Spesso si è avuta la sorpresa che questa percentuale superasse il 40%. Esempi di questa categoria in una struttura sanitaria sono:

- spostamenti per lunghi corridoi per andare a prendere dei documenti o per un consulto con un collega;
- spostarsi da un laboratorio ad un altro per completare un'indagine;
- spostarsi da un computer ad un altro perché non sono disponibili in rete referti, cartelle cliniche;
- trasferimenti dei pazienti da un reparto ad un altro attraverso lunghi percorsi, con rischi di infezioni;
- ricerca di materiali e dispositivi medici a causa di carenze nella distribuzione e nello stoccaggio tra magazzini centrali e magazzini di reparto.

Spreco per disservizi ed errori

Si divide in scarti di prodotti difettosi e disservizi e danni al paziente, tra i quali il più delicato è il rischio clinico.

La presenza di difetti negli *input* e negli *output* delle fasi dei processi e nelle attività stesse è una grande fonte di spreco e viene chiamata spreco per scarti e rilavorazioni.

Una volta definiti gli *standard* quantitativi e qualitativi di processo e di risultato, i costi generati dal mancato raggiungimento degli *standard* comportano grossi oneri per la struttura sanitaria. Infatti, questa ne risente sia sul piano economico-finanziario, in termini di appropriatezza e congruità delle prestazioni, sia su quello più generico dei disservizi, in termini di immagine e di insoddisfazione del cittadino-utente.

Causa di questi sprechi è spesso la mancanza di adeguati *controlli sui processi*.

Data la priorità assoluta di assicurare il guadagno di salute e la sicurezza del paziente, i danni al paziente sono la tipologia degli sprechi più importante.

In questa sottocategoria rientra la gestione del rischio clinico.

Per rischio clinico si intende l'eventualità per un paziente di subire un danno a seguito di un errore compiuto dal personale medico o infermieristico, o in genere a causa di un'azione o di un'omissione.

Questa definizione, molto diffusa in ambito sanitario, parte dal presupposto che il rischio clinico possa essere circoscritto alla responsabilità e agli errori professionali, con conseguente rimozione dell'incidenza dei fattori organizzativi, gestionali, tecnologici e strutturali.

Per mettere in sicurezza il paziente, si deve identificare e valutare il rischio clinico presente in ogni atto del percorso assistenziale ed è necessario prendere in considerazione la presenza di altre condizioni, determinanti e cause che nel corso del processo incidono sugli stessi comportamenti dei professionisti.

La sicurezza del paziente include i sistemi operativi e i controlli dei processi che minimizzano la probabilità di errore, mediante l'identificazione, l'analisi e il trattamento dei rischi e degli incidenti possibili per il paziente.

Il problema della riduzione o eliminazione degli sprechi allora si pone in termini di:

- costi – economici, sociali e umani – indotti dagli eventi avversi;
- spesa per la prevenzione a fronte del risparmio che si può ottenere evitando i costi associati agli sprechi e ai danni.

Quando si hanno danni al paziente, i fattori individuali possono essere soltanto l'ultimo anello, sebbene il più visibile, di una catena di errori dovuta soprattutto al contesto e ai processi nei quali l'operatore sanitario lavora.

Quindi vanno considerati non solo gli errori del personale medico o infermieristico, bensì i fattori organizzativi e gestionali, malfunzionamenti delle apparecchiature o dei dispositivi medici etc.

A fronte di una diagnosi e/o di una terapia sbagliata, oltre ai danni al paziente, si generano ingenti costi non preventivati, in quanto per poter compensare i danni causati è necessario ripetere il percorso diagnostico e terapeutico dall'inizio (sprechi da scarti e rilavorazioni), tenendo conto, peraltro, che non sempre è clinicamente possibile.

Componente importante, quindi, del disvalore o danno economico nei confronti della struttura sanitaria è il risarcimento richiesto dal cittadino utente, a prescindere che sussista una copertura assicurativa o una diretta della struttura sanitaria⁴².

In questo senso, altro problema di centrale importanza è che, nei fatti, un cittadino su tre lamenta errori medici nella fase di diagnosi o di terapia.

Nel corso degli ultimi 10 anni, le denunce di errori medici sono aumentate del 184%, passando da 3.150 nel 1994 a 7.800 nel 2002.

In merito agli errori di prescrizione di farmaci, si tenga conto che in un ospedale di dimensioni medie i medici prescrivono dall'1 ai 2 milioni di farmaci e gli infermieri somministrano all'incirca 30 milioni di dosi.

Anche in presenza di una bassa incidenza di errori di prescrizione, si verificherebbero parecchi eventi avversi. I dati attuali indicano che oltre il 10% delle prescrizioni contiene errori.

In questa sede non è necessario approfondire nello specifico le varie declinazioni del concetto di rischio clinico, ma semplicemente mettere a fuoco alcuni dei principali problemi che occorre affrontare, anche da un punto di vista amministrativo-contabile oltre che sanitario, se si vuole effettivamente porre rimedio alle tante storture che il nostro SSN presenta.

Quando abbiamo iniziato a parlare di sprechi abbiamo affrontato due categorie in aggiunta alle sette appena viste. Di queste, come già accennato, occorre specificarne in particolare una, tenuto conto dell'intimo legame che sussiste tra questa – la categoria degli sprechi per inappropriatezza – ed il concetto di DRG (*Diagnostic Related Group*).

⁴² In Italia ogni anno su otto milioni di ricoveri in strutture pubbliche circa 320 mila pazienti (il 4%) denunciano danni, dei quali un quarto dovuti a colpa professionale accertata. Più specificatamente, nel 20% dei casi la responsabilità dei danni al paziente è attribuita al personale sanitario, nel 13,8% al medico chirurgo, nel 12,5% al medico specialista. Le richieste di risarcimento sono oggi circa 150 mila, di cui 12 mila pendenti da tempo davanti ai giudici. Si calcola che ogni denuncia costi in media al SSN circa 26.750 €.

Infatti, il passaggio attraverso il sistema DRG, dal finanziamento a giornate di degenza al finanziamento a prestazioni dà un importante contributo alla caccia e alla lotta agli sprechi.

Il DRG è basato sul sistema di classificazione internazionale delle patologie (ICD), nel quale le malattie e i traumi sono ordinati, per finalità statistiche, in gruppi tra loro correlati ed è finalizzato a tradurre in codici alfa-numeriche i termini medici in cui sono espresse le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche.

Tale classificazione dovrebbe essere sottoposta periodicamente a revisione per tener conto dell'evoluzione della scienza clinica e delle tecnologie, e ciò, in Italia, spesso non viene fatto in modo adeguato all'innovazione creando ai medici responsabili disagi nell'applicazione del sistema.

Secondo questa logica, al DRG è associato un punteggio proporzionale all'impiego delle risorse. Ne consegue che l'attribuzione del DRG alla prestazione da erogare definisce un consumo standard di risorse.

Con la caccia agli sprechi ci focalizziamo prevalentemente su quelli di inappropriatezza, in quanto per tener conto del maggior consumo di risorse dovremmo essere in grado di definire una tariffa interna attraverso una metodica che analiticamente rilevi tutte le risorse impiegate per ogni DRG.

Quest'ultima soluzione, con l'informatizzazione attuale delle strutture sanitarie, riteniamo sia improbabile, pertanto è opportuno concentrarsi sul processo, che può dar luogo a sprechi di inappropriatezza, e sui soggetti interessati.

Le principali attività che incidono sulla corretta attribuzione del DRG sono le seguenti:

- la codifica delle diagnosi principali e secondarie attraverso il manuale di classificazione; codifica che va fatta dal personale sanitario (medico o infermieristico) e che dovrebbe consentire di codificare qualsiasi formulazione diagnostica;
- la selezione e codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche effettuate nel corso del ricovero;

- la codifica dei postumi (effetti causati da una malattia o da un trauma) e delle condizioni “imminenti” o “minacce di” descritte al momento della dimissione.

Pertanto, il processo di riferimento per la caccia e la lotta agli sprechi comprende le seguenti fasi:

- a. codifica delle diagnosi;
- b. selezione e codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche effettuate durante il ricovero;
- c. raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso nella SDO compilata dai medici che hanno avuto in cura il paziente ricoverato, sulla base delle informazioni registrate nella cartella clinica;
- d. attribuzione del DRG sulla base delle informazioni fornite dalla SDO.

Si deve inoltre considerare il sistema dei controlli da parte delle Asl, delle Regioni e del Ministero della salute, tenendo conto che le inapproprietezze riscontrate dagli organismi di controllo danno luogo al mancato riconoscimento della remunerazione delle prestazioni o all’abbattimento delle tariffe.

2.3 I modelli sanitari e il problema del dimensionamento organizzativo

Gli strumenti necessari per avviare in maniera compiuta un profondo processo di riorganizzazione dell'offerta sanitaria, in risposta alle diverse problematiche evidenziate nei paragrafi precedenti, sono forniti alle Regioni dalle recenti riforme del Servizio Sanitario Nazionale.

Gli interventi normativi degli ultimi anni hanno agito su vari elementi condizionando il funzionamento del sistema sia sotto l'aspetto strutturale sia sotto quello comportamentale e culturale.

Possiamo notare, infatti, che i modelli organizzativi tradizionalmente adottati dalle Aziende registrano una fase di rapida evoluzione: cambiano le macrostrutture aziendali, si riprogettano i percorsi diagnostico-terapeutici, si sviluppano nuove formule gestionali e modelli a rete⁴³.

Il nostro lavoro, partendo dalla descrizione dei modelli organizzativi adottati dalle Aziende sanitarie e ospedaliere, analizzerà la complessità delle organizzazioni sanitarie e, in un'ottica di gestione del cambiamento, affronterà il tema della progettazione organizzativa presentando esperienze applicative di progettazione macro strutturale.

È, infatti, necessario analizzare i punti di forza e debolezza dei vari assetti sanitari esistenti nel panorama italiano, individuando i principali fabbisogni organizzativi che le Regioni, o le singole aziende, presentano.

Il primo *step* dell'analisi organizzativa è, quindi, quello di verificare e valutare la validità e l'efficacia dell'attuale modello organizzativo sì da ricostruire i meccanismi di funzionamento dell'azienda e delle singole strutture.

Si tratta, in sostanza, di far emergere le diverse criticità sia di carattere negativo, come la presenza di duplicazioni e/o sovrapposizioni nelle attività svolte, di attività non sufficientemente presidiate, di utilizzazione inefficiente delle risorse e/o disservizi per l'utenza, sia positivo, quali ad esempio alcune professionalità non sufficientemente valorizzate e riconosciute.

⁴³ Esempi in questo campo sono certamente le recenti nascite di reti ospedaliere, *partnership* pubblico-privato, integrazioni dell'offerta sociosanitaria.

La fase successiva, si concentrerà sulla diagnosi organizzativa che ha come punto nodale l'individuazione delle eventuali coerenze/incoerenze tra la struttura attuale e le strategie aziendali, i fabbisogni specifici di risorse, le competenze e le regole da soddisfare per il futuro.

Lo sviluppo di queste fasi si articola, in linea teorica, in quattro livelli:

- quello macro strutturale dell'azienda, vale a dire l'articolazione delle funzioni e delle responsabilità, così come definita dall'organigramma generale;
- quello delle singole macrostrutture, cioè la struttura interna, l'organizzazione del lavoro e l'attribuzione di compiti e funzioni di singole unità o posizioni organizzative;
- quello dei sistemi operativi, ovvero le procedure amministrative e tecniche, i percorsi del paziente, i sistemi di programmazione delle attività e di erogazione dei servizi, i flussi di informazione e di comunicazione interni ed esterni;
- quello del clima e della cultura organizzativa, che riguarda in modo più specifico gli atteggiamenti, le *routines*, le relazioni interpersonali, i ruoli di *leadership*, il grado di conflittualità o di coesione all'interno delle strutture, il senso di appartenenza all'azienda e di condivisione degli obiettivi aziendali.

Le modalità d'indagine della situazione presente e la successiva programmazione delle linee strategiche di intervento, trovano soltanto di rado una concreta rispondenza nel *modus operandi* degli attori del sistema sanitario.

Nel tentativo di fare sintesi, perciò, abbiamo preferito raccogliere gli elementi comuni che, nella prassi, hanno caratterizzato le varie scelte di ridimensionamento organizzativo.

I principali ambiti di intervento posti in essere dalle Aziende sanitarie riguardano solo alcuni degli interventi in atto su tutto il territorio italiano.

Il principale può essere individuato nel processo noto con il nome di "*dipartimentalizzazione*" delle strutture.

La riorganizzazione, infatti, trova nel modello dipartimentale la configurazione più idonea per ricercare la dovuta integrazione, e da un punto di vista clinico-professionale e da uno gestionale⁴⁴.

Possiamo affermare che, allo stato attuale, quasi tutte le Ao e gran parte delle Asl hanno istituito i dipartimenti in ambito ospedaliero, come prevalente forma di organizzazione.

A riguardo, tra le definizioni proposte dalla letteratura abbiamo scelto di adottare quella contenuta nel documento dell'Agenzia per i Servizi Sanitari (ASSR 1997) che identifica i dipartimenti come *“unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Le unità operative costituenti il dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico”*.

In generale, tutte le Regioni sembrano riferirsi a questa definizione evidenziando una concezione di dipartimento fondata sulla comunanza o complementarità dell'attività svolta dalle UO e sull'orientamento a rispondere prevalentemente ai fabbisogni di integrazione clinica e culturale⁴⁵.

I dipartimenti costituiscono l'articolazione organizzativa ordinaria per la gestione operativa di tutte le Aziende sanitarie, pur rimandando alle Regioni il compito di disciplinarne modalità organizzative e funzionamento.

Lo scopo dell'adozione di questo modello può essere così sintetizzato:

- ottimizzazione nell'impiego delle risorse, tecnologiche e professionali, conseguibile attraverso la razionalizzazione nel loro utilizzo;
- miglioramento del servizio offerto all'utente, sia dal punto di vista delle performance cliniche prodotte sia da quello delle qualità degli aspetti di supporto alla prestazione sanitaria in senso stretto;

⁴⁴ LEGA F., CANTÙ E., *Lo sviluppo dei processi di dipartimentalizzazione ospedaliera: aspetti di processo e scelte di struttura organizzativa*, Rapporto OASI, 2001.

⁴⁵ In questo caso ci riferiamo alla definizione di protocolli diagnostico-terapeutici, di linee guida cliniche, di iniziative di ricerca e di formazione congiunte e di codici di comportamento.

- rimedio alla frammentazione degli interlocutori della Direzione Generale e alle carenze logistiche nella distribuzione di spazi e attrezzature.

Attraverso la creazione dei dipartimenti, l'azienda potrà, quindi, individuare diverse tipologie di modello da adottare coerentemente con gli obiettivi strategici predefiniti e con le esigenze organizzative, gestionali e cliniche della struttura sanitaria.

Di seguito riportiamo quelle che, a nostro avviso, rappresentano le principali connotazioni dell'aggregazione di UO in strutture dipartimentali⁴⁶:

- fisica, ovvero la messa in comune di spazi, personale, tecnologie etc.;
- clinica, riguardante il coordinamento dell'atto medico all'interno del percorso di cura del paziente;
- culturale, cioè la progressiva uniformazione dei comportamenti clinico-assistenziali attraverso l'individuazione di protocolli, linee guida o percorsi diagnostico-terapeutici.

Passando all'analisi dei diversi modelli di dipartimenti sanitari (ospedalieri, ospedaliero-territoriali, territoriali) occorre distinguere tra:

- forma dipartimentale, vale a dire il tipo di modello adottato;
- contenuto, vale a dire il criterio di aggregazione delle Unità Operative;
- funzionamento, vale a dire le regole di gestione e direzione, con la suddivisione in funzionale e strutturale⁴⁷.

Molti studiosi sono soliti operare le seguenti classificazioni:

- modello dipartimentale forte e debole⁴⁸;

⁴⁶ Come tassonomia di riferimento per i possibili criteri di aggregazione dipartimentale possiamo considerare quella inizialmente proposta dal D.M. 8/11/76 e poi ripresa dall'ASSR, che prevede le seguenti opzioni: aggregazione per intensità e gradualità delle cure; aggregazione per fasce d'età; aggregazione per grandi aree specialistiche; aggregazione per organo o apparato; aggregazione che tenga conto del momento di intervento sanitario; aggregazione di ogni altro tipo che colleghi strutture affini, complementari e anche diverse dell'ospedale e di eventuali istituzioni e strutture sanitarie del territorio.

⁴⁷ Riguardo la variabile del funzionamento, invece, occorre specificare che questo non dipenderà unicamente dal modello adottato e dai criteri di aggregazione, ma anche da una serie di scelte relative ai ruoli, alle funzioni e all'organizzazione micro strutturale del singolo dipartimento.

La distinzione in questione si ha tra:

- strutturale: unità operative omogenee, affini e complementari sotto il profilo delle attività, delle risorse umane e tecnologiche, delle procedure operative adottate;
- funzionale: unità operative coordinate nella prospettiva di un determinato risultato da raggiungere. Si tratta di una struttura costituita per specifici obiettivi, prevalentemente con compiti di coordinamento, spesso di natura temporanea.

⁴⁸ Con riguardo a questa classificazione abbiamo:

- modello forte, in cui tutte le unità operative aziendali, siano esse reparti ospedalieri, servizi tecnico-amministrativi, servizi diagnostici o territoriali, unità di staff, confluiscono in un dipartimento;

- modello dipartimentale orizzontale e verticale;
- dipartimenti interospedalieri, misti università/ospedale o ospedale/territorio, interaziendali.

In riferimento a quest'ultima ripartizione, abbiamo aggregato i dati in possesso delle Aziende sanitarie nel tentativo di operare un raffronto su base nazionale, proposto di seguito nella tavola 2.1⁴⁹.

Tavola 2.1 - Benchmarking a livello nazionale sui modelli dipartimentali

Regione	Interospedalieri	Misti università/ospedale	Misti territorio/ospedale	Interaziendali
Lombardia	√	√		
Piemonte		√	√	
Bolzano			√	
Liguria	√	√	√	√
Veneto	√	√		√
Friuli Venezia Giulia				√
Emilia Romagna	√	√	√	√
Marche		√	√	√
Campania	√		√	
Puglia	√	√		√

Fonte: nostra elaborazione

Analizzando, poi, le leggi e le linee guida regionali sulla dipartimentalizzazione, abbiamo estrapolato il modello dipartimentale adottato dalle singole Regioni, distinguendolo dal punto di vista della forma scelta, strutturale o funzionale.

Successivamente, abbiamo analizzato l'atto aziendale e l'organigramma della maggior parte delle Asl e Ao delle Regioni in questione per avere conferma dello strumento giuridico mediante il quale l'azienda disciplina principi e criteri della propria organizzazione.

-
- modello debole, in cui l'aggregazione di unità operative in dipartimenti non è estesa a tutta l'azienda. Si assiste, quindi, alla copresenza dei dipartimenti e di altre strutture organizzative di primo livello. In alcuni casi, si tratta di una fase intermedia di sviluppo organizzativo, durante la quale la dipartimentalizzazione è stata avviata sperimentalmente in alcune aree aziendali e si prevede di estenderla progressivamente, in caso di successo, all'intera organizzazione.

⁴⁹ Il raffronto viene operato per quelle Regioni che forniscono i dati a riguardo.

Il risultato della ricerca è rappresentato nella tabella seguente che contiene in aggiunta l'indicazione della normativa di riferimento, dalla quale abbiamo attinto le informazioni⁵⁰.

In generale, in Italia troviamo una situazione di dipartimentalizzazione quasi completa.

Emerge, inoltre, una chiara adozione del modello dipartimentale forte, infatti, sono ben pochi i casi di servizi e settori non accorpati a dipartimenti.

Al fine di offrire una visione dei modelli dipartimentali scelti dalle diverse realtà regionali, abbiamo analizzato un campione di Asl e Ao di seguito riportato:

Tavola 2.2 – Benchmarking a livello nazionale tra modelli dipartimentali

Regione	Modello dipartimentale per funzione	Modello dipartimentale per forma	Normativa di riferimento
Lombardia	Strutturale	Forte	L.R. 10/95 e 64//95 L.R. 61/97
Piemonte	Funzionale	Forte	L.R. 31/97 D.G.R. 34726 20/2/98
Bolzano	Funzionale	Debole	PSP 2000-2002 D.G.P. 3028/99
Liguria	Funzionale	Forte	L.R. 2/97
Veneto	Strutturale	Forte	L.R. 56/94 D.G.R. 5271 29/12/98 D.G.R. 1742 25//5/99 D.G.R. 740 19/3/99
Emilia Romagna	Strutturale	Forte	D.G.R. 1454/97 L.R. 19/94
Marche	Funzionale	Forte	L.R. 26/96 PS 1998-2000 L.R. 34/98
Campania	Funzionale	Debole	L.R. 12/98
Puglia	Funzionale	Debole	L.R. 36/94 D.G.R. 4268 23/12/1998

Fonte: nostra elaborazione da AA.VV., *Il Sistema sanitario della Basilicata, Op. Cit.*

⁵⁰ Si veda a riguardo: AA.VV., *Il Sistema sanitario della Basilicata nel 2008. Una risorsa qualificante in uno scenario in cambiamento*, Milano, McGraw-Hill, 2008.

Dalle informazioni raccolte, emerge con chiarezza che le Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna hanno puntato al raggiungimento della completa integrazione fisica e organizzativa. Principale obiettivo di queste Regioni è stata, infatti, la razionalizzazione delle risorse e la loro efficiente allocazione.

Altre Regioni sono rimaste, invece, maggiormente ancorate alla definizione di dipartimento dell'ASSR, puntando solo sull'integrazione fisica e lasciando di conseguenza piena autonomia e responsabilità alle Unità Operative.

Il dato indiscutibile emerso ad questo breve *excursus*, è che sono praticamente assenti strutture a sola integrazione fisica. Ciò costituisce un buon indicatore, in quanto le strutture sanitarie con tale tipologia di organizzazione, non riescono a far propri i vantaggi dell'integrazione mancando di una solida struttura di governo.

Al contrario, le Regioni Campania e Puglia e la Provincia autonoma di Bolzano stanno vivendo un periodo di completamento della dipartimentalizzazione.

Strettamente legata al tema della dipartimentalizzazione organizzativa è l'altra grande determinante del riassetto dell'offerta di prestazioni sanitarie, ovvero i servizi territoriali.

Negli ultimi anni, infatti, l'attenzione del nostro Sistema sanitario si è spostata sempre più dall'ospedale verso il territorio, con lo scopo di offrire una risposta maggiormente adeguata a un bisogno di salute sempre più differenziato e articolato.

A tal fine, occorre creare un'articolazione sul territorio capace di governare una rete di servizi e una serie di percorsi di cura da gestire al di fuori dell'ospedale, capace prioritariamente di guidare e orientare il cittadino nella complessità dei servizi.

Prima di analizzare le varie esperienze distrettuali realizzate, abbiamo ritenuto opportuno inquadrare il distretto nella normativa nazionale.

La Legge 23 dicembre 833/1978 afferma: "*Alla gestione della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale*

mediante una rete completa di unità sanitarie locali. I distretti sanitari di base vengono costituiti come strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento, articolati dai comuni o comunità montane in base a criteri stabili dalle leggi regionali".

Con il successivo D.Lgs. 502/92 il distretto ha cambiato significato, venendo ad essere collocato all'interno dell'Azienda sanitaria locale come un'articolazione organizzativa con una funzione del tutto nuova, centro di governo e non più solo erogatore di servizi.

Con il D.Lgs. 229/99, infine, si è valorizzato il ruolo del distretto sociosanitario come struttura privilegiata per soddisfare i bisogni della popolazione locale.

Il distretto assume, di conseguenza, una particolare valenza in termini di autonomia economico-finanziaria, con lo scopo di conseguire gli obiettivi aziendali e gestire le strutture e i servizi ubicati nel territorio di riferimento.

Per espletare al meglio queste funzioni, diventa imprescindibile una maggiore integrazione tra le attività svolte dal distretto e tra queste e quelle proprie delle strutture ospedaliere.

Il distretto sanitario diviene, dunque, la sede privilegiata per l'integrazione sociosanitaria, anche se nella prassi tende a prevalere ancora il concetto di distretto dell'offerta sanitaria vincolata alle risorse assegnate dalle Asl.

Riguardo all'articolazione organizzativa distrettuale ogni Regione ha ripreso la definizione di distretto riportata nella normativa nazionale e, nello stesso tempo, ne ha enfatizzato alcuni aspetti.

È stato possibile, a questo punto, classificare le Regioni in quattro grandi gruppi sulla base della maggiore enfasi conferita al concetto di distretto come articolazione territoriale delle Asl⁵¹:

- dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda sanitaria locale (a questa categoria appartengono soltanto due Regioni);

⁵¹ A riguardo si veda il Rapporto OASI 2005.

- finalizzata a realizzare un elevato livello d'integrazione tra i servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi sociosanitari (è il caso più frequente infatti in questa classificazione rientrano ben undici Regioni);
- promotrice della centralità e della partecipazione dei cittadini (anche questo costituisce un caso abbastanza frequente che vede la presenza di sei Regioni);
- luogo di dialogo e di collaborazione con i comuni (appena due).

Benché il D.Lgs. 229/99 abbia ribadito e rafforzato la centralità del distretto sociosanitario non solo come luogo fisico di erogazione dei servizi ma come modello di presa in carico dei bisogni di salute della popolazione, i processi di riorganizzazione da parte delle aziende non sono stati affatto lineari e presentano due differenti criticità:

- l'esistenza all'interno delle aziende di servizi o dipartimenti territoriali (salute mentale, materno-infantile, riabilitazione, prevenzione) che inevitabilmente creano un'organizzazione matriciale, che incrocia la dimensione geografico-territoriale dei distretti con quella specialistico-funzionale dei singoli settori di intervento;
- il carattere più contingente e reticolare del modello distrettuale rispetto al dipartimento ospedaliero, e quindi una maggiore difficoltà nel riempirlo di contenuti. Il distretto infatti a differenza del dipartimento, non nasce dall'aggregazione delle strutture preesistenti o con qualche livello di affinità ma dalla necessità di ripensare, integrare e far lavorare diversamente servizi anche molto eterogenei tra loro o di istituirne di nuovi.

Organizzare significa, perciò, costruire una rete di servizi che comprenda, al tempo stesso, l'organizzazione delle cure primarie, la continuità assistenziale ospedale/territorio, l'integrazione sociosanitaria e il governo della spesa farmaceutica.

Tutti questi costituiscono ambiti difficili da pensare come "modelli" e che richiedono una grande capacità di adattamento e di progettazione *ad hoc* in funzione delle caratteristiche, della popolazione, del grado di sviluppo

dell'offerta pubblica e privata, ma anche delle culture e dei comportamenti sanitari diffusi nelle comunità.

Le riflessioni operate in questo paragrafo hanno, quindi, il semplice scopo di chiarire e introdurre il tema del ridimensionamento organizzativo, tentando di portare all'attenzione innanzitutto il difficile compito che spetta alle Regioni nello scegliere i diversi modelli cui aderire, ed in seconda battuta quello di individuare la migliore soluzione al problema delle risorse e dell'efficienza dell'intero sistema.

Capitolo 3

L'integrazione dimensionale nel settore sanitario. La risposta italiana nelle varie Regioni

3. L'integrazione dimensionale nel settore sanitario. Casi di studio

3.1 Introduzione

Il panorama sanitario italiano è fortemente contraddistinto da un processo di *deregulation* che ha portato nel tempo all'adozione del federalismo sanitario ed ha conferito in materia piena autonomia alle Regioni.

Nell'ultimo decennio, infatti, si annoverano numerosi interventi di carattere regionale finalizzati ad una nuova progettazione dei sistemi sanitari locali e alla riduzione dell'autonomia delle Aziende sanitarie ed ospedaliere.

Più precisamente, mantenendo inalterata l'autonomia delle Aziende sanitarie, l'intento è consistito in una diversa costruzione del sistema sanitario in modo tale che le strutture erogatrici dei servizi (prevalentemente Asl e AO) non assumano la conformazione di nuclei separati, ma riescano a mettere in comune funzioni e processi sì da creare maggiori sinergie per l'intero sistema.

Molti studi⁵² sul tema dei riasseti dei SSR concordano sull'assunto che le principali finalità di questi cambiamenti consistono nella connessione e messa in rete delle Aziende sanitarie, mediante la condivisione delle risorse e degli ambienti di azione, al fine di ricercare quell'elemento olistico capace di evitare inutili duplicazioni.

Le diverse riorganizzazioni dei SSR tendono oggi ad affrontare le criticità incidendo meno sul versante della condotta delle aziende (micro livello) e orientandosi sempre più alla rimodulazione della struttura dell'intero sistema (macro livello).

Le sperimentazioni gestionali e la *governance* dei sistemi sanitari regionali in questa ottica di *network* hanno avuto come principale obiettivo la centralità del ruolo dei cittadini, che contraddistingue attualmente la strategia con la quale il Ministero della sanità intende affrontare le prossime sfide in Italia.

⁵² Tra i più noti troviamo certamente Cuccurullo, Meneguzzo, Carbone, Brusoni e Lecci, che hanno contribuito con i loro scritti prevalentemente tra gli anni 2003 e 2007.

Lo scopo del presente capitolo è, quindi, quello di indagare più nello specifico i modelli sanitari presenti nel nostro Paese, tenendo presente le esigenze che hanno portato all'attuazione delle diverse riorganizzazioni.

La metodologia utilizzata è tipicamente riconducibile a quella del *case studies*, ove vengono presentati alcuni esempi di riorganizzazione della rete di offerta pubblica dei servizi sanitari.

Nello specifico la Regioni esaminate sono:

- la creazione delle Aree Vasta e dell'Ente per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area vasta (acronimo ESTAV) nella Regione Toscana, in quanto rappresenta in materia di aziendalizzazione e sperimentazione gestionale una *best practice*;
- La Regione Basilicata, che è stata caratterizzata da un processo analogo a quello calabrese, ovvero di accorpamento delle Asl;

Questi casi, oltre a quello calabrese, vengono presi in considerazione principalmente per i risultati ottenuti che si differenziano per anno di attivazione, esigenze peculiari del territorio, ruolo della Regione nella regolamentazione e nel coordinamento interaziendale, nonché perché rappresentano esperienze pionieristiche nell'ottica dei consorzi/reti/aree vaste in Italia.

Ai fini del nostro studio abbiamo ritenuto opportuno prendere in considerazione le predette Regioni per le motivazioni menzionate, anche se costituiscono certamente casi simili e possibili oggetto di studio la Regione Emilia Romagna, che ha istituito la Centrale Interaziendale degli Acquisti (CIA) e, come la Toscana, le Aree Vasta, oppure la Regione Puglia, ove è stata realizzata l'AUSL BAT, nata dalla fusione di più Asl nel territorio di Barletta, Andria e Trani o il Centro Servizi Condivisi (CSC) della Regione Friuli Venezia Giulia, oppure, infine, la Regione Marche che per varie motivazioni, quali ad esempio le peculiarità territoriali, ha istituito la ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale).

Il confronto tra queste diverse esperienze permette di inquadrare al meglio i processi di riorganizzazione dei servizi sanitari adottati dalle diverse

Regioni e trarre delle conclusioni mirate sulla situazione attuale della Regione Calabria.

Se da un lato gli obiettivi della riorganizzazione sono stati comuni e imperniati sulla ricerca di economie di scala e di efficienza nell'uso delle risorse, nella riduzione di sprechi e duplicazioni e nella riprogettazione della funzione logistica, diverso è stato lo scopo che ha portato alle predette rivisitazioni.

Infatti, in prima battuta, possiamo affermare che, ad esempio, la Regione Toscana si è impegnata nel dare un nuovo assetto alla funzione strategica degli acquisti, mentre la Regione Marche ha concentrato l'attenzione prevalentemente nel dare nuova vita ad un sistema sanitario che non aveva portato ai risultati sperati.

Le connotazioni più simili a quelle calabresi sono certamente individuabili nell'operazione straordinaria che ha caratterizzato la Regione Basilicata, che, nello specifico, coincide in termini tecnici col riassetto della sanità calabrese.

Le differenze interregionali ed il conseguente *gap* storico che le ha accompagnate, sono ancora più evidenti se si osservano le differenze esistenti all'interno di Regioni che hanno utilizzato lo stesso meccanismo di riprogrammazione.

Da un lato, infatti, si assiste ad un fenomeno di associazione spontanea tra le Aziende Sanitarie (quale ad esempio è il caso dell'Emilia Romagna, che non costituisce specifico oggetto di studio del presente lavoro) coscienti ormai della necessità di ottenere economie di scala attraverso interventi sull'assetto organizzativo.

Dall'altro è preponderante il ruolo della Regione, in termini di pianificazione, programmazione e coordinamento delle Aree vaste, prive di personalità giuridica o con personalità giuridica pubblica e autonomia amministrativa (Regione Toscana).

L'importanza dei casi di studio è, quindi, fondamentale per capire a fondo la portata innovativa della nascita dell'accorpamento nella sanità

calabrese e gli assi di intervento adottati dalla Direzione Generale nel processo di cambiamento.

3.2 La regione Basilicata

3.2.1 Le politiche di riordino del Sistema sanitario regionale

L'attenzione riposta nei percorsi di rinnovamento dei Sistemi Sanitari Regionali ha messo sotto nuova luce il problema del dimensionamento organizzativo delle Asl, che nel corso del tempo ha mostrato limiti insormontabili e diffusi lungo tutto il Paese, anche se in misura differente.

Uno dei principali fattori che ha contribuito a questa situazione è rintracciabile nella mancata presa di coscienza della complessità del sistema sanitario, sempre più deficitario di una adeguata capacità di progettazione e di governo.

A questo delicato aspetto ogni Regione ha cercato di dare una risposta in termini di pianificazione di una rete di servizi integrati e di revisione delle procedure amministrative.

Per quanto attiene la Regione Basilicata la materia è stata disciplinata con la L. R. n. 39 del 31 ottobre 2001⁵³ che ha recepito a livello regionale il processo di innovazione delle Aziende sanitarie, stabilendo che l'organizzazione e il funzionamento delle stesse venga disciplinato con un atto aziendale di diritto privato.

La Basilicata, prima del D.Lgs. 502/92, presentava un'articolazione sanitaria di 7 USL, che con la L. R. n. 50/1994 sono state strutturate in 5 Aziende sanitarie locali sub-provinciali ed in 1 Azienda ospedaliera.

Tavola 3.1 - Caratteristiche della Regione Basilicata

Popolazione residente al 31 dicembre 2007	591.338
Comuni	131
Aziende sanitarie	5
Distretti	10
Aziende ospedaliere	1

⁵³ Questo impianto normativo ha abrogato la precedente L.R. 27/1996 con la quale si era provveduto al riordino del SSR.

