

L'AZIENDALIZZAZIONE DELLA SANITÀ IN ITALIA: RAPPORTO OASI 2006

A cura di Eugenio Anessi Pessina ed Elena Cantù

EXECUTIVE SUMMARY

1. Introduzione

L'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane (OASI) del CERGAS Bocconi si propone di analizzare i cambiamenti in atto nella sanità italiana secondo l'approccio economico-aziendale. In tale approccio la pubblica amministrazione (o qualunque suo sottosistema, compreso quello sanitario, che peraltro comprende anche aziende private) è definita non come sistema unitario, ma come sistema di aziende dotate di autonomia. Di conseguenza:

- dal punto di vista interpretativo, la funzionalità complessiva del sistema dipende dai livelli di funzionalità di ciascuna azienda e dall'interazione tra le diverse aziende;
- dal punto di vista normativo, la funzionalità complessiva del sistema si può migliorare modificando le modalità di funzionamento delle singole aziende e mettendole in grado di migliorare i propri risultati, nel rispetto delle proprie specificità organizzative, gestionali e di ambiente. Anche nella definizione delle politiche pubbliche non bisogna imporre comportamenti uniformi: bisogna invece creare le condizioni e fornire gli incentivi perché le singole aziende migliorino le proprie modalità di funzionamento.

OASI si propone quindi di analizzare le scelte adottate dalle singole aziende sanitarie e i loro riflessi sulla funzionalità delle aziende stesse e del sistema sanitario nel suo complesso. A questo scopo utilizza diversi strumenti di ricerca tra loro integrati (analisi documentale, studi di casi singoli e comparati, sistematizzazione e analisi quantitativa di dati, *survey* mediante questionari e interviste a diversi soggetti regionali e aziendali). Mantiene inoltre un rapporto costante con gli operatori del settore attraverso il «Network OASI», composto da circa 400 persone con posizioni di responsabilità nelle regioni e nelle aziende, al fine di condividere e diffondere le esperienze e di sviluppare elementi critici di interpretazione e valutazione della realtà sanitaria italiana.

I risultati dell'attività di ricerca vengono divulgati principalmente attraverso il Rapporto Annuale. Alcuni capitoli del Rapporto sviluppano *ex novo* temi di particolare interesse e attualità; altri propongono riflessioni e aggiornamenti su temi già analizzati in precedenti Rapporti. Le strategie di divulgazione comprendono inoltre l'organizzazione e la presentazione di relazioni a convegni, la pubblicazione di articoli su quotidiani e riviste specializzate, l'utilizzo del sito internet (<http://www.oasi.cergas.info>). Finora sono stati pubblicati sette Rapporti Annuali (dal 2000 al 2006). Questo documento riassume metodi, contenuti e risultati del Rapporto 2006.

2. Metodi e contenuti

Come è ormai tradizione, il Rapporto OASI 2006 si articola in cinque parti: il quadro di riferimento, i sistemi sanitari regionali, l'assetto istituzionale (cui si aggiunge quest'anno un riferimento all'assetto tecnico e alle combinazioni economiche), l'organizzazione, la rilevazione. La Tabella 1 presenta sinteticamente autori, metodi e contenuti dei singoli capitoli.

Tabella 1. Autori, metodi e contenuti del Rapporto OASI 2006

Cap.	Titolo	Autori	Contenuto	Metodi	Oggetto di analisi
	Prefazione	Borgonovi e Longo			
I. Il quadro di riferimento					
1	Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati	Anessi Pessina			
2	La struttura del Servizio Sanitario Nazionale	Carbone e Lecci	Risorse utilizzate (es. personale, posti letto) e output prodotti (es. numero di prestazioni) dalle aziende sanitarie	Elaborazione di dati ministeriali e dati raccolti con schede inviate a tutte le regioni	Tutte le regioni e aziende
3	La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione	Jommi e Lecci	Spesa sanitaria a livello internazionale, nazionale, regionale. Disavanzi a livello nazionale e regionale e relative misure regionali di copertura	Elaborazioni su database OCSE, Relazione generale sulla situazione economica del paese, dati Ministero della salute	Tutte le regioni. Confronto con paesi UE e principali paesi extra-UE
4	La sanità privata accreditata	Carbone e Lecci	Principali attori, risorse utilizzate (es. personale, posti letto) e output prodotti (es. numero di prestazioni)	Elaborazione di dati ministeriali e di diverse altre fonti	Tutte le regioni e aziende
II. I sistemi sanitari regionali					
5	I Piani Sanitari Nazionali: quale ruolo per lo Stato nella programmazione di un sistema decentrato	Aguzzi, Fattore e Lecci	PSN: caratteristiche formali e strutturali; significato programmatico; attenzione verso «modello aziendale» e ruolo delle Regioni	Lettura tramite griglie e tramite la tecnica di «analisi del contenuto»	PSN resi pubblici (anche se non formalmente approvati) a partire dal 1992
6	LEA e concertazione tra Stato e regioni nel sistema sanitario: una prospettiva economico-aziendale e una giuridica	Molaschi e Longo	Evoluzione e criticità dei LEA. Ruolo di Stato e regioni nel nuovo assetto costituzionale	Analisi critica alla luce dell'impostazione economico-aziendale e di quella giuridica	
7	Tariffe e finanziamento dell'innovazione tecnologica: analisi generale e focus su due casi regionali	Carbone, Jommi e Torbica	Tariffari regionali per prestazioni di ricovero e ambulatoriali e meccanismi correttivi degli effetti potenzialmente distortivi del finanziamento a tariffa; analisi del processo di finanziamento delle innovazioni	Analisi documentale e interviste semistrutturate ai referenti delle direzioni generali sanità degli assessorati regionali	Tutte le regioni. Approfondimento su Lom, Ven, Emr, Tos, Mar, Cam, Sic
8	Sistemi di long term care: una comparazione tra cinque regioni italiane	Carbone, Fosti, Sicilia, Spano e Tanzi	Sistemi di offerta di servizi socio-sanitari agli anziani nell'ambito di strutture residenziali (tipologia e numerosità strutture, sistemi di finanziamento e di accreditamento)	Lettura di dati regionali tramite griglie	Ven, Emr, Tos, Mar, Sic
9	Gli indirizzi regionali per le rilevazioni economiche analitiche delle aziende sanitarie: finalità, contenuti e modelli di controllo	Alesani e Galli	Linee guida regionali di contabilità analitica: finalità, contenuti, profili metodologici, modelli di controllo economico proposti	Lettura tramite griglie	Pie, Lom, Fvg, Emr, Tos, Laz, Abr, Pug, Sic
10	Prospettive regionali per la gestione del rischio clinico: una prima indagine esplorativa	Brusoni, Cosmi e Trincherò	Caratteristiche dell'eventuale funzione di <i>risk management</i> presente a livello regionale e del soggetto titolare della funzione; politiche regionali promosse in tale ambito e relativo livello di attuazione	Analisi documentale e interviste semistrutturate a interlocutori dell'Assessorato sanità e/o dell'Agenzia regionale	Tutte le regioni
III. Assetti istituzionali, assetti tecnici e combinazioni economiche					
11	Nuove tendenze nelle strutture di governo: interpretazioni e riflessioni a margine di un documento della Regione Emilia Romagna	Del Vecchio	Analisi dei recenti processi di riassetto istituzionale e delle relative determinanti	Lettura critica della nuova legge sull'organizzazione e il funzionamento del SSR dell'Emilia Romagna e delle conseguenti direttive di Giunta	Emr
12	L'outsourcing nel SSN: motivazioni, caratteristiche e risultati	Macinati	Outsourcing: diffusione, motivazioni, caratteristiche dei rapporti instaurati, risultati conseguiti	Questionario postale	Tutte le aziende sanitarie pubbliche, compresi Policlinici e IRCCS pubblici (tasso di risposta 41%)

13	Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico-organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota	Alesani, Barbieri, Lega e Villa	Cambiamenti nell'assetto tecnico-logistico degli ospedali: dal modello tradizionale di assegnazione di risorse e spazi per specialità clinica al modello per intensità di cura	Studio di casi	Tre presidi ospedalieri di ASL (Foligno, Forlì, Pisa)
14	La gestione per processi per il governo clinico e il controllo dei rischi: un confronto di metodo tra Aziende Ospedaliere	Baraghini, Capponi, Capelli, Longo, Tozzi, Villa	Gestione per processi: finalità, modalità di scelta dei processi da riprogettare; approcci e strumenti di analisi e riprogettazione; sistemi di monitoraggio	Studio di casi	3 AO: Sant'Orsola-Malpighi (BO), «Maggiore della Carità» (NO), Policlinico (MO)
IV. L'organizzazione					
15	Vincere la resilienza al cambiamento: come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica e del cambiamento organizzativo	Lega	Come coinvolgere maggiormente i professionisti nelle decisioni strategiche; come riorganizzare l'azienda revisionando i modelli culturali e operativi tipici del contesto professionale tradizionale; come riconfigurare il sistema aziendale dei servizi	Analisi critica delle tendenze in atto alla luce dell'impostazione economico-aziendale	
16	La carenza di infermieri: condizioni del mercato del lavoro e risposte di management	De Pietro	Quantificazione della carenza di infermieri e risposte gestionali a disposizione delle aziende	Analisi critica dei dati di sistema e studio di un caso	AO «Ospedale Niguarda Ca' Granda»
V. La rilevazione					
17	Gli approcci strategici nelle aziende sanitarie pubbliche: un'analisi preliminare	Cuccurullo	Definizione di un modello per misurare la capacità strategica delle aziende sanitarie (griglia di <i>item</i> misurati attraverso la scala di Likert) e applicazione a quattro casi aziendali	Analisi critica della letteratura e studio di casi	Un'ASL, un'AO, un IRCCS, un policlinico
18	La rendicontazione sociale nelle aziende sanitarie: funzionalità e potenzialità	Alesani, Cantù, Marcuccio e Trincherò	Mappatura e analisi del fenomeno della rendicontazione sociale nel settore sanitario pubblico; identificazione delle variabili che determinano il livello di coerenza tra valenze ricercate, valenze percepite, processo, forma e contenuti della rendicontazione sociale	Studio di casi	Intero universo delle aziende che hanno pubblicato un documento di rendicontazione sociale (19 ASL e 3 AO)
19	Percezioni strategiche dei responsabili di sistemi informativi sull'e-health	Buccoliero e Calciolari	Ruolo del responsabile dei sistemi informativi, grado di integrazione dei sistemi informativi e dei processi aziendali, stato dei sistemi informativi direzionali	Questionario rivolto ai responsabili dei sistemi informativi tramite CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing)	Tutte le aziende sanitarie pubbliche, compresi gli IRCCS (tasso di risposta 26,4%)
20	Le operazioni di partnership finanziaria pubblico-privato in sanità: un'analisi critica	Amatucci e Lecci	Ricognizione delle iniziative di project finance in sanità: finalità; localizzazione; dimensione economica; caratteristiche tecniche; benefici e costi per le aziende sanitarie; impatto sulla programmazione regionale	Questionario telefonico e analisi documentale	Tutte le 27 iniziative aggiudicate e concretamente avviate al 30/06/06

