



L'AZIENDALIZZAZIONE DELLA SANITÀ IN ITALIA: RAPPORTO OASI 2011

A cura di Eugenio Anessi Pessina, Elena Cantù, Clara Carbone e Francesca Ferré

EXECUTIVE SUMMARY

1. Introduzione

Il rinnovamento dei sistemi sanitari continua a essere un importante oggetto di dibattito politico e scientifico, a livello nazionale e internazionale. Continua, infatti, la ricerca di soluzioni che soddisfino finalità almeno in parte contraddittorie: efficacia e qualità, efficienza e contenimento dei costi, equità, libertà di scelta. Con l'istituzione, nel 1998, dell'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane (OASI), il CERGAS dell'Università Bocconi ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nella sanità italiana, prendendo spunto da due presupposti:

- Che il dibattito non possa limitarsi alle «ricette», agli aspetti di principio, ai presunti punti di forza e di debolezza di alternativi modelli «ideali» o comunque di alternative formule e architetture istituzionali, ma debba estendersi all'osservazione della realtà, ai risultati effettivi e concreti che le «ricette» di volta in volta formulate o rivisitate sono in grado di produrre.
- Che la responsabilità di un centro di ricerca sia di immettere nel sistema e nel dibattito politico, istituzionale e sociale dosi massicce di conoscenze per incidere sulle tre determinanti del cambiamento, ossia sapere, volere e potere.

A quest'ultimo riguardo va segnalato il sito del CERGAS (www.cergas.unibocconi.it), che presenta i principali dati del SSN e permette di accedere ai file di tutti i Rapporti OASI, organizzati sia per anno che per temi.

Come impostazione metodologica di fondo, OASI indaga il sistema sanitario secondo l'approccio economico-aziendale. Pare quindi opportuno richiamare alcuni elementi distintivi di tale approccio:

- La pubblica amministrazione (o qualunque suo sottosistema, compreso quello sanitario, che peraltro è composto da aziende sia pubbliche che private) è definita non come sistema unitario, ma come sistema di aziende dotate di autonomia. Dal punto di vista interpretativo, la funzionalità complessiva del sistema dipende quindi dai livelli di funzionalità di ciascuna azienda e dall'interazione tra le diverse aziende. Dal punto di vista normativo, analogamente, 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.
- L'aziendalizzazione non va intesa come negazione dell'autonomia professionale o della centralità del paziente, né come minimizzazione dei costi, né tanto meno come massimizzazione dei «profitti». È invece un approccio logico che richiede a ogni istituto, quindi anche alle aziende sanitarie, di perseguire le proprie finalità e di soddisfare le aspettative dei propri portatori di interessi (*stakeholder*) utilizzando al meglio le risorse disponibili, quindi di: (i) ricercare continuamente modalità alternative di acquisizione e di impiego delle risorse per non dover ridurre i bisogni soddisfatti e, anzi, per poterli ampliare; e di (ii) verificare continuamente che i bisogni a cui vengono destinate le risorse siano quelli più rilevanti.
- La teoria aziendale si fonda su alcune proposizioni generali che valgono per tutte le classi di aziende, ma che vanno poi declinate in concetti e strumenti propri delle singole classi. Logiche e metodi sviluppati nel tradizionale contesto d'impresa non possono quindi essere acriticamente trasferiti alle aziende sanitarie.

Fatte queste premesse, il § 2 sintetizza metodi e contenuti dei singoli capitoli del Rapporto OASI 2011. I due successivi paragrafi presentano invece le principali caratteristiche del SSN e dei SSR: in particolare, il § 3 illustra gli assetti di sistema, mentre il § 4 riassume risorse strutturali, servizi erogati, livelli di finanziamento e di spesa. Il §5, infine, offre una lettura interpretativa dell'evoluzione del SSN rispetto ad alcuni temi chiave.

2. Metodi e contenuti

Il Rapporto OASI 2011 si articola in cinque parti: il quadro di riferimento, i sistemi sanitari regionali, l'assetto istituzionale e le 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 2011

Capitolo	Titolo	Autori	Contenuto	Metodi	Oggetto di analisi
	Prefazione				
I. Il quadro di riferimento					
1	Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati	Anessi e Cantù			
2	La struttura del SSN	Ferrè e Ricci	Risorse (es. personale, posti letto), output (es. numero di prestazioni) e <i>outcome</i> (es. grado di soddisfazione dei pazienti) delle aziende sanitarie	Elaborazione di dati ministeriali, di dati raccolti con schede inviate a tutte le regioni, di altre fonti informative rilevanti	Tutte le regioni e aziende
3	La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione	Armeni	Spesa sanitaria pubblica e privata a livello internazionale, nazionale, regionale. Disavanzi a livello nazionale e regionale, con relative misure di copertura	Elaborazioni su database OCSE, Relazione generale sulla situazione economica del paese	Tutte le regioni. Confronto con paesi UE e principali paesi extra-UE
4	Sviluppo e prospettive dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale	Cavazza e De Pietro	Evoluzione storica, disposizioni normative, funzionamento attuale e prospettive future dei fondi integrativi del SSN	Analisi documentale e interviste	Dati a livello nazionale, con approfondimenti su odontoiatria e non autosufficienza e presentazione di alcune iniziative regionali
5	Mobilità sanitaria europea e diritti dei pazienti: l'impatto della Direttiva 2011/24/UE sul SSN	Ricciuti e Tediosi	Contenuti della direttiva comunitaria sulla mobilità dei pazienti e valutazione dell'impatto di tale direttiva sul funzionamento del SSN	Analisi documentale e dati sulla mobilità transfrontaliera italiana	Dati a livello nazionale
II. I sistemi sanitari regionali					
6	Analisi comparativa delle traiettorie evolutive dei sistemi sanitari regionali	Ferré, Lecci e Longo	Expert opinion su: (i) evoluzione macro-istituzionale, organizzativa, di politiche di sistema e (ii) principali criticità strategiche o di policy, attuali o prospettive di alcuni SSR	Analisi documentale, elaborazione di dati raccolti nei database OASI e ministeriali, interviste semi strutturate ad attori chiave (Direttori Generali, dirigenti e tecnici dell'Assessorato, sub commissari e consulenti)	5 Regioni: Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Abruzzo, Sicilia
7	Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica e il suo impatto sulla spesa	Jommi, Armeni, De Luca, Otto e Vella	Assetto delle politiche regionali (governo diretto della domanda; indirizzo alla prescrizione dei medici; distribuzione dei farmaci secondo modalità alternative a quella in regime di convenzione; governo dell'assistenza farmaceutica in ambito ospedaliero); indicatori regionali di spesa farmaceutica pubblica e privata; impatto delle politiche regionali	Analisi documentale. Analisi statistica basata sul metodo difference in difference	Tutte le regioni

III. Assetti istituzionali e combinazioni economiche					
8	Innovazione e performance nella gestione della Supply Chain in sanità: esempi nazionali ed internazionali a confronto	Giusepi, Boscolo, Marsilio e Villa	Proposta di un framework per valutare la performance dei progetti di cambiamento della Supply Chain in sanità (con particolare riferimento ad acquisti e logistica). Sua applicazione ad alcuni casi	Analisi di casi nazionali e internazionali	Quattro casi (ESTAV Centro Regione Toscana; Ospedale Vall D'Hebron di Barcellona; AO San Martino di Genova; NHS Supply Chain)
9	Low cost in Sanità	Del Vecchio e Rappini	Caratteristiche, fattori di successo, criticità, possibili linee di evoluzione del low cost in sanità	Analisi di casi	Sei casi: Centro Medico Santagostino; Welfare Italia Servizi; Medical Division; Polimambulatorio Nuova Città; Amico dentista; Progetto Dentale Apollonia
10	I livelli retributivi del top management: un'analisi comparata	Longo, Ferrè, Russo Valentini e Sartirana	Retribuzioni del top management delle aziende sanitarie pubbliche	Desk research su siti web aziendali e interviste semistrutturate a top manager. Confronto con direttori di dipartimento delle aziende sanitarie pubbliche, top manager di aziende sanitarie private, CEO di Hospital Trust inglesi	11 Regioni (VDA, LOM, TN, VEN, FVG, LIG, EMR, TOS, MAR, LAZ, PUG)
IV. L'organizzazione					
11	La valutazione delle competenze manageriali dei professionisti con il sistema a 360°: la prima sperimentazione in una ASL	Lega, Panella, Pirola, Sartirana e Toparini	Obiettivi e fasi di progettazione di un sistema di valutazione a 360°. Risultati della prima sperimentazione di applicazione del sistema per la valutazione di 196 professionisti con responsabilità gestionali in una ASL	Rassegna della letteratura internazionale Analisi di un caso di studio: elaborazione dei dati forniti dal sistema operativo aziendale relativi alle valutazioni di tutti i professionisti e interviste sulla percezione del sistema ad un campione	ASL di Terni
12	Gli ospedali per intensità di cura in Toscana: un'esperienza in corso	De Pietro, Benvenuti e Sartirana	Introduzione del nuovo modello organizzativo per intensità di cura: principi di fondo, ruoli organizzativi chiave, meccanismi di micro-organizzazione e cambiamenti nei sistemi e negli strumenti operativi, fattori facilitanti il cambiamento, percezioni di medici e infermieri circa l'impatto clinico-assistenziale del nuovo modello organizzativo e le sue criticità	Analisi della normativa toscana Studio di tre casi aziendali: analisi dei siti internet e della documentazione organizzativa aziendale e conduzione di diciannove interviste semi-strutturate, individuali o di gruppo	ASL Grosseto, ASL Firenze, ASL Empoli
13	Logiche e modelli organizzativi per le reti ospedaliere: analisi di due casi aziendali	Prenestini, Carbone, Giusepi, Lega, Flor e Garbelli	Presentazione e applicazione di un modello metodologico per l'analisi e la riprogettazione delle reti ospedaliere di aziende multipresidio	Analisi di due casi aziendali attraverso incontri con i professionisti e analisi di flussi informativi aziendali, nell'ambito di progetti di formazione e ricerca intervento	AO di Melegnano e Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento
V. La rilevazione					
14	Armonizzazione contabile e revisione dei bilanci nelle aziende sanitarie pubbliche	Anessi Pessina, Cantù e Persiani	Principali differenze attualmente esistenti nelle normative contabili regionali. Analisi delle principali esperienze regionali di revisione dei bilanci Mappatura dei casi di certificazione dei bilanci nelle aziende sanitarie pubbliche	Analisi documentale e analisi di casi	Tutte le Regioni

15	Le innovazioni nei sistemi di programmazione e controllo	Lecci e Vendramini	Innovazioni nei sistemi di P&C delle aziende sanitarie: finalità, caratteristiche di contenuto e di processo, risultati, coerenza con le teorie manageriali di riferimento	Analisi di casi	7 casi: IRCCS Bambin Gesù; ASL di Lecco; ASL di Como; ASL di Cremona; ASL di Empoli; ASL di Firenze; ASL di Pistoia.
16	Il PPP per gli investimenti sanitari: il punto di vista degli operatori privati	Vecchi	Analisi di vantaggi e svantaggi, opportunità e minacce offerte dalle forme di PPP in sanità dal punto di vista degli operatori privati Risultati conseguiti dalle esperienze di PFI in Inghilterra	Interviste sulla base di un questionario semi-strutturato a società private operanti nel settore sanitario Review degli studi NAO su trasferimento dei rischi e sul Value for Money delle operazioni di PFI inglesi	Otto società operanti in Italia Tutti in contratti di PFI nella sanità inglese

