

a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2019

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management

 Egea

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

## 12 La diffusione di competenze cliniche e gestionali per lo sviluppo dei servizi del SSN: lezioni apprese dai Piani di Rientro e nuove prospettive

*di Michela Bobini, Gianmario Cinelli, Giovanni Fattore, Simone Ghislandi, Francesco Longo, Carolina Maffini, Luigi M. Preti<sup>1</sup>*

### 12.1 Introduzione

I Piani di Rientro (PdR) costituiscono una politica pubblica di sistema attraverso cui lo Stato centrale interviene, a partire dal 2005, per garantire il conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e la qualità delle prestazioni sanitarie.

Attraverso un processo partito negli anni novanta e culminato con la riforma del titolo V della Costituzione del 2001 la responsabilità dell'equilibrio economico e finanziario è stata attribuita alle regioni. Tuttavia, in assenza di vincoli o condizioni che legassero l'accesso alle risorse finanziarie – erogate dallo stato centrale e raccolte attraverso la tassazione generale – ai risultati economici, alcune regioni avevano conseguito dei significativi disavanzi regionali.

Per far fronte a tale criticità, lo Stato è intervenuto con la legge finanziaria per il 2005 (legge 30 dicembre 2004, n. 311) in una duplice direzione. Da un lato, sono state modificate le condizioni di accesso alle risorse sanitarie per tutte le regioni, condizionando l'erogazione di una parte del fondo sanitario nazionale alla verifica di alcuni adempimenti, i cosiddetti adempimenti LEA. Si tratta di 38 diversi adempimenti, che riguardano il rispetto di obblighi informativi, il mantenimento di alcuni standard nell'erogazione dei servizi sanitari e l'adozione di provvedimenti regionali in attuazione di norme nazionali su specifici temi (l'assistenza ospedaliera, le liste d'attesa, i livelli di appropriatezza). Dall'altro, per le regioni che presentavano elevati disavanzi, l'accesso al finanziamento integrativo è stato subordinato alla sottoscrizione di accordi con lo Stato centrale e all'elaborazione di «programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale». I programmi, di durata triennale, proseguono in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi.

---

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, il § 12.4 e parte dei §§ 12.3 e 12.6 sono da attribuirsi a Giovanni Fattore, Simone Ghislandi, Carolina Maffini e Luigi M. Preti, i §§ 12.1, 12.2, 12.5 e parte dei §§ 12.3 e 12.6 a Michela Bobini, Gianmario Cinelli e Francesco Longo.

Con la sottoscrizione degli accordi, le regioni entrano in PdR ossia in un regime di autonomia differenziato, soggetto a norme specifiche, che ne modifica alcune prerogative di governo e introduce processi di verifica e monitoraggio, processi di supporto e meccanismi sanzionatori specifici.<sup>2</sup>

Il presente capitolo sviluppa due filoni di indagine. In primo luogo sono analizzati i trend di alcuni indicatori sulla qualità delle prestazioni sanitarie, in particolare dell'assistenza ospedaliera, con l'obiettivo di osservarne l'andamento in termini assoluti nella qualità delle cure e di investigare la relazione fra il PdR e i livelli di assistenza. In secondo luogo, sono analizzate le caratteristiche del sistema di *governance* dei PdR. Si cerca di valutare se l'insieme di principi, regole e procedure che riguardano le interazioni fra gli attori coinvolti nei piani fossero congeniali al perseguimento di tutti gli obiettivi di *policy* dichiarati. In particolare, cinque elementi del sistema di *governance* sono esaminati: i) i commissariamenti; ii) il sistema di incentivi; iii) il processo di verifica e monitoraggio; iv) il processo di affiancamento; v) gli strumenti operativi impiegati.

Il capitolo è strutturato come segue: il paragrafo 12.2 descrive in modo più dettagliate l'insieme delle norme che definiscono i PdR; il paragrafo 12.3 illustra la metodologia di analisi; il paragrafo 12.4 discute e interpreta i trend di alcuni indicatori sulla qualità delle prestazioni sanitarie; il paragrafo 12.5 analizza il sistema di *governance* dei PdR, in particolare i commissariamenti, il sistema di incentivi, il processo di verifica e monitoraggio, il processo di affiancamento e gli strumenti; infine il paragrafo 12.6 presenta le conclusioni.

## 12.2 I Piani di Rientro

### 12.2.1 Elementi principali dei Piani di Rientro

L'insieme delle norme che disciplinano i PdR (di cui si fornisce una rassegna nell'appendice normativa) costituiscono una politica pubblica di sistema. Ai fini del presente capitolo può essere utile analizzare cinque diversi elementi dei PdR: gli obiettivi; i diversi livelli di autonomia delle regioni; il processo di verifica e monitoraggio; il processo di affiancamento; i meccanismi sanzionatori.

I PdR perseguono un duplice obiettivo: la qualità delle prestazioni sanitarie e l'equilibrio di bilancio regionale rispetto al settore sanitario. La prima fase dei piani è stata caratterizzata da uno sforzo notevole per il risanamento dei

<sup>2</sup> È opportuno specificare che definizione si utilizza per Piani di Rientro visto che, a seconda dei casi, per Piani di Rientro si intendono gli accordi Stato-Regioni, i programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento o l'insieme di norme cui sono soggette le Regioni che sottoscrivono gli accordi e il processo che tali norme innescano. Nel presente capitolo si utilizza la terza definizione, considerando quindi i Piani di Rientro come un politica pubblica di sistema e non uno strumento dper la definizione di rapporti interistituzionali.

conti, mentre a partire dal 2010 vi è stata una maggiore attenzione su entrambi i profili<sup>3</sup>.

L'ingresso nei Piani modifica il ruolo e l'autonomia delle regioni nel governo dei rispettivi Servizi sanitari in termini sia gestionali che finanziari. In particolare i PdR istituzionalizzano tre diversi livelli di autonomia nel SSN: regioni non in PdR; regioni in PdR; regioni in PdR soggette al commissariamento<sup>4</sup>. Nel caso in cui le regioni presentino un disavanzo sanitario superiore al 5%<sup>5</sup> sono sottoposte all'obbligo di sottoscrizione degli accordi con lo Stato, entrando in regime di Piano di Rientro. Le regioni in PdR, sotto il profilo gestionale, devono sottoporre sia il programma operativo triennale che ogni provvedimento all'approvazione preventiva dello Stato centrale. Sotto il profilo finanziario, invece, per le regioni in PdR è più difficile ottenere il finanziamento aggiuntivo e la quota erogata ex-post è superiore. Infatti, l'erogazione è condizionata non soltanto alla verifica degli adempimenti LEA, ma anche all'attuazione dei programmi operativi. Inoltre, la quota del fondo erogata ex-post è incrementata dal 2 al 3%. Il livello di autonomia regionale viene ulteriormente limitato nel caso in cui le regioni vengano commissariate, laddove risultino inadempienti rispetto agli obiettivi prefissati nei programmi operativi. La nomina del commissario comporta in via automatica la decadenza del DG dell'assessorato e dei DG, direttori amministrativi e direttori sanitari delle aziende sanitarie. Al commissario è affidato il compito di adottare le misure previste nei programmi operativi, anche esercitando un potere di indirizzo nei confronti delle aziende sanitarie. Le condizioni di uscita dai commissariamenti e dai PdR risultano meno chiare. È prevista la possibilità per le regioni commissariate di redigere un programma operativo per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale, ma non è specificato quali condizioni debbano es-

<sup>3</sup> Secondo l'articolo 1 comma 180 della legge 311/2004 (legge di bilancio 2005), ossia la formulazione originaria dei Piani di Rientro, l'unico obiettivo prefissato era il perseguimento «dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza». Successivamente, come espresso nell'art. 2 comma 77 della legge 191/2009 (legge di bilancio 2010), vengono distinti due obiettivi: i) «riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza per renderli conformi con la programmazione nazionale e con il vigente decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di fissazione dei LEA»; «equilibrio di bilancio sanitario». Il primo obiettivo può essere di ambigua interpretazione. Si è quindi scelto di considerare come obiettivo la «qualità delle prestazioni sanitarie» come espresse in recenti documenti del servizio studi della Camera dei Deputati e della Ragioneria Generale dello Stato.

<sup>4</sup> Secondo un'analisi più dettagliata è possibile individuare ulteriori tre livelli di autonomia. Le regioni non in PdR potrebbero essere suddivise in: regioni a statuto speciale; regioni a statuto ordinario; regioni in PdR soft, come detto non incluse in questa analisi. Le regioni in PdR soggette al commissariamento potrebbero essere suddivise a seconda che il commissario coincida o meno con il Presidente della Regione.

<sup>5</sup> Originariamente il livello di disavanzo fissato per l'ingresso in Piano di Rientro era pari al 7 per cento (L. 311/04, art. 1, comma 180). È stato successivamente abbassato nell'art. 2, comma 77 della legge 191/2009 (legge finanziaria per il 2010).

sere soddisfatte. Ciò nonostante, nell'interpretazione comune le condizioni di uscita devono essere la riduzione dei disavanzi sanitari e il raggiungimento del punteggio di adempienza dei livelli di assistenza come misurato dalla griglia LEA. Le condizioni di uscita dai PdR, invece, non sono state normate.

Le disposizioni sui PdR prevedono una duplice azione di monitoraggio e verifica, da un lato, e di supporto alle regioni, dall'altro, da parte dello Stato e da parte di altri soggetti istituzionali incaricati. L'attività di verifica e monitoraggio avviene attraverso il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato permanente per la verifica dei LEA. Istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il tavolo si riunisce con periodicità trimestrale e monitora il risultato di gestione e l'evoluzione dello stato patrimoniale, con una profondità di analisi più puntuale rispetto ai dati di chiusura di esercizio. Il Comitato LEA, invece, istituito presso il Ministero della Salute, verifica l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale. Per quanto riguarda l'azione di supporto, sono formalmente previste quattro tipologie di interventi: i) un affiancamento del Ministero delle Finanze e del Ministero della Salute, da definire con specifici accordi; ii) l'affiancamento di società di consulenza, su servizi di advisory contabile e gestionale;<sup>6</sup> iii) l'intervento di AGENAS, a supporto dell'elaborazione dei programmi operativi, per la definizione delle reti (ospedaliera, territoriale, emergenza-urgenza) e per programmi di intervento-formazione su specifici temi; iv) un partenariato con regioni virtuose, da attuare sulle criticità specifiche delle singole regioni.

Infine, i piani prevedono dei meccanismi sanzionatori. Nel caso in cui le regioni non riescano a ridurre significativamente i disavanzi sanitari, sono attivate automaticamente alcune misure per garantire l'ottenimento dell'equilibrio economico di bilancio. Per le regioni sottoposte ai PdR scattano delle maggiorazioni dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF. L'ingresso in commissariamento comporta un inasprimento dei meccanismi sanzionatori attraverso il blocco automatico del *turnover* del personale del SSR e l'innalzamento ulteriore, in via automatica, delle aliquote fiscali IRAP e IRPEF tali da garantire preventivamente le coperture dei disavanzi attesi.

### 12.2.2 Attuazione dei Piani di Rientro

L'attuazione dei PdR incomincia nel 2007, con la sottoscrizione, nell'ordine, dei primi accordi fra lo Stato Centrale e le regioni Lazio, Abruzzo, Liguria, Molise,

<sup>6</sup> L'affiancamento contabile e gestionale affidato sulla base di diverse gare pubbliche, è stato svolto da KPMG Advisory Spa per l'intera durata dei PdR e, per alcuni periodi, da PwC Advisory Spa, EY Spa e l'Università Commerciale Luigi Bocconi.

Campania, Sardegna, Sicilia. Nel 2009, invece, vi è stato l'ingresso della Calabria. Al termine del primo ciclo triennale, Liguria e Sardegna<sup>7</sup> sono uscite dai PdR, mentre sono stati rinnovati i piani per le restanti sei regioni.