Ospedali a gestione diretta	9
Istituti a carattere scientifico	1
Case di cura accreditate	1
Posti letto pubblici	2.577
Strutture territoriali private accreditate	64
Strutture autorizzate e non accreditate	4

Fonte: nostra elaborazione da D.G.R. 1228/07

Questa fotografia delle condizioni socio-sanitarie regionali, seppur non esaustiva, appare connotata da diversi fattori di squilibrio.

Il Sistema Sanitario denota, infatti, una limitatezza di servizi territoriali dettata dalla presenza di strutture ospedaliere di piccole dimensioni, dislocate sull'intero territorio regionale, che presentano specializzazioni poco articolate in rapporto ai bisogni del territorio e soprattutto la mancanza di una rete di emergenza/urgenza.

Queste circostanze, associate alla situazione di dissesto generale della sanità del nostro Paese, hanno portato l'amministrazione regionale a rivedere l'assetto organizzativo esistente, nel tentativo di rispondere alle esigenze appena prospettate, con l'obiettivo di poter godere di benefici in termini di risorse e di efficienza desumibili dalla continua ricerca di economie di scala.

Il processo di riorganizzazione disegnato dalla regione Basilicata ha fissato l'attenzione sul livello di governo locale. L'ambito territoriale ha costituito il livello ottimale di programmazione "dal basso" su cui è stato costruito un rapporto integrato tra servizi sanitari e sociali, lavorando all'analisi dei bisogni, dell'offerta dei servizi e dell'individuazione degli obiettivi di crescita del benessere territoriale.

La maggiore attenzione ai servizi di livello territoriale e integrato ha aperto una fase caratterizzata dalla definizione delle modalità di accesso ai servizi principali ed alle forme in cui si può esprimere la responsabilità del sistema di *welfare* nei confronti delle comunità territoriali.

La svolta è arrivata con la L. R. n. 12 del 1 luglio 2008, con la quale è stato approvato il riassetto organizzativo e territoriale del Servizio sanitario regionale, completando la riforma del *welfare* avviata con la L. n. 4 del 14 febbraio 2007.

Il lungo processo che ha portato alla decisione di fusione delle Asl non è stato esente da animati dibattiti politici tesi ad equilibrare le esigenze di razionalizzazione del sistema e quelle, non meno importanti, di salvaguardia del protagonismo dei territori.

Proprio quest'ultimo è stato "minato" nel profondo, poiché l'impianto normativo in esame ha avuto come principale effetto quello di accorpare le precedenti cinque aziende in due "macro" entità, prevedendo inoltre l'assorbimento del servizio di 118.

L'Azienda sanitaria della provincia di Potenza succede all'Azienda sanitaria Usl n. 1 di Venosa, all'Azienda sanitaria Usl n. 2 di Potenza e all'Azienda sanitaria Usl n. 3 di Lagonegro, mentre l'Azienda sanitaria della provincia di Matera succede all'Azienda sanitaria Usl n. 4 di Matera e all'Azienda sanitaria Usl n. 5 di Montalbano Jonico.

Infine, all'Azienda ospedaliera regionale S. Carlo appartengono l'ospedale S. Carlo di Potenza ed il presidio ospedaliero di Pesco Pagano, come evidenziato nella successiva tabella.

Le due aziende sanitarie locali hanno assunto la decisione di adottare il modello funzionale dipartimentale e di articolarsi in distretti socio-sanitari con dimensioni coincidenti con le comunità locali, disciplinate dalla L. R. 14 febbraio 2007, n. 4.

Tavola 3.2 - Accorpamento Aziende Sanitarie Regione Basilicata

	Aziende Sanitarie ante accorpamento	Aziende Sanitarie post accorpamento
1	Venosa	Potenza
2	Potenza	
3	Lago negro	
4	Matera	Matera

5	Montalbano Jonico	
1	Ospedale S. Carlo di Potenza	AO S. Carlo di Potenza
2	Presidio ospedaliero di Pesco Pagano	

Fonte: nostra elaborazione

Altra grande innovazione è rappresentata dalla valorizzazione sinergica delle politiche settoriali locali, la cui conseguenza è stata l'istituzione dei "Distretti della Salute" articolati in "Unità per i Servizi Integrati di Base" (USIB), al fine di integrare maggiormente ospedale e territorio.

Tutto ciò ha portato alla definizione di una serie di funzioni di interesse regionale da perseguire unitariamente con lo scopo di migliorare le politiche di prevenzione, le azioni di convergenza del *setting* assistenziale verso più evoluti standard europei e l'esercizio coordinato di processi amministrativi ed informatici.

Le nuove Aziende sanitarie locali di Potenza (ASP) e Matera (ASM), unitamente all'Azienda ospedaliera regionale San Carlo ed all'IRCCS-CROB ospedale oncologico di Rionero in Vulture, configurano, perciò, un assetto organizzativo-sanitario più adeguato all'utilizzo razionale dei fattori produttivi e nel contempo valorizzano la prevenzione e l'assistenza sicura, funzionante ed adeguata al progresso tecnologico.

La vera innovazione, però, non risiede tanto nella nuova architettura istituzionale dell'offerta sanitaria, quanto nella grande sfida rappresentata dal "Distretto della Salute", che ha il preciso scopo di coniugare l'integrazione sociale e sanitaria realizzando la necessaria continuità assistenziale.

I distretti sociosanitari, strumento di governo partecipato delle politiche integrate della salute, assicurano perciò l'allocazione decentrata degli uffici e delle strutture, organizzate in Unità per i Servizi Integrati di Base (USIB), in modo da garantire la gestione integrata dei servizi sanitari sul territorio di loro competenza.

Nel contempo, a livello regionale sono state affidate una serie di funzioni che configurano sempre di più la Regione come nodo qualificante di una organizzazione a rete, simile al modello del "*networking intelligente*" in

cui sono previsti processi di elaborazione, trasmissione e distribuzione delle informazioni tra questa, le Aziende sanitarie ed ospedaliere e gli altri apparati della pubblica amministrazione.

Il SSR si è andato così a configurare come un modello a rete capace di perseguire l'obiettivo della continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e territorio.

Questa rete trova il suo naturale completamento con la fase di messa a regime del servizio di emergenza-urgenza che, con cessazione dell'Ente "Basilicata Soccorso", sarà strutturato come dipartimento interaziendale regionale di emergenza sanitaria (DIRES), incardinato presso l'Azienda sanitaria provinciale di Potenza.

L'implementazione ed il progressivo consolidarsi delle reti interaziendali risponde alla linea di ridefinizione delle politiche sanitarie e di razionalizzazione della rete ospedaliera, che costituiscono, come già detto, l'obiettivo prioritario della delibera di accorpamento delle Asl.

Questa aggregazione delle unità operative appartenenti ad aziende diverse (reti interaziendali) permette la gestione integrata degli spazi e delle risorse umane e tecnologiche per il raggiungimento del miglior servizio al costo più contenuto.

La rete interaziendale consente, infatti, di condividere e rendere fruibile un patrimonio di conoscenze, professionalità e *know-how* tra aziende del *network*, attraverso l'identificazione di "poli di riferimento" per le varie specialità, e di conseguire economie di scala nelle diverse fasi che caratterizzano il processo di produzione e offerta dei servizi sanitari.

Proprio per queste motivazioni possiamo considerare il Distretto della Salute come "una presenza" con cui il cittadino può interloquire, poiché si configura come l'articolazione territoriale, organizzativa e funzionale delle Aziende sanitarie locali.

Il distretto si qualifica, quindi, come il luogo fisico e organizzativo in cui avviene la "presa in carico" dei bisogni del cittadino con percorsi di cura e assistenza che utilizzano al meglio il ventaglio di offerta sanitaria.

Ad esso è affidata la gestione delle strutture e dei servizi destinati all'assistenza sanitaria primaria, alla prevenzione, alla razionalizzazione dell'accesso dei cittadini alle diverse strutture e all'esercizio delle attività socio-assistenziali eventualmente delegate dagli enti locali.

La sua funzione è, pertanto, quella di assicurare l'integrazione tra le varie attività del distretto, del dipartimento di prevenzione e degli ospedali al fine di garantire la continuità assistenziale e la riduzione dei ricoveri impropri.

Fondamentale in questo processo è il ruolo ricoperto dal medico di medicina generale, che dovrà assumere il ruolo di *case-manager* dei percorsi assistenziali e lettore/interprete dei bisogni sanitari.

In questa prospettiva, infatti, dovrà essere definita una politica di intervento che rafforzi l'associazionismo tra i medici di base e costituisca un valido supporto alle funzioni di collegamento tra le USIB.

La rete in questione troverà libero sfogo nell'articolazione interna del Distretto, costituita da aree sub-distrettuali, ove è presente il dipartimento dei servizi territoriali che gode di una propria autonomia di *budget* e costituisce l'organo intermedio di responsabilità gestionale, tecnica e scientifica in risposta alle predette esigenze di coordinamento.

Le aree sub-distrettuali si dividono in due categorie: i distretti di primo livello e quelli di secondo, che congiuntamente provvedono ad assicurare, ai sensi della L. R. n. 39/2001, le funzioni previste dal D.Lgs. 229/1999.

I primi sono costituiti da strutture semplici, ovvero da centri di erogazione di servizi territoriali, sanitari e socio-sanitari, con esclusione delle prestazioni specialistiche più complesse.

I secondi sono strutture complesse, con un responsabile, nominato dal Direttore Generale, scelto tra i medici dirigenti a tempo pieno in servizio nell'azienda.

Questa seconda categoria svolge le stesse funzioni del distretto di primo livello, ad eccezione delle attività di programmazione, coordinamento, controllo, valutazione e formazione delle unità operative, ove è previsto lo svolgimento di attività di rilevazione epidemiologica e ambulatoriale specialistica.

Proprio per questo, anche se suddivisi in due separati livelli, l'obiettivo generale dei distretti è quello di garantire l'appropriatezza, la continuità delle cure e l'accesso a tutti i servizi sanitari offerti.

Con l'entrata in funzione delle nuove Aziende sanitarie fissata al primo gennaio 2009, a seguito delle disposizioni contenute nel decreto di soppressione delle preesistenti aziende da parte del Presidente della Giunta Regionale e di nomina dei nuovi Direttori Generali, si è quindi posto l'obiettivo di conseguire condizioni ordinate di attuazione della riforma.

Nel contempo, le Direzioni strategiche delle Aziende in fase di cessazione sono state impegnate a definire un percorso comune di unificazione delle procedure amministrative e contabili, in modo da rendere più agevole il progetto di fusione.

Tale processo è stato posto sotto la responsabilità dei Direttori delle aziende esistenti, con la previsione dell'elaborazione di un piano di unificazione da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale.

Questa corposa attività è stata stratificata sia per i principali processi amministrativi (quali ad es. personale, contratti pubblici, lavori pubblici, ragioneria e bilancio, controllo di gestione, etc.) sia per l'assistenza sanitaria (prevenzione, assistenza ospedaliera, assistenza farmaceutica, servizi territoriali, etc.).

All'atto della nomina dei nuovi Direttori Generali, si è proceduto, poi, alla designazione dei Commissari liquidatori, che hanno avuto il compito di portare a termine la fase transitoria, di durata semestrale, delle operazioni conclusive del passaggio alla nuova configurazione organizzativa.

In questo modo si è cercato di offrire il giusto tempo al nuovo Direttore Generale per acquisire i trasferimenti contrattuali e patrimoniali, predisporre l'Atto aziendale e mettere in campo tutte quelle azioni a valenza strategica per il migliore avvio delle Azienda.

A rinforzo dei tempi e delle modalità del processo di riforma, con la D.G.R. n. 1242 del 30 luglio 2008 è stato avviato un progetto di organizzazione e revisione contabile di tutte le Aziende Sanitarie, sia per accelerare il passaggio di consegne tra le Aziende in cessazione e le nuove

Aziende sanitarie locali, sia per omogeneizzare le procedure⁵⁴ e garantire condizioni di robustezza e trasparenza della situazione economico-finanziaria dell'intero Servizio sanitario regionale.

L'iniziativa, consentendo di calibrare tempi e strumenti dell'unificazione materiale degli assetti aziendali, è stata finalizzata a dare un assetto amministrativo e procedurale più razionale e trasparente alla gestione dei fattori produttivi.

Sulla base di quanto appena riportato, è lecito affermare che il disegno di riforma ha tentato di modernizzare i servizi pubblici agendo sulla trasformazione dell'offerta sanitaria rispetto alle mutate esigenze del quadro sociale e demografico, nel tentativo di migliorarne la qualità, l'accessibilità da parte del cittadino e la diffusione su tutto il territorio.

⁵⁴ A riguardo si vedano:

A. Deliberazione n. 795 del 5 maggio 2009: Legge n.12 del 1 luglio 2008, art 5, comma 5, integrazione della D.G.R. 1776/2008 – strumenti di raccordo e coordinamento per la progressiva unificazione delle procedure ed istituti delle aziende sanitarie locali.

B. Deliberazione n. 1776 del 7 novembre 2008: Legge n.12 del 1 luglio 2008, art 5, comma 5 – piano per la progressiva unificazione delle procedure ed istituti delle aziende sanitarie locali.

3.2.2 Gli sviluppi di *welfare* nel panorama dell'organizzazione socio-sanitaria

In Basilicata la riforma del *welfare*, partita dall'esigenza di rispondere all'unitarietà e continuità dei bisogni della popolazione si trova, oggi, in una fase cruciale di sviluppo.

La necessità avvertita è di assegnare obiettivi più mirati alle politiche regionali attraverso una programmazione unificata delle politiche socio-assistenziali e sanitarie e l'attribuzione di un ruolo chiave al distretto sociosanitario.

La riforma del *welfare* dovrà confrontarsi con la sfida del federalismo fiscale che richiederà alla Regione Basilicata di formulare una strategia capace di allineare le politiche di spesa nel settore sanitario alle risorse finanziarie trasferite dal livello centrale⁵⁵.

La profonda crisi dei mercati finanziari, le forti difficoltà riscontrate nel settore delle imprese con impatto immediato sui livelli occupazionali e la necessità di rivedere a livello di finanza pubblica la ripartizione dei fondi tra i diversi settori di intervento, sono solo alcune tra le cause principali che hanno richiesto alle Regioni, e quindi anche alla Basilicata, una necessaria formulazione delle strategie di intervento.

Esse dovranno essere orientate ad assicurare la sostenibilità finanziaria dell'intero sistema sanitario: tra le tante sfide la più significativa è rappresentata dal federalismo fiscale che si inquadra in uno scenario di riferimento nazionale a livello macroeconomico molto differente rispetto a quello in cui ne furono elaborati i presupposti⁵⁶.

In questo contesto, la Regione deve qualificare il proprio ruolo di governo in termini di programmazione, indirizzo e controllo, sì da cogliere i segnali deboli, l'evoluzione della società, l'andamento demografico, le

⁵⁵ Tali risorse saranno trasferite in base al criterio del *costo standard* collegato ai livelli essenziali di prestazione. Si vedano a questo proposito le considerazioni contenute nel "Libro verde sul futuro del modello sociale" del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali del luglio 2008.

⁵⁶ Ad esempio, una delle principali ipotesi era la presunta crescita del PIL nell'anno 2009 che sarebbe dovuta aggirarsi intorno allo 0,9% e nel successivo periodo 2009-2013 intorno al 1,5% secondo un'autorevole fonte costituita dal Documento di Programmazione Economica e Finanziaria 2009-2013. A fronte di questa ipotesi lo scenario che si è prospettato è stato contraddistinto, secondo i più recenti dati OCSE, da una crescita "quasi zero" per il 2008 e negativa per il 2009.

modifiche dei quadri patologici, e rispondere adeguatamente alle nuove domande di servizi sanitari e sociali.

Nel contempo, le Aziende sanitarie ed ospedaliere hanno il compito di valorizzare il ruolo di gestione ed organizzazione dei servizi sanitari, avvalendosi del coinvolgimento degli Enti locali nelle scelte programmatiche connesse ai bisogni assistenziali attraverso la valorizzazione del ruolo degli organismi per la partecipazione, prevedendo modalità di confronto che garantiscano l'apporto positivo degli Enti stessi.

A tal fine, le opzioni strategiche per la ridefinizione del sistema di offerta, in parte già in atto, dovranno collegare:

- le politiche di cooperazione interistituzionale e di partenariato pubblico, finalizzate alla integrazione socio-sanitaria;
- la ridefinizione del gruppo, formato dalle Aziende sanitarie e ospedaliere della Regione, valorizzando le possibili sinergie attraverso la promozione e il consolidamento delle reti esistenti;
- il rafforzamento della capacità di *governance* della Regione dell'intero sistema a cui va accompagnato un deciso intervento finalizzato allo sviluppo di competenze e conoscenze e alla programmazione del sistema di offerta di servizi della Regione al sistema delle Aziende sanitarie regionali: la Regione diventa così centro di conoscenza e di offerta di servizi;
- l'individuazione di centri in stretto collegamento con quanto previsto al punto precedente per la gestione dei servizi di supporto (acquisti, finanza, gestione, logistica, manutenzione immobiliare e tecnologica, *risk management*, tecnologie informatiche etc.).

Di seguito proponiamo una tabella che consentirà di mettere ulteriormente a fuoco quelle che sono le principali azioni da intraprendere per un reale cambiamento di rotta.

Tavola 3.3 - Diretrici e azioni da intraprendere nel cambiamento organizzativo in Basilicata

<p>Diretrici del cambiamento organizzativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>integrazione assistenza sanitaria e sociale;</i> - <i>superamento dualismo territorio-ospedale;</i> - <i>potenziamento cure primarie;</i> - <i>trasformazione da azienda-locale in azienda-rete.</i>
<p>Azioni da intraprendere</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>razionalizzare i processi assistenziali per aumentare l'efficienze e l'efficacia;</i> - <i>recuperare l'unità dell'offerta territoriale;</i> - <i>rafforzare gli strumenti di governo della domanda di assistenza;</i> - <i>cambiamento culturale: far comprendere l'importanza dei servizi territoriali e dei distretti;</i> - <i>promuovere e realizzare forme di integrazione organizzativa aziendale e interaziendale;</i> - <i>assicurare la continuità dell'assistenza in una logica di tipo sociosanitaria.</i>

Fonte: nostra elaborazione da Il Sistema Sanitario della Basilicata, Op. Cit.

In questo processo di cambiamento diventa necessario implementare il nuovo piano sociosanitario regionale, strumento di programmazione unico e integrato che assegni all'integrazione sociosanitaria un ruolo chiave.

Il piano si configura come "piano cornice" contenente le linee programmatiche per la realizzazione di un nuovo assetto dell'organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali, per la valorizzazione delle strutture territoriali e per una effettiva integrazione delle attività di promozione alla salute.

In parallelo, al fine di una più puntuale applicazione del piano, occorre prevedere un processo complessivo di riprogettazione organizzativa mirato all'integrazione tra la dimensione dipartimentale delle Aziende sanitarie e ospedaliere e la dimensione distrettuale (il distretto della salute), quale soggetto "forte" di governo delle politiche sanitarie e sociali integrate.

Si tratta, in sostanza, di mettere in campo scelte programmatiche che diano priorità allo sviluppo di una efficiente assistenza extraospedaliera, capace di prevedere cure primarie attraverso una completa rete di servizi in

grado di fornire una più continua, responsabile e completa presa in carico dei pazienti negli ambulatori e nelle strutture residenziali a domicilio.

L'organizzazione di questa rete ospedaliera dovrà strutturarsi secondo livelli di competenza e specializzazione diversificati, considerando l'ospedale come una risorsa da utilizzare in modo razionale senza incorrere in conflittualità tra priorità dell'ospedale e centralità del territorio.

Altro intervento di fondamentale importanza al fine di rivedere in maniera compiuta la rete dei servizi che governano un determinato territorio è rappresentato dall'aggregazione di particolari funzioni che, solitamente, vengono espletate singolarmente da ogni Azienda sanitaria ed ospedaliera.

L'intento comune, infatti, è quello di intervenire drasticamente sulla spesa sanitaria in modo da rientrare negli standard nazionali ed europei, cercando ulteriormente di generare una sorta di "castelletto" capace di costituire una base minima per degli interventi di carattere strutturale

A conferma di ciò, negli ultimi anni in Italia, come in tutti gli altri Paesi OCSE, la spesa sanitaria corrente complessiva ha mostrato sensibili livelli di crescita passando da 48.136 mln € del 2005 a 102.519 mln € del 2007.

Analizzando la composizione della spesa sanitaria ed i relativi *trend*, balza immediatamente agli occhi che il fattore principale di intervento da governare risiede nella spesa per beni e servizi, come evidenziato nella successiva tabella.

Tavola 3.4 - Spesa sanitaria corrente e per B&S, anni 2001 – 2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Spesa sanitaria corrente SSN	75.818	78.994	81.105	87.233	92.804	99.648	102.519
Spesa per beni e servizi SSN	16.013	17.387	18.832	20.761	23.841	26.902	29.507
% Spesa per beni e servizi SSN	21,12	22,01	23,22	23,80	25,69	27	28,78

Fonte: nostra elaborazione da Assr (2007) e Isae (2008)

Le dimensioni ed il *trend* di crescita della spesa pubblica in ambito sanitario costituiscono segnali allarmanti di un fenomeno che preoccupa le istituzioni centrali e locali e sollecita l'avvio di programmi di razionalizzazione e contenimento.

L'obiettivo di ridurre la spesa e l'esigenza di migliorare la qualità dei servizi erogati e di stimolare la competitività e l'innovazione sui mercati di riferimento stanno trovando una risposta concreta, nella Regione Basilicata, nell'introduzione di processi di acquisto e logistica centralizzati e nella creazione di portali di *e-procurement* a livello regionale⁵⁷.

Questo è stato il primo vero passo col quale l'Amministrazione lucana ha intrapreso il lungo tragitto che ha portato successivamente al descritto accorpamento delle Asl.

Le forme di centralizzazione, infatti, non coinvolgono esclusivamente la funzione di approvvigionamento di beni e servizi, ma intervengono anche sulla gestione dei servizi tecnico-amministrativi di supporto all'attività sanitarie, quale, appunto, può essere considerata la logistica.

La riorganizzazione dell'area acquisti è risultata perciò parte integrante ed imprescindibile per un reale riassetto del SSR, non solo per quanto attiene la Regione Basilicata ma anche, come dimostrato empiricamente, per altre Regioni.

A tal proposito riportiamo, a titolo esemplificativo, le soluzioni che sono state individuate in vario modo lungo tutto il territorio italiano:

- creazione di una sola Asl a livello regionale operante in maniera unitaria (Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Marche e Molise);

⁵⁷ Di seguito si riportano i principali riferimenti normativi sul tema degli acquisti nella Pubblica Amministrazione italiana:

- art. 2, D.L. 347/2001, convertito con modificazioni nella L. 405/2001, che ha dettato norme su approvvigionamenti di B&S delle aziende sanitarie;
- art. 3 L. 350/2003, che ha modificato la disciplina in materia di utilizzo delle convenzioni Consip;
- art. 1 L. 191/2004, che ha modificato l'art. 26 della L. 488/1999;
- D.Lgs. 163/2006 concernente il codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE;
- art. 1 L. 296/2006, concernente norme per il contenimento e la razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi nella Pubblica Amministrazione;
- art. 3 L. 244/2007, concernente le modalità di utilizzo delle convenzioni Consip ed il monitoraggio dei prezzi degli acquisti.

- ricorso all'istituto della convenzione con partecipazione facoltativa (Liguria, Lazio, Sicilia, Basilicata, Piemonte e Veneto);
- creazione di enti strumentali privi di personalità giuridica, ovvero forme di coordinamento della funzione acquisti tra più aziende sanitarie (Emilia Romagna, Abruzzo, Sardegna e Puglia);
- costituzione di enti pubblici dotati di personalità giuridica e autonomia gestionale finalizzati alla gestione accentrata delle procedure di approvvigionamento con diversa estensione territoriale (Umbria, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Provincia Autonoma di Bolzano, Calabria, Liguria, Campania).

Per quanto attiene la Basilicata questo processo di sperimentazione gestionale di aggregazione della domanda tra le Asl e Ao ha avuto inizio a partire dal 2002, con l'istituzione dell'Osservatorio regionale dei prezzi, dei servizi e delle tecnologie del settore sanitario (OTP)⁵⁸.

Il primo provvedimento teso a rendere efficace l'introduzione dell'OTP ha introdotto l'obbligo per le Asl di acquisire un'apposita autorizzazione per l'approvvigionamento delle tecnologie e dei relativi servizi di supporto per quegli acquisti di importo superiore alla soglia di 20.000 €⁵⁹.

La centralizzazione degli acquisti avrebbe dovuto, almeno in teoria e salvo talune eccezioni, rappresentare l'obbligo per i Direttori Generali di applicare questo *iter* per almeno il 35% delle procedure e il 50% del valore degli approvvigionamenti di ciascun anno.

Successivamente, nel corso del 2007, la Giunta Regionale ha tentato l'attivazione di una centrale di committenza autorizzando la sperimentazione di procedure unificate non solo in materia di acquisto di beni e servizi, ma anche in caso di effettuazione di lavori a carattere edilizio.

⁵⁸ Tale istituzione è stata disposta a seguito dell'emanazione della L.R. 10/2002 art. 14, concernente "Disposizioni per la gestione delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere" in attuazione dell'art. 2 della L. 405/2001, che aveva previsto l'obbligo a carico delle Regioni di realizzare l'Osservatorio regionale dei prezzi in materia sanitaria. La struttura, i compiti, gli obiettivi e l'acquisizione di specifiche professionalità dell'OTP sono stati disciplinati dal D.G.R. Basilicata n. 1524/2002.

⁵⁹ Tale soglia è stata successivamente innalzata a 100.000 € nel 2006.

Questa disposizione ha necessariamente imposto l'individuazione di un soggetto che svolgesse le funzioni di centrale di committenza, specificando, previo apposito atto d'intesa con le Aziende sanitarie, le modalità, i termini e i limiti della delega.

La scelta è ricaduta sull'Azienda ospedaliera San Carlo di Potenza, che ha provveduto alla stesura di un progetto mirato alla realizzazione della rete, predisponendo delle linee di intervento che riportiamo di seguito:

- definizione di URA (unioni regionali d'acquisto) in materia di acquisto di beni e servizi ove non utilizzabili le convenzioni CONSIP;
- sperimentazione della delega di funzioni di centrale di committenza;
- progettazione del sistema organizzativo e tecnologico di tali procedure in condizioni di collegamento e coerenza con il sistema a rete delle centrali d'acquisto;
- ricognizione ed analisi delle forniture di apparecchiature biomediche e dei servizi esternalizzati nell'ambito di progetti nazionali e regionali;
- la cooperazione applicativa in rete per le attività di ricognizione, organizzazione e funzionamento dei flussi informativi dell'Osservatorio OPT.

Lo scopo principale della rete degli acquisti è, quindi, quello di valorizzare le singole esperienze e competenze aziendali con l'intento di rafforzare la capacità complessiva del sistema.

A partire dal 2008, con la D.G.R. 329/2008, contenente gli obiettivi di gestione 2008-2009, i Direttori Generali sono stati infine ufficialmente obbligati ad aderire alle URA e a rispettare l'elenco obbligatorio di beni e servizi che devono essere approvvigionati nella formula dell'unione d'acquisto.

In conclusione si può affermare che, anche se il processo è ancora in divenire, la messa in comune degli strumenti e delle capacità posseduti nei diversi comparti sanitari, ha permesso, insieme alla necessaria erogazione dei servizi sanitari, la realizzazione di economie di scala non solo negli acquisti e nelle forniture, ma anche nella logistica, nella manutenzione e nella gestione delle fonti energetiche.

3.3 La Regione Toscana

3.3.1 La nascita delle Aree vaste

Il Servizio sanitario toscano fonda la propria organizzazione e sostenibilità su una particolare articolazione basata sul concetto di Area vasta, inteso quale strumento di garanzia per una crescita equilibrata "in rete" dell'intero sistema.

L'art. 11 della L. R. 22/2000, istitutiva delle Aree vaste, definisce la loro struttura organizzativa e recita: *"Le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliero-universitarie concorrono, nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione interaziendale di Area vasta. I contenuti e gli obiettivi principali della programmazione di Area vasta sono definiti dal piano sanitario regionale.*

Per l'esercizio delle funzioni di cui al comma 1 sono individuate le seguenti Aree vaste:

a) Area vasta nord - ovest, comprendente le Aziende unità sanitarie locali 1 di Massa e Carrara, 2 di Lucca, 5 di Pisa, 6 di Livorno e 12 di Viareggio, nonché l'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana;

b) Area vasta centro, comprendente le Aziende unità sanitarie locali 3 di Pistoia, 4 di Prato, 10 di Firenze e 11 di Empoli, nonché le Aziende ospedaliero-universitarie Careggi e Meyer di Firenze;

c) Area vasta sud - est, comprendente le Aziende unità sanitarie locali 7 di Siena, 8 di Arezzo e 9 di Grosseto, nonché l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese".

In ciascuna Area vasta è costituito un comitato, composto dai Direttori generali delle Aziende sanitarie facenti parte dell'area e dal direttore dell'Ente per i servizi tecnico-amministrativi di Area vasta di cui all'articolo 99 sexies della suddetta L.R.

Il comitato è presieduto da un coordinatore, individuato dalla Giunta regionale tra i direttori generali delle Aziende unità sanitarie locali dell'Area vasta.

Il ruolo principale svolto dal Comitato è di elaborare le proposte dei piani di Area vasta ed approvare le intese e gli accordi tra i soggetti rientranti territorialmente nell'area.

Di supporto alle dette funzioni, sono costituiti in ogni Area vasta appositi gruppi di lavoro composti da specifiche figure tecnico-professionali individuate dal Comitato all'interno delle Aziende sanitarie.

A livello d'Area vasta si valorizza, perciò, l'apporto dei professionisti, al fine di ricevere *input* essenziali per una programmazione corretta dei servizi, e per il governo unitario dei percorsi assistenziali.

Obiettivi dichiarati della Regione sono l'implementazione, tra i vari attori del sistema, di procedure gestionali tipiche delle realtà produttive (contabilità analitica, il controllo di gestioni, *budgeting*) già ampiamente diffuse, ma non omogeneamente sviluppate, l'introduzione sistematica di programmi di sviluppo aziendali, la valutazione economica dei risultati e della produttività.

La valorizzazione dei livelli sovraziendali, d'Area vasta e regionale, è finalizzata a rendere confrontabili le condizioni delle singole aziende sanitarie, per evitare l'autoreferenzialità e per determinare standard uniformi di funzionamento e produttività.

Perseguire l'obiettivo della massima efficienza del servizio sanitario regionale significa anche operare una radicale ottimizzazione delle attività gestionali, attraverso il perseguimento di economie di scala e semplificazione nelle procedure.

Questo percorso configura una vera e propria seconda fase dell'aziendalizzazione, che attribuisce alle Aziende sanitarie competenze piene nella gestione dei servizi alla persona, riducendone l'impegno nelle funzioni tecnico-amministrative di gestione da affidare a strutture specializzate di supporto a livello interaziendale di Area vasta.

Nel confermare le procedure ed il ruolo della programmazione aziendale occorre prendere atto dei limiti di tale livello di programmazione.

Il sistema sanitario, infatti, si caratterizza per una notevole articolazione dell'offerta e per una variabilità non sempre programmabile o semplicemente prevedibile della domanda.

Tali caratteristiche, affiancate al meccanismo economico della remunerazione a tariffa compensativa in regime di “mobilità sanitaria” inducono talvolta comportamenti in contrasto con una logica a rete del sistema, finalizzati piuttosto al raggiungimento di una “autosufficienza” aziendale.

La scelta della Toscana, con l’obiettivo di privilegiare l’appropriatezza degli interventi e l’integrazione dei servizi nei percorsi assistenziali, è quella di potenziare lo sviluppo armonico della rete.

Nella consapevolezza che per l’attività specialistica a carattere ospedaliero la dimensione aziendale è insufficiente a garantirne gli obiettivi, nella normativa regionale è stato definito il livello interaziendale della concertazione di Area vasta, con finalità di programmazione dell’attività e di regolazione degli scambi economici.

L’Area vasta infatti, con la sua caratteristica di bacino territoriale in cui è soddisfatto circa il 90% della domanda della popolazione di riferimento, rappresenta di fatto il livello ottimale della programmazione e della integrazione dell’offerta.

I Piani sanitari regionali susseguiti nel tempo hanno attribuito compiti definiti alla concertazione interaziendale nelle Aree vaste, attribuendo a queste il livello superiore di programmazione strategica del sistema cui si intende dare maggiore forza, soprattutto in ambito specialistico e ospedaliero.

L’Area vasta è, inoltre, il luogo di concertazione in cui, mediante accordi convenuti con i Sindaci e gli altri soggetti del coordinamento, si apportano modifiche alle previsioni gestionali in atto e si consolidano le previsioni dei Piani attuativi locali e di quelli ospedalieri.

Al fine di una maggiore consapevolezza dei “numeri” di cui si compongono le tre macroaree, è stato implementato un sistema di controllo di gestione ed attivato un “Bilancio consolidato di Area vasta”, consentendo una valutazione economica integrata dei risultati aziendali e del connesso impiego di risorse.

Peraltro, allo scopo di garantire la corrispondenza con le scelte effettuate in sede di programmazione e sviluppo organizzativo, l'avvio di attività non esistenti è sottoposto a preventiva concertazione di Area vasta con l'intento di considerare al meglio la *mission* delle singole Aziende sanitarie e dei relativi vincoli di sistema.

In particolare per le attività relative a funzioni operative a carattere regionale e per il potenziamento di attività con investimenti rilevanti, l'Azienda sanitaria assume iniziative solo a seguito di preventivi accordi in ambito di Area vasta che ne valutino gli effetti in termini di qualificazione delle prestazioni, costi, effetti sulla mobilità sanitaria, fattibilità e produttività.

L'Azienda sanitaria locale, inoltre, concorda in sede di Area vasta i programmi di sviluppo o contenimento dell'attività per evitare che possano verificarsi fenomeni di duplicazione di attività in eccesso e variazioni di rilievo nei flussi di mobilità.

Per gli ambiti sopra definiti la concertazione, rappresentando atto di programmazione regionale, costituisce elemento per la verifica di funzionalità delle domande di accreditamento rispetto alla programmazione regionale.

