

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e il Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2016:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, la mappatura della rete ospedaliera alla luce dei nuovi standard, il governo dell'assistenza farmaceutica, l'implementazione del programma nazionale HTA per dispositivi medici;
- a livello aziendale, discute la trasformazione delle unità operative, confrontando le esperienze dei team multidisciplinari e delle équipes itineranti; si focalizza su percorsi di selezione del *top management* e sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica; descrive i differenti approcci alle cure intermedie a livello internazionale e nazionale e ne analizza i modelli organizzativi, i target di utenti e le formule di servizio; analizza i risultati preliminari della sperimentazione dei CReG; approfondisce le sfide della gestione centralizzata degli acquisti e l'impatto della crisi della finanza pubblica sui sistemi di programmazione e controllo nelle aziende del SSN.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5142-9



9 788823 851429

€ 65,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2016

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management





Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

 Egea



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

Impaginazione: Compos 90, Milano

Copyright © 2016 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2016

ISBN 978-88-238-5142-9

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®

8 Il riordino dei servizi sanitari regionali

di Giovanni Fattore, Attilio Gugiatti e Francesco Longo¹

8.1 Premessa

Negli ultimi due anni le regioni hanno promosso una serie di interventi volti a riordinare in maniera profonda gli assetti istituzionali ed organizzativi dei propri servizi sanitari e socio-sanitari². In alcuni contesti il legislatore regionale è intervenuto con una sommatoria di decisioni parziali, che nel complesso configurano il consolidamento di una nuova impostazione istituzionale di fondo (Emilia Romagna), in alcuni casi sospinte prevalentemente da esigenze di recupero di efficienza ed economicità del proprio sistema (Lazio), in altre, apparentemente più tattiche, per riconfigurare aspetti parziali della *governance* centrale del sistema (Liguria). In altri contesti gli interventi sono stati formalizzati attraverso processi di riforma più espliciti ed organici (Lombardia, Sardegna, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Toscana). In entrambe le modalità di riforma, per micro aggiustamenti successivi o con nuove norme complessive di sistema, stiamo assistendo ad un vero e proprio ripensamento sostanziale dei modelli istituzionali ed organizzativi regionali, in assenza di un disegno riformatore nazionale.

Diverse possono essere le motivazioni di fondo all'origine di queste riforme istituzionali regionali che talvolta vengono dichiarate, mentre in altre rimangono più implicite, oppure narrate in modo funzionale al discorso politico senza discuterne le reali implicazioni e finalità. Tra le argomentazioni possibili si propongono, talvolta singolarmente, altre in combinazione, le seguenti motivazioni:

¹ Nell'ambito di un comune lavoro di ricerca, i §§ 8.1, 8.2, 8.3 e 8.4 sono da attribuirsi ad Attilio Gugiatti, i §§ 8.5 e 8.6 a Francesco Longo e i §§ 8.7 e 8.8 a Giovanni Fattore.

² Su questi aspetti si rimanda al capitolo 3 del presente rapporto, nonché alle indicazioni contenute nel capitolo 7 del rapporto OASI 2015 dedicato a «*I processi di fusione aziendale nel SSN: evidenze per il management e i policy maker*».

- ▶ generare economie di scala, grazie ad aziende sanitarie di maggiori dimensioni;
- ▶ semplificare la «catena di comando», riducendo conseguentemente i costi di direzione, talvolta confusi con i costi della rappresentanza politico-istituzionale;
- ▶ generare dei livelli intermedi di cooperazione obbligatoria tra aziende pubbliche;
- ▶ rafforzare il ruolo, le funzioni e le competenze della capogruppo, sostenendola con agenzie regionali;
- ▶ reintegrare le strutture ospedaliere con quelle territoriali, superando la diarchia tra azienda di produzione e azienda di committenza, o la separazione azienda territoriale e azienda ospedaliera³;
- ▶ riorientare i propri servizi rispetto alle oramai consolidate tendenze della domanda (invecchiamento della popolazione, cronicità) che hanno spinto i legislatori ad interventi volti a potenziare l'assistenza primaria e la continuità assistenziale, ricercando forme innovative di organizzazione dell'offerta.

Scopo di questo capitolo è quello di:

- a. offrire un inquadramento di tipo sinottico dei processi di riforma conclusi o ancora in itinere, ma in fase avanzata, posti in essere in alcune realtà regionali italiane cercando di delineare i tratti comuni dei percorsi intrapresi, nonché le specificità locali sulla base di alcune grandi aree di riflessione: gli assetti istituzionali aziendali e regionali, le caratteristiche del processo decisionale e attuativo del cambiamento, l'esplicitazione delle divergenze e delle convergenze fra i diversi modelli regionali;
- b. interpretare le finalità delle riforme e il rationale di sistema che si propone nei singoli contesti regionali, distinguendo tra obiettivi dichiarati e quelli emergenti o intenzionali.

Le regioni sono state selezionate in funzione del grado di profondità del processo di riordino degli ultimi due anni.

³ Su questo aspetto si rimanda, per esempio, alle relazioni presentate nella III Commissione del Consiglio Regionale del FVG in sede di discussione e approvazione della LR 17/2014 in cui si sottolinea «il parziale fallimento dell'attuale assetto basato sulla separazione tra Aziende Ospedaliere e Aziende territoriali che ha generato frammentazioni e disomogeneità» (Gregoris), «la scelta di creare un'unica azienda ospedaliera territoriale nasce per favorire l'armonizzazione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale e renderlo omogeneo su tutto il territorio regionale» (Pustetto), «a fronte del fallito (e abbandonato via via da tutti) sistema della distinzione tra erogatore e committente (...) l'esperienza ci indica la strada della cooperazione stretta tra tutti e dell'integrazione massima del sistema sociosanitario» (Rotelli). Le relazioni e tutti gli atti della Commissione sono disponibili sul sito del Consiglio Regionale friulano.

Box. 8.1 **Quadro delle regioni oggetto di analisi**

LEGGE REGIONALE	FVG.	SAR	TOS	LOM	LIG	LAZ	VEN	ER
	17 DEL 16/10/2014	23 DEL 17/11/2014, 36 DEL 28/12/2015 E DDL 321	84 DEL 28/12/2015	23 DELL'11/9/2015	DDL GR 2016	17 DEL 31.12.2015	DDL 23/2015	22 DEL 21/11/2013
MODIFICHE ASSESSORATO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
RIDUZIONE N. ASL	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
RIDUZIONE N. AO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
AZIENDA URG/EMER.	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
AGENZIA REGIONALE	NO	ABOLITA	SI	SI	ALISA	NO	AZ. ZERO	SI
AGENZIA ACQUISTI	SI	NO	SI	SI	ALISA	NO	AZ. ZERO	SI

8.2 Gli assetti istituzionali delle aziende sanitarie

Il primo livello di analisi riguarda gli interventi sugli assetti istituzionali delle aziende sanitarie in relazione alla loro numerosità e alle loro caratteristiche. Da questo punto di vista, le innovazioni sono numerose e spesso sostanziali, soprattutto orientate a ridefinire la missione delle singole categorie di aziende.