3. 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 l'ormai riaffermata attenzione verso le iniziative di «ingegneria istituzionale» renda meno significativo descrivere l'assetto dei SSR in termini delle loro «classiche» aziende pubbliche (ASL e AO), equiparate e private accreditate. La Tabella 2 sintetizza comunque l'evoluzione di ASL e AO dalla riforma del 1992 ad oggi, nonché le principali caratteristiche dimensionali di tali aziende nelle diverse regioni, evidenziando in particolare: (i) la stabilità nel numero delle ASL (146) che sempre più spesso hanno un ambito di riferimento provinciale, se non addirittura regionale (le ASL sub-provinciali rimangono esclusivamente nelle grandi aree metropolitane, in Veneto, in Umbria e in Friuli VG); (ii) le dimensioni medie delle ASL, che risultano ancora molto differenziate tra le regioni, nonostante i recenti accorpamenti; (iii) l'eterogeneità interregionale per numero e dimensione media delle AO, che condiziona tra l'altro il numero dei presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL e quindi l'estensione dei meccanismi di «quasi mercato». La Tabella 3 presenta tutte le principali innovazioni istituzionali in termini di accorpamento e/o scorporo di ASL e AO dal 2002 al 2011. Le regioni, nell'ambito delle iniziative di ingegneria istituzionale, oltre a modifiche nel numero di ASL e AO, sempre più spesso, hanno previsto ambiti di programmazione sovra-aziendale o la costituzione di aree vaste o macro-aree di accentramento e coordinamento dei processi di acquisto e di altre funzioni amministrative (gestione dei magazzini, logistica, gestione delle reti informative e organizzazione dei centri di prenotazione) rispondendo a esigenze di reintegrazione e/o riconnesione delle aziende. La Tabella 4 individua le scelte regionali nella gestione degli acquisti e di altre funzioni amministrative, che possono essere ricondotte a quattro modelli principali: cooperazione istituzionale, aree vaste, enti pubblici giuridicamente autonomi e azienda unica.
- 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. Dall'indagine Age.Na.S. 2009¹, l'attuazione del percorso di accreditamento delle strutture sanitarie private nelle varie regioni risulta molto differenziata. In media, le strutture definitivamente accreditate rappresentano il 39,1% (5.232) del totale; quelle provvisoriamente accreditate il 37,6% (5.023)²; quelle attribuite, da alcune regioni,

¹ AGENAS (2009), «Indagine sullo stato di implementazione del percorso di accreditamento delle strutture sanitarie private (ai sensi dell'art., comma 796 Legge 296/2006)», Gruppo Tecnico per l'accreditamento.

² Nell'ambito del «provvisoriamente accreditato», per alcune regioni sono state inserite anche le strutture che hanno ottenuto un riconoscimento parziale di tipo definitivo, limitato ad alcune branche specialistiche.

alla competenza del settore sociale il 6,2% (823). Il restante 17,2% (2.297) è stato inserito nella categoria «altro»³.

- 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 (DG), le difficoltà legate alla breve durata effettiva del mandato (nel periodo 1996-2011 la media nazionale è stata di 3 anni e 9 mesi, con forti differenze interregionali: Figura 1) e all'occasionalità della nomina (circa il 50% delle persone che hanno ricoperto l'incarico di DG sono rimaste in carica, in una o più aziende della stessa regione, per un massimo di tre anni: Figura 2).
- Progettare norme generali per l'organizzazione, il funzionamento e la contabilità delle aziende.

³ La categoria «altro» comprende le situazioni in cui il processo di accreditamento istituzionale è stato avviato, consentendo alle strutture private di presentare formale richiesta, ma non si è giunti a un provvedimento regionale di riconoscimento dello status di accreditamento provvisorio e non risultano avviate le verifiche sui requisiti di accreditamento.

Tabella 2. Evoluzione nel numero di ASL e AO e loro dimensioni medie (2011)

Regione	ASL							AO					
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/2011	Popolazione media 2011	N. medio presidi a gest. diretta* 2010	PL utilizzati medi per presidio a gest. diretta* 2008	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/11	N. medio stabilimenti AO** 2010	PL utilizzati medi per AO 2008	PL utilizzati medi per stabilimento AO** 2008
Piemonte	63	22	22	13	342.872	1,7	146	7	7	8	1,9	600	300
Valle d'Aosta	1	1	1	1	128.230	1,0	400	-	-	-	-	-	-
Lombardia	84	44	15	15	661.181	0,1	218	16	27	29	3,3	714	205
PA Bolzano	4	4	4	1	507.657	7,0	242	-	-	-	-	-	-
PA Trento	11	1	1	1	529.457	7,0	142	-	-	-	-	-	-
Veneto	36	22	21	21	235.136	1,0	201	2	2	2	1,5	1384	923
Friuli VG	12	6	6	6	205.968	1,8	146	3	3	3	1,3	753	565
Liguria	20	5	5	5	323.358	1,2	327	3	3	1	1,0	422	422
Emilia Romagna	41	13	13	11	402.947	1,9	233	5	5	5	1,0	983	983
Toscana	40	12	12	12	312.484	2,7	264	4	4	4	1,0	804	804
Umbria	12	5	4	4	226.622	2,0	133	2	2	2	1,0	606	404
Marche	24	13	13	1	1.565.335	28,0	105	3	4	2	2,0	623	311
Lazio	51	12	12	12	477.391	4,1	127	3	3	5	1,6	785	448
Abruzzo	15	6	6	4	335.592	5,3	164	-	-	-	-	-	-
Molise	7	4	4	1	319.780	5,0	160	-	-	-	-	-	-
Campania	61	13	13	7	833.437	5,6	140	7	8	7	1,3	473	421
Puglia	55	12	12	6	681.877	4,7	283	4	6	2	1,5	1015	676
Basilicata	7	5	5	2	293.759	3,5	72	1	1	1	2,0	797	266
Calabria	31	11	11	6	335.233	5,3	78	4	4	4	2,0	420	210
Sicilia	62	9	9	9	561.231	6,1	77	16	17	5	2,4	334	210
Sardegna	22	8	8	8	209.426	3,5	122	1	1	1	1,0	475	475
ITALIA	659	228	197	146	415.250	2,9	159	81	97	81	2,2	631	298

* Si considerano i presidi a gestione diretta ASL individuati dall'indirizzario del Ministero della Salute. Si utilizza, quindi, 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.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati indirizzario Ministero della Salute 20/06/2010

Tabella 3. Accorpamenti e scorpori di ASL e AO (2002-2011)

Regione	Accorpamenti e scorpori di ASL e AO
Piemonte	(2004) Istituzione dell'ASO Ordine Mauriziano di Torino (2006) Fusione in 7 ASL di 16 delle 22 ASL esistenti: ASL TO1 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO2 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO3 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO4 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO5 per accorpamento di 2 ASL, ASL 10 per accorpamento di 3 ASL, ASL 13 per accorpamento di 3 ASL
Lombardia	(2002) Costituzione di due AO: Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (2003) Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio
PA di Bolzano	(2007) Accorpamento delle ASL di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico nell'Azienda Sanitaria Provinciale dell'Alto Adige
Liguria	(2008) Soppressione dell'AO Ospedale S. Corona e dell'AO Villa Scassi, con riaccorpamento nelle ASL di competenza
Emilia-Romagna	(2003) Accorpamento di tre ASL nell'Azienda USL di Bologna
Marche	(2003) Riassetto dell'SSR :costituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale in cui sono state accorpate le precedenti 13 ASL e fusione per incorporazione nell'Azienda Ospedaliera «Umberto I» delle Aziende ospedaliere «G.M. Lancisi» e «G. Salesi» (presidi di alta specializzazione nell'ambito della nuova azienda ospedaliera) (2009) Accorpamento strutture ospedaliere San Salvatore di Pesaro e Santa Croce di Fano nella nuova Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord
Abruzzo	(2010) Accorpamento dell'ASL di Avezzano-Sulmona con l'ASL dell'Aquila (2010) Accorpamento dell'ASL di Chieti con l'ASL di Lanciano-Vasto
Molise	(2005) Creazione dell'Azienda Sanitaria Regionale Molisana
Campania	(2008) Creazione di 4 ASL provinciali (Avellino, Benevento, Caserta e Salerno), in virtù della fusione delle rispettive ASL sub provinciali, e di 3 ASL nella Provincia di Napoli: Napoli 1, Napoli 2 (accorpamento delle ASL NA2 e NA 3) e Napoli 3 (accorpamento delle ASL NA4 e NA 5) (2011) Costituzione per accorpamento dell'AO di rilievo nazionale Monaldi – Cotugno – CTO
Puglia	(2002) Soppressione di 4 AO con riaccorpamento nelle ASL Cambiamento di denominazione dell'ASL BA/1 che diviene ASL BAT/1 (Barletta-Andria-Trani) (2006) (2006) Riassetto del SSR: fusione in 3 ASL di 9 delle 12 ASL esistenti: ASL BA per accorpamento delle ASL BA/2, BA/3, BA/4, BA/5; ASL FG per accorpamento delle ASL FG/1, FG/2 e FG/3; ASL LE per accorpamento delle ASL LE/1 e LE/2
Basilicata	(2008) Riassetto del SSR: creazione di due ASL provinciali
Calabria	(2007) Riassetto del SSR: fusione in 3 ASL di 9 delle 11 ASL esistenti: ASL di Cosenza per accorpamento delle ASL Paola, Castrovillari, Rossano e Cosenza; ASL di Catanzaro per accorpamento delle ASL Lamezia Terme e Catanzaro; ASL di Reggio Calabria per accorpamento delle ASL Locri, Palmi e Reggio Calabria
Sicilia	(2009) Riassetto del SSR attraverso la definizione di 9 Aziende Sanitarie Provinciali, 3 AO di riferimento regionale e 2 Aziende Ospedaliere di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione (ARNAS)

Fonte: Elaborazioni OASI 2011

Tabella 4. Classificazione delle regioni in base agli assetti istituzionali nei processi di acquisto di beni e servizi sanitari e altre funzioni amministrative (2002-2011)

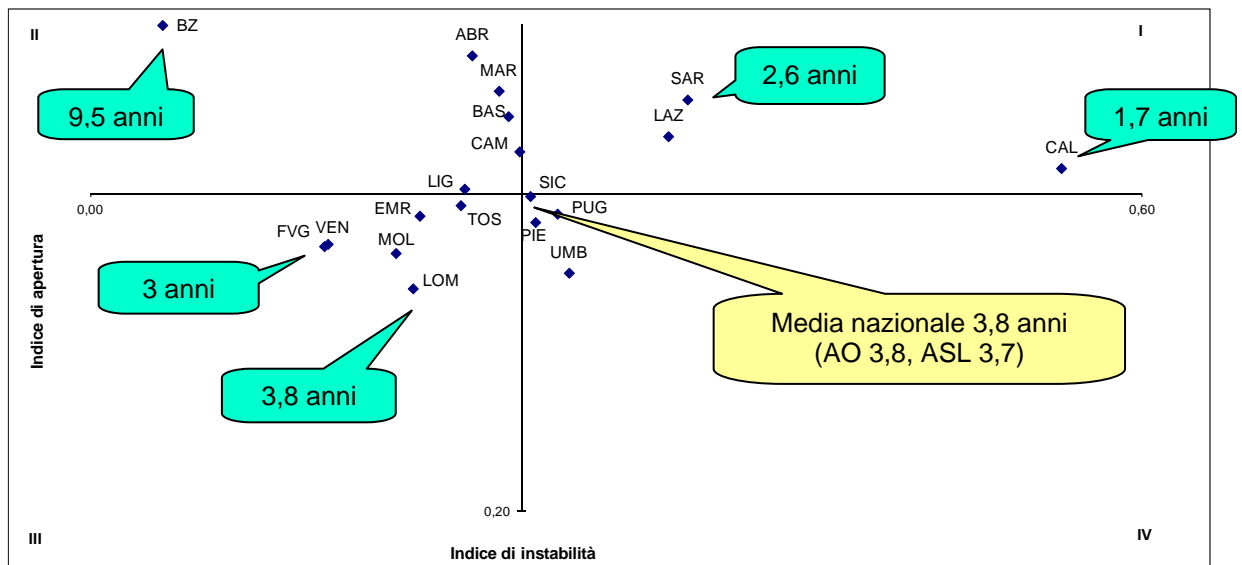
Modello	Regioni
Cooperazione inter-istituzionale	Abruzzo*: supporto per lo sviluppo del mercato elettronico e la realizzazione una centrale acquisti regionale in base all'intesa tra MEF, Consip e Regione stipulata il 21/02/08 e rinnovata il 14/10/2009.
	Basilicata: supporto per lo sviluppo del mercato elettronico in base all'intesa tra MEF, Consip e Regione stipulata il 19/12/2008.
	Calabria*: costituzione della stazione unica appaltante prevista ai sensi della LR 26/2007 e del PdR (DGR 845/2009).
	Lazio*: supporto per lo sviluppo del mercato elettronico e realizzazione di una centrale acquisti regionale in base all'intesa tra MEF, Consip e Regione stipulata il 24/01/2008.
	Liguria*: (i) individuazione di tre «Aree Ottimali» con compiti di programmazione interaziendale e proposta

