



FONDAZIONE
FARMAFACTORING

Il Sistema Sanitario in controluce

Rapporto 2008

-Sintesi -

21 maggio 2008

Ricerca curata da
Fondazione Censis
Cergas-Bocconi
Cer-Nib

su progetto
Fondazione Farmafactoring

- E' vietata la riproduzione senza preventivo consenso della Fondazione Farmafactoring -



FONDAZIONE
FARMAFACTORING



1. Dove va la sanità italiana

1.1 Sanità in controluce

L'evoluzione registrata dal settore sanitario in tutti i principali paesi industrializzati negli ultimi 20-30 anni è un fenomeno senza precedenti per estensione ed intensità degli interessi coinvolti, e per la rapidità con la quale questi cambiamenti sono avvenuti e continuano a susseguirsi. Mondo delle cure e della relazione umana, settore di sviluppo e di applicazione dei frutti della ricerca biomedica, gigante finanziario e campo di importanti transazioni economiche sono solo alcuni dei possibili modi, non certo sostitutivi tra loro, con cui è possibile descrivere il sistema della salute e della sanità negli ultimi decenni. La complessità intrinseca ed il livello di competenze necessario per gestirlo ha fatto sì che tale settore sia divenuto uno dei più studiati e discusso a tutti i livelli.

Obiettivo di questo rapporto è quello di analizzare tale complessità al di fuori degli schemi consueti, per così dire in controluce, approfondendo alcuni dei tanti aspetti di questa complessità e mostrando come spesso coesistano in sanità più piani di intervento e di analisi che tra loro non dialogano sempre in maniera adeguata.

Tra i più importanti piani di intervento e di analisi - comprensivi di numerosi ambiti di più limitata portata - sono stati individuati i seguenti:

- l'area economico-finanziaria, forza ed al tempo stesso minaccia del sistema, con i disavanzi crescenti, la cronica crisi di liquidità, i ritardati pagamenti, il problema delle tariffe, quello della compartecipazione alla spesa, la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dei loro costi standard;
- l'area dei contenuti di servizio, vero *core* del sistema ma con grandi difficoltà a rinnovarsi, dalla assistenza ospedaliera, alla medicina del territorio, alle Case della salute, alla medicina di base, alla qualità delle prestazioni, all'appropriatezza, alla prevenzione, alla riabilitazione;
- l'area degli assetti istituzionali, nella quale si riversa una parte notevole e spesso eccessiva delle energie del sistema, dalla organizzazione delle aziende sanitarie e ospedaliere, agli Assessorati regionali, ai controlli centrali da parte del Ministero, alle trattative Stato-Regioni, ai Patti per la salute, al rapporto con le strutture private e con i meccanismi di gestione privatistica.



L'assenza di un forte raccordo tra questi diversi livelli di interventi è forse una delle cause principali per cui spesso il settore sanitario ci appare come incapace di rispondere a molte delle sfide che la società moderna pone nell'immediato e sempre più porrà nel futuro. Un *core* di servizio che non si innova quanto dovrebbe (in termini di prodotto e di processo) unitamente ad un diffuso spreco di energie nella conflittualità interistituzionale (a tutti i livelli), fanno apparire il sistema nel suo complesso debole e frammentato. Soprattutto, il nodo fondamentale del rapporto tra risorse, obiettivi di salute e qualità sanitaria risulta irrisolto e difficile da affrontare. Una società che invecchia - e che è sempre più cosciente delle innovazioni terapeutiche che anno dopo anno si rendono disponibili - necessita di un sistema sanitario la cui struttura organizzativa e gestionale sia in grado di saper affrontare queste sfide nell'ambito dei problemi di sostenibilità finanziaria. Da cui l'esigenza di provare a ribaltare le logiche consuete di analisi e di approccio, puntando alla messa a fuoco di alcuni importanti punti critici del sistema, che potrebbero fungere da chiave di volta per il superamento delle difficoltà del settore.

I punti critici che è possibile individuare per ognuno dei piani di intervento qui sopra riportati sono i seguenti:

- *gli snodi tra assetti istituzionali e gestione delle risorse ed il conseguente problema del consenso e del conflitto nei processi decisionali.* Sono molteplici i soggetti e gli interlocutori che compongono, a vario titolo e con differente intensità, al centro e in periferia, l'architettura dei poteri all'interno del sistema sanitario, ognuno con un proprio ruolo, funzione e responsabilità. In tale contesto, lo studio del CENSIS mette in rilievo come l'attuale morfologia dei poteri all'interno della realtà sanitaria sembri caratterizzata da una progressiva dinamica di verticalizzazione, che passando per gli organi regionali giunge, risalendo la scala gerarchica, ad attori centrali come il Ministero dell'Economia e la Conferenza Stato-Regioni;
- *il ruolo delle strutture private e la penetrazione di una moderna cultura amministrativa e gestionale "da privato".* Il ruolo centrale delle regioni nel governo della sanità si manifesta tramite la capacità di interpretare i reali bisogni che emergono dal basso mediandoli con i vincoli della limitatezza delle risorse economico-finanziarie, di coordinare i complessi processi decisionali che



coinvolgono vari soggetti istituzionali e sociali per ridurre le diseconomie derivanti dalla conflittualità sociale e interistituzionale e di utilizzare la leva finanziaria per indirizzare i comportamenti degli attori del sistema al fine di ridurre sprechi e inefficienze, migliorando la qualità dell'assistenza. Nell'ambito del complessivo progetto di ricerca, il contributo del CERGAS si focalizza su quest'ultimo aspetto, analizzando il potenziale ed effettivo impatto dei sistemi di finanziamento sul comportamento delle unità produttrici ed erogatrici dei servizi (aziende sanitarie pubbliche e private);

- *il risultato in termini di tenuta macroeconomica del sistema.* Una cattiva organizzazione dei rapporti gerarchici ed una disattenta gestione del sistema di incentivi all'interno del sistema sanitario rappresenta una base ottima per vedere minata la tenuta macroeconomica (soprattutto finanziaria) del sistema. Gli effetti di tale situazione si sono manifestati fin dalla metà degli anni 90, e da allora il problema della tenuta dei conti ha assunto un ruolo fondamentale nel panorama della politica sanitaria italiana. Per oltre un decennio i risultati ottenuti sono stati poco incoraggianti, come è stato regolarmente documentato dalla Corte dei Conti che, nelle sue Relazioni, a più riprese ha puntato il dito su manovre in cui si sovrastimano i risparmi e si sottostimano i costi. Il risultato finale è stato quello di generare consistenti deficit, nonostante il cospicuo aumento del finanziamento che tra il 2002 ed il 2007 è cresciuto di circa il 40%. Fortunatamente, i risultati degli ultimi anni sembrano, però, indicare un'inversione di tendenza. Il contributo del Cer-Nib è quindi indirizzato a verificare se e fino a che punto il sistema dei conti per il settore della sanità pubblica italiana sia avviato in una direzione di sostenibilità della spesa e di stabilizzazione del rapporto tra spesa pubblica e PIL sia nel breve che nel lungo periodo.

Nei paragrafi che seguono vengono brevemente sintetizzati i risultati delle tre ricerche.



1.2 Tra verticalizzazione e poliarchia: i meccanismi decisionali nella sanità locale

Ogni attore, ad ogni livello di governo, assume una specifica capacità decisionale il cui peso, rispetto all'evoluzione generale del comparto sanitario, è comunque variabile in ragione:

- del livello gerarchico in cui si colloca;
- del contesto locale in cui la decisione viene prodotta e messa in pratica;
- dell'ambito operativo verso cui si indirizza la decisione stessa.

In generale dalle analisi emerge che l'attore primario del sistema sanitario ed il soggetto strategico che maggiormente pesa sulle scelte e le decisioni prodotte all'interno della realtà sanitaria è la Regione, che anche a seguito della *devolution* sanitaria esercita l'azione primaria di governo sulla programmazione, dall'allocazione delle risorse all'assegnazione degli incentivi fino alla fissazione degli obiettivi.

Lo studio del Censis mette in rilievo inoltre come le dinamiche decisionali all'interno dei sistemi di offerta sanitaria siano caratterizzate da un sostanziale processo di "centralizzazione regionale", che comporta una intensificazione della rilevanza di governo dell'amministrazione regionale rispetto alla pluralità dei soggetti locali.

Anche se non va sottovalutato il peso che ancora esercitano i soggetti centrali, e nello specifico il Ministero dell'Economia e la Conferenza Stato-Regioni, sulle scelte e le traiettorie di sviluppo adottate all'interno dei diversi contesti sanitari regionali.

Infatti, il crescente rilievo assunto in sanità dalle risorse economico-finanziarie e dalla necessità di un loro contenimento in una fase in cui la spesa sanitaria ha continuato a crescere per effetto della transizione epidemiologica, dell'invecchiamento demografico e dell'innovazione tecnologica, ha di fatto reso centrale l'azione di governo esercitata da quei soggetti che istituzionalmente sono chiamati a decidere in merito all'assegnazione e alla distribuzione delle risorse.

Chi ha in mano "i cordoni della borsa", che sia il Ministero dell'Economia, cui compete di stabilire la quota e i flussi finanziari da destinare al comparto, o la Conferenza Stato-Regioni, la quale procede poi alla ripartizione delle stesse tra le varie regioni, concretamente esercita un ruolo di potere forte all'interno della sanità, incidendo significativamente sull'andamento dei sistemi di offerta pubblica.



L'attuale morfologia dei poteri all'interno della realtà sanitaria, dunque, sembra caratterizzata da una progressiva dinamica di verticalizzazione, che passando per gli organi regionali giunge, risalendo la scala gerarchica, ad attori centrali come il Ministero dell'Economia e la Conferenza Stato-Regioni.

Nonostante questa crescente centralizzazione, lo studio ha messo in rilievo, allo stesso tempo, come esistano spazi dove si esercitano scelte e capacità decisionali da parte di una pluralità di soggetti che finiscono per avere un ruolo altrettanto importante sull'evoluzione generale dei sistemi sanitari.

Infatti, gli attori strategici delle aziende sanitarie, dalle direzioni generali ai singoli professionisti e dirigenti, sono riusciti, grazie al graduale evolversi dell'aziendalizzazione, a ritagliarsi spazi di governo e fruire di margini di manovra per l'adozione di scelte, strategie e decisioni che, per quanto spesso limitate alla sfera della gestione aziendale, esprimono un esercizio di potere che assume un certo rilievo dentro le dinamiche di sviluppo del comparto.

E ancora, gli stessi utenti organizzati, dagli Audit civici alle associazioni di malati, hanno assunto negli anni una maggiore capacità di far valere le proprie ragioni dentro le dinamiche decisionali che attraversano il comparto sanitario, esercitando un controllo sociale informale su chi istituzionalmente è chiamato a governare la sanità o, più semplicemente, vi opera quotidianamente in veste di professionista, come i medici.

Dunque, se è vero che la devoluzione sanitaria e la paura delle sfide economico-finanziarie hanno di fatto favorito meccanismi di progressiva verticalizzazione nella produzione delle scelte e delle decisioni che hanno rilevanza sostanziale per i sistemi di offerta pubblica, allo stesso tempo sono presenti spinte dal basso, ad opera di attori che formalmente si collocano in una posizione più bassa e decentrata della mappa gerarchica e la cui capacità decisionale, pur se parziale e circoscritta, incide sull'andamento complessivo del sistema.

Da questo punto di vista, se è vero che le spinte dal basso hanno spesso agito da stimolo nei confronti di pratiche particolarmente innovative, dalla gestione economico-finanziaria delle strutture all'erogazione dei servizi per la tutela della salute, è vero anche che, quando non legittimate dall'alto, esse rischiano di creare momenti di conflittualità interistituzionale all'interno dei processi decisionali, contrasti tra i diversi terminali di potere, con evidente perdita di efficienza esecutiva per il sistema.

Per quel che riguarda lo stile decisionale prevalente in sanità, lo studio ha evidenziato come la modalità di governo effettiva del comparto sia di tipo concertativo, ovvero si espliciti attraverso il coinvolgimento di molti attori



interessati dalla decisione (tra cui tecnici ed esperti del comparto) allo scopo di favorire la produzione di scelte opportune, orientate da criteri oggettivi (cioè *evidence based*), piuttosto che attraverso impulsi di potere dall'alto.

Una cultura decisionale, cioè, caratterizzata da un tendenziale orientamento alla partecipazione, all'ascolto ed al coinvolgimento degli attori e degli utenti interessati dalle scelte effettuate o da effettuare, pur permanendo l'azione di controllo e guida esercitata dai soggetti apicali della mappa gerarchica.

Una cultura decisionale che quando riesce a garantire una sufficiente chiarezza sulle funzioni e le responsabilità dei diversi terminali di potere chiamati a formulare scelte strategiche per il comparto, organicità e omogeneità decisionale, sortisce effetti positivi sull'andamento complessivo dei sistemi di offerta sanitaria, come ha confermato l'analisi di due esempi di buone pratiche, quella dell'IRCCS "Saverio De Bellis" di Bari e quella dell'"Ospedale Riuniti-Umberto I" di Ancona; in particolare, quest'ultimo, in pochi anni ha conseguito risultati positivi, sia in termini di erogazione quali-quantitativa dei servizi, sia sul piano della gestione economico-finanziaria, attraverso l'elaborazione di un originale modello decisionale caratterizzato dall'integrazione dei diversi soggetti e dall'unitarietà e l'organicità nel prendere le decisioni, da cui ha tratto giovamento l'intera struttura, soprattutto per quanto riguarda la rapidità nella produzione e nell'attuazione delle scelte strategiche.

Una cultura decisionale che, però, nella sua torsione patologica rischia di assorbire una parte notevole e spesso eccessiva delle energie del sistema, dal momento che una distribuzione diffusa dei poteri ma priva di un disegno organico, una proliferazione caotica degli interlocutori senza che vi sia una chiara e puntuale dislocazione delle funzioni e delle responsabilità di ciascun soggetto, nei fatti produce uno sfibrante allungamento delle filiere decisionali che penalizza molto la rapidità con la quale si effettuano le decisioni e, in generale, l'efficienza esecutiva del sistema.

Tanto è vero che, in contesti sanitari caratterizzati da una moltiplicazione confusa delle sedi e degli attori decisionali, ognuno portatore di uno specifico interesse, si è messa in moto una "babele di comportamenti" che ha reso complessa l'individuazione delle responsabilità, ha generato confusione, sovrapposizione e contraddizione decisionale i cui effetti, poi, si sono ripercossi, come noto, sull'efficienza e la tenuta del sistema (soprattutto dal punto di vista economico-finanziario) e che ha avuto come conseguenza reattiva una riconfigurazione centralistica degli assetti istituzionali interni, con la assunzione da parte di soggetti decisionali quali



il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia di un ruolo determinante nell'elaborazione delle strategie, nell'assegnazione degli obiettivi da perseguire, nella quantità, nei tempi e nei modi di erogazione delle risorse disponibili; torsione centralistica che ha trovato la sua più immediata espressione nei rimedi adottati, primo fra tutti il Piano di Rientro. Dalle analisi risulta evidente che le dinamiche decisionali e di governo sanitario vanno saldamente calate dentro le realtà regionali, dal momento che, il graduale affermarsi del disegno federalista ha prodotto una diversificazione crescente tra i contesti sanitari locali, sia sul piano della qualità generale dei servizi, sia dal punto di vista degli assetti istituzionali e delle traiettorie di sviluppo adottate. La funzione e la rilevanza decisionale dei singoli attori, il funzionamento dei meccanismi decisionali nei vari ambiti, l'esercizio concreto di produzione delle scelte strategiche e programmatiche, sono tutti aspetti che differiscono da un contesto sanitario all'altro.

Lo studio condotto dal Censis ha evidenziato la presenza di modelli divergenti nella geografia dei poteri e nell'organizzazione delle responsabilità decisionali all'interno delle quattro regioni analizzate (il Veneto, la Toscana, le Marche e la Puglia). In concreto, a fianco di sistemi sanitari caratterizzati da una morfologia dei poteri sostanzialmente verticistica e accentrata, come nel caso del Veneto, in cui la Giunta Regionale svolge un ruolo guida attraverso l'adozione di strumenti di indirizzo e controllo e, dunque, attraverso l'esercizio di un vero e proprio ruolo di governo e orientamento del sistema, si affiancano contesti sanitari, come la Toscana, in cui la Regione si configura come soggetto regolatore "terzo" che, pur facendo valere la propria funzione di controllo, stabilisce un insieme di regole che definiscono le competenze delle diverse e plurali figure coinvolte nel sistema.

C'è poi il caso delle Marche, in cui la riorganizzazione del sistema sanitario regionale attraverso la creazione dell'Azienda sanitaria unica ha portato ad una duplicazione dei poli decisionali (Regione-Asur), configurando un modello gerarchico di tipo bipolare. Infine, la Puglia presenta un modello di governo in fieri, un sistema decisionale in corso d'opera in cui la Regione esercita un ruolo guida verso le Asl/Ao che operano sul proprio territorio, con l'intento di favorire l'acquisizione di maggiori capacità aziendali alle unità operative del proprio sistema di offerta sanitaria.

Quattro diverse tipologie di concreta strutturazione gerarchica dei soggetti e di elaborazione e implementazione delle decisioni in ambito sanitario che, naturalmente, definiscono scenari e performance diverse. L'articolazione dei processi decisionali è d'altra parte in sintonia con l'ormai consolidato



processo devolutivo, che ha cambiato il volto del Servizio sanitario e che richiede un attento e continuativo monitoraggio dei percorsi locali di funzionamento ed evoluzione della sanità.

1.3 Il ruolo delle strutture di erogazione e il livello di risposta alle politiche regionali

L'influenza ed il governo regionale dei comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie verso gli obiettivi di politica sanitaria regionale, nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie, può avvenire attraverso:

- meccanismi tipici della gerarchia pubblica (*command and control*);
- stimoli esterni, che simulano l'azione esercitata dal mercato prevedendo una misurazione degli output dell'azienda e il collegamento a questi ultimi dei flussi di risorse trasferiti all'azienda stessa.

In Italia, con la prima riforma del SSN (D. Lgs. 502/92 e 517/93) sono stati introdotti i primi meccanismi di quasi-mercato e si è quindi assistito ad un sostanziale, anche se graduale cambiamento: (i) da una logica di finanziamento dei fattori della produzione e dei livelli di offerta, e quindi della spesa storica, ad (ii) un modello di assegnazione delle risorse basato, oltre che sul bisogno di assistenza (quota capitaria), sui livelli di produzione (sistema tariffario).

Alle regioni è stata lasciata la facoltà di modulare la combinazione tra i due criteri di finanziamento, eventualmente integrandoli con logiche di finanziamento per funzione (per riconoscere l'esigenza di andare a remunerare delle attività specifiche, indipendentemente dalle prestazioni erogate). A questo le regioni hanno generalmente aggiunto il riconoscimento di finanziamenti straordinari alle aziende che con i nuovi criteri risultavano in forte disavanzo, al fine di sostenerle nel processo di riequilibrio..

L'analisi del CERGAS è stata suddivisa in due fasi: la prima si è posta l'obiettivo di individuare una serie di indicatori che permettessero di valutare se e in che misura i sistemi di finanziamento a tariffa fossero effettivamente utilizzati dalle regioni come strumenti di orientamento dei comportamenti degli erogatori; la seconda era finalizzata ad analizzare gli



effetti generati nel tempo dalle modifiche dei tariffari regionali sulla produzione degli erogatori pubblici e privati accreditati. In particolare, si è voluto indagare, da una parte, se ed in che misura le modifiche nei volumi e nei mix di produzione delle strutture fossero coerenti con le attese della regione; dall'altra se tali modifiche fossero differenziate in funzione della natura giuridica (pubblica o privata) degli erogatori.

L'effettivo utilizzo dei sistemi di finanziamento a tariffa come strumento di orientamento dei comportamenti degli erogatori da parte delle regioni è stato indagato sulla base di tre dimensioni:

- il "grado di investimento" delle regioni sulla definizione, aggiornamento e modulazione del tariffario regionale;
- il "potenziale utilizzo" delle tariffe come criterio di finanziamento delle aziende, tanto maggiore quanto maggiore è il grado di separazione acquirente-fornitore nel SSR, cioè quanto è maggiore la presenza di Aziende Ospedaliere e ospedali privati accreditati (soggetti che dovrebbero essere pagati a tariffa);
- l'"effettivo utilizzo" delle tariffe come criterio di finanziamento delle aziende, quindi il peso della quota di FSR ripartito a tariffa.

Maggiore è il peso delle tre dimensioni, maggiore risulta essere l'utilizzo del sistema tariffario come strumento di orientamento dei comportamenti degli erogatori e quindi come strumento di governo del SSR.

L'analisi applicata rispetto alle dimensioni sopra elencate ha consentito di classificare le regioni in quattro *cluster*:

- Regioni "incentivanti": queste sono le regioni, che avendo un'organizzazione del proprio SSR caratterizzata da una presenza di Aziende Ospedaliere e ospedali privati accreditati superiore alla media nazionale o nelle quali una quota consistente del FSR è ripartita a tariffa, hanno investito in modo sistematico sull'aggiornamento e la modulazione del tariffario; quest'ultimo sembra avere una forte valenza di strumento per orientare i comportamenti dei produttori verso gli obiettivi della regione (Lombardia, Lazio, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Emilia Romagna, Piemonte, Liguria);
- Regioni "coerentemente passive": in queste realtà regionali, coerentemente alla scelta di un'organizzazione del SSR caratterizzata da una limitata presenza di erogatori "puri", non si è investito sul sistema di finanziamento a tariffa che rappresenta un criterio marginale di riparto delle risorse finanziarie; il governo del SSR è garantito da



- strumenti di indirizzo diversi (Abruzzo, Basilicata, Bolzano, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Trento e Valle d'Aosta);
- Regioni “capogruppo”: questo è il caso dei SSR (Toscana, e Veneto) che sono caratterizzati da un peso contenuto delle tariffe come criterio di finanziamento in seguito ad una limitata presenza di Aziende Ospedaliere e, soprattutto, di erogatori privati accreditati. Nonostante il modello di SSR prescelto queste regioni hanno investito nel sistema di finanziamento a tariffa al fine di avviare analisi quantitative e qualitative delle attività svolte dalle strutture del proprio territorio e sviluppare sistemi di programmazione e controllo aziendali e di gruppo, basati su processi di confronto e logiche di competizione ed emulazione tra le strutture;
 - Regioni “limitatamente attive”: a questo *cluster* appartengono alcune regioni che, pur essendo caratterizzate da una presenza di produttori “puri” superiore alla media nazionale, non sembrano utilizzare il sistema tariffario come criterio di riparto, soprattutto con riferimento degli erogatori pubblici (Sicilia, Campania, Calabria). La remunerazione di questi ultimi soggetti sembra basarsi su logiche di programmazione *ex-ante* e negoziazione *ex-post*, che non fanno necessariamente riferimento alla misurazione degli output prodotti. Tale approccio può essere conseguenza di scelte regionali, ma può derivare anche da possibili carenze dei sistemi informativi in termini di affidabilità e tempestività dei dati raccolti. Proprio il limitato utilizzo delle tariffe come criterio di finanziamento può spiegare lo scarso investimento di queste regioni nella definizione ed aggiornamento del proprio tariffario regionale.

A partire dai risultati della prima parte della ricerca, si è focalizzata l'attenzione su due casi regionali: Lombardia e Veneto. Entrambe le regioni si caratterizzano per un “alto investimento” sulla definizione, rimodulazione e aggiornamento del sistema tariffario. Si tratta, inoltre, di due realtà regionali omogenee (e quindi confrontabili) per quanto riguarda le principali variabili di contesto (la collocazione geografica, regione di medio-grandi dimensioni e le dinamiche sociali, economiche e politiche) ma, al tempo stesso, diverse in termini di grado di separazione acquirente-fornitore: massimo in Lombardia, molto limitato nel Veneto.

L'analisi dei due casi regionali era finalizzata ad approfondire l'impatto delle modifiche tariffarie sul comportamento degli erogatori

Nello specifico, è stata condotta un'analisi dell'evoluzione delle tariffe nelle due regioni e delle quote di mercato degli erogatori pubblici rispetto a



quelli privati accreditati. I risultati hanno permesso di individuare in quale regione ed in quale anno sono avvenute modifiche significative del tariffario, cioè modifiche differenziate per DRG e con elevata variabilità degli scostamenti. Si è focalizzata l'analisi sulla modifica delle tariffe in Lombardia nel periodo 2002-2003 (adozione della DGR 12287/2003) e si è verificata l'esistenza di correlazioni tra tali modifiche tariffarie e le variazioni nei volumi erogati nel periodo successivo alla modifica tariffaria (2002-2006) in Lombardia, con separata evidenza dell'evoluzione della produzione pubblica rispetto a quella delle strutture private accreditate. Dall'analisi non sembra emergere una chiara correlazione tra le due dimensioni (variazione della tariffa e variazione dei volumi) sia per quanto riguarda le strutture pubbliche che quelle private. Indipendentemente dalle variazioni tariffarie, le strutture private hanno aumentato mediamente i volumi e le strutture pubbliche li hanno ridotti. I risultati dell'analisi non consentono, quindi, di affermare che ad una variazione in aumento / diminuzione della tariffa siano necessariamente correlate modifiche in aumento / diminuzione dei volumi, soprattutto con riferimento alle strutture private. Risulta evidente che ulteriori fattori influenzano il trend dei volumi, inficiando o addirittura invertendo l'andamento naturale in un contesto di mercato.

Innanzitutto le variazioni dei volumi sono conseguenza dall'evoluzione della domanda e dei bisogni. Al fine di considerare questo aspetto, l'analisi del trend dei volumi di prestazioni erogate in Lombardia è stato confrontato con quello del Veneto, regione nella quale, nel periodo analizzato, sono state effettuate solo delle modifiche indistinte al tariffario (generalmente finalizzate al riconoscimento dell'inflazione). Il caso veneto viene quindi utilizzato come "gruppo di controllo" al fine di confermare (o non confermare) che il cambiamento dei volumi sia correlato al cambiamento delle tariffe e non ad altri fattori quali l'evoluzione dei bisogni e delle conoscenze tecniche e scientifiche a disposizione del sistema.

Confrontando le variazioni dei volumi dei due SSR si evidenzia come la modifica dei volumi avvenuta in Lombardia sia generalmente dello stesso segno di quella avvenuta in Veneto.

Ulteriori elementi possono spiegare la non chiara correlazione tra le due variabili. Di seguito ne sono sinteticamente discussi alcuni.

In presenza di una differente remuneratività delle singole prestazioni, la riduzione di una tariffa può comunque lasciare un margine di redditività maggiore rispetto a quello di prestazioni con tariffe aumentate ma che continuano ad essere poco remunerative. In questi casi la variazione dei volumi potrebbe non essere coerente con la variazione della tariffa.



Un altro elemento che può avere un impatto sui volumi è rappresentato dall'introduzione di "tetti" (di valore o di volume) per struttura ospedaliera. Questi ultimi pongono un limite alle prestazioni che verranno remunerate dal SSR e penalizzano eventuali comportamenti eccessivamente espansivi della produzione (soprattutto in presenza di aumenti tariffari).

Un terzo elemento è rappresentato dalle politiche di accreditamento che, espandendo o riducendo la capacità produttiva degli operatori, possono spiegare le variazioni di volumi e mix degli stessi.

La modifica dei volumi e/o del mix di produzione può, inoltre, essere vincolata da scelte gestionali adottate dagli erogatori. Si citano a titolo esemplificativo eventuali investimenti tecnologici o l'assunzione / avvio di collaborazioni con professionisti/team che irrigidiscono la struttura dei costi degli erogatori e non consentono variazioni del mix produttivo nel medio periodo.

Alla luce dei risultati dell'analisi è possibile concludere che le Regioni non possono immaginare di governare il comportamento degli erogatori verso i propri obiettivi di politica sanitaria solo o prevalentemente attraverso il sistema tariffario, quindi con l'azione esercitata dalle convenienze economiche.

E' quindi fondamentale che la Regione inserisca le proprie scelte di modifica del sistema tariffario all'intero di un quadro coordinato e coerente di strumenti per orientare i comportamenti degli erogatori pubblici e privati (ad esempio i sistemi di programmazione e controllo regione-aziende e i sistemi di accreditamento).

1.4 La sostenibilità finanziaria del sistema.

La finanza pubblica ha registrato nel 2007 un rilevante miglioramento: l'indebitamento netto della Pubblica Amministrazione è diminuito dal 3,4 per cento del Pil registrato nel 2006 all'1,9 per cento nel 2007. Ciò ha indotto la Commissione UE a richiedere all'Ecofin di decretare la chiusura della procedura di deficit eccessivo aperta contro l'Italia nell'estate del 2005, indicando che il disavanzo è sceso sotto il 3 per cento del prodotto, in maniera credibile e sostenibile. Tale risultato non deve però far dimenticare che per raggiungere entro il 2011 il pareggio del bilancio occorrerà intervenire nuovamente sui conti pubblici, correggendo le dinamiche della spesa. Infatti, il Cer-Nib valuta insufficiente al raggiungimento di tale obiettivo la manovra di finanza pubblica per il 2008, a cui è dedicata un'ampia descrizione. Secondo il nostro esercizio di previsione,



l'indebitamento netto è destinato ad aumentare per quest'anno e portarsi nel 2011 all'1,4 per cento del Pil. Saranno richiesti perciò nuovi interventi di correzione e segnatamente di contenimento della dinamica della spesa pubblica per realizzare nel 2011 il pareggio del bilancio.

In questo quadro anche al Servizio sanitario nazionale sarà chiamato a fare la sua parte. I nuovi interventi previsti per il SSN si collocano all'interno del quadro programmatico definito dal Patto per la salute.

In questo quadro, la manovra sanitaria adottata ha apportato le seguenti innovazioni:

- un incremento del finanziamento ordinario a cui contribuisce lo Stato per circa 1,5 miliardi di euro. Parte di tale incremento, pari a 834 milioni di euro, però è destinato a compensare il mancato gettito derivante dall'abolizione dell'incremento del ticket per l'assistenza specialistica ambulatoriale, deciso nella scorsa finanziaria. Considerate le previsioni della spesa sanitaria contenute nel DPEF, le regioni sono chiamate a reperire risorse ulteriori per raggiungere l'equilibrio;
- la riforma del settore della spesa farmaceutica pubblica, in direzione dell'implementazione di un assetto che favorisca l'attività di investimento in *R&S* e l'introduzione di farmaci innovativi da parte delle imprese e l'incremento dell'intensità concorrenziale del settore. La riforma segna un avanzamento rispetto alla situazione preesistente, sebbene non mancano aspetti suscettibili di ulteriori miglioramenti, relativi all'entità delle risorse riservate ai farmaci innovativi e alle imprese più dinamiche sul mercato;
- per le Regioni impegnate nei Piani di rientro, si introduce la possibilità di Commissariamento per quelle inadempienti degli impegni presi e si stanziavano 9,1 miliardi di euro per un credito agevolato, col duplice obiettivo di vincolarne più strettamente la gestione e consolidarne il quadro finanziario complessivo e evitare i rischi di un collasso finanziario; nello stesso tempo, però, con l'approvazione del decreto "mille proroghe" si introduce una norma che comporta un allentamento per il 2007 della severità fiscale loro imposta.

Il quadro prospettico della finanza pubblica e, in particolare delle risorse disponibili per il SSN, va messo a confronto con la dinamica attesa della spesa sanitaria in modo da ricavare informazioni sull'evoluzione dei conti del settore. In generale, la dinamica della spesa sanitaria risente del processo di allungamento della vita e del progresso tecnologico, che tendono a rendere il finanziamento inadeguato rispetto alle esigenze della domanda. A tali elementi si associa una gestione inefficiente delle risorse



da parte delle strutture sanitarie, con la conseguenza di generare deficit di bilancio. Sottovalutare il tasso di crescita del progresso tecnologico e della sua diffusione, così come sottovalutare il tasso di crescita della popolazione anziana o sovrastimare il grado di efficienza del sistema sanitario può portare ad una analisi dei bisogni errata e con essa ad una, eventuale, sottostima del fabbisogno finanziario.

Abbiamo indagato l'effetto di questi elementi sulla crescita della spesa pubblica nel breve e nel lungo periodo, attraverso la stima di un modello econometrico. Per quanto riguarda la previsione di breve periodo, l'esercizio consente di stimare i disavanzi del SSN. Sono stati definiti uno "scenario di base" o "tendenziale", che è caratterizzato dalla crescita nei prossimi anni delle principali variabili secondo degli scenari standard ripresi dai documenti ufficiali. Successivamente, si è considerato un secondo scenario che considera l'effetto sulla spesa dell'avvio delle procedure dei Piani di Rientro. I risultati dell'esercizio econometrico mostrano come senza correzioni il sistema tenda a generare disavanzi elevati, coerentemente con la recente esperienza. I Piani di rientro consentirebbero, invece, di contenere la dinamica di spesa, tanto da avvicinarsi per la prima volta ad un pareggio di bilancio, coerentemente con le recenti evidenze contenute nella Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (2007) che dà conto di un contenimento dei disavanzi del SSN, rispetto alla recente esperienza.

I risultati ottenuti aiutano a valutare meglio il cambio di rotta attuato con il Patto per la salute. Il carattere distintivo è costituito dalla compresenza di interventi di aumento delle risorse disponibili da parte del governo centrale e locale (da 75,6 mld di euro nel 2002 a 108,3 mld di euro programmati per nel 2009, pari ad un aumento del 43%) e di interventi di razionalizzazione delle strutture regionali di erogazione dei servizi sanitari, contemplati nei Piani di Rientro. La conseguenza è stata un incremento del rapporto tra spesa sanitaria programmata e Pil dal 6 per cento del 2002 al 6,6 del 2008 e 2009, al di sopra della media dei paesi dell'OCSE e dell'UE. Se tale percentuale di spesa programmata si mantenesse anche nel futuro, attraverso lo stanziamento delle risorse corrispondenti, si garantirebbe un sostanziale equilibrio dei conti sanitari, senza intaccare il livello delle prestazioni erogate ai pazienti.

Per dimostrare la valenza di tale risultato, abbiamo condotto un semplice esercizio di simulazione. Per il periodo 2008-2011, abbiamo messo a confronto il trend di spesa ottenuto nell'ipotesi introduzione dei Piani di rientro con le risorse finanziarie che potrebbero essere rese disponibili assumendo che la quota di spesa sul Pil sia pari al 6.6% e che il Pil cresca



secondo tre diversi scenari, rispettivamente di crescita bassa, media e alta. Il risultato interessante che abbiamo ottenuto è che anche in presenza di una crescita “media”, già nel primo biennio è possibile notare un contenimento apprezzabile dei disavanzi e successivamente un sostanziale *surplus* di gestione.

Inoltre, l’esercizio di stima è stato esteso fino a coprire un intervallo di tempo molto lungo, il 2050. Le simulazioni sono state eseguite in tre scenari differenti: accanto a quello base – ottenuto secondo la dinamica standard riportata nei documenti ufficiali – ne abbiamo considerato altri due che si discostano dal primo per l’assunzione di tassi di crescita più elevati di alcune delle variabili che guidano la crescita della spesa sanitaria. L’esercizio consente di delineare l’evoluzione della spesa sanitaria nel lungo periodo e di ricavare importanti informazioni sulle principali determinanti della sua evoluzione, che possono rivelarsi utili nella definizione delle adeguate politiche di gestione. I risultati ottenuti descrivono una crescita della spesa sanitaria fino al 2030, quando si assesterebbe nello scenario più elevato al 7,83 per cento del Pil, e a seguire una successiva diminuzione. Tale dinamica si differenzia da quella ottenuta con il modello della Ragioneria Generale dello Stato, secondo cui la spesa aumenterebbe continuamente nel periodo esaminato fino a raggiungere, nel 2050, l’8,6 per cento del Pil. L’esame delle determinanti della spesa a sua volta chiarisce come l’effetto esercitato dalla popolazione anziana è destinato a ridursi a partire dal 2035, senza venir compensato dalla crescita degli effetti delle due principali variabili esaminate, la crescita dei prezzi e il progresso tecnologico.

L’analisi si conclude con un approfondimento delle dinamiche attese a livello regionale e dell’esperienza dei Piani di rientro. Le simulazioni dei costi sanitari a livello regionale sono ottenute con una procedura deterministica che utilizza la stima della spesa nazionale e, successivamente, la ripartisce tra le regioni secondo la quota che ciascuna ha rivestito sul totale della spesa nel 2007. La stima delle risorse disponibili per ciascuna regione, a partire dal finanziamento complessivo previsto dal governo, consente di stimare per il biennio 2008-2009 i risultati di bilancio regionali. I risultati dell’esercizio condotto evidenziano come per diverse Regioni il riequilibrio dei conti sanitari non possa passare per diverse Regioni attraverso il solo reperimento di risorse aggiuntive, con manovre che incrementano il livello della tassazione locale. La razionalizzazione dei costi, il recupero cioè di maggiore efficienza nell’erogazione delle prestazioni, appare quindi fondamentale se non si vuole porre un onere difficilmente sostenibile a carico dei contribuenti. Tale conclusione trova



una conferma anche nella recente esperienza dei Piani di rientro. I programmi di rientro dei disavanzi sanitari definiti prevedono una combinazione di interventi dal lato delle entrate – per la gran parte attraverso l’attivazione a livello massimo delle aliquote fiscali regionali - e dal lato del contenimento dei costi, in particolare, di quelli del personale, dei beni e servizi acquistati dalle strutture sanitarie, dell’assistenza farmaceutica e ospedaliera accreditata. L’esame compiuto delle scelte concretamente adottate da ciascuna Regione, mostra come al crescere delle correzioni imposte ai conti sanitari regionali cresca in maniera più che proporzionale proprio la parte rappresentata dal contenimento dei costi di erogazione dei servizi. A tal riguardo abbiamo provato, in ultimo, a fornire una stima della congruenza dei risultati effettivamente registrati dalle Regioni nel 2007, rispetto ai costi programmatici definiti nei rispettivi Piani di rientro. In generale, le evidenze disponibili mostrano come gli interventi attuati siano stati in grado di correggere le dinamiche tendenziali dei costi. Tuttavia, rivelano anche l’esistenza di scostamenti rispetto agli obiettivi di costo definiti, molto contenuti per la Liguria, l’Abruzzo e la Sicilia e più elevati per il Lazio. Considerata l’importanza crescente che la razionalizzazione della spesa assume nei diversi Piani di rientro, appare fondamentale che l’azione dello Stato e delle Regioni, sia orientata a garantire il rispetto degli obiettivi fissati, per i quali appare opportuno l’ipotesi di ricorrere ad un Commissariamento delle Regioni inadempienti e il corretto funzionamento del sistema sanzionatorio previsto.

2. Le leve dell’innovazione futura.

2.1 I meccanismi decisionali nella sanità.

La ricerca effettuata dal Censis fornisce uno spaccato più che eloquente sulle modalità effettive attraverso cui si snodano le interazioni tra i diversi terminali di potere all’interno dei sistemi sanitari locali e sulla rilevanza e il peso dei diversi soggetti coinvolti lungo le filiere decisionali; gli aspetti emersi permettono pertanto di formulare alcune proposte di intervento che, di fatto, potrebbero rappresentare la chiave di volta per superare alcune delle difficoltà che attualmente caratterizzano il sistema pubblico di tutela della salute. Nello specifico:

-riguardo alla conflittualità interistituzionale, andrebbe favorito un maggiore equilibrio e organicità decisionale, andrebbe cioè fatta maggiore chiarezza circa le competenze, il peso e le responsabilità dei diversi attori che compongono le filiere decisionali, in modo da evitare sovrapposizioni



di ruolo e contrasti tra soggetti istituzionali con funzioni diverse, che nei fatti si traducono in un allungamento delle filiere decisionali con relativa perdita di efficienza esecutiva per il sistema;

-relativamente alla lunghezza delle filiere, nelle quali si disperdono notevoli e spesso eccessive risorse di sistema, andrebbe ridotto il numero dei passaggi burocratici e dei transiti tra i diversi livelli di governo, in modo da recuperare la rapidità operativa del sistema e la tempestività nel portare a compimento le decisioni effettuate, tutte energie da ridirigere verso il rinnovamento del *core* di servizio;

-con riferimento all'estrema diversificazione regionale che caratterizza l'attuale panorama sanitario italiano, è chiaro che l'eccessiva disomogeneità territoriale, soprattutto quando riguarda le *performance* e la qualità dei servizi erogati agli utenti, andrebbe corretta in favore di una maggiore *armonizzazione* e di una progressiva *omogeneizzazione* tra i differenti sistemi di offerta presenti nelle varie regioni;

-rispetto agli esempi di *best practice*, l'analisi di questi casi è stata occasione per enucleare processi decisionali tutto sommato virtuosi, dove il sistema è stato in grado di produrre innovazione e qualità e per tanto non possono non rappresentare modelli di riferimento che andrebbero condivisi e socializzati dentro la realtà sanitaria italiana;

-infine, per ciò che concerne l'intreccio tra politica e sanità, andrebbe chiarita la netta separazione tra funzioni di indirizzo, programmazione e controllo, avocate alla sfera politica, e funzioni di amministrazione e gestione diretta delle strutture e dei servizi, la cui responsabilità spetta alle figure apicali delle aziende, valorizzando quegli interventi che già cominciano a farsi largo in alcuni dei contesti sanitari locali studiati.

2.2 Il governo dell'offerta di prestazioni sanitarie.

Il decentramento regionale e il riconoscimento di una maggiore autonomia di azione sull'offerta e sulla domanda di prestazioni sanitarie ha lo scopo di favorire la differenziazione positiva, ossia l'adeguamento delle risposte di tutela della salute alle reali esigenze di contesti economico-sociali molto differenziati nel nostro paese.

Uno degli strumenti ritenuti più potenti per riconoscere le proprietà dei bisogni da soddisfare e per orientare i comportamenti dei produttori pubblici e privati di servizi è quello del finanziamento introdotto con il



sistema definito di quasi-mercato, basato su tariffe definite per gruppi omogenei di prestazione sanitarie (DRG).

L'analisi condotta dal CERGAS ha evidenziato che le regioni hanno utilizzato quest'ambito di autonomia in termini molto differenziati e hanno investito con diversa intensità nell'utilizzo e nella manutenzione degli stessi con risultati che appaiono contraddittori.

Le linee di intervento ritenute più efficaci per fare in modo che l'uso della leva finanziaria favorisca differenziazioni positive e prevenga comportamenti opportunistici sono le seguenti:

- Aumentare la quota delle prestazioni remunerate attraverso tariffe DRG nelle regioni dove la stessa risulta molto bassa;
- Approfondire l'analisi dei costi finalizzata alla definizione di tariffe più congrue, (ridurre i DRG che consentono margini molto elevati per consentire l'adeguamento di DRG, che non sono incentivanti poiché non remunerano i costi di produzione);
- Istituire un sistema informativo regionale in grado di rilevare tempestivamente il livello di correlazione di volumi e di mix di prestazioni a variazioni tariffarie;
- Coordinare l'uso dei DRG con l'utilizzo di altri strumenti di finanziamento, quali tetti/target di produzione per singola azienda, il finanziamento per funzioni, richiesta di piani strategici delle aziende e definizione di priorità nei processi di programmazione regionale;
- Definire una struttura di finanziamento (tariffe e altre) per favorire l'appropriatezza delle prestazioni e l'innovazione delle pratiche assistenziali, soprattutto di quelle che riducono il rischio clinico;

Inoltre il livello centrale dovrebbe introdurre un sistema di monitoraggio idoneo a valutare l'effetto di divaricazione tra le regioni, indotto da fenomeni di mobilità, che determina il trasferimento di risorse da regioni in cui la stessa è passiva a regioni attrattive e induce una modificazione nella distribuzione del finanziamento tra strutture pubbliche e private. Il mancato governo della mobilità causa, in alcune regioni, un basso livello di occupazione e l'impossibilità di attivare un circolo virtuoso di miglioramento della qualità dell'assistenza e, in altre regioni, un alto livello di occupazione, ma spesso correlato al fenomeno della creazione di liste d'attesa.



2.3 La sostenibilità del sistema.

Dal punto di vista dell'equilibrio macroeconomico occorre riconoscere che gli interventi di natura finanziaria ed organizzativa effettuati negli ultimi anni hanno per la prima volta nella storia del SSN italiano portato una serie importante di frutti. Il primo in assoluto è quello della riduzione dei deficit che sembra essersi avviato su un sentiero di equilibrio strutturale.

Tale risultato è stato possibile solo grazie al verificarsi concomitante di alcuni fenomeni. Da un lato negli ultimi anni si è andata sempre di più diffondendo l'idea che una gestione sana è possibile solo conoscendo il sistema e che questo lo si conosce meglio raccogliendo ed interpretando le informazioni necessarie, in particolare quelle sui flussi di spesa. Dall'altro, grazie alla maggiore disponibilità di informazioni sono stati avviati una serie di controlli che hanno riguardato tutti gli ambiti operativi del settore sanità, ed in particolare l'organizzazione, la gestione e la pianificazione. Infine, sul fronte economico-finanziario si è rafforzato il coordinamento tra Stato centrale e Regioni (in particolare via Ministero del Tesoro). In quei non pochi casi in cui questi fenomeni non si sono sviluppati e sono cresciuti in modo spontaneo, si è assistito ad azioni di surroga parziale da parte dello Stato centrale che ha obbligato le Regioni in difetto ad implementare una serie di piani industriali per poter rientrare dalle pesanti situazioni di esposizione debitoria, pena il non trasferimento di risorse finanziarie aggiuntive.

E' solo grazie alla combinazione di questi elementi che oggi è possibile sperare nel raggiungimento di un pareggio di bilancio di tipo strutturale. Questo risultato positivo va, però, interpretato come un primo passo verso una meta che è ancora lontana. Nel futuro occorrerà, quindi, insistere ancora lungo queste linee di azione avviandone di nuove. Pensiamo in particolare ad azioni che possano permettere di valutare il SSN non solo dal punto di vista delle performance economico gestionali, ma anche e soprattutto in termini di esiti sanitari. In altri termini, ci si dovrà chiedere non solo se una regione spende più di un'altra e se entrambe spendono più o meno della media nazionale, ma anche e soprattutto quali sono i risultati dal punto di vista sanitario che si ottengono per ogni euro speso. Solo a questo punto saremo in grado di valutare pienamente e compiutamente il nostro SSN. Le premesse a questo punto sembrano esserci tutte. Rimane a discrezione di chi governa queste dinamiche (a tutti i livelli) di concretizzarle.