In **Friuli Venezia Giulia** a partire dal 1 gennaio 2015 le aziende per i servizi sanitari sono ridenominate Aziende per l'assistenza sanitaria e il loro numero si riduce a 5. Le due principali Aziende Ospedaliero-Universitarie (Ospedali Riuniti di Trieste e Santa Maria della Misericordia di Udine) sono state inserite in un processo di re-integrazione istituzionale con le loro aziende territoriali di riferimento, in deroga al dettato normativo del 502/92, che prevede l'autonomia per le aziende universitarie, sfruttando per questa finalità lo status di regione a statuto speciale. In prospettiva rimangono quindi solo 2 IRCCS autonomi (Busto Garolfo di Trieste e Centro di riferimento Oncologico di Aviano), di ridotte dimensioni e con un focus della missione molto specifico e ben delimitato, rispettivamente pediatria e oncologia (cfr. art. 3 e 5 LR. N.17 del 16 ottobre 2014). Specificatamente l'IRCCS oncologico di Aviano è chiamato a contribuire in modo rilevante ad alimentare la rete oncologica regionale. Per quanto riguarda l'assetto organizzativo dell'assistenza ospedaliera la rete delle strutture è riclassificata secondo 4 tipologie di presidi (art. 27-31 LR 17/2014);

- ▶ presidi di base «spoke»;
- ▶ presidi ospedalieri «hub» di primo livello;
- ▶ presidi ospedalieri «hub» di secondo livello;
- ▶ presidi ospedalieri specializzati.

In **Sardegna** la Legge Regionale n. 36 del 28 dicembre 2015 impegna la Giunta Regionale ad istituire l'Azienda sanitaria unica regionale⁴ (ASUR) a decorrere dal 1° luglio 2016 che si affianca all'azienda ospedaliera G. Brotzu di Cagliari, alle 2 aziende ospedaliere universitarie di Cagliari e Sassari e all'AREUS (Azienda regionale per l'emergenza e urgenza sarda). In precedenza importanti interventi sono stati previsti dalla Legge Regionale 23 del 2014 con la previsione delle Case della Salute (art. 7) «struttura che accoglie in un unico spazio l'offerta extra-ospedaliera del servizio sanitario» e gli Ospedali di Comunità (OsCo) quali presidi di raccordo funzionale tra ospedali per acuti e i servizi territoriali (art. 8)⁵. La stessa legge regionale stabiliva l'incorporazione nell'azienda ospedaliero-universitaria di Sassari e in quella ospedaliera Brotzu di Cagliari di 3 presidi ospedalieri prima appartenenti alle ASL di Sassari e Cagliari (art. 9).

In **Toscana** la Legge Regionale n. 84 del 28 dicembre 2015 ha accorpato le preesistenti 12 Aziende USL in 3 nuove Aziende di area vasta:

- ▶ Azienda USL Toscana Centro;
- ▶ Azienda USL Toscana Nord-Ovest;
- ▶ Azienda USL Toscana Sud-Est.

A queste aziende USL si affiancano le 3 Aziende Universitarie A.O. Careggi, A.O. Pisana e A.O. Senese, mentre l'ospedale pediatrico A.O. Meyer ha funzioni di riferimento per tutta la regione. L'iniziale tentativo di fondere le aziende ospedaliere con le ASL, per ridurre il quadro delle aziende a sole 3 (più il Meyer) è stato reso impraticabile dal rispetto del dettato del 502/92 che prevede l'autonomia istituzionale per le aziende universitarie, non derogabile da una regione a statuto ordinario. Per vicariare questa impossibilità, per ognuna delle tre aree vaste è stata istituita anche una agenzia di programmazione e coordinamento con la funzione di garantire e promuovere l'integrazione tra ASL e azienda ospedaliera. I tre direttori generali delle aree vaste di programmazione, insieme al direttore generale dell'assessorato, costituiscono la cabina di regia del sistema regionale.

In **Regione Lombardia** la LR n.23 ha profondamente modificato gli assetti istituzionali ed organizzativi del servizio sanitario regionale con la creazione di nuove strutture:

⁴ Nella relazione accompagnatoria della Giunta Regionale al ddl 321 attualmente in fase di discussione relativo all'istituzione dell'ASUR e alla riorganizzazione del SSR, si sottolineano le carenze dell'esistente governance unitaria del sistema con riferimento alle funzioni di committenza, di governo della domanda, di collaborazione/cooperazione tra aziende, di indirizzo e controllo della Regione. Con la creazione dell'ASUR si esplicita la scelta di rafforzare le funzioni di committenza e gestione e valutazione dell'appropriatezza, nonché quelle di programmazione aziendale, gestione e controllo mantenute nell'ambito unitario dell'azienda unica. Si veda il sito del Consiglio Regionale della Sardegna.

⁵ Per le modalità organizzative relative agli Ospedali di Comunità si rimanda al punto 10.1 dell'Allegato A del DM del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015.

- ▶ 8 Agenzie di Tutela della Salute ATS come trasformazione delle precedenti ASL⁶ che attuano la programmazione regionale sul territorio di competenza;
- ▶ 25 Aziende Sociosanitarie territoriali ASST articolate in due settori aziendali (rete territoriale e polo ospedaliero) dedicati rispettivamente alle prestazioni distrettuali (attraverso i presidi ospedalieri territoriali POT e i presidi socio-sanitari territoriali PreSST) e al trattamento del paziente in fase acuta e sede dell'offerta sanitaria specialistica⁷ che superano la tradizionale suddivisione istituzionale lombarda tra azienda ospedaliera e azienda territoriale. È importante specificare che nel processo di re-integrazione lombarda sono stati i servizi territoriali a essere stati re-integrati nelle pre-esistenti aziende ospedaliere, dando in questo modo origine alle ASST;
- ▶ la fusione dell'ospedale San Paolo con l'Ospedale San Carlo, la fusione dell'Ospedale Sacco con l'Ospedale FBF e il presidio ospedaliero Buzzi (specializzato nell'area materno-infantile);