La maggior parte delle regioni in PdR sono state commissariate nel corso dei Piani. Lazio, Molise, Campania e Calabria sono in fase di commissariamento da circa un decennio. Le uniche eccezioni sono la Sicilia, che non può essere soggetta al commissariamento visto che è una Regione a Statuto Speciale, e l'Abruzzo, la cui uscita dal commissariamento è stata deliberata nel 2016.

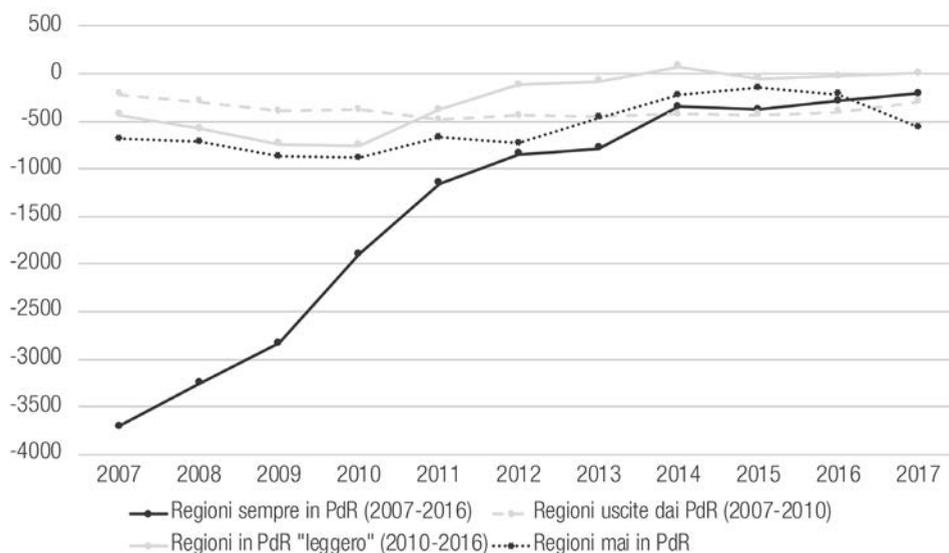
Dopo oltre un decennio dalla stipula dei primi accordi, è possibile verificare se gli obiettivi prefissati dai PdR siano stati raggiunti. In particolare, è possibile compiere una valutazione separata sulle due dimensioni di *policy* oggetto degli interventi, ossia l'efficienza nella gestione delle risorse finanziarie e la qualità delle prestazioni sanitarie, sulla base dei due indicatori di riferimento contenuti nelle norme sui PdR e monitorati durante i processi di verifica: i disavanzi regionali e la griglia LEA.

A partire dal 2007 vi è stato un miglioramento significativo degli equilibri economico-finanziari delle regioni in PdR. In primo luogo, i disavanzi delle Regioni in PdR sono diminuiti in modo significativo, sia in termini assoluti che rispetto alle altre regioni italiane non sottoposte ai Piani. Il risultato di esercizio negativo al netto delle risorse aggiuntive delle regioni attualmente in PdR è diminuito da 3,710 miliardi a 212 milioni fra il 2007 e il 2017. Nello stesso periodo i disavanzi delle altre Regioni sono passati da un totale di 1,343 miliardi a uno di 857 milioni (Figura 12.1).

Nello stesso periodo, vi è stato un miglioramento anche del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto misurato dalla Griglia LEA. Si tratta di un indicatore composito formato da un set di indicatori ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, utilizzato al fine di conoscere e cogliere nell'insieme le diversità ed il disomogeneo livello di erogazione dei livelli di assistenza. In termini assoluti, il punteggio LEA delle regioni in PdR è incrementato: soltanto la Calabria e la Campania presentano un risultato inferiore alla soglia di adempimento, pari a 160 punti, ottenendo rispettivamente un punteggio pari a 136 e 153 punti. In termini relativi, invece, il divario rispetto alle altre regioni italiane non è complessivamente diminuito: la differenza fra il punteggio delle regioni non in PdR e quelle in PdR è rimasta sostanzialmente invariata, passando da 45 a 41 punti (Figura 12.2).

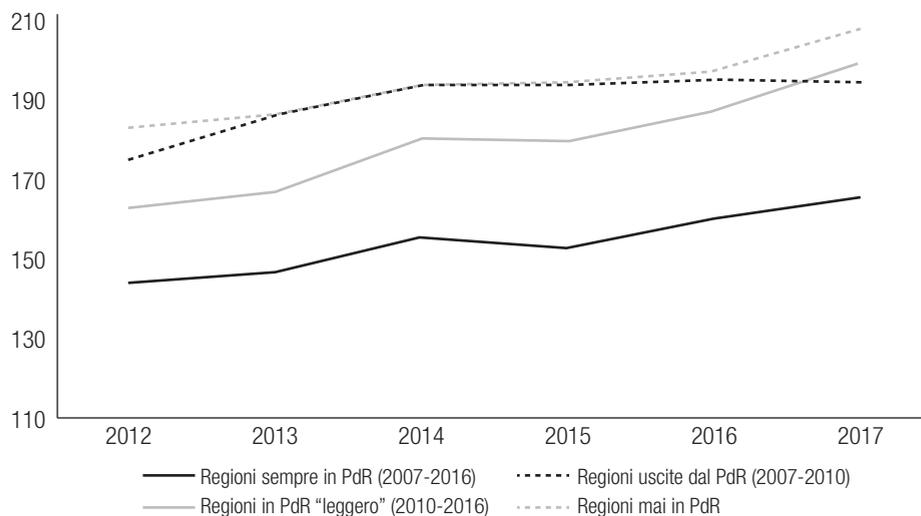
<sup>7</sup> La Liguria è uscita dai PdR grazie alla riduzione del disavanzo sotto la soglia del 5%. La Sardegna invece è uscita dai PdR avvalendosi dello Status di Regione a Statuto Speciale, non per conseguimento di risultati economico-finanziari.

Figura 12.1 **Trend del risultato di esercizio 2007 - 2017 per gruppi di Regioni – valori assoluti in milioni di euro**



Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze (2019), "Il Monitoraggio della Spesa Sanitaria", Rapporto n. 6, Roma.

Figura 12.2 **Trend punteggi medi Griglia LEA 2012-2017 per gruppi di Regioni\***



\* Le Regioni sottoposte alla verifica di tali adempimenti sono quelle ordinarie e la Sicilia (sono escluse la Valle d'Aosta, le due Province Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna dal 2010). Pertanto, per calcolare le medie dei punteggi LEA sono state considerate tutte le Regioni tranne Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Nel gruppo di Regioni uscite dai PdR nel 2010 viene quindi inclusa solo la Liguria e non la Sardegna.

Fonte: Ministero della salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria.

### 12.2.3 La letteratura disponibile sui Piani di Rientro

Si riportano a proposito alcune recenti evidenze relative all'impatto dei PdR sulle performance dei SSR, non solo in termini economico-finanziari, ma anche di qualità delle prestazioni sanitarie.

La letteratura disponibile suggerisce che i PdR abbiano avuto un impatto positivo sul perseguimento dell'equilibrio di bilancio, in particolare in virtù dell'effetto della riduzione dei costi del personale e della dotazione strutturale ospedaliera e dell'aumento dei ricavi connessi alla maggiorazione delle aliquote IRPEF e IRAP (Bordignon *et al.*, 2018 e Bordignon *et al.*, 2019). I risultati sono in linea con quelli ufficiali sulla riduzione dei disavanzi, già mostrati in Figura 12.1.

Per quanto riguarda l'effetto dei Piani sulla qualità delle prestazioni sanitarie, esistono delle evidenze contrastanti, derivanti anche dal fatto che i vari studi utilizzano metodi e oggetti di osservazione diversi. Questi possono essere raccolti in due filoni. Da una parte, i lavori di Aimone Giglio *et al.* (2018) e Depalo (2019) si posizionano negativamente rispetto all'impatto dei PdR sulla qualità dei servizi e gli esiti di salute. I primi osservano l'aumento del divario tra le regioni in PdR e quelle non in PdR misurando la qualità delle cure attraverso gli indicatori di esito (parti cesarei, frattura del femore, IMA, ecc.) e la qualità dei servizi percepita dai pazienti. Depalo (2019) conclude invece che i PdR hanno avuto un impatto negativo negli esiti di salute misurati attraverso un indicatore di mortalità. Arrivano invece alla conclusione opposta i lavori di Bordignon *et al.* (2018) e Aimone (2019). Nel primo lavoro gli autori concludono che la riduzione della spesa e dell'offerta non è stata seguita da variazioni significative dal punto di vista degli esiti di salute (misurati in termini di mortalità e mortalità infantile), oltre che della soddisfazione dei pazienti; il secondo si focalizza sulle ASL localizzate al confine tra regioni in PdR e regioni non in PdR e individua un effetto positivo sugli indicatori di esito selezionati (parti cesarei, intervento per frattura del femore, interventi di PTCA su IMA), sebbene soltanto a partire dal 2010 ed esclusivamente per gli indicatori oggetti di monitoraggio da parte del Ministero della Salute.

## 12.3 Il metodo

La prima parte del capitolo si propone di analizzare l'evoluzione temporale di alcune misure di qualità delle cure osservando eventuali variazioni in termini assoluti e relativi degli indicatori oggetto di analisi.

Per quanto riguarda l'approccio, si è scelto di concentrarsi esclusivamente sulla dimensione della qualità delle cure intesa come esito ed efficacia. In particolare, sono stati selezionati tre indicatori derivanti dal PNE, che saranno descritti nel paragrafo successivo.

Per valutare l'impatto sulla dimensione della qualità delle cure, intesa come esito ed efficacia, l'approccio utilizzato ricalca la tecnica statistica del *difference in differences*, già adottata tra l'altro da altri studi sul tema (Bordignon *et al.*, 2018 e Aimone *et al.*, 2019). Lo studio si fonda quindi sull'analisi dei trend temporali degli indicatori considerati, mettendo a confronto le singole regioni sottoposte a PdR con un gruppo di controllo in una prospettiva temporale, mettendo in relazione l'andamento precedente l'introduzione dei PdR (2005-2007) con quello successivo l'introduzione dei Piani (2008-2016). Le misure relative al gruppo di controllo sono costruite come medie aritmetiche delle regioni che non sono mai state sottoposte a PdR. Dal punto di vista metodologico quindi l'osservazione di una convergenza (divergenza) nell'andamento degli indicatori dei gruppi considerati può essere considerata una *proxy* dell'impatto positivo (negativo) della politica sulle misure di esito.

Le evidenze che derivano dall'osservazione dei trend temporali andrebbero però lette alla luce di alcuni *caveat*, di cui si parlerà in dettaglio nei paragrafi successivi. Hanno sicuramente influito (verosimilmente in senso positivo) sull'andamento temporale delle misure di esito una serie di fattori esogeni, tra i quali possono essere elencati interventi legislativi come il DM 70 (che ha ridefinito gli standard qualitativi e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera) o l'introduzione del PNE a partire dal 2012, che ha inaugurato un importante processo di misurazione e *auditing* clinico e organizzativo per tutte le strutture ospedaliere del SSN. Non bisogna infine sottovalutare l'impatto che cambiamenti tecnologici e di stili di vita possono avere sugli esiti considerati. L'analisi proposta nel paragrafo successivo non controlla formalmente per questi fattori, sebbene questi siano tenuti in considerazione nella fase di discussione e interpretazione delle evidenze.