3. I principali risultati: assetti di sistema

In un sistema sanitario sempre più regionalizzato, gli assetti di sistema si possono descrivere a partire dai principali strumenti di governo di cui le regioni dispongono in quanto «capogruppo» del SSR. Più specificamente, le regioni devono:

- Stabilire la struttura del gruppo in termini di combinazioni economiche con autonomia giuridica ed economica (le aziende del gruppo). Rispetto a questo tema, va innanzi tutto sottolineato come la rinnovata attenzione verso le iniziative di «ingegneria istituzionale» (§ 5) renda meno significativo descrivere l'assetto dei SSR in termini delle loro «classiche» aziende pubbliche (ASL e AO), equiparate, private accreditate. La Tabella 2 sintetizza comunque l'evoluzione di ASL e AO dai primi anni Novanta ad oggi, nonché le principali caratteristiche dimensionali di ASL e AO nelle diverse regioni, evidenziando in particolare: (i) la riduzione nel numero delle ASL, accentuata nell'ultimo biennio dalla creazione di ASL uniche regionali nelle Marche e in Molise; (ii) l'eterogeneità interregionale per numero

e dimensione media delle ASL stesse; (iii) l'eterogeneità interregionale per numero e dimensione media delle AO, che condiziona tra l'altro il numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL e quindi l'estensione dei meccanismi di «quasi mercato». La Tabella 3 sintetizza le principali innovazioni istituzionali includendo sia l'accorpamento e scorporo di ASL e AO, sia la creazione di nuovi soggetti giuridici e gli interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende.

- Ridisegnare il proprio apparato amministrativo, anche attraverso l'eventuale istituzione di un'Agenzia Sanitaria Regionale.
- Tracciare le politiche e le regole complessive del sistema attraverso la definizione dei PSR, dei sistemi di programmazione e controllo di gruppo, dei sistemi di finanziamento della spesa corrente e degli investimenti, dei sistemi di accreditamento istituzionale.
- Tracciare le politiche di governo in specifici ambiti di attività (medicina generale, assistenza farmaceutica ecc.).
- Definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi ecc.). Qui si confermano, con particolare riferimento alla figura del direttore generale, le difficoltà legate alla breve durata effettiva del mandato (nel periodo 1996-2006 la media nazionale è stata di 3 anni e 6 mesi: Tabella 4) e all'occasionalità della nomina (il 41% delle persone che hanno ricoperto l'incarico di DG sono rimaste in carica, in una o più aziende, per un massimo di 2 anni, come mostrato in Figura 1; la percentuale è aumentata nell'ultimo anno di circa 3 punti percentuali).
- Progettare norme generali per l'organizzazione, il funzionamento e la contabilità delle aziende.

Tabella 2. Evoluzione nel numero di ASL e AO e loro dimensioni medie (2006)

	ASL						AO				
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/06	Popolazione media	N. medio presidi a gest. diretta*	PL utilizzati medi per presidio ASL* 2004	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/06***	N. medio stabilimenti AO** 2004	PL utilizzati medi per AO 2004	PL utilizzati medi per stabilimento AO** 2004
Piemonte	63	22	13	333.090	4,0	138	7	8	1,6	623	335
Val d'Aosta	1	1	1	122.868	1,0	421	-	-			-
Lombardia	84	44	15	626.206	0,1	156	16	29	3,9	774	200
Bolzano	4	4	4	118.288	1,8	261	-	-			-
Trento	11	1	1	486.957	11,0	143	-	-			-
Veneto	36	22	21	223.807	3,0	189	2	2	1,5	1.589	1.059
Friuli V. G.	12	6	6	200.786	1,8	122	3	3	2,0	752	376
Liguria	20	5	5	318.462	2,0	280	3	3	1,0	771	771
Emilia R.	41	13	11	377.397	3,5	229	5	5	1,0	986	986
Toscana	40	12	12	299.856	2,8	220	4	4	1,0	939	939
Umbria	12	5	4	214.735	2,3	145	2	2	1,5	651	434
Marche	24	13	1	1.518.780	31,0	112	3	2	2,0	602	301
Lazio	51	12	12	439.164	4,2	130	3	4	2,0	671	419
Abruzzo	15	6	6	216.545	3,8	153	-	-			-
Molise	7	4	1	321.953	6,0	196	-	-			-
Campania	61	13	13	445.307	3,8	118	7	8	1,1	483	429
Puglia	55	12	12	339.014	2,3	300	4	2	1,0	994	994
Basilicata	7	5	5	119.309	2,4	85	1	1	2,0	415	415
Calabria	31	11	11	182.661	3,0	114	4	4	2,3	456	203
Sicilia	62	9	9	557.009	5,3	96	16	17	1,5	378	247
Sardegna	22	8	8	206.257	3,6	168	1	1	1,0	531	531
ITALIA	659	228	171	341.800	3,2	160	81	95	2,2	672	307

* Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 Dlgs 502/92). ** Per stabilimenti di AO si intendono tutte le sedi fisiche ubicate ad indirizzi differenti. *** Secondo i dati ministeriali in Basilicata sono presenti 2 AO. La Regione ne considera invece una sola perché il CROB Ospedale Oncologico Regionale di Rionero (PZ) è in corso di riconoscimento come sede distaccata di IRCCS di diritto pubblico.

Fonte: OASI e elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Tabella 3. Nuovi soggetti giuridici e interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende (2002-2006)

Regione	Accorpamenti e scorpori di ASL e AO	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
Piemonte	Fusione per incorporazione in 7 nuove ASL di 16 delle 22 ASL esistenti. Il nuovo assetto del SSR piemontese prevede quindi 13 ASL (2006) Istituzione dell'ASO Ordine Mauriziano di Torino (2004)	Trasformazione dell'AO San Giovanni Battista di Torino (Molinette) e dell'AO San Luigi di Orbassano in AO integrate con l'Università	Costituzione di quattro aree di coordinamento sovrazonale con compiti gestionali interaziendali al fine di garantire la continuità assistenziale, il controllo dei livelli di domanda e l'integrazione delle rispettive attività
Lombardia	Costituzione di due AO: Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (2002) Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio (2003)	Istituzione di una Fondazione in cui vengono incorporati l'IRCCS pubblico «Ospedale Maggiore di Milano» e l'AO «Istituti Clinici di Perfezionamento» Costituzione delle Fondazioni di partecipazione: "San Pellegrino" per la gestione del presidio ospedaliero di Castiglione delle Stiviere; "Montecchi" per la gestione del presidio ospedaliero di Suzzara Trasformazione in Fondazione (ex art. 2/2 Dlgs 288/03) di tre IRCCS di diritto pubblico (Besta di Milano, Istituto dei Tumori di Milano, San Matteo di Pavia)	Contratti interaziendali per corresponsabilizzare ASL, AO e aziende private accreditate operanti nello stesso territorio
Veneto			Accentramento di alcuni servizi amministrativi a livello regionale o di «Area Vasta»
Friuli-Venezia Giulia		Trasformazione dell'AO Ospedali Riuniti di Trieste in AO integrata con l'Università Creazione di un Ente regionale per la gestione centralizzata degli acquisti e dei servizi amministrativi (CSC) Accorpamento dell'AOU Udine e del Policlinico a gestione diretta di Udine e contestuale trasformazione della nuova azienda in AO integrata con l'Università	Istituzione di tre «Conferenze di area vasta», quali sedi di concertazione delle strategie comuni alle ASL, alle AO, alle case di cura private accreditate, all'IRCCS e al Policlinico universitario che insistono nella stessa area
Liguria			Ipotesi di costituzione di un polo per gli acquisti
Emilia-Romagna	Accorpamento di tre ASL nell'Azienda USL di Bologna (2003)	Trasformazione delle AO Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, Arcispedale S. Anna di Ferrara, Policlinico di Modena e Ospedali Riuniti di Parma in AO integrate con l'Università	Individuazione di tre «macro-aree», le cui aziende dovranno coordinare strategie e processi di acquisto, nonché valutare l'opportunità di unificare la gestione del trattamento economico e delle procedure concorsuali per il personale
Toscana		Istituzione di tre «Enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta» (ESTAV) - Area Vasta Nord-Ovest, Area Vasta Centro e Area Vasta Sud-Est Avvio di 18 Società della Salute Trasformazione delle AO Careggi, Pisana, Senese e Meyer in AO integrate con l'Università	Creazione di tre «Comitati di Area Vasta» con funzione di programmazione sanitaria e consolidamento dei bilanci
Umbria		Istituzione di un consorzio tra le aziende sanitarie per la riorganizzazione delle funzioni	