Per quanto riguarda la **Regione Emilia Romagna** si sono susseguite una serie di decisioni, in parte regionali, in parte promosse dalle singole aziende, in parte concertate tra il livello regionale e quello locale, che lentamente ma progressivamente stanno trasformando l'architettura del sistema istituzionale. L'ultimo intervento sugli assetti istituzionali delle aziende sanitarie è stato la costituzione, a partire dal 1° gennaio 2014, dell'Azienda Unità Sanitaria della Romagna come accorpamento delle AUSL di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini (con 1,2 milioni di abitanti, 12.000 dipendenti e 2,2 mld di bilancio annuo, senza un'azienda ospedaliera presente sullo stesso territorio e senza una significativa presenza di produttori privati accreditati), mentre l'istituzione dell'USL di Bologna con l'accorpamento delle 3 precedenti aziende datava dal 2003 con la LR 21 (800.000 abitanti). Il Presidio ospedaliero di Baggiovara dell'AUSL di Modena viene sperimentalmente aggregato al Policlinico di Modena, per far nascere un'unica azienda integrata, superando la tradizionale frattura esistente in quel territorio. L'azienda USL di Reggio Emilia ha avviato un profondo lavoro di coordinamento e integrazione con l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia che fa intravedere la possibilità di una prossima re-integrazione istituzionale. Analogo è il processo in corso tra l'Azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, la cui natura accademica impedisce però una formale re-inte-

⁶ Secondo l'art.6 della LR 23/2015 alle ATS sono in particolare attribuite le seguenti funzioni:

- negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate;
- governo del percorso della presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi;
- governo dell'assistenza primaria;
- l'attività di prevenzione, igiene e veterinaria;
- monitoraggio della spesa farmaceutica;
- vigilanza e controllo sulle strutture sanitarie.

⁷ Alle ASST si affiancano nell'erogazione dei servizi 4 IRCCS pubblici, Istituto Nazionale dei Tumori, Ospedale Policlinico di Milano, Istituto Neurologico Besta e Policlinico San Matteo di Pavia.

grazione istituzionale, in assenza di un cambio legislativo nazionale, per cui si intravede, nel breve periodo, un processo di consolidamento di logiche e strumenti di coordinamento inter-aziendali.

L'iter legislativo della riforma sanitaria **veneta** è ancora in corso. Il disegno di legge 23 del 2015 è stato oggetto, infatti, di un ampio dibattito che ha portato a numerose modifiche rispetto al testo originario. Secondo l'ultima versione della riforma approvata dalla V Commissione nelle sedute del 24, 26 e 31 maggio 2016, è prevista la costituzione di 9 Aziende ULSS⁸ con la soppressione di 13 aziende precedenti, mentre sono confermate l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'Istituto Oncologico Veneto. L'innovazione istituzionale più profonda è l'istituzione dell'«Azienda zero», che avrà compiti articolati e complessi di (a) accentramento di tutte le funzioni amministrative delle aziende sanitarie pubbliche; (b) selezione delle innovazioni tecnologiche e disegno dei PDTA di riferimento regionali; (c) supporto alla pianificazione e programmazione di sistema; (d) gestione delle funzioni sanitarie accentrate (GSA).

La Regione **Lazio**, all'interno del suo profondo percorso di risanamento economico-finanziario, è intervenuta soprattutto sulla modifica degli assetti istituzionali nell'area metropolitana di Roma. La Legge di Stabilità 2016 (LR 17 del 31.12.2015) ridisegna le Asl, che passano da 12 a 10 nel 2016, per arrivare a 8 dal luglio 2017, nel rispetto di quanto previsto dal Documento di Economia e Finanza Regionale⁹. Le ASL capitoline sono passate da 5 a 3 con la fusione di ASL (Roma A e E in Roma 1 e Roma B e C in Roma 2), generando due aziende sanitarie metropolitane di rilevanti dimensioni e rinominando la ASL Roma D in ASL Roma 3. Nella ASL Roma 1, inoltre, è stato re-integrato l'ospedale San Filippo Neri. L'ISMET (istituto odontoiatrico e maxillo-facciale) è stato integrato nel Policlinico Umberto I.

La Regione **Liguria** non ha formalmente modificato confini e missioni delle aziende anche se sta riflettendo sulle possibili ipotesi di riduzione delle ASL (da 5 a 3 o 1). Ha invece modificato significativamente l'assetto istituzionale centrale, di cui riferiamo al paragrafo successivo.

Box 8.2 Interventi su numerosità aziende sanitarie

INTERVENTI SU NUMERO	FVG.	SAR	TOS	LOM	LIG	LAZ	VEN	ER
AZ.SANITARIE	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Az. OSPEDALIERE	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO

⁸ Le nuove aziende ULSS previste sono denominate 1 Dolomiti, ULSS 7, 8 Berica, 2 Marca Trevigiana, 4 Veneto Orientale, 6 Euganea, 3 Serenissima, 5 Polesana e 9 Scaligera.

⁹ Dal luglio 2017 ci saranno 2 ASL per il territorio di Roma Capitale e 2 ASL RM3 e RM4 per il restante territorio della Città Metropolitana di Roma Capitale.

8.3 Gli assetti istituzionali regionali

Per quanto riguarda gli assetti istituzionali delle regioni, i legislatori hanno teso nella loro generalità a rafforzare gli elementi di programmazione dei sistemi con una diffusa tendenza a rafforzare le tecnostrutture centrali, in alcuni casi viste più come emanazioni dirette della capogruppo, in altri come emanazione delle reti tra aziende, in altri come livello intermedio tra regione e aziende.

In **FVG** dal 2015 è stato istituito l'Ente per la gestione accentata dei servizi condivisi (EGAS), dotato di personalità giuridica pubblica, con funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi, nonché funzioni accentrate di supporto tecnico, amministrativo e gestionale per conto degli altri enti sanitari (art. 7 LR 17/2014). EGAS ha la stessa struttura istituzionale di una qualsiasi azienda sanitaria: direttore generale, sanitario e amministrativo anche se ad oggi non è stata ancora classificata da ISTAT come azienda sanitaria. In aggiunta esiste un comitato di indirizzo composto dai direttori generali delle aziende del sistema e dal direttore dell'assessorato.

In **Sardegna** la Legge Regionale n. 23 del 17 novembre 2014 recante «norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n.10 del 2006 e n.21 del 2012» prevede l'abolizione dell'Azienda regionale della sanità le cui competenze in materia di programmazione sanitaria, verifica della qualità, di assistenza tecnica alle aziende sanitarie sono attribuite alla Direzione Generale della sanità (art.3). La stessa Legge Regionale sarda istituisce l'Azienda regionale dell'emergenza ed urgenza della Sardegna (AREUS) (art. 4).