Il secondo filone di indagine del capitolo si propone di analizzare l'efficacia del sistema di *governance*, con riferimento a cinque elementi: i commissariamenti; il sistema di incentivi; il processo di verifica e monitoraggio; il processo di affiancamento; gli strumenti operativi impiegati. Al proposito sono state adottate tre diverse metodologie di indagine: i) la partecipazione diretta, di alcuni autori, ai PdR in qualità di *advisor* formativo a partire dall'Ottobre 2018<sup>8</sup>; ii) l'analisi della letteratura disponibile sui Piani di Rientro sotto il profilo dell'equilibrio economico-finanziario e degli esiti di salute; iii) analisi *desk* su tre tipi di fonti: a) l'insieme delle norme che disciplinano i PdR; b) gli accordi Stato-Regione e i programmi operativi; c) i verbali delle verifiche trimestrali consultabili; iii) sulla base delle evidenze emerse dalle due indagini iniziali, sono state realizzate delle interviste semi-strutturate a otto *key informant*<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Alcuni autori del capitolo, a partire dal 2018, sono incaricati, insieme a KPMG Advisory Spa, di affiancare le Regioni offrendo servizi di natura contabile, gestionale e formativa.

<sup>9</sup> Gli otto informant sono stati: Renato Botti, Ettore Cinque, Alberto De Negri, Gianni Giorgi, Lucio Labella Danzi, Fulvio Moirano, Donato Scolozzi e Giuseppe Zuccatelli.

## **12.4 I Piani di Rientro e l'efficacia dei servizi sanitari: diverse prospettive di misurazione dei risultati**

### **12.4.1 Gli indicatori selezionati**

Ricorrendo all'archivio SDO, sono stati ricostruiti, attraverso i protocolli messi a disposizione da AGENAS, gli indicatori 6, 42 e 302 del Programma Nazionale Esiti. È stato inoltre costruito un indicatore di mobilità passiva extra-regionale per gli interventi di sostituzione di anca e ginocchio. Il PNE 6 è definito come la proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA) entro 2 giorni dall'ingresso nella struttura. L'indicatore si riferisce quindi alla gestione di una procedura di tipo emergenziale quale l'infarto miocardico acuto, essendo utilizzato in più versioni anche nel monitoraggio delle reti tempo-dipendenti per l'emergenza cardiologica (AGENAS, 2017). Il PNE 42 rappresenta la proporzione di interventi effettuati entro due giorni a seguito della frattura del collo del femore nell'anziano (over 65). Anche esso rappresenta un indicatore che valuta la gestione di una procedura tempo-dipendente di trauma ed è uno degli indicatori che compongono la Griglia LEA nella sua ultima versione, l'unico che tra le misure dell'assistenza ospedaliera si riferisce agli esiti di salute<sup>10</sup>. Infine, il PNE 302 è la proporzione di pazienti con degenza post-operatoria non superiore a tre giorni in seguito a intervento di colecistectomia laparoscopica: esso fornisce una base per la valutazione complessiva della qualità dell'intervento e dell'assistenza, per una procedura solitamente trattata in modo programmato e più raramente in un contesto di emergenza/urgenza. Valori più alti della proporzione di pazienti dimessi entro tre giorni dall'intervento riflettono un miglior funzionamento dell'intero processo assistenziale. L'indicatore di mobilità è invece la proporzione di pazienti residenti in regioni sottoposte a PdR che si sottopongono a sostituzione di anca o ginocchio in altre regioni. Valori elevati di questo indice riflettono quindi una maggiore propensione a scegliere strutture esterne alla regione di residenza per sottoporsi a questo genere di trattamento. Tutti gli indicatori di esito sono inoltre presentati nella forma grezza, ovvero senza l'applicazione dei modelli di aggiustamento dei profili di rischio previsti da AGENAS.

### **12.4.2 Descrizione dei risultati**

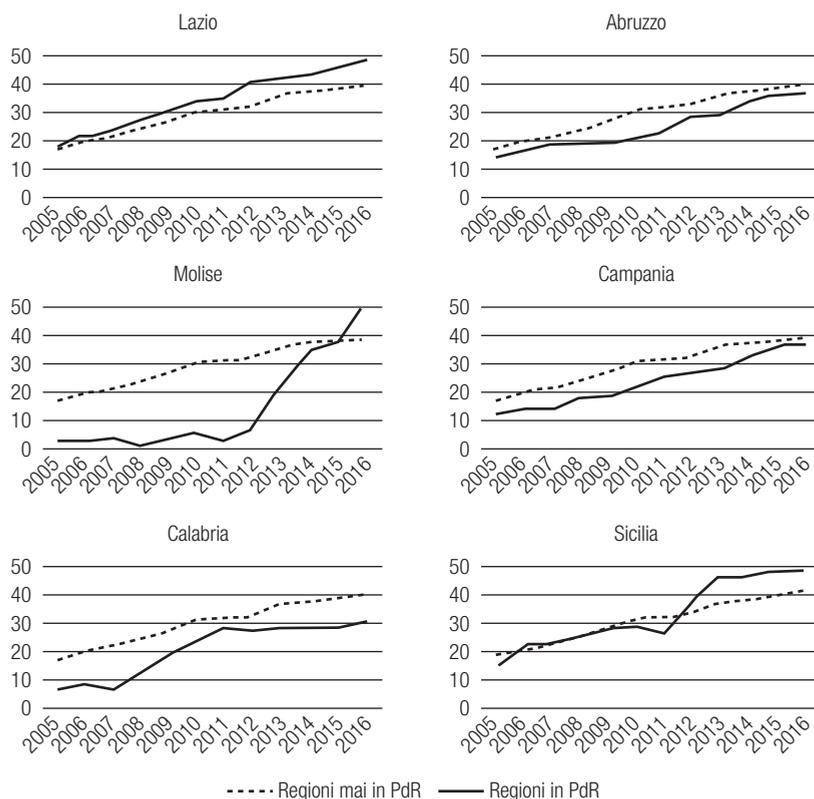
Si riportano di seguito i risultati per gli indicatori PNE 6, PNE 42, PNE 302 e per l'indicatore di mobilità extra-regionale. Per ogni indicatore, vengono pro-

<sup>10</sup> Gli altri indicatori dell'assistenza ospedaliera si riferiscono a tassi di ospedalizzazione e altri indicatori di appropriatezza (DRG ad alto rischio di inapproprietezza, parti eseguiti in strutture di I o II livello, ecc.)

poste analiticamente le evidenze relative alle regioni Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia, ovvero quelle tuttora sottoposte ai PdR.

Il primo indicatore trattato è la proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni dal ricovero (Figura 12.3). Si è assistito negli anni ad un miglioramento generalizzato di questo indicatore, che ha accomunato sia le regioni sottoposte a PdR che il gruppo di controllo. Il percorso è stato però caratterizzato da un'ampia variabilità inter-regionale. Per Lazio e Sicilia si registrano valori in linea con quelli del gruppo di controllo. Per il Lazio si osserva addirittura un miglioramento costante a partire dal 2005, con valori sempre superiori alla media del gruppo di controllo. Per la Sicilia invece i valori migliorano con lo stesso ritmo del gruppo di controllo fino al 2010, mentre si osserva una forte accelerazione a partire dal 2012 (con una breve parentesi negativa nel 2011). Per Abruzzo e Campania si osservano invece valori al di sotto, ma comunque simili, rispetto alla media (la distanza iniziale ammonta rispettivamente a 3 e 5 punti

Figura 12.3 **Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni dal ricovero (2005-2016)**



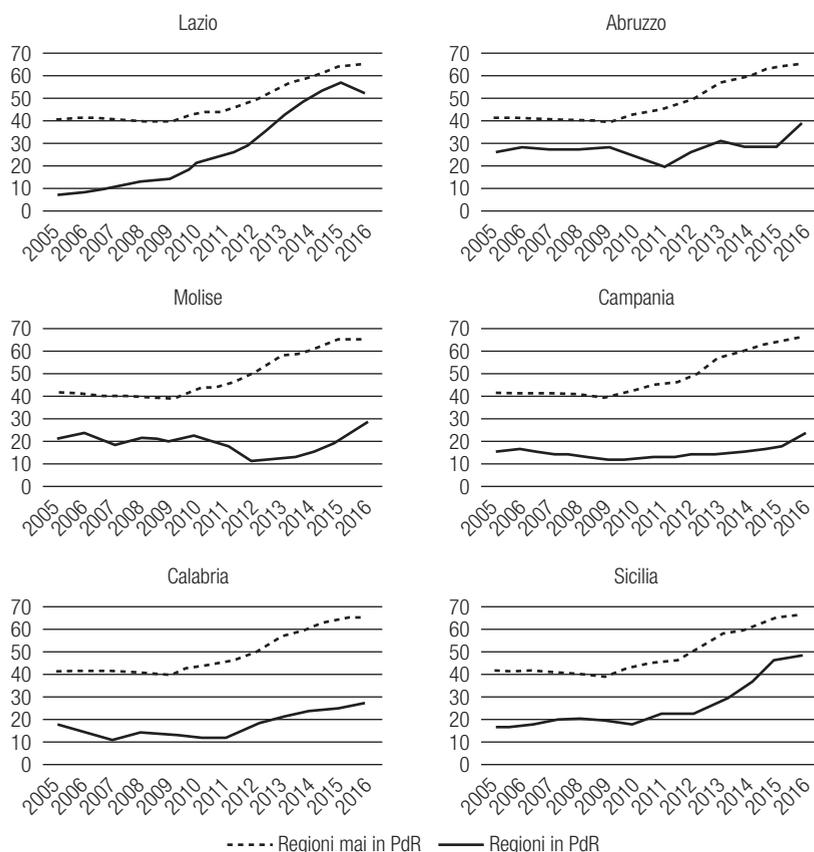
Fonte: elaborazione OASI su dati SDO

percentuali), con un trend che si mantiene in linea con quello del gruppo di controllo (rimane invariata la distanza per l'Abruzzo, mentre si riduce a 2 punti percentuali per la Campania). Un discorso a parte andrebbe fatto per il Molise, che osserva fino al 2012 valori praticamente vicino allo zero, salvo poi registrare un fortissimo miglioramento negli anni successivi e addirittura superare il valore osservato per il gruppo di controllo (si passa da una distanza negativa di 28 punti percentuali nel 2011 a una positiva di 13 nel 2016). Per la Calabria invece, che partiva da valori distanti da quelli del gruppo di controllo nel 2005 (circa 11 punti percentuali), si è assistito a un moderato miglioramento negli anni 2007-2011 (in cui la distanza si è ridotta a 4 punti percentuali), seguito da una fase di stagnazione che ha determinato un progressivo aumento della distanza con la media delle regioni non in PdR (segnando un aumento della distanza fino a 10 punti percentuali).

L'andamento della proporzione di interventi chirurgici eseguiti entro 2 giorni su pazienti anziani (over 65) ricoverati con diagnosi di frattura del collo del femore è descritto nella Figura 12.4. In questo caso l'andamento è caratterizzato da minore variabilità. In linea generale per le regioni in PdR si è assistito a miglioramenti poco significativi, con il risultato che è aumentato il divario con le regioni in PdR. Sono emblematici i casi di Abruzzo, Molise, Campania e Calabria: in tutti e quattro i casi i valori rimangono immutati rispetto a quelli osservati all'inizio dell'intervallo di tempo considerato (in Abruzzo la distanza passa da 16 a 27 punti percentuali; in Molise da 20 a 37 punti; in Campania da 26 a 42 punti; in Calabria da 24 a 29 punti). Casi diversi invece rappresentano il Lazio e la Sicilia. Nel primo caso si è assistito a un netto miglioramento tale per cui il Lazio ha iniziato a convergere verso i valori delle regioni non in PdR a partire dal 2010 (da una distanza di 33 punti percentuali nel 2005 a una di 13 nel 2016). La Sicilia ha invece assistito a un processo di miglioramento in termini assoluti che ha però colmato solo in parte il divario con le altre regioni (da 25 a 17 punti percentuali).