Al fine di consentire l'esercizio del governo clinico ai diversi livelli del sistema e la crescita in rete del sistema di offerta delle prestazioni specialistiche di ricovero ed ambulatoriali di secondo livello, le aziende sanitarie di ciascuna Area vasta individuano funzioni di coordinamento tecnico interaziendale, anche in forma dipartimentale, per settori omogenei, che, anche sulla base di specifici indirizzi regionali, hanno i seguenti compiti:

- elaborare proposte di sviluppo delle attività che rispondano ai requisiti della programmazione di Area vasta, così come sopra definiti, che tengano conto dell'evoluzione delle procedure cliniche e diagnostiche e dei livelli di complessità e qualificazione delle prestazioni;
- garantire un effettivo coordinamento delle attività delle singole aziende sanitarie, che preveda l'utilizzo pieno delle professionalità presenti, al fine di assicurare al cittadino percorsi assistenziali integrati;
- proporre, a livello regionale, apposite linee guida, convalidare quelle esistenti o elaborate dalla Commissione regionale allo scopo

costituita, curarne l'implementazione e la valutazione a livello di Area vasta, al fine di sviluppare una vera e propria funzione di *clinical governance*.

Il coordinamento tecnico interaziendale deve tendere alla valorizzazione in rete dei livelli di offerta delle prestazioni e dei servizi specialistici esistenti nelle diverse aziende sanitarie, fatte salve le attività di alta specializzazione, per le quali sono individuate le competenze delle Aziende ospedaliere.

Le funzioni dell'Area vasta, così delineate, comprendono sia attività di programmazione che attività più propriamente di coordinamento o indirizzo organizzativo e finanziario.

Per le funzioni territoriali e per quelle di prevenzione collettiva, fermo restando il livello di direzione operativa aziendale, possono essere adottati atti di concertazione interaziendale in relazione a progetti e programmi di interesse comune a dimensione sopra aziendale.

Sulla base degli indirizzi del precedente PSR, si è introdotta nel sistema una profonda innovazione organizzativa che ha visto la costituzione di strutture consortili interaziendali cui sono state delegate alcune funzioni tecnico-amministrative delle aziende, in primo luogo quelle relative agli acquisti di beni e servizi⁶⁰.

Alle iniziative per il potenziamento delle funzioni gestionali di Area vasta, quali quelle ricordate degli acquisti e della gestione logistica dei materiali, occorrerà affiancare un'analisi più approfondita di alcune funzioni tecnico-amministrative tipiche della gestione aziendale pubblica e privata.

Si fa riferimento in particolare a quelle funzioni che hanno visto nel mondo produttivo privato processi di riaggregazione e specializzazione finalizzati ad innalzare il livello di efficienza del sistema.

Sono funzioni che non attengono direttamente all'erogazione di prestazioni sanitarie in rapporto con il cittadino e nelle quali sono possibili rilevanti miglioramenti sia in termini qualitativi che economici.

⁶⁰ Sul punto ritorneremo più avanti nel prossimo paragrafo dove ci occuperemo nello specifico degli ESTAV.

Il grado di ottimizzazione della loro gestione e l'eventuale loro allocazione a livello sovra aziendale, ove opportuno e possibile, potranno portare ad una ridefinizione della natura stessa delle Aziende sanitarie, accentuandone il carattere di fornitore di servizi alla persona ed alla collettività e riducendone i compiti negli ambiti gestionali e di supporto.

In tal senso, il processo potrà definire una vera e propria seconda fase di aziendalizzazione.

Parimenti si dovranno sviluppare analisi e programmi tesi a migliorare la qualità dei servizi e dell'organizzazione anche attraverso un ripensamento dell'assetto delle risorse umane, tenendo conto delle nuove figure professionali che emergono a seguito dei modificati processi formativi d'accesso.

3.3.2 Il ruolo degli ESTAV nell'organizzazione sanitaria toscana

Sulla scia dei buoni risultati ottenuti da alcune esperienze del mondo produttivo privato e date le esigenze descritte finora, la Regione Toscana ha intuito che determinate funzioni tecnico-amministrative con scarsa attinenza all'erogazione di prestazioni sanitarie potevano essere oggetto di miglioramenti tesi ad innalzare il livello di efficienza dell'intero SSR.

In particolare, il forte ruolo di coordinamento e regolamentazione del governo regionale ha trovato piena esplicitazione con la Legge del 28 dicembre 2001 n. 448, che dà un forte contributo alla realizzazione dei consorzi, dove all'art. 29 stabilisce che: *"le Pubbliche Amministrazioni sono autorizzate ad acquisire sul mercato i servizi originariamente prodotti al proprio interno, dando quindi la possibilità alle aziende sanitarie di acquistare dalle società che andranno a costituire alcune funzioni tecnico-amministrative di supporto"*.

Successivamente con la deliberazione n. 144 del 25 settembre 2002 il Consiglio Regionale della Toscana ha previsto la costituzione, entro il 30 settembre 2002, dei Consorzi d'Area vasta (Centro, Nord-Ovest e Sud-Est), di cui abbiamo già parlato, individuando una serie di funzioni tecnico-amministrative da trasferire.

Lo scopo dichiarato di generare importanti economie di scala, ridurre i costi e migliorare l'efficienza del sistema ha incontrato in un primo momento alcune difficoltà riguardo al possibile stravolgimento in termini di processi che si sarebbe generato, sicché, conferendo temporaneamente un carattere sperimentale all'iniziativa, si è deciso di iniziare con la sola funzione degli approvvigionamenti.

Dopo un biennio di sperimentazioni e la prova dei significativi risparmi di gestione ottenuti, il Consiglio Regionale con la L. R. n. 40/2005 all'art. 100 rubricato *"Disciplina del servizio sanitario regionale"* ha potenziato il ruolo dei consorzi trasformandoli in Enti per il Servizio Tecnico Amministrativo di Area vasta (ESTAV), trasformazione resa necessaria soprattutto per stabilizzare il personale.

Gli Estav sono enti del SSR, dotati di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica e si articolano, come riportato nella figura successiva, al pari delle Aree vasta e quindi in:

- ESTAV CENTRO TOSCANA che comprende le Aziende sanitarie di Firenze, Prato, Pistoia, Empoli, le Aziende ospedaliero-universitarie di Careggi e Meyer di Firenze;
- ESTAV NORD OVEST TOSCANA che comprende le Aziende sanitarie di Lucca, Massa e Carrara, Versilia, Pisa, Livorno e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Pisa;
- ESTAV SUD EST TOSCANA che comprende le Aziende sanitarie di Siena, Arezzo e Grosseto e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Siena.

Tavola 3.5 - Gli Enti per i Servizi Tecnico Amministrativi d'Area vasta



Fonte: Piano Sanitario Regionale 2007-2009. Regione Toscana

Questa decisione è intervenuta a seguito di un'approfondita analisi di contesto, che ha tenuto conto, in particolare, della complessità del mercato dei beni sanitari e del rapido processo di innovazione dei prodotti e delle procedure.

Tale situazione ha attribuito alla funzione acquisti una rilevanza strategica, tenuto conto anche dell'aumento dei fenomeni di crescente asimmetria nelle capacità e nei poteri della domanda e dell'offerta, ove quest'ultima presenta un carattere viepiù sovraregionale e sovranazionale dei mercati ed una sempre maggiore capacità di influenza sui mercati stessi da parte delle ditte fornitrici.

Prima dell'attivazione della sperimentazione consortile, le Aziende sanitarie si caratterizzavano, sotto questo aspetto, sia per la scarsa dimensione operativa e la ridotta circolazione delle informazioni e conoscenze tra i diversi soggetti, sia per una marcata vocazione non specialistica della funzione acquisti.

Questa asimmetria rendeva possibile il verificarsi di effetti distorsivi del mercato a tutto danno della trasparenza, dell'imparzialità ed economicità delle procedure di acquisto pubbliche, e ha, conseguentemente, reso indispensabili iniziative di valorizzazione del sistema delle Aziende e delle professionalità ivi esistenti, al fine di evitare duplicazioni di funzioni e di accrescere la forza contrattuale della domanda e le competenze specialistiche dei soggetti pubblici.

I risultati economici ed organizzativi raggiunti nel corso della sperimentazione del sistema consortile di Area vasta sono risultati perfettamente allineati agli obiettivi di processo.

Col suddetto intervento di "formalizzazione" dei Consorzi la Regione Toscana ha, quindi, cercato di aggregare tutte quelle funzioni non direttamente riconducibili alle prestazioni sanitarie, le c.d. *no-core*, di seguito riportate:

- il completamento della gestione del processo di approvvigionamento (*supply chain*) partendo inizialmente dalla determinazione del fabbisogno presente, per concludere con l'implementazione di una

serie di processi amministrativo-gestionali quali, ad esempio, l'assistenza e lo sviluppo di tecniche di contrattazione, contrattualizzazione, acquisizione, pagamento e monitoraggio delle forniture riferite al c.d. "commercio elettronico";

- la gestione delle strutture, in particolar modo i magazzini, e dei processi logistici;
- la gestione delle tecnologie informatiche e del parco tecnologico non sanitario, sulla base di indirizzi precedentemente definiti nella deliberazione n. 736/2002, e con particolare riguardo alla integrazione e organizzazione del Centro unificato di prenotazione (CUP);
- il coordinamento delle attività inerenti gli affari legali con particolare riferimento alla gestione delle procedure assicurative;
- la gestione del personale in riferimento alle procedure di reclutamento e contabilità dei relativi trattamenti economici e con particolare attenzione all'attività di formazione;
- la gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili;
- la gestione delle reti informative sulla base delle specificità organizzative aziendali assicurando la funzione informativa di Area vasta;
- i processi organizzativi relativi alle attività di formazione del personale.

Le funzioni sopra richiamate sono state coordinate, ove prescritto o necessario, con le specifiche disposizioni di settore.

In particolare, tramite specifici provvedimenti e linee guida approvati dalla Giunta Regionale, sono stati definiti specifici percorsi di integrazione con:

- le disposizioni regionali in materia di Società dell'Informazione (L. R. 1/2004);
- le disposizioni regionali, nazionali e di UE in materia di *e-procurement*;
- le indicazioni derivanti dalla programmazione di Area vasta in relazione alla formazione del fabbisogno;
- le attività dell'Osservatorio Regionale sui Prezzi dei Beni e Servizi, con particolare riferimento alla standardizzazione dei processi di

classificazione dei prodotti sui quali operare le scelte di acquisto anche ai fini del *benchmarking* interconsortile.

Il modello organizzativo è stato configurato secondo un articolazione incentrata su quattro assi di intervento prioritari:

1) Il raggiungimento di un alto livello di specializzazione delle diverse unità operative che costituiscono il dipartimento di approvvigionamento di beni e servizi con conseguente valorizzazione delle competenze, delle professionalità e delle conoscenze presenti all'interno delle aziende facenti parte dell'Ente;

2) La realizzazione di economie di scala attraverso una efficace programmazione degli acquisti a livello di Area vasta, come dimensione ottimale per la realizzazione delle aziende sanitarie;

3) Una realizzazione a rete simile al modello del "*networking intelligente*" in cui siano previsti processi di elaborazione, trasmissione e distribuzione di informazioni tra le aziende consorziate e le stesse aziende siano coinvolte nel processo decisionale;

4) La predisposizione di politiche di acquisto diversificate in relazione ai prodotti/servizi da acquisire, utilizzando in alcuni casi il criterio del prezzo più basso, con successive verifiche dei risultati attesi altrimenti il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa per ottimizzare gli acquisti con costi totali.

Passando all'analisi dell'articolazione interna degli Estav, individuiamo, anzitutto tre figure cardine, che ne regolano l'attività:

- il Direttore Generale, che ha poteri di gestione e rappresentanza legale;
- il Consiglio Direttivo, formato dai Direttori Generali delle Aziende sanitarie incluse nella corrispondente Area vasta che approva i bilanci aziendali e il programma di attività;
- il Collegio Sindacale.

Il personale operativo, che lavora all'interno, è fortemente valorizzato e messo a disposizione dalle singole Aziende sanitarie afferenti.

Per l'esercizio delle funzioni loro attribuite, gli Estav sono finanziati prevalentemente con contributi a carico del fondo sanitario regionale più eventuali corrispettivi per servizi e prestazioni rese a terzi o alle Aziende sanitarie per servizi diversi da quelli istituzionalmente previsti.

Gli Enti, che si propongono, attraverso la valorizzazione e la specializzazione delle professionalità coinvolte nel processo, di acquistare i prodotti più idonei anche attraverso l'utilizzo di strumenti innovativi, secondo i principi di efficienza, efficacia ed imparzialità, capaci di generare trasparenza e rapidità d'azione, agiscono tramite il Dipartimento Acquisti in proprio seno, presso il quale è presente una struttura di *staff* di supporto alla programmazione e controllo delle attività contrattuali e per lo sviluppo e il coordinamento delle procedure di acquisizione ma anche delle gare *on-line* e del mercato elettronico.

Al proprio interno il Dipartimento è organizzato in Unità Operative Sezioni Aziendali e Sezioni Consortili, ciascuna specializzata nell'acquisto di una serie di categorie omogenee di beni e servizi, quali:

- materiali economici e di pulizia;
- mobili e arredi, automezzi, *hardware* e *software*, beni per assistenza integrativa a particolari categorie di assistiti;
- materiali per diagnostica di laboratorio, diagnostica per immagini e dialisi;
- appalti di servizi;
- prodotti farmaceutici, dietetici etc.

Le varie U.O. in seno ad un preciso regolamento interno, provvedono all'acquisto di beni e servizi con il coinvolgimento di varie figure professionali amministrative, sanitarie e tecniche evitando inutili duplicazioni di funzioni.

Per comprendere a pieno il valore aggiunto apportato dalla Regione Toscana al consolidamento dell'equilibrio economico-finanziario, con l'istituzione degli Estav, riportiamo, a titolo indicativo, le strategie adottate dal Consorzio Area vasta Centro (CAV Centro).

Il CAV Centro ha adottato, nel quadro delle linee strategiche dettate a livello regionale, il modello organizzativo nell'ottica del "*networking*

intelligente”, che si è caratterizzato per il rafforzamento delle funzioni di coordinamento e governo strategico della rete formata dalle organizzazioni sanitarie e ha previsto specifici investimenti in professionalità, competenze, acquisizione di servizi esterni e ICT.

Sempre nell’ottica della rete, rilevante è risultato il rafforzamento della cooperazione interaziendale e di *partnership* interistituzionale tra lo stesso CAV Centro e le Aziende consorziate per un successivo consolidamento organizzativo.

Le strategie di creazione del *networking intelligente*, hanno previsto investimenti sugli *staff* come organi di coordinamento e di governo dell’intero gruppo, di identificazione delle *best-practices* da diffondere all’interno della rete e la costante produzione di informazioni per i portatori di interesse, interni (Aziende consorziate) ed esterni (Istituzioni pubbliche e fornitori).

I progetti volti al consolidamento del CAV risultano suddivisi tra: progetti a valenza interna e progetti volti allo sviluppo del *networking*.

In particolare, tra i primi è utile ricordare:

1) Il ridisegno delle procedure consortili, finalizzato all’elaborazione di un manuale delle procedure, basato sulle logiche di *process reengineering* semplificate;

2) Interventi nell’ottica delle risorse umane, volti alla motivazione del personale sulle logiche di comunicazione interna e riqualificazione del personale;

3) Sempre nell’ottica RU, sviluppo delle competenze ed inserimento di professionalità tecnico-sanitarie necessarie per presidiare le varie fasi della procedura concorsuale, basato sul potenziamento dei Collegi tecnici di Area vasta e sulla valorizzazione dell’apporto dei vari professionisti.

4) Attivazione a livello consortile di una serie di flussi informativi e di *report* economici, un programma integrato di formazione a livello di Area vasta Centro per il personale assegnato ed inoltre la gestione contabile del personale, nella prospettiva di una gestione integrata delle procedure e del *software* applicativo sugli stipendi;

5) Sviluppo di un progetto per il coordinamento dei farmacisti, ritenuti figure critiche per il successo degli interventi strategici del CAV.

Tra i progetti volti a rafforzare il ruolo del CAV Centro come nodo strategico di un *networking intelligente* vanno ricordati:

1) Sviluppo del progetto PACS (Alta tecnologia nel settore della diagnostica per immagini), che interviene su vari ambiti, dall'acquisizione delle risorse finanziarie aggiuntive, alla definizione e al monitoraggio degli standard per la comunicazione e l'integrazione dei sistemi ai diversi livelli (Azienda, Area vasta, Regione) alla più generale funzione di *project management* e *project evaluation*;

2) Realizzazione del CUP metropolitano su logiche ICT e sviluppo della rete informatica in ottica Area vasta;

3) Sviluppo di progetti pilota basati sulla logistica (informatizzazione armadi farmaceutici) e sul magazzino unico mediante una convenzione stipulata tra Regione Toscana e Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare per la sperimentazione di modelli innovativi di acquisizione, produzione e distribuzione di farmaci;

4) Sviluppo di progetti legati all'Area Legale e alle coperture assicurative.

Dai tre Estav costituiti nella Regione Toscana, nel 2005 sono state concluse 1977 procedure e la maggior parte (1276) nella sola Estav Sud - Est.

L'ammontare complessivo delle procedure aggiudicate supera i 652 mln € e soffermando l'attenzione sui risparmi conseguiti nei processi di acquisto in seguito all'accentramento delle Asl/Ao su base di Area vasta e prendendo in considerazione i prezzi di aggiudicazione ottenuti nelle nuove gare e nella rinegoziazione delle forniture in essere, unitamente ai minori costi di personale, risulta un risparmio totale, per l'anno 2005, di 12,9 mln €, così suddivisi:

- Estav Nord Ovest: 6.973.000 €;
- Estav Centro Toscana: 1.792.000 €;
- Estav Sud Est Toscana: 4.379.000 €.

Questi dati, pari a quasi il 2% della spesa stimata, suffragano la “bontà” dell’operazione di ridimensionamento organizzativo che ha contraddistinto la Regione Toscana, ma non devono confondere gli amministratori di altre Regioni, che, al fine di attuare lo stesso modello, necessiteranno di una preventiva analisi territoriale, evitando di porre in essere una serie di investimenti di carattere produttivo senza ottenere gli effetti sperati.

Capitolo 4

L'organizzazione sanitaria calabrese tra sostenibilità e ridimensionamento

4. L'organizzazione sanitaria calabrese tra sostenibilità e ridimensionamento organizzativo

4.1 Il sistema sanitario calabrese tra finanziamento e sostenibilità

Alla fine degli anni sessanta l'Organizzazione Mondiale della Sanità promise "*Health for all in year 2000*": l'anno 2000 è passato ma non è ancora stato raggiunto l'ambizioso e ottimistico obiettivo e non solo nelle aree del mondo meno fortunate.

Gli ultimi della fila, i Paesi più poveri del mondo, sono precipitati da allora verso situazioni di maggiore emarginazione e povertà, in direzioni opposte all'obiettivo di salute, con indici di mortalità e morbilità⁶¹ relativi a malattie che nel resto del mondo si riescono facilmente a controllare e contenere.

L'obiettivo è, dunque, lontano, in verità, anche nelle realtà collocate ai primi posti della fila, come gli Stati Uniti e altri Paesi che ricoprono posizioni di assoluto rilievo per ricchezza e sviluppo.

Per essi l'obiettivo "salute per tutti" sembrerebbe a portata di mano, ma non è così, in quanto i modelli socio-sanitari maggiormente studiati e conosciuti penalizzano l'accesso a determinati servizi per ampie fasce di popolazione⁶².

Sotto questo profilo, sta certamente meglio le vecchia Europa occidentale, che in qualche modo è riuscita, nonostante il ribollire ideologico e sociale che l'ha travagliata nell'ultimo secolo a declinare un grado avanzato di sviluppo economico, anche se non in maniera omogenea, con un modello sociale che considera la tutela della salute diritto di tutti i cittadini.

Anche nel nostro continente si è comunque lontani dal raggiungimento dell'obiettivo della "salute per tutti": mentre la medicina continua a sviluppare capacità, conoscenze e tecnologie per la diagnosi e la cura, il traguardo slitta sempre più avanti.

⁶¹ In medicina del lavoro e in medicina delle assicurazioni per morbilità si intende il rapporto percentuale tra il numero di giornate di assenza dal lavoro per malattia e il numero di giornate lavorative previste (ossia quelle effettuate più quelle mancate a causa della malattia).

⁶² Per una maggiore trattazione dell'argomento si rimanda al paragrafo secondo del Cap. 1 del presente lavoro e a TOTH F., *Le politiche sanitarie*, Op. cit.

A questa parte della “domanda di salute”, che si accompagna allo sviluppo dell’offerta di servizi sanitari e determina una crescita esponenziale di costi sociali ed economici, si somma un fenomeno che nasce direttamente dalla società civile come evoluzione del concetto di stato di salute e di diversa percezione da parte del singolo del proprio livello di benessere psico-fisico.

Questo fenomeno assume peso progressivamente crescente essendo legato a fattori evolutivi che lo rendono intimamente connesso ad elementi in forte espansione⁶³.

A fronte di questo cambiamento di rotta e di questa rinnovata sensibilità al “fattore salute”, si è verificato un continuo processo di procacciamento delle risorse capace di rispondere in modo completo ed uniforme al bisogno socio-sanitario.

Da qui emerge con chiarezza che il problema della limitatezza delle risorse e della sostenibilità di un Sistema Sanitario sono questioni di primario interesse per una Nazione.

In particolare, nel nostro Paese, questo interesse è stato ed è attualmente avvertito in maggior misura dalle Regioni, in quanto con il D.Lgs. 18 febbraio 2000, n. 56, si è completato il passaggio verso il federalismo fiscale in materia sanitaria attraverso l’attribuzione del finanziamento del SSN anche a carico del gettito fiscale regionale.

Il passaggio in questione, in verità, è stato caratterizzato da poche luci e molte ombre e tali criticità hanno fortemente ritardato l’applicazione del

⁶³ Tra questi rintracciamo:

- l’invecchiamento progressivo della popolazione, che comporta la crescita esponenziale del bisogno di servizi sanitari e socio-sanitari, legati alla complessità crescente delle patologie e dei fattori di morbilità che accompagnano i processi degenerativi e di cronicizzazione della malattia ed alla necessità di sviluppare i connessi percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale dell’individuo;
- la graduale destrutturazione del tradizionale sistema di protezione sociale, rappresentato dalla famiglia e dagli altri strumenti tipici di socializzazione;
- la crescita del livello e della complessità degli stimoli negli ambienti relazionali e personali, che inducono sollecitazioni e stress, incompatibili con le capacità individuali di adattamento e determinano stati di disagio e di malessere sociale, specialmente nei più giovani e negli anziani;
- la ricerca di prestazioni e servizi che intervengano a sedare gli stati di malessere e a porre rimedio al disagio e alle difficoltà di fronteggiare il quotidiano, con crescita del ricorso anche a settori innovativi e ad offerte delle medicine alternative;
- lo sviluppo di attese sul versante del miglioramento della percezione di sé e dell’accettazione delle proprie imperfezioni, vere o presunte, ma sentite come tali rispetto ai livelli mediatici di salute, bellezza, successo e appagamento.

decreto delegato, creando una forte conflittualità all'interno delle Regioni e tra queste ed il Governo centrale.

Solo con l'accordo dei presidenti delle Regioni siglato a Santa Trada, sono state superate, seppure parzialmente, alcune sue difficoltà di attuazione, anche se gli interrogativi che ancora permangono potranno trovare una soluzione soltanto in sede di applicazione dell'articolo 119 della Costituzione, attraverso la piena e totale condivisione tra le Regioni ed il Governo.

Con l'Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2000 e le successive rinegoziazioni, è stato, poi, ribadito il principio della piena e diretta responsabilità delle Regioni nella tutela della salute dei propri cittadini, da garantire in condizioni di equilibrio economico mediante una corretta gestione dell'offerta sanitaria.

Nei confronti della popolazione assistita le Regioni sono ormai direttamente responsabili dell'offerta di prestazioni sanitarie e di conseguenza dei *trend* che la relativa spesa evidenzia nel corso del tempo.

Questo fenomeno di *deregulation* ha interessato non solo le Regioni ma anche le singole Aziende Sanitarie, tanto che queste sono attualmente oggetto di azioni di monitoraggio della spesa e di miglioramento del sistema informativo, del controllo direzionale e dell'organizzazione sanitaria, come stabilito recentemente dall'Accordo Stato-Regioni del 3 dicembre 2009.

In questo contesto anche il sistema di finanziamento della Regione Calabria ha avuto evidenti ricadute sulle decisioni da assumere riguardo ai tre macro livelli di assistenza ed alla relativa spesa che questi comportano.

In merito si evidenzia che:

- l'assistenza collettiva negli ambienti di vita e di lavoro assorbe ancora risorse in misura notevolmente inferiore al parametro di fabbisogno nazionale (pari al 5%);
- la spesa per l'assistenza distrettuale è fortemente influenzata dalla componente relativa all'assistenza farmaceutica che da sola, allo stato, assorbe oltre il 18% delle risorse del fondo sanitario sottraendo

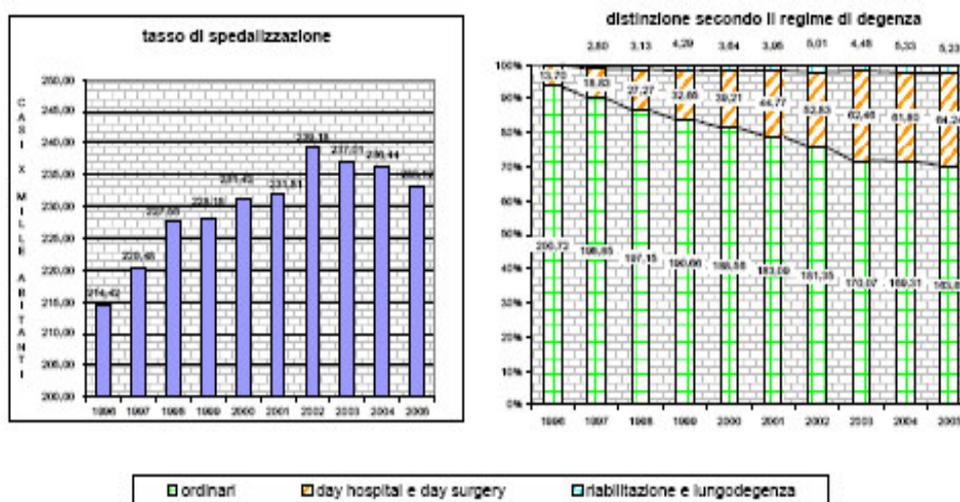
pertanto una quota consistente di quelle che sarebbero destinate all'assistenza distrettuale;

- l'elemento di maggiore criticità è rappresentato dalla spesa per il livello dell'assistenza ospedaliera, che assorbe ancora risorse in misura notevolmente superiore al parametro di fabbisogno nazionale (fissato intorno al 45%).

In riferimento agli aspetti riguardanti la spesa sanitaria, il PSR calabrese, facendo seguito alla delibera di Giunta regionale del 8 marzo 2007 confermata successivamente in quelle del 4 agosto 2008 e del 9 febbraio 2009, individua alcune criticità di primaria importanza che risultano imprescindibili per operare un'attenta e compiuta analisi del SSR, e cioè:

- l'elevato tasso di ospedalizzazione (collegato ad una struttura di offerta che, nel complesso, continua ad essere sovradimensionata, vedi tavola successiva), non in linea con quelli che sono i vigenti parametri nazionali, infatti la Regione Calabria presenta una quota rilevante di ricoveri effettuati al di fuori dei propri confini tali da comportare la sottrazione di considerevoli risorse finanziarie al SSR;

Tavola 4.1 - Tasso di ospedalizzazione per anno e regime di degenza

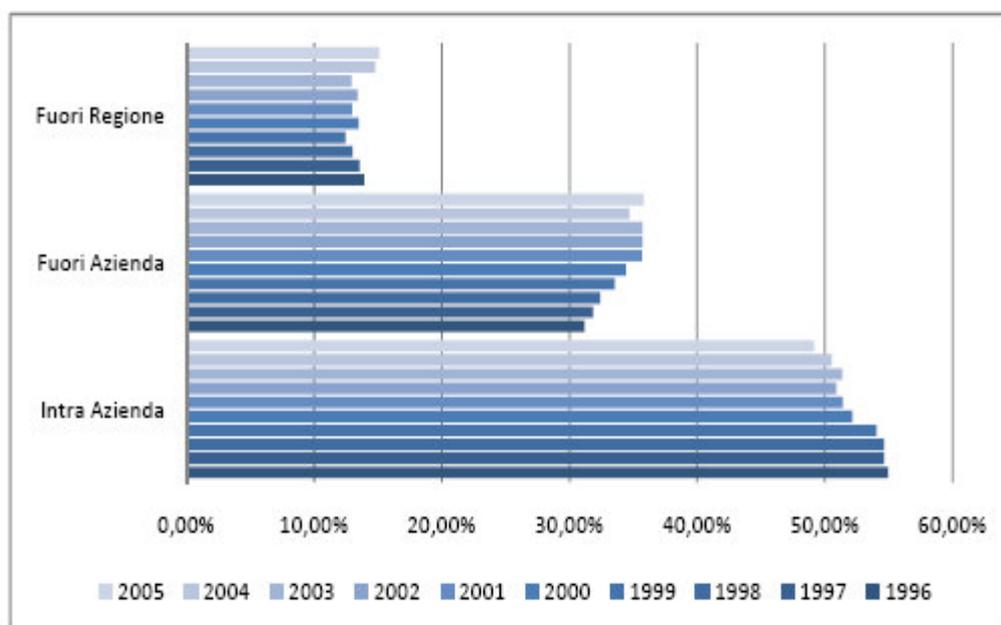


Fonte: Piano Sanitario Regionale 2007-2009. Regione Calabria

- il mantenimento della spesa farmaceutica oltre il valore previsto dalla programmazione nazionale;

- una quota di spesa correlata a consumi di prestazioni specialistiche ambulatoriali in maniera elevata e poco appropriata;
- il crescente costo del personale, ancora impiegato in un numero eccessivo di strutture e presidi ospedalieri;
- la sottoutilizzazione di alcuni fondamentali fattori produttivi quali: personale, attrezzature, sale operatorie e laboratori. Ciò è causato da una parte, da gravi diseconomie e, dall'altra, da una insufficiente offerta di servizi ai cittadini, motivo principale delle continue fughe verso altre Regioni per patologie di bassa intensità (vedi tavola successiva).

Tavola 4.2 - Rapporto percentuale tra ricoveri effettuati nei presidi aziendali di altre aziende, in regione e fuori regione (dati SDO)



Fonte: Piano Sanitario Regionale 2007-2009. Regione Calabria

A fronte delle precedenti criticità il primo passo da compiere consiste nel mirare a garantire ai cittadini residenti una offerta qualitativamente e quantitativamente più adeguata ed uniforme su tutto il territorio, tale da ridurre questo patologico fenomeno di mobilità sanitaria verso altre regioni.

A tal riguardo, il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie dovrà assicurare oltre che la garanzia dei livelli essenziali di assistenza ai cittadini, anche l'equità distributiva delle risorse finanziarie disponibili e la sostenibilità

economico-finanziaria del sistema, attraverso il riallineamento con i valori percentuali previsti dalla programmazione sanitaria nazionale per l'assegnazione delle risorse⁶⁴.

Oltre al riequilibrio interno tra i livelli di assistenza il sistema di finanziamento dovrà, inoltre, prevedere l'assegnazione ad ogni ASP di un finanziamento pro capite per cittadino residente, corretto sulla base dei valori relativi alla mobilità sanitaria e successivamente integrato attraverso conguagli attivi e passivi in relazione alla produzione effettivamente resa.

Parimenti, lo stesso criterio dovrà essere adottato per l'individuazione del *budget* separato da assegnare agli ambiti territoriali del Pollino-Sibaritide, di Lamezia Terme e di Palmi-Locri.

Non ultimo, occorrerà prevedere una specifica quota di finanziamento da finalizzare per la ricerca⁶⁵, la formazione, il sistema di trapianti e donazioni e le malattie rare.

Prima di passare ad un'analisi più dettagliata del sistema di finanziamento, è opportuno tenere presente la successiva tabella che riporta le risorse che nel biennio 2008-2009 la Regione Calabria ha destinato alle aziende erogatrici di servizi nel settore sanitario.

Tavola 4.3 - Risorse finanziarie a garanzia dei LEA

Azienda sanitaria, ospedaliera, ente.	2008	2009
ASP Catanzaro	439.101.347	460.123.743
ASP Cosenza	839.610.907	889.749.803
ASP Crotone	231.922.804	244.837.894
AS Locri	173.510.682	178.906.928
ASP Reggio Calabria	479.300.029	503.335.432
ASP Vibo Valentia	207.142.303	219.439.889

⁶⁴ Attualmente i suddetti valori percentuali a livello nazionale sono:

- 5% per il livello dell'assistenza sanitaria collettiva;
- 51% per il livello dell'assistenza distrettuale;
- 44% per il livello dell'assistenza ospedaliera.

⁶⁵ In particolare, per quanto riguarda la ricerca, viene destinata una quota del Fondo Sanitario Regionale non inferiore allo 0,3 %. Quota che nel tempo dovrà crescere ulteriormente.

AO Annunziata Cosenza	161.637.287	158.904.467
AO Bianchi Melacrino Morelli Reggio Calabria	147.816.640	152.368.502
AO Pugliese Ciaccio Catanzaro	147.251.767	149.241.240
AO Mater Domini Catanzaro	50.000.000	50.000.000
Fondazione Campanella Catanzaro	36.500.000	40.000.000
INRCA Cosenza	7.576.209	6.632.919
TOTALE	2.921.369.975	3.053.540.817

Fonte: nostra elaborazione

La spesa corrente per il finanziamento dei livelli di assistenza del SSR riportata nella tavola 4.3 è stata caratterizzata sino ad oggi da tre aspetti fondamentali:

- lo squilibrio tra risorse disponibili e risorse effettivamente impiegate anno per anno;
- l'estrema variabilità tra ambiti territoriali delle quote capitarie a disposizione dei cittadini residenti;
- lo squilibrio a favore dell'assistenza ospedaliera delle risorse impiegate per gli altri macro livelli assistenziali.

Obiettivo prioritario del riequilibrio è, quindi, quello di rendere la spesa compatibile con le risorse impiegate, attraverso l'incremento dell'efficienza e dell'appropriatezza dell'intero apparato amministrativo-gestionale.

La compatibilità tra livelli di spesa e risorse deve essere garantita sia a livello programmatico (definizione del fabbisogno e relative priorità), che gestionale (monitoraggio della spesa, qualificazione del *management*, sistemi incentivanti).

La trasformazione del sistema di finanziamento dovrà ispirarsi, perciò, a determinati criteri generali, quali la garanzia della sostenibilità finanziaria del servizio reso da ogni singola azienda e del servizio sanitario regionale nel suo complesso e l'incentivo all'impiego efficiente delle risorse umane e strumentali per realizzare l'incremento delle capacità produttive e dei livelli del servizio reso al cittadino.