La riforma sanitaria **toscana** enfatizza il ruolo della programmazione di area vasta inserendo anche la figura del direttore per la programmazione di area vasta, nominato dal Presidente della Regione, che opera sulla base delle direttive impartite dalla Giunta regionale al fine di garantire l'attuazione della programmazione strategica regionale (artt. 9, 9bis, 9ter della Legge 40/2005 nella nuova formulazione), nonché creando il Comitato regionale di coordinamento delle programmazioni di area vasta e i dipartimenti interaziendali di area vasta (artt. 9 quater e quinquies). Viene istituita la Commissione regionale di valutazione delle tecnologie e degli investimenti sanitari (nuovo art.10 commi 4 quinquies, sexies e septies). La legge regionale 26 del 23 maggio 2014 aveva in precedenza istituito un unico Ente di supporto tecnico-amministrativo regionale ESTAR con competenze nell'ambito degli approvvigionamenti, della logistica, delle tecnologie e nella gestione del personale del sistema sanitario regionale.

La maggiore novità della riforma sanitaria **lombarda** del 2015 è il nuovo art. 27 ter del Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità LR 33 del 30 dicembre 2009 che prevede la creazione di un unico assessorato alla salute e politiche sociali (welfare) che riassume le deleghe precedenti dei due assessorati alla salute e alla famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità al quale

si affiancano numerose altre nuove strutture di supporto, oltre alla conferma dell'Agenzia regionale dell'emergenza urgenza AREU (nuovo art. 16 del Testo Unico):

- ▶ Lombardia infrastrutture (stazione appaltante per investimenti);
- ▶ ARCA (Centrale acquisti);
- ▶ EUPOLIS (formazione e ricerca);
- ▶ LISPA (Lombardia Informatica spa);
- ▶ Fondazione regionale per la ricerca biomedica (FRRB);
- ▶ l'Osservatorio sul sistema socio-sanitario lombardo (nuovo art. 5, comma 14);
- ▶ l'Osservatorio epidemiologico regionale (nuovo art. 5 bis);
- ▶ l'Agenzia di Controllo del sistema sociosanitario lombardo (nuovo art. 11)
- ▶ l'Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo (nuovo art.14).

La riforma **veneta** dal punto di vista degli assetti istituzionali della regione prevede un profondo cambiamento con l'istituzione di unico ente denominato Azienda Zero al quale sono assegnate funzioni di programmazione, coordinamento e governance del servizio sanitario regionale. Secondo il testo approvato in Commissione, l'Azienda Zero è un ente del SSR, sottoposto alla vigilanza e al controllo della Giunta Regionale che ne determina ogni anno gli indirizzi, dotato di un proprio atto aziendale e di un regolamento. Le sue funzioni sono elencate nell'articolo 2 del progetto di riforma e ne fanno sostanzialmente un organo di supporto alla programmazione regionale e di gestione di attività tecnico-specialistiche per il sistema e per gli enti del SSR (acquisti centralizzati, procedure di selezione e formazione del personale, infrastrutture informatiche, logistica, servizi tecnici, selezione delle innovazioni e disegno dei PDTA di riferimento)¹⁰. La versione originaria del ddl 23 andava invece verso la creazio-

¹⁰ Secondo il comma 3 dell'articolo 2 del ddl approvato in Commissione spettano in particolare all'Azienda Zero:

- a) le funzioni e le responsabilità della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) previste dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, secondo le direttive impartite dalla Giunta regionale;
- b) la gestione dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 confluiti negli appositi conti di tesoreria intestati alla sanità;
- c) la tenuta delle scritture della GSA di cui all'articolo 22 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 «Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42.»;
- d) la redazione del bilancio preventivo e consuntivo della GSA e dei relativi allegati, sui quali l'Area Sanità e Sociale di cui all'articolo 11 appone il visto di congruità;
- e) la redazione del bilancio consolidato preventivo e consuntivo del SSR e dei relativi allegati, sui quali l'Area Sanità e Sociale di cui all'articolo 11 appone il visto di congruità;
- f) gli indirizzi in materia contabile delle Aziende ULSS e degli altri enti del SSR;

ne di un ente con funzioni di programmazione e coordinamento e governance da parte dell'Azienda Zero su tutte le aziende e gli enti del SSR con anche la formulazione degli obiettivi per i direttori generali, la redazione dei bilanci delle aziende, ecc. con una sostanziale soppressione dell'Area sanità e sociale regionale¹¹. Su questi aspetti il dibattito in sede politica è stato molto acceso. L'orientamento originario era quello di creare un ente che si sostituisse all'assessorato competente e diventasse l'effettivo luogo della programmazione sanitaria regionale: la versione attuale prevede un bilanciamento tra la funzione di indirizzo e controllo politico e quella di tecnostruttura di elaborazione e di successiva gestione delle decisioni assunte. Essa, nei fatti, ripositiona il ruolo dell'assessorato a compiti di prevalente indirizzo e controllo politico, diventando, nei fatti, una strutturata azienda capo-gruppo, separando istituzionalmente l'attività di indirizzo da quella amministrativa centrale. Sarà formata da personale dipendente, in parte proveniente dall'assessorato regionale, in parte dalle aziende, con il contratto di lavoro della sanità e non più dei dipendenti regionali. L'assorbimento di buona parte delle funzioni amministrative aziendali nell'Azienda zero, di fatto ridefinisce la missione delle aziende ULSS, focalizzate d'ora in poi sulla programmazione sanitaria, gestione della produzione e governo clinico.

La Regione **Lazio**, essendo commissariata e sottoposta a piano di rientro, ha nei fatti dovuto lasciare inalterato l'assetto centrale. Tuttavia, con il decreto di modifica dei programmi operativi si è provveduto alla costituzione di aree vaste per le procedure di acquisto di beni e servizi. Le nuove aree vaste raggruppano le ASL del nord del Lazio (Viterbo, Rieti e la ASL RMF), le Asl di Roma comprese le aziende ospedaliere e universitarie e le ASL del Sud del Lazio.

g) la gestione di attività tecnico-specialistiche per il sistema e per gli enti del servizio sanitario regionale, quali:

- i. gli acquisti centralizzati;
- ii. le procedure di selezione e formazione del personale;
- iii. il modello assicurativo del sistema sanitario regionale;
- iv. le infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati;
- v. l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- vi. la gestione del contenziario sanitario, previa sottoscrizione di convenzioni tra ogni singola Azienda ULSS, Aziende Ospedaliere e Ospedaliero Universitarie, IOV e l'Azienda Zero, che garantisce il patrocinio e la difesa;
- vii. logistica;
- viii. servizi tecnici;

h) l'istituzione e il coordinamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico in materia sanitaria e socio-sanitaria, presso le Aziende ULSS.