Il terzo indicatore di esito analizzato è la proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore ai 3 giorni (Figura 12.5). Anche in questo caso si osserva un generale miglioramento, con alcune differenze regionali che vale la pena menzionare. La Sicilia riporta valori in linea con le regioni non in PdR in tutto l'intervallo considerato, con l'eccezione del periodo 2009-2014 in cui mostra un rallentamento nel processo di miglioramento (si raggiunge una distanza massima di 12 punti percentuali nel 2014, colmata negli anni successivi). Similmente la Campania è caratterizzata da una proporzione relativamente elevata nel 2005 (superiore di circa 2 punti percentuali alla media delle regioni non in PdR), ma che vede invece aumentare il divario negli anni successivi, a causa di una sostanziale stagnazione in termini assoluti (raggiungendo valori inferiori di 8 punti percentuali rispetto al gruppo di controllo). Il Lazio invece mostra un'evidente convergenza ai valori del

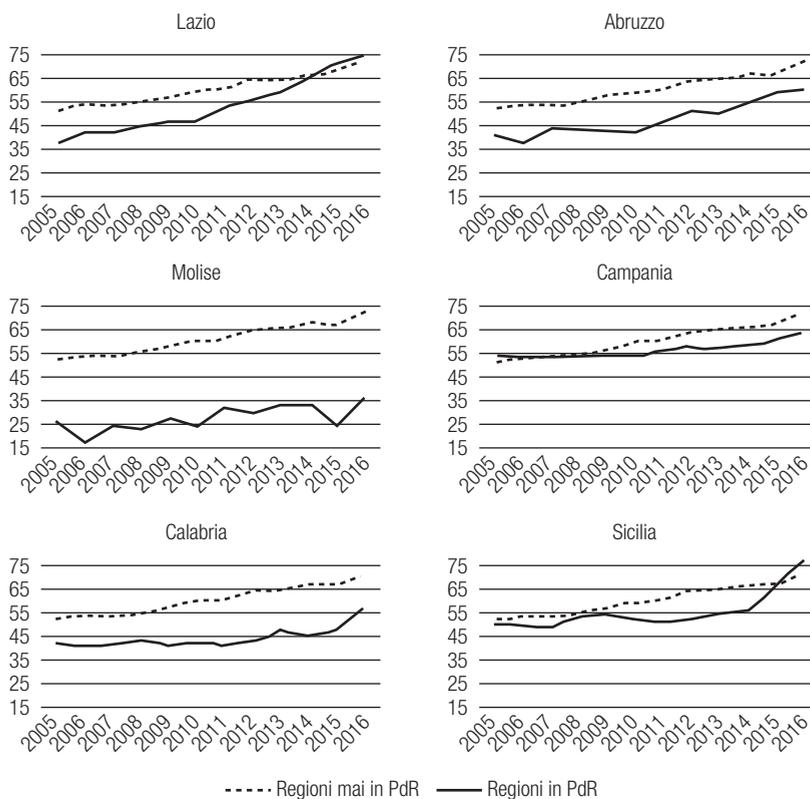
Figura 12.4 **Proporzione di interventi chirurgici a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano entro 2 giorni dal ricovero (2005-2016)**



Fonte: elaborazione OASI su dati SDO

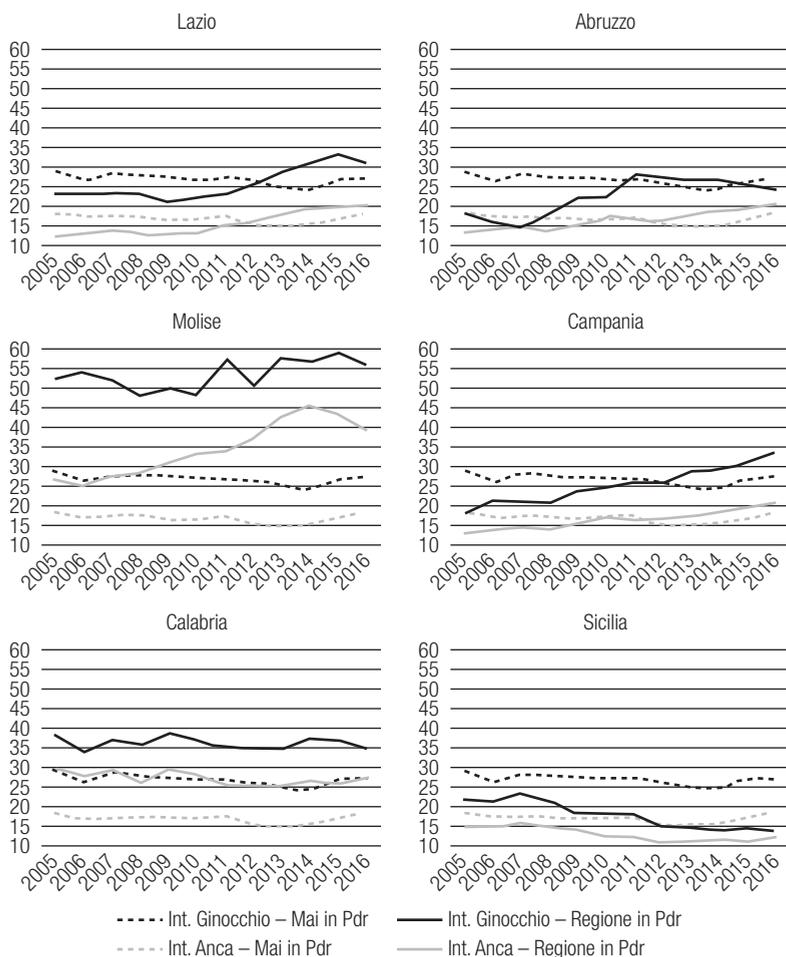
gruppo di regioni non in PdR, partendo da valori inferiori all'inizio dell'intervallo (da una differenza negativa di circa 13 punti percentuali nel 2005 a una positiva di 3 punti nel 2016), che è simile a quello dell'Abruzzo, che invece non registra miglioramenti significativamente superiori a quelli registrati dalle regioni non in PdR, dato che il divario rimane inalterato alla fine dell'intervallo (pari a circa 12 punti percentuali). È simile anche il livello di partenza della Calabria, che non osserva però miglioramenti nel periodo considerato, con l'unica eccezione rilevante nel 2016, con la conseguenza di un divario più ampio con le regioni non in PdR (si allarga da 10 a 16 punti percentuali). È infine critico il caso del Molise, che registra valori estremamente inferiori rispetto al gruppo di controllo e non mostra miglioramenti significativi negli undici anni oggetto di osservazione (il valore è inferiore rispetto a quello medio di circa 28 punti nel 2005 e di 38 punti nel 2016).

Figura 12.5 **Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (2005-2016)**



Fonte: elaborazione OASI su dati SDO

Per quanto riguarda l'analisi della mobilità attiva extra-regionale (Figura 12.6), la scelta dei trattamenti risiede nel fatto che tanto gli interventi di sostituzioni di anca, quanto quelli del ginocchio, rappresentano delle procedure elettive, per cui il paziente può esercitare la libertà di scelta della struttura, e quindi della regione in cui ricevere il trattamento. È lecito quindi attendersi valori generalmente più alti rispetto a procedure per cui è richiesto un trattamento in emergenza/urgenza, con una naturale limitazione della possibilità di scelta della struttura. Questa caratteristica è confermata dall'evidenza, per cui si osservano per esempio valori di gran lunga inferiori per i ricoveri di IMA, la cui percentuale in mobilità è sempre al di sotto del 5% e stabile nel tempo, rispetto agli altri interventi. Non si osservano inoltre differenze significative nella percentuale di ricoveri in mobilità per IMA tra le regioni in PdR e quelle non in PdR (se non per l'unico caso del Molise), mentre sono rilevanti per gli altri due interventi selezionati.

Figura 12.6 **Proporzione di ricoveri in mobilità extra-regionale (2005-2016)**

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO

Si registra per tutte le regioni interessate, con l'eccezione della Sicilia, un aumento dei ricoveri in mobilità per gli interventi considerati, a fronte invece di un trend stabile per le regioni non in PdR, che nel 2016 registrano valori in media non diversi da quelli registrati nel 2005. Il caso più eclatante, sebbene sia necessario trattarlo con i dovuti distinguo data l'esiguo bacino d'utenza di riferimento, è quello del Molise che, oltre a registrare un trend crescente per entrambi gli interventi, registra valori estremamente alti, soprattutto per gli interventi al ginocchio (con un picco del 60% dei ricoveri nel 2015). Si osserva un trend crescente anche per il Lazio, soprattutto a partire dal 2010 e per entrambi gli interventi considerati, che sembrano assumere un andamento parallelo (raggiungendo rispettivamente il 31 e il 20% dei ricoveri). Anche l'Abruzzo

mostra un numero crescente di ricoveri in mobilità, ma con andamenti diversi tra i due interventi: si registra infatti una crescita contenuta, ma continua per gli interventi di sostituzione d'anca (che raggiungono il 20%), mentre per gli interventi sul ginocchio si registra una forte crescita nella prima parte dell'intervallo (2005-2011) e un sostanziale allineamento alla media e all'andamento delle regioni non in PdR nel periodo successivo (passando dal 18% nel 2005 al 25% nel 2016). Risultano stabili invece i ricoveri in mobilità in Calabria, pur mantenendo valori significativamente più elevati rispetto a quelli osservati per le regioni di controllo. In controtendenza, invece, il dato per la Sicilia, che nell'intervallo di tempo considerato ha visto continuamente ridursi la percentuale di ricoveri effettuati in mobilità portandoli a valori inferiori al 15% (al di sotto della media delle regioni non in PdR) per entrambe le casistiche.

### 12.4.3 Discussione dei risultati

Il SSN evidenzia trend di miglioramento in termini assoluti in tutti gli indicatori di qualità fin qui discussi. I PdR, oltre a generare equilibri finanziari, non hanno quindi interrotto le traiettorie di sviluppo qualitativo dei sistemi regionali. La domanda che occorre quindi porsi è se il processo di miglioramento degli esiti sia sufficientemente sostenuto e convergente tra regioni. Le evidenze mostrate, inoltre, rilevano un robusto effetto sineddoche, ovvero le variabili sottoposte a valutazione pubblica nazionale, tendono a registrare standard di miglioramento più sostenuti. A questo proposito, occorre quindi domandarsi se lo spettro delle dimensioni di qualità su cui si è posta l'attenzione è sufficientemente ampia da poter parlare di miglioramenti generalizzati e rilevanti.

Rispetto alla prima domanda dai dati presentati emerge che la convergenza inter-regionale non è del tutto evidente dopo un decennio dall'introduzione dei piani, se non per l'unico caso delle proporzioni di PTCA per IMA, in cui effettivamente si assiste a un'evidente convergenza tra i gruppi regionali, con quelli delle regioni in PdR che vedono, a partire dal 2012, tassi di crescita significativamente maggiori rispetto alle altre regioni. È da tenere presente che la convergenza in questione può essere il frutto di un ritardo dell'introduzione della PTCA per l'IMA nelle regioni in PdR, e in particolare quelle del Sud; l'aver introdotto la tecnologia più tardi ha portato inevitabilmente a una certa convergenza, dato anche un tetto di appropriatezza raggiunto ormai dalle regioni non in PdR. Una tendenza a convergere non si osserva nel caso degli interventi chirurgici in seguito a fratture del collo del femore, per cui nonostante un generale miglioramento osservato negli anni, le differenze sono rimaste pressoché immutate. Differenze di questo tipo non incidono soltanto sulla qualità percepita del servizio sanitario ma soprattutto sull'aspettativa di vita del paziente stesso, dato che le linee guida e gli studi internazionali concordano sul fatto che attese maggiori per l'in-

tervento corrispondono a un maggiore rischio di mortalità o disabilità permanente (AGENAS, 2019). È significativo, inoltre, il fatto che questo indicatore è l'unico tra quelli di esito dell'assistenza ospedaliera ad essere inserito all'interno della Griglia LEA. Una prospettiva convergente si inizia a osservare invece per l'indicatore di esito legato agli interventi di colecistectomia laparoscopica, anche se questo è soprattutto vero in periodi recenti, diversi anni dopo la sottoscrizione dei primi PdR per gran parte delle regioni. Tra l'altro, la degenza post-operatoria superiore alle attese può essere dovuta, oltre a fattori clinici, a importanti differenze regionali di tipo organizzativo e gestionale (se non addirittura culturale), che impattano negativamente sulla performance assistenziale e, indirettamente, anche su quella economico-finanziaria dato che degenze più lunghe sono generalmente associate a maggiori costi variabili.

È inoltre importante discutere dell'eterogeneità che si osserva tra le stesse regioni in PdR, e degli squilibri evidenti a sfavore delle regioni meridionali, tutte sottoposte a PdR con l'eccezione della Basilicata e della Puglia, che ha lasciato il regime nel 2010. È per esempio il caso della Calabria per le proporzioni di PTCA, che ha sostanzialmente visto ampliarsi il divario con tutte le altre regioni. Ancora più grave, il caso degli interventi in seguito a frattura del collo del femore, dove il risultato per le regioni in piano di rientro è largamente influenzato dalle migliori *performance* del Lazio, considerato che tutte le regioni meridionali, con l'eccezione della Sicilia, mantengono valori non distanti da quelli osservati all'inizio dell'intervallo considerato, non mostrando quindi significativi miglioramenti né in termini relativi, né tantomeno in valori assoluti. Lo stesso dicasi per l'indicatore di degenza post-operatoria a seguito di colecistectomia laparoscopica, in particolare per le regioni Molise e Calabria, per cui il ritardo è ancora evidente. L'evidenza portata all'interno di questo capitolo non contribuisce quindi a chiarire in maniera univoca quale sia stato l'impatto dei PdR sulla qualità delle cure misurate attraverso gli esiti ospedalieri. Si osserva, in generale, un miglioramento in termini assoluti delle misure considerate, sebbene questo sia caratterizzato da ritmi diversi tra le regioni interessate dai PdR. Spiccano tra tutti i casi di Calabria, Molise e, sotto alcuni aspetti, Campania, per cui i miglioramenti in termini assoluti e relativi sono generalmente inferiori rispetto alle altre regioni.

Passando alla seconda domanda, l'effetto sineddocoche sulle performance dei sistemi regionali appare rilevante. Nel 2012 è stato inaugurato il Programma Nazionale Esiti, il cui obiettivo principale è quello di innescare processi di miglioramento nella qualità delle cure e dell'assistenza nel SSN. Almeno per gli esiti osservati all'interno di questo lavoro, l'obiettivo sembra essere raggiunto nella quasi totalità dei casi, sia in seguito a processo di effettivo miglioramento, sia anche a una migliore raccolta dei dati e delle informazioni. Nel 2015 è en-

trato in vigore il DM 70<sup>11</sup>, che ha introdotto una profonda revisione del sistema ospedaliero attraverso una maggiore specificazione dei criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza delle cure. Per i fini della nostra analisi, l'atto ha inciso, almeno a livello normativo, su tutti e tre i casi, avendo inserito una soglia di volumi ed esito per gli interventi di colecistectomia laparoscopica (minimo di 100 interventi per struttura complessa con il 70% di interventi con degenza post-operatoria inferiore ai 3 giorni), angioplastica coronarica (minimo di 250 procedure/anno con 60% di PTCA eseguite entro 90 minuti su pazienti con infarto STEMI in fase acuta) e intervento chirurgico su frattura del femore su pazienti di età superiore ai 65 anni (minimo di 75 interventi per struttura complessa con il 60% di interventi eseguiti entro 48 ore). Il limitato intervallo temporale dei dati a disposizione impedisce di fornire una valutazione definitiva dell'intervento normativo, fermo restando che parte dei miglioramenti osservati in termini assoluti possono comunque essere attribuiti allo stesso in linea teorica. Questi due processi regolatori a sostegno della qualità, dimostrano che laddove il SSN riesce a puntare i fari con solidi indicatori quantitativi è possibile attivare, anche rapidamente, processi di miglioramento diffusi, seppur con grande variabilità inter-regionale. La criticità che emerge è se lo spettro di azione di questi sistemi sia sufficientemente ampio o sia concentrato a una parte molto limitata di procedure ospedaliere, trascurando quasi totalmente i processi di presa in carico della cronicità, la prevenzione, la LTC e le funzioni territoriali specialistiche (salute mentale, dipendenze, neuropsichiatria infantile, consultori, ecc.). Questo aspetto viene approfondito nel par. 12.5 e seguenti.

Portano a riflessioni completamente diverse i trend sulla mobilità inter-regionale, in particolare se ci focalizziamo sui ricoveri in mobilità per gli interventi di sostituzione di ginocchio o anca. Qui è bene premettere che la mobilità in uscita può avere origine da diversi fattori, primo tra tutti la prossimità geografica, soprattutto per le piccole regioni, caratterizzate da una maggiore propensione a «perdere» pazienti in favore delle strutture delle grandi regioni confinanti e ad avere bacini di utenza che di solito non permettono il formarsi di strutture che garantiscano una casistica adeguata. È, per esempio, il caso della Liguria, che nonostante presenti *performance* sempre positive per gli indicatori osservati, registra invece percentuali significativamente elevate di ricoveri in mobilità extra-regionale per entrambi gli interventi considerati. In questo caso non può essere sottovalutato il fatto che la Liguria confina con Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana e si trovi a pochi chilometri dalla Lombardia. Lo stesso dicasi per il Molise, per cui l'essere circondata da regioni più grandi quali la Campania, il Lazio, la Puglia e anche l'Abruzzo aumenta sicuramente la propensione a effettuare ricoveri in mobilità. Pur considerando questi *caveat*, è rilevante

<sup>11</sup> Decreto Ministeriale del 2 aprile 2015, n. 70 «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»

osservare che il saldo netto di mobilità delle regioni in PdR ha registrato un peggioramento generalizzato negli ultimi anni, soprattutto per le regioni meridionali, che hanno visto peggiorare i saldi di mobilità negativa verso le regioni del Centro e del Nord Italia (si vedano i già citati lavori di Aimone Giglio *et al.*, 2018 e Fattore *et al.*, 2014). Questo vale sia per il trend generale dei ricoveri, sia lo specifico delle procedure da noi considerate, soprattutto quando sono in elezione. Si assiste addirittura ad un caso in cui vi è un aumento della mobilità passiva con procedure tempo-dipendenti. L'aumento della mobilità passiva può dipendere da fattori di qualità percepita e di *brand* del sistema regionale agli occhi dei propri cittadini o da determinanti di insufficiente *capacity* o di insufficiente produttività della struttura produttiva installata. Le politiche recenti di contrasto alla mobilità inter-regionale hanno privilegiato azioni di *gate-keeping* della domanda e di limitazione dei budget dei produttori fuori regione, più che di sviluppo della capacità di attrazione e produttiva delle regioni che perdono pazienti.

## 12.5 Il sistema di governance dei Piani di Rientro: una prospettiva di management pubblico

Secondo la letteratura disponibile, i PdR hanno avuto un impatto differente sulle due dimensioni di *policy* oggetto degli interventi. Da un lato, l'effetto dei Piani sull'equilibrio economico-finanziario dei SSR è stato positivo. Dall'altro, l'impatto dei Piani sulla qualità delle prestazioni sanitarie è maggiormente incerto: vi è evidenza di un incremento in termini assoluti della qualità dei livelli di assistenza, mentre rimane il dubbio se l'intensità e la convergenza inter-regionale dei medesimi siano stati sufficienti.

L'obiettivo della seconda parte del capitolo è cercare di analizzare le caratteristiche del sistema di *governance* dei PdR e di discutere quali indirizzi e incentivi abbia privilegiato. In particolare si cerca di discutere se l'insieme di principi, regole e procedure che riguardano le interazioni fra gli attori coinvolti nei PdR fossero congeniali al perseguimento simultaneo di entrambi gli obiettivi dei Piani: il rispetto degli equilibri di bilancio e lo sviluppo di servizi e della loro qualità.

In particolare, cinque elementi del sistema di *governance* sono oggetto di indagine: i) i commissariamenti; ii) il sistema di incentivi; iii) il processo di verifica e monitoraggio; iv) il processo di affiancamento; v) gli strumenti impiegati.

Prima di analizzare in dettaglio i cinque elementi individuati del sistema di *governance* è doverosa una premessa. Lo studio cerca di mostrare che agendo sui limiti teorici e attuativi del sistema di *governance* sia possibile migliorare l'efficacia dei Piani di Rientro, e in particolare l'effetto dei PdR sulla qualità delle prestazioni sanitarie potremmo incrementare. Tuttavia, vi sono altre due

principali ragioni che spiegano la maggiore efficacia dei Piani sulla dimensione economico-contabile rispetto a quella sanitaria. In primo luogo, ridurre gli squilibri economico-finanziari è più semplice che migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie. La salute è un outcome multidimensionale, e di conseguenza molto difficile da misurare, le cui politiche ottimali dipendono fortemente dai contesti di adozione. In secondo luogo, la rilevanza all'interno dello Stato, il livello di autonomia, il capitale istituzionale e la stabilità del Ministero delle Finanze, cui è affidato il compito di salvaguardare gli obiettivi di finanza pubblica, sono significativamente superiori rispetto agli altri dicasteri Italiani.

### 12.5.1 I Commissariamenti

Le norme che disciplinano i PdR attribuiscono allo Stato la facoltà di commissariare le regioni nel caso in cui queste risultino gravemente inadempienti rispetto agli obiettivi prefissati. Di conseguenza, si creano due livelli di autonomia differenziata fra le regioni in PdR, a seconda che vengano sottoposte o meno ad un regime di commissariamento. I commissariamenti rappresentano simultaneamente un intervento sostitutivo dello Stato centrale per garantire l'attuazione dei programmi operativi e un meccanismo sanzionatorio per favorire il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario attraverso alcuni automatismi fiscali.

L'esigenza di un intervento sostitutivo dello Stato centrale per l'attuazione dei programmi operativi si fonda sul convincimento che esista una tensione fra la ricerca del consenso politico e il perseguimento di politiche di efficientamento e di sviluppo dei servizi (Giorgi, 2013). E che in alcuni casi si debba ricorrere a figure esterne alla regione, dotate degli incentivi e delle competenze necessarie per il raggiungimento del secondo obiettivo. Per tali ragioni, le disposizioni sui PdR attribuiscono allo Stato la facoltà di nominare un Commissario ad Acta, ed eventualmente dei subcommissari con competenze specifiche, a cui è affidato il compito di adottare le misure previste nei programmi operativi. Allo stesso tempo, la nomina dei Commissari comporta la decadenza del DG dell'assessorato e dei DG, direttori amministrativi e direttori sanitari delle aziende sanitarie. La natura del Commissario è stata oggetto di diversi interventi normativi e di un contrastante dibattito. Per quanto riguarda i meccanismi sanzionatori, il commissariamento ha un impatto diretto sulle componenti di costi e ricavi. Influenza i primi attraverso il blocco automatico del *turnover* del personale SSR. Agisce sui ricavi invece attraverso l'incremento automatico delle aliquote IRAP e IRPEF, rispettivamente di 0,15 e 0,30 punti percentuali, e la sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio.

L'impatto dei meccanismi sanzionatori connessi ai commissariamenti è stato ampiamente mostrato dalla letteratura: il blocco del *turnover* del personale

SSR e l'incremento delle aliquote IRAP e IRPEF hanno rappresentato una parte sostanziale della diminuzione dei disavanzi (Bordignon *et al.*, 2019).