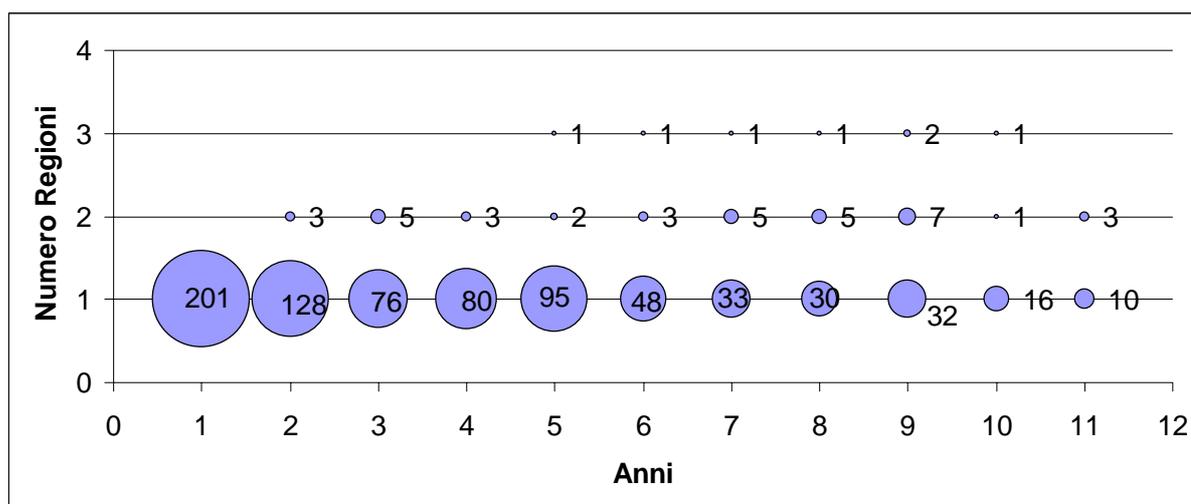
		tecnico-amministrative. Il consorzio si occuperà di gestione integrata di funzioni tecnico amministrative in materia di sanità pubblica (LR 17/05)	
Marche	Creazione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (2003) Fusione per incorporazione nell'AO Umberto I di altre due AO (2003)		Creazione di cinque Aree Vaste per l'accentramento dei servizi logistici e amministrativi
Lazio		Trasformazione dell'AO S. Andrea di Roma in AO integrata con l'Università	
Molise	Creazione dell'Azienda Sanitaria Regionale Molisana (2005)		
Campania		Trasformazione dell'Azienda Universitaria Policlinico e del Policlinico Federico II di Napoli in Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN Trasformazione dell'IRCCS Pascale in Fondazione	
Puglia	Soppressione di 4 AO con riaccorpamento dei relativi presidi nelle ASL (2002)	Trasformazione delle AO Ospedali Riuniti di Foggia e Policlinico di Bari in AO integrate con l'Università Trasformazione degli IRCCS di diritto pubblico «Oncologico» di Bari e «Saverio De Bellis» di Castellana Grotte (BA) in Fondazioni	
Calabria		Trasformazione dell'AO Mater Domini in AO integrata con l'Università	
Sicilia		Trasformazione dei tre Policlinici Universitari a gestione diretta in Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN	
Sardegna			Ipotesi di costituzione di conferenze provinciali

Tabella 4. Durata media in carica dei DG in una data azienda, per regione, 1996-2006 (anni)

Regione	AO	ASL	Totale
Abruzzo		3,4	3,4
Alto Adige (Bolzano)		8,3	8,3
Basilicata	3,7	3,6	3,6
Calabria	2,0	1,4	1,6
Campania	4,0	3,1	3,5
Emilia Romagna	4,0	3,5	3,7
Friuli Venezia Giulia	3,3	3,7	3,5
Lazio	2,8	2,3	2,4
Liguria	4,6	2,7	3,4
Lombardia	4,5	4,1	4,3
Marche	3,6	3,1	3,2
Molise		4,0	4,0
Piemonte	2,9	3,4	3,2
Puglia	4,2	2,8	3,3
Sardegna	3,7	2,7	2,8
Sicilia	3,3	2,6	3,0
Toscana	4,0	3,6	3,7
Trento		5,5	5,5
Umbria	3,2	2,5	2,7
Valle D'Aosta		2,8	2,8
Veneto	5,5	4,4	4,5
Totale complessivo	3,8	3,4	3,5

* Valore medio calcolato come media aritmetica di tutte le durate medie aziendali.

Figura 1. Distribuzione dei DG per numero di anni (asse x) e di regioni (asse y) in cui hanno ricoperto la carica (n=793)



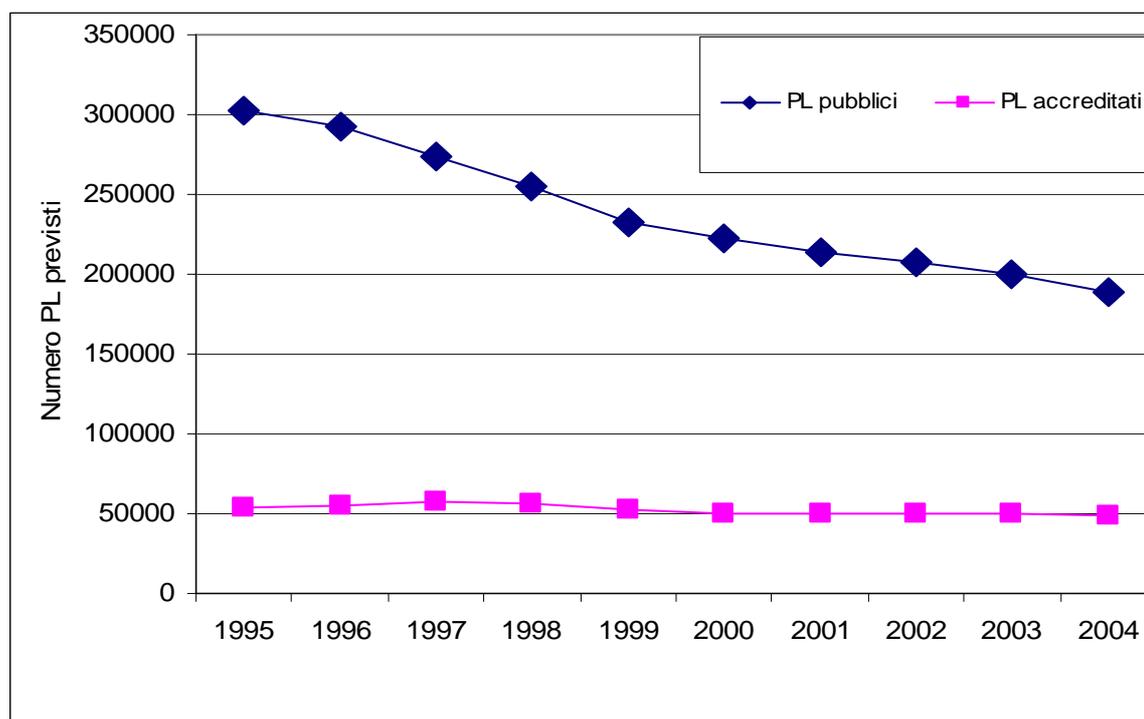
4. I principali risultati: risorse strutturali, servizi erogati, livelli di spesa

L'analisi delle **STRUTTURE OSPEDALIERE** del SSN ha evidenziato i seguenti aspetti.

Il numero di strutture di ricovero pubbliche (AO, presidi a gestione diretta ASL, istituti psichiatrici residuali) ed equiparate (IRCCS, policlinici universitari a gestione diretta, ospedali classificati o assimilati, istituti qualificati presidio dell'ASL, enti di ricerca) si è, rispetto agli anni Novanta, fortemente e costantemente ridotto: da 1068 nel 1995 a 672 nel 2004.¹ Il numero delle strutture private accreditate è rimasto invece sostanzialmente invariato (circa 530).

Anche i posti letto per degenza ordinaria disponibili nel SSN (pubblici e privati accreditati, per acuti e non, cfr. Figura 2) si sono significativamente ridotti, passando da circa 357.000 nel 1995 a poco meno di 240.000 nel 2004. Il decremento è stato costante nelle strutture pubbliche ed equiparate, mentre i posti letto privati accreditati sono inizialmente aumentati (fino al 1997), quindi diminuiti (fino al 2000), per poi ricominciare lievemente a crescere nel periodo 2000-2003 (un incremento dell'1%) e a diminuire nel 2004 (-0,5%). E' invece cresciuto il numero di posti letto in Day Hospital, passato da poco più di 15.000 nel 1995 a più di 28.500 nel 2004.