¹¹ Il testo originario del ddl 23 all'articolo 2 comma 1 era il seguente: *L'Azienda Zero svolge funzioni di programmazione e attuazione sanitaria e socio-sanitaria, coordinamento e governance delle Aziende ULSS e degli altri enti del Servizio sanitario regionale (SSR), nonché le funzioni ad essa attribuite di gestione di attività tecnico-specialistiche, anche di supporto alle Aziende ULSS e agli altri enti del SSR. L'attribuzione delle attività di natura gestionale all'Azienda Zero determina il venir meno delle corrispondenti competenze delle Aziende ULSS e degli altri enti del SSR.*

La Regione **Liguria** ha istituito una agenzia regionale di governo e gestione (A.Li.Sa), alla quale verranno assegnati molti poteri tradizionalmente in capo all'assessorato. Similmente alla Azienda Zero della Regione Veneto questo processo (a) rafforza il ruolo di una struttura tecnica centrale, focalizzando il ruolo dell'assessorato sulle funzioni di indirizzo e controllo politico; (b) incrementa le prerogative di governo della capogruppo nei confronti delle aziende, posizionate in un ruolo più simile a controllate, dal minor grado di autonomia. Viste le esigue dimensioni della popolazione regionale e la tradizionale forte centralità sanitaria dei presidi del capoluogo regionale, questo assetto configura una più forte regia di sistema, considerato sempre più come un unicum.

8.4 Obiettivi esplicitati dei processi di riforma

L'analisi delle diverse leggi regionali di riforma dei SSR, nonché dei documenti preparatori ed accompagnatori delle stesse, delinea alcune comuni finalità ufficiali assegnate ai processi di riforma nei diversi contesti regionali e alcune significative differenziazioni. In generale, si può affermare che alla base di tutte le iniziative di riordino vi siano alcuni orientamenti di fondo:

- ▶ la necessità di semplificare gli assetti istituzionali ed organizzativi dei SSR attraverso una riduzione del numero delle aziende sanitarie;
- ▶ l'esigenza di rafforzare la rete delle attività territoriali e delle cure primarie per rispondere con maggiore efficacia all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione;
- ▶ la riorganizzazione delle reti ospedaliere con logiche «hub and spoke», differenziandone l'offerta e nel contempo portando ad una riduzione dei posti letto per acuti ed ad un incremento dei posti letto in strutture riabilitative e lungodegenziali, anche in relazione ai principi contenuti nella Legge 189 dell'8 novembre 2012 sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi, nonché alla Legge 135 del 7 agosto 2012;
- ▶ la previsione di forme diversificate di strutture assistenziali e di servizi sanitari «intermedi» che incorporino le attività territoriali e rispondano a bisogni sanitari non legati all'acuzie (Case della Salute, Ospedali di Comunità o comunque definite);
- ▶ la necessità di elevare i livelli di centralizzazione a livello regionale di alcuni servizi di supporto come le funzioni di acquisto di beni e servizi, la logistica, la gestione del personale, i servizi informatici;
- ▶ il rafforzamento delle funzioni regionali di programmazione, valutazione e monitoraggio nei settori dei farmaci e delle tecnologie biomedicali.

Vediamo ora come questi orientamenti sono esplicitati nei diversi contesti regionali.

La LR 17/2014 del **FVG** dà attuazione alla LR 17/2013 che delineava le finalità e i principi per il riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR e all'articolo 2 indica esplicitamente tra i propri obiettivi il potenziamento dell'assistenza primaria e un riequilibrio delle risorse tra i diversi settori sanitari, nonché quello di «*mantenere una pianificazione calibrata sui bisogni delle persone senza soluzione di continuità tra i diversi luoghi della prevenzione, della tutela e della cura*». Significativi in funzione di questi obiettivi sono gli orientamenti contenuti nelle relazioni presentate in III Commissione in sede di approvazione del provvedimento. I temi che ricorrono sono la cronicità¹², la necessità di superare la separazione tra Aziende ospedaliere e Aziende territoriali e di potenziare l'assistenza domiciliare integrata, il nuovo ruolo assegnato ai MMG e ai medici della continuità assistenziale¹³.

In **Sardegna** la creazione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale prevista dalla LR 36/2015 fa seguito alle misure di riforma del SSR contenute nella LR 23/2014 e si affianca agli interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera al vaglio del Consiglio Regionale. Tra gli obiettivi contenuti nell'art. 1 della LR 23 si sottolinea la necessità di riorganizzare il SSR mediante il rafforzamento delle attività territoriali e la razionalizzazione della rete ospedaliera. In questa direzione vanno sia l'istituzione delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità, sia la creazione di due principali poli sanitari, uno per l'area Nord Ovest (Sassari) e uno per il SUD Est (Cagliari) ai quali afferiscono presidi di I livello e di base. Nella Relazione della Giunta Regionale al DDL 321 viene posto il chiaro obiettivo di creare un nuovo assetto organizzativo ed istituzionale del SSR incardinato sul modello di una *governance* unitaria indicando tra le funzioni dell'ASUR la programmazione e la gestione complessiva dei servizi, l'armonizzazione dei processi gestionali nel territorio regionale, l'accentramento dei processi di approvvigionamento di beni e servizi, della logistica, della gestione del personale, della gestione del patrimonio immobiliare e degli investimenti.

La riforma **toscana** enfatizza, come abbiamo sottolineato, il ruolo delle Aree Vaste come momento e strumento di programmazione dei servizi con un direttore per la programmazione di Area Vasta che «*opera sulla base delle direttive impartite dalla Giunta regionale al fine di garantire l'attuazione della programmazione strategica regionale*» (art. 9bis comma 1) ed è nominato direttamente dal Presidente della Giunta Regionale (comma 2). In questa logica, il Piano di Area Vasta «*è lo strumento attraverso il quale si armonizzano e si integrano, su obiettivi unitari di salute ed in coerenza con la programmazione regionale, i livelli di programmazione dell'azienda sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera universitaria*» (art. 23bis comma 1). L'obiettivo è quindi il coordinamento (governo)

¹² «*I cittadini soffrono per quasi l'80% di malattie croniche che poco hanno a che vedere con l'organizzazione ospedaliera.*» Cfr. relazione Gregoris.

¹³ Si rimanda alle relazioni Gregoris, Pusetto e Rotelli disponibili al sito del Consiglio regionale friulano.

dell'offerta complessiva dei percorsi assistenziali (comma 2). Gli obiettivi esplicitamente citati sono la semplificazione della filiera istituzionale, la ricerca di sinergie tra aziende ospedaliere e AUSL, la valorizzazione dei servizi territoriali, lo sfruttamento di economie di scala e il governo regionale nella selezione dell'innovazione tecnologica.