Al contrario, l'attuazione dell'intervento sostitutivo dello Stato si è rivelata molto complessa per due principali ragioni. In primo luogo, è stato molto difficile limitare l'influenza del livello regionale, ossia del Presidente della Regione e del DG dell'assessorato. Per quanto riguarda il Presidente della Regione, il governo centrale ha provato, nel 2011 e nel 2015, a sancire l'incompatibilità fra il ruolo di Presidente e quello di Commissario. La ratio di tali interventi si fonda sul convincimento che la stessa persona che, in qualità di governatore, concorre a generare o comunque non riesce a riequilibrare, in termini economico-finanziario e di livelli di assistenza, il sistema sanitario regionale non sia in grado di adottare efficacemente le misure previste per il risanamento. Tuttavia, tali disposizioni hanno sollevato dubbi di costituzionalità e sono state annullate da una sentenza della Corte Costituzionale e da una legge successiva del governo stesso, rispettivamente nel 2013 e nel 2017<sup>12</sup>. Anche nei periodi in cui era prevista l'incompatibilità fra il ruolo di Presidente della Regione e quello di Commissario, la nomina di figure esterne non è stata in alcuni casi attuata. Ad esempio, fra il 2015 e il 2017, in Campania e Lazio vi è stata una coincidenza fra il ruolo di Presidente della Regione e Commissario nonostante le norme ne prevedessero l'inammissibilità. Per quanto riguarda i vertici degli assessorati, a differenza di quanto previsto, la nomina del Commissario di norma non ha comportato la decadenza automatica del DG dell'assessorato. Di conseguenza, i Commissari non hanno la possibilità di esercitare alcun potere gerarchico diretto sui dipendenti di ruolo della Regione. Ad esempio, in Molise, a seguito della deliberazione di nomina del nuovo Commissario nel dicembre del 2018, non è decaduto il direttore generale dell'assessorato regionale, generando potenzialmente una diarchia conflittuale in materia sanitaria. In secondo luogo, i Commissari e i sub-commissari di natura tecnica, nonostante abbiano un compito molto ampio, non hanno la facoltà di formare un proprio gruppo di lavoro, e quindi di assumere persone con le competenze sanitarie necessarie per l'attuazione delle misure previste dai programmi operativi.

In queste condizioni, i commissariamenti non hanno avuto l'effetto sperato sull'attuazione dei PdR, perché hanno generato spesso una frammentazione della struttura di governo e di gestione delle regioni, invece che un loro consolidamento su un obiettivo puntuale e preciso. L'intervento sostitutivo dello Stato attraverso la nomina di figure esterne non ha sempre inciso sull'adozione delle

<sup>12</sup> Nel 2011, l'articolo 2 del decreto legislativo 149 stabiliva – previo accertamento delle responsabilità da parte della Corte dei conti – lo scioglimento del consiglio regionale e la rimozione del presidente della giunta in caso di dissesto finanziario grave. Nel 2013, a norma fu definita incostituzionale dalla sentenza 219 della Corte costituzionale anche per il danno all'autonomia regionale. Nel 2015, nella legge finanziaria del 2015 fu sancita l'incompatibilità fra il ruolo di Presidente della Regione e quello di Commissario ad Acta. Con la legge di bilancio 2017, è stata data nuovamente la possibilità ai Presidenti di essere nominati Commissari.

misure previste nei Piani: i Commissari ed i subcommissari non sono riusciti spesso ad esercitare un'influenza determinante né sugli assessorati alla salute né sugli attori dei SSR, che hanno continuato ad interagire con il livello regionale (Presidente della Regione e del DG dell'assessorato). I risultati sono stati positivi laddove il Commissario ha saputo o potuto costruire un'alleanza istituzionale con il Presidente o per capacità relazionali personali, oppure perché indirettamente era stata scelta una persona culturalmente vicina al presidente stesso. Negli altri casi, il rapporto fra i vertici regionali e i Commissari esterni è stato frequentemente caratterizzato da conflittualità e divergenze che hanno generato, in alcuni casi, uno stallo nei processi decisionali.

### 12.5.2 Il sistema di incentivi e il processo di verifica e monitoraggio

Lo Stato centrale, attraverso i PdR, stimola le regioni a perseguire la riduzione degli squilibri economico-finanziari e ad aumentare la qualità delle prestazioni sanitarie. I due obiettivi possono essere convergenti solo riuscendo ad attivare un processo di riorganizzazione delle aziende e dei servizi, che necessita fisiologicamente di un lavoro nel medio periodo. In condizioni opposte, in assenza di un processo di riorganizzazione o con un orizzonte esclusivamente di breve periodo, i due obiettivi possono risultare in parte contrastanti, perché si impongono esclusivamente logiche di razionamento degli input e dei servizi.

Il ruolo svolto dallo Stato centrale nei confronti delle regioni nei PdR presenta alcune analogie rispetto a quello realizzato dalle capogruppo nei confronti delle aziende controllate nei gruppi pubblici. Il gruppo pubblico è un insieme di agenzie/aziende/imprese autonome con un unico soggetto economico pubblico di riferimento, la capogruppo, che esercita tre distinte funzioni: i) la funzione regolatoria, che riguarda la definizione della *governance* del settore; ii) la funzione di gestione della proprietà, che consiste nel governo degli asset, controllando che lo stato patrimoniale delle aziende e del gruppo pubblico sia costante o crescente nel tempo, soprattutto attraverso la verifica degli equilibri di bilancio; iii) la funzione di committenza dei servizi, in cui la capogruppo si configura verso le controllate come cliente «terzo pagante» a favore dei propri cittadini, definendo il mix e la quantità dei servizi, imponendo obiettivi e standard di erogazione e negoziando il finanziamento pubblico per gli output e gli outcome prodotti.

La funzione della proprietà e della committenza sono in parte in conflitto perché perseguono obiettivi contrastanti. Da un lato, esercitando la funzione di proprietà si cerca di massimizzare il rendimento economico, finanziario e patrimoniale, spingendo soprattutto sul pedale dell'efficienza. Dall'altro, esercitando la funzione di committenza, si privilegia il perseguimento dei benefici per i cittadini, spostando il focus sulla qualità e l'equità dei servizi, focalizzandosi soprattutto sull'efficacia dei servizi. Di conseguenza, affinché si perseguano in

modo equilibrato le due funzioni parzialmente contrastanti, è necessario che il sistema di *governance* sia bilanciato per il perseguimento efficace dei due obiettivi. Per avere l'equilibrio è necessario distribuire gli obiettivi e le responsabilità delle due funzioni ad unità organizzative distinte, e prevedere sistemi di incentivi, processi di monitoraggio e affiancamento, e strumenti operativi egualmente efficaci.

Il sistema di *governance* dei PdR distribuisce le responsabilità sui diversi obiettivi a unità organizzative distinte, affidando la riduzione degli squilibri economico-finanziari al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) e lo sviluppo del profilo erogativo dei LEA al Ministero della Salute. Il sistema di incentivi e il processo di verifica e monitoraggio dei PdR, sono indirizzati principalmente a favore degli obiettivi di finanza pubblica rispetto a quelli di sviluppo dei servizi.

Come emerso dalle interviste realizzate ai *key informant*, la rilevanza dei diversi incentivi è mutata nel corso dei PdR. Inizialmente, il rischio di essere soggette al commissariamento e il conseguente innalzamento delle aliquote IRAP e IRPEF hanno rappresentato lo stimolo maggiore all'adozione delle misure previste nei Piani. Oggi, invece, l'erogazione della quota premiale del fondo sanitario – ossia del maggior finanziamento – e la natura e l'identità del commissario rappresentano gli incentivi più efficaci dei PdR<sup>13</sup>. In ogni caso, il MEF dispone di strumenti di incentivazione maggiormente rilevanti rispetto a quelli nelle prerogative del Ministero della Salute, soprattutto considerando la definizione del Commissariamento e l'erogazione della quota premiale. Per quanto riguarda il primo aspetto, è su proposta del Ministero dell'Economia e delle Finanze, anche se di concerto con il Ministero della Salute, che il Consiglio dei Ministri commissaria la Regione (art. 2 comma 83, legge 191/2009) innalzando automaticamente le aliquote fiscali. Per quanto riguarda il secondo aspetto, invece, il MEF svolge un ruolo determinante nelle due fasi in cui viene erogato il maggior finanziamento, ossia la sottoscrizione degli accordi Stato-Regione e la verifica degli adempimenti LEA. La sottoscrizione degli accordi è soggetta all'accertamento da parte del Consiglio dei Ministri sull'adeguatezza dei programmi operativi. Tale accertamento avviene su proposta del Ministero dell'Economia e delle Finanze, ancora in concerto con il Ministero della Salute.

<sup>13</sup> Secondo le opinioni raccolte nelle interviste l'entrata in commissariamento e l'innalzamento delle aliquote IRAP e IRPEF hanno avuto un forte costo politico, perché hanno rappresentato un aumento delle imposte e, agli occhi dell'opinione pubblica, certificavano l'incapacità della classe dirigente nella gestione del SSR. Successivamente, l'uscita dal commissariamento ha rappresentato un debole incentivo, perché i disavanzi sanitari e/o i punteggi LEA erano significativamente distanti dalle soglie individuate nelle norme sui PdR. Solo recentemente le regioni stanno avanzando la richiesta di poter uscire dai commissariamenti. Per quanto riguarda l'innalzamento delle aliquote IRAP e IRPEF, dalle interviste emerge che oggi rappresentano una preziosa fonte di finanziamento che la Regione può utilizzare per impieghi diversi rispetto al settore sanitario e che, dopo anni, sono stati «incorporati» dall'opinione pubblica.

La verifica finale degli adempimenti LEA è effettuata dal tavolo di verifica degli adempimenti, che è coordinato dal MEF.

Il processo di verifica e monitoraggio riguarda tre oggetti: i) gli squilibri economico-finanziari; ii) i programmi operativi; iii) gli adempimenti LEA. Tale attività avviene principalmente attraverso due tavoli, il Tavolo di verifica degli adempimenti (Tavolo) e il Comitato permanente per la verifica dei LEA (Comitato), istituiti rispettivamente presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze e presso il Ministero della Salute. Inoltre, su base continua, i due ministeri esprimono pareri sui provvedimenti delle regioni. Anche nel processo di verifica e monitoraggio, il MEF sia per il disegno normativo che per l'attuazione, ha esercitato maggiori prerogative di governo. Nonostante il Patto della Salute del 2005 avesse previsto due tavoli separati, il Tavolo e il Comitato, per le regioni in PdR si riuniscono congiuntamente presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze e vengono coordinati da un suo rappresentante. La verifica e il monitoraggio della riduzione degli squilibri economico-finanziari, ossia l'analisi trimestrale del risultato di gestione, l'analisi annuale dello stato patrimoniale e l'attuazione di eventuali altre disposizioni, rappresenta di fatto l'oggetto predominante della riunione congiunta ed è di competenza del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Per quanto riguarda la valutazione circa l'approvazione e l'attuazione dei programmi operativi, è il MEF che si esprime circa l'adeguatezza dei programmi, anche se la verifica delle singole misure è realizzata in modo congiunto dal Ministero dell'Economia e dal Ministero della Salute. In ultimo, la verifica degli adempimenti LEA è suddivisa, in base alla natura del singolo adempimento, fra il Ministero dell'Economia e delle Finanze e il Ministero della Salute. Tuttavia la verifica finale è realizzata dal Tavolo, che è coordinato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

### 12.5.3 Il processo di affiancamento

La formulazione originaria dei PdR prevedeva differenti interventi di affiancamento, relativi sia agli aspetti economico-finanziari che alla gestione sanitaria. Tali interventi si fondano sul convincimento che l'elaborazione e l'attuazione dei programmi operativi richieda, oltre che la volontà dei vertici regionali, elevate competenze tecnico-specialistiche e che quindi possa essere necessaria un'azione di affiancamento al livello regionale sia sugli aspetti economico-finanziari che sulla gestione sanitaria per attivare processi di *knowledge transfer*.