Figura 2. Numero di posti letto previsti per degenza ordinaria (acuti e non), pubblici e privati accreditati (1995-2004)



Disaggregando per tipologia di struttura, la contrazione dei posti letto è stata particolarmente significativa (- 43.000 nel periodo 1997-2004) nei presidi a gestione diretta ASL, che si sono ridotti sia nel numero che nella dimensione media: nel 2004 tali presidi disponevano mediamente di 160 posti letto, contro i 672 delle AO (Tabella 2). Disaggregando invece per regione, le contrazioni più elevate ($\geq 30\%$ nel periodo 1998-2004) si sono registrate in Abruzzo e in Liguria (che avevano una dotazione per 1000 abitanti superiore alla media nazionale), ma anche in Puglia (che già si collocava al di sotto di tale media).

¹ Va peraltro segnalato come tale riduzione non corrisponda interamente al numero di strutture dismesse o convertite in strutture extraospedaliere, perché riflette anche sia l'accorpamento funzionale di più stabilimenti in un unico presidio, sia la trasformazione o aggregazione di presidi a gestione diretta in AO, soprattutto in Lombardia.

Per effetto dei trend sopra descritti, nel 2004 la dotazione di posti letto per acuti a livello nazionale era pari a 4,1 ogni mille abitanti, quella per non acuti a 0,6. Lo standard obiettivo di 5 posti letto risultava quindi rispettato nel complesso, ma non nella ripartizione tra acuti e non (4+1), così come si superava il nuovo standard di 4,5 posti letto previsto da Finanziaria 2005 e intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005. La distribuzione territoriale dei posti letto era abbastanza differenziata, con cinque regioni al di sopra dello standard complessivo. Solo due regioni (Lazio e Trento) avevano una dotazione di posti letto per non acuti uguale o superiore all'1 per mille, mentre ben 12 (Campania, Valle D'Aosta, Umbria, Puglia, Basilicata, Sicilia, Marche, Liguria, Toscana, Calabria, Sardegna e Friuli Venezia Giulia) non raggiungevano lo 0,5 per mille. Considerevoli, infine, erano le differenze regionali in termini di rilevanza del privato accreditato. Nel 2004 la percentuale di posti letto in strutture private accreditate, mediamente pari al 19,3% a livello nazionale, era inferiore al 10% in 5 regioni (Valle d'Aosta, Liguria, Basilicata, Veneto e Umbria), mentre risultava particolarmente elevata in Calabria (32,3%), Campania (30,5%) e Lazio (30%).

Per ciò che riguarda l'**ASSISTENZA TERRITORIALE**, il numero di strutture è fortemente aumentato nel periodo 1997-2003, soprattutto per quelle semiresidenziali (+167%) e residenziali (+144%), con un aumento più accentuato delle strutture private accreditate rispetto a quelle pubbliche. Nel 2004 si è registrato, invece, un decremento complessivo delle strutture territoriali del 18% (da 26.113 a 21.500 strutture). La riduzione è stata più accentuata per gli ambulatori e laboratori (-27%), mentre le strutture semiresidenziali e residenziali sono diminuite del 7% e le «altre strutture» (centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno-infantili, centri distrettuali) del 5%. Questa diminuzione è dipesa principalmente da fenomeni di accorpamento delle strutture pubbliche territoriali con riferimento specifico a laboratori e ambulatori. La presenza del privato accreditato è particolarmente spiccata, con la sola eccezione delle «altre strutture» (8%): 69% per le strutture residenziali; 53% per quelle semiresidenziali, 57% per ambulatori e laboratori. Ancora una volta esistono peraltro forti differenze interregionali.

Il **PERSONALE DIPENDENTE** del SSN si è ridotto, nel periodo 1997-99, di circa il 4% (da 651.000 a 628.500 unità), per poi tornare ad aumentare fino al 2003, raggiungendo le 659.000 unità, e a diminuire nel 2004 (circa 646.000). In generale l'aumento della spesa per il personale è risultato inferiore rispetto all'aumento complessivo della spesa sanitaria corrente, tanto che l'incidenza percentuale della prima sulla seconda è passata dal 43,3% del 1997 al 32,7% del 2005. Anche in termini di dimensione e composizione dell'organismo personale si rilevano differenze significative tra le regioni. Per esempio, le regioni del Triveneto presentano i valori più elevati del rapporto infermieri per medico e odontoiatra (3-3,5), mentre i valori più bassi (1,7-2,4) si rilevano nelle otto regioni meridionali e nel Lazio.

Relativamente alla **MEDICINA GENERALE**, infine, nel periodo 1997-2004 il numero dei MMG a livello nazionale è rimasto sostanzialmente stabile, mentre si è registrato un significativo incremento dei PLS (+11,3%), a conferma della forte carenza di pediatri in convenzione con il SSN in tutte le regioni. Nel 2004, il carico potenziale (basato sulla popolazione assistibile) ed effettivo (basato sul numero di scelte) dei MMG era rispettivamente pari a 1068 e 1107. Il divario era invece molto più significativo per i PLS (1027 assistibili contro 805 scelte), a indicare che per molti bambini viene scelto un MMG anziché un PLS.

Passando dall'esame delle risorse strutturali a quello dei servizi erogati, va innanzi tutto ricordata la limitata disponibilità di dati, soprattutto per le attività di assistenza territoriale, ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Tale carenza dovrebbe essere superata con lo sviluppo del nuovo SIS e il relativo potenziamento dei flussi informativi, anche attraverso un lavoro di omogeneizzazione e condivisione delle classificazioni dei dati. Quanto ai **RICOVERI**, le rilevazioni ministeriali per il periodo 1998-2004 evidenziano:

- Un lieve aumento dei casi trattati fino al 2002² (a eccezione del 2000, in cui i ricoveri si sono ridotti circa dello 0,5%), una diminuzione nel 2003 e ancora un aumento (appena superiore all'1%) nel 2004. Analizzando più dettagliatamente la variazione dei ricoveri tra il 2003 e il 2004, si rileva per gli acuti un aumento dei ricoveri in DH (224.054 casi in più) e una diminuzione dei ricoveri ordinari (51.307 casi in meno). Più contenuti sono stati, invece, gli aumenti della riabilitazione (+20.499) e della lungodegenza (+5.939).
- Nel 2004, 12.991.317 dimissioni complessive (in strutture pubbliche, equiparate, private accreditate e non; in regime ordinario e in DH; per acuti, riabilitazione e lungodegenza).
- Sempre nel 2004, un tasso di spedalizzazione per acuti medio nazionale pari a 207,6 per mille abitanti (142,3 in ricovero ordinario + 65,3 in day hospital), quindi nettamente superiore, anche senza considerare riabilitazione e lungodegenza, al nuovo standard obiettivo di 180 per mille (art. 4, comma 1, lettera b dell'Accordo Stato-regioni del 23 marzo 2005).
- Una progressiva riduzione della degenza media per acuti in regime ordinario fino al 2002 (da 7,1 del 1998 a 6,7 nel 2002), per poi stabilizzarsi a 6,7 nel 2003-04. Mediamente le strutture private hanno una degenza media inferiore alle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,5 rispetto a 6,9 giorni), mentre presentano degenze medie simili per la riabilitazione (26,9 rispetto a 25,8) e maggiori per la lungodegenza (37,4 rispetto a 27).
- Di conseguenza, una riduzione delle giornate di degenza, piuttosto rapida (2-4% l'anno) nel periodo 1998-2000, più contenuta (1-2%) a partire dal 2001. Nel 2004 sono state rilevate 78.246.880 giornate di degenza (circa 200.000 in meno rispetto al 2003).
- Un'incidenza del privato (accreditato e non) nei ricoveri per acuti mediamente pari al 14% nel 2004, con punte in Campania (22,3%), Calabria (19,9%), Lombardia (19,4%), Lazio (18,6%) e Abruzzo (14,1%). Il peso del privato è molto più significativo nei ricoveri per riabilitazione (47,3%) e lungodegenza (40,3%).
- Un incremento della percentuale di dimissioni in libera professione sul totale dei ricoveri, pari nel 2004 allo 0,4% a livello nazionale, con tutte le regioni del Sud al di sotto della media (tranne la Campania, 0,84%) e con quelle del Centro e del Nord caratterizzate da una forte variabilità interregionale.
- Un costante incremento del peso medio dei ricoveri (da 1,05 nel 1998 a 1,22 nel 2003), che resta molto più elevato al Nord (tranne Bolzano) e al Centro rispetto al Sud.
- Un miglioramento dell'appropriatezza, per quanto espresso dai seguenti indicatori: percentuale di dimissioni di pazienti con DRG medico da parte di reparti chirurgici (dal 45% del 1998 al 37% del 2003); tasso di spedalizzazione per diabete (da 151 per 100.000 abitanti a 115); percentuale di ricoveri per acuti in regime ordinario con durata di degenza oltre soglia (da 1,8% a 1,3%). Va però segnalato l'andamento sfavorevole di altri due indicatori: la percentuale di parti cesarei (dal 31% del 1998 al 37% del 2003) e la percentuale di ricoveri di un giorno per acuti in regime ordinario (da 12,8% a 13,6%).

Le valutazioni relative ai **BISOGNI** e al loro **GRADO DI SODDISFACIMENTO** sono chiaramente più complesse. Rispetto ai confronti internazionali la popolazione italiana gode di buona salute:

- L'Italia ha una speranza di vita alla nascita tra le più elevate al mondo: gli uomini italiani sono rispetto agli altri paesi europei al secondo posto dopo la Svezia, con una durata media della vita rispettivamente di 76,7 anni e di 77,5 anni.
- Si sta allungando la speranza di vita libera da disabilità: nel 2000 tale indicatore era pari a 13,7 anni per gli uomini di 65 anni, a 15,2 per le donne della medesima età.

Parte delle sostanziali modifiche osservate nella salute degli italiani è legata alle migliorate condizioni economiche e socio-culturali, ma un ruolo importante è stato anche svolto dal SSN: le campagne di vaccinazione hanno contribuito a debellare importanti malattie come polio, difterite, tetano; la

² Si noti peraltro che tale aumento è parzialmente condizionato dalla progressiva estensione della copertura della rilevazione, giunta nel 2003 al 97,2% degli istituti esistenti.

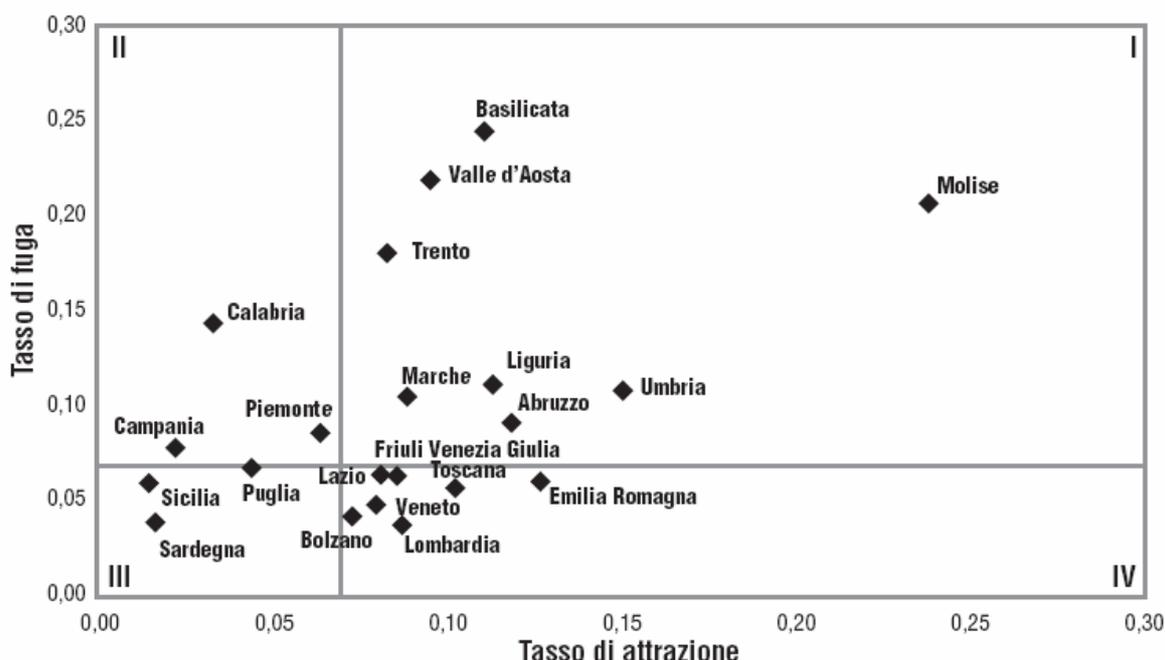
mortalità per malattie infettive si è pressoché azzerata; i servizi di emergenza e le unità di terapia intensiva hanno contribuito a una sostanziale riduzione della mortalità cardiovascolare, in particolare per infarto acuto del miocardio; in molte regioni si evidenzia una sostanziale riduzione della mortalità per tumori. Nonostante questi risultati non esiste nell'opinione pubblica, fenomeno non solo italiano, piena consapevolezza dell'impatto positivo esercitato dal SSN sulla salute dei cittadini e degli elevati standard dei servizi erogati. Anche sui *media* prevalgono gli aspetti scandalistici rispetto a quelli di valutazione critica del sistema.

Quando si analizza, infatti, il livello di soddisfazione di chi ha fatto ricorso ai servizi ospedalieri, le risposte sono positive: quasi il 25% si dichiara molto soddisfatto, quelli abbastanza soddisfatti sono il 61,7% e solo l'11,5% si dimostra poco o per niente soddisfatto.

Si deve rilevare, peraltro, una diversa percezione della qualità dei servizi nelle diverse regioni, come evidenziato anche dai flussi interregionali di mobilità dei pazienti. Al riguardo la Figura 3 classifica le regioni in funzione dei loro tassi di fuga (ricoveri dei residenti in strutture fuori regione sul totale dei ricoveri dei residenti della regione) e di attrazione (ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni sul totale dei ricoveri effettuati dalle strutture della regione). La relazione tra mobilità e qualità percepita è sottolineata anche dalle indagini ISTAT, secondo cui tra i motivi che inducono a spostarsi dal luogo di residenza per il ricovero in ospedale prevale nettamente la maggiore fiducia verso la struttura scelta e/o la scarsa fiducia nella qualità del servizio offerto dalle strutture del luogo di residenza.

In termini di accesso ai servizi, infine, il monitoraggio nazionale sui tempi e le liste di attesa tenuto a gennaio 2004 ha rilevato una situazione ancora critica. Ciò ha reso necessaria un'intesa tra Stato e regioni che prevede la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa e l'assegnazione alle regioni stesse di €150 milioni.

Figura 3. Posizionamento delle regioni in base agli indici di attrazione e di fuga, ricoveri ordinari per acuti (2004)



* Vengono inclusi solo i ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni italiane, mentre non si considerano quelli di pazienti esteri e quelli di pazienti di provenienza sconosciuta a causa dell'incompletezza nella compilazione delle corrispondenti SDO.

** Si considerano solo i ricoveri in altre regioni e non quelli di pazienti italiani all'estero, poiché quest'ultimo dato non è presente nei flussi informativi ministeriali.

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

Un ultimo tema di particolare rilevanza è quello della **SPESA**. Secondo i confronti internazionali, la spesa sanitaria italiana è ancora inferiore alla media dei 15 «vecchi» Paesi UE. Questo vale sia per la spesa pro-capite, totale (2261 \$PPA³ contro 2591 nel 2003) e pubblica (1699 \$PPA contro 1981), sia per l'incidenza sul PIL della spesa stessa, totale (8,2 contro 9,3%) e pubblica (6,2 contro 7,2%). Anche la copertura pubblica della spesa sanitaria in Italia è inferiore al valore UE-15, ma soprattutto a quella di alcuni Paesi caratterizzati da un sistema sanitario simile a quello italiano (sistema a SSN), quali Regno Unito e Paesi Scandinavi.

E' necessario inoltre evidenziare come nel 2005 si sia assistito a una lieve flessione del tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica: l'aumento è stato del 5,2%, esattamente in linea con il tasso di crescita medio dal 2001 al 2005 (nel 2004 era stata registrata una crescita del 9,9%) e decisamente al di sotto del dato medio registrato dal 1996 al 2001 (8%). Spesa per beni e servizi, spesa per farmaceutica convenzionata e spesa per specialistica convenzionata sono i fattori della produzione che hanno mostrato il maggiore aumento.

Anche la spesa sanitaria corrente privata ha evidenziato nel 2005 una sensibile ulteriore contrazione del tasso di crescita. Il suo trend, tendenzialmente speculare a quello della spesa pubblica fino al 2001 (con tassi di crescita più elevati nei momenti di minor crescita della spesa pubblica) mostra invece dal 2002 al 2005 una continua riduzione della variazione percentuale (dal 6,5% allo 0,2%), con un tasso di crescita medio del 3%. L'andamento della spesa sanitaria privata dipende in gran parte dalla «spesa [a carico dei pazienti] per prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico» che, secondo i dati ISTAT, rappresenta il 48% circa della spesa sanitaria privata ed è aumentata solo dello 0,4% nel 2005.

Nel 2005, la spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite è stata così pari a circa € 1600 (un centinaio di euro in più rispetto al 2004). La sua incidenza sul PIL è cresciuta per attestarsi al 6,7%. Anche il finanziamento corrente (incluse le integrazioni regionali) ha subito una crescita superiore all'economia nel suo complesso: l'incidenza sul PIL si è attestata al 6,4% circa (al riguardo va ricordato che l'Accordo dell'8/8/2001 aveva previsto che il finanziamento del SSN arrivasse in un «arco di tempo ragionevole» al 6%, ma che tale soglia è stata raggiunta già nel 2001).

Più in particolare, il finanziamento complessivo del SSN è stato fissato dalla legge Finanziaria per il 2005 (legge 311/2004) in 88.195 milioni di euro, cui si aggiungono le ulteriori somme messe in campo dalle regioni, per un totale di 90.033 milioni di euro, con un incremento del 7,5 per cento rispetto al 2004. L'aumento delle risorse è stato superiore a quello della spesa, con una conseguente contrazione del disavanzo da 6,1 a 4,6 miliardi di euro. Tale disavanzo, a meno di nuovi provvedimenti di copertura da parte dello Stato, dovrebbe essere integralmente a carico delle regioni, ai sensi della L. 405/2001. Se a tale disavanzo si aggiungono quelli degli anni pregressi, il debito accumulato dalle regioni è di circa 19,6 miliardi di euro. La quota effettiva a carico delle regioni dovrebbe però essere di 16,2 miliardi di euro, considerando che la Finanziaria per il 2005 (legge 311/2004) ha previsto un'assegnazione di 2 miliardi di euro a titolo di copertura dei disavanzi (di cui però solo 1,4 miliardi sono stati a oggi ripartiti tra le regioni) e la legge Finanziaria per il 2006 (legge 266/2005) ha previsto ulteriori 2 miliardi di euro a copertura dei disavanzi 2001-2003 (di cui 50 milioni integralmente stanziati a favore della Regione Lazio a ripiano dei disavanzi per il 2003 e derivanti dal finanziamento dell'Ospedale Bambin Gesù). L'assegnazione è però subordinata: (i) a un'intesa tra Stato e regioni sul PSN 2006-2008 e sugli interventi previsti per la riduzione dei tempi di attesa (intesa già raggiunta prima della scadenza prevista); (ii) all'adozione di interventi per la copertura dei disavanzi residui 2002-2004; (iii) per le regioni che nel periodo 2001-2005 abbiano fatto registrare un disavanzo medio pari o superiore al 5% del finanziamento, ovvero che abbiano fatto registrare nell'anno 2005 un incremento del disavanzo rispetto all'anno 2001 pari o superiore al 200%, alla stipula di un apposito accordo tra la regione interessata e i Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze.

Nel 2001 Lazio e Campania, insieme, avevano un disavanzo pari al 43% di quello complessivo nazionale (Tabella 5). Ad oggi la situazione non è cambiata in modo rilevante: l'incidenza delle due regioni sul disavanzo complessivo nazionale è anzi aumentata quasi costantemente nel corso degli

³ Parità di Potere d'Acquisto.

anni arrivando ad attestarsi, nel 2005, al 62 per cento. Sono inoltre sempre Lazio e Campania ad avere il dato di disavanzo cumulato (2001-2005) pro capite più elevato. Le regioni che nel 2005 sono arrivate a una situazione di equilibrio economico-finanziario sono Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Umbria.

Tabella 5. Disavanzi sanitari per regione, totali (milioni di €, 2001-05) e procapite (€, cumulati 2001-05)

	2001	2002	2003	2004	2005	2001-2005 Procapite
Piemonte	210	40	100	671	232	289
Valle d'Aosta	0	0	10	13	14	359
Lombardia	281	323	-64	-131	-31	40
Bolzano	0	71	25	-25	-23	99
Trento	0	-1	5	9	2	30
Veneto	304	204	145	-6	191	179
Friuli VG	0	-34	-19	-9	-14	- 64
Liguria	77	44	48	168	253	371
Emilia R	16	50	40	380	-26	111
Toscana	88	44	-20	240	-18	93
Umbria	7	10	46	52	-7	126
Marche	125	98	72	163	16	312
Lazio	987	574	711	1885	1.397	1.048
Abruzzo	76	136	216	130	183	570
Molise	37	19	73	51	79	804
Campania	629	638	556	1303	1.433	788
Puglia	166	4	-109	-42	60	20
Basilicata	28	1	19	31	31	185
Calabria	226	148	-12	169	54	291
Sicilia	415	342	264	879	516	482
Sardegna	106	175	143	242	237	547
Totale	3.778	2.891	2.252	6.143	4.577	336

I disavanzi sanitari hanno, per le regioni, una straordinaria rilevanza non solo perché devono essere coperti, ma anche perché l'accesso a finanziamenti integrativi rispetto a quanto previsto dall'Accordo Stato-regioni (da cui è nata la Legge 405/01) è stato subordinato all'adozione di iniziative di copertura degli stessi (Legge 112/02). Le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state, di fatto, molto eterogenee:

- **Misure fiscali:** le addizionali regionali IRPEF sono state prevalentemente introdotte dalle regioni del Centro-Nord (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Umbria e Marche). Lombardia, Liguria, Toscana, Marche, Lazio, Campania e Sicilia hanno deliberato degli aumenti di aliquota per alcuni soggetti giuridici (tipicamente banche e soggetti finanziari e assicurativi) anche se, contemporaneamente e come nel resto delle regioni italiane, sono state previste delle agevolazioni in capo a particolari categorie di soggetti. Veneto, Calabria, Campania, Abruzzo, Marche e Molise hanno innalzato le tasse di circolazione, portandole a un livello di poco superiore al valore stabilito dalla normativa nazionale.
- **Compartecipazioni alla spesa sanitaria:** oltre al ticket sul pronto soccorso, presente in quasi tutte le regioni (con l'eccezione di Trento, Lazio, Calabria e, dal 2004, di Piemonte, Umbria e Marche), le politiche di compartecipazione si sono focalizzate sui farmaci. In generale, nelle regioni governate dal centro-destra (prima delle elezioni regionali del 2005) sono state introdotte compartecipazioni alla spesa. I ticket sui farmaci si sono però ridotti nel 2004, principalmente per effetto dell'aumento delle esenzioni. Nelle regioni del centro-sinistra ha invece prevalso l'opzione

dell'intervento sui meccanismi distributivi dei farmaci (nel 2006 le compartecipazioni alla spesa sono state completamente abolite nelle Regioni Lazio e Calabria).

- Dismissione del patrimonio e relativa cartolarizzazione: il Lazio è stata l'unica regione a puntare sull'alienazione delle strutture ospedaliere, creando nel 2000 una società ad hoc, la Gepra, che ha acquistato l'intero patrimonio immobiliare delle ASL (56 ospedali). Anche Sicilia, Sardegna e Abruzzo hanno dichiarato di voler avviare operazioni di *sale and lease back*, da parte delle aziende sanitarie, dei propri immobili, compresi gli ospedali, tramite un'asta internazionale.

5. I principali risultati: caratteristiche e tendenze di fondo

Complessivamente, il Rapporto 2006 conferma le caratteristiche e le tendenze di fondo emerse l'anno scorso, ma evidenzia anche alcuni nuovi elementi significativi. I punti principali possono essere sintetizzati come segue.

1. *Permanente dinamicità del sistema.* Il SSN mostra un elevato tasso di innovazione manageriale, con una continua ricerca e sperimentazione di soluzioni non preconfezionate, ma disegnate per le specifiche esigenze locali.
2. *Ricerca dell'equilibrio economico-finanziario.* Nel sistema resta centrale la preoccupazione per l'equilibrio economico-finanziario. Si conferma così il paradosso della politica sanitaria italiana, che è dominata dalle esigenze di contenimento della spesa sanitaria non tanto per l'entità della spesa stessa, che anzi è inferiore a quella di molti altri paesi, quanto per la situazione complessiva della finanza pubblica. Il Rapporto 2006, in particolare, segnala da un lato l'ampiezza dei disavanzi 2005 nonché la revisione in aumento di quelli pregressi, dall'altro le difficoltà di decollo del federalismo fiscale con le resistenze regionali all'aumento delle aliquote tributarie e il parziale ripiano dei disavanzi da parte dello Stato (§ 4).
3. *Ingegneria istituzionale.* A partire dal 2002 si sono intensificati gli interventi di «ingegneria istituzionale» in una triplice accezione (Tabella 3): accorpamenti e scorpori di ASL e AO; introduzione di nuovi soggetti giuridici (fondazioni, società della salute, enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta, società miste pubblico-privato); interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende (programmazione, contrattazione, coordinamento a livello di macroarea o area vasta). Innovazioni di natura istituzionale si rilevano anche all'interno delle aziende, per esempio con l'introduzione o il rafforzamento dei comitati di direzione e con la qualificazione del distretto quale articolazione del governo aziendale. Queste iniziative hanno diverse motivazioni: una visione delle riforme istituzionali come risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento; l'esigenza di integrare l'attività di aziende progressivamente specializzate; la volontà di rafforzare il ruolo di soggetti diversi dalla regione e principalmente degli enti locali e dei professionisti. Quest'ultimo punto, a sua volta, può trovare spiegazione, da un lato, nello spostamento dell'asse dei bisogni e dei servizi verso aree, quali cronicità e domiciliarità, che trovano nei contesti locali e nel collegamento con una complessa rete di servizi (anche non sanitari) la migliore forma di risposta; dall'altro, in alcune tendenze strutturali che hanno ulteriormente rafforzato il ruolo dei professionisti o che comunque richiedono una più stretta alleanza tra professionisti e azienda.
4. *Regionalizzazione.* Il SSN manifesta caratteri sempre più spiccati di regionalizzazione, nella duplice accezione di differenziazione interregionale e di accentramento a livello regionale di decisioni strategiche e funzioni amministrative. Nel Rapporto 2006 la differenziazione interregionale emerge per esempio dalle modalità di copertura dei disavanzi (§ 4), dal peso e dalle caratteristiche delle strutture private accreditate (§ 4); dai sistemi di finanziamento delle aziende (Tabella 6); dai modelli di *long-term care* per anziani non autosufficienti (Tabella 7); dalle linee guida regionali su contabilità analitica e *risk management*. L'accentramento regionale, d'altra parte, si rileva per esempio dall'ampia diffusione, nei sistemi regionali di finanziamento, di tetti o target di volume o di spesa per prestazioni tariffate (Figura 4) oppure dall'importanza assunta, in molte linee guida regionali per la contabilità analitica, dalla finalità di generare flussi informativi

metodologicamente omogenei verso la regione. Cominciano peraltro a manifestarsi fenomeni o comunque richieste di recupero di omogeneità a livello nazionale con riferimento, per esempio, alla normativa contabile, ai sistemi di accreditamento, ai sistemi tariffari.

5. *Differenziazione interaziendale e spazi di autonomia per le aziende.* Malgrado il graduale accentramento regionale, le aziende sembrano mantenere un elevato livello di autonomia. Ciò conferma come molte variabili chiave restino sotto il controllo delle singole aziende e come il loro efficace utilizzo continui a dipendere, anche se non esclusivamente, dalle capacità manageriali interne alle aziende stesse. Nel Rapporto 2006, la differenziazione interaziendale, anche all'interno della stessa regione e anche in presenza di specifiche indicazioni regionali, emerge da tutti i capitoli che presentano l'adozione di strumenti manageriali da parte delle aziende (per esempio contenuti, destinatari e processi di elaborazione e comunicazione delle forme innovative di rendicontazione sociale, Figura 5).
6. *Diffusione e consolidamento dei sistemi gestionali.* Oltre all'elevato tasso di innovazione manageriale, va segnalato come molte aziende si stiano dimostrando sufficientemente mature da tornare sui propri passi per correggere e consolidare soluzioni inizialmente progettate e/o realizzate in modo inefficace. In questo senso va, per esempio, la scelta di alcune aziende di individuare posizioni dedicate a garantire il necessario collegamento tra strategie e attività operative e quindi a superare l'inerzia organizzativa (tipico è il caso dell'affiancamento al direttore di dipartimento di un «responsabile dei servizi sanitari»).
7. *Ampliamento della gamma di strumenti manageriali.* La fase iniziale del processo di aziendalizzazione si era fisiologicamente focalizzata su pochi e precisi strumenti manageriali (in particolare i sistemi di programmazione e controllo), finendo però per sovraccargarli di finalità. Nel tempo le aziende hanno quindi ampliato il portafoglio degli strumenti manageriali, correlandoli a specifici fabbisogni di governo. Nel Rapporto 2006 si trovano così riferimenti a *risk management*, *outsourcing*, revisione degli assetti tecnico-logistici delle strutture ospedaliere in base all'intensità di cura, protocolli diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) e governo clinico, pianificazione e gestione strategica, forme di lavoro atipiche, utilizzo della leva retributiva e programmi di fidelizzazione per fronteggiare la carenza di infermieri, bilancio sociale, soluzioni informatiche orientate all'integrazione delle aree amministrativo-contabile e clinica, *project finance*.
8. *Impiego limitato o inappropriato degli strumenti.* In molti casi non vi è però ancora piena corrispondenza tra la presenza formale dei sistemi di gestione e la loro effettiva utilizzazione per migliorare le decisioni e le operazioni aziendali. Il vero problema resta quindi la consapevolezza e la ragionevolezza delle finalità che con l'innovazione manageriale si vogliono raggiungere. Il Rapporto 2006 evidenzia questo limite con riferimento alla rendicontazione sociale (caratterizzata da un elevato rischio di isomorfismo) e alla pianificazione strategica (spesso debole nell'analisi del quadro di contesto e nelle politiche di implementazione, Figura 6). In una prospettiva parzialmente diversa, il Rapporto segnala inoltre le difficoltà che le aziende sanitarie pubbliche incontrano nell'impostazione equilibrata delle relazioni di *outsourcing* e di *project finance*.

Tabella 6. Criteri di differenziazione delle tariffe per prestazioni ospedaliere adottati dalle Regioni (2006)

Criterio principale di differenziazione	Altro criterio di differenziazione adottato	Regioni
Caratteristiche organizzative (dotazione PL, presenza di PS, DEA ecc.) e/o tipologie di attività caratterizzate da un certo livello di complessità / specializzazione (attività di didattica e ricerca, centro tumori ecc.)		LOM, TOS, MAR, UMB, FVG, PUG; BZ, TN, SIC, EMR, LIG, LAZ
Tipologia di azienda (ad esempio, Azienda ospedaliera, presidio di ASL, struttura equiparata alle pubbliche, casa di cura privata accreditata)		BAS, MOL
	Caratteristiche organizzativa e/o tipologia di attività	CAM, PIE

Tabella 7. I modelli di long term care in cinque Regioni: sistemi di offerta e di classificazione dell'utenza

	Emilia Romagna	Marche	Toscana	Sicilia	Veneto
Offerta	RSA e Case Protette	RSA, Case di Riposo, Residenze protette (in corso di costituzione)	RSA	RSA	NRsa, NRsair, RAss*
Classificazione degli Assistiti e Tariffazione	Quattro gruppi di assistiti (Gruppo A, B, C e D) sulla base del fabbisogno assistenziale correlato alla tariffa	In prospettiva, sistema RUGs (un sistema di classificazione in 7 raggruppamenti dei pazienti ricoverati in strutture di lungodegenza e riabilitative ospedaliere, in base al fabbisogno assistenziale)	Quattro tipologie di moduli (in base a tipologia PL occupato): 1) non autosufficienza stabilizzata (modulo base), 2) disabilità prevalentemente di natura motoria, 3) disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale, 4) stati vegetativi persistenti con parametri vitali stabilizzati e pazienti terminali.	Moduli da 20, 40, 60 pl correlati a tariffe (dal 2006 tariffa unica)	Scheda SVAMA: sistema di classificazione dei pazienti in 17 categorie pi una residuale. La scheda ha finalità prettamente conoscitive dei bisogni per l'assegnazione dei pazienti alle differenti strutture sulla base del loro specifico fabbisogno assistenziale.

* Le NRSA erogano servizi caratterizzati da un livello di intensità media di assistenza sanitaria e, a loro volta, si distinguono in RSA di base e RSA di cura e recupero; le NRsair rappresentano dei nuclei di RSA caratterizzati da un livello di intensità ridotta di assistenza sanitaria; le RAss sono Residenze assistite caratterizzate da un'assistenza sanitaria d'intensità minima.

Figura 4. Strumenti di programmazione e controllo di volumi/spesa per prestazioni tariffate

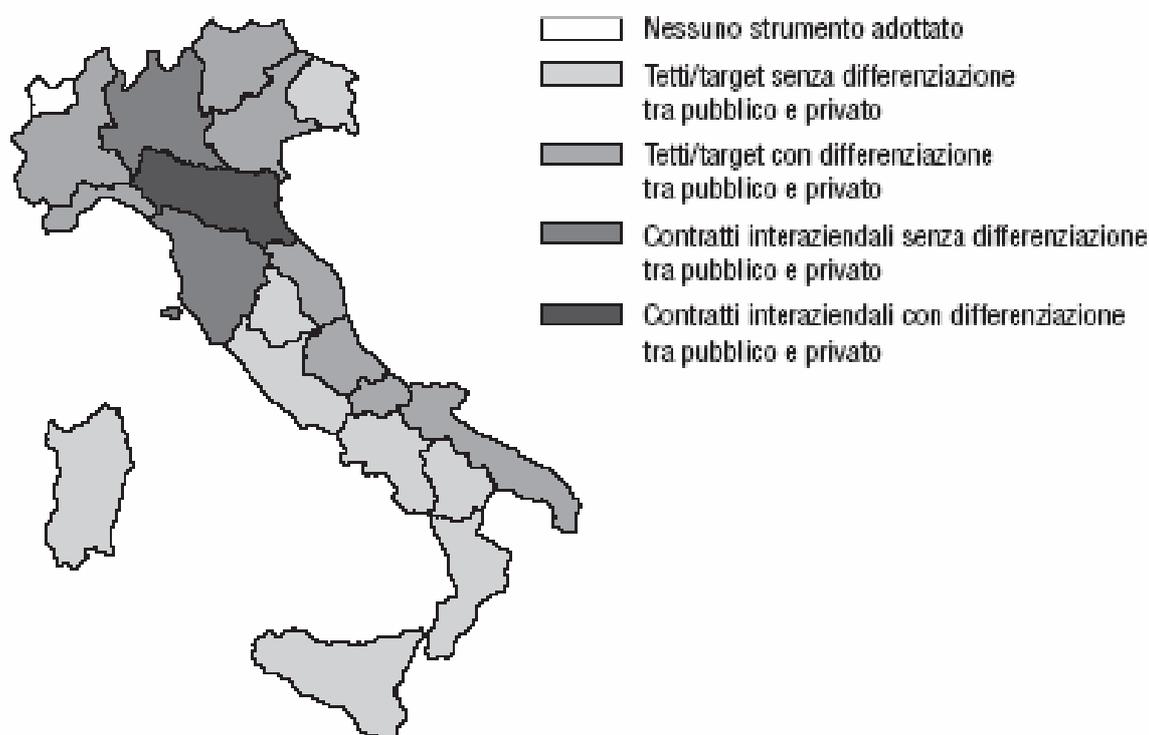


Figura 5. Destinatari privilegiati dei documenti di rendicontazione sociale e grado di leggibilità

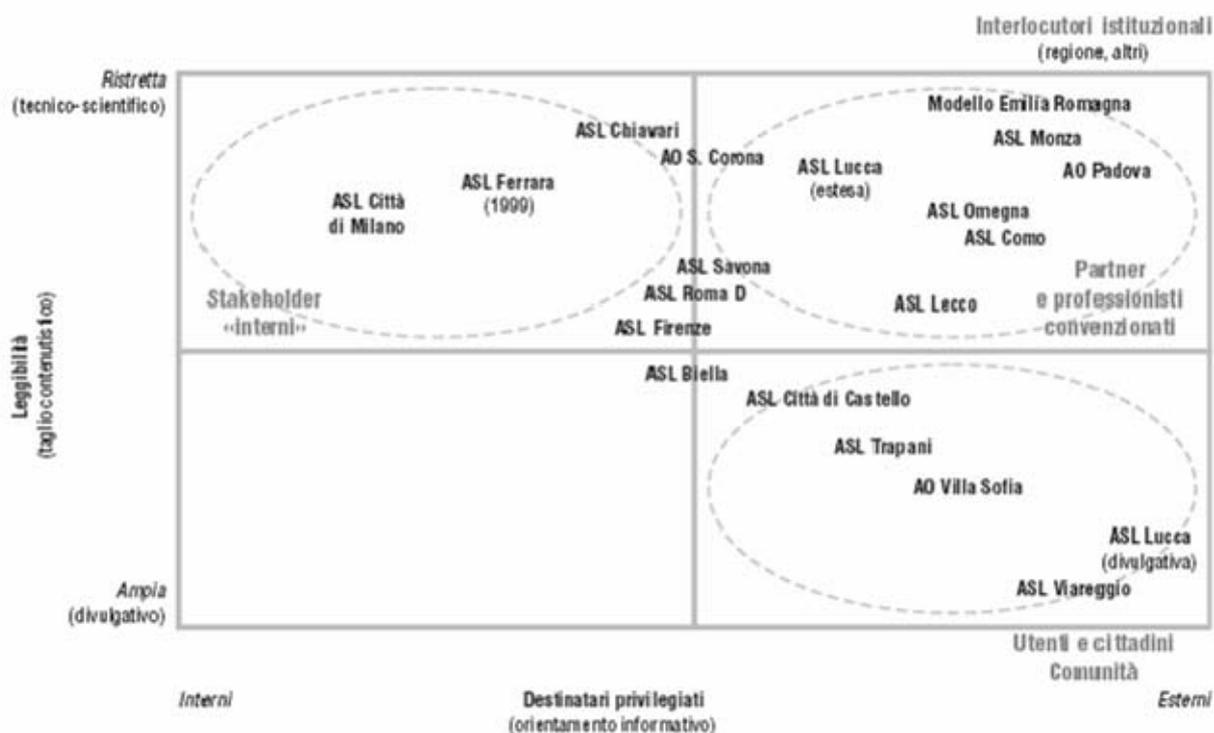
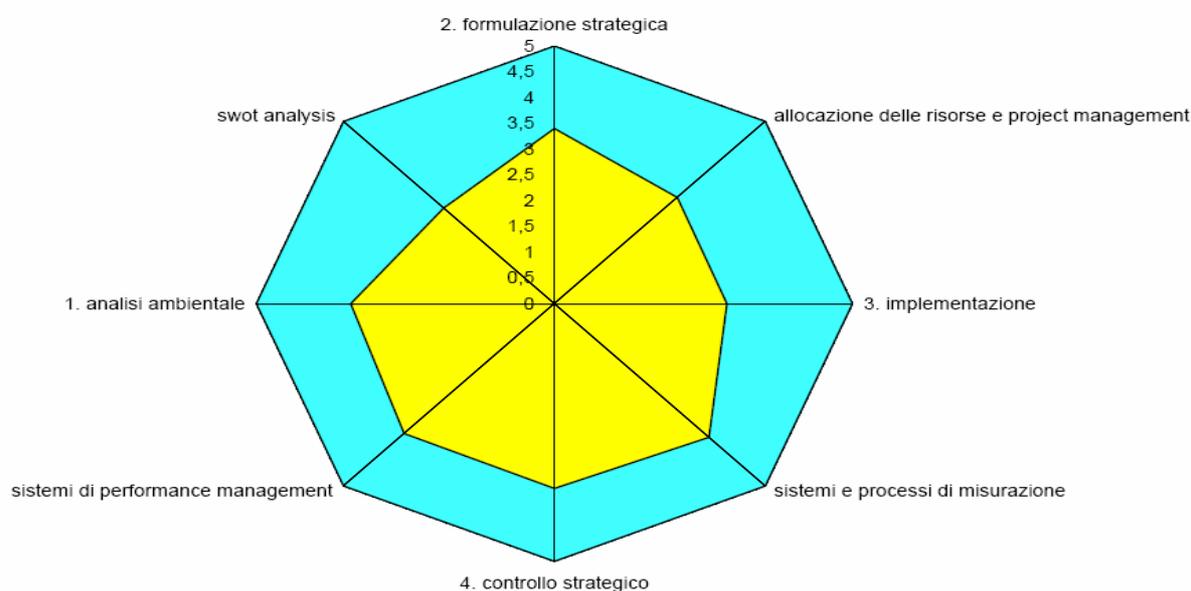


Figura 6. Grado medio di capacità strategica delle aziende sanitarie rispetto al modello ideale



In conclusione, il «modello aziendale» in sanità può dirsi ormai sufficientemente consolidato e così le singole aziende, malgrado l'instabilità prodotta dagli interventi (avviati, decisi o anche solo ipotizzati) di ingegneria istituzionale, dalle tentazioni centralistiche di alcune regioni, dall'eccessivo turnover dei direttori generali (Tabella 4). Vi sono però alcuni temi critici che le aziende e i loro dirigenti dovranno saper affrontare.

Una prima criticità è la crescente *pluralità del sistema e permeabilità dei confini aziendali*, che si manifesta sotto almeno quattro profili: (i) molteplicità degli *stakeholder* che si vedono formalmente riconoscere, o che comunque richiedono, il diritto a incidere sulle scelte delle aziende sanitarie pubbliche, spesso peraltro senza doversi fare carico delle conseguenze finanziarie; (ii) molteplicità dei soggetti che tramite l'*outsourcing* e gli strumenti di finanza innovativa concorrono all'erogazione delle prestazioni di tali aziende; (iii) molteplicità dei meccanismi istituzionali e gestionali di coordinamento tra diverse ASL e AO; (iv) molteplicità degli altri soggetti pubblici e privati che forniscono prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, nell'ambito non solo dell'assistenza ospedaliera, ma anche e soprattutto di quella territoriale. In questa situazione, il direttore generale diventa sempre meno il «capo dell'azienda» e sempre più un «gestore di relazioni». Sorge quindi la necessità di adeguare le strutture e i meccanismi gestionali al mutato contesto.

Un secondo tema critico, strettamente collegato al primo, concerne l'opportunità di *rivalutare criticamente le iniziative di outsourcing e project finance*, che in molti casi non sembrano aver garantito appieno i benefici attesi, anche perché attuate senza un'attenta valutazione di costi, rischi, benefici e condizioni di successo per l'azienda pubblica. D'altra parte, va riconosciuto che l'esternalizzazione sembra spesso costituire per le singole aziende una scelta di fatto obbligata.

La terza criticità concerne la *gestione del personale*. Più specificamente si possono segnalare tre fabbisogni prioritari: (i) correlare in modo più diretto i contributi che le persone offrono all'azienda con i riconoscimenti che ricevono; (ii) sviluppare un *middle management* che garantisca il collegamento tra formulazione strategica e quotidianità operativa e che permetta agli strumenti manageriali di incidere effettivamente sulla gestione; (iii) coinvolgere maggiormente i professionisti e accrescerne i livelli di soddisfazione, senza peraltro sacrificare la funzionalità aziendale.

Molto promettente come strumento di coinvolgimento dei professionisti, ma sufficientemente rilevante da meritare una trattazione a sé come quarto tema critico, è la crescente attenzione verso *l'analisi e la riprogettazione dei processi aziendali*, ossia delle modalità operative di base delle aziende. Il processo di aziendalizzazione si è inizialmente focalizzato sui sistemi di programmazione e

controllo, nella speranza che le unità organizzative, opportunamente stimolate, procedessero alla revisione dei propri processi per meglio contribuire al perseguimento delle finalità aziendali. In una seconda fase è stata ridisegnata l'architettura stessa delle unità organizzative, per renderla più coerente con le finalità e le caratteristiche delle singole aziende. Più recentemente l'attenzione si è spostata sugli assetti istituzionali in termini di ridefinizione delle aziende, delle loro relazioni e dei loro organi di governo. Ciò che accomuna queste tre fasi è il tentativo di incidere sul «cuore» dell'azienda (i processi di produzione ed erogazione dei servizi sanitari) per via indiretta, intervenendo sugli elementi «sovraordinati» o «di contorno» (l'assetto istituzionale, la struttura organizzativa, i sistemi operativi). Dal Rapporto 2006 emergono invece alcune iniziative di intervento diretto sui processi assistenziali, per esempio attraverso la ridefinizione degli spazi ospedalieri in base al criterio dell'intensità assistenziale o la definizione di PDTA con finalità di governo clinico e di controllo dei rischi. Le stesse iniziative regionali di sviluppo del *risk management* sottolineano esplicitamente l'esigenza di promuovere la buona pratica clinica in una prospettiva di *clinical governance* ed *evidence-based medicine* più che di semplice «riduzione del fenomeno dell'errore».

Considerata la difficile situazione finanziaria che condiziona la maggior parte delle regioni e delle aziende, un quinto e ultimo tema critico resta ovviamente quello *del «rientro» o comunque della «tenuta» sul piano strettamente economico-finanziario.*

Per completare il quadro si possono infine citare tre elementi che per molti aspetti trascendono la singola azienda e investono il sistema nel suo complesso, ma che dovranno in futuro ricevere particolare attenzione. Si tratta della valutazione degli *outcome*, per spostare almeno in parte il dibattito dai mezzi ai fini; del finanziamento e della gestione delle diverse forme di innovazione (tecnologica, organizzativa, assistenziale ecc.), per fronteggiare la forte dinamicità del sistema; del governo dell'assistenza territoriale, destinataria di quote crescenti di risorse, ma finora, rispetto all'assistenza ospedaliera, molto meno conosciuta e molto meno esposta alle logiche e agli strumenti manageriali.