In **Veneto** abbiamo già visto come il percorso del progetto di riforma abbia avuto un iter piuttosto travagliato, soprattutto in merito al numero di aziende sanitarie (dapprima 7 poi 9) e alle funzioni e al ruolo dell'Azienda Zero. Il progetto uscito dalla Commissione, pur ridisegnando alcune funzioni dell'Azienda Zero, conferma la volontà di assegnare un ruolo fondamentale a questo ente sia nell'ambito della programmazione regionale e aziendale, sia nella gestione di alcune fondamentali funzioni come la gestione sanitaria accentrata di cui al D.lvo 118 del 23 giugno 2011, nonché gli acquisti e le funzioni amministrative centralizzate. Un modello di *governance* che punta, quindi, a perimetrare il ruolo degli indirizzi politico-amministrativi della regione e del suo assessorato a favore di un organismo che non è solo tecnico-gestionale, ma assume valenza e funzioni fortemente programmatiche e di indirizzo, seppur attraverso l'attribuzione di un ruolo formalmente consultivo alla Giunta e al suo Assessorato.

Un discorso simile può essere proposto relativamente anche per il disegno di riordino della **Liguria** e per le funzioni assegnate all'azienda regionale A.Li.Sa. rispetto a quelle che aveva in precedenza la vecchia Agenzia Sanitaria Regionale ARS. Gli articoli 2 e 3 del disegno di legge ricalcano sostanzialmente l'impostazione del Veneto e si sottolinea come la nuova Agenzia sia destinata ad avere un ruolo importante nel previsto processo di aggregazione delle aziende sanitarie.

La riforma **lombarda**, come abbiamo visto, innova profondamente l'impianto della vecchia legge 33 del 2009 a partire dalla creazione di un Assessorato unico alla salute e politiche sociali (*welfare*). La LR 23/2015 nasce come risposta ed evoluzione ai contenuti del Libro Bianco sullo stato della sanità lombarda promosso dalla nuova amministrazione regionale. I contenuti del documento erano riassumibili nell'affermazione «dalla cura al prendersi cura» attraverso il superamento della frammentazione degli interventi, la promozione della presa in carico delle persone con fragilità e la definizione di un diverso sistema di *governance* con la partecipazione attiva degli enti locali. La LR approvata si è concentrata soprattutto sulla *governance* del SSR, mentre i temi sociosanitari di carattere specialistico e tecnico sono al centro di un successivo progetto di legge (228 bis). La riforma conferma la netta separazione tra le funzioni di «Programmazione, Acquisto e Controllo» (in capo alle nuove ATS) e quelle di erogazione (attribuite alle ASST e alle Unità di offerta sociosanitarie). A fronte di una riduzione del numero di aziende sanitarie (le nuove ATS) si delinea un sistema con un aumento di organismi di supporto e definizione delle politiche (Osservatorio Epidemiologico regionale, Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo, Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo, il previsto organismo di controllo sugli

appalti). L'esigenza dell'integrazione tra rete ospedaliera e servizi territoriali è riconosciuta attraverso i nuovi compiti assegnati alle ASST. Dal punto di vista programmatico, assume rilevanza la previsione del Piano Regionale della prevenzione di durata triennale e in coerenza con il piano nazionale relativo (art. 4bis).

Per quanto riguarda, infine, la Regione **Emilia Romagna**, può essere significativo far riferimento all'Ordine del Giorno approvato il 19 novembre 2013 nell'ambito della discussione sulla creazione dell'Azienda unità sanitaria locale della Romagna (avvenuta come abbiamo visto con LR 22/2013). Questo documento chiedeva, tra l'altro, l'impegno della Giunta Regionale a ridefinire la rete assistenziale e quella ospedaliera anche attraverso la previsione di nuclei di cure primarie e delle Case della Salute, valorizzando al massimo il ruolo dei distretti sociosanitari anche attraverso un aumento della loro autonomia finanziaria¹⁴.

8.5 Logiche e strumenti di collaborazione inter-aziendali

Molti dei piani di riforma prevedono forme esplicitate e strutturate di collaborazione inter-aziendale, sia per rafforzare la logica unitaria di sistema, sia per determinare ulteriori processi di coordinamento tra ospedali e territorio, sia per configurare reti di patologia.

La legge di riforma del **Friuli V.G.** prevede la creazione di due nuove aziende sanitarie universitarie integrate, quella di Trieste e quella di Udine, come risultato dell'integrazione rispettivamente tra la ASL Triestina e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Trieste e tra la ASL Friuli Centrale e l'azienda ospedaliero-universitaria di Udine (art. 4). Secondo modalità da definirsi con protocolli di intesa tra regione e università, entrambe le nuove aziende sanitarie universitarie integrate sono chiamate a esercitare in modo unitario le funzioni di prevenzione cura e riabilitazione, sia a livello ospedaliero, sia nelle attività distrettuali e territoriali. Oltre alla prevista riorganizzazione della rete ospedaliera regionale in logica hub and spoke, particolare rilievo assumono le reti di patologia (art. 39): reti professionali che non solo integrano l'attività ospedaliera con l'attività distrettuale, ma integrano anche le diverse attività distrettuali, sovra distrettuali e sovra aziendali al fine di garantire la continuità assistenziale e modalità omogenee di presa in carico sul tutto il territorio regionale. Esplicita è l'istituzionalizzazione della rete oncologica regionale con perno sull'IRCCS regionale specializzato.

In **Sardegna** il ddl 321 prevede nell'ambito dell'azienda unica regionale l'istituzione delle Aree socio-sanitarie locali con funzioni di raccordo organizzativo

¹⁴ Cfr. Atto di Indirizzo-Ordine del Giorno del consigliere Donini ed altri sull'istituzione dell'Azienda USL della Romagna disponibile sul Bollettino ufficiale della regione del 21.11.2013 n. 344 pagg.11-13.

tra l'ASUR e i territori, tra i distretti e tra ospedali e distretti e sono pensate come catalizzatore e facilitatore dei processi di riorganizzazione.

La Regione **Toscana** ha disciplinato l'obbligo di attivare 8 dipartimenti inter-aziendali tra aziende ospedaliere e AUSL con l'obiettivo di creare reti professionali per materie e discipline. La tipologia di dipartimenti sono stati normati dalla Regione stessa nei suoi atti legislativi di indirizzo. L'azienda ospedaliera Mayer è stata esplicitamente posta a capo della rete pediatrica toscana.