Più in generale, obiettivi prioritari di una buona amministrazione sono individuabili nel raggiungimento del pareggio economico a livello aziendale e regionale ed in una più equa ed efficiente allocazione delle risorse tra i tre macro-livelli di assistenza (prevenzione, distrettuale ed ospedaliera).

Con il federalismo fiscale si apre, inoltre, per la Regione una fase di piena autonomia nella organizzazione del proprio Sistema Sanitario, cui deve corrispondere un'altrettanto piena responsabilità nell'assicurare livelli di assistenza adeguati ai bisogni manifestati dai propri cittadini.

La responsabilizzazione della Regione nella risposta ai bisogni sanitari e nel rispetto dei vincoli economici, passa attraverso la responsabilizzazione delle Aziende Sanitarie che dovranno acquisire il senso di appartenenza ad un sistema complesso da governare nella piena condivisione degli obiettivi.

In tale contesto le Aziende Sanitarie sono chiamate sia a completare il processo di aziendalizzazione sia a perseguire gli obiettivi di salute ed assistenziali individuati dal PSR in condizioni di efficienza, efficacia ed economicità.

Al fine di "corresponsabilizzare" le Aziende sugli obiettivi e sui risultati gestionali da realizzare, dovranno essere rafforzati maggiormente gli strumenti di programmazione e controllo già introdotti dalla Legge Regionale 43/96, sia all'interno delle Aziende sanitarie, che nei loro rapporti con la Regione.

Questo processo, noto come "*concertazione negoziata*", rappresenta il momento centrale di partecipazione e condivisione degli obiettivi della programmazione regionale da parte delle Aziende, in modo che obiettivi specifici e relative risorse risultino coerenti con il quadro strategico complessivo regionale.

Ai fini della concertazione negoziale annualmente le Aziende sono tenute ad elaborare il *budget* generale o, il più delle volte, un bilancio economico di tipo previsionale che diventa lo strumento attraverso il quale vengono definiti i livelli di costo correlati ai livelli di attività programmata.

Il prospetto economico da inviare (c.d. CE trimestrale) viene redatto nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi regionali, in termini di costi e di ricavi

e viene presentato alla Regione come proposta per la concertazione negoziata.

Dal momento della sua presentazione prende avvio un processo di negoziazione di tipo *bottom-up*, in cui ogni singola Azienda evidenzia, in termini di fattori produttivi, le proprie necessità rispetto agli obiettivi strategici che la Regione, nell'ambito della programmazione regionale, le ha assegnato.

Le proposte vengono esaminate dapprima singolarmente per valutarne la coerenza interna rispetto alle indicazioni ed agli obiettivi economici assegnati dalla Regione (recupero dell'efficienza dei servizi e gestione diretta, riduzione del consumo di farmaci, potenziamento dell'assistenza domiciliare, etc.) e successivamente in maniera unitaria per valutare l'andamento complessivo dei costi e la loro coerenza con gli obiettivi di stabilizzazione della spesa (costo complessivo del personale, costo applicazione del contratto, costo della spesa farmaceutica, costi per mobilità passiva).

In entrambi i casi vengono utilizzati *set* di indicatori regionali di attività e di risorse costruiti sulla base dei dati dell'ultimo triennio e che afferiscono alle aree assistenziali della prevenzione dell'attività distrettuale e dell'attività ospedaliera. I costi aziendali presentati vengono, inoltre, valutati attraverso il raffronto con specifici parametri regolarmente stabiliti dalla Regione Calabria⁶⁶.

Il processo di concertazione si delinea così come un sistema di governo condiviso tra Regione ed Aziende, che consentirà una più puntuale valutazione della gestione in termini di risultati oggettivi raggiunti a consuntivo sulla base dei quali riprogrammare e rimodulare gli interventi.

⁶⁶ Il Piano Sanitario della Regione Calabria presenta i seguenti indici:

- costo medio complessivo del personale;
- costo medio della dirigenza e del comparto;
- trend di crescita dei beni e servizi;
- indici di produttività;
- indici di economicità.
- gestione delle risorse umane;
- gestione dei fabbisogni di investimento;
- riequilibrio dei consumi di prestazioni tra i diversi livelli assistenziali;
- riequilibrio complessivo nell'ambito del livello di finanziamento;
- recupero dell'efficienza e della funzionalità dei servizi sanitari a gestione diretta con particolare riferimento ai presidi delle Aziende ospedaliere.

Parallelamente il processo in questione porterà ad una maggiore responsabilizzazione sul raggiungimento dei risultati specifici assegnati, attraverso lo strumento del bilancio economico preventivo, che ha ormai acquisito la veste di parametro di valutazione della gestione aziendale complessiva.

In questo senso, è proprio sulla base delle indicazioni contenute nel piano sanitario che il Direttore Generale verrà valutato nella sua capacità di governare l'Azienda e di condurla verso il raggiungimento dei risultati di salute ed assistenziali compatibili con le risorse assegnate.

La concertazione negoziata, quindi, assume sempre più il significato di un patto interno alla Regione a garanzia della stabilità finanziaria, tesa ad evitare imposizioni fiscali aggiuntive ai danni dei cittadini.

Come già anticipato, il *budget* risulterà, di conseguenza, lo strumento in grado di conferire l'adeguata centralità agli aspetti economici nel nuovo contesto del federalismo, della regionalizzazione del Sistema Sanitario e della responsabilizzazione della Regione e delle Aziende.

4.2 Un particolare provvedimento di riordino del SSR: l'accorpamento delle Asl e la nascita delle Aziende Sanitarie Provinciali

L'esigenze legate alla scarsità di risorse ed ai nuovi criteri di gestione della *res publica* ispirati ai concetti di efficienza, efficacia ed economicità hanno "costretto" i vertici amministrativi della Regione Calabria a riformulare l'organizzazione territoriale delle Aziende sanitarie.

Il riordino dell'assetto istituzionale, funzionale al miglioramento della qualità dell'intero sistema, ha infatti lo scopo di assicurare una omogenea distribuzione dei servizi sanitari, di rendere equa l'erogazione delle prestazioni ed efficiente il funzionamento delle strutture.

La realizzazione di tali obiettivi ha comportato la ripartizione del territorio regionale in ambiti territoriali, tali da risultare omogenei per entità di popolazione, situazioni geografiche, condizioni economiche e sociali e da garantire:

- l'individuazione di aree territoriali sufficientemente equilibrate tra loro;
- l'adeguata considerazione delle caratteristiche e delle dimensioni delle aree urbane che insistono nei vari ambiti;
- la semplificazione della *governance* complessiva;
- l'efficacia della gestione delle Aziende.

Sulla base di questi criteri sono stati individuati, nella fase di studio ed elaborazione del piano sanitario, otto ambiti territoriali a seguito dell'emanazione della L. R. 11 maggio 2007, n. 9 con cui la Regione Calabria ha istituito (vedi tavola 4.4) le Aziende sanitarie provinciali (ASP) di Catanzaro, Cosenza, Crotone, Reggio Calabria e Vibo Valentia, con territorio corrispondente alle attuali circoscrizioni provinciali.

Tavola 4.4 - Assetto sanitario istituzionale della Regione Calabria



Fonte: Piano Sanitario Regionale 2007-2009

Le ASP di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria, tenuto conto della densità demografica, della contiguità territoriale e delle vie di comunicazione, sono state articolate ciascuna in due ambiti territoriali, per come di seguito indicato:

A. Nell'azienda sanitaria provinciale di Cosenza:

- ambito territoriale Paola-Cosenza, che comprende il territorio delle ex Aziende sanitarie di Paola e Cosenza, ed il Comune di San Giovanni in Fiore già facente parte dell'Azienda sanitaria di Crotona;
- ambito territoriale Castrovillari-Rossano, che comprende il territorio delle ex Aziende sanitarie di Castrovillari e Rossano.

B. Nell'azienda sanitaria provinciale di Catanzaro:

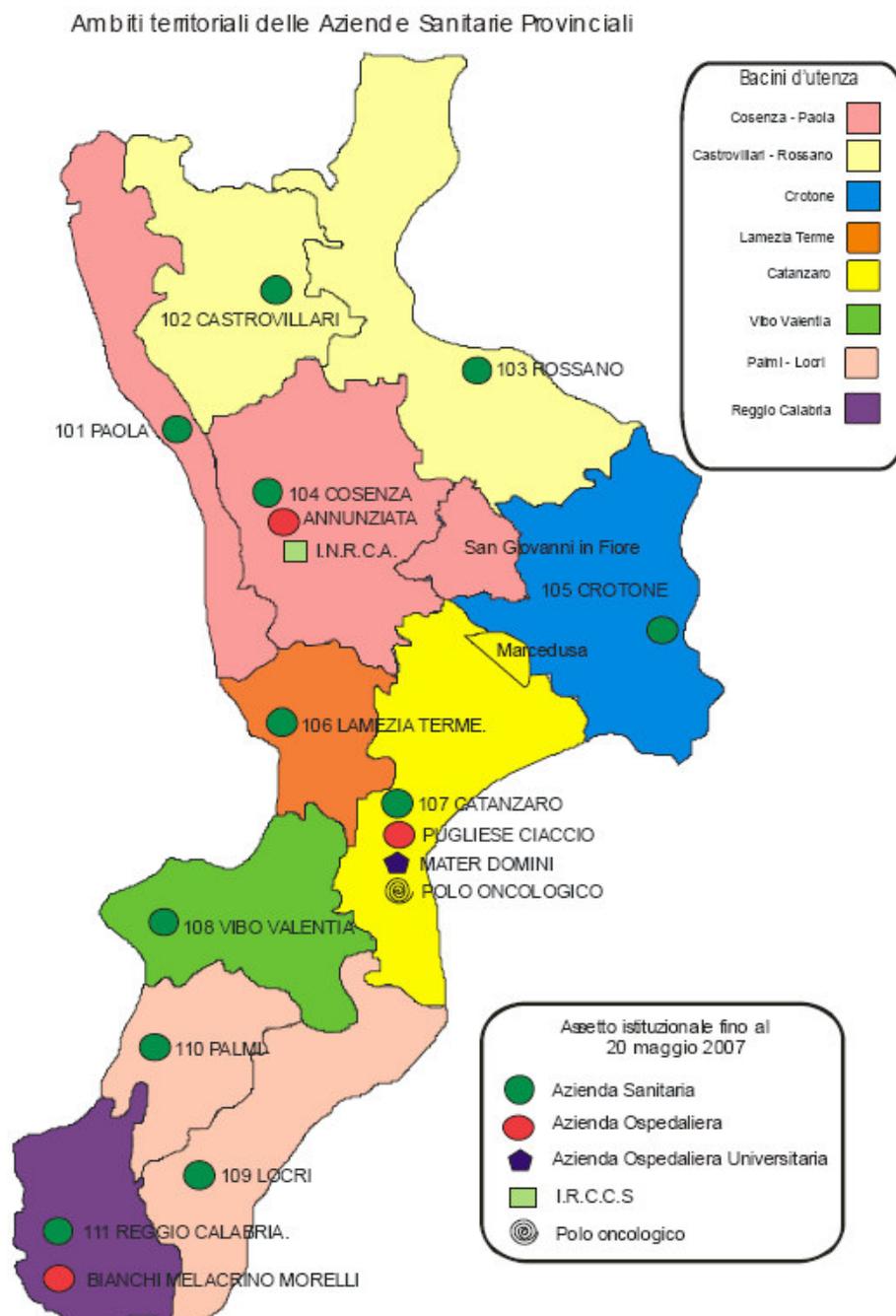
- ambito territoriale di Catanzaro, che comprende il territorio della ex Azienda sanitaria di Catanzaro ed il Comune di Marcedusa già facente parte dell'Azienda sanitaria di Crotona;
- ambito territoriale di Lamezia Terme, che comprende il territorio della ex Azienda sanitaria di Lamezia Terme;

C. Nell'azienda sanitaria provinciale di Reggio Calabria:

- ambito territoriale di Reggio Calabria, che comprende il territorio della ex Azienda sanitaria di Reggio Calabria;
- ambito territoriale di Locri-Palmi, che comprende il territorio delle ex Aziende sanitarie di Palmi e Locri.

In ciascuna delle Aziende sanitarie provinciali di Vibo Valentia e Crotona è venuto a ricadere un solo ambito territoriale, coincidente con la rispettiva circoscrizione provinciale, come riportato nella successiva tavola 4.5.

Tavola 4.5 - Ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Provinciali



Fonte: Piano Sanitario Regionale 2007-2009

Il riordino dell'assetto istituzionale delle Aziende sanitarie territoriali, introdotto dalla Legge Regionale n. 9/2007, non ha modificato la necessità di garantire livelli di offerta adeguata dei servizi ospedalieri. In tal senso, in ragione della consistenza della popolazione e della dislocazione degli

ospedali pubblici gestiti direttamente dalle Aziende esistenti prima della data del 21 maggio 2007, la riorganizzazione della rete ospedaliera si è attenuta ai criteri di seguito indicati:

- in ogni ambito territoriale delle Aziende insiste almeno un presidio ospedaliero di riferimento dotato delle funzioni operative e delle relative discipline specialistiche. L'individuazione del presidio, tenendo conto dell'esigenza di valorizzare il patrimonio immobiliare delle Aziende, non può che ricadere preferibilmente su una delle strutture già presenti in ciascun ambito territoriale, salvo che non emerga la necessità, in considerazione della collocazione, delle caratteristiche e delle dimensioni non adeguate delle strutture esistenti, di realizzarne nuove e più rispondenti allo scopo;
- negli ambiti territoriali ove hanno sede le Aziende ospedaliere di Cosenza e Reggio Calabria, sono proprio queste che assolvono alle funzioni di ospedale di riferimento. Nell'area di Catanzaro tale funzione sarà assolta dall'Azienda ospedaliero-universitaria derivante dall'accorpamento delle Aziende ospedaliere "Pugliese-Ciaccio" e "Mater-Domini";
- presidi ospedalieri di riferimento sono quelli indicati nella successiva tabella:

Tavola 4.6 - Individuazione dei presidi ospedalieri di riferimento per ciascuno degli ambiti territoriali

Aziende Sanitarie Provinciali	Presidi ospedalieri di riferimento	Ambiti
Cosenza	Cetraro	Cosenza
	Castrovillari	
	Nuovo ospedale della Sibaritide	
	Azienda ospedaliera Annunziata	
Crotone	Crotone	Crotone
Catanzaro	Lamezia Terme	Lamezia Terme
	Azienda ospedaliero universitaria "Pugliese-Ciaccio"	Catanzaro
Vibo Valentia	Ospedale di Vibo Valentia	Vibo Valentia
Reggio Calabria	Locri	Palmi – Locri
	Nuovo ospedale della Piana*	
	Azienda ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli"	Reggio Calabria

Fonte: nostra elaborazione da Piano Sanitario Regionale, Assessorato Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, Regione Calabria

- le Aziende ospedaliere, oltre alle funzioni di riferimento svolte nei confronti dei territori di ubicazione, hanno il compito di esercitare anche quelle di carattere regionale. Le Aziende ospedaliere svolgono inoltre le funzioni di emergenza e urgenza di secondo livello;
- l'ospedale di riferimento è dotato di una dimensione sufficiente a garantire la presenza di tutte le funzioni operative indicate nella tabella precedente. La riduzione del numero delle Aziende non fa venir meno, in ogni caso, l'esigenza di realizzare nuovi ospedali di riferimento, in quanto sarebbero capaci di garantire ulteriormente i livelli di assistenza dei relativi bacini d'utenza. Tali presidi dovranno essere dotati di tutte le tecnologie diagnostiche e terapeutiche, con particolare riferimento a TC, RMN, angiografia ed ecografia ad alta definizione, oltre a quelle di più ordinario uso. Ovviamente essi dovranno disporre di tutta la gamma dei servizi di supporto: dal laboratorio per le analisi chimico-cliniche, alla radiologia, alla medicina nucleare, alla anatomia patologica, al centro trasfusionale, nonché di servizi atti a garantire le funzioni di emergenza urgenza di primo livello;

- in ciascun ambito territoriale sono stati mantenuti alcuni ospedali pubblici che assicurano, in integrazione con quello di riferimento e in funzione dell'effettivo fabbisogno espresso secondo gli standard ospedalieri definiti, alcune funzioni ospedaliere anche in forma di ricovero, secondo le esigenze specifiche dettate dalla estensione e dalle caratteristiche geo-morfologiche del territorio. Essi comunque operano in rete con l'ospedale di riferimento attraverso sistemi di mobilità delle equipe mediche e l'utilizzo di reti telematiche e di telemedicina; devono comunque garantire, in relazione alle funzioni ospedaliere per acuti presenti, le attività di pronto soccorso;
- presso l'ospedale di Lamezia Terme è stato istituito il *trauma center* – polo traumatologico regionale che assicura le prestazioni avanzate e la diagnostica di terzo livello in modo unitario ed integrato. Presso il *trauma center* sono state garantite le funzioni di medicina e di chirurgia d'urgenza, di ortopedia e traumatologia, di neurochirurgia, di chirurgia toracica, di chirurgia vascolare, di chirurgia maxillo-facciale; anche con risorse comunitarie saranno realizzati l'unità spinale, l'unità per grandi ustionati ed il centro di tossicologia clinica regionale.
- le strutture ospedaliere sono state aggregate in presidi unici come di seguito indicati: ospedali di Cetraro e Praia a Mare; ospedali dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza; ospedali di Acri e San Giovanni in Fiore; ospedali di Castrovillari e Mormanno; nuovo ospedale della Sibaritide (Rossano- Corigliano) con Cariati e Trebisacce; ospedale di Crotona; ospedali di Lamezia Terme e Soveria Mannelli; ospedali di Chiaravalle Centrale e Soverato, ospedali dell'azienda ospedaliero-universitaria di Catanzaro; nuovo ospedale di Vibo Valentia con Serra San Bruno, Soriano e Tropea; ospedali di Siderno e Locri; nuovo ospedale della Piana (Gioia Tauro, Palmi e Taurianova) con Oppido Mamertina e Polistena; ospedale di Melito Porto Salvo; ospedali dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria.

La non coincidenza tra il territorio delle ASP di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria e quello degli ambiti territoriali in cui risultano articolate le tre

province, ha comportato la previsione, per gli ambiti in cui non risulta ubicata la direzione generale aziendale, di un referente, nominato dal Direttore Generale, che deve essere in possesso dei requisiti per la nomina a dirigente medico di struttura complessa.

Al referente compete la pianificazione ed il coordinamento delle attività dell'ambito territoriale, da sottoporre all'approvazione della direzione aziendale, la partecipazione alle attività di valutazione dei risultati per l'ambito di riferimento e lo svolgimento di ogni altra attività assegnata dal Direttore Generale dell'Azienda sanitaria provinciale secondo le previsioni dell'atto aziendale.

All'ambito territoriale è assegnato un proprio *budget*, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda sanitaria stessa.

Questo complesso riordino istituzionale delle Aziende sanitarie locali ha coinvolto necessariamente anche le Aziende ospedaliere; in particolare, nell'area di Catanzaro è risultata indispensabile una razionalizzazione dell'offerta secondo criteri di appropriatezza organizzativa nel tentativo di evitare le precedenti duplicazioni di attività, fonti di conseguenze negative sui costi e sull'efficacia del servizio.

In conseguenza di ciò, sono state confermate le Aziende ospedaliere di Cosenza e Reggio Calabria, mentre nell'area di Catanzaro è stata istituita un'Azienda ospedaliero/universitaria nella quale sono svolte in maniera integrata anche le attività assistenziali, didattiche e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia, con accorpamento delle Aziende ospedaliere "Pugliese-Ciaccio" e "Mater Domini".

Il protocollo d'intesa tra Regione ed Università ha provveduto a definire le strutture nelle quali vengono erogate le attività assistenziali, didattiche e di ricerca della nuova Azienda ospedaliero/universitaria ed assegnati i relativi posti letto.

Anche nel settore oncologico è necessario evitare le duplicazioni di attività esistenti nell'area di Catanzaro. La Regione, in tal senso, ha confermato l'obiettivo prioritario di realizzare in tempi rapidi in Catanzaro la

costituzione di un I.R.C.C.S. oncologico, avviando immediatamente il procedimento di riconoscimento previsto dal D.lgs. 288/2003.

La necessità di assicurare l'efficienza della gestione, l'individuazione dell'*hub* principale della rete oncologica regionale e la necessaria valutazione delle attività assistenziali e di ricerca dell'ultimo triennio richiesta dall'art. 13, comma 3, D.lgs. 288/2003 per il riconoscimento del carattere scientifico, hanno imposto l'unificazione delle attività assistenziali e di ricerca relative alle discipline oncologiche e a quelle connesse svolte dal Sistema Sanitario regionale nell'area di Catanzaro.

A fronte di questi cambiamenti, è sorta la necessità di costituire un vero Sistema Sanitario che comprenda gli organismi regionali preposti, in primo luogo il Dipartimento regionale Tutela della salute, e che si articoli nelle diverse Aziende sanitarie e ospedaliere. In questa situazione, infatti, deve essere assunta come priorità assoluta l'equità nella distribuzione e nel funzionamento dei servizi.

Da ciò deriva la necessità di una forte collaborazione tra le Aziende nel complesso e tra i loro diversi servizi per la diffusione delle buone pratiche, per uno sforzo corale teso al rilancio, su basi nuove, delle attività sanitarie ed assistenziali.

In tale contesto, costituisce specifico obiettivo del servizio sanitario regionale la creazione di un sistema di Aziende improntato alla cooperazione e non alla competizione e allo sviluppo di una sistematica sinergia tra le Aziende sanitarie e quelle ospedaliere e l'integrazione nelle attività e/o prestazioni da queste erogate.

La sinergia tra le Aziende deve, in particolare, trovare espressione attraverso la redazione coordinata dei piani di attività che, in base all'analisi del fabbisogno, prevedano attività integrate, consentendo la necessaria continuità assistenziale.

Solo in questo modo si potranno effettivamente apprezzare gli effetti positivi di una fusione o, più in generale, di qualsiasi altro tipo di semplificazione organizzativa.

Su questa scia, sarà allora di vitale importanza sviluppare collaborazioni interaziendali che prevedano:

- la partecipazione del personale operante nelle Aziende interessate;
- l'istituzione di strutture organizzative comuni ed in particolare, di dipartimenti interaziendali, mediante aggregazione di strutture complesse delle Aziende interessate, specie se operanti nel medesimo territorio mediante l'utilizzo di attrezzature tecnologiche che comportano costi elevati di acquisto e gestione;
- la delega ad altra azienda, anche per periodi limitati, dell'erogazione di prestazioni o dello svolgimento di attività assistenziali;
- l'esercizio in comune, anche per periodi limitati, di funzioni - amministrative, legali o tecniche - che non sia conveniente sviluppare autonomamente, per problemi gestionali (mancanza di specifiche professionalità o diseconomie di scala).

L'organizzazione delle Aziende e la loro articolazione in strutture organizzative e funzionali, si ispira quindi a criteri di essenzialità e di efficacia e di adeguata flessibilità operativa, garantendo sempre l'unitarietà dell'intervento aziendale.

La rimodulazione dell'assetto istituzionale delle Aziende ha richiesto, inoltre, una puntuale definizione degli ambiti di competenza e di responsabilità all'interno delle "nuove" strutture.

Proprio in risposta a questa esigenza sono state concepite le linee guida per la redazione degli atti aziendali, adottate dalla Giunta regionale. Nell'ambito di tale ispirazione si è voluta stigmatizzare la necessità di costruire un sistema di responsabilità, essenziale per l'esistenza stessa delle Aziende.

Da ciò deriva la necessità per tutte le Aziende di organizzarsi secondo rigorosi criteri che garantiscano il controllo direzionale, il sistema dei *budget*, il controllo di gestione, la contabilità analitica, un efficace sistema informativo e la realizzazione di sistemi oggettivi ed efficaci di valutazione e controllo, rivolti soprattutto a risultati espressivi dello stato di salute dei cittadini (*outcome*) sulla base di un positivo rapporto tra costi/benefici.

L'idea di fondo di questo provvedimento di riorganizzazione delle strutture erogatrici del servizio sanitario è quindi quella di ridurre gli sprechi e le diseconomie nell'ottica dell'aggregazione dei principali servizi e delle funzioni basilari.

Proprio a conferma di ciò, la L. R. 11 maggio 2007, n. 9, oltre alla decisione di accorpamento delle Asl, ha anche istituito la Stazione Unica Appaltante per la gestione più uniforme, trasparente e conveniente degli appalti di opere, lavori pubblici e forniture di beni e servizi, con sede a Catanzaro.

La Giunta regionale, entro 60 giorni dall'entrata in vigore della predetta legge, ha presentato un'apposita proposta di legge che ha previsto l'obbligo per le Aziende sanitarie ed ospedaliere di ricorrere, salvo eccezioni adeguatamente motivate, alla Stazione Unica per le procedure di predisposizione e di affidamento degli appalti, fino alla stipula del contratto di affidamento.

Questo provvedimento costituisce, all'interno del contesto calabrese, una riforma di carattere epocale, in quanto rappresenta da un punto di vista amministrativo-gestionale il dichiarato intento di prestare maggiore attenzione al governo della cosa pubblica, ispirandosi a criteri di risparmio economico che finalmente sembrano permeare a tutti i livelli la mentalità degli operatori sanitari.

Il processo di integrazione appena descritto necessita certamente di un adeguato sistema informativo capace di garantire in maniera opportuna la circolazione delle informazioni all'interno delle strutture e tra le strutture stesse.

Questo aspetto non è di secondaria importanza per il buon esito del processo di aggregazione delle Asl, in quanto una volta individuati i processi su cui intervenire per risparmiare risorse ed aggregare funzioni è indispensabile far circolare le informazioni in modo che risultino "leggibili" da tutti gli addetti ai lavori.

La costruzione della nuova sanità regionale, quindi, non può prescindere da un efficiente sistema informativo sanitario; la realizzazione di

tale strumento, come abbiamo detto, è fondamentale ed improcrastinabile ed anzi si può affermare che, senza di esso, è impossibile costruire “il sistema”.

In ambito regionale, il sistema informativo dovrà consentire la piena disponibilità delle informazioni necessarie alla programmazione e al controllo, per assolvere agli adempimenti informativi nei confronti degli organi centrali dello Stato.

La costruzione di questo sistema avviene in un contesto nazionale già avviato con la realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) definito con le intese Stato-Regioni, laddove si stabilisce che:

- deve essere di supporto al processo di regionalizzazione, coerentemente con i livelli di responsabilizzazione di tutti gli attori del SSN, a fronte della necessità di garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale;
- deve garantire la coesione tra gli attori del SSN, attraverso la piena condivisione delle informazioni possedute dalle amministrazioni centrali, dalle regioni o province autonome, dalle Aziende sanitarie;
- deve garantire la cooperazione ed integrazione dei diversi sistemi informativi gestiti in piena autonomia dalle singole amministrazioni regionali e locali;
- deve essere orientato inoltre verso l'esterno, ovvero verso il cittadino utente attraverso un sistema integrato d'informazioni sanitarie individuali.

A partire da questi principi ispiratori sono stati definiti alcuni capisaldi progettuali su cui basare lo schema di riferimento del NSIS, come già delineato dal progetto nazionale dei “MATTONI”.

Le idee progettuali essenziali sono:

- la trasparenza delle informazioni a tutti i livelli;
- l'orientamento al cittadino, attraverso la creazione di un *record* individuale che, dalla nascita alla morte, raccolga ed integri tutte le informazioni relative alla storia clinica di ciascun individuo;
- la tempestività nella raccolta, validazione e condivisione delle informazioni.

Il sistema informativo regionale dovrà essere coerente con i principi ispiratori e le idee progettuali fondamentali sopra delineate, partendo dalla riorganizzazione tecnologica capace di rendere più efficienti i sistemi informativi già esistenti nelle Aziende e garantire il recupero del patrimonio informativo già acquisito.

Trattando di aggregazione dei sistemi pubblici non bisogna però tralasciare l'aspetto principale che, soprattutto nel settore sanitario, acquista un valore predominante rispetto a qualsiasi altro obiettivo di carattere amministrativo-gestionale: la risposta sanitaria al bisogno di salute.

Infatti, i benefici della fusione delle Asl calabresi dovranno portare a dei risultati concreti non solo per quanto attiene i processi amministrativi, ma soprattutto per una migliore erogazione dei servizi sanitari.

Negli ultimi anni si è assistito, infatti, ad una forte spinta innovativa nei vari settori della scienza, tra i quali quello medico, che per l'elevato contenuto tecnologico presenta dei cicli di sviluppo sempre più intensi e rapidi.

Un rinnovo del piano sanitario, quindi, non deve affrontare solo aspetti di natura organizzativa, ma deve anche valutare l'appropriatezza delle procedure diagnostico-terapeutiche in relazione alle esigenze assistenziali specie di grado più complesso ed esaminare gli esiti degli interventi.

In questa sede, per la specificità del tema trattato, non è possibile affrontare in maniera compiuta il problema del livello qualitativo dell'offerta sanitaria da un punto di vista clinico, ci si limita pertanto ad evidenziare alcuni obiettivi di fondo e soprattutto a ribadire la priorità rispetto al problema contabile-amministrativo.

Tra i suddetti obiettivi potremmo rintracciare certamente quello della ricerca di un giusto equilibrio fra le crescenti richieste assistenziali dell'utenza e l'esigenza di creare un livello d'offerta qualificato ed adeguato sotto il profilo della tempestiva acquisizione delle innovazioni.

La programmazione sanitaria deve, perciò, garantire l'introduzione nei processi assistenziali delle nuove tecnologie (attrezzature e biotecnologie sanitarie) al fine di garantire risposte moderne ed efficaci alla domanda di salute, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 pone, infatti, il rilancio della ricerca sanitaria quale obiettivo prioritario, da conseguire come frutto della stretta integrazione della ricerca biomedica con altri tipi di ricerca.

È opportuno che anche in Calabria si attivino grandi progetti di ricerca sanitaria, in particolare nel campo delle biotecnologie, in un clima di fattiva e reale collaborazione tra servizio sanitario e sistema universitario calabrese, che giocherà a riguardo un ruolo di primaria importanza.

In tal senso, si evidenziano ulteriori iniziative da realizzare secondo i più recenti indirizzi in materia espressamente sanciti nel “Protocollo d’intesa tra il Ministero dello sviluppo economico, il Ministero della salute e le Regioni meridionali” dell’aprile 2007 e nel relativo memorandum⁶⁷.

⁶⁷ Esse sono:

- A. Rete attrezzata per l’assistenza domiciliare alle persone disabili e non auto sufficienti;
- B. Telesoccorso con immagine per anziani soli;
- C. Estensione dei servizi di prenotazione e di teleferfazione;
- D. Trasmissione multimediale fra strutture sanitarie;
- E. Centro per le grandi traumatologie;
- F. Riqualificazione offerta termale e turismo sanitario;
- G. Creazione del sistema informativo sanitario regionale;
- H. La formazione e l’aggiornamento;
- I. La sicurezza dei presidi sanitari;
- J. La realizzazione della rete regionale delle “casa della salute”.

4.3 La fusione da un punto di vista contabile ed amministrativo. Il piano di rientro della Regione Calabria tra ricognizione dei debiti e investimenti di carattere strutturale

Il perseguimento degli obiettivi di redistribuzione dell'offerta sanitaria mediante il piano di accorpamento e il raggiungimento dell'equilibrio finanziario delle Aziende teso a contribuire alla sostenibilità dell'intero SSR, hanno incontrato fin dagli inizi particolari ostacoli.

Il primo rilevante problema affrontato è stato quello di garantire nella maniera meno "traumatica" possibile per i cittadini e per lo svolgimento delle regolari funzioni amministrative, la fusione delle aziende presenti nel territorio.

Questa particolare attenzione deriva dalla forte convinzione che il settore sanitario non può essere trattato alla stregua di altri apparati della pubblica amministrazione in quanto ha lo scopo di garantire la salute dei cittadini e, di conseguenza, costituisce la prima fonte di giudizio sul livello di benessere del Paese.

Questo aspetto ha certamente imposto un rinnovato impegno degli addetti ai lavori per poter elaborare un progetto di fusione adeguato, i cui punti principali vengono di seguito riportati:

- lo stato patrimoniale delle aziende da accorpate;
- l'individuazione, anche in via generale, dei beni, del personale e dell'organizzazione oggetto dell'operazione;
- l'identificazione delle obbligazioni e dei negozi giuridici con terzi contraenti, compresi i contratti di leasing e di locazione, rispetto ai quali è stato previsto il subentro totale della nuova azienda;
- l'elenco degli interventi di ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo ed i relativi finanziamenti.

Il progetto di fusione (o di accorpamento) delle Asl ha di fatto rappresentato solo una generica ricostruzione delle poste di bilancio oggetto dell'operazione, che si è concretizzata in una semplice somma algebrica delle poste presenti nei bilanci delle aziende preesistenti.

Infatti, prendendo come esempio un separato accorpamento di una Asp si potrà notare che il bilancio di fusione si è concretizzato nella semplice confluenza dei saldi delle singole poste in una unica voce.

Di seguito riportiamo tre prospetti riepilogativi di come, Stato Patrimoniale e Conto Economico, sono stati costruiti durante il progetto di fusione.

Tavola 4.7 - Stato Patrimoniale Attivo

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE									
Stato patrimoniale		ASP		EX ASL A	EX ASL B	EX ASL A	EX ASL B	EX ASL A	EX ASL B
ATTIVO	31/12/2007	apertura 22/05/2007	31/12/2007	31/12/2007	apertura 22/05/2007	apertura 22/05/2007	31/12/2006	31/12/2006	31/12/2006
A) Immobilizzazioni									
<i>I. Immateriali</i>									
1 - Costi di impianto e di ampliamento	50.000	-	-	50.000	-	-	-	-	-
2 - Costo di ricerca, di sviluppo e di pubblicità	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3 - Diritti di brevetto e di utilizzo di opere dell'ingegno	547.141	475.725	-	547.141	-	475.725	-	-	452.914
4 - Immobilizzazioni in corso e acconti	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 - Altre	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale I	597.141	475.725	-	597.141	-	475.725	-	-	452.914
<i>II. Materiali</i>									
1- Terreni	144.608	144.608	144.608	-	144.608	-	144.608	-	-
2- Fabbricati	-	96.568.808	-	-	-	-	-	-	-
<i>a) disponibili</i>	96.638.573	96.568.808	59.805.546	36.833.027	59.517.926	37.050.882	61.238.425	37.630.175	-
<i>b) indisponibili</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3- Impianti e macchinari	287.039	193.618	4.076	282.962	-	193.618	454.623	157.121	-
4- Attrezzature sanitarie	3.011.883	2.583.011	729.134	2.282.749	538.196	2.044.816	3.675.667	2.240.127	-
5- Mobili e arredi	538.179	545.202	410.217	127.962	407.767	137.435	630.275	120.906	-
6- Automezzi	393.751	336.925	-	393.751	-	336.925	-	234.727	-
7- Altri beni	1.136.063	783.118	596.973	539.090	368.772	414.347	342.144	399.713	-
8- Immobilizzazioni in corso e acconti	5.736.621	5.252.950	-	5.736.621	-	5.252.950	-	-	5.172.472
Totale II	107.886.716	202.977.050	61.690.555	46.196.161	60.977.268	45.430.974	66.485.763	-	45.955.241
<i>III. Finanziarie</i>									
1- Crediti	-	79.018	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- oltre 12 mesi	79.018	79.018	79.018	-	79.018	-	79.018	-	-
2- Titoli	1.154	1.154	-	1.154	-	1.154	-	-	1.154
Totale III	80.172	80.172	79.018	1.154	79.018	1.154	79.018	-	1.154
Totale immobilizzazioni (A)	108.564.029	203.532.947	61.769.573	46.794.457	61.056.286	45.907.853	66.564.781	-	46.409.309
B) Attivo circolante									
<i>I. Rimanenze:</i>									
1 - Sanitarie	3.404.095	3.069.548	1.739.215	1.664.880	1.493.281	1.596.267	1.213.795	1.421.843	-
2 - Non sanitarie	362.887	268.342	94.853	268.034	92.801	175.541	97.873	184.276	-
3 - Acconti	60.267	53.148	-	60.267	-	53.148	-	53.148	-
Totale I	3.827.249	3.411.037	1.834.068	1.993.180	1.586.082	1.824.955	1.311.668	-	1.659.268
<i>II. Crediti da</i>									
1- Regione	-	96.279.219	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi	88.526.055	96.279.219	23.087.990	65.439.064	23.225.066	73.054.153	31.154.354	89.976.325	-
- oltre 12 mesi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2- Comune	-	1.076	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi	1.076	1.076	1.076	-	1.076	-	1.076	-	-
- oltre 12 mesi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3- Aziende Sanitarie Pubbliche	-	1.091.575	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi	1.367.870	1.091.575	1.074.584	283.286	885.629	205.946	726.624	235.405	-
- oltre 12 mesi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4- ARPA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- oltre 12 mesi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 - Erario	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi	778	-	778	-	-	-	-	-	-
- oltre 12 mesi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 - Altri	-	3.722.650	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi	6.294.893	3.722.650	3.795.322	2.499.571	1.304.495	2.419.155	1.458.278	2.101.023	-
- oltre 12 mesi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7 - Note di credito da ricevere	39.551.947	40.062.992	2.335.454	37.216.493	2.470.904	37.592.088	2.474.908	35.854.406	-
Totale II	135.722.619	145.972.813	30.295.204	105.427.414	27.887.170	113.270.341	35.815.241	-	127.167.158
<i>III. Attività finanziarie</i>									
1 - Titoli a breve	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale III	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>IV. Disponibilità liquide</i>									
1 - Cassa	79.017	118.899	78.518	499	30.360	89.538	24.798	673	-
2 - Istituto tesoriere	2.111.566	9.677.315	6.983.215	9.094.780	1.178.197	8.499.118	1.078.966	4.507.421	-
3 - C/c postale	3.345.486	1.914.086	704.834	2.640.653	609.172	1.304.914	482.434	1.580.154	-
4 - Libretti di risparmio	3.935	3.935	-	3.935	-	3.935	-	3.935	-
Totale IV	5.540.005	11.714.234	6.199.863	11.739.868	1.817.729	9.996.505	1.586.198	6.092.184	-
Totale attivo circolante (B)	145.089.873	161.098.085	25.929.410	119.160.463	31.290.981	124.991.802	38.713.107	-	134.918.608
C) Ratei e risconti									
1 - Ratei attivi	-	40.508	-	-	-	40.508	-	-	-
2 - Risconti attivi	-	360.845	-	-	-	360.845	-	-	-
Totale (C)	-	401.353	-	-	-	401.353	-	-	-
TOTALE ATTIVO	253.653.902	365.032.385	87.698.982	165.954.920	92.347.267	171.301.008	105.277.888	-	181.327.918
D) Conti d'ordine									
1 - Canoni leasing ancora da pagare	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2 - Depositi cauzionali	61.132	63.365	11.813	49.319	12.208	51.157	6.934	46.996	-
3 - Altri	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale (D)	61.132	63.365	11.813	49.319	12.208	51.157	6.934	-	46.996

Fonte: nostra elaborazione

Tavola 4.8 - Stato Patrimoniale Passivo

Stato patrimoniale		ASP		EX ASL A	EX ASL B	EX ASL A	EX ASL B	EX ASL A	EX ASL B
PASSIVO E NETTO		31/12/2007	apertura 22/05/2007	31/12/2007	31/12/2007	apertura 22/05/2007	apertura 22/05/2007	31/12/2006	31/12/2006
A) Patrimonio netto									
I. Finanziamenti per investimenti		102.668.141	102.910.149	57.919.138	44.749.003	57.745.061	45.165.089	64.058.111	46.289.653
II. Donazioni e lasciti vincolati ad investimenti		61.975	61.975	61.975	-	61.975	-	61.975	-
III. Fondo di dotazione									
1 - Fondo di dotazione		3.851.634	3.851.634	2.782.493	1.069.141	2.782.493	1.069.141	2.782.493	1.069.141
2 - Riserve di utili indisponibili		-	-	-	-	-	-	-	-
3 - Altre riserve di utili		-	-	-	-	-	-	-	-
Totale fondo di dotazione		106.581.749	106.823.758	60.763.605	45.818.144	60.589.528	46.234.230	66.902.578	1.069.141
IV. Contributi per ripiano perdite		-	11.502.355	-	-	11.502.355	-	11.502.355	-
V. Utili (perdite) portati a nuovo		123.791.515	135.293.870	57.890.726	65.900.789	69.393.081	65.900.789	55.474.999	44.621.024
VI. Utile (perdite) dell'esercizio		55.011.056	-	12.654.832	42.356.225	2.624.560	8.990.043	13.918.062	21.279.765
Totale perdite		178.802.571	-	70.545.568	108.257.013	60.615.286	74.890.832	57.890.726	65.900.769
Totale Patrimonio Netto (A)		72.220.822	16.967.757	9.781.952	62.438.869	74.242	28.646.603	9.011.852	64.831.648
B) Fondi per rischi e oneri									
1 - Per imposte		-	-	-	-	-	-	-	-
2 - Rischi		12.914.956	7.056.003	6.627.199	6.297.757	1.765.107	5.290.895	1.322.856	5.290.895
3 - Altri		14.614.990	14.593.982	916.197	13.698.793	916.197	13.677.785	916.197	12.984.926
Totale Fondi per rischi e oneri (B)		27.529.946	21.649.985	7.543.396	19.996.549	2.681.304	18.968.681	2.239.053	18.275.822
C) Fondo Premio Operosità									
1 - Premi di operosità		959.532	1.182.976	138.692	820.839	125.112	1.057.864	119.535	1.004.392
Totale Trattamento fine rapporto (C)		959.532	1.182.976	138.692	820.839	125.112	1.057.864	119.535	1.004.392
D) Debiti									
1 - Mutui		-	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi		-	-	-	-	-	-	-	-
- oltre 12 mesi		-	-	-	-	-	-	-	-
2 - Regione		-	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi		45.870	225	45.870	-	225	-	1.551	1.537
- oltre 12 mesi		-	-	-	-	-	-	-	-
3 - Comune		-	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi		216.098	30.487	14.754	201.344	13.166	17.321	31.141	43.522
- oltre 12 mesi		-	-	-	-	-	-	-	-
4 - Aziende Sanitarie Pubbliche		-	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi		308.490	267.420	300.641	7.849	259.571	7.849	260.964	7.849
- oltre 12 mesi		-	-	-	-	-	-	-	-
5 - ARPA		-	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi		-	-	-	-	-	-	-	-
- oltre 12 mesi		-	-	-	-	-	-	-	-
6 - Fornitori		-	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi		127.277.061	131.946.698	35.307.815	91.969.245	36.098.775	95.947.922	35.366.261	100.562.537
- oltre 12 mesi		-	-	-	-	-	-	-	-
7 - Debiti verso Istituto Tesoriere		-	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi		85.422.867	18.135.332	12.993.125	72.529.741	12.417.511	5.717.821	5.229.866	1.244.343
- oltre 12 mesi		-	-	-	-	-	-	-	-
8 - Debiti tributari		-	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi		6.937.475	1.103.169	2.644.692	4.292.783	73.449	1.176.618	2.961.652	1.899.021
- oltre 12 mesi		-	-	-	-	-	-	-	-
9 - Debiti verso istituti di previdenza		-	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi		2.831.322	1.245.654	498.281	2.333.040	630.132	615.521	1.555.171	1.464.186
- oltre 12 mesi		-	-	-	-	-	-	-	-
10 - Altri debiti		-	-	-	-	-	-	-	-
- entro 12 mesi		68.787.854	117.246.003	32.536.457	36.252.397	38.615.297	78.630.706	47.583.811	75.366.702
- oltre 12 mesi		-	-	-	-	-	-	-	-
Totale Debiti (D)		291.827.036	267.768.650	84.240.636	207.586.400	88.108.127	179.660.523	92.984.437	180.589.698
E) Ratei e risconti									
1 - Ratei passivi		-	260.543	-	-	-	260.543	-	-
2 - Risconti passivi		5.558.211	1.358.481	5,558,211	-	1,358,481	-	923,011	-
Totale (E)		5,558,211	1,619,024	5,558,211	-	1,358,481	260,543	923,011	-
TOTALE PASSIVO + NETTO		253,653,902	275,252,879	87,698,982	165,954,920	92,347,267	171,301,008	105,277,888	181,327,918
F) Conti d'ordine									
1 - Canoni leasing ancora da pagare		-	-	-	-	-	-	-	-
2 - Depositi cauzionali		61.132	63.365	11.813	49.319	12.208	51.157	6.934	46.996
3 - Altri		-	-	-	-	-	-	-	-
Totale (F)		61.132	63.365	11.813	49.319	12.208	51.157	6.934	46.996

Fonte: nostra elaborazione

Tavola 4.9 - Conto Economico

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE					
Conto Economico	ASP	EX ASL A	EX ASL B	EX ASL A	EX ASL B
A) Valore della produzione	anno 2007	anno 2007	anno 2007	Anno 2006	Anno 2006
1 - Contributi in c/esercizio	413.964.799	159.539.620	254.425.178	149.650.180	247.731.949
2 - Proventi e ricavi diversi	2.649.849	1.507.377	1.142.472	1.848.468	1.378.408
3 - Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche	2.093.406	85.701	2.007.705	149.121	674.382
4 - Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	3.093.809	937.018	2.156.792	877.259	1.825.503
5 - Costi capitalizzati	7.843.956	6.303.307	1.540.650	6.882.224	2.698.954
Totale (A)	429.645.819	168.373.022	261.272.798	159.407.252	254.309.196
B) Costi della produzione					
1 - Acquisti di beni	23.064.219	14.456.829	8.607.389	13.139.441	8.220.739
2 - Acquisti di servizi					175.407.854
a) prestazioni sanitarie da pubblico	-	-	-	-	-
b) prestazioni sanitarie da privato	227.991.669	62.224.202	165.767.467	64.170.566	172.373.994
c) prestazioni non sanitarie da pubblico	-	-	-	-	-
d) prestazioni non sanitarie da privato	7.460.971	4.832.459	2.628.512	4.130.448	3.033.860
3 - Manutenzione e riparazione	3.462.928	1.865.166	1.597.762	1.721.361	2.146.825
4 - Godimento di beni di terzi	3.104.422	1.226.152	1.878.270	844.356	1.877.549
5 - Personale sanitario	126.386.427	56.915.685	69.470.741	56.223.661	63.846.230
6 - Personale professionale	654.872	195.048	459.824	186.631	470.733
7 - Personale tecnico	21.191.085	6.610.161	14.580.924	7.128.018	15.157.731
8 - Personale amministrativo	16.839.542	3.934.213	12.905.330	4.160.033	13.045.185
9 - Oneri diversi di gestione	13.010.355	6.822.036	6.188.319	5.873.009	5.375.137
10 - Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	27.369	-	27.369	-	95.905
11 - Ammortamenti dei fabbricati					
a) disponibili	3.217.618	2.420.470	797.149	2.390.842	1.390.303
b) indisponibili	-	-	-	-	-
12 - Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali					
a) impianti e macchinari	482.466	455.179	27.287	1.073.612	42.516
b) attrezzature e strumenti sanitari	3.647.911	3.256.698	391.214	3.217.930	775.350
c) mobili e arredi	276.846	222.780	54.066	222.508	45.762
d) automezzi	114.275	-	114.275	-	169.146
e) altri beni	275.996	146.705	129.291	96.513	179.972
13 - Svalutazione dei crediti	-	-	-	-	-
14 - Variazione delle rimanenze	849.196	522.400	326.796	184.770	231.595
a) sanitarie	-	-	-	-	-
b) non sanitarie	-	-	-	-	-
15 - Accantonamenti tipici dell'esercizio	9.910.052	5.447.869	4.462.183	930.930	1.775.533
Totale (B)	460.269.826	170.509.250	289.760.575	165.694.628	289.790.873
Differenza tra valore e costi della produzione (A - B)	- 30.624.006	- 2.136.229	- 28.487.777	- 6.287.377	- 35.481.677
C) Proventi e oneri finanziari					
1 - Interessi attivi	11.329	426	10.904	-	5.122
2 - Altri proventi	-	-	-	-	-
3 - Interessi passivi	- 1.844.811	- 614.659	- 1.230.152	- 379.519	- 496.337
4 - Altri oneri	- 2.648.606	- 2.373.726	- 274.880	- 232.183	- 130.831
Totale (C)	- 4.482.088	- 2.987.959	- 1.494.129	- 611.702	- 622.047
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie					
1 - Rivalutazioni	-	-	-	-	-
2 - Svalutazioni	-	-	-	-	-
Totale (D)	-	-	-	-	-
E) Proventi ed oneri straordinari					
1 - Minusvalenze	-	-	-	-	-
2 - Plusvalenze	-	-	-	-	-
3 - Accantonamenti non tipici dell'attività sanitaria	-	-	-	-	-
4 - Concorsi, recuperi, rimborsi per attività non tipiche	-	-	-	-	-
5 - Sopravvenienze e insussistenze	-	-	-	-	18.228.862
a) passive	- 11.740.423	- 3.425.170	- 8.315.252	- 2.416.875	- 5.258.212
b) attive	4.399.797	545.235	3.854.561	208.969	23.487.074
Totale (E)	- 7.340.626	- 2.879.935	- 4.460.691	- 2.207.907	18.228.862
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	- 42.446.720	- 8.004.123	- 34.442.597	- 9.106.985	- 17.874.861
Imposte e tasse	- 12.564.336	- 4.650.709	- 7.913.628	- 4.811.098	- 3.404.903
Utile (o perdita) di esercizio	- 55.011.056	- 12.654.832	- 42.356.225	- 13.918.082	- 21.279.765

Fonte: nostra elaborazione

Gli schemi di bilancio appena riportati, offrono al lettore una chiara descrizione del livello di applicazione del piano di fusione e dei relativi effetti. La cosa che risalta maggiormente è che i saldi di bilancio, come anticipato in precedenza, risultano esclusivamente dalla somma algebrica delle poste di bilancio delle precedenti Asl da accorpate.

Infatti, se da un lato è possibile affermare che i veri effetti di una fusione in ambito pubblico sono rintracciabili in tempi medio-lunghi, in quanto è necessario che si assestino al meglio i nuovi meccanismi, dall'altro è doveroso puntualizzare che il primo passo mosso verso queste nuove logiche è stato certamente poco fortunato, data la ristrettezza dell'analisi economico-finanziaria.

Secondo questa logica, lo strumento forse più rappresentativo di una "seria ed attenta" analisi sui conti della Regione Calabria è certamente rappresentato dal piano di rientro.

Come è noto, infatti, successivamente al D.Lgs. 56/2000, che ha previsto importanti novità nel dettare disposizioni in materia di federalismo fiscale, con la L. 388/2000 è stato imposto alle Regioni l'obbligo di provvedere, contestualmente all'accertamento dei conti consuntivi relativi alla spesa sanitaria (da effettuare entro il 30 giugno dell'anno successivo), alla copertura degli eventuali disavanzi derivanti dalla gestione finanziaria, esercitando qualora fosse necessario la propria autonomia impositiva.

Anche il più volte citato Accordo Stato-Regioni 2010-2012 ha contribuito a disciplinare ulteriormente la materia agli artt. 13 e 14, rubricati rispettivamente "garanzia dell'equilibrio economico-finanziario" e "piani di rientro per le regioni inadempienti rispetto ad adempimenti diversi dall'obbligo di equilibrio di bilancio".

Proviamo a farne una sintesi prima di affrontare più nello specifico le misure adottate dal piano di rientro della Regione Calabria, che rivede gli adempimenti per la ridefinizione degli assetti organizzativi delle aziende sanitarie deliberata in data 28 gennaio 2010.

All'art. 13 si legge: "*All'esito della verifica degli adempimenti regionali relativa all'anno precedente ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1, comma*

174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nel caso di disavanzo sanitario non coperto in tutto o in parte, alla regione interessata si applicano, oltre le vigenti disposizioni riguardanti l'innalzamento automatico delle aliquote IRAP e addizionale regionale IRPEF nella misura massima prevista dalla legislazione vigente, il blocco automatico del turn-over del personale del SSR sino al 31 dicembre del secondo anno successivo e il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo. 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.”

Quanto riportato sopra descrive specificatamente la modalità con cui la Regione Calabria ha operato nel corso del 2009 per fronteggiare il disavanzo strutturale⁶⁸. Continuando nella lettura, rintracciamo che:

“È definito quale standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 5%, ancorché coperto dalla regione, ovvero il livello inferiore al 5% qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo.

(...omissis...) Il piano di rientro, approvato dalla Regione, è valutato dalla struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2, della presente Intesa e dalla Conferenza Stato-Regioni nel termine perentorio, rispettivamente, di 30 e di 45 giorni dall'approvazione della regione.”

Successivamente il Consiglio dei ministri accerta l'adeguatezza del piano presentato addivenendo ad un giudizio che potrà essere positivo, ed in questo caso il piano è immediatamente efficace ed esecutivo, o negativo e da cui scaturirà la nomina del presidente della regione a commissario *ad acta*.

La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità trimestrale ed annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche

⁶⁸ Le principali misure introdotte dalla Regione Calabria al fine di fronteggiare anche parzialmente il disavanzo creato sono state la reintroduzione del *ticket* per determinate prestazioni e l'aumento percentuale dell'aliquota IRAP dello 0,92% quindi da 3,90% a 4,82%.

ulteriori previste dal piano stesso o, ove ritenuto necessario, di carattere straordinario.

Lo scopo non dichiarato della presentazione da parte della Regione del piano di rientro è l'accesso al maggior finanziamento nell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e negli esercizi cui fa riferimento il piano stesso, che dovrebbe garantire un risanamento della disesto economico-finanziario.

Per quanto attiene nello specifico la Regione Calabria, le principali poste oggetto di risanamento sono rappresentate dai debiti di natura commerciale e verso dipendenti. Infatti, come previsto nel documento contenente le "Proposte tecniche per l'integrazione/modifica del Piano di razionalizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale", l'entità complessiva al 31 dicembre 2007 dei predetti debiti ammonta a 2.166 milioni di euro⁶⁹, suddivisi secondo la successiva tabella:

Tavola 4.10 - Debiti commerciali e verso dipendenti al 31/12/2007

Debiti	Mil €
1) Mutui	7
2) Regione	32
3) Comune	2
4) Aziende Sanitarie Pubbliche	10
5) Arpa	1
6) Verso Fornitori	1.105
7) Verso Istituti Tesoriere	314
8) Tributari	47
9) Verso Istituti di Previdenza	112
10) Altri Debiti	502
11) Rettifiche Debiti Soggetto Attuatore	35
Totale	2.166

Fonte: nostra elaborazione da Piano di razionalizzazione e riqualificazione del SSR

La struttura amministrativa responsabile del procedimento è individuata presso la Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute o Politiche Sanitarie ed è costituita da un supporto da parte dell'AGENAS e della

⁶⁹ La Regione Calabria si impegna ad accertare l'importo di 2.166 milioni di euro in maniera definitiva entro il termine perentorio del 31 maggio 2010.

consulenza tecnica dell'*Advisor* contabile indicato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Le specifiche azioni che sono state poste in essere e che sono attualmente in divenire possono essere così sintetizzate:

1. Attività propedeutiche alla riconciliazione:
 - a. Predisposizione e formalizzazione degli schemi di flusso rappresentativi del processo di controllo dei documenti contabili relativi ai debiti in essere e di pagamento dei debiti stessi (novembre 2009);
 - b. Predisposizione ed approvazione (novembre 2009) dei provvedimenti attuativi regionali;
 - c. Realizzazione delle azioni informative sull'operazione (dicembre 2009).
2. Svolgimento delle attività di riconciliazione:
 - a. Richiesta alle singole Aziende dell'elenco dei fornitori (e delle relative fatture da cui si è originato il debito) risultante dalle rispettive anagrafiche contabili-amministrative, e dell'elenco degli istituti di credito con i quali si intrattengono rapporti;
 - b. Invio di apposita comunicazione ai soggetti risultanti dalle anagrafiche pervenute;
 - c. Riconciliazione dei saldi ed eventuali supplementi di istruttoria per le posizioni non riconciliate;
 - d. Trasmissione delle posizioni alle Aziende per la messa a regime del processo annuale di ricognizione e riconciliazione dei debiti, da attivarsi per ogni annualità di bilancio.⁷⁰

Quanto visto finora ci porta ad analizzare le due poste di bilancio più significative nel contesto delle Aziende Sanitarie che a nostro avviso possono essere rintracciate nelle voci Dipendenti ed Immobili.

Infatti, sebbene l'operazione di fusione non abbia portato a trasferimento del personale e quindi ad una rimodulazione dell'assetto delle

⁷⁰ Per una descrizione più analitica e dettagliata del processo di "circularizzazione" dei debiti si rinvia a "Proposte tecniche per l'integrazione/modifica del Piano di razionalizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale".

risorse umane, è risultata particolarmente critica l'età media molto elevata della forza lavoro in relazione alle nuove logiche economico-aziendali che si è cercato di introdurre con questo tipo di operazione.

Gli stili di lavoro ormai consolidati hanno rappresentato un duro ostacolo per via delle resistenze al cambiamento tali da richiedere una intensa attività di formazione.

Tali differenze hanno comportato significativi sforzi finalizzati all'unificazione delle procedure amministrativo-contabili e di conseguenza maggiori costi necessari a garantire un continuo aggiornamento degli operatori sanitari e non.

Collegato a questo aspetto è l'altro problema di "omologazione" delle risorse umane che si è rintracciato nella diversa storia che ha contraddistinto fino alla fusione l'operato del personale dipendente, determinata da differenze di contesto e da scelte gestionali e produttive differenti.

La nuova Asp si è trovata a dover fronteggiare le gravi ripercussioni che questa situazione ha generato individuando soluzioni logistico-organizzative, che partendo da situazioni diverse sapessero integrare in un *mix* equilibrato il *background* dei vari operatori.

Proprio perché spinti dalla necessità di dare unitarietà ad un sistema senza identità e con culture diverse, si è cercato di rispondere in tempi brevi ma anche in maniera graduale attraverso due fasi ben precise: dapprima si è cercato di garantire l'omogeneità e il recupero dell'equità e, successivamente, di sviluppare e spingere al miglioramento e all'innovazione.

In questo contesto, è risultato un fattore critico di successo la capacità della direzione di raggiungere con le modalità del coinvolgimento e della condivisione i responsabili dei Centri di Responsabilità (CdR) e tutti i suoi operatori per poter sviluppare motivazione ed *empowerment* in maniera diffusa in tutta l'Azienda.

Infatti è proprio alla responsabilizzazione diffusa ed alla delega dei sistemi di gestione che l'Asp ispira la sua azione organizzativa: questi aspetti

valorizzano l'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative e quella professionale degli operatori.

Ulteriori criticità di notevole portata sono rilevabili nella situazione attuale degli immobili utilizzati per le attività sanitarie, così come emerso anche dalla recente ispezione disposta dal Ministero della salute.

Tali criticità trovano la loro origine, da una parte nel mancato utilizzo dei fondi ancora disponibili dell'art. 20 della legge 67/88 e dall'altra nella inadeguata manutenzione causata prevalentemente dalla scarsa disponibilità di risorse finanziarie proprie.

Il numero delle strutture pubbliche insistenti sul territorio è assai rilevante e non mancano strutture (ospedaliere, residenziali e semiresidenziali) mai completate o comunque mai utilizzate rispetto alle quali è urgente decidere le iniziative da adottare.

In tale contesto l'oculata gestione del patrimonio delle Aziende deve costituire un elemento non secondario per facilitare una radicale ed effettiva riforma del Servizio sanitario regionale, che non rimanga appunto esclusivamente sulla carta.

Le Aziende dispongono di ragguardevoli proprietà immobiliari il cui utilizzo deve essere finalizzato a realizzare le grandi trasformazioni che verranno prodotte secondo le linee strategiche contenute nel PSR.

In proposito, è necessario:

- effettuare la ricognizione puntuale del patrimonio di proprietà delle Aziende;
- valutare la più idonea utilizzazione delle strutture per ridisegnare la nuova rete ospedaliera, territoriale e della prevenzione;
- programmare l'utilizzo delle strutture per dismettere tendenzialmente tutti i fitti passivi;
- individuare le strutture non necessarie allo svolgimento delle attività sanitarie per promuoverne l'alienazione⁷¹.

⁷¹ Vedi Piano Sanitario Regionale. Op. cit.

Il piano di riutilizzo o di dismissione dovrà riservare una particolare attenzione alle strutture costruite e mai utilizzate, anche in ragione del valore simbolico negativo che rappresentano per la sanità calabrese.

La Giunta regionale con la deliberazione del 5 ottobre 2006, n. 66 ha adottato uno specifico provvedimento di riparto dei fondi di programma straordinario per gli investimenti di cui all'art. 20 della legge 67/88, concentrandoli in prevalenza sui presidi delle Aziende ospedaliere e degli ospedali di riferimento delle Aziende sanitarie.

Il suddetto riparto dei fondi per l'edilizia sanitaria ha previsto un utilizzo di risorse statali per la Regione pari a complessivi 349.662.653 €, di cui 337.365.356 € come quota residua su quanto assegnato dalla deliberazione CIPE del 6 maggio 98, n. 52, ed altri 12.297.297 € assegnati con deliberazione CIPE del 2 agosto 2002. A tali finanziamenti è stata aggiunta una quota regionale di 18.403.297 € pari al 5% dell'importo complessivamente finanziato.

La disponibilità finanziaria per la Regione Calabria è pertanto così determinata:

Tavola 4.11 - Risorse finanziarie disponibili per interventi di edilizia sanitaria

	Finanziamento a carico dello Stato	Finanziamento a carico Regione	Finanziamento complessivo
Deliberazione CIPE del 6/5/98 n. 52	337.365.356	17.756.071	355.121.427
Deliberazione CIPE del 2/8/2002	12.297.297	647.226	12.944.523
TOTALE	349.662.653	18.403.297	368.065.950

Fonte: nostra elaborazione

In conclusione possiamo ammettere che il piano di rientro ed il conseguente dissesto finanziario della sanità calabrese hanno contribuito fortemente a rallentare il processo di accorpamento delle Asl sia in termini di risparmio di risorse sia di riduzione degli sprechi in maniera così evidente che i benefici attesi stentano ancora ad emergere.

Infatti, proprio nel tentativo di centrare gli obiettivi del riequilibrio economico-finanziario, si è agito non laddove effettivamente sono annidati gli sprechi, ma semplicemente dove è stato più facile tagliare. Ad esempio i tagli sulla spesa farmaceutica e sulle strutture in convenzione sono certamente più facili da realizzare in quanto tendono a comprimere comparti al cui interno si richiedono successivamente decisi sforzi in termini di flessibilità.

Il piano di rientro ha inciso in misura minima sui comparti di spesa più complessi come la rete ospedaliera pubblica e i relativi fattori produttivi (personale, beni e servizi), aspetti questi che, invece, avrebbero avuto bisogno di un necessario cambiamento di rotta.

Capitolo 5

Analisi delle prestazioni sanitarie e valutazione delle criticità emerse nel raffronto tra alcune Regioni italiane

5. Analisi delle prestazioni sanitarie e valutazione delle criticità emerse nel raffronto tra alcune Regioni italiane

5.1 Introduzione

Il dato incontrovertibile emerso dall'analisi fin qui condotta è che il Ssn è alla continua ricerca di risorse disponibili per offrire servizi sanitari efficaci, efficienti ed economici, garantendo l'equità nell'erogazione delle prestazioni medico-chirurgiche.

Dopo la disamina delle "risposte organizzativo-gestionali" che le Regioni Toscana, Basilicata e soprattutto Calabria hanno dato con riguardo al problema del contingentamento della spesa e del relativo risparmio di risorse, è opportuno considerare le *performance* che queste stesse Regioni hanno realizzato negli ultimi anni, nel tentativo di estrapolare i miglioramenti in atto.

Lo scopo del presente capitolo è quindi quello di analizzare le prestazioni sanitarie di tutto il territorio italiano facendo risaltare luci ed ombre di ogni sistema regionale, con particolare attenzione ai casi precedentemente esaminati.

Il primo passo da compiere in tal senso è, perciò, costituito dall'individuazione della relazione causa-effetto esistente tra le scelte di carattere gestionale ed organizzativo e le *performance* realizzate a seguito dei suddetti cambiamenti.

La premessa di questo lavoro dovrebbe essere la descrizione di un panorama completo e dettagliato dello "stato di salute" del Sistema Sanitario italiano, ma è cosa ardua, poiché i dati disponibili hanno carattere prevalentemente regionale e sono legati alle specifiche modalità di controllo e valutazione.

Si conferma, infatti, l'esistenza di un Ssn a due "velocità" che vede le Regioni del nord in continuo miglioramento e quelle del sud che non migliorano la propria situazione economico-finanziaria e che, in qualche caso (Lazio e Molise), la peggiorano.

Il Rapporto dell'Osservasalute⁷² dimostra, peraltro, che lo strumento del “piano di rientro”, concordato tra Stato e Regioni per riportare tutti i sistemi sanitari ai medesimi “blocchi di partenza”, ha funzionato in modo intermittente.

Il piano di rientro, per come è stato concepito, punta a riportare l'equilibrio economico-finanziario nelle Regioni in difficoltà con interventi di natura strutturale che incidono sulla spesa corrente e verso questo traguardo sembrano avviate alcune Regioni come Campania, Sicilia, Liguria e Calabria, di contro, Lazio e Molise tendono inesorabilmente ad aumentare il proprio disavanzo.

Occorre, tuttavia, sottolineare che proprio per la loro natura di strumento di “finanza pubblica” i piani di rientro non sono strutturati per combattere la lotta agli sprechi, che invece trova la sua collocazione nell'analisi di tipo comparativo tra le *performance*, ma servono più propriamente a conferire alle Regioni in difficoltà risorse con le quali rientrare dal *deficit*.

Dietro questi risultati, positivi e negativi, si nascondono però situazioni ben più articolate da seguire con attenzione.

A tal proposito, il grave errore spesso commesso dai governi locali è stato quello di centrare gli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario agendo non laddove effettivamente si annidano gli sprechi, ma dove “conviene” tagliare.

Così, i tagli alla spesa farmaceutica ed alle strutture in convenzione rappresentano quelli più facili da realizzare, in quanto tendono a comprimere comparti al cui interno si richiedono poi elevati sforzi di flessibilità, al contrario, meno di frequente si è inciso su comparti di spesa più complessi, come la rete ospedaliera pubblica e i relativi fattori produttivi, quali il personale, i beni o i servizi erogati.

⁷² La nascita dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane risponde ad un'esigenza di informazione nell'ambito dei nuovi scenari creati dal fenomeno del decentramento. L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane ha, perciò, lo scopo di monitorare, secondo criteri di scientificità, l'impatto delle determinanti organizzative e gestionali su cui si fondano attualmente i Sistemi sanitari regionali e trasferire i risultati della ricerca ai responsabili regionali, aziendali e alla comunità scientifica nazionale ed internazionale.

Addentrandoci nella valutazione delle modalità di misurazione delle *performance*, notiamo che in Italia la materia è stata affrontata più volte dal Ministero della salute che ha affidato, nell'ambito del progetto SiVeAS⁷³, al Laboratorio management e sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, l'elaborazione in via sperimentale di un primo gruppo di indicatori per misurare l'appropriatezza, l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari erogati e a livello regionale e di singolo soggetto erogatore.

Il progetto risponde all'obiettivo comune a tutto il servizio sanitario di confronto sistematico dei risultati raggiunti, al fine di individuare e valorizzare le *best practices* e di attivare processi di apprendimento e miglioramento reciproci.

L'intento principale è quello di monitorare costantemente la qualità dei servizi, garantendo un'assoluta trasparenza nei confronti dei cittadini sui risultati conseguiti e sull'equità dei livelli essenziali di assistenza.

Si tratta in tutto di un *set* di 34 indicatori, costruiti per comprendere criticità e aspetti positivi dell'intero settore sanitario.

Questo corposo intervento, lungi dall'essere esaustivo, rappresenta il primo tassello del complessivo sistema di valutazione delle *performance* dei Ssr, che prenderà in considerazione il governo della domanda, l'efficienza e

⁷³ Il SiVeAS (Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria) è impegnato in 9 linee di attività aventi le finalità di garantire il raggiungimento degli obiettivi del Ssn e di affiancare le Regioni nelle attività collegate ai piani di rientro. Le linee di attività riguardano:

1. Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza - Pone come obiettivo il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza attraverso una misurazione quantitativa dell'assistenza sanitaria fornita dagli erogatori, in termini di qualità, appropriatezza e costo;
2. Promozione e valutazione dell'efficienza gestionale - la linea si articola concettualmente in tre dimensioni: Governo del personale, Governo degli acquisti di beni e servizi, Controllo interno;
3. Promozione e valutazione dell'efficienza e della qualità - linea di attività dedicata interamente alle attività afferenti all'area delle garanzie del raggiungimento degli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale, e si articola nei due seguenti ambiti di valutazione: valutazione degli esiti dei trattamenti e valutazione della qualità percepita;
4. Promozione e valutazione dell'appropriatezza - linea di attività dedicata interamente alle attività afferenti all'area delle garanzie del raggiungimento degli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale, e si articola nei due seguenti ambiti di valutazione: valutazione degli esiti dei trattamenti e valutazione della qualità percepita;
5. Accreditamento e organizzazione dell'offerta - dedicata prevalentemente ad iniziative afferenti all'area dell'affiancamento delle Regioni con i Piani di rientro, e mira a ridefinire i criteri e le modalità di riorganizzazione della rete d'offerta, per renderla più efficace e rispondente ai bisogni del cittadino;
6. Accessibilità - Le attività di questa linea rientrano nell'area delle garanzie dei LEA, e riguardano l'analisi delle caratteristiche dell'offerta e della domanda di attività assistenziale in regime di Libera professione intramoenia;
7. Assistenza sociosanitaria - Linea di attività relativa all'organizzazione ed il finanziamento dell'assistenza sociosanitaria;
8. Confronti internazionali e integrazione delle basi-dati - Linea di attività dedicata alla produzione di strumenti che consentano di migliorare i confronti tra il nostro Sistema Sanitario e i sistemi esteri, ai fini della "verifica del raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio Sanitario Nazionale", per superare il rischio di autoreferenzialità nella valutazione dei livelli di risposta garantiti dal nostro sistema ai bisogni di tutela della salute della popolazione;
9. Affiancamento alle Regioni con piani di rientro del disavanzo.

l'appropriatezza delle prestazioni medico-chirurgiche, la qualità clinica, l'efficacia assistenziale delle patologie croniche, l'efficienza prescrittiva farmaceutica e l'efficacia dell'assistenza collettiva e di prevenzione.

La sfida prospettata è certamente delle più complesse, ma l'esame ed il confronto delle prestazioni quali meccanismi di crescita e di miglioramento del sistema sono da considerarsi fattori cruciali su cui puntare per una seria e imprescindibile ricostruzione del Servizio sanitario nazionale.

Proprio a causa di questa complessità, il percorso verso la valutazione e la trasparenza dei risultati è ancora *in itinere* e necessita dell'integrazione di ulteriori indicatori.

In questa direzione muovono gli studi prodotti dal SiVeAS negli ultimi anni e, tra questi, meritano particolare risalto specifici filoni di ricerca quali la linea di attività denominata *“promozione e valutazione dell'efficienza gestionale”* e quella di *“affiancamento alle Regioni con Piani di rientro del disavanzo”*.

Questi studi riguardano da un lato le garanzie sul raggiungimento degli obiettivi del Ssn mediante lo sviluppo di strumenti orientati a migliorare le conoscenze e le capacità di analisi del personale e delle procedure di acquisto di beni e servizi, dall'altro l'area dell'affiancamento, laddove si intende invece sviluppare strumenti di supporto alle Regioni per l'implementazione degli interventi previsti dai piani di rientro in ambito gestionale.

La prima attività si articola concettualmente in tre dimensioni, che rappresentano le aree di valutazione e di intervento più rilevanti ai fini del miglioramento dell'efficienza delle aziende del Ssn:

- governo del personale;
- governo degli acquisti di beni e servizi;
- controllo interno.

La nostra attenzione si soffermerà prevalentemente sulla seconda determinante e sulle nuove forme di gestione “centralizzata”, tralasciando sia i primi passi compiuti in materia di revisione dei conti e di sistema dei controlli interni, sia l'analisi del comparto del personale.

La valutazione delle modalità d'acquisto di beni e servizi rappresenta il punto di partenza per la stesura di apposite linee guida destinate ai governi locali ed in particolare alle Regioni sottoposte ai piani di rientro.

Di quest'ultimo aspetto si occupa, invece, il secondo filone di studi anzidetto che trova la sua ragion d'essere nell'impianto normativo della Legge finanziaria per il 2005 e nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo dello stesso anno.

Queste disposizioni hanno disciplinato le forme di affiancamento⁷⁴ messe a disposizione da parte del Ministero nei confronti delle Regioni che hanno sottoscritto gli accordi contenenti i piani di rientro.

L'affiancamento intende rispondere alle esigenze di supporto delle attività di programmazione, gestione e valutazione dei servizi sanitari regionali e, in particolare, si esplica attraverso le seguenti attività:

1. Preventiva approvazione dei provvedimenti predisposti dalle singole Regioni in attuazione di quanto previsto nei rispettivi piani di rientro;
2. Coordinamento dei Nuclei da realizzarsi nelle singole Regioni con funzioni di supporto tecnico;
3. Monitoraggio dell'attuazione dei provvedimenti e dell'impatto delle azioni poste in essere dalle Regioni nel rispetto degli impegni da pdr, a livello regionale ed interregionale.

Lo sviluppo degli interventi e degli strumenti individuati per il perseguimento degli obiettivi sopra richiamati è stato affidato al SiVeAS, che ha sviluppato una metodologia di affiancamento focalizzata su due componenti essenziali:

- monitoraggio formale, che include la verifica dell'avvenuta adozione dei provvedimenti previsti dal piano di rientro;
- monitoraggio sostanziale, orientato a verificare l'impatto che i piani di rientro nel loro complesso stanno avendo sui Ssr e, se necessario, a supportare l'individuazione di ambiti di intervento prioritari e nuove azioni che le singole Regioni possono attuare.

⁷⁴ L'attività di affiancamento è stata ulteriormente disciplinata dalla Legge finanziaria 2007.

Le evidenze emerse da queste verifiche a valere sui cronoprogrammi attuativi⁷⁵ permettono di monitorare *in itinere* lo stato di attuazione degli interventi mettendo a disposizione di Ministeri e Regioni sia gli scostamenti tra quanto pianificato e quanto effettivamente realizzato, sia l'individuazione di interventi aggiuntivi e correttivi a fronte di processi di implementazione caratterizzati da evidenti carenze.

L'attività di monitoraggio prevede operativamente le seguenti fasi:

- predisposizione e condivisione con le Regioni dei cronoprogrammi attuativi;
- verifica dei cronoprogrammi attuativi attraverso l'analisi documentale e gli approfondimenti necessari con i referenti operativi dei singoli interventi;
- aggiornamento dello stato di avanzamento degli interventi.

Quanto esaminato finora ci permette di affrontare con maggiore cognizione di causa gli indicatori di *performance* su cui poggia l'intero sistema di valutazione del Governo centrale.

Il primo passo sarà perciò quello di studiare a fondo la natura di questi indicatori allo scopo di coglierne le reali potenzialità. Successivamente confronteremo i dati emersi dal loro utilizzo per le Regioni oggetto del nostro studio.

Infine, cercheremo di estrapolare un giudizio sugli scostamenti verificatisi a seguito degli interventi strutturali e di individuare i fattori critici su cui puntare per un reale e sensibile cambiamento di rotta.

⁷⁵ Il cronoprogramma attuativo consiste in un documento che rappresenta l'andamento nel tempo dello stato di avanzamento di un lavoro in un determinato campo. La rappresentazione grafica che sovente viene associata a questo strumento è data da un diagramma che riporta sull'asse delle ordinate gli importi progressivi a partire da zero (inizio dei lavori) fino all'importo complessivo dell'intero lavoro (in corrispondenza della data di ultimazione) e su quello delle ascisse i relativi tempi di esecuzione.

5.2 Il set degli indicatori di *performance*

Per supportare i processi di programmazione e pianificazione dei servizi sanitari è necessario introdurre nella gestione, ad ogni livello, indicatori e strumenti idonei a misurare i risultati conseguiti.

Superare l'autoreferenzialità tramite il confronto sistematico degli esiti delle prestazioni socio-sanitarie tra i vari operatori, rende l'intero sistema capace di individuare e valorizzare le *best practices* ed attivare processi di apprendimento e miglioramento della qualità dei servizi.

Questo raffronto garantisce trasparenza agli utenti sui margini di errore nell'erogazione dei servizi e fa sì che i L.E.A. vengano assicurati con maggiore equità.

A livello nazionale, tuttavia, è opportuno riproporre logiche in parte differenti rispetto a quelle esaminate per i Sistemi sanitari regionali, poiché diversi sono i fabbisogni di controllo.

Infatti, la capacità di soddisfare utenti e cittadini e di garantire un clima organizzativo adeguato per facilitare il lavoro degli operatori sanitari, non sono elementi di cui può essere responsabile il Governo centrale, ma attengono interamente alla sfera di competenza delle singole Regioni.

A livello ministeriale è rimandata, invece, la responsabilità sulle modalità di utilizzo delle risorse pubbliche e su come queste vengano ripartite a livello locale.

Se, infatti, ciascuna Regione è responsabile delle modalità di organizzazione e gestione dei servizi sanitari, è pur vero che al Ministero compete la verifica degli *standard di qualità* delle cure erogate, in modo da garantire equità di accesso e risposta a tutti i cittadini.

Schematizzando, il sistema di valutazione adottato a livello nazionale per misurare questi *standard* ricalca le seguenti quattro dimensioni di livelli di assistenza:

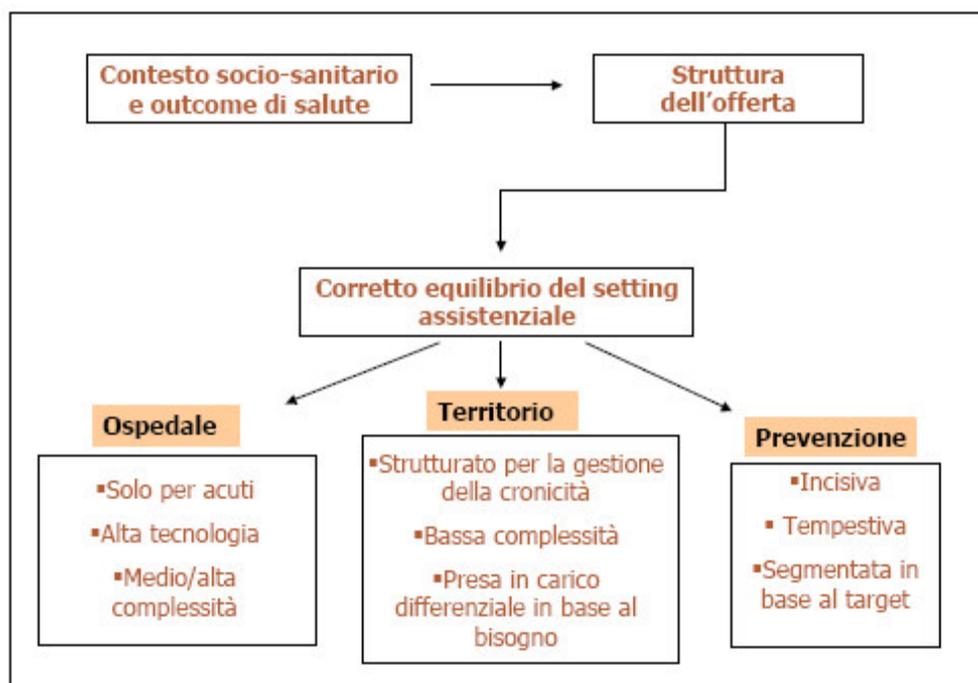
1. Assistenza ospedaliera;
2. Assistenza distrettuale;
3. Assistenza farmaceutica;
4. Assistenza sanitaria collettiva e di prevenzione.

I relativi indicatori dovrebbero, quindi, essere in grado di fornire un quadro generale sulla struttura dell'offerta garantita agli utenti, in linea con la specifica missione che ciascun livello di assistenza dovrà svolgere nel sistema.

Questa missione si sviluppa seguendo un preciso percorso assistenziale che schematizziamo di seguito:

- il ricorso ai servizi di ricovero ospedaliero deve avvenire principalmente per patologie acute mediante l'utilizzo di tecnologie avanzate;
- il territorio deve proporre un'offerta di servizi alternativi all'ospedale, capaci di rispondere in particolar modo alle esigenze dei pazienti affetti da patologie croniche;
- la prevenzione deve agire tempestivamente, con modalità incisive, considerando le specificità dei diversi *target* di popolazione ed adottando approcci differenziati in base ai bisogni.

Tavola 5.1 - Capacità di risposta di ciascun setting assistenziale

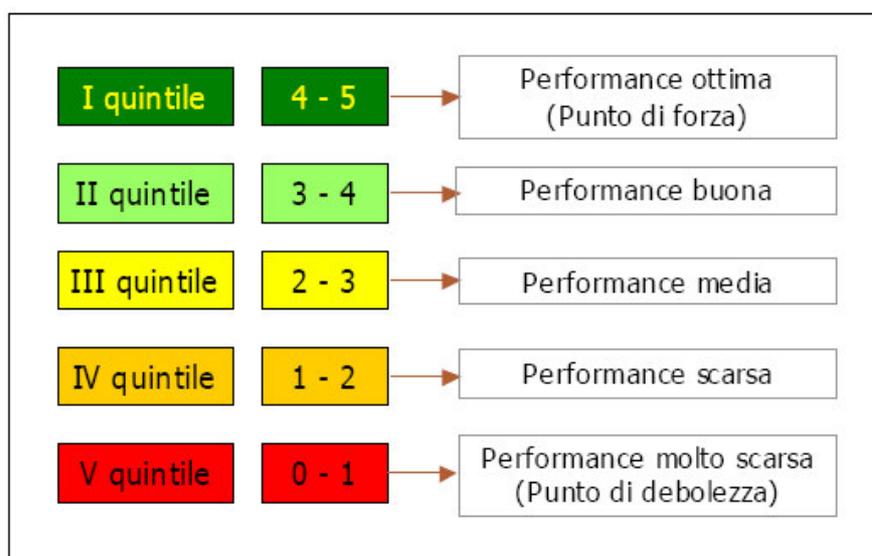


Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance della sanità italiana.

La valutazione di ciascun *setting assistenziale* si ottiene mediante un processo di *ranking* calcolato secondo la logica dei quintili, vale a dire ordinando le Regioni secondo i valori crescenti dell'indicatore e dividendo la distribuzione degli stessi in cinque classi di pari ampiezza.

Le Regioni con la *performance* migliore sono quelle che ricadono nel I quintile, mentre quelle con la *performance* peggiore ricadono nel V.

Tavola 5.2 – Fasce di valutazione



Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

Nella tabella successiva proponiamo l'elenco previsto a livello ministeriale, distinguendo tra indicatori di valutazione e di osservazione, utili questi ultimi per comprendere i fattori determinanti dei precedenti.

Tavola 5.3 – Elenco dei 34 indicatori ministeriali

Codice indicatore	Indicatore*
ASSISTENZA OSPEDALIERA (H)	
Governo della domanda	
H1.1	Tasso ospedalizzazione Ricoveri Ordinari per acuti per 1.000 residenti
H1	<i>Tasso ospedalizzazione globale per acuti per 1.000 residenti</i>
H1.2	<i>Tasso ospedalizzazione Day Hospital per acuti per 1.000 residenti</i>
H1.3	<i>Peso medio DRG Ricoveri Ordinari</i>
Efficienza	
H2	Indice di performance degenza media per acuti - DRG chirurgici
H2.1	<i>Indice di performance degenza media per acuti</i>
H2.2	<i>Indice di performance degenza media per acuti - DRG medici</i>
H13	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati
Appropriatezza Chirurgica	
H3	% Drg medici da reparti chirurgici
H4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e Ricoveri Ordinari 0-1 gg
H5	DRG Lea Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery e ordinari 0-1 giorno
Appropriatezza Medica	
H6	DRG Lea Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
H14	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi
T9	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
Qualità clinica	
H9	% cesarei
H10	% di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per stessa MDC corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione RO per acuti nazionale
H10.1	<i>% ricoveri ripetuti entro 30 giorni</i>
H10.1.1	<i>% ricoveri medici ripetuti entro 30 giorni</i>
H10.1.2	<i>% ricoveri chirurgici ripetuti entro 30 giorni</i>
H11	% fratture femore operate in 2 giorni
H12	Percentuale di fughe in punti DRG
ASSISTENZA DISTRETTUALE (T)	
Efficacia assistenziale delle patologie croniche	
T2	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
T3	Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)
T4	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
ASSISTENZA FARMACEUTICA (AF)	
AF5	Spesa lorda pro-capite farmaceutica territoriale
AF5.1	<i>Scostamento dalla mediana nazionale dei consumi farmaceutici territoriali di classe A-SSN in DDD/1000 ab die</i>
AF5.3	<i>% sul totale della spesa netta della spesa territoriale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN</i>
AF5.4	<i>% sul totale delle DDD del consumo territoriale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN</i>
ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E DI PREVENZIONE (P)	
P1	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale per 100 abitanti (>= 65 anni)
P2	Grado di copertura per vaccino MRP (morbillo, rosolia, parotite) per 100 abitanti (<= 2 anni)
P3	Estensione grezza di screening mammografico (50-69 anni)
P4	Adesione grezza screening mammografico (50-69 anni)
P5	Estensione grezza screening colon retto (50-69 anni)
P6	Adesione grezza screening colon retto (50-69 anni)

* *Gli indicatori in corsivo sono di osservazione.*

Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

Di seguito proponiamo una breve disamina dei quattro gruppi di indicatori ministeriali per poi soffermarci su tre di questi che utilizzeremo per confrontare i dati emersi nello studio delle Regioni di nostra competenza.

1. Indicatori relativi all'assistenza ospedaliera.

Questa tipologia di indicatori si articola in quattro sottogruppi:

- la capacità di governo della domanda;
- l'efficienza;
- l'appropriatezza delle prestazioni;
- la qualità clinica.

Nell'ambito della capacità di governo della domanda si misurano le modalità con cui il sistema regionale risponde ai fabbisogni sanitari dei cittadini residenti, indirizzando gli utenti verso il *setting assistenziale* più appropriato rispetto alla tipologia di bisogno (es. tasso di ospedalizzazione).

Gli indicatori di efficienza, invece, mirano prevalentemente a misurare la degenza media dei DRG, distinguendo separatamente quelli chirurgici da quelli medici, in quanto tra questi ultimi è più facile registrare il fenomeno dell'inappropriatezza: sui DRG medici, infatti, la degenza media è certamente più breve ma questo non può essere considerato un risultato in termini di efficienza.

Riguardo al terzo sottogruppo, vengono proposti degli indicatori focalizzati da un lato sull'appropriatezza chirurgica, come ad esempio la percentuale di ricoveri in *day surgery* e ordinari compresi tra 0 e 1 giorno, e dall'altro su quella medica, dove si calcola ad esempio la percentuale di ricoveri in *day hospital* con finalità diagnostica.

Per quanto concerne, infine, la quarta categoria vengono proposti indicatori tesi a misurare la qualità dei servizi erogati lungo il territorio regionale, come ad esempio la percentuale di parti cesarei o la ripetizione di determinate prestazioni medico-chirurgiche entro 30 giorni.

2. Indicatori relativi all'assistenza distrettuale.

Per quanto riguarda l'assistenza distrettuale, le prospettive di analisi dei risultati sono a tutt'oggi relative solo all'efficacia assistenziale per alcune patologie croniche di maggiore rilevanza.

Il motivo di tale fenomeno è da rintracciare nel fatto che la valutazione di queste *performance* è fortemente influenzata dalla mancanza di flussi informativi relativi alle prestazioni territoriali, che risultano assai carenti a livello nazionale.

Questa constatazione ha fatto propendere il Ministero verso la predisposizione di un *set* di indicatori indiretti che misurano il numero di prestazioni realizzate in regime di assistenza ospedaliera, ma che, più correttamente, sarebbero dovute essere erogate in altro regime assistenziale.

3. Indicatori relativi all'assistenza farmaceutica convenzionata.

Allo stato attuale, sono stati considerati alcuni indicatori capaci di verificare la capacità delle Regioni e delle Aziende di attuare politiche per il contenimento della spesa farmaceutica.

Si presenta in questo caso il medesimo problema degli indicatori esaminati in precedenza, cioè l'indisponibilità di buona parte dei dati.

Con tali premesse, gli indicatori predisposti dal Ministero riguardano ad esempio la spesa lorda pro capite farmaceutica o lo scostamento dalla mediana nazionale dei consumi farmaceutici.

Come già sottolineato in precedenza, in futuro è auspicabile l'introduzione di altri indicatori relativi all'appropriatezza dell'assistenza farmaceutica erogata, certamente di maggior significato rispetto all'obiettivo centrale di assicurare la miglior cura possibile rispetto al bisogno del paziente.

4. Indicatori relativi all'assistenza sanitaria collettiva e di prevenzione.

Per quanto attiene questa tipologia di indicatori, comprensiva di tutte le attività svolte dalle Asl per prevenire patologie e per agire sugli stili di vita al fine di migliorarne la qualità e ridurre la mortalità dei cittadini, a tutt'oggi ne sono stati considerati solo alcuni relativi alla prevenzione secondaria, a causa della costante carenza dei flussi informativi provenienti dalle Regioni.

Le modalità di presentazione dei risultati prodotti dai quattro *set* di indicatori⁷⁶ considerati finora è rappresentata dalla tecnica del "bersaglio", che però presenta unicamente 23 indicatori a causa della scarsità dei flussi informativi provenienti dalle Regioni.

⁷⁶ Gli indicatori considerati sono stati selezionati tra quelli calcolati da OSMED (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali) poiché risultano essere:

- i più attendibili sia nei dati che nei criteri di calcolo;
- i più rappresentativi delle performance dell'assistenza farmaceutica;
- quelli normalmente utilizzati a livello nazionale per la valutazione dei sistemi sanitari a confronto.

Grazie a questo metodo, risulta di rapida comprensione la valutazione delle performance della Regione in *benchmarking*, mediante l'utilizzo dei colori corrispondenti alle cinque fasce di misurazione (i quintili) che abbiamo esaminato in precedenza.

Per la maggior parte degli indicatori (quelli di cui sono disponibili i dati) vengono mostrati anche i risultati per le singole Aziende sanitarie, utili per valutare il grado di omogeneità del risultato tra i soggetti che compongono il Sistema sanitario regionale nel periodo 2007-2008.

5.3 Analisi degli indicatori di performance nelle Regioni Toscana, Basilicata e Calabria

Per esprimere un giudizio sui miglioramenti apportati dalle riforme organizzativo-gestionali sulle principali *performance* aziendali rileva, ai fini della nostra ricerca, non un'illustrazione analitica dei singoli indicatori⁷⁷, ma l'esame ed il confronto dei tre sistemi sanitari.

Abbiamo perciò selezionato, tra gli altri, tre indicatori:

- 1. Indice di performance degenza media per acuti – DRG chirurgici (H2) indicatore di valutazione;*
- 2. Percentuale di fughe in punti DRG (H12) indicatore di valutazione;*
- 3. Scostamento dalla mediana nazionale dei consumi farmaceutici territoriali (AF5.1) indicatore di osservazione.*

Le motivazioni che ci hanno spinto ad effettuare questa scelta sono le seguenti.

Il primo indice rientra nell'area dell'assistenza ospedaliera e più nello specifico nella categoria dell'"efficienza".

Il grande pregio di questo indicatore è quello di mettere in luce il rapporto intercorrente tra il livello di efficacia dei servizi sanitari e le relative risorse utilizzate per poterli garantire, effettuando inoltre una comparazione della degenza media per ciascun DRG chirurgico a livello nazionale.

L'erogazione della prestazione sanitaria, infatti, può essere considerata efficiente se viene espletata velocemente e in maniera efficace ed economica, garantendo sempre la medesima equità chirurgica: più precisamente, l'efficienza consiste nella massimizzazione dei risultati, minimizzando gli sforzi sostenuti per ottenerli.

Questo obiettivo può essere raggiunto percorrendo due strade: minimizzando i costi e/o massimizzando i ricavi. Nel comparto sanitario, per ovvie ragioni, si agisce quasi esclusivamente sul lato dei costi producendo una serie di tagli indiscriminati che molto spesso portano a soffocare

⁷⁷ Per questo rimandiamo a Ministero della salute, *Valutazione della performance della sanità italiana, Guida alla lettura ed interpretazione del primo gruppo di indicatori*, a cura del Laboratorio management e sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. responsabile scientifico prof.ssa Sabina Nuti.

l'erogazione di servizi essenziali che il cittadino sarà costretto a ricercare altrove.

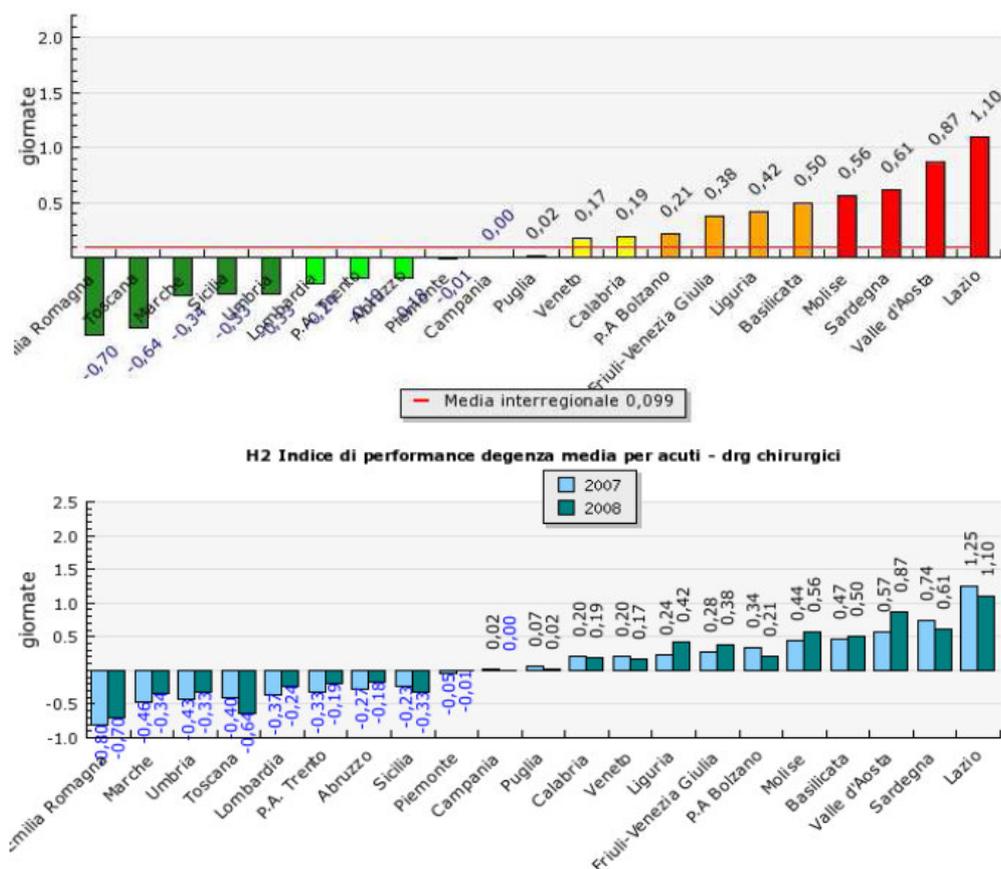
La ragione della nostra scelta, quindi, risiede nel fatto che questo indice misura il valore delle prestazioni sanitarie per acuti e permette di esprimere un giudizio specifico sulle *performance* del Ssr, come evidenziato nelle successive tavole.

Tavola 5.4 – Griglia di osservazione dell'indicatore H2.

Definizione:	Indice di performance degenza media
Numeratore:	\sum giornate di degenza osservate - \sum giornate di degenza attese
Denominatore:	N. Dimissioni
Formula matematica:	$\frac{\sum \text{giornate di degenza osservate} - \sum \text{giornate di degenza attese}}{\text{N. Dimissioni}}$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano solo i ricoveri ordinari e i DRG Chirurgici. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75). Si considerano i ricoveri con degenza > 1 giorno.</p> <p>Le <i>giornate di degenza osservate</i> sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione. Le <i>giornate di degenza attese</i> sono ottenute moltiplicando la degenza media nazionale di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG. Per le giornate di degenza attese si fa riferimento alla degenza media nazionale del 2007.</p>
Fonte:	Flusso SDO - Ministero
"Direzione dell'indicatore":	Decrescente

Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

Tavola 5.5 – Indice di performance degenza media- DRG Chirurgici.



Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

Il secondo indicatore preso in considerazione permette, invece, di misurare il gradimento dell'utenza rispetto ai servizi erogati nel proprio territorio.

La percentuale di fughe esaminata in questo indice è calcolata considerando il peso della casistica clinica erogata dentro e fuori regione.

La scelta dei pazienti di recarsi lontano dalla propria residenza può infatti essere considerata una *proxy*⁷⁸ di valutazione della qualità delle cure erogate nella Regione di appartenenza.

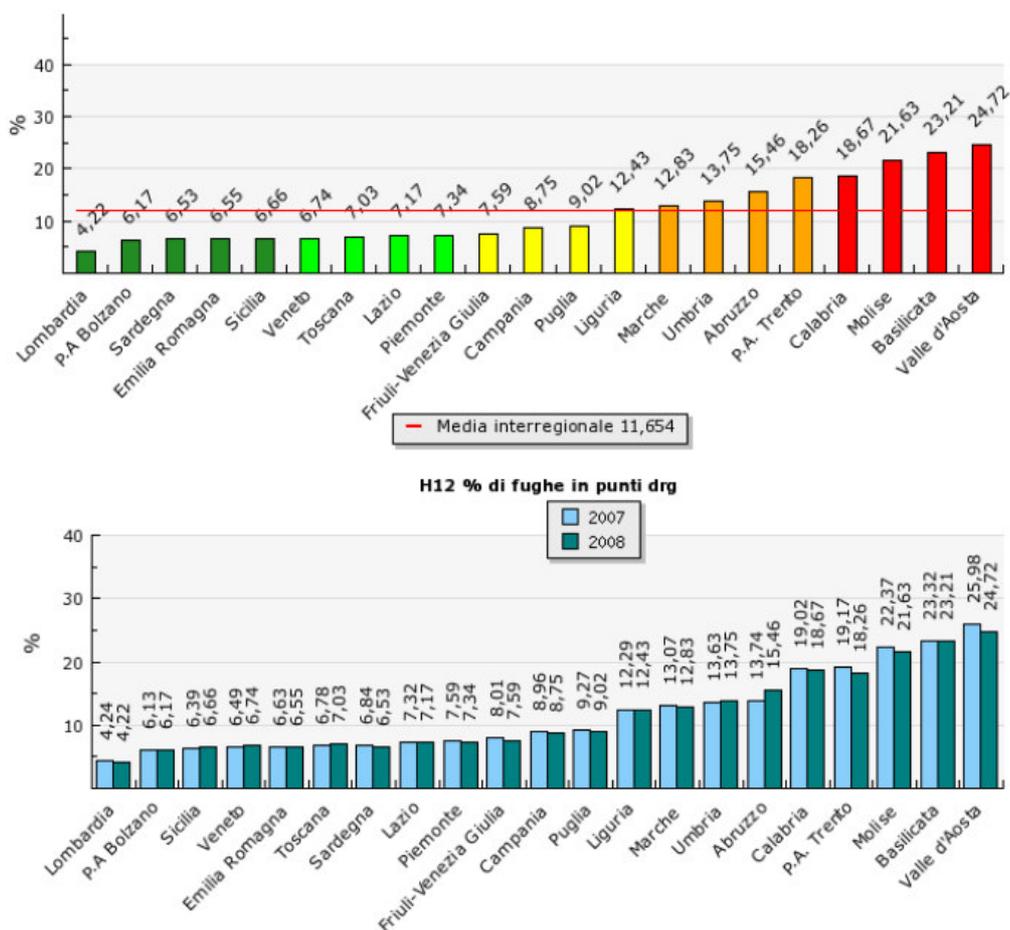
⁷⁸ Il termine *proxy* deriva dal linguaggio informatico e consiste in un programma che si interpone tra un *client* ed un *server*, inoltrando le richieste e le risposte dall'uno all'altro. La variabile *proxy* si utilizza, più genericamente, per dare una rappresentazione quantitativa approssimata di un fenomeno correlato ad una determinata variabile, ma che non è direttamente misurabile in maniera oggettiva. In campo aziendale, ad esempio, le ore di formazione erogate ai dipendenti in un certo periodo possono essere una *proxy* che misura l'incremento di conoscenza nei dipendenti, fenomeno non misurabile oggettivamente.

Tavola 5.6 – Griglia di osservazione dell'indicatore H12.

Definizione:	Percentuale di fughe in punti DRG
Numeratore:	Somma dei pesi dei DRG relativi alle dimissioni dei residenti erogate fuori regione
Denominatore:	Somma dei pesi dei DRG relativi alle dimissioni dei residenti ovunque erogate
Formula matematica:	$\frac{\text{Somma pesi dei drg relativi alle dimissioni dei residenti erogate fuori regione}}{\text{Somma dei pesi dei DRG relativi alle dimissioni dei residenti ovunque erogate}} \times 100$
Fonte:	Flusso SDO - Ministero
"Direzione dell'indicatore":	Decrescente

Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

Tavola 5.7 – Percentuale di fughe in punti DRG.



Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

Infine, il terzo indicatore misura i consumi farmaceutici per singolo abitante. Questi dovrebbero presentare valori pressoché coincidenti col parametro di riferimento che in questo caso è stato individuato nella mediana nazionale, per poter risultare in corretto funzionamento.

Le Regioni che si pongono intorno alla mediana sono quelle considerate appropriate e presentano le *performance* migliori.

Le Regioni che mostrano consumi più elevati rispetto allo specifico *benchmarking* sono sottoposte invece ad una particolare tipologia di rischio: quello di inappropriata, che segnala l'eccessivo utilizzo di farmaci e, appunto, il c.d. spreco di inappropriata⁷⁹.

Le Regioni, infine, che si posizionano con valori inferiori alla mediana sono valutate a potenziale rischio di inadeguatezza, intesa in termini di vuoto nell'offerta farmaceutica.

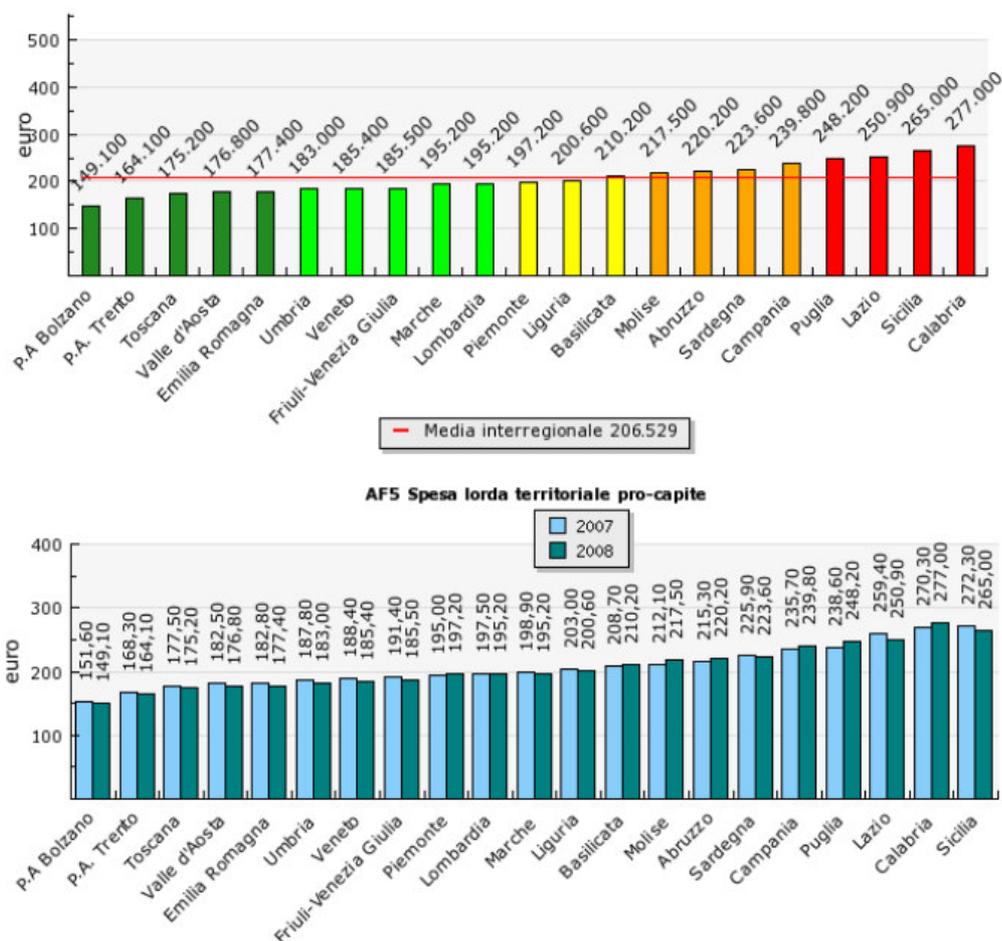
Tavola 5.8 – Griglia di osservazione dell'indicatore AF5.

Definizione:	Spesa lorda pro-capite territoriale
Numeratore:	Spesa totale lorda
Denominatore:	Popolazione pesata relativa all'anno di riferimento
Formula matematica:	$\frac{\text{Spesa totale lorda}}{\text{Popolazione pesata relativa all'anno di riferimento}}$
Note per l'elaborazione:	La popolazione è pesata per fascia di età e sesso come illustrato nel Rapporto OsMed
Fonte:	Rapporto OsMed
"Direzione dell'indicatore":	Decrescente

Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

⁷⁹ Vedi infra capitolo secondo § 2.2.2.

Tavola 5.9 – Spesa lorda pro-capite territoriale.



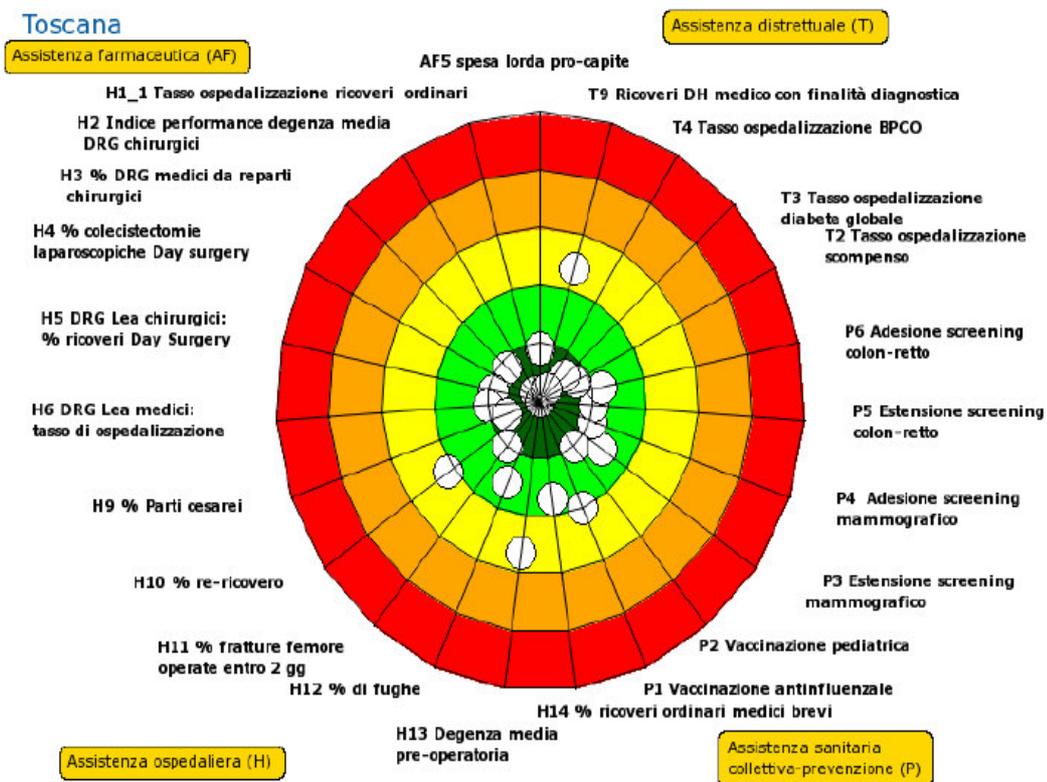
Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

Poiché riteniamo che per operare un raffronto con le *performance* calabresi e lucane occorre individuare con precisione un modello da seguire, la prima Regione oggetto della nostra analisi sarà la Toscana, che rappresenta l'obiettivo ottimale cui le prime devono tendere.

Il Sistema sanitario toscano costituisce, perciò, il nostro *benchmarking*, poiché oltre alla figura pionieristica per eccellenza nella sperimentazione del sistema di valutazione delle *performance*, è stata interessata da un corposo intervento strutturale che ha notevolmente inciso sul contesto socio-sanitario.

Per poter esprimere un giudizio sui singoli indicatori, è opportuno operare, seppur brevemente, una panoramica generale come di seguito raffigurata nel bersaglio regionale.

Tavola 5.10 – Performance regionali rappresentate nel “bersaglio”.



Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

Complessivamente, il Ssr ha collezionato il massimo in quasi tutti gli indicatori (23), per cui il primo dato degno di nota è sicuramente la conferma che la Regione Toscana può vantare un servizio socio-sanitario molto efficiente e capace soprattutto di garantire i L.E.A. con equità.

Le prestazioni che presentano valori più bassi, rientranti comunque nella media nazionale, sono quelle misurate dai seguenti quattro indicatori⁸⁰:

- H10, ricoveri ripetuti entro 30 giorni, corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione RO per acuti nazionale;
- H13, degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati;
- T9, percentuale ricoveri *day hospital* medico con finalità diagnostica;
- P1, grado di copertura per vaccino antinfluenzale per 100 abitanti (\geq 65 anni).

⁸⁰ Per ulteriori approfondimenti in merito alle peculiarità delle prestazioni sanitarie della Regione toscana rinviamo a: Ministero della salute, *Valutazione della performance della sanità italiana*, op. cit.

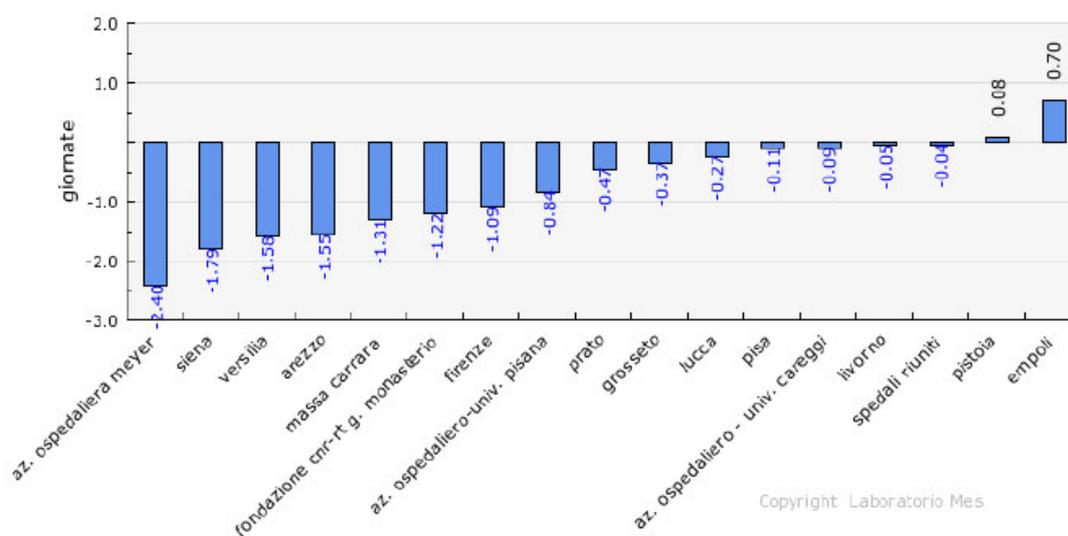
Il giudizio che emerge dall'analisi degli indicatori presentati è certamente che il Ssr toscano funziona "quasi" alla perfezione ed è capace perciò di prospettare ampi margini di miglioramento.

Per un più attento esame del sistema nel suo complesso rimandiamo al *report* del Laboratorio di Management e Sanità della Scuola Superiore S. Anna di Pisa, mentre ci soffermeremo di seguito più approfonditamente sulla valutazione dei tre indici descritti in precedenza.

Indice di performance degenza media per acuti – DRG chirurgici (H2).

L'indice H2 consente di valutare l'efficienza media delle prestazioni erogate rispetto a tutti i dimessi dalle Aziende sanitarie in relazione alle casistiche verificatesi, migliorando, rispetto al passato, la propria efficacia in termini di appropriatezza del risultato.

Tavola 5.11 – Indice di performance degenza media per acuti Regione Toscana.



Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

Infatti, inizialmente, l'indice presentava risultati collegati non alla totalità delle prestazioni rese ma esclusivamente ad alcune patologie.

Questa correzione ha permesso nel tempo di superare il problema delle differenze a livello aziendale nelle diverse casistiche, aspetto decisamente rilevante soprattutto se considerato nella valutazione della degenza media globale.

L'H2 permette, quindi, di effettuare una valutazione omogenea delle singole strutture poste a confronto e la predisposizione di una classificazione più omogenea della casistica dei casi clinici, rapportandoli con strutture simili in relazione alla tipologia dei pazienti trattati.

Il dato relativo ai pazienti, e di conseguenza alle cure a questi erogate, viene rappresentato in funzione delle giornate di degenza attribuibili ai singoli DRG.

Più nel dettaglio, l'indicatore H2 è un indice sintetico che, utilizzando il sistema di classificazione per DRG, mette a confronto l'efficienza operativa di una azienda sanitaria in termini di degenza effettivamente osservata rispetto alle altre strutture di riferimento.

Il numeratore nella formula rappresenta la differenza tra il numero delle giornate di degenza effettivamente osservate e il numero di giornate di degenza attese, ottenute moltiplicando la degenza media regionale di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG.

In tale contesto, le giornate di degenza attese sono intese come le giornate che si osserverebbero qualora la composizione per DRG dei dimessi dall'azienda fosse uguale a quella della casistica media regionale.

Di conseguenza il valore assunto dall'indice è da leggersi come lo scostamento in termini di giornate di degenza per ciascun dimesso dall'azienda rispetto alla degenza media regionale per la stessa tipologia di pazienti.

Valori superiori al riferimento regionale indicano una degenza media maggiore e, dunque, una *performance* aziendale peggiore rispetto alla media regionale.

Il valore presentato dalla Regione Toscana rientra perfettamente nella fascia verde scuro del bersaglio. Ciò sta a significare che la *performance* è valutata al top delle possibilità e in termini gestionali si comprende che il grado con cui le strutture del Ssr provvedono all'erogazione delle prestazioni è oltremodo efficiente.

Quindi, con riguardo all'intera Regione, è possibile esprimere un giudizio complessivamente positivo sui giorni di degenza che i pazienti

trascorrono in media negli ospedali della Toscana ed in termini numerici questo fenomeno è rappresentato da -0,64 a fronte di una mediana nazionale pari a 0,099.

Il presupposto fondamentale di questo fenomeno è che l'offerta dei servizi socio-sanitari è garantita con equità, perciò il grande pregio di questo indicatore non è soltanto quello di riportare un risultato importante sulla degenza media ospedaliera, ma anche di segnalare delle spie utili per misurare altri aspetti fondamentali del sistema nella sua interezza.

All'interno della Regione, e quindi di ogni singola Area vasta, può essere poi riproposto il medesimo calcolo con lo scopo di indagare più nello specifico quali aziende sanitarie tendono a peggiorare la *performance* regionale e quali, invece, la migliorano.

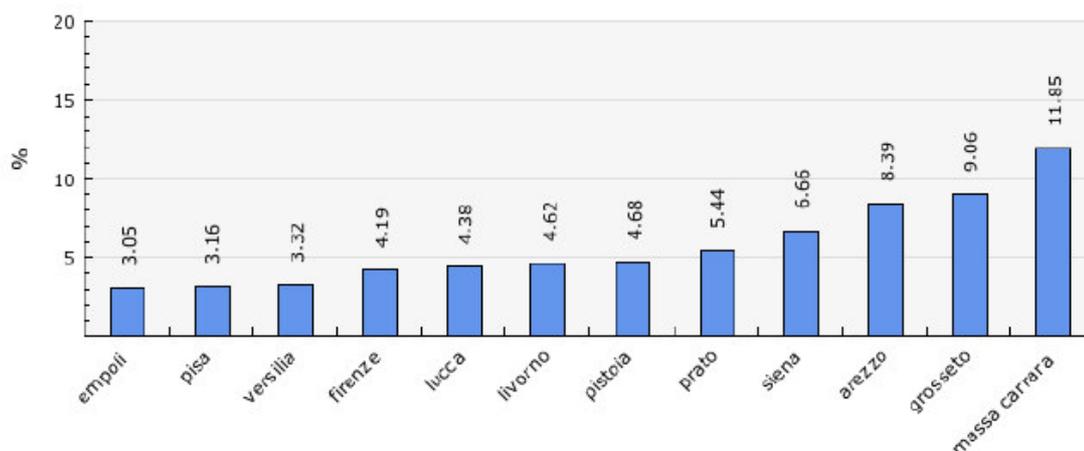
In questo caso, la struttura che presenta un basso valore dell'indicatore dimostra di essere in grado di gestire i pazienti senza sprechi di risorse ed in maniera adeguata rispetto alle condizioni cliniche, al contrario le aziende che presentano livelli troppo elevati portano un contributo negativo nel calcolo del livello di *performance* regionale.

Per un'analisi più dettagliata delle dinamiche interne alla Toscana rimandiamo al già citato *report* della Scuola Superiore S. Anna, poiché in questa sede interessa principalmente approfondire gli andamenti a livello regionale.

Percentuale di fughe in punti DRG (H12).

L'analisi della mobilità sanitaria, nelle sue diverse forme, ricopre un ruolo centrale nella programmazione dei sistemi regionali e nello sviluppo di politiche condivise a livello interregionale.

Tavola 5.12 – Percentuale di fughe in punti DRG Regione Toscana.



Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

La mobilità, in quanto espressione della libertà di scelta degli assistiti e della loro percezione della qualità dell'assistenza, si presenta come fenomeno di notevole interesse ai fini della valutazione dei servizi erogati e, più in generale, delle dinamiche che regolano la complessa dialettica tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e di promozione della qualità delle cure.

Per quanto riguarda la mobilità tra aree vaste, l'organizzazione regionale prevede che ciascuna area vasta si faccia carico dei bisogni di salute dei propri cittadini, in modo da evitare lo spostamento dei pazienti, fatta eccezione per alcuni specifici centri regionali di riferimento e delle migrazioni transfrontaliere, da e verso regioni confinanti, che possono essere spiegate dalla congruità geografica e dalla dislocazione territoriale dei servizi sanitari.

È stato valutato, quindi, il livello di fughe dall'area vasta, come indicatore di una mancata risposta al cittadino, che può essere dovuta sia ad un vuoto di offerta (carenza di servizi o loro inaccessibilità), sia ad un problema di qualità (percepita o vera) delle prestazioni rese.

L'indicatore preso in considerazione, come vedremo anche nel prosieguo dell'analisi delle altre Regioni, può essere preso in considerazione sia in termini di mobilità tra le Regioni sia all'interno della Regione stessa, e nel caso di specie all'interno delle singole Aree vaste.

L'indice di fuga extra-regione calcola la percentuale dei ricoveri avvenuto fuori dal proprio territorio, prendendo in considerazione il numero di cittadini che migrano per un ricovero ad alta complessità.

Trattandosi di ricoveri ad alta complessità, la valutazione è attribuita prevalentemente alle aziende ospedaliero-universitarie, in qualità di strutture di terzo livello.

Per quanto attiene, invece, le fughe extra-area vasta, si tratta di un obiettivo prioritario interno alla Regione Toscana poiché, anche nel caso di patologie complesse, l'impegno è quello di assicurare un centro specializzato per la cura relativa.

Il punto di colore bianco che individua il valore dell'indicatore H12 all'interno del bersaglio regionale è posizionato nella fascia di colore verde chiaro che indica il livello delle fughe dei residenti toscani verso altre strutture fuori regione pari a 7,03 rispetto alla mediana nazionale pari a 11,654.

Questo basso valore dell'indice dimostra, di conseguenza, che il cittadino reputa l'offerta sanitaria abbastanza completa e capace di rispondere in maniera più che sufficiente ai bisogni espressi.

Parlando di fughe extra-regione sembra opportuno menzionare, seppur brevemente, il dato riguardante l'attrazione che la Toscana presenta nei confronti delle altre Regioni.

La capacità di attrarre utenti fuori confini è il segno della presenza di servizi regionali di eccellenza e di qualità, riconosciuti a livello nazionale, che presentano un impatto positivo a livello economico, come dimostrato dai vari grafici prodotti dal Laboratorio Management e Sanità della scuola Superiore S. Anna, cui si rimanda.

Scostamento dalla mediana nazionale dei consumi farmaceutici territoriali (AF5.1).

In Toscana l'importo di spesa calcolato per la farmaceutica convenzionata e la distribuzione diretta è stato di 794.119.410 euro per l'anno 2007⁸¹.

⁸¹ Come già anticipato in precedenza, il flusso informativo dei dati provenienti dalle varie Asl è deficitario e di conseguenza i dati più recenti a nostra disposizione risalgono al 2007-08.

Detto valore è stato certamente influenzato da una serie di fattori, come ad esempio:

- il maggior utilizzo da parte delle Aziende sanitarie di farmaci ad alto costo;
- la scadenza del brevetto di alcune importanti molecole;
- l'applicazione del *pay back*, previsto nella legge finanziaria 2007.

Con riguardo a queste cifre occorre, però, segnalare che è stata registrata una diminuzione rispetto all'anno precedente che riportava un importo pari a 820.880.979 euro.

Questo *trend*, senz'altro confortante, segna una importante inversione di tendenza rispetto alla crescita incontrollata della spesa farmaceutica registrata negli ultimi anni e fa pensare ad una maggiore consapevolezza da parte del sistema rispetto ad un corretto utilizzo delle risorse.

L'indicatore in questione è, pertanto, finalizzato al monitoraggio del perseguimento degli obiettivi regionali di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica e mette in luce la spesa pro-capite della popolazione residente, pesata secondo i criteri espressi nel piano sanitario regionale.

Infatti, l'indicatore presenta al numeratore la spesa totale lorda che la Toscana ha sostenuto nell'anno di riferimento e al denominatore il numero complessivo della popolazione residente.

La Regione Toscana, ai sensi della delibera regionale n. 148 del 2007, ha inteso perseguire obiettivi di contenimento della spesa farmaceutica territoriale a carico del Ssr indirizzando la prescrizione dei farmaci verso prodotti a più basso costo, a parità di efficienza e di sicurezza per il cittadino.

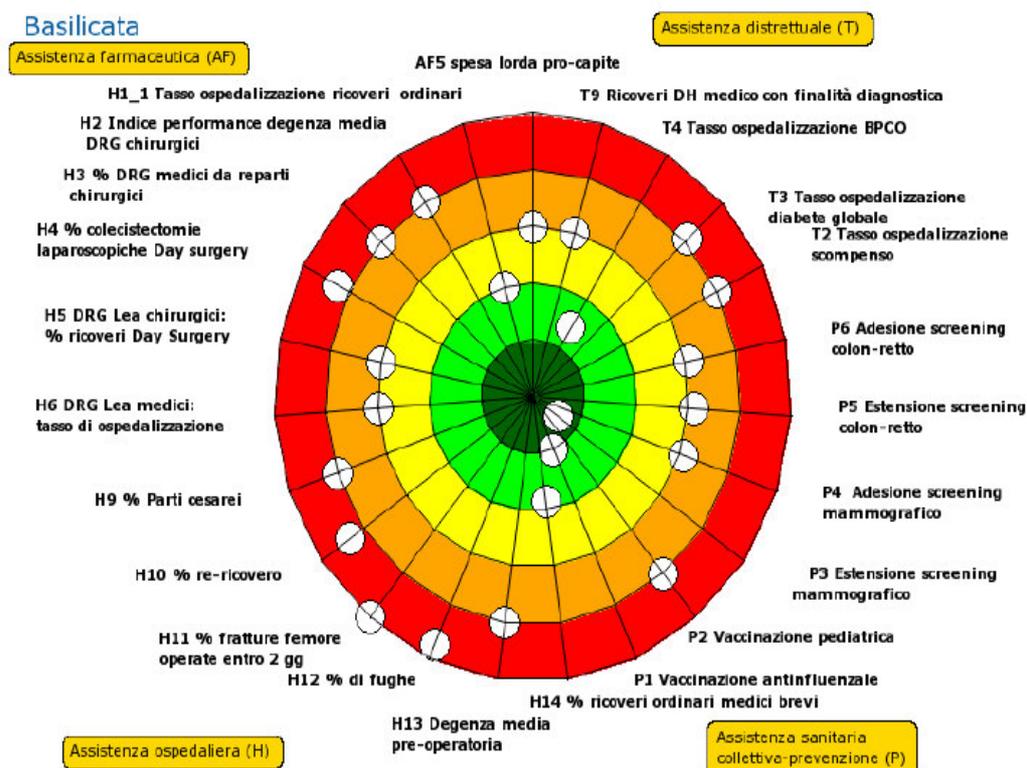
Il quadro generale sull'efficienza prescrittiva risulta, quindi, piuttosto eterogeneo sia a livello regionale che aziendale, ove le *performance* più positive sono state quelle della Asl 2 di Lucca e la 11 di Empoli posizionate nella fascia verde chiaro del bersaglio.

Puntando l'occhio sul bersaglio nazionale, invece, noteremo che la performance dell'intera Regione ricade quasi totalmente nella fascia verde

scuro, mostrando un valore di 175.200 a fronte di una mediana nazionale pari a 206.529.

Il primo passo per una attenta analisi del contesto sanitario lucano è dato dall'esame del bersaglio che l'istituto S. Anna ha prodotto per questa Regione.

Tavola 5.13 – Performance regionali rappresentate nel “bersaglio”.



Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

Tra gli indicatori rappresentati nel bersaglio, 3 di questi raggiungono la “sufficienza” e soltanto 2 rientrano tra le *performance* considerate “eccellenti”.

Sicuramente l'esame delle prestazioni ha portato ad evidenti risultati sul piano della presa di coscienza di un sistema sanitario bisognoso di urgenti interventi di carattere strutturale.

La cosa che fa ben sperare a riguardo è che i dati in possesso da parte del Ministero si riferiscono all'anno 2008 per cui non tengono conto della recente riforma avvenuta in Basilicata⁸².

Infatti, per poter apprezzare i benefici di questo intervento strutturale occorrerà monitorare il sistema per alcuni anni in modo da poter evidenziare in concreto dove la riforma ha agito e dove, invece, bisogna ancora intervenire.

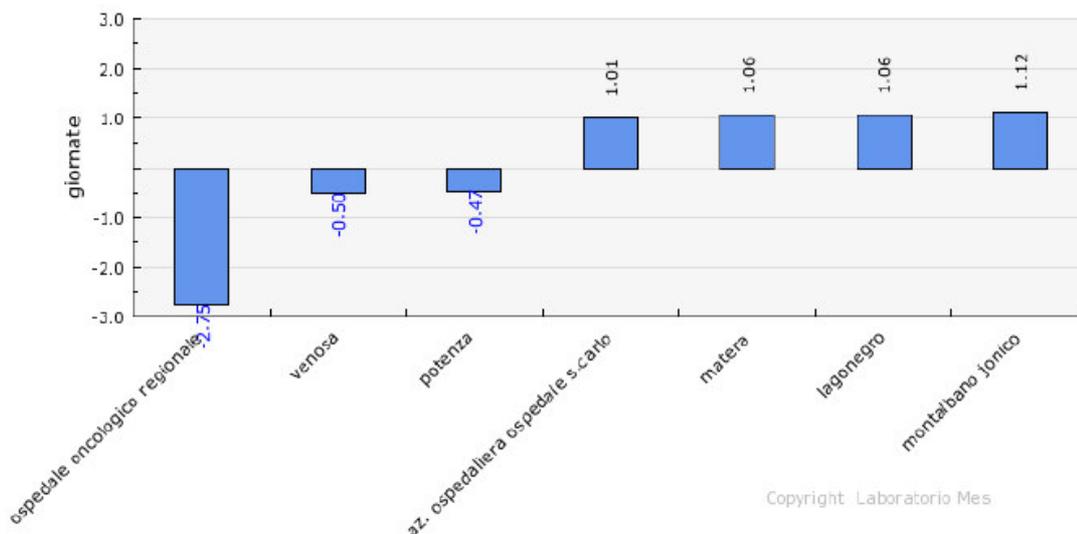
I dati presi in considerazione non possono però essere considerati fuorvianti in quanto, anche se deficitari degli effetti della riforma, sono comunque di recente elaborazione e permettono quindi un'analisi veritiera della situazione sanitaria lucana.

Proprio per questo è possibile tracciare un quadro completo delle caratteristiche specifiche che i tre indicatori, precedentemente esaminati per la Toscana, presentano in questa Regione.

Indice di performance degenza media per acuti – DRG chirurgici (H2).

Come evidenziato chiaramente nel bersaglio, l'indicatore in questione presenta un valore rientrante nelle fasce più basse e per l'esattezza nella zona rosso/arancio.

Tavola 5.14 – Indice di performance degenza media per acuti Regione Basilicata.



Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

⁸² Vedi infra Cap. 3, par. 3.2.

La prima considerazione è che l'intervento da effettuare in questa direzione è certamente urgente ed imprescindibile.

Secondo i dati numerici, infatti, a fronte di una mediana nazionale pari a 0,099 il valore della *performance* lucana registra un importo pari a 0,500, rappresentando la quintultima Regione a livello nazionale.

Il rimedio fondamentale per questa "deficienza" consiste nell'agire sulle giornate di degenza osservate, cioè su quelle effettivamente considerate per l'insieme dei dimessi nella singola azienda di erogazione.

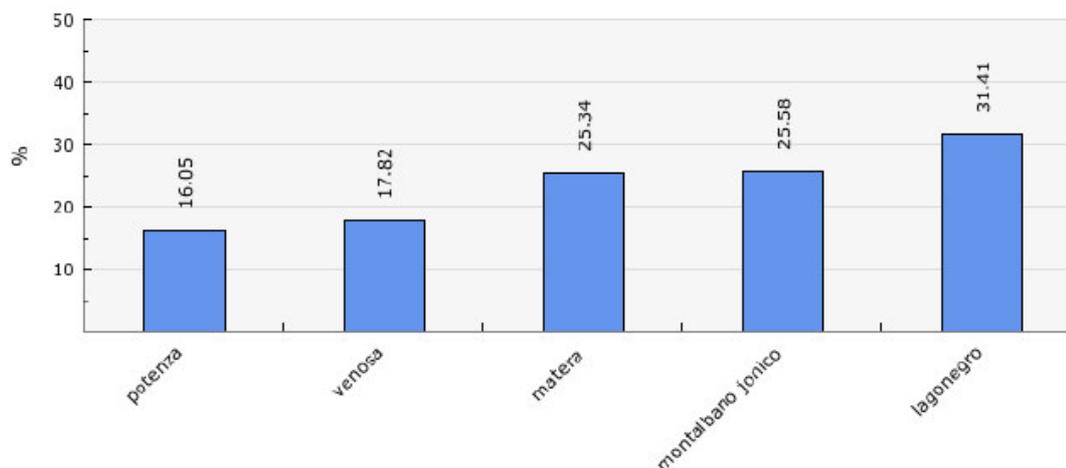
Ridurre il numero di queste giornate è certamente cosa ardua, ma l'obiettivo imprescindibile di rientro nella media nazionale dovrà far prendere coscienza ai vertici regionali di questa situazione di emergenza.

Percentuale di fughe in punti DRG (H12).

L'indicatore H12 è uno dei più interessanti poiché mette in luce il numero dei "viaggi della speranza" che i cittadini lucani sono costretti ad affrontare per le cure extra-regione ed inoltre individua indirettamente il livello di attrazione da parte della Regione nei confronti delle strutture fuori confine.

Infatti, quest'ultimo aspetto presenta notevoli conseguenze sul sistema regionale in senso lato, in quanto la scarsa attrazione sul piano sanitario porta con sé inevitabili ripercussioni sullo stile di vita offerto in regione e sulla possibilità da parte di terzi di trovare stabile dimora in Basilicata.

Tavola 5.15 – Percentuale di fughe in punti DRG Regione Basilicata.



Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

Queste considerazioni ci portano purtroppo ad affermare che tra i cittadini residenti si è diffuso un senso di sfiducia nei confronti delle cure mediche e delle relative strutture ricettizie.

Queste ultime, per giunta, saranno costrette nel lungo periodo a dover chiudere per non sostenere inutili spese a fronte di un servizio erogato solo per quei pochi che non possono permettersi di “emigrare” in un’altra regione.

Infatti, rispetto al posizionamento che le altre Regioni hanno assunto nella classificazione nazionale la Basilicata occupa la penultima posizione, presentando un divario considerevole tra la mediana nazionale, pari a 11.654, ed il valore regionale di 23.210.

A riguardo, si può facilmente osservare come il posizionamento della performance in questione ricada nella fascia più bassa, ovvero nella zona rosso scuro.

Occorre pertanto apportare urgenti rimedi per poter sopperire a queste difficoltà ed offrire ai cittadini residenti la possibilità di curarsi in Regione.

Scostamento dalla mediana nazionale dei consumi farmaceutici territoriali (AF5.1).

Il valore di questo indicatore, rispetto alla media dei valori presentati dalla Regione, è decisamente positiva.

Infatti il posizionamento che detto indice occupa nel bersaglio regionale si colloca nella zona arancio/gialla, che sta appunto ad indicare un valore pressoché sufficiente.

Rispetto, invece, al trend nazionale si registra una posizione certamente meno soddisfacente in quanto la media interregionale presenta un valore pari a 9,35 mentre l’importo della valutazione dell’indice lucano è di 39,50.

L’indicatore in questione misura, quindi, la spesa farmaceutica in rapporto alla popolazione residente lungo tutto il territorio.

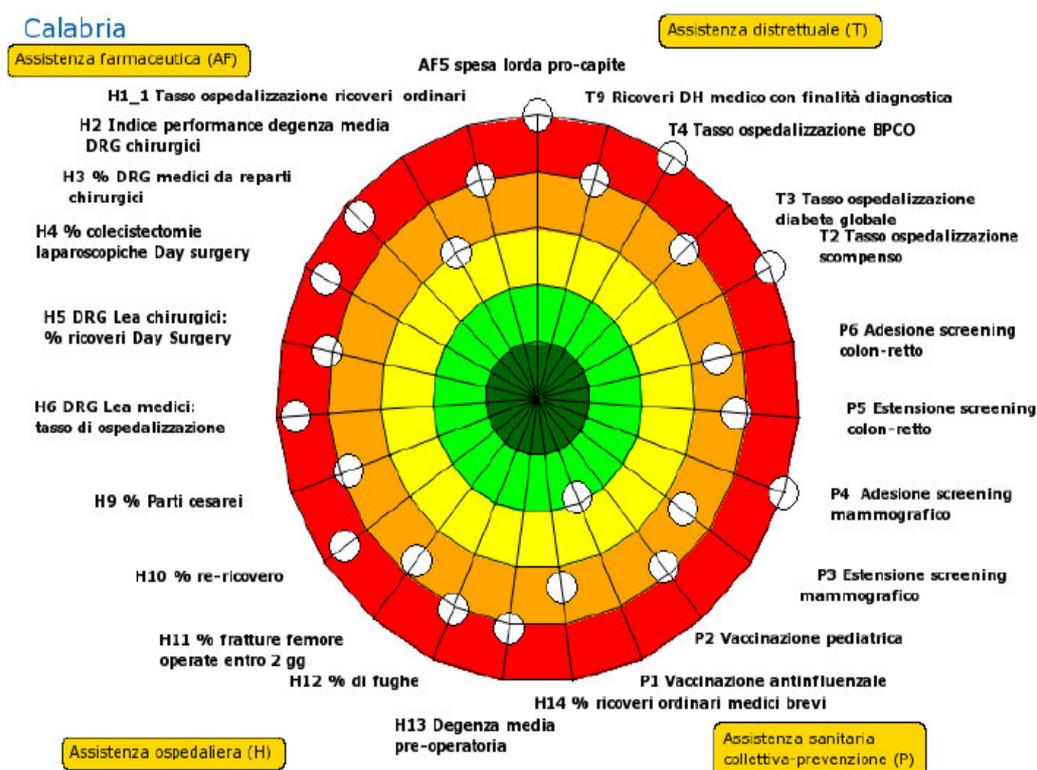
In questo caso, risulta problematico poter individuare diverse modalità per rendere la prestazione più efficiente ed economica, oltre alla già nota politica del risparmio e dei tagli oculati.

Proprio in questo senso la riforma della sanità lucana ha inteso intraprendere un percorso di rivisitazione della spesa farmaceutica che certamente porterà ad un miglioramento sensibile della *performance*.

Infine prendiamo in considerazione la Regione Calabria che rappresenta l'oggetto principale del nostro studio.

È facilmente desumibile dal grafico che le prestazioni del Ssr sono ben lontane dal centro e quindi dall'essere considerate sufficienti, ad eccezione della vaccinazione antinfluenzale che presenta valori rientranti nella media, ma comunque distanti da una *performance* considerata eccellente.

Tavola 5.16 – Performance regionali rappresentate nel “bersaglio”.



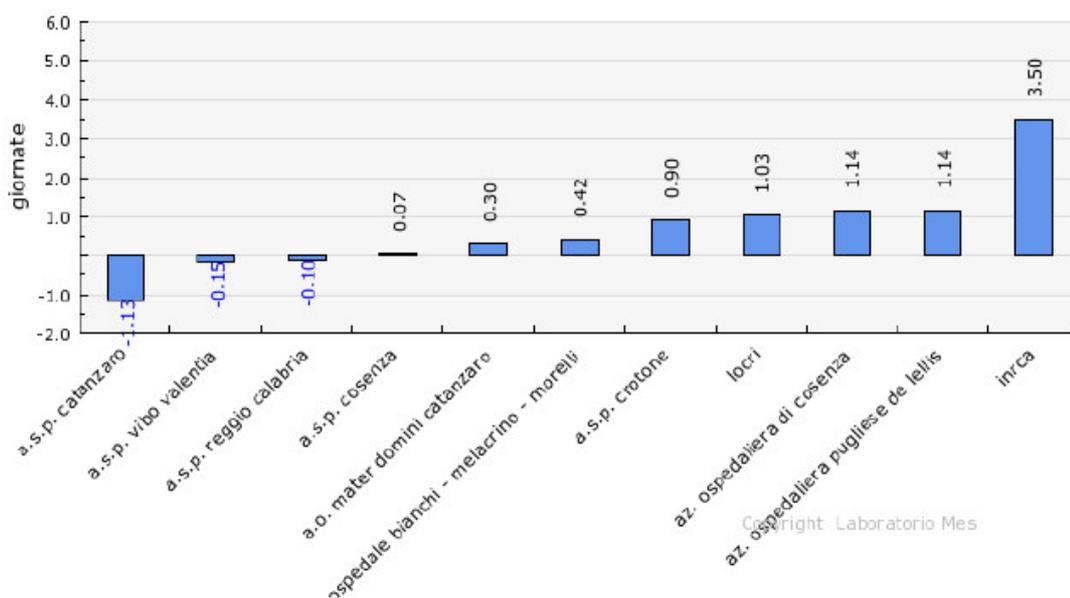
Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

Sarebbe opportuno affrontare singolarmente ogni categoria di indicatore per cercare di individuare una soluzione a queste carenze strutturali, ma, come già operato precedentemente, ci soffermeremo sui tre indici descritti per raffrontarli col *benchmarking* di riferimento.

Indice di performance degenza media per acuti – DRG chirurgici (H2).

A parte l'indice P1 vaccinazione antinfluenzale che colleziona il primato nella classificazione delle prestazioni socio-sanitarie calabresi, l'indicatore H2 presenta i maggiori valori di *performance* in tutto il sistema sanitario e si posiziona all'interno del bersaglio a cavallo tra la zona gialla e quella arancio.

Tavola 5.17 – Indice di performance degenza media per acuti Regione Calabria.



Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

Questa considerazione non deve far pensare però ad una “eccellenza” nell'erogazione dei servizi da parte delle strutture calabresi in quanto il raffronto con i valori nazionali dello stesso indice conferma chiaramente che vi sono numerose Regioni che presentano valori per lo stesso indice decisamente più bassi.

A testimonianza di ciò riportiamo proprio il valore che assume l'indicatore nel contesto nazionale, 0,190, rispetto a quella che è la media interregionale 0,099.

Come possiamo vedere, anche se non del tutto preoccupante, il valore è ben più alto rispetto alla media nazionale per cui difficilmente potrà costituire un fattore vantaggioso per la sanità calabrese.

Queste valutazioni sono rilevanti per comprendere le varie criticità che attengono alla sanità calabrese e capire che se la seconda miglior

performance è comunque oltre la media nazionale, il giudizio complessivo sull'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie non potrà che essere decisamente negativo.

Ad ogni modo, la soluzione migliore prospettata per migliorare questa performance è certamente quella di diminuire il numero di giornate di degenza in relazione a quello dei dimessi nello stesso arco temporale ed in relazione alle singole strutture.

Queste ultime, come evidenziato dalla tavola 5.17, presentano valore sopra la media essenzialmente per due strutture ospedaliere di importanza rilevante: Ao Pugliese di Catanzaro e Ao di Cosenza, a parte l'Inrca⁸³, che ai fini della nostra analisi ha poca rilevanza vista la *mission* specifica che la struttura presenta.

A tal riguardo, è di fondamentale importanza individuare al più presto dei rimedi efficaci per queste anomalie in quanto le Ao appena menzionate rappresentano due tra le strutture di primaria importanza di tutto il sistema sanitario calabrese, per cui un intervento deciso su questi due centri porterebbe grossi benefici in termini di performance per tutta la Regione.

Percentuale di fughe in punti DRG (H12).

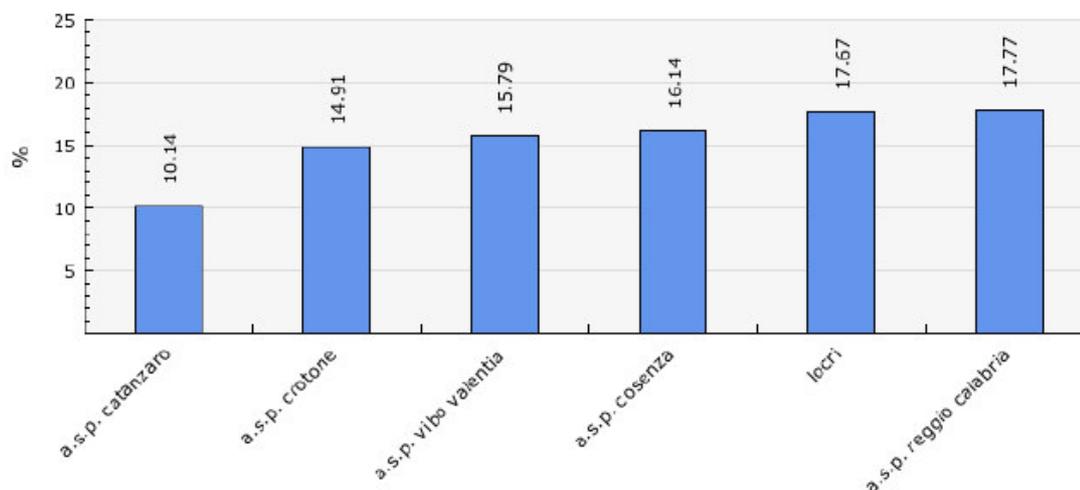
Le considerazioni operate per la Regione Basilicata potrebbero in questo caso essere puntualmente riproposte.

⁸³ La *mission* dell'I.N.R.C.A. (Istituto Nazionale di Ricovero e Cura per Anziani), che opera nell'area della Geriatria e Gerontologia, è garantire ai pazienti anziani l'eccellenza nelle cure e nell'assistenza e contribuire al progresso scientifico attraverso prodotti di ricerca trasferibili al Servizio Sanitario.

Le problematiche gerontologiche e geriatriche vengono affrontate scientificamente attraverso tre ambiti diversi fortemente interrelati fra loro:

- Attività clinico assistenziale in risposta ai bisogni dell'anziano fragile;
- Attività di ricerca, divisa in:
 - o ricerca "di base", diretta alla identificazione di segni precoci di invecchiamento o di malattie ad esso associate;
 - o ricerca clinica ed osservazionale, orientata alla diagnosi, alla terapia e alla gestione delle principali patologie geriatriche nei diversi setting assistenziali;
 - o ricerca economico-sociale, per l'analisi dei bisogni degli anziani e delle loro famiglie, con particolare attenzione alle situazioni connesse con il ricovero ospedaliero.
- Attività di formazione, svolta in collaborazione con numerosi atenei per facilitare l'incremento del livello del Know-how delle professionalità coinvolte nell'assistenza dell'anziano.

Tavola 5.18 – Percentuale di fughe in punti DRG Regione Calabria.



Fonte: Ministero della salute, valutazione della performance op. cit.

Un punto critico che ha conseguenze rilevanti su tutto il contesto regionale a livello non solo sanitario ma anche sociale ed economico, è proprio la difficoltà avvertita dai residenti calabresi nell'organizzare le cure fuori confine.

Questo aspetto, evidenziato più volte dai mass-media sotto la denominazione "viaggi della speranza" come già ricordato nel caso lucano, crea numerose difficoltà al sistema sanitario sia in termini di fiducia che il cittadino ripone nelle strutture mediche sia in termini di sistema di finanziamento della realtà calabrese.

Infatti, a proposito di quest'ultimo aspetto è opportuno ricordare che tramite il meccanismo della quota capitaria⁸⁴ la Regione Calabria dovrà corrispondere alla Regione erogatrice della prestazione un preciso corrispettivo per la cura, a discapito dello sviluppo economico delle strutture sanitarie locali.

Quanto appena riportato si evidenzia chiaramente nel bersaglio, ove la *performance* in oggetto ricade nella zona rosso/arancio, che rappresenta la fascia più bassa di collocazione dell'indice.

⁸⁴ Vedi infra cap. 1 par. 1.2.

Inoltre, rispetto alla media interregionale di 11.654, l'indicatore presenta un valore pari a 18.670, che si posiziona al quartultimo posto nelle valutazioni nazionali.

Scostamento dalla mediana nazionale dei consumi farmaceutici territoriali (AF5.1).

Il dato più preoccupante che il sistema sanitario calabrese presenta riguarda il consumo spropositato di prodotti farmaceutici.

Nel bersaglio, la posizione occupata da questa *performance* ricade totalmente nella fascia rosso scuro.

A conferma di ciò, il raffronto con la media interregionale pari a 9,35 è lampante, riportando un valore di 152,30, che rappresenta l'ultima posizione nella classificazione nazionale.

Il rimedio in questo caso è percorribile in una sola direzione: contingentamento della spesa e riduzione degli sprechi⁸⁵.

Questo è da sempre un aspetto dolente per le Regioni ed in particolare per la Calabria, in quanto gli interventi di contenimento della spesa hanno fatto ricorso quasi esclusivamente a tagli generalizzati dei prezzi dei farmaci, su tutti i prodotti e su tutto il territorio nazionale, dimostrando in tal senso sempre poca programmazione e scarsa azione complessiva.

⁸⁵ Vedi infra cap. 2 par. 2.2.

Conclusioni

Conclusioni

Tirare le fila di un argomento così variegato e complesso è cosa ardua, ma un tentativo chiarificatore è indispensabile.

L'analisi dei modelli organizzativo-sanitari delle Regioni esaminati fin qui ha evidenziato con chiarezza la grande scarsità di risorse di cui necessita il Sistema Sanitario Nazionale.

Il caso calabrese, tra gli altri, ne è forse la più chiara espressione tenuto conto del continuo *deficit* strutturale che lo caratterizza non solo sul piano economico-finanziario ma anche e soprattutto su quello sanitario.

L'analisi delle *performance* che abbiamo esaminato in precedenza ha, infatti, evidenziato gli scarsi benefici che la riforma dell'assetto organizzativo-gestionale ha prodotto, tanto da far riflettere gli addetti ai lavori sulla possibilità concreta di abbozzare una "riforma della riforma".

Questo bisticcio di parole sta a simboleggiare non solo il fallimento del processo di accorpamento delle Asl, ma soprattutto l'esigenza di rimettere mano ad un sistema che colleziona un gran numero di prestazioni sanitarie scarsamente apprezzabili, mettendo talvolta in discussione il raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza.

Queste considerazioni trovano piena convinzione nell'esame degli aspetti trattati nel presente lavoro quali ad esempio la gestione poco oculata delle risorse, la scarsa affidabilità dei servizi socio-sanitari e le costanti situazioni di crisi in cui versano i bilanci annuali.

L'esigenza, dunque, di un nuovo intervento strutturale è ormai imprescindibile ed ha bisogno di essere dettagliatamente prospettata all'interno del Piano Sanitario Regionale.

Questo documento, già analizzato in precedenza, individua le scelte strategiche fondamentali per realizzare a tutti gli effetti le linee d'azione programmate dai vertici regionali, con l'obiettivo dichiarato di assicurare a tutti i cittadini i livelli essenziali di assistenza qualitativamente e quantitativamente paragonabili a quelli offerti nelle Regioni più avanzate del nostro Paese.

Le soluzioni da individuare devono avere il chiaro obiettivo di superare i ritardi accumulati nel tempo, attraverso misure fortemente innovative che tendano a “saltare le fasi” che, in circostanze storiche diverse, hanno percorso altre Regioni.

Una questione di primaria importanza riguarda, ad esempio, la scelta di riordino della rete ospedaliera, la cui realizzazione è la primaria condizione per un reale cambiamento di rotta al fine di offrire servizi qualificati ed invertire decisamente il grado di disaffezione e di sfiducia avvertito dai residenti e che alimenta le fughe extraregionali⁸⁶.

A conferma di ciò, il riordino strutturale e organizzativo della rete ospedaliera è divenuto imprescindibile anche per il rispetto degli obblighi derivanti dall’art. 6 dell’Accordo Stato-Regioni rubricato “*Razionalizzazione della rete ospedaliera ed incremento dell’appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri*”, che individua *standard* precisi e non eludibili, cui tutte le Regioni, e quindi anche la Calabria, dovranno rispettare.

In risposta a queste esigenze, esistono alcune condizioni favorevoli che, a nostro avviso, sono in grado di ridurre il *gap* con le altre Regioni chiaramente emerso nel raffronto tra le *performance* sanitarie.

Prime fra tutte la consapevolezza della disponibilità di una ragguardevole quantità di risorse colpevolmente non utilizzate negli anni, in particolare quelle per l’edilizia sanitaria, e di innumerevoli inappropriately nella gestione dei servizi sanitari e non.

A fianco alle precedenti si posiziona certamente una terza condizione favorevole che è quella derivante dal varo del “Patto per la salute” per gli anni 2010-2012, con il quale vengono messe a disposizione finanziamenti certi per il futuro triennio che consentiranno una programmazione di più ampio respiro⁸⁷.

Obiettivo prioritario è, quindi, quello di costruire un sistema efficace, efficiente ed economico, che, riprendendo la terminologia utilizzata nel PSR, potremmo definire “*normale*”.

⁸⁶ A riguardo si veda *infra* cap. 5 par. 5.3.

⁸⁷ Vedi *infra* cap. 4 par. 4.1.

Questa definizione potrà sembrare riduttiva, ma in realtà rappresenta la finalità fondamentale la cui realizzazione è già stata avviata negli ultimi anni ed è da perseguire con maggiore cognizione di causa nel corso del tempo.

Per “*sistema normale*” si intende un servizio organizzato, sia all’interno di ciascuna Azienda, sia fra le diverse ASP, come un sistema coerente ed integrato, che ha come principale caratteristica l’equità nell’organizzazione e nell’articolazione nei diversi territori.

L’intenzione di poter acquisire questo *modus operandi* porta con sé un significato ancora più profondo se si riflette sulle rinnovate attenzioni, da parte del nostro legislatore, per la rimodulazione dell’offerta sanitaria secondo i criteri dell’appropriatezza organizzativa e funzionale, nel tentativo di orientare i servizi e le prestazioni alla qualità.

Questo consentirà, certamente, il primo passo verso una reale eliminazione degli sprechi che costituirà una seria garanzia per il conseguente recupero delle risorse da destinare al miglioramento dei livelli assistenziali.

Uno degli obiettivi prioritari consiste, quindi, nella qualificazione di un’offerta sanitaria che dovrà permettere la sostanziale riduzione dell’impropria mobilità dei cittadini all’interno ed al di fuori della Regione.

La riduzione dei “viaggi della speranza” deve essere l’obiettivo emblematico da realizzare nel più breve tempo possibile, per ridurre gli sprechi economici che ne derivano, ma, soprattutto, per alleviare i grandi sacrifici umani, sociali ed economici di chi vi è costretto.

In questa direzione si collocano altre scelte importanti già operate attraverso provvedimenti specificatamente adottati, quale ad esempio la rimodulazione del programma regionale di investimenti in sanità che costituirà la base del nuovo accordo di programma da stipulare con il Ministero della Salute per l’utilizzo dei fondi ex art. 20 della L. 67/88.

In proposito occorre segnalare che la rimodulazione consente di riprogrammare quel monte complessivo di risorse, non utilizzate dalla Regione nelle passate legislature, nel merito del quale la Sezione regionale

di controllo per la Calabria della Corte dei Conti aveva espresso un giudizio “complessivamente negativo”⁸⁸.

Altra innovazione di grande portata è rappresentata dalla costituzione di un fondo regionale di rotazione, con l’obiettivo di finanziare il rinnovo delle dotazioni tecnologiche del Servizio sanitario regionale.

A riguardo, la previsione dell’art. 10 della Legge Regionale n. 7/2006 anticipa l’accordo Stato-Regioni del 29/9/2006 denominato “Patto per la salute”, nel quale è contenuto l’impegno ad ampliare le risorse della Legge 67/1988 da 17 a 20 mld €. Tra gli scopi fondamentali dell’accordo vi è quello di favorire un forte processo di innovazione tecnologica nelle strutture del SSN, con particolare riferimento ai settori dell’oncologia, delle malattie rare e per il superamento del divario nord-sud;

Percorrendo questa direzione, sarà opportuno rimodulare l’assetto organizzativo ed i vari processi amministrativo-gestionali, attraverso la regolamentazione dei rapporti con le strutture private accreditate mediante l’approvazione dei nuovi schemi contrattuali tesi a preconstituire le condizioni favorevoli per una migliore integrazione tra settore pubblico e privato.

In questo senso, rintracciamo ancora la volontà di regolamentazione dei rapporti con l’Università Magna Graecia di Catanzaro e l’attivazione delle attività assistenziali nelle moderne strutture del Campus universitario di Germaneto, che rappresentano la chiara occasione per far decollare attività di alta specialità, di didattica qualificata e di ricerca in settori avanzati.

Infine, l’idea di un sistema di siffatta articolazione richiede necessariamente la definizione di regole certe ed organiche per l’accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private, come delineato dal più volte citato Accordo Stato-Regioni all’art. 7 rubricato “*accreditamento e remunerazione*”, da intendere come strumento obbligatorio e base di partenza per la messa a regime di un sistema di alta

⁸⁸ L’impegno regionale si è incentrato sulla parte del referto della magistratura contabile proprio laddove recita “(...) Il rilancio degli investimenti in sanità, correlato alla esecuzione degli accordi di programma, non può, infine, prescindere da un forte impegno, anche sul piano organizzativo, delle strutture regionali e aziendali, diretto a perseguire un reale miglioramento della capacità progettuale - esecutiva, una accelerazione dei programmi già avviati con l’utilizzo dei finanziamenti concessi, pena la perdita definitiva degli stessi. Il completamento delle opere già programmate consentirebbe l’inserimento ed il conseguente utilizzo delle somme nell’ambito dell’organizzazione sanitaria regionale per le finalità cui sono destinate, contribuendo a migliorare la qualità dell’offerta sanitaria complessiva (...)”.

qualità, presupposto essenziale per lo sviluppo di un metodo di valutazione dei risultati conseguiti.

Le iniziative di programmazione sopra indicate rappresentano elementi sostanziali per l'indirizzo delle attività finalizzate alla definizione del modello sanitario in divenire.

Dovranno essere, al contempo, attuate adeguate politiche di gestione delle risorse umane che tendano a riequilibrare la distribuzione del personale ed assicurare alle Aziende le figure professionali che allo stato attuale risultano deficitarie.

Il complesso delle iniziative di riordino attivate, talvolta eccessivamente episodiche, si connotano ancora semplicemente come indirizzi strategici della Regione piuttosto che come consolidato patrimonio gestionale delle Aziende del Servizio sanitario.

Tutto ciò era probabilmente prevedibile in un contesto operativo che non aveva mai assunto livelli di consapevolezza operativa orientati a creare iniziative comuni e consapevoli di riordino organico del sistema dei servizi.

L'attuazione degli interventi di riordino di cui appena detto è funzione anche della crescita dell'impegno degli operatori e della loro responsabilità professionale, determinando come ricaduta immediata la valorizzazione del loro ruolo nel conseguimento degli obiettivi strategici individuati nelle strategie di riordino.

Infatti, l'attuazione sul territorio delle ASP delle azioni strategiche promosse dalla Regione si realizza esclusivamente promuovendo la partecipazione degli operatori sanitari e del supporto clinico assistenziale (c.d. "comunità curante") alle decisioni orientate al miglioramento di efficacia ed efficienza dei servizi, determinando negli stessi la crescita di una consapevolezza sulla loro responsabilità e sugli strumenti di *clinical governance*⁸⁹.

⁸⁹ La traduzione di questo termine, già affrontata nel secondo capitolo, indica non tanto una forma esplicita di gestione della cosa pubblica, quanto uno stile atto a "creare un sistema attraverso il quale medici e amministratori sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi prestati e della creazione di meccanismi atti a garantire elevati standard di assistenza in un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza delle prestazioni e più efficaci approcci alla qualità", come lo definisce il Ministero della sanità britannico.

Già nel 1997 la Comunità Europea asseriva che *“uno dei fini prioritari dei servizi medici è la promozione della qualità dell’assistenza, in termini di equità di accesso, qualità della vita, soddisfazione dell’utente e corretto uso delle risorse in base a un buon rapporto tra costi e efficacia”*.

I valori cui si ispira l’azione di governo clinico sono, perciò, da ricercare e sul versante dell’appropriatezza e su quello della qualità.

In conclusione possiamo affermare che il percorso di rinnovo del SSR è ancora molto complesso e carico di punti oscuri e che l’obiettivo principale cui deve ispirarsi, soprattutto in vista del prossimo passaggio al federalismo fiscale, è quello di rivedere *ex novo* i processi amministrativi che governano la gestione sanitaria nel tentativo di operare gli opportuni tagli garantendo sempre l’intoccabile diritto alla salute.

Bibliografia

Bibliografia

AA.VV., *Il Sistema sanitario della Basilicata nel 2008. Una risorsa qualificante in uno scenario in cambiamento*, Milano, McGraw-Hill, 2008.

AA.VV., *Il controllo contabile e gestionale delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere*, Roma, Corte dei Conti, Seminario permanente sui controlli 2005.

AA.VV., *Ordinamento sanitario. Disciplina del Servizio Sanitario Nazionale*, Napoli, Edizioni Giuridiche Simone, 2010

AA.VV., *Organizzare la salute nel territorio*, Bologna, Il Mulino, 2010.

AA.VV., *Modelli di governance e processi di cambiamento nelle public utilities*, Milano, FrancoAngeli, 2010.

AA.VV., *Attaining universal health coverage. A research initiative to support evidence-based advocacy and policy-making*, Milano, Egea, 2010.

AA.VV., *Il problema della medicina difensiva. Una proposta di riforma in materia di responsabilità penale nell'ambito dell'attività sanitaria e gestione del contenzioso*, Pisa, ETS, 2010.

AA.VV., *Marketing per la sanità. Logiche e strumenti*, Milano, McGraw-Hill, 2010.

AA.VV., *Chi paga la retta. Compartecipazione alla spesa socio-sanitaria dell'utente disabile grave o ultrasessantacinquenne non autosufficiente*, Padova, Maripa, 2009.

AA.VV., *Dal rischio clinico alla direttiva europea 93/42 al processo di sterilizzazione. Quali relazioni*, Firenze, Alinea, 2009.

AA.VV., *Le organizzazioni evolute in sanità. Ideazioni per la ricerca dell'eccellenza nel sistema salute*, Milano, Il Sole 24 Ore, 2010.

ALFANO A., *Cento domande e cento risposte sull'organizzazione dei servizi sanitari. Comunicare la salute*, Milano, Il sole 24 Ore, 2010.

ANCONA A., *Il patto riscrive la manovra*, in *Il Sole 24 Ore Sanità – Toscana*, n.38, 2006.

ANNESI PESSINA E., *L'evoluzione dei sistemi contabili pubblici. Aspetti critici nella prospettiva aziendale*, Milano, Egea, 2007.

ANSELMINI L., *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Il sole 24 ore, 1996.

ANSELMINI L. – SAITA M. (a cura di), *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie. L'evoluzione del sistema sanitario nella prospettiva federale*, Milano, Il Sole 24 Ore, 2002.

AZZALI S., *Il bilancio consolidato secondo i principi contabili internazionali*, Milano, Il Sole 24 Ore, 2002.

BANCA D'ITALIA, *I bilanci delle famiglie italiane nell'anno 2004*, supplemento al «Bollettino Statistico», XVI, 7, 2006.

BARAGHINI G. - TREVISANI B. - CENCETTI S., *Project management in una struttura sanitaria. L'approccio teorico e gli strumenti operativi*, Milano, FrancoAngeli, 2010.

BENEDETTI A., *La valutazione della dirigenza nell'attuazione regionale del D. Lgs. 29/93*, in MERLONI F. (a cura di), *Riforme amministrative e organizzazione regionale. Prima attuazione del D. Lgs. n° 29/93*, Milano, Giuffrè, 1999.

BERGAMASCHI M., *Creazione del valore e organizzazione in sanità*, Milano, McGraw-Hill, 2009.

BEVAN G. – ROBINSON R., *The interplay between Economic and Political Logics: Path Dependency in Health Care in England*, in *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2005.

BIANCHI M., *Controlli, monitoraggi e verifiche di adeguatezza nell'organizzazione dell'ente locale*, in «Azienditalia», n° 3, 2000.

BOCCHINI E., *Manuale di diritto della contabilità delle imprese*, Torino, Utet, 1995.

BORGONOV E., *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea, 2004.

BRANCARI S. – RICCI G., *Impatto IAS sulle quotazioni: prima evidenza empirica nelle relazioni trimestrali*, in *Revisione contabile*, 2005.

BRUNO P., *Guida pratica alla direzione di struttura complessa in sanità. Gli strumenti del management sanitario come motore per il cambiamento organizzativo*, Milano, Il Sole 24 Ore, 2009.

CACCIA C., *Management dei sistemi informativi in sanità*, Milano, McGraw-Hill, 2008.

CARATOZZOLO M., *Le modifiche alla IV e VII direttiva per consentire l'applicazione dei principi IASC*, *Le società*, n. 2, 2003.

CATELANI A., *Trattato di diritto amministrativo*, Padova, Cedam, 2010.

CAVICCHI I., *Medicina e sanità: snodi cruciali*, Bari, Dedalo, 2010.

CISALGHI C. (a cura di), *Gli scenari della sanità*, Milano, FrancoAngeli, 2006.

D'ADAMO A. – POLISTENA B., *Il sistema sanitario della Basilicata nel 2008. Una risorsa qualificante in uno scenario in cambiamento*, Milano, McGraw-Hill, 2008.

D'ANNUNZIO E., *Sanità malata. Un medico impegnato in politica indaga le ragioni del declino della Sanità pubblica italiana e suggerisce la ricetta per una cura (ancora) possibile*, Roma, Castelvecchi, 2010.

DE MATTEIS R., *Responsabilità e servizi sanitari*, Padova, Cedam, 2007.

DEL VECCHIO M., *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, Egea, 2009.

DEZZANI F., *Principi civilistici e principi las/lfrs: sistemi alternativi per la redazione del bilancio di esercizio*, in *Ricrea*, n. 5 – 6, 2006.

DONZI R., *Il bilancio delle imprese alla luce dei nuovi las/lfrs: uno sguardo insieme*, in *Basilea 2*, anno III, n. 4, 2006.

FABBRINI G., *La certificazione dei bilanci*, Padova, Cedam, 1978.

FABBRINI G. - MONTRONE A., *Economia Aziendale. I fondamenti della disciplina*, Milano: FrancoAngeli, 2006.

- *Economia aziendale. Fondamenti ed evoluzione della disciplina*, Milano, FrancoAngeli, 2002.

FABBRINI G. - RICCIARDI A. (a cura di), *Human Resources: modalità di reporting e criteri di valutazione*, Milano: FrancoAngeli, 2007.

- *Intangible assets. Principi contabili, modalità di reporting e tecniche di valutazione*, Milano: FrancoAngeli, 2007.

FABBRINI G. - MUSAIO A. (a cura di), *Contabilità e bilancio. Fondamenti e disciplina*, Milano, FrancoAngeli, 2004.

FARNETI G., *Ragioneria pubblica. Il nuovo sistema informativo delle aziende pubbliche*, Milano, FrancoAngeli, 2004.

FORGESCHI G. - FIORANI M., *La gestione del rischio clinico. Dalla consapevolezza alla sicurezza*, Roma, Medicina Legale Ospedali, 2010.

FIORITTI A. – BASSI A., *Confronto tra i principi contabili nazionali e las/lfrs*, in *Contabilità finanza e controllo*, n. 3, 2003.

FRANCE G., *Diritto alla salute, devolution e contenimento della spesa: scelte difficili, scelte obbligate*, in ISSiRFA-CNR, «Terzo Rapporto annuale sullo stato del regionalismo in Italia», 2004.

GALATRO V., *Il controllo interno nell'ente locale. Controllo di gestione, verifica, effetti e responsabilità. Problemi e casi pratici*, Milano, Giuffrè, 2001.

GIORNETTI A., *Principi las/lfrs in Italia*, Milano, Giuffrè, 2005.

GIORGETTI R., *Legislazione e organizzazione del servizio sanitario*, Rimini, Maggioli Editore, 2010.

GUALTRI L. – BINI M., *Valutazione delle aziende*, in *Management*, vol. 9, Università Bocconi, 2005.

HINNA L. (a cura di), *Management in sanità. Scenari, metodi e casi*, Roma, Aracne, 2002.

HINNA L. – MESSIER W.F., *Auditing. Fondamenti di revisione contabile*, Milano, McGraw-Hill, 2007.

IANNI L., *Profili economico-aziendali e contabili nel nuovo sistema informativo sanitario (NSIS)*, Milano, FrancoAngeli, 2009.

JOMMI C., *I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie*, in: E. Annessi Pessina – E. Cantù, (a cura di), «L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000», Milano, Egea, 2000.

JORIO E., *Diritto sanitario*, Milano, Giuffrè, 2005.

LEGA F., CANTÙ E., *Lo sviluppo dei processi di dipartimentalizzazione ospedaliera: aspetti di processo e scelte di struttura organizzativa*, Rapporto OASI, 2001.

LONGO F. - DEL VECCHIO M. - LEGA F., *La sanità futura. Come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie*, Milano, Università Bocconi, 2010.

MACIOCCO G. - SALVADORI P. - TEDESCHI P., *Le sfide della sanità americana. La riforma di Obama. Le innovazioni di Kaiser Permanente*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 2010.

MAGGI D., *Sistemi di controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Milano, Giuffrè, 2005.

- MAINARDI M., *Introduzione alla revisione contabile*, Padova, Cedam, 2000.
- *I servizi di assurance e le relazioni emesse dalla società di revisione*, Padova, Cedam, 2004.
- MARRA F., *Le Funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie. Aspetti contrattuali e management*, Milano, FrancoAngeli, 2010.
- MARTINELLI M., *La contabilità e il bilancio nelle aziende sanitarie*, Milano, Il Sole 24 Ore, 2001.
- MAZZA G. – FERRARINI M., *Principi contabili (il passaggio alle regole IASB) chemi analitici di confronto, differenze valutative e di informativa. Commenti, interpretazioni e soluzioni applicative*, Milano, Il Sole 24 Ore, 2003.
- MEGALI C., *Modelli e strumenti di governance sanitaria*, Roma, Aracne, 2008.
- MEGALI C. - ROSSI F., *I processi di standardizzazione contabile in sanità: l'esperienza della regione toscana*, in "revisione contabile", n.63, 2005.
- MENEGUZZO M., *Managerialità, innovazione e governance: la P.A. verso il 2000*, Roma, Aracne, 2006.
- MENEGUZZO M. – TANESE A., *Sistemi sanitari regionali e capacità di innovazione delle Aziende sanitarie: una periferia in movimento*, MECOSAN, n. 37, 2001.
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*, 2006.
- MIRIELLO C., *Le aziende sanitarie pubbliche*, Padova, Cedam, 2009.
- MULAZZANI M., *Economia delle aziende e delle Amministrazioni Pubbliche*, Padova, Cedam, 2001.

PERRELLA G. - LEGGERI R., *La caccia e la lotta agli sprechi in sanità: metodi e strumenti operativi per le strutture sanitarie pubbliche e private*, Milano, FrancoAngeli, 2007.

PERSIANI N., *Principi contabili e di controllo interno per le aziende sanitarie ed ospedaliere*, Milano, FrancoAngeli, 2008.

- *Modelli di programmazione e sistemi di controllo interno nella Pubblica Amministrazione*, Milano,Angeli, 2001.

- *Il controllo di regolarità amministrativa e contabile*, in «Atti del Forum della Pubblica Amministrazione», 2000.

PISCOPO G., *Il clima organizzativo nelle organizzazioni sanitarie. Due indagini empiriche*, Roma, Aracne, 2010.

PODDIGHE F., *Analisi di bilancio per indici. Aspetti operativi*, Padova, Cedam, 2004.

POZZA L., *La misurazione della performance d'impresa*, Milano, Egea, 2000.

RAPPORTO OASI, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea, 2005.

- *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea, 2006.

ROSSI C., *Il concetto di fair value e la valutazione degli strumenti finanziari*, Milano, Giuffrè, 2003.

SAITA M. - KAINICH F. - SARACINO P., *La pianificazione strategica e il controllo di gestione nella sanità*, Milano, Il Sole 24 Ore, 2010.

SCHLITZER E. F., *Il sistema dei controlli interni nelle pubbliche amministrazioni*, Milano, Giuffrè, 2002.

SCROCCARO G. - GANDINI A., *Health technology assessment. Introduzione alla materia ed esperienze regionali*, , Maya Idee, 2009.

SFORZA V., *L'economia delle aziende sanitarie pubbliche. Logiche di gestione e strumenti di analisi dei risultati aziendali*, Padova, Cedam, 2005.

SIMONETTI S., *Le Riforme Brunetta nelle aziende sanitarie. Come due anni di legislazione cambiano il rapporto di lavoro nel Servizio sanitario nazionale*, Rimini, Maggioli Editore, 2010.

STRIPPOLI V., *Trattamenti e accertamenti sanitari obbligatori*, Rimini, Maggioli Editore, 2010.

TARQUINIO L., *Financial Derivatives. Fair value e convergenza contabile internazionale*, Torino, Giappichelli, 2003.

TOTH F., *Le politiche sanitarie. modelli a confronto*, Roma, Laterza, 2009.

TRIASSI M., *Il management in sanità: gli strumenti per il governo delle aziende e delle strutture sanitarie: modelli organizzativi e buone pratiche*, Roma, Società Editrice Universo, 2009.

ZONI L., *Cambiamenti strategici e sistemi di controllo. Determinanti e processi di trasformazione*, Milano, Giuffrè, 2003.