	<p>di atti in materia di servizi amministrativi, di personale e di aggiornamenti tecnologici (art. 7 LR 41/06). (ii) Istituita la Centrale Regionale Acquisti ai sensi della LR 14/2007.</p> <p>Lombardia*: creazione della Centrale regionale Acquisti, all'interno di Lombardia Informatica, per il monitoraggio delle dinamiche di domanda/offerta di beni/servizi, la gestione diretta centralizzata degli acquisti e l'affiancamento degli enti nell'accesso alla piattaforma SINTEL per la gestione autonoma delle gare telematiche (LR 33/2007).</p> <p>Puglia*: (i) creazione di una centrale acquisti regionale (EmPULIA) per svolgere le funzioni di Centrale di Committenza, di stipulazione di Accordi quadro e Convenzioni a favore del SSR e degli altri soggetti pubblici pugliesi. (ii) Istituzione di tre Macroaree per l'organizzazione di processi gestionali in comune (Piano Regionale di salute 2008-2010).</p> <p>Sardegna*: istituzione di un Centro di Acquisto Territoriale, legato al Provveditorato regionale, che fornisce servizi per la razionalizzazione delle procedure di approvvigionamento (stipula di convenzioni - quadro, gare telematiche, osservatorio prezzi) ai sensi della LR 2/2007.</p>
Creazione di Aree Vaste	<p>Sicilia: istituzione di due comitati (Comitato Bacino Occidentale e Comitato Bacino Orientale) per l'accentramento delle gare di acquisto per beni e servizi.</p> <p>Veneto*: istituzione di cinque Aree Vaste per l'accentramento di alcuni processi gestionali e servizi tecnico-amministrativi in materia di approvvigionamento in tutte le sue fasi (pianificazione, acquisto, stoccaggio e distribuzione di beni).</p> <p>Emilia-Romagna*: individuazione di tre Aree Vaste per coordinare le strategie e i processi di acquisto e valutare l'opportunità di una gestione unificata dei processi di gestione del trattamento economico e delle procedure concorsuali per il personale.</p> <p>Piemonte*: (i) creazione di un'area di coordinamento sovra zonale (art.23 LR 18/2007) per l'approvvigionamento di beni e servizi, la gestione dei magazzini, la logistica, la gestione delle reti informative e dei centri di prenotazione. (ii) Istituzione di un' area di coordinamento metropolitana (art. 10 LR 18/2007) tra le strutture operanti nell'area metropolitana.</p>
Costituzione di enti pubblici dotati di personalità giuridica	<p>Umbria*: istituzione dell'agenzia «Umbria Sanità» per la gestione integrata delle funzioni tecnico-amministrative delle aziende sanitarie e della direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali.</p> <p>Campania*: costituzione di So.Re.Sa. Spa, ente strumentale della Regione titolare in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura dei beni e attrezzature sanitarie delle aziende sanitarie (art. 2 LR 24/2005).</p> <p>Toscana: istituzione di tre Enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta (ESTAV), dotati di personalità giuridica di diritto pubblico, per la programmazione sanitaria e il consolidamento dei bilanci (art. 9 LR 40/2005).</p> <p>Friuli VG: istituzione di un Centro Servizi Condivisi (CSC) per la gestione centralizzata di attività tecniche e amministrative a supporto degli enti consorziati (art. 18 LR 20/2004). Dal 1° gennaio 2010 le attività e le funzioni del CSC sono state trasferite al Dipartimento Servizi Condivisi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Maria della Misericordia di Udine (DGR 2717/2009).</p>
Azienda Unica	PA Bolzano, PA Trento, Molise, Valle d'Aosta e Marche.

(*) Regioni che hanno istituito una Centrale Acquisti Regionale al 2010.

Fonte: Elaborazioni OASI 2011

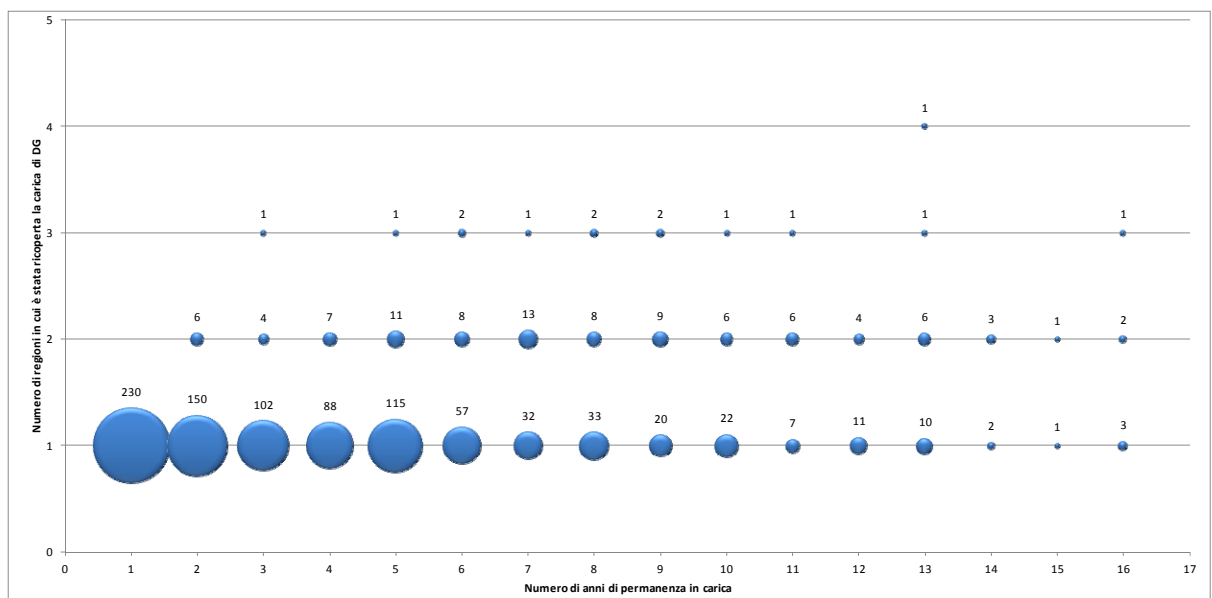
Figura 1. Turnover dei Direttori Generali: Indici di instabilità e apertura e durata media in carica (1996-2011)



Nota: L'indice di instabilità regionale misura la propensione del sistema a cambiare i propri DG ed è calcolato come rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella Regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili (ossia un nuovo DG in ogni azienda ogni anno). L'indice di apertura del sistema regionale misura la propensione del SSR ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico, invece che far ruotare i DG fra le proprie aziende. E' dato dalla differenza tra il numero di persone che hanno ricoperto la carica di DG in una o più aziende della Regione nel periodo 1996-2011 e il numero massimo di aziende presenti nella Regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della Regione nel periodo considerato.

Fonte: Elaborazioni OASI 2011

Figura 2. Distribuzione dei DG per numero di anni e di regioni in cui hanno ricoperto la carica nel periodo 1996-2011 (n = 991)



Fonte: Elaborazioni OASI 2011

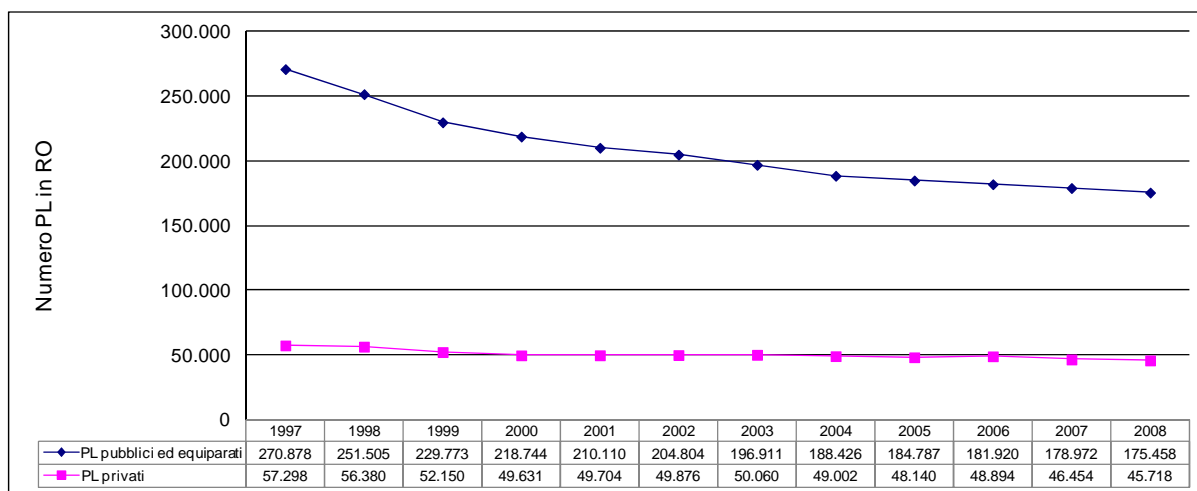
4. Risorse strutturali, servizi erogati, livelli di spesa

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 residenziali) ed equiparate (IRCCS, AOU integrate con il SSN, ospedali classificati o assimilati, istituti qualificati presidio dell'ASL, enti di ricerca), rispetto agli anni Novanta, si è fortemente e costantemente ridotto: da 942 nel 1997 a 638 nel 2008⁴. Il numero delle strutture private accreditate è rimasto invece costante nel periodo 1997-2005 (circa 550), per poi registrare un lieve aumento nel 2006 (563) e una diminuzione nel 2007 e 2008 (521).

Anche i posti letto per degenza ordinaria (pubblici, equiparati e privati accreditati, per acuti e non) si sono significativamente ridotti, passando da circa 328.000 nel 1997 a 221.176 nel 2008 (Figura 3). Il decremento è stato sistematico nelle strutture pubbliche ed equiparate, mentre i posti letto privati accreditati, pur ridottisi complessivamente del 19% nel periodo 1997-2007, mostrano nel corso degli anni un andamento variabile (crescente nel periodo 2000-2003 e nel 2006; decrescente negli altri anni). E' invece cresciuto il numero di posti letto in *Day Hospital* (pubblici, equiparati e privati accreditati, per acuti e non), passato da poco più di 22.000 nel 1997 a 31.623 nel 2008.

Figura 3. Trend di riduzione dei posti letto in regime ordinario - pubblici ed equiparati vs case di cura private accreditate (1997-2008)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Nel 2008 la dotazione media nazionale di posti letto – in regime di degenza sia ordinaria che diurna – era pari a 3,7 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti. Ciò ha consentito di raggiungere lo *standard* di 4,5 posti letto complessivi; quattro regioni avevano nel 2008 una dotazione ancora superiore a quanto consentito (Molise, Lazio, PA di Trento ed Emilia Romagna). A fronte di ciò, il Patto per la Salute 2010-2012 (art. 6, comma 1) ha previsto uno *standard* ancora più stringente, pari a 4 PL per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 per riabilitazione e lungodegenza.

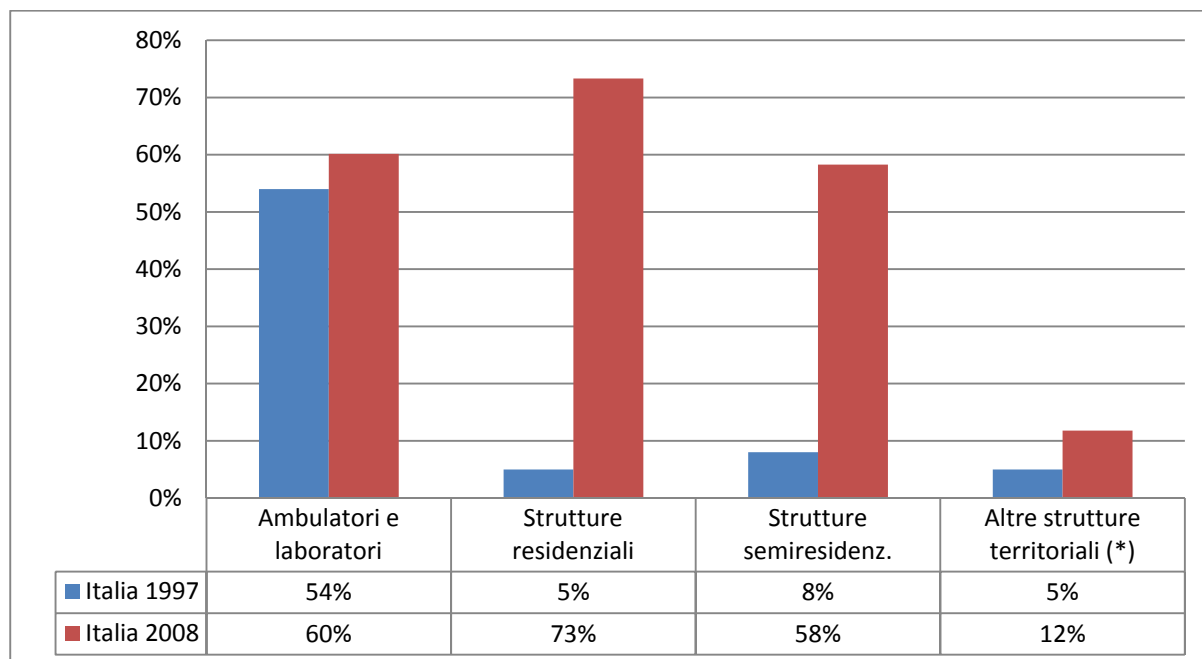
Sempre nel 2008 la percentuale di posti letto in strutture private accreditate (inclusendo sia case di cura che IRCCS e policlinici privati, ospedali classificati e qualificati) a livello nazionale era pari mediamente al 28%. A livello regionale, il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta totale in Lazio (51%), Campania (36%), Calabria (36%) e Lombardia (35%). Tale quota è, al contrario, molto bassa in Basilicata (5%), Umbria (8%), Liguria (9%), Friuli VG (11%) ed è addirittura nulla in Valle D'Aosta.

Per ciò che riguarda l'**ASSISTENZA TERRITORIALE**, a livello nazionale, il periodo 1997-2008 si contraddistingue per l'incremento delle strutture territoriali (+41,8%) e per il sempre maggiore apporto del privato accreditato (Figura 4). Entrambi i fenomeni sono particolarmente spiccati per le strutture semiresidenziali (incremento del 179% nel periodo 1997-2008; peso delle strutture private accreditate pari al 58% nel 2008) e residenziali (incremento del 192%; peso delle strutture private accreditate pari al 73%).

⁴ Va peraltro segnalato come tale riduzione non corrisponda interamente al numero di strutture dismesse o convertite in strutture extraospedaliere, perché riflette anche l'accorpamento funzionale di più stabilimenti in un unico presidio, così come la trasformazione o aggregazione di presidi a gestione diretta in AO, soprattutto in Lombardia.

L'offerta di servizi ambulatoriali e di laboratorio è distribuita abbastanza uniformemente tra pubblico e privato, pur con una certa prevalenza di quest'ultimo (60%), mentre la categoria «Altre Strutture Territoriali»⁵ è costituita per l'88% da strutture pubbliche. Ancora una volta esistono peraltro forti differenze interregionali. Nello specifico dell'offerta semiresidenziale e residenziale per categorie di assistenza, emerge una netta prevalenza dei servizi per gli anziani.

Figura 4. Incidenza del privato accreditato sul numero di strutture di assistenza territoriale (1997; 2008)



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Il **PERSONALE DIPENDENTE** è complessivamente diminuito dell'1,8% nel periodo 1998-2008: a una flessione del 3,6% nel biennio 1998-99 (in seguito al blocco delle assunzioni), ha seguito una crescita abbastanza sostenuta (5%) tra il 1999 e il 2003 ed una più contenuta a partire dall'anno successivo. L'aumento della spesa per il personale è stato comunque inferiore all'aumento complessivo della spesa sanitaria corrente, tanto che l'incidenza percentuale della prima sulla seconda è passata dal 43,3% del 1997 al 32,9% del 2010.

Relativamente alla **MEDICINA GENERALE**, infine, nel periodo 1997-2008 il numero dei MMG e dei PLS a livello nazionale è rimasto sostanzialmente stabile. Nel 2008, il carico potenziale (basato sulla popolazione assistibile) ed effettivo (basato sul numero di scelte) dei MMG era rispettivamente pari a 1.114 e 1.124 persone. Il divario era invece molto più significativo per i PLS (1019 assistibili contro 841 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, le prestazioni di **RICOVERO** rilevate dal Ministero evidenziano:

- Un aumento dei casi trattati fino al 2002⁶ (ad eccezione del 2000, in cui i ricoveri si sono ridotti circa dello 0,4%), una sostanziale stabilità nel periodo 2003-06 (con variazioni comprese tra -1 e +1,5%), una forte riduzione nel 2007 (-4%), nel 2008 (-2%) e nel 2009 (-2,6%). Analizzando più dettagliatamente la variazione dei ricoveri tra il 2008 e il 2009, si rileva per gli acuti una riduzione sia dei ricoveri in regime ordinario (136.554 casi in meno), sia di quelli in DH (304.833 casi in meno). Una lieve riduzione si è registrata anche per i ricoveri della riabilitazione (-1.683, considerando i ricoveri ordinari e in DH); i ricoveri in lungodegenza sono, invece, aumentati (+1.138).
- Nel 2009, 11.674.098 dimissioni complessive (in strutture pubbliche, equiparate, private accreditate e non; in regime ordinario e in DH; per acuti, riabilitazione e lungodegenza).

⁵ Tale categoria include: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno-infantili, centri distrettuali e in generale strutture che svolgono attività di tipo territoriale.

⁶ Si noti peraltro che tale aumento è parzialmente condizionato dalla progressiva estensione della copertura della rilevazione degli istituti esistenti.

- Sempre nel 2009, un tasso di ospedalizzazione per acuti medio nazionale pari a 171,79 ricoveri per mille abitanti (120,02 in ricovero ordinario e 51,77 in *day hospital*), in linea con l'obiettivo previsto nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005⁷.
- Una degenza media per acuti in regime ordinario che si è progressivamente ridotta fino al 2002 (da 7,1 del 1998 a 6,7 nel 2002), per poi stabilizzarsi a 6,7 nel periodo 2003-2007 e lievemente aumentare a 6,8 nel 2008 e ristabilizzarsi a 6,7 nel 2009. Mediamente, le strutture private hanno una degenza media inferiore alle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,4 rispetto a 7,1 giorni), mentre presentano degenze medie simili per la riabilitazione (28 rispetto a 25,5) e maggiori per la lungodegenza (34,6 rispetto a 28,1).
- 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 2009 sono state rilevate 72.063.110 giornate di degenza, con un decremento dell'4,5% rispetto al 2008.
- Un aumento dell'incidenza del privato accreditato⁸, i cui ricoveri rappresentano il 24% di quelli complessivamente erogati nel 2009. Rispetto alla distribuzione regionale, le percentuali più elevate si registrano in Lazio (48%), Puglia (32%), Campania (31%) e Lombardia (31%). Il peso del privato è molto più significativo nei ricoveri per riabilitazione (70%) e lungodegenza (47%), rispetto a quelli per acuti (23%).
- Un costante incremento della complessità della casistica trattata, valutata considerando il rapporto tra casi complicati e totale dei casi afferenti a famiglie di DRG omologhi (valore medio nazionale del 2010 pari a 30,8%, in aumento rispetto al 30,5% del 2009). Anche il peso medio nazionale dei ricoveri per acuti in RO ha registrato un aumento dal 1,06 nel 2009 al 1,08 nel 2010. Nella maggioranza delle regioni settentrionali (tranne le PA di Bolzano e Trento) e centrali l'indice di *case mix* è superiore ad 1 – indicando, quindi, un peso della casistica trattata maggiore della media italiana.
- Un miglioramento dell'appropriatezza, per quanto espresso dai seguenti indicatori: (i) la percentuale di dimissioni di pazienti con DRG medico da parte di reparti chirurgici (dal 45% del 1998 al 33,5% del 2010); (ii) la percentuale di ricoveri di 1 giorno per acuti in regime ordinario su scala nazionale (da 12,8% al 11,4%), benché su scala regionale si evidenzia una forte variabilità; (iii) l'incidenza dei ricoveri a rischio di inappropriatazza (come individuati dal Decreto sui LEA)⁹, pari a circa il 17% del totale dei ricoveri ordinari per acuti, con un massimo rappresentato dal Molise (27%) e un minimo dal Piemonte (8%). Va però segnalato il peggioramento diffuso di un altro indicatore: la percentuale di parti cesarei (dal 31% del 1998 al 38% del 2010).

Con riferimento all'attività di **ASSISTENZA TERRITORIALE**, va innanzi tutto ricordato che si dispone di dati sistematici solo a partire dal 2004. A questo si aggiunge una forte disomogeneità nella definizione e classificazione dei dati e delle informazioni, che 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. Le rilevazioni più complete riguardano le prestazioni di attività clinica, di laboratorio e di diagnostica per immagini e strumentale che vengono erogate in assistenza territoriale dalle strutture pubbliche e private accreditate. Nel 2008 ne sono state erogate oltre un miliardo, con una media regionale per abitante che va dalle 17 prestazioni della Sicilia alle 254 di Emilia Romagna, per una media nazionale pari a 20,5. Un'altra tipologia di attività erogata a livello territoriale è l'assistenza domiciliare integrata (ADI). Nel 2008 sono stati mediamente trattati in ADI 803 pazienti ogni 100.000 abitanti, ma la differenziazione regionale (anche a causa della già citata eterogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati) è molto forte in termini di: (i) numero di casi trattati, con un intervallo compreso tra i 118 casi per 100.000 abitanti della Valle D'Aosta e i 2.058 del Friuli VG dall'altro; (ii) tipologia di pazienti trattati, anziani nel 92% dei casi in Liguria e solo nel 56% dei casi in PA Trento; (iii) intensità di assistenza erogata, ovvero 58 ore per caso trattato in Sardegna e 7 ore in Friuli VG.

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, pari nel 2008 a 82 anni (contro una media europea di 75 anni)¹⁰. 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, in termini

⁷ L'Intesa richiedeva il mantenimento di tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno, di norma pari al 20%.

⁸ Si considerano tutti i ricoveri (RO e DH, acuti e non acuti) erogati da: case di cura private accreditate, IRCCS e Policlinici di diritto privato, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidio ASL (ex art. 43 – Legge 833/78).