In **Lombardia** la promozione di forme di integrazione operativa e gestionale tra i soggetti erogatori dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del SSR è posta tra i principi della legge (nuovo art. 2 della LR 33/2009) e si esplicita nei commi 8 e 9 del nuovo art. 6 riguardante le ATS che prevedono che i soggetti erogatori di diritto pubblico presenti sul proprio territorio *«svolgano attività finalizzate ad ottenere il coordinamento e l'integrazione di prestazioni»*, attraverso la stipula di specifici accordi. Inoltre, per l'ATS della Città Metropolitana di Milano e per quella della Montagna è prevista la possibilità di introdurre *«particolari modelli gestionali, organizzativi ed aziendali»* finalizzati al miglioramento dell'offerta (art. 6 comma 19).

In **Emilia Romagna** le tre aziende pubbliche dell'area metropolitana bolognese (AUSL, S. Orsola e Rizzoli) hanno avviato un processo di integrazione e unificazione delle strutture amministrative, analogamente a quanto sta avvenendo nel territorio di Parma e Piacenza dove si sta cercando di unificare le funzioni amministrative tra AUSL di Parma, AUSL di Piacenza e Azienda Ospedaliera di Parma. Negli ultimi anni sono stati scorporati due IRCCS, di ridotte dimensioni, ma con una forte vocazione specialistica: IRCCS oncologico di Meldola e IRCCS neurologico di Bologna, posti al vertice delle rispettive reti cliniche regionali. La RER da alcuni anni ha formalizzato e istituzionalizzato alcune reti cliniche, sia in ambito oncologico e cardiologico, sia in quello riabilitativo specializzato e intensivo.

La Regione **Lazio** ha imposto la gestione condivisa di alcune funzioni aziendali: risk management e acquisti tramite aree vaste.

8.6 Finanziamento delle aziende pubbliche

L'accresciuta dimensione delle AUSL modifica radicalmente lo scenario istituzionale di riferimento, su cui innestare i modelli di finanziamento delle aziende pubbliche ossia i meccanismi di riparto dei fondi sanitari regionali. In generale, l'ampliamento delle dimensioni aziendali comporta una robusta e fisiologica diminuzione della mobilità sanitaria inter-aziendale, azzerando di fatto logiche competitive tra soggetti pubblici. Inoltre, la re-integrazione di molte aziende ospedaliere comporta fisiologicamente una riduzione dello spazio per logiche di finanziamento a tariffa. Le logiche unitarie di sistema e le accresciute dimensio-

ni della aziende sospingono verso logiche di riparto in cui i principi fondamentali sono quelli dell'equità e della programmazione ex ante. Dal punto di vista delle tecniche di finanziamento, questo significa dover logicamente preferire logiche di riparto in base a quote capitarie (che tutelano il principio dell'equità) invece di logiche tariffarie e logiche negoziali a corpo, oppure di automatismi regolati correlati alla performance sul quasi-mercato.

Le regioni hanno investito poche riflessioni su questo aspetto, probabilmente messe in crisi dall'evidente contraddizione presente nel SSN dove le accresciute dimensioni delle aziende sospingono verso il finanziamento a quota capitaria o a budget negoziato, mentre il Ministero della Salute si è concentrato nella legge di stabilità 2016 sull'equilibrio economico del singolo presidio ospedaliero, calcolato con costi e ricavi in funzione dei DRG prodotti. Di fronte a questa contraddizione (un indirizzo centrale incoerente alle trasformazioni istituzionali in corso) molte regioni hanno preferito sorvolare o dedicare il minimo spazio possibile al tema del finanziamento. Vediamo cosa hanno dichiarato nei singoli provvedimenti di riforma le regioni che sono intervenute su questi aspetti.

In **Friuli V.G.** all'art. 53 si afferma che «la ripartizione di risorse agli enti in parte corrente viene effettuata sulla base di criteri standard per livello essenziale di assistenza» corretti con indicatori di tipo demografico, geografico ed epidemiologico. Gli enti possono inoltre essere finanziati per specifiche funzioni assistenziali e specifici obiettivi e progetti.

In **Toscana** il riordino lascia inalterato l'art. 25 della LR 40/2005 per quanto riguarda la composizione del Fondo sanitario regionale, salvo il riferimento al finanziamento dell'attività dell'ESTAR.

In **Lombardia** il nuovo articolo 27 distingue 5 fonti di finanziamento del SSR: a) finanziamento ordinario corrente (LEA e Gestione Sanitaria Accentrata); b) finanziamento sanitario aggiuntivo corrente; c) finanziamento regionale del disavanzo pregresso; d) finanziamento per investimenti; e) da entrate proprie aziendali. Queste fonti sono destinate alle ATS (in logica capitaria per il finanziamento dei costi di funzionamento, dei servizi erogati direttamente e per la remunerazione delle prestazioni erogate da tutti i soggetti accreditati comprese quelle in mobilità), alle ASST, AO e IRCCS (prestazioni non tariffabili, contributi per progetti e finalità specifiche, investimenti) e all'AREU. La modalità di trasferimento delle risorse finanziarie dalla regione alle aziende sanitarie pubbliche è demandata alla Giunta regionale e avviene, per le ATS, sulla base del reale fabbisogno del proprio territorio, per gli altri soggetti «nei limiti delle assegnazioni effettuate» (art. 27 comma 6) e comunque entro i limiti finanziari fissati entro la fine dell'anno per le prestazioni di tutte le strutture (comma 7). La regione prevede anche una revisione periodica delle tariffe dei DRG, introducendo tariffe differenziate degli stessi attraverso la regolamentazione di un meccanismo premiante e penalizzante dei rimborsi (comma 2).

Molte norme e sperimentazioni regionali propongono l'inserimento di quote di finanziamento per prese in carico «annuali» di pazienti cronici, ma senza che queste intuizioni vengano poi effettivamente concretizzate, anche perché in contrasto, a loro volta, con l'inevitabile prevalere di logiche capitarie a corpo dovute alle accresciute dimensioni aziendali.

Rimane quindi da rimettere più chiaramente in agenda il tema delle architetture possibili dei sistemi di finanziamento aziendali affinché siano allineati ai nuovi e accresciuti perimetri aziendali.

8.7 Tendenze comuni nei processi di riforma

L'analisi del riordino istituzionale di alcuni servizi sanitari regionali che in questi ultimi anni hanno avviato processi di riforma o comunque importanti cambiamenti suggerisce alcune tendenze comuni. La prima tendenza riguarda proprio l'attivismo riformatorio di diverse regioni, principalmente nel centro-nord. In queste regioni la politica ha sentito la necessità di mettere mano all'assetto istituzionale per diverse ragioni; tra queste è utile segnalare la percezione della necessità di un controllo più diretto della regione sul sistema d'offerta per mantenere l'equilibrio economico-finanziario con risorse in calo e per aumentare la razionalità del sistema d'offerta. Tuttavia, è da suggerire anche una possibile motivazione di natura diversa: segnalare la volontà di cambiamento alla popolazione. Questa ragione, che potrebbe essere definita politico-elettorale, porta le coalizioni al governo nelle diverse regioni a promuovere riforme o comunque cambiamenti negli assetti come un modo (apparentemente) concreto e visibile per mostrare alle loro «*constituencies*» la volontà di affrontare i problemi e di migliorare la performance del sistema. Per certi aspetti questa tendenza a concentrare l'attenzione sui cambiamenti istituzionali, magari a scapito di cambiamenti di natura più organizzativa e gestionale, ha una sua razionalità: gli assetti istituzionali sono più visibili e identificabili di quelli di natura più organizzativo-gestionale. Questa maggiore visibilità li porta ad essere più spendibili per segnalare orientamenti culturali e valoriali (ad esempio, il passaggio da una logica competitiva ad una più co-operativa in Regione Lombardia). Tuttavia, il rischio è che i cambiamenti istituzionali diventino una grande «foglia di fico», portando a distogliere attenzione e risorse dalla dimensione «manageriale» dei processi di cambiamento, che sfrutta i cambiamenti istituzionali come finestra di opportunità, ma al contempo centra ad un livello più basso l'attenzione principale tramite iniziative e progetti che cambino i processi, gli ambiti di responsabilità, le priorità e i meccanismi decisionali.

La seconda tendenza riguarda il tentativo del legislatore, e pertanto del livello politico, di accentrare i processi decisionali, riducendo il numero di aziende, e quindi di interlocutori, potenziando strutture centrali a cui trasferire alcune fun-

zioni aziendali (ad esempio, alcuni servizi amministrativi, alcune attività di *clinical governance*) e rafforzando le capacità di regolazione, programmazione e controllo tramite nuovi enti centrali a supporto degli assessorati. Ogni regione ha intrapreso un suo percorso, spesso co-determinato da scelte passate e da specificità territoriali, ma appare generalizzata una tendenza all'accentramento. Più avanti verranno presentati sia vantaggi che svantaggi di questa tendenza; in questa parte del capitolo basti tenere presente che questo processo porta ad una riduzione dell'autonomia delle aziende sanitarie, dovuta, sia all'uscita dal perimetro aziendale di alcune attività, sia ad un rafforzamento degli strumenti di controllo da parte della regione. In sostanza, i sistemi sanitari sembrano andare verso aziende sanitarie più ampie, ma con importanti attività centralizzate a livello regionale e sistemi di governo centrale potenzialmente più incisivi. Ci si può pertanto aspettare che questo processo porti ad un controllo più diretto della regione sulle aziende o almeno sui vertici aziendali, sia in termini politici (un rapporto più diretto tra politica regionale e vertici delle aziende), sia in termini manageriali con meno posizioni apicali con responsabilità finali rispetto ai cittadini e ai pazienti.

Una terza tendenza riguarda l'accentramento di alcune funzioni aziendali a livello regionale come quelle di acquisto di beni e servizi, la gestione di alcuni servizi amministrativi standardizzabili e altre attività più specialistiche e di natura sanitaria che possono beneficiare dall'aumento dimensionale in termini di efficienza e di efficacia (ad es., gestione degli screening, formazione, comitati etici) o di equità (omogeneizzazione sul territorio regionale). Si tratta di una tendenza parallela a quella vista sopra: si spostano verso il livello regionale, sia i processi decisionali, sia una serie di funzioni precedentemente in capo alle aziende.

Corollario dell'accentramento di alcune funzioni aziendali è la creazione di nuove tecno-strutture a livello regionale, dall'azienda USL Zero del Veneto, all'Ente per la Gestione dei Servizi Centralizzati in FVG e alle nuove agenzie in Regione Lombardia. Questa tendenza ha due importanti implicazioni che rischiano di essere trascurate. Primo, potrebbe aumentare la complessità dei processi decisionali a livello regionale. In queste ri-organizzazioni è facile trovare conflitti di competenze o anche solo necessità di coordinamento tra le varie unità centrali e tra queste e le aziende territoriali. Accentrare verticalmente alcune funzioni crea spesso problemi di coordinamento orizzontale (tra servizi decentrati e accentrati) che nella situazione precedente erano gestiti all'interno di una sola azienda. Secondo, l'accentramento delle funzioni aziendali le avvicina alla responsabilità politica, le allontana dalle influenze locali e le rende più visibili nel sistema politico-elettorale regionale. Attribuire la progettazione e conduzione degli screening (come progettato per Egas in FVG), piuttosto che assegnare la funzione di acquisto per beni e servizi a livello regionale (come ad esempio con ARCA in regione Lombardia) delocalizza i processi decisionali rendendoli

più visibili e riconoscibili al livello regionale, che nel nostro sistema è l'attore politico a cui è attribuita la responsabilità istituzionale sul funzionamento del sistema sanitario.

8.8 Criticità emergenti per gli assetti del SSN

Si sta assistendo ad un processo generalizzato di accentramento dei sistemi decisionali nel SSN italiano. Lo Stato, soprattutto per la parte economico-finanziaria, cerca di rafforzare una serie di vincoli specifici che limitano gli spazi di azione di regioni ed aziende sanitarie. Anche sulla parte istituzionale-organizzativa lo Stato cerca di imporre modelli omogenei (ad esempio, per l'assistenza ospedaliera oppure per l'organizzazione della medicina generale); tuttavia la reale incisività delle norme nazionali di natura più organizzativa è spesso modesta per l'oggettiva difficoltà di imporre standard in realtà territoriali molto diverse e per la resistenza da parte delle regioni ad accettare imposizioni dal Ministero della Salute su ambiti che sentono di loro esclusiva competenza. D'altra parte, anche le regioni cercano di accentrare come spesso accade in contesti a forti tensioni sull'equilibrio economico-finanziario. Esse cercano di mantenere un rapporto più stretto e diretto con i centri di spesa e quindi riducono il numero di aziende (e di interlocutori) e potenziano la gestione centralizzata (e quindi il controllo) a livello regionale. Si tratta di una strategia comprensibile in una fase di emergenza finanziaria. Tuttavia, si tratta anche una strategia che può avere un prezzo importante nel medio-lungo periodo. Il rischio principale è l'indebolimento delle capacità gestionali delