

TESI CONGRESSUALE

a cura di

DOMENICO ISCARO
ADRIANO BENAZZATO
FLAVIO CIVITELLI
FILIPPO GIANFELICE
COSIMO NOCERA
BASILIO PASSAMONTI
SILVERIO SELVETTI
MARIO VITALE

LA GOVERNANCE DELLE AZIENDE SANITARIE TRA REGIONALISMO E CENTRALISMO

- **Introduzione**
- **Evoluzione della governance delle aziende sanitarie dopo la riforma costituzionale**
- **La sanità nelle regioni italiane: differenze**
- **Disavanzo sanitario nelle regioni in piano di rientro**
- **Indietro sugli adempimenti dei Lea**
- **Conclusioni**

INTRODUZIONE

Con la Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione” vengono definite le materie per le quali allo Stato viene attribuita la legislazione esclusiva, tra queste la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e le materie di legislazione concorrente per le quali competenza legislativa è attribuita alle Regioni, (tra queste la sanità) mentre allo Stato è riservata la determinazione dei principi fondamentali entro il quale è possibile legiferare.

Questa autonomia affidata alle Regioni in materia legislativa si è concretizzata in scelte molto diverse, che hanno determinato una forte eterogeneità interregionale in termini di numero e dimensione media delle ASL e delle AO, numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL, presenza di istituti diversi da ASL e AO nel gruppo sanitario pubblico regionale (AOU, IRCSS, Policlinici universitari privati/religiosi). Tale eterogeneità è andata crescendo in virtù dei processi di riordino che hanno interessato diversi SSR negli ultimi anni, contribuendo a modificare in modo rilevante le rispettive strutture istituzionali.

EVOLUZIONE DELLA GOVERNANCE DELLE AZIENDE SANITARIE DOPO LA RIFORMA COSTITUZIONALE

Il SSN era stato definito dal D.lgs. 502/92 come un sistema sanitario regionalizzato nel quale ogni Regione avrebbe dovuto costruire, gestire e regolare una rete di aziende pubbliche e private accreditate in competizione tra di loro. Sotto la spinta politica federalista e dopo l'approvazione della legge costituzionale di modifica del titolo V si sviluppa una progressiva trasformazione del SSN.

A partire dal triennio 2008-2010, si avvia una progressiva evoluzione e trasformazione del SSN in un **sistema di holding regionali**: le reti di aziende in competizione diventano progressivamente in ogni Regione sistemi di erogazione **coordinati dalla capogruppo regionale**. Si instaura di fatto il passaggio da una logica competitiva a una logica di programmazione **centralizzata** e si determina un cambiamento strutturale delle logiche di governance dei sistemi sanitari regionali.

Tutte le Regioni trasformandosi in **capogruppo**, agiscono in piena autonomia stabilendo la struttura del gruppo ed individuando le aziende sanitarie pubbliche e gli enti che lo compongono. Sono le Regioni che definiscono l'articolazione del territorio regionale in ASL ed in aziende autonome (Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere integrate con l'Universi-

tà), che decidono gli ospedali che hanno rilievo nazionale o regionale e la eventuale presenza di discipline ad alta specializzazione. Inoltre sono le Regioni che definiscono e regolamentano il ruolo di IRCCS e Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN. In molte Regioni inoltre si sviluppano forme inter-aziendali o sovra-aziendali, con funzioni di governo, coordinamento o centralizzazione (ATS lombarde, ESTAR toscano, EGAS friulano, fondazioni).

Il fine dichiarato di questi cambiamenti è principalmente per:

- **cercare nuovi equilibri** a livello istituzionale sia organizzativi che gestionali per generare economie di scala, grazie a riduzione del numero di ASL/AO ed alla creazione di aziende sanitarie di maggiori dimensioni più idonee ad una logica di “sistema regionale” e di una programmazione unitaria;
- **semplificare** la «catena di comando», riducendo i costi di direzione;
- **eliminare** sacche di spesa fuori controllo e duplicazioni nelle strutture di erogazione, intervenendo direttamente sulla rete assistenziale (es numero di posti letti, specialità, grandi tecnologie) concentrando molte funzioni amministrative e servizi sanitari (es. diagnostica di laboratorio), promuovendo la standardizzazione dei percorsi clinico-assistenziali e criteri di appropriatezza, il controllo della spesa per tecnologie e della spesa farmaceutica;
- **riorganizzare** la rete ospedaliera sia con la pianificazione e gestione delle reti di alta specialità/alta complessità rivolta a bacini di utenza ampi, sia integrando le strutture ospedaliere con quelle territoriali, con l'intento di superare la divisione tra azienda di produzione e azienda di committenza;
- **istituire** nuove tipologie di strutture sanitarie e socio sanitarie tra ospedale e territorio (case della salute, ospedali di comunità, presidi territoriali di assistenza, strutture poli-funzionali ambulatoriali, ecc.) in grado di fissare un nuovo baricentro dei sistemi sanitari;
- **riorientare** i propri servizi rispetto alle tendenze della domanda (invecchiamento della popolazione, cronicità) con interventi finalizzati a potenziare l'assistenza primaria e la continuità assistenziale.

In una recente indagine Cergas Bocconi (Oasi 2017) si è dimostrato che In tutti i sistemi regionali analizzati la Regione ha riservato per sé tutte le decisioni critiche e strategiche come l'apertura di bandi di concorso per l'assunzione di nuovo personale medico ed infermieristico, la definizione d'acquisto di macchinari ed impianti di grande tecnologia e della loro localizzazione geografica, la scelta delle modifiche all'assetto di gestione del magazzino e della logistica dei beni.

Quindi di fatto la regione si struttura come **capogruppo/holding**. Da un lato, è il livello centrale che autorizza la quantità e il mix dei fattori produttivi di rilevanza strategica, dall'altro lato è il livello locale che può decidere come organizzare fattori produttivi strategici messi a disposizione per aumentare la produttività e l'efficacia del sistema nel suo complesso, pur sempre nell'ambito di indirizzi regionali vincolanti.

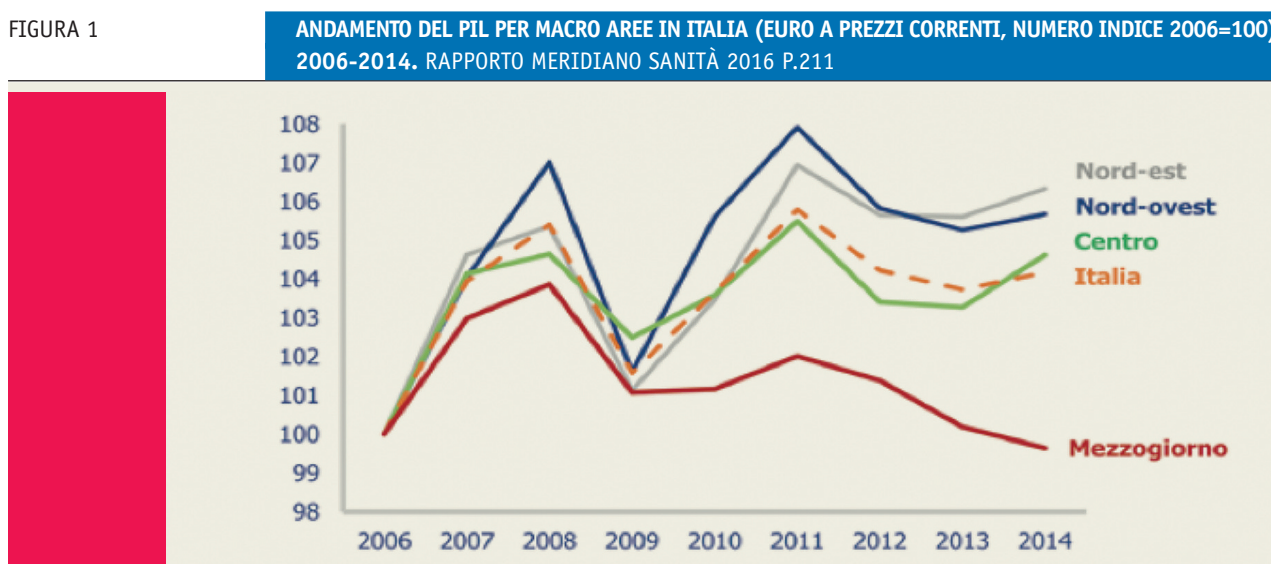
Diverse sono le tipologie oggi presenti tra le Regioni. La Regione in funzione di capogruppo può semplicemente limitarsi ad offrire alle aziende servizi su richiesta senza esercitare un vero potere di guida, propriamente come una **centrale di servizio** o può invece attribuirsi il compito di pianificazione degli obiettivi di sistema e della allocazione di risorse, quindi porsi come **capogruppo di pianificazione**. La capogruppo può aggiungere ai compiti di pianificazione anche quelli di definizione delle strategie delle singole aziende come per esempio, l'individuazione delle principali patologie su cui devono focalizzarsi le politiche sanitarie regionali o la definizione dei setting assistenziali da sviluppare maggiormente, e quindi caratterizzarsi come capogruppo **strategica**. In tutti questi casi le aziende conservano il potere e la responsabilità gestionale. Se invece la capogruppo riserva per sé oltre alla pianificazione e alla definizione delle strategie di ogni azienda, anche la decisione in merito alle singole procedure verticali che le aziende devono applicare allora si parla di una **capogruppo di tipo direzionale**.

In conclusione è possibile affermare che la stretta economica del SSN che si è riversata su tutte le Regioni, ancora di più sulle quelle in piano di rientro anche se con intensità diversa ha prodotto effetti simili ed ha determinato una **verticalizzazione della politica centralistica** che ha condotto al rafforzamento della linea gerarchica decisionale governatore-assessorato-aziende.

LA SANITÀ NELLE REGIONI ITALIANE: DIFFERENZE

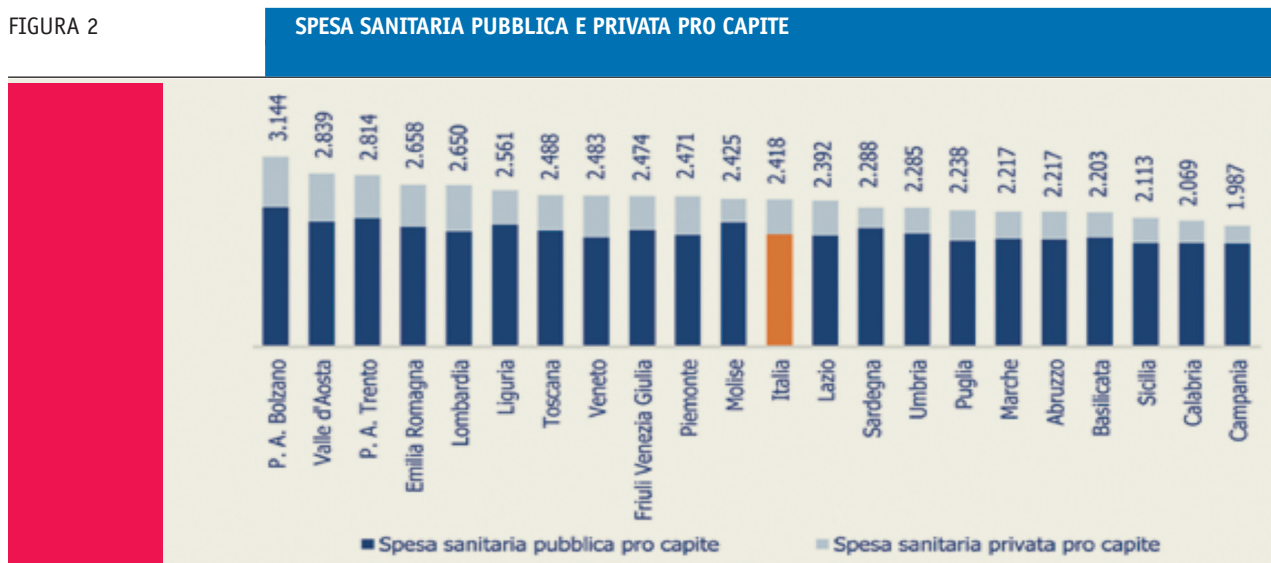
La sanità in Italia in virtù dei diversi sistemi sanitari regionali e di una profonda disegualianza delle condizioni economiche delle regioni caratterizzata da bassi livelli di crescita economica ed elevata disoccupazione sconta sempre più una crescente disegualianza tra regione e regione ed anche nella stessa regione. Anche se negli ultimi anni i dati diffusi da ISTAT confermano un livello di crescita del PIL questa non avviene in egual misura in tutte le Regioni, ma anzi ha contribuito ad aumentare i divari già presenti nel nostro Paese. Un confronto sull'arco dell'ultimo decennio, mostra infatti, un divario del Mezzogiorno, in termini di ricchezza, sempre più marcato rispetto al Centro e al Nord. Dopo la debole ripresa del 2010 e del 2011, il PIL aggregato delle Regioni del Sud e delle Isole ha subito una variazione negativa dello 0,6% nel 2012, proseguita nel 2013 (-1,2%) e 2014 (-0,5%), anni in cui le altre zone del Paese hanno ripreso invece a crescere. (figura 1)

FIGURA 1



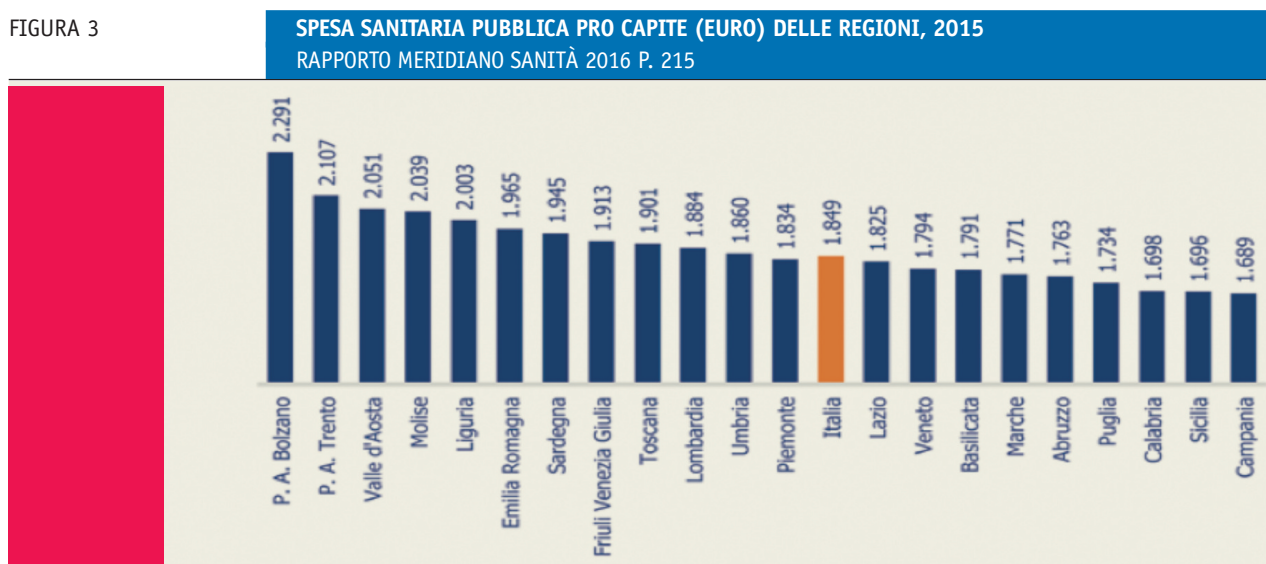
Incrociando i dati di spesa sanitaria pubblica e privata pro capite emerge una situazione di forte disparità tra le Regioni del Nord e le Regioni del Sud Italia. Queste ultime, ad eccezione di Sardegna e Molise presentano una spesa sanitaria pro capite privata e pubblica inferiore rispetto alla media italiana. La Provincia Autonoma di Bolzano presenta i livelli di spesa pubblica e privata pro capite maggiori; per contro la Regione Campania è quella più con i valori più bassi. (figura 2)

FIGURA 2



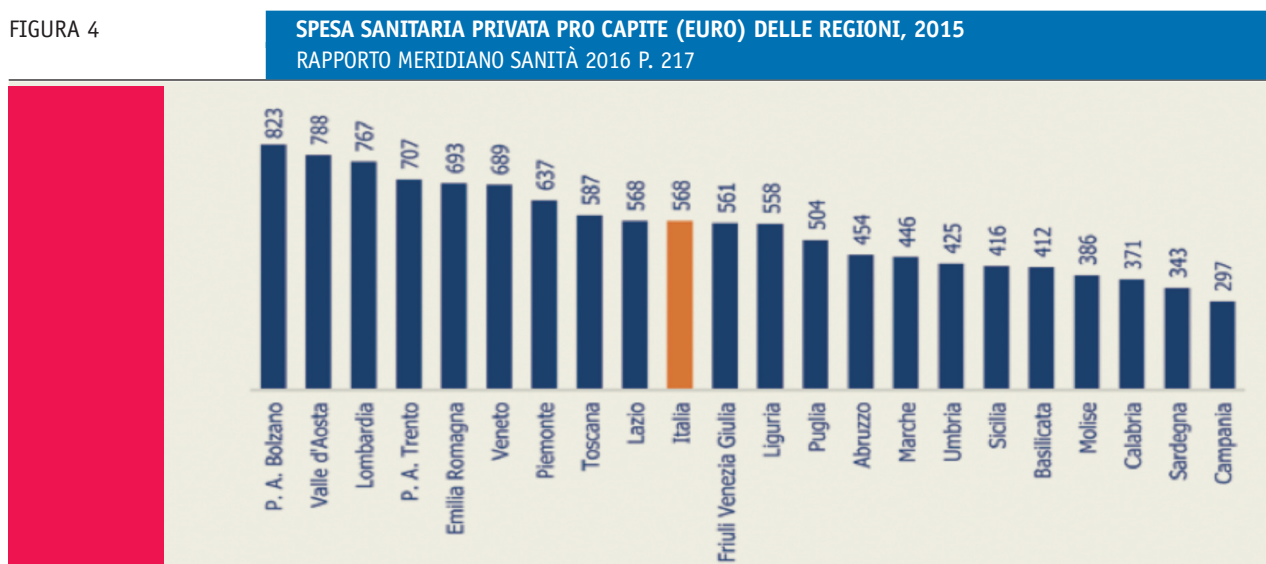
Dall'analisi della **spesa pubblica** pro capite per Regione è la Provincia Autonoma di Bolzano ad aver sostenuto il maggior livello di spesa (2.291 euro), seguita dalla Provincia Autonoma di Trento (2.107 euro) e dalla Valle D'Aosta (2.051 euro). Tra le Regioni con i valori più bassi troviamo Campania, Sicilia, Calabria. Sono nove le Regioni che spendono meno rispetto alla media nazionale e, ad eccezione del Veneto, si trovano nel Centro-Sud. (figura 3)

FIGURA 3



Nel 2015, la spesa **sanitaria privata** a livello nazionale è aumentata a 34,5 miliardi di euro (+4,7% rispetto al 2014), mettendo in evidenza un aumento delle diseguaglianze delle cure per i cittadini delle diverse Regioni italiane causata principalmente da difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie offerte dal pubblico (es. liste di attesa) (figura 4).

FIGURA 4



Nel Nord Italia la spesa privata pro capite è maggiore rispetto alla media nazionale e questo è dovuto in parte alle migliori condizioni economiche e sociali della popolazione. Sono 12 le Regioni che presentano un livello di spesa privata pro capite inferiore rispetto alla media nazionale, che si attesta a 564 euro.

DISAVANZO SANITARIO NELLE REGIONI IN PIANO DI RIENTRO

Il disavanzo sanitario nel 2006 era pari a 6 miliardi di euro, poco più del 6% della spesa sanitaria che nello stesso anno era pari a 98,9 miliardi di euro. Per frenare l'aumento incontrollato del disavanzo ed evitare il default dei sistemi sanitari, la legge finanziaria del 2005 ha introdotto i **Piani di Rientro**. Le Regioni in disavanzo erano obbligate all'elaborazione di un programma di rientro dal debito. Fatto salvo l'obbligo del rispetto dei LEA, la Regione doveva provvedere nell'arco di un triennio alla riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale.

Nel 2007 le 7 Regioni (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna) che generavano il 71,6% del disavanzo totale sono entrate in Piano di Rientro. Nel 2009 si è aggiunta la Calabria e nel 2010 la Puglia e il Piemonte.

Ad oggi sono uscite dal piano di rientro Piemonte, Liguria e Sardegna.

Tra i principali interventi contenuti nei Piani di Rientro si segnalano: il blocco del turnover del personale, la rideterminazione dei posti letto ospedalieri per acuti e post-acuti, il potenziamento dei controlli sull'inappropriatezza, le revisioni delle centrali di acquisto di beni e servizi, la riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali e il potenziamento dei sistemi di monitoraggio aziendale e regionale.

Sono anche approvati interventi sulle addizionali Irpef, Ires e aumenti nelle compartecipazioni alla spesa dei cittadini che hanno contribuito alla riduzione dei disavanzi. Tra il 2010 e il 2015 l'addizionale regionale Irpef è aumentata del 39%, attestandosi a 3,1 miliardi di euro. Nelle Regioni in Piano di Rientro l'aumento maggiore si riscontra nel Lazio (variazione media annua del 13,2%) e in Piemonte (variazione media annua dell'11,2%).

A quasi dieci anni dall'introduzione dei Piani di Rientro i risultati contabili sono complessivamente positivi dal punto di vista del calo del disavanzo, che nel 2015 è sceso a 1 miliardo di euro, anche se registra aumento del 16,3% rispetto all'anno precedente.

Messi in ordine i conti, a pagarne le maggiori conseguenze sono stati i cittadini che vedono ridotte quantità e qualità delle cure, oltre a dover pagare tasse più alte.

INDIETRO SUGLI ADEMPIMENTI DEI LEA

Nella valutazione degli adempimenti dei LEA il punteggio minimo da raggiungere è 160 ma dai risultati del 2015 (report del Ministero della Salute), risultano sotto soglia Calabria (147 punti), Molise (156), Puglia (155), Sicilia (153) e Campania con 99 punti. Il dato della Campania poi è davvero preoccupante perché, rispetto al 2014, dove la Regione raggiungeva un punteggio di 139, nell'ultimo anno si è notato un calo di ben 40 punti che la spinge molto lontana dalla Toscana (212). Ma ad aver peggiorato le performance sono anche Puglia, Molise e Sicilia. I maggiori ritardi nella erogazione dei LEA sono riferibili alle difficoltà di organizzare un'adeguata assistenza territoriale, in particolare l'assistenza domiciliare, alla carenza dei posti letto per assistenza residenziale, all'assistenza ai disabili, alle coperture vaccinali, e agli screening del tumore a colon-retto, mammella e cervice uterina.

CONCLUSIONI

Il processo di regionalizzazione è da considerarsi ormai un'evoluzione irreversibile del SSN. Una **regionalizzazione della sanità** che a partire dagli ultimi anni si sta configurando in **una forma centralistica** con una catena di comando verticale facente capo ad una capogruppo regionale in funzione di holding. Le caratteristiche storiche, geografiche e politico-sociali delle Regioni hanno provocato una forte diseguaglianza nella erogazione dei servizi con una conseguente limitazione della sfera dei diritti dei cittadini.

La principale risposta politica alla frantumazione del SSN è riformare il titolo V introducendo criteri di salvaguardia nazionale del diritto alla cura, equi ed uniformi su tutto il territorio nazionale, attraverso l'**attribuzione al Parlamento della funzione legislativa ed al Ministero della Salute della funzione di coordinamento delle Regioni**, alle quali restano affidati compiti di programmazione, organizzazione e gestione

BIBLIOGRAFIA

- Cantarelli P., Lega F., Longo F., *La Regione capogruppo sanitaria: assetti istituzionali e modelli organizzativi emergenti, Rapporto OASI 2017*
- *Rapporto Meridiano Sanità 2016*