Originariamente erano previste tre tipologie di interventi di affiancamento. In primo luogo, negli accordi Stato-Regione era prevista l'istituzione, presso gli assessorati alla sanità delle regioni, di un nucleo di affiancamento, composto da rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze e del Ministero della Salute, che doveva fornire un supporto tecnico in relazione ai provvedimenti in materie di carattere economico-finanziario e sanitario. In secondo luogo, era-

no stati individuati interventi consulenziali e formativi per il supporto alla gestione economica e sanitaria: alcune società di consulenza dovevano svolgere un servizio di *advisory* contabile e gestionale<sup>14</sup>; AGENAS aveva il compito di fornire un supporto per l'elaborazione dei programmi operativi, la definizione delle reti cliniche e programmi di intervento-formazione su specifici ambiti, oltre che supportare il Ministero della Salute nel processo di monitoraggio; AIFA doveva fornire un supporto per l'elaborazione dei programmi operativi in ambito farmaceutico. In ultimo, era prevista la costituzione di partenariati, in cui ogni regione in PdR era affiancata da un'altra regione italiana su specifiche tematiche.

Gli interventi di affiancamento hanno riscontrato due principali criticità. In primo luogo, vi sono dei limiti nel disegno dei PdR per cui il nucleo di affiancamento e i partenariati non hanno fornito gli interventi attesi. I nuclei di affiancamento composti dai rappresentanti del MEF e del Ministero della Salute non risultano istituiti presso gli assessorati alla sanità delle diverse regioni<sup>15</sup>. Il contributo inferiore alle attese dello Stato centrale nell'attività di affiancamento può essere dovuto, oltre alla mancata precisa definizione di un ammontare di risorse dedicate, alla difficoltà di esercitare simultaneamente due funzioni distinte, quella di verifica e monitoraggio, da un lato, e di supporto, dall'altro, che dovrebbero essere affidate a strutture organizzative e probabilmente a soggetti istituzionali diversi. Anche i partenariati fra regioni non sono stati attuati. In questo caso, la mancanza di un sistema di incentivi specifico, fra attori che per certi ambiti (ad esempio la mobilità sanitaria) competono all'interno del SSN, ha probabilmente inficiato l'azione di accompagnamento delle regioni virtuose. In secondo luogo, con riferimento alla fase attuativa, vi sono alcuni attori il cui ruolo di supporto si è evoluto nel corso del tempo. In particolare, l'AGENS ha fornito un apporto fortemente eterogeneo nelle diverse regioni, in termini sia quantitativi sia qualitativi. In generale, il fatto che il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario è stato ottenuto in tempi più rapidi e in modo più efficace rispetto al perseguimento della qualità dell'assistenza suggerisce che, nel loro complesso, l'azione di affiancamento connessa agli obiettivi di finanza pubblica è stata maggiormente efficace rispetto agli interventi connessi alla gestione sanitaria.

In un contesto in cui il livello regionale, sottoposto al blocco del *turnover* per lunga parte dei Piani, si trovava già in condizione di criticità in termini di numerosità e competenze attese del personale, sarebbe stato probabilmente necessario un supporto più incisivo per lo sviluppo delle capacità endogene di governo dei servizi sanitari regionali.

<sup>14</sup> Alcuni autori del capitolo, a partire dal 2018, sono incaricati, insieme a una società di revisione, di affiancare le regioni offrendo servizi di natura contabile, gestionale e formativa. Pertanto, non è compiuta alcuna valutazione circa l'operato delle società di revisione.

<sup>15</sup> Come discusso nel paragrafo precedente i pareri che il MEF e il Ministero della Salute forniscono, su base continua, sui provvimenti delle regioni svolgono un ruolo di verifica e monitoraggio piuttosto che di affiancamento.

### 12.5.4 I criteri di verifica e monitoraggio della qualità delle prestazioni sanitarie

Il processo di verifica e monitoraggio richiede l'utilizzo di alcuni strumenti per misurare se l'adozione delle misure previste dai PDR contribuisce al perseguimento dei due obiettivi di *policy*. Per quanto riguarda il perseguimento degli equilibri di bilancio sono analizzati i risultati di esercizio e viene compiuta un'analisi dello stato patrimoniale. In questo caso, gli strumenti sono in grado simultaneamente di svolgere la funzione di verifica, ossia di stabilire se sono stati raggiunti o meno gli obiettivi dei Piani, e di monitoraggio e valutazione, ossia di individuare le azioni compiute e indirizzare l'azione attraverso l'analisi di eventuali miglioramenti o passi falsi. Per quanto riguarda la qualità delle prestazioni sanitarie, gli strumenti di verifica e monitoraggio impiegati sono la verifica degli adempimenti LEA e l'attuazione dei programmi operativi e i pareri sui provvedimenti indicati nei PDR.<sup>16</sup>

La griglia LEA, che costituisce uno degli adempimenti LEA, assume una particolare rilevanza nei PDR perché è lo strumento attraverso cui viene misurata la qualità delle prestazioni sanitarie. Il punteggio della griglia LEA, e in particolare il raggiungimento o meno della soglia di adempienza fissata a 160 punti, disciplina l'uscita delle regioni dai commissariamenti. Inoltre, la griglia è oggetto di valutazione nel corso delle riunioni trimestrali compiute nella riunione congiunta del Tavolo degli adempimenti e del Comitato.

È possibile compiere due analisi distinte sulla griglia LEA. La prima riguarda la robustezza dell'indicatore, ossia la sua capacità di misurare in modo efficace la qualità delle prestazioni sanitarie. La seconda, invece, riguarda l'efficacia della griglia come strumento manageriale nel processo innescato dai PDR.

La griglia LEA presenta tre principali criticità per la misurazione della qualità delle prestazioni sanitarie. In primo luogo, la scelta dell'insieme di indicatori è ricaduta su misure prevalentemente rispondenti a criteri di appropriatezza ed efficienza, mentre vi è un'attenzione minore sul piano dell'efficacia e della qualità dell'assistenza. In secondo luogo, la griglia presenta le tipiche limitazioni degli indicatori compositi (Barclay, Dixon-Woods e Lyratzopoulos, 2019), sia per l'attribuzione dei punteggi in base a classi predefinite che per l'arbitrarietà associata all'individuazione dei pesi. Soprattutto, in virtù del fatto che la gri-

<sup>16</sup> L'azione di verifica e monitoraggio sull'attuazione dei programmi operativi e i pareri preventivi sui provvedimenti indicati nei Piani di Rientro non sono oggetto di analisi, non essendo i documenti pubblici. Sulle modalità e le tempistiche dei pareri da parte dei Ministeri, il documento di Gianni Giorgi (2013) dava evidenza (i) sia dell'indeterminatezza a cui viene spesso sottoposta l'azione commissariale a causa soprattutto dei tempi in cui gli stessi vengono espressi, (ii) sia del fatto che, trattandosi di atti, si perdono di vista i "non-atti", le revisioni/ristrutturazioni di carattere industriale realizzate o meno, i risultati sanitari ottenuti o ottenibili, (iii) sia di una modalità di controllo documentale minuziosa che perde e fa perdere di vista gli obiettivi strategici del Rientro.

glia LEA, diversamente da quanto previsto, non è stata modificata a partire dal 2015, la staticità dell'indicatore comporta un naturale processo di apprendimento, con la conseguenza che il miglioramento del risultato complessivo di alcune regioni potrebbe avvenire «senza che, di fatto, ci sia stata una promozione della qualità e dell'efficacia dell'assistenza sanitaria»<sup>17</sup>. Infatti la staticità della griglia comporta il rischio di un elevato effetto sineddoche, per cui le regioni tendono a concentrare i loro sforzi sulle variabili sottoposte a valutazione pubblica a discapito di altri livelli di assistenza.

Le criticità della griglia LEA sono ampiamente note agli attori dell'SSN e, infatti, a partire dal 2020, dovrebbe essere adottato uno nuovo strumento di misurazione – il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) – che dovrebbe superare l'odierno strumento della griglia LEA in favore di un indicatore non composito e potenzialmente dotato di un più ampio insieme di misure. Secondo il nuovo indicatore, le regioni in PdR presenterebbero livelli di assistenza ancora insufficienti: le sei regioni in PdR risulterebbero tutte inadempienti, mentre secondo la griglia LEA, solo Calabria e Campania presentano livelli di assistenza al di sotto delle soglie di sufficienza. Anche se è impossibile valutare l'evoluzione del livello dei servizi secondo il NSG, essendo l'indicatore stato calcolato in forma sperimentale per il solo 2016, questi dati suggeriscono che i PdR non hanno contribuito a riequilibrare il profilo erogativo dei livelli di assistenza, suggerendo che vi sia stato un elevato effetto sineddoche.

L'applicazione della griglia LEA presenta delle criticità per i due modi in cui viene impiegata contemporaneamente nel processo innescato dai PdR, ossia come criterio per stabilire l'uscita delle regioni dai commissariamenti e come oggetto di valutazione nel corso delle riunioni trimestrali di verifica e monitoraggio. L'utilizzo dello stesso indicatore per due diverse funzioni non è scontata. Infatti, i commissariamenti sono un processo di lungo periodo, in alcune regioni in corso da un decennio, e non risulta rilevante verificare ogni tre mesi se ne sussistano le condizioni di uscita. Al contrario, le misure utilizzate nel processo di valutazione in itinere trimestrale dovrebbero essere in grado di cogliere gli eventuali miglioramenti o passi falsi compiuti fra una verifica e l'altra, e, in virtù di ciò, orientare l'azione e incentivare il comportamento degli attori coinvolti nei processi di sviluppo e implementazione intermedi, indipendentemente dal raggiungimento o meno della soglia di adempienza (Barca, 2009). Si dovrebbe pertanto distinguere tra indicatori strutturali di lungo periodo con cui verificare annualmente le *performance* e da utilizzare quando le regioni richiedono di attivare le procedure previste per l'uscita dal commissariamento, da indicatori di processo intermedi per le verifiche trimestrali, maggiormente efficaci nel registrare i miglioramenti di breve periodo compiuti dagli attori fra una verifica e l'altra.

---

<sup>17</sup> Il commento è accessibile alla pagina web «Mantenimento dell'erogazione dei LEA – Griglia LEA» del Ministero della Salute.

Attualmente, il risultato ufficiale del punteggio LEA richiede circa due anni per essere calcolato centralmente. Sebbene questo aspetto possa essere in parte giustificato dalla complessità nella raccolta, elaborazione e verifica di una grande mole di dati e informazioni, questo comporta che il processo di verifica e monitoraggio avviene di norma sulla base di un quadro rappresentativo di un periodo precedente di circa due anni. In secondo luogo, anche nel caso in cui se fosse possibile calcolare la griglia con cadenza trimestrale, è molto difficile che i risultati sui singoli indicatori attualmente in uso possano variare in modo significativo in un arco temporale di soli tre mesi, soprattutto per alcune tipologie di indicatori, come gli indicatori di esito o quelli relativi alla prevenzione, dove miglioramenti robusti si registrano spesso in un arco temporale medio-lungo.

Il fatto che il punteggio LEA sia calcolato con circa due anni di ritardo rende la griglia un debole strumento per valutare la sussistenza delle condizioni di uscita dal commissariamento o dai PdR: questo vorrebbe dire, in sostanza, prolungare le limitazioni e gli eventuali meccanismi sanzionatori per un periodo di lunghezza non indifferente e successivo al raggiungimento del risultato previsto. Inoltre, il combinato disposto del ritardo nel processo di calcolo e della staticità di alcuni indicatori rende la griglia debole anche come oggetto delle riunioni trimestrali perché non vi è coerenza fra l'azione delle regioni e il processo di valutazione. Di conseguenza, il monitoraggio in itinere sulla griglia LEA non genera processi di apprendimento perché gli eventuali percorsi di miglioramento realizzati nel corso di un trimestre non risultano rilevati.

## 12.6 Conclusioni

I Piani di Rientro sono un insieme di interventi normativi attraverso cui lo Stato centrale interviene, a partire dal 2005, per garantire il conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e la qualità delle prestazioni sanitarie. Secondo la letteratura disponibile, i PdR hanno avuto un impatto differente sulle due dimensioni di *policy* oggetto degli interventi. Da un lato, l'effetto dei Piani sull'equilibrio economico-finanziario dei SSR è stato positivo. Nello stesso periodo il SSN ha anche migliorato la propria *performance* rispetto le dimensioni misurate nelle metriche adottate. Rimane dubbio se la velocità di incremento delle *performance* delle regioni in PdR sia sufficiente, considerando anche che molti gap rispetto alle regioni migliori sono rimasti invariati.

Il capitolo ha sviluppato due filoni di indagine. In primo luogo si è cercato di approfondire la relazione fra i Piani di Rientro e la qualità delle prestazioni sanitarie, analizzando i trend di alcuni indicatori riferiti all'assistenza ospedaliera, con l'obiettivo di osservare se vi siano stati miglioramenti in termini assoluti nella qualità delle cure e se si è assistito a una convergenza fra i risultati delle

regioni in PdR e delle regioni non in PdR. In particolare, sono stati analizzati quattro indicatori: i) la proporzione di infarti miocardici acuti trattati con angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA) entro 2 giorni dall'ingresso nella struttura (PNE 6); ii) la proporzione di interventi effettuati entro due giorni a seguito della frattura del collo del femore nell'anziano (over 65) (PNE 42); iii) la proporzione di pazienti con degenza post-operatoria non superiore a tre giorni in seguito a intervento di colecistectomia laparoscopica (PNE 302); iv) la proporzione di pazienti residenti in regioni sottoposte a PdR che si sottopongono a sostituzione di anca o ginocchio in altre regioni. I risultati mostrano un miglioramento generalizzato nei valori assoluti per gli esiti considerati. Si osserva comunque una convergenza verso i valori osservati per le regioni non in PdR limitatamente agli esiti di IMA e solo a partire dal 2015 per gli interventi di colecistectomia laparoscopica. Rimane un gap importante per gli interventi a seguito di frattura del femore sui pazienti anziani. I gap osservati caratterizzano, in maniera particolarmente significativa, le Regioni Campania e Calabria, dimostrando una forte eterogeneità regionale anche all'interno degli stessi gruppi di regioni. Per quanto riguarda la mobilità per gli interventi di sostituzione di anca e ginocchio, si è osservato un aumento generalizzato che accomuna sia le regioni in PdR che quelle non in PdR, che conferma il trend generale di aumento dell'incidenza dei ricoveri in mobilità passiva delle regioni in PdR sul totale dei ricoveri regionali. Questo è dovuto anche in questo caso alla forte eterogeneità regionale che vede la mobilità per gli stessi interventi crescere in regioni come il Lazio, la Campania e l'Abruzzo, rimanere stabile in Calabria (seppure con valori relativamente elevati) e addirittura diminuire in Sicilia. Questi dati confermano quindi la necessità di approfondire il tema dell'impatto dei PdR su entrambe le dimensioni di *policy* considerate, ma anche di approfondire le specificità regionali, avendo ogni contesto condizioni e risultati diversi nei distinti ambiti di lavoro.

In secondo luogo, sono state analizzate le caratteristiche del sistema di governance, cercando di valutare quali orientamenti esso determini prevalentemente. Sono stati enucleati cinque messaggi principali: i) le condizioni di uscita dai commissariamenti non appaiono chiare mentre quelle di uscita dai Piani non sono mai state disciplinate; ii) i commissariamenti hanno rappresentato prevalentemente un meccanismo sanzionatorio, mentre non si sono rivelati un dispositivo in grado di affidare la gestione sanitaria a figure esterne dotate delle motivazioni e delle prerogative di governo necessarie per l'adozione dei programmi operativi; iii) il sistema di incentivi e il processo di verifica e monitoraggio sono orientati soprattutto al perseguimento dell'equilibrio economico finanziario; iv) l'azione di affiancamento al livello regionale sulla gestione sanitaria è stata inferiore alle attese; v) la griglia LEA, a causa del fatto che il punteggio ufficiale viene calcolato con un periodo di circa due anni e della staticità di alcuni suoi indicatori, non appare uno strumento efficace né per disciplinare

l'uscita della regioni dai commissariamenti né come oggetto del processo di monitoraggio trimestrale.

L'analisi realizzata nel presente capitolo, oltre a ribadire l'apprezzamento per il risultato rilevante di riequilibrio economico-finanziario, ottenuto con meccanismi strutturali di controllo e incentivazione contabile, suggerisce alcune lezioni per migliorare la configurazione attuale dei PdR. Si tratta di aprire una stagione, capace di valorizzare l'enorme lavoro di governo e riorientamento del SSN che è già stato compiuto, investendo nelle dimensioni fino ad ora meno presidiate e preoccupandosi soprattutto di attivare logiche di sviluppo di competenze nelle regioni con meno capitale istituzionale e gestionale a disposizione. In primo luogo, dopo dodici anni dall'inizio della politica, sembra opportuno disciplinare in modo chiaro le condizioni di uscita dai commissariamenti e dai Piani. Per quanto riguarda i commissariamenti, prendendo atto dei limiti di applicazione della configurazione attuale, si potrebbero distinguere diversificate forme di intervento. Nei contesti regionali con gravi carenze è opportuno predisporre commissariamenti con pieni poteri, ovvero con un commissario che dispone delle prerogative di governo sulla struttura dell'assessorato e sulla nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, come è stato recentemente prefigurato con il "decreto Calabria". Per situazioni di minore o circostanziata criticità è possibile immaginare forme di intervento esterno su singoli problemi ("mini-commissariamenti"), probabilmente successive ad un'azione di affiancamento esterno sostanziale. Per quanto riguarda il sistema di incentivi, potrebbe essere opportuno attribuire un potere maggiore al Ministero della Salute nell'erogazione della quota premiale – ad esempio suddividendo il fondo premiale in due parti eguali o prevedendo un'ulteriore quota premiale per investimenti in conto capitale. Per quanto riguarda il processo di monitoraggio e verifica, potrebbe essere utile garantire che, sia nel disegno e nell'attuazione delle norme, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e il Ministero della Salute esercitino prerogative di governo bilanciate, in modo che le Regioni debbano riuscire a dimostrare la capacità di raggiungere il perseguimento dell'equilibrio di bilancio e lo sviluppo dei servizi con uguale intensità. Questo permetterebbe di rafforzare una nuova fase prevalentemente orientata alla riorganizzazione dei servizi regionali, valorizzando il lavoro di risanamento finanziario che è stato realizzato. Sarebbe inoltre auspicabile che l'attività di supporto fosse realizzata da soggetti che non svolgano anche un ruolo di verifica e monitoraggio. A questo proposito potrebbe essere rafforzato il ruolo di AGENAS o di un soggetto istituzionale che svolga un supporto sulla gestione sanitaria. Infine, per favorire processi di apprendimento e realizzare valutazioni in itinere in grado di segnalare i miglioramenti e i passi falsi compiuti fra un periodo e l'altro potrebbero essere integrati indicatori diversi dalla griglia LEA (e dal NSG), ad esempio spostando l'attenzione dagli esiti e le *performance* a delle misure sull'adeguatezza degli assetti organizzativi e del livello di competenze dei livelli regionali ed aziendali.

## Appendice normativa

Riferimento normativo	Articolo	Argomento
Legge 311/2004 (Legge finanziaria 2005)	Art. 1, comma 173	Procedura di rientro dai disavanzi sanitari regionali
	Art. 1, comma 174	Condizioni ed obiettivi dei programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale
	Art. 1, comma 180	Standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale fissato al 7%
Intesa 23 marzo 2005 (Patto della Salute)	Art. 1 e 3	Elenco adempimenti LEA
	Art. 9	Istituzione Comitato permanent per la verifica dell'erogazione dei LEA
	Art. 12	Istituzione tavolo di verifica degli adempimenti
Legge 266/2005 (Legge finanziaria 2006)	Art. 1, comma 277	Stanziamiento di risorse aggiuntive per il ripiano dei disavanzi pregressi
Legge 296/2006 (Legge finanziaria 2007)	Art. 1, comma 796	Istituzione Fondo transitorio 2007 - 2009 per ripianare disavanzi. Condizione necessaria per la ripartizione è la sottoscrizione del PdR
	Art. 1, comma 796, lettera b), lettera c)	Attenuazione del blocco automatico del turnover e del divieto di effettuare spese non obbligatorie in caso di raggiungimento degli obiettivi intermedi
Legge 191/2009 (Legge finanziaria 2010)	Art. 2, comma 76	Nuova procedura PdR (blocco automatico del turnover)
	Art. 2, comma 77	Nuovo standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale fissato al 5%
	Art. 2, commi 78 - 81	Nuova procedura per la valutazione e approvazione dei PdR
	Art. 2, comma 82	Procedura erogazione della quota premiale
	Art. 2, commi 83 - 85	Nuova procedura di commissariamento per Regioni inadempienti
	Art. 2, commi 79-80	Nuova disposizione riguardo a maggiorazioni IRAP e IRPEF
Legge 190/2014 (Legge finanziaria 2015)	Art. 2, commi 88 - 90	Disposizioni per Regioni commissariate
	Art. 1, commi 569 - 573	Nuove disposizioni riguardanti il commissariamento
Legge 232/2016 (Legge finanziaria 2017)	Art. 1, commi 395 - 396	Eliminazione incompatibilità ruolo di Presidente della Regione e commissario ad acta

## Bibliografia

- Aimone, L., Camussi, S., Mancini, A.L. (2019), The effect of financial recovery plans on interregional disparities on health services. *Workshop L'esperienza dei Piani di Rientro dai deficit sanitari: valutazioni e prospettive*. Roma: Banca d'Italia.
- Aimone Gigio, L., Alampi, D., Camussi, S., Ciaccio, G., Guaitini, P., Lozzi, M., Paolicelli, M. (2018), La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle Regioni in Piano di Rientro. *Banca d'Italia Occasional Papers*, (427).
- Barca, F. (2009), *Agenda for a reformed cohesion policy*. Brussels: European Communities.
- Barclay, M., Dixon-Woods, M., Lyratzopoulos, G. (2019), The problem with composite indicators. *BMJ Qual Saf*, 28(4), 338-344.
- Bordignon, M., Coretti, S., Piacenza, M., Turati, G. (2018), Hardening sub-national budget constraints via administrative subordination: the Italian experience of regional Recovery Plans. *Workshop L'esperienza dei Piani di Rientro dai deficit sanitari: analisi e prospettive*. Roma: Banca d'Italia.
- Bordignon, M., Coretti, S., Turati, G. (2019, Agosto 5), *I Piani di Rientro della sanità regionale: quali risultati finora?* Tratto da Osservatorio CPI: <https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studi-e-analisi-i-piani-di-rientro-della-sanita-regionale-quali-risultati-finora>
- Depalo, D. (2019), The side effects on health of a recovery plan in Italy A non-parametric bounding. *Regional Science and Urban Economics*, 103466.
- Fattore, G., Petrarca, G., Torbica, A. (2014), Traveling for care: Inter-regional mobility for aortic valvesubstitution in Italy. *Health Policy*, 117(1), 90-97.
- Giorgi, G. (2013), *Piano di rientro dai disavanzi sanitari e gestione commissariale 2012-2013. Rapporto di gestione*.