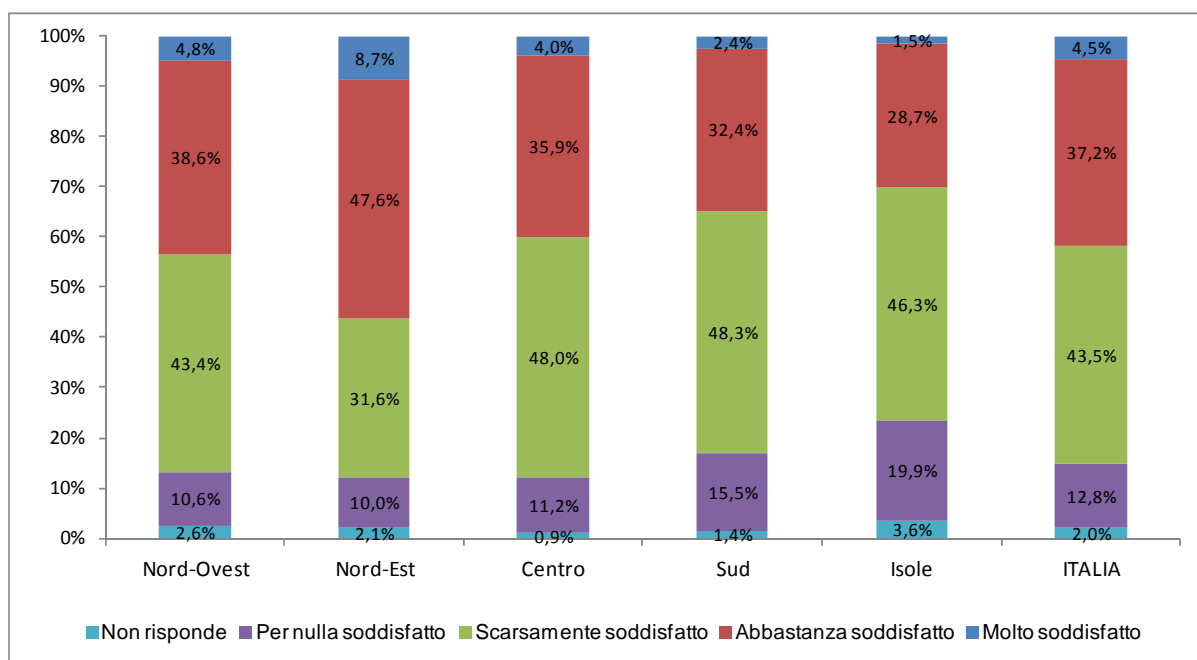
⁹ Si fa riferimento ai 108 DRG LEA previsti nel Patto per la Salute 2010-2012 (Allegato A e B).

¹⁰ WHO Italy Health Profile

per esempio di campagne di vaccinazione contro le malattie infettive, offerta di servizi di emergenza e urgenza, attività di prevenzione per ridurre l'incidenza dei tumori. Il buon livello di salute trova almeno parziale riscontro nel grado di soddisfazione dei cittadini, generalmente soddisfatti del sistema dell'offerta sanitaria (Figura 5), pur con differenze significative sia tra tipologie di prestazioni, sia soprattutto tra aree geografiche.

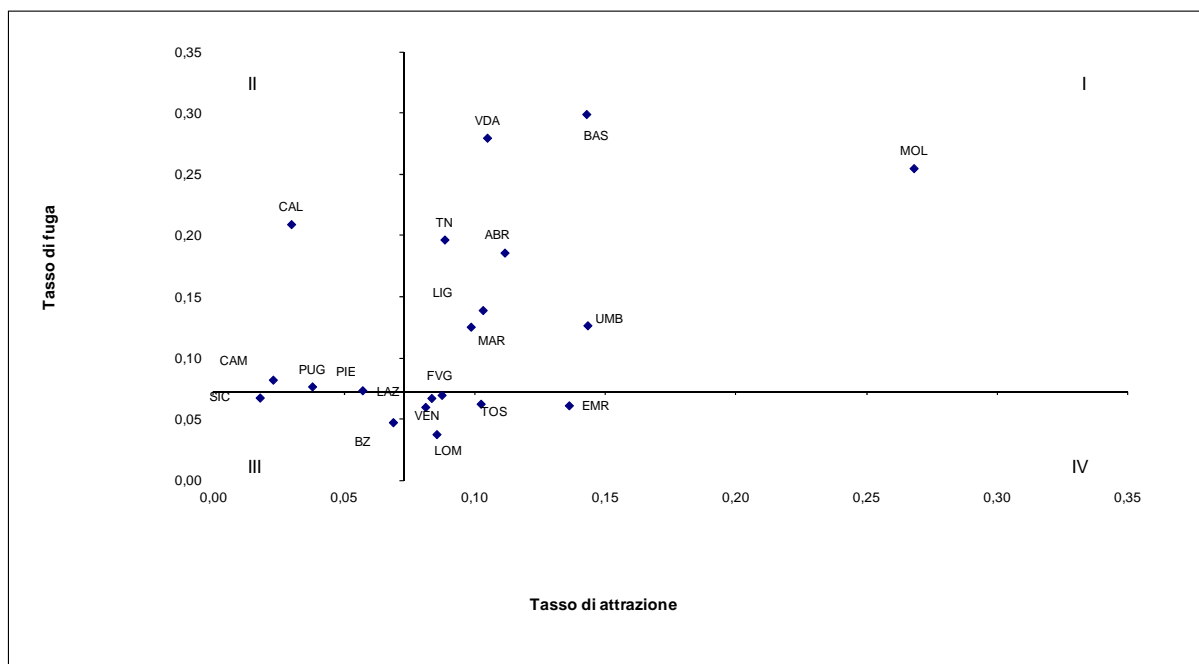
Questi diversi livelli di soddisfazione aiutano anche a comprendere i flussi interregionali di mobilità dei pazienti. La relazione tra mobilità e qualità percepita è confermata anche dalle rilevazioni ISTAT, da cui emerge che, nel 2005, il 59,5% dei ricoveri fuori regione è stato effettuato proprio in virtù della maggiore fiducia nella competenza dei medici della struttura scelta. Al riguardo, la Figura 6 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) in confronto al dato medio nazionale (rappresentato dagli assi cartesiani).

Figura 5. Soddisfazione globale dei servizi offerti dal SSN per macroarea geografica (%)



Fonte: Elaborazione Eurispes (2010)

Figura 6. Posizionamento delle regioni in base agli indici di attrazione e di fuga, ricoveri ordinari per acuti (2009)



Fonte: Elaborazioni su dati SDO Ministero della Salute

Un ultimo tema di particolare rilevanza è quello della **SPESA**. Secondo i confronti internazionali, la spesa sanitaria italiana risulta del 16% inferiore al dato complessivo UE-15¹¹ come risultato di un tasso di crescita medio, tra il 1990 e il 2009, di 1,2 punti percentuali minore rispetto alla media dei quindici Paesi. Questo vale sia per la spesa pro-capite 2009, totale (3.137 \$PPA¹² contro 3.739 della media UE-15) e pubblica (2.443 \$PPA contro 2.881), sia per l'incidenza sul PIL della spesa totale (9,5% contro 9% nel 2008). L'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL è in Italia (7,4% nel 2009) inferiore rispetto alla media UE-15 (8,3%). La copertura pubblica della spesa sanitaria in Italia risulta allineata al valore UE-15 (77,9% nel 2009), ma ancora inferiore a quella di alcuni Paesi caratterizzati da un sistema sanitario simile a quello italiano (sistema a SSN), quali Regno Unito e Paesi Scandinavi.

La spesa sanitaria corrente a carico del SSN ha subito nel 2010 una crescita minima, pari al 0,9% rispetto al 2009, confermando il deciso rallentamento del trend di crescita degli ultimi anni (dal 2001 al 2010 il tasso di crescita medio annuo della spesa pubblica è stato del 4,1%, a fronte di un 8,1% nel periodo 1995-2001). La spesa sanitaria privata corrente continua a mantenere tassi di crescita bassi. Il suo trend, tendenzialmente speculare a quello della spesa pubblica fino al 2001 (con aumenti più elevati nei momenti di contrazione della crescita della spesa pubblica), mostra invece dal 2003 al 2009 un aumento contenuto, con tendenza decrescente e sistematicamente inferiore alla spesa pubblica. Nel 2010, tuttavia, la spesa privata corrente è cresciuta del 2,8%, ovvero più del triplo rispetto alla spesa pubblica corrente.

Il finanziamento corrente (incluse le entrate proprie riscosse dagli enti del SSN e le integrazioni regionali), pari a 106,214 miliardi di Euro nel 2010, ha subito una crescita superiore all'economia nel suo complesso: l'incidenza sul PIL ha raggiunto il 7,0% come già registrato nel 2009. L'incremento percentuale del finanziamento complessivo del SSN a livello nazionale, rispetto al 2009, è stato del 1,8%, mentre il finanziamento medio procapite nazionale è di 1.803 euro. Essendo tale incremento superiore rispetto all'aumento della spesa (0,9%), si è ridotto il disavanzo da 3,3 a circa 2,3 miliardi di euro (in percentuale del finanziamento si passa dal 3% al 2,1%).

Considerando il periodo 2001-2010, il disavanzo complessivo cumulato ammonta a 38,1 miliardi di euro, di cui 18,531 miliardi (corrispondenti al 74% del disavanzo cumulato) sono rimasti a carico dei bilanci regionali, mentre la parte rimanente è stata coperta da assegnazioni dello Stato.

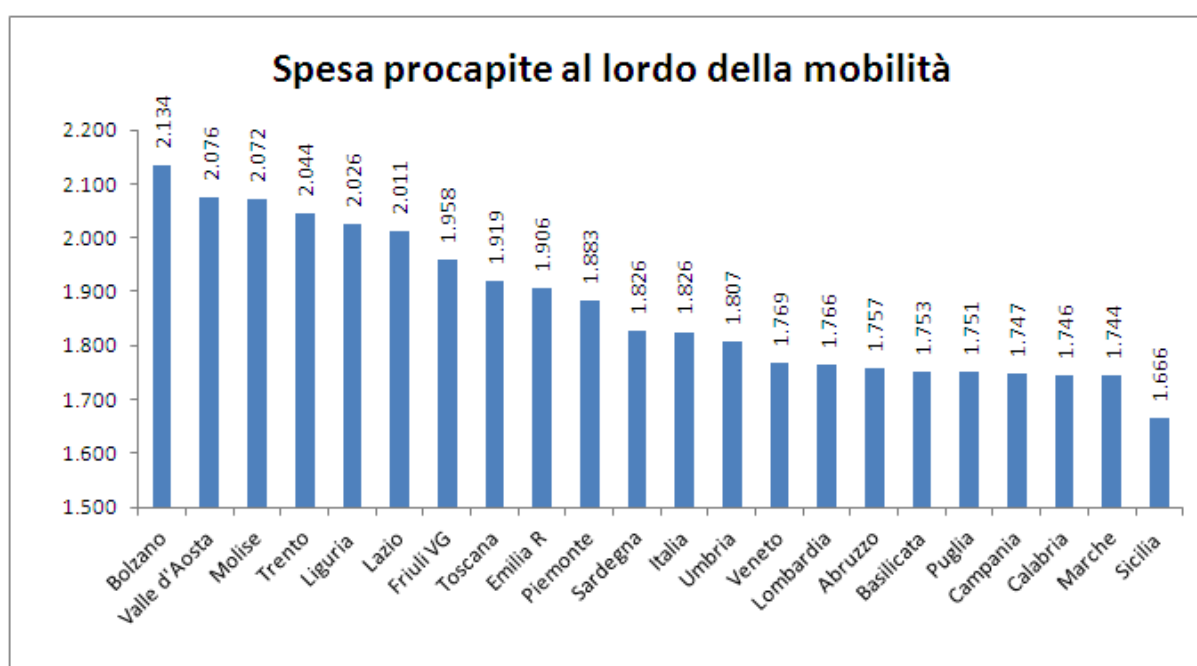
¹¹ Con riferimento a questo valore, si segnala che nel Rapporto OASI 2010, con dati al 2008, l'Italia risultava spendere il 9% in meno della media UE-15. L'apparente variazione significativa rispetto al dato fornito nel presente Rapporto è dovuta in gran parte all'effetto del *reworking* operato dall'OCSE sulla serie storica. Infatti, ricalcolando, sulla serie aggiornata, il dato 2008, la spesa totale italiana risulterebbe inferiore del 13% (e non più del 9%) rispetto alla media europea. Inoltre, è da rilevare che Grecia e Portogallo non concorrono alla formazione della media UE-15 del 2009: il confronto internazionale sconta, pertanto, anche l'effetto del ribilanciamento della ponderazione.

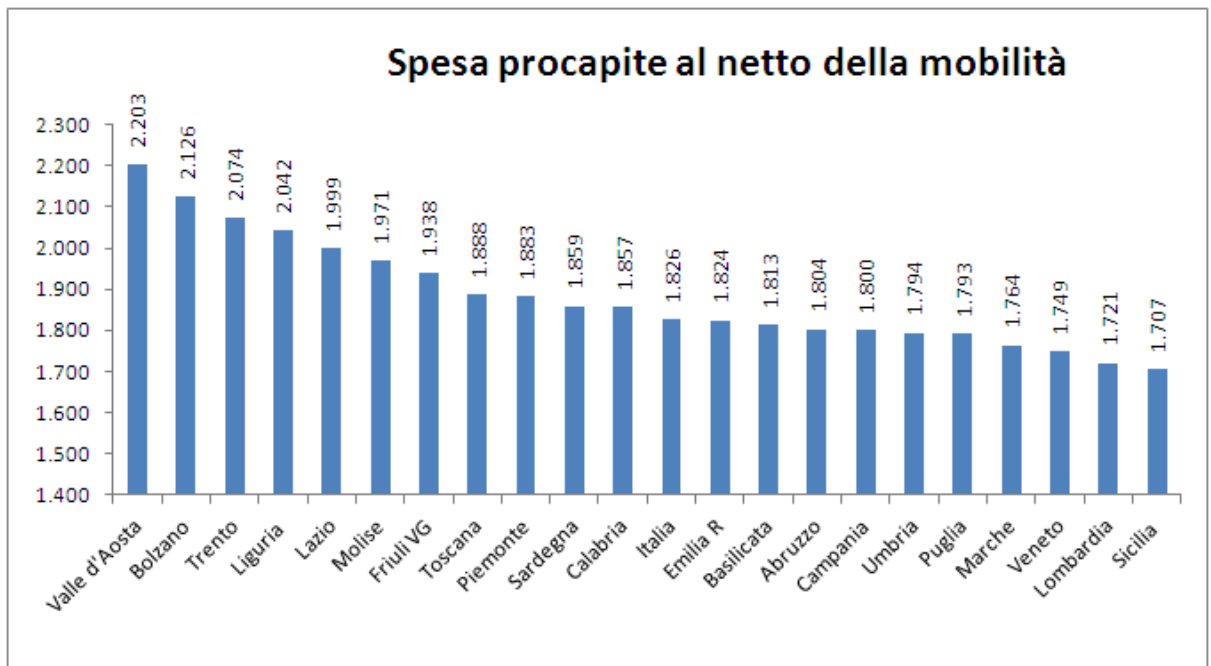
¹² Parità di Potere d'Acquisto.

A livello regionale, il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente nel 2010 presenta notevoli differenze tra le regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2009 che vanno dal +5,1% della Valle d'Aosta al -1,6% della Campania. E' interessante osservare come il tasso di crescita della spesa risulti mediamente più basso nelle regioni che hanno stipulato un Piano di Rientro (PdR) con la pubblica amministrazione centrale. In particolare, la crescita media nelle regioni interessate da PdR è stata prossima a zero (-0,1%), contro una crescita media nelle altre regioni pari a +1,7%.

Nelle regioni del Centro-Nord la spesa sanitaria pubblica procapite al lordo della mobilità è più elevata della media nazionale (Figura 7), con la sola eccezione di Umbria, Veneto, Lombardia e Marche; al Sud, fatta eccezione per il Molise, la spesa è, invece, inferiore alla media nazionale. La variabilità interregionale si riduce, anche se in misura molto modesta (-0,8 punti percentuali), se si prende in considerazione la spesa al netto della mobilità, ossia il dato di spesa sanitaria riferito alla popolazione residente. Il posizionamento relativo delle regioni si modifica però in modo significativo. Il motivo è che il saldo della mobilità interregionale è positivo in gran parte delle regioni del Centro-Nord (ad eccezione di Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Liguria e Marche) e negativo (con un conseguente aumento della spesa procapite) in tutte le regioni del Sud (escluso il Molise).

Figura 7. Spesa sanitaria procapite nei SSR per la gestione corrente al lordo e al netto della mobilità (2009, Euro)





Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2010)

Esistono sostanziali divergenze nei livelli di equilibrio/disequilibrio economico-finanziario delle singole regioni (Tabella 5). Nel 2001 Lazio e Campania, insieme, presentavano un disavanzo pari al 39% di quello complessivo a livello nazionale. La situazione è peggiorata nel tempo: l'incidenza delle due regioni sul disavanzo annuale complessivo nazionale è aumentata quasi costantemente nel corso degli anni, arrivando ad attestarsi al 67,2% nel 2009. Tale incidenza scende nel 2010, al 66,2%, ma le due regioni continuano a generare il 57,6% del disavanzo cumulato 2001-2010, anche perché la Campania ha più che dimezzato il proprio deficit rispetto al 2005 e il Lazio lo ha ridotto del 47% rispetto al 2005. Ed è sempre la regione Lazio quella che fa registrare il dato di disavanzo cumulato procapite (2001-2010) più elevato, seguita dal Molise e dalla Campania. Le regioni che nel periodo 2001-2010 hanno accumulato i disavanzi più contenuti sono il Friuli Venezia Giulia (che presenta anzi un avanzo pro capite cumulato di 143 euro), la Lombardia (con un disavanzo procapite cumulato pari a 41 euro) e la PA di Trento (che presenta un valore di disavanzo procapite cumulato pari a 101 euro).

I dati appena presentati non tengono conto delle assegnazioni di copertura stanziata dal livello centrale dal 2005 e consentono di apprezzare quanto le Regioni siano in grado, autonomamente, di gestire in equilibrio il proprio sistema sanitario. L'ultima colonna della Tabella 5 mostra la quota di disavanzo lasciata a carico del bilancio delle singole regioni.

Tabella 5. Disavanzi sanitari per regione (milioni di €, 2001-10)

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2001-2010
Piemonte	210	40	100	671	-1	7	-31	-5	-17	-9	966
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	1	7	125
Lombardia	281	323	-64	-131	14	4	-10	-4	-2	-11	401
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-22	-15	-37	-2	238
Trento	-4	-1	5	9	3	14	8	10	12	11	68
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-75	-68	27	73	648
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-39	-22	-17	-9	-177
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	106	89	1.299
Emilia R	16	50	40	380	16	38	-26	-27	-22	-26	440
Toscana	88	44	-20	240	15	121	-42	3	7	-14	441
Umbria	7	10	46	52	8	41	-7	-9	-5	-10	133
Marche	125	98	71	163	18	39	-15	-37	-17	-28	418
Lazio	987	574	711	1.669	1.737	1.971	1.635	1.665	1.396	1.044	13.388
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	95	19	1.301
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	64	53	625
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	815	789	496	8.521
Puglia	166	4	-109	-42	412	170	313	358	302	335	1.911
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	21	35	247
Calabria	226	148	57	128	79	35	170	65	119	-18	1.009
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	262	200	62	4.365
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	131	230	229	1.732
Totale	4.122	2.891	2.323	5.790	5.735	4.483	3.709	3.469	3.252	2.326	38.100

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2010)

Per le regioni, i disavanzi sanitari hanno 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 L. 405/2001) è stato subordinato all'adozione di iniziative di copertura dei disavanzi stessi (L. 112/2002). Le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee.

Un primo gruppo di misure fa riferimento alla leva fiscale (addizionale IRPEF, addizionale IRAP, bollo auto e motocicli). Al 31 luglio 2011, le addizionali regionali IRPEF erano presenti in 12 regioni (erano 14 nel 2009; Puglia e Veneto hanno poi deciso di eliminare l'addizionale IRPEF e la Puglia, nonostante l'entrata nel PdR nel corso del 2010, non ha ancora provveduto all'innalzamento dell'aliquota). Le regioni del Centro-Nord (Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria e Marche) hanno optato per un'aliquota progressiva, mentre quelle meridionali (Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia), insieme al Lazio, per un'aliquota proporzionale. Quanto all'IRAP, 16 regioni (Piemonte, Lombardia, PA di Bolzano, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia) hanno deliberato, nel corso degli anni, diversi aumenti di aliquota per alcuni soggetti giuridici (tipicamente banche e soggetti finanziari ed assicurativi) anche se, contemporaneamente e come nel resto delle regioni italiane, sono state previste delle agevolazioni a favore di particolari categorie di soggetti. Inoltre, le regioni possono ricorrere ad aumenti sul bollo auto (L.296/2006) e motocicli (L.286/2006).

Un secondo insieme di misure di copertura dei disavanzi fa riferimento alle compartecipazioni alla spesa sanitaria. Oltre al ticket sul pronto soccorso, che la L. 296/2006 ha previsto per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero classificate con codice "bianco" (ovvero non urgenti), le politiche di compartecipazione si sono focalizzate sui farmaci. Più in generale, l'assistenza farmaceutica convenzionata è stata uno dei target preferenziali per le azioni di copertura dei disavanzi, sia perché due misure esplicitamente previste dalla L. 405/2001 vi fanno riferimento (compartecipazioni alla spesa e interventi sui meccanismi distributivi dei farmaci), sia perché esiste un esplicito tetto di spesa sull'assistenza farmaceutica.

Una terza misura di copertura dei disavanzi, riconosciuta dall'Accordo del 16/12/2004, è rappresentata dalla dismissione del patrimonio e dalla relativa cartolarizzazione. La Regione Lazio è stata la prima a puntare sull'alienazione delle strutture ospedaliere. Non sono invece riconosciute come forme di copertura dei disavanzi la cartolarizzazione dei crediti finalizzate a recuperare liquidità e le operazioni di cessione crediti finalizzate a rilevare debiti che le aziende sanitarie hanno nei confronti dei propri fornitori.

5. Lettura interpretativa dell'evoluzione del SSN

Il principale filo conduttore del Rapporto 2011 è la centralità della dimensione economico-finanziaria, che condiziona fortemente le scelte di politica sanitaria e i comportamenti aziendali. La maggior parte dei capitoli evidenzia, infatti, la ricerca di risparmi e di razionalizzazioni, mentre scarso spazio sembrano avere le iniziative di sviluppo e innovazione.

L'intensità dei vincoli finanziari ha significative implicazioni sia per la spesa pubblica, quindi per il SSN, sia per quella privata, quindi per quella parte del sistema sanitario (peraltro dai confini sempre meno definiti) che esula dal SSN. Rispetto al passato, il Rapporto 2011 dedica attenzione non solo alla prima, ma anche alla seconda.

Per quanto riguarda la spesa pubblica, già dai dati essenziali traspare la centralità delle iniziative di contenimento: il 2010 si è caratterizzato per una crescita molto contenuta della spesa (+0.9%), che mantiene l'Italia al di sotto della media UE-15 sia in termini pro-capite, sia (malgrado l'incapacità di crescere dell'economia italiana) in rapporto al PIL; i disavanzi permangono, ma sono ormai ridotti a livelli molto circoscritti, almeno in termini di valori medi nazionali (nel 2010, circa 2% del finanziamento e 0.15% del PIL). Tutto ciò riflette e sintetizza un profondo mutamento negli atteggiamenti delle aziende rispetto ai vincoli economico-finanziari: se in passato i vincoli venivano spesso giudicati irrealistici e non incidevano quindi sugli effettivi comportamenti aziendali, generando circoli viziosi di generazione e copertura dei disavanzi, oggi gli stessi vincoli sono giudicati pienamente credibili e condizionano fortemente le scelte gestionali.

Sotto il profilo degli equilibri economici di breve periodo, l'elemento di forte preoccupazione è la differenziazione interregionale, con tre Regioni (Lazio, Campania e Sicilia) che da sole hanno prodotto il 69% sia del disavanzo 2010, sia del disavanzo cumulato 2001-10. L'identità tra il dato puntuale 2010 e quello cumulato del decennio, tra l'altro, riflette in modo molto efficace la natura strutturale delle criticità istituzionali, organizzative e gestionali di queste tre regioni, sebbene il dato puntuale 2010 del loro disavanzo complessivo (1,6 miliardi di euro) sia ben al di sotto del massimo storico di 4 miliardi raggiunto nel 2005.

Alcune criticità significative si riscontrano anche sotto il profilo finanziario, come testimoniano le rilevazioni circa i tempi di pagamento dei fornitori. Sui flussi di cassa esistono, peraltro, alcune opacità, che il recente D.lgs. 118/2011 cerca in parte di sanare con l'obbligo di accensione, a livello regionale, di specifici «conti di tesoreria intestati alla sanità», diversi da quelli che accolgono le risorse destinate a finanziare le altre funzioni regionali, al fine di poter tracciare in modo più preciso i flussi di cassa dallo Stato alle regioni e dalle regioni alle aziende.

La questione più critica, però, concerne la probabile accumulazione di ampi «debiti impliciti», di cui dovranno farsi carico le future generazioni sotto forma di maggiori spese e/o minori servizi. In merito si possono citare due esempi, il primo acclarato, il secondo per ora soltanto presunto.

L'esempio acclarato riguarda il sostanziale blocco degli investimenti, per l'effetto congiunto della limitatissima disponibilità dei fondi pubblici, dell'incapacità di spendere bene i fondi esistenti, del crescente scetticismo di regioni e aziende verso gli strumenti di finanza innovativa (es. *project finance*) dopo alcune esperienze negative in termini di convenienza economica delle operazioni.

L'esempio per ora soltanto presunto riguarda l'impatto che le iniziative di contenimento della spesa potrebbero avere sullo stato di salute dei cittadini. In linea di principio, le iniziative di contenimento della spesa dovrebbero identificare e incidere su situazioni di inefficienza e quindi salvaguardare gli attuali livelli di servizio. Laddove invece il contenimento dei costi sia ottenuto riducendo i servizi offerti, si potrebbe generare un impatto negativo di medio periodo sulle condizioni di salute della popolazione. Si creerebbe, quindi, un debito implicito, dal momento che tutti gli studi sui costi sociali delle malattie mostrano quanto sia significativo il peso economico della mancata salute. Naturalmente, il rischio è più accentuato nelle regioni assoggettate a piano di rientro dai disavanzi, dove le iniziative di contenimento della spesa sono state più intense.

Se i «debiti impliciti» riguardano prevalentemente le future generazioni, una questione già fortemente attuale concerne l'impatto di tali iniziative sull'equità. L'equità costituisce principio fondante del SSN, ma già in tempi relativamente floridi era passata in secondo piano rispetto al binomio «efficacia-efficienza» ed ora, a maggior ragione, è messa a rischio dalla necessità di «tagliare la spesa».

E' quindi centrale analizzare nel dettaglio gli strumenti utilizzati per perseguire risparmi e razionalizzazioni. Il tema può essere affrontato essenzialmente a due livelli: nel rapporto tra Stato e regioni e in quello tra regioni e aziende.

Il rapporto tra Stato e regioni non è trattato estesamente nei Rapporti OASI, perché per sua natura interpretabile alla luce di modelli e teorie propri degli ambiti politici e istituzionali più che di quelli aziendali. Rileva qui evidenziare l'importanza di alcuni strumenti con cui il livello centrale cerca di guidare e stimolare le iniziative di razionalizzazione e di contenimento della spesa da parte di regioni e aziende. Tali strumenti, del resto, sono sempre ben visibili sullo sfondo dei capitoli dedicati alle scelte regionali e locali. Il riferimento è innanzi tutto alle regole che governano la sottoscrizione e l'attuazione dei piani di rientro (trattati estesamente nel Rapporto 2010) nonché, in prospettiva, alla revisione dei criteri di finanziamento sulla base dei cosiddetti «costi standard». Vi è poi un insieme di strumenti più specifici quali, per esempio, la definizione di standard più stringenti per la dotazione di posti letto e il tasso di spedalizzazione, le norme relative al personale (blocco del *turnover*, valutazione, incentivazione), gli interventi su particolari voci di spesa quali l'assistenza farmaceutica (Tabella 6).

Tabella 6 Principali misure di contenimento della spesa farmaceutica previste nei PdR

Regioni	Compartecipazioni alla spesa (quota fissa e prezzo di riferimento per CTO)	Appropriatezza prescrittiva	Sensibilizzazione alla prescrizione di generici	Monitoraggio farmaci innovativi ad alto costo	Azioni su categorie terapeutiche omogenee	Forme alternative di distribuzione dei farmaci	Acquisti	PTOR
Piemonte		x				x	x	
Liguria		x		x	x	x	x	x
Lazio	x	x			x	x		
Abruzzo		x	x			x	x	
Molise	x	x	x		x	x		
Campania	x	x				x		
Puglia	x	x	x	x		x	x	x
Calabria		x				x		
Sicilia	x				x	x		
Sardegna	x	x	x	x		x	x	x

Fonte: Elaborazione OASI 2011

Sempre riconducibili al livello centrale, ma più direttamente attinenti all'impostazione aziendale, sono alcune iniziative significative in materia di misurazione e rappresentazione delle *performance*, nella duplice accezione di rafforzamento dei sistemi di misurazione più tradizionali, focalizzati sulle *performance* economico-finanziarie, e di attenzione ad altre dimensioni di *performance*, in ottica multidimensionale. Rispetto agli strumenti più tradizionali, spicca quest'anno l'emanazione di norme in tema di armonizzazione contabile e certificabilità dei bilanci (cap. 14). L'esigenza di garantire sistemi di rendicontazione economico-finanziaria che producano numeri comparabili e attendibili è condizione necessaria per attuare la progressiva responsabilizzazione delle regioni, responsabilizzazione che si inserisce comunque in un sistema che prevede forme di solidarietà interregionale per il finanziamento del SSN. Si tratta di iniziative attese da tempo, su cui le difficoltà economico-finanziarie del sistema generano effetti di segno opposto. Da un lato, comparabilità e attendibilità diventano ancora più imprescindibili, il che spiega l'accelerazione imposta dal livello centrale con gli ultimi decreti di attuazione della L. 42/2009 sul federalismo. D'altro lato, però, le forti pressioni sul raggiungimento e mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario possono indurre regioni ed aziende a ricercare intenzionalmente «politiche di bilancio» che possano allentare almeno parzialmente i vincoli posti dalle nuove regole. In queste condizioni potrebbe, quindi, venir meno quel *commitment* che pare essenziale per conseguire armonizzazione e certificabilità. È inoltre evidentemente difficile investire risorse (denaro, tempo, entusiasmo) su sistemi gestionali seppur utilissimi, quando si fatica a garantire i servizi essenziali all'utenza finale.

All'interno della cornice delineata dal livello centrale, i soggetti su cui ricadono le principali responsabilità di governo (e quindi, oggi, di razionalizzazione) del sistema sono naturalmente regioni e aziende.

A livello regionale, dal Rapporto emerge un'ampia gamma di iniziative, che per semplicità può essere organizzata in quattro classi. Un primo gruppo di iniziative si può ricondurre all'idea di «razionalizzazione produttiva». Esse includono, in particolare, le scelte di riduzione dei posti letto, soprattutto in regime ordinario e nelle strutture pubbliche, nonché, seppur in misura molto più contenuta, di riduzione del personale (in termini di numero e di incidenza sulla spesa), con la conseguente riduzione dell'attività ospedaliera (ricoveri e giornate di degenza). Si tratta peraltro di iniziative che rischiano di essere inefficaci o addirittura controproducenti se non accompagnate da coerenti innovazioni gestionali e organizzative. Fortunatamente,

di questo rischio pare esistere nel sistema sufficiente consapevolezza, come dimostrano i riferimenti, in vari punti del Rapporto, a soluzioni quali: la definizione di reti ospedaliere secondo modelli «hub & spoke» o «poli e antenne» (cap. 6 e 13); la riorganizzazione degli ospedali per intensità di cura (cap. 12); il potenziamento (almeno progettato) di servizi intermedi (fase sub acuta, lungodegenza, riabilitazione, strutture protette) e l'introduzione di modelli di *transitional care* (come i CReG lombardi o i PDTA, cap. 6); il rafforzamento delle forme di svolgimento associato della medicina generale (Presidi Territoriali di Assistenza siciliani, CReG lombardi, Nuclei di Cure Primarie emiliani, Gruppi di Cure Primarie piemontesi, cap. 6).

Parallelamente molte regioni hanno proseguito iniziative di «razionalizzazione istituzionale», nella duplice veste di reintegrazione (accorpamento di ASL e AO, Tabella 3) e di riconnessione (definizione di meccanismi che legano fra loro le diverse aziende). Con riferimento alla reintegrazione, il totale di ASL e AO è sceso a 227 e il modello della ASL sistematicamente sub-provinciale resiste solo nel Veneto, Umbria e nel Friuli VG. Con riferimento invece alla riconnessione, le principali iniziative riguardano la centralizzazione degli acquisti, eventualmente estese anche ad altre funzioni amministrative quali la gestione della logistica e l'amministrazione del personale. Tali iniziative di riconnessione istituzionale influenzano anche i processi *core*, per almeno tre motivi. Primo, l'organizzazione dei processi di acquisto a livello interaziendale rappresenta un momento fondamentale di intervento sui comportamenti dei professionisti e una delle occasioni più propizie per introdurre logiche di *clinical governance*. Secondo, tra le iniziative di riconnessione si può classificare anche l'attivazione delle reti ospedaliere, laddove queste coinvolgono più aziende. Terzo, vi sono casi in cui la riconnessione è andata al di là della mera razionalizzazione, per assumere una valenza di programmazione strategica (per esempio, concertazione di area vasta in Emilia Romagna).

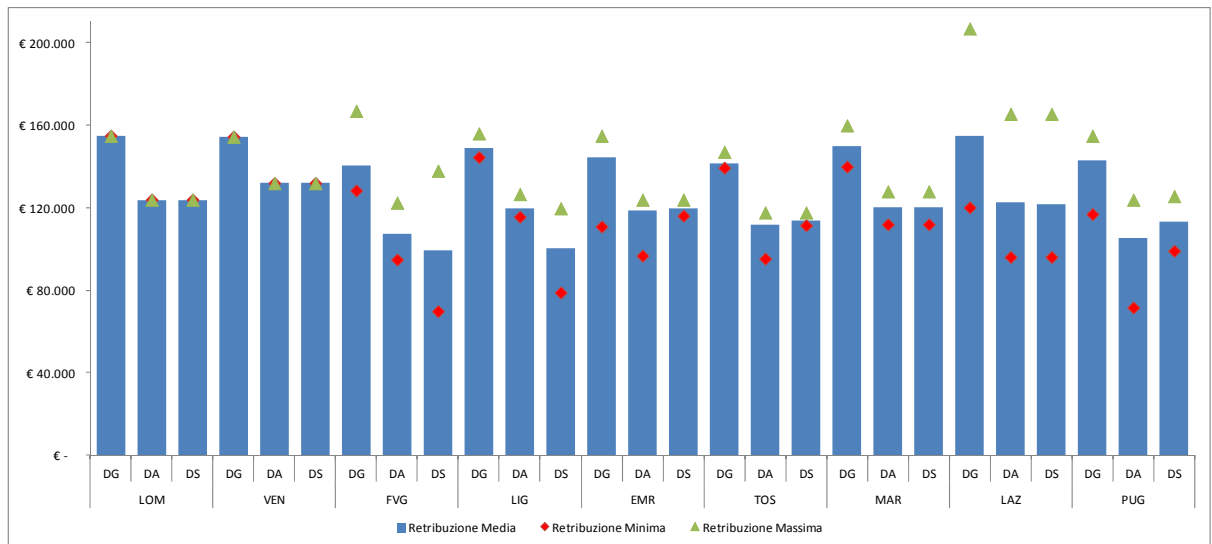
A fianco di «razionalizzazione produttiva» e «razionalizzazione istituzionale», le regioni hanno messo in atto una terza classe di iniziative, sinteticamente riconducibili al concetto di «accentramento decisionale a livello regionale». Queste iniziative sono presenti da tempo, ma recentemente sono state ulteriormente incentivate e agevolate sia dalla crescente centralità della dimensione economico-finanziaria, sia dalla riduzione del numero delle aziende. Un ulteriore elemento di novità è che queste iniziative si stanno manifestando anche in regioni tradizionalmente deboli, pur presentando come sempre un differente grado di intensità nelle diverse realtà. All'accentramento regionale sono riconducibili anche i tentativi di rafforzare le attività di indirizzo e controllo nei confronti del privato accreditato, anche in regioni che tradizionalmente non avevano mai investito in tal senso e spesso in un'ottica di significativa compartecipazione del privato ai sacrifici economici imposti al SSR. La questione assume particolare rilevanza anche perché il peso del privato accreditato nel SSN è in costante aumento, soprattutto nelle aree dei bisogni emergenti (lungodegenza, cronicità, assistenza territoriale di anziani e disabili).

Con riferimento all'accentramento regionale si pongono poi due questioni più generali. La prima questione riguarda il ruolo assegnato ad altri *stakeholder*, nonché le modalità e i meccanismi con cui si ritiene questo ruolo debba essere esercitato. Il riferimento è soprattutto agli enti locali e ai professionisti. Gli enti locali sono portatori di risorse (non finanziarie) critiche per la realizzazione della missione delle aziende sanitarie pubbliche, di nuovo soprattutto nelle aree dei bisogni emergenti; questo ruolo è, però, affiancato da una sostanziale impossibilità di partecipare ai «rischi finanziari» che ne limita sia l'influenza effettiva e potenziale sulle scelte strategiche, sia la sensibilità alle esigenze di contenimento dei costi. I professionisti sono essenziali per assicurare la qualità e l'appropriatezza della produzione e dei consumi ed è quindi fondamentale acquisirne il consenso. In queste condizioni, alcune delle regioni più solide sul versante economico finanziario hanno sperimentato una sorta di ripartizione dei ruoli: la regione si concentra prevalentemente sulle verifiche di equilibrio economico-finanziario; gli enti locali sono chiamati a vigilare soprattutto sul livello di estensione del welfare socio-sanitario, sull'accessibilità ai servizi e sullo sviluppo infrastrutturale; i professionisti dovrebbero prestare attenzione allo sviluppo organizzativo e tecnologico; le aziende si dotano di soluzioni istituzionali e organizzative per consentire la partecipazione dei citati portatori di interesse ai processi programmatici e decisionali (es. Conferenza dei sindaci del distretto, collegi di direzione) e ricercano un equilibrio tra le diverse esigenze e aspettative. Nelle regioni in maggiore difficoltà finanziaria, invece, l'attenzione deve focalizzarsi sul contenimento dei costi; inevitabilmente, il tentativo è quindi quello di limitare l'influenza dei vari portatori di interesse, che peraltro assume spesso caratteri rivendicativi.

La seconda questione riguarda l'inevitabilità dell'accentramento. Indubbiamente è vero che, anche nei gruppi di imprese, l'accentramento è una risposta molto diffusa al manifestarsi di tensioni economico-finanziarie. Resta però il dubbio che, almeno in parte e almeno in alcune regioni, l'esigenza di centralizzare derivi dalla storica e perdurante incapacità della regione di valorizzare l'autonomia e la responsabilità delle aziende, per esempio attraverso opportuni sistemi di finanziamento, di programmazione e controllo

del «gruppo sanitario pubblico regionale», di selezione, formazione, valutazione e remunerazione dei direttori generali. Questa criticità è stata evidenziata in tutte le edizioni del Rapporto OASI. Quest’anno, il tema viene approfondito con specifico riferimento alle remunerazioni dei DG, DA e DS, in un campione di 11 Regioni (Figura 8). Le remunerazioni dei Direttori Sanitari risultano essere relativamente basse se confrontate con quelle dei Direttori di dipartimento delle medesime aziende, del top management di aziende sanitarie private o dei CEO degli ospedali inglesi; sono inoltre abbastanza omogenee a livello inter-regionale e infraregionale, il che stride con l’ampia differenziazione che caratterizza le aziende in termini di dimensioni, complessità, autonomia e responsabilità. Ciò, unitamente ad altre peculiarità delle condizioni contrattuali, certo non favorisce l’attrazione e la permanenza dei manager più meritevoli e capaci.

Figura 8 Retribuzione lorda annua minima, media e massima dei DG, DA e DS, per Regione



Nota: Valle d’Aosta e Trento sono escluse perché mono-azienda.

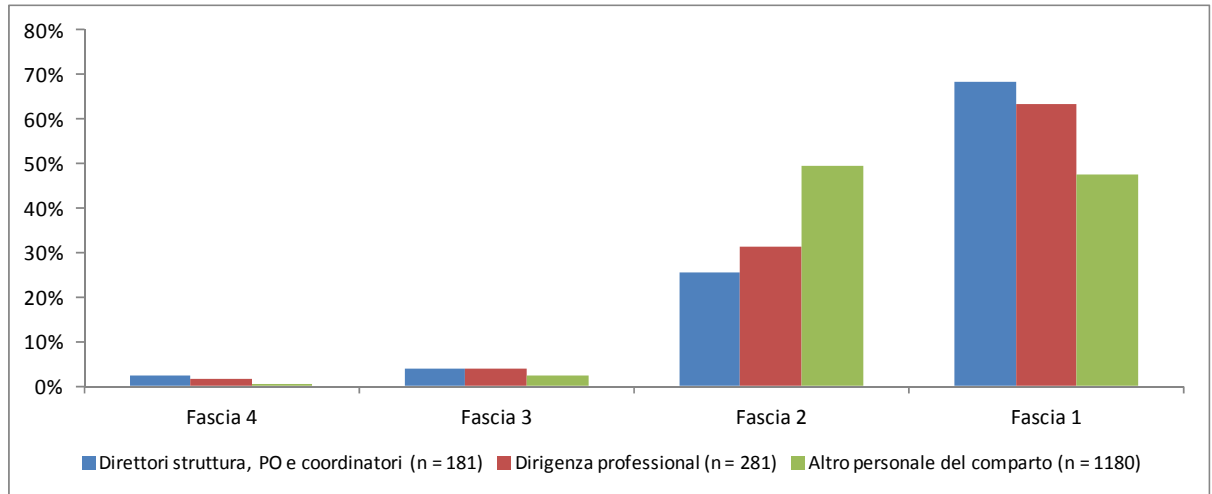
Fonte: elaborazione da siti web aziendali

Tornando all’analisi delle iniziative regionali, per completezza va segnalata una quarta ed ultima classe, in cui confluiscono iniziative specifiche su singole voci di spesa. Nel Rapporto di quest’anno (cap. 7), in particolare, si torna a dedicare specifica attenzione alla spesa farmaceutica. Gli interventi attivati dalle regioni in questo campo spaziano dalle compartecipazioni al governo del comportamento prescrittivo, dalla distribuzione diretta e per conto al governo del farmaco in ambito ospedaliero. Gli effetti di tali interventi sono ben sintetizzati dal dato secondo cui, a livello nazionale e in ogni singola regione tranne la Calabria, nel decennio 2001-10, il tasso di crescita medio composto annuo della spesa farmaceutica procapite è stato inferiore a quello della spesa sanitaria pubblica complessivamente intesa. Sempre per completezza, va infine osservato che in molti casi il perseguimento dell’equilibrio economico-finanziario da parte delle regioni non ha riguardato solo il lato dei costi, ma si è esteso a quello dei proventi tramite la raccolta di ulteriori risorse finanziarie «extra-fondo».

All’interno di questo scenario, le aziende vivono una situazione paradossale. I loro gradi di libertà sono fortemente ridotti dalla contrazione delle risorse economico-finanziarie e dal sistema di vincoli e controlli con cui si esprime l’accentramento regionale. I sistemi regionali che dovrebbero orientarne i comportamenti (finanziamento, programmazione e controllo ecc.) sono deboli. La legittimazione istituzionale del loro ruolo si è ridotta. Le iniziative di ingegneria istituzionale (effettive, progettate o anche semplicemente ipotizzate) presuppongono che le aziende si possano perfettamente e istantaneamente adattare ad ogni ridisegno. Le politiche di selezione, retribuzione, valutazione del *top management* rischiano di impoverire il *pool* di persone disponibili ad assumere la direzione delle aziende. Il paradosso sta nel fatto che, nel contempo, è alle aziende che si chiede di trovare le soluzioni per continuare a garantire i livelli essenziali di assistenza: sulle aziende le regioni tendono a scaricare i problemi di conseguimento dell’equilibrio economico e di contemperamento con le altre dimensioni di *performance* e con le aspettative degli altri *stakeholder*; alle aziende, come visto, le regioni richiedono opportune innovazioni organizzative e gestionali che implicano però un ampio e complesso lavoro aziendale di adattamento, sviluppo di competenze, spe-

rimentazione e valutazione. Dal Rapporto parrebbe che le aziende stiano continuando a investire sulla qualità del proprio funzionamento, anche in aree su cui l'aziendalizzazione aveva faticato a incidere (per esempio, la valutazione del personale, Figura 9) o non aveva addirittura osato intervenire (per esempio, la gestione dei processi, cap. 8 e, indirettamente, cap. 15). Come già evidenziato, però, è difficile investire sui sistemi gestionali se scarseggiano le risorse per i servizi essenziali. In prospettiva, un tema di grande rilievo sarà quindi rappresentato da ruoli e contenuti del «management sanitario al tempo della crisi». Ovviamente, l'esito più auspicabile sarebbe il definitivo superamento dell'innovazione gestionale fine a se stessa e la sua costante finalizzazione agli effettivi fabbisogni aziendali. Va però ricordato come ogni innovazione richieda un minimo di spazio per sperimentazioni ed errori.

Figura 9 Gli esiti della valutazione sulla performance individuale del personale dipendente di una ASL (2010)



Nota: Fascia 1 corrisponde alla valutazione migliore.

Fonte: Elaborazione OASI 2011

Un'ultima riflessione riguarda la «spesa privata», ossia la parte del settore sanitario che esula dal SSN. Qui gli elementi di rilievo sono fondamentalmente tre.

Primo, si tratta di un insieme quantitativamente rilevante (in Italia, più del 20% della spesa sanitaria e del 2% del PIL), ma rispetto al quale l'attendibilità dei dati è sicuramente inferiore rispetto al SSN. È inoltre un insieme dai confini sempre meno definiti, come dimostra, per esempio, il passaggio da concezioni della salute ancorate al concetto di sanità a quelle che, invece, prendono a riferimento il «benessere».

Secondo, si tratta di un insieme che contribuisce fortemente alla pluralità del sistema sanitario, in quanto coinvolge un'ampia platea di soggetti: privato accreditato ma anche aziende sanitarie del cosiddetto «privato-privato» (alcune delle quali hanno iniziato a proporre con successo soluzioni che si richiamano alla filosofia del *low cost*: cap. 9) o strutture sanitarie estere verso cui si rivolge il turismo sanitario (cap. 5), nonché soggetti che garantiscono diverse forme di copertura assicurativa sanitaria con ruolo complementare, supplementare e/o duplicativo rispetto al SSN (cap. 4).

Terzo, dal punto di vista del SSN sono cruciali almeno due aspetti. A livello di *policy*, occorre stabilire quanto cercare di riportare il «privato-privato» sotto l'ombrello del SSN (come provano in parte a fare, per esempio, le direttive comunitarie in materia di mobilità internazionale), quanto favorirne una ristrutturazione coerente con i principi universalistici e solidaristici (come nel caso dei fondi integrativi, su cui verrebbero convogliate risorse attualmente spese *out-of-pocket*, garantendo così maggiore equità ed estendendo l'opportunità di condivisione del rischio dalla famiglia a una molteplicità di soggetti), quanto invece limitarsi alla regolamentazione minima comunque richiesta dalla peculiarità del settore (è paradossale, per esempio, che esistano norme che regolano il «sottocosto» nella distribuzione, ma non nella sanità). A livello aziendale, occorre stabilire come posizionarsi rispetto a questi fenomeni e specificamente se adottare una postura neutrale, competitiva, oppure collaborativa. Rientrano in quest'ultima impostazione, per esempio, la definizione di accordi transfrontalieri (cap. 5); la capacità di proporsi come interlocutori credibili di assicurazioni e fondi, superando le difficoltà tradizionalmente incontrate nella gestione della libera professione intramuraria e dell'area a pagamento (cap. 4); la valorizzazione ed il supporto (ad esempio attraverso la concessione di spazi fisici e strutture) a forme di erogazione «privata-privata» laddove questa

consenta di dare risposta, a prezzi contenuti, a bisogni considerati meritevoli di tutela da parte della collettività, ma che il SSN non riesce a soddisfare in modo adeguato (es. odontoiatria).

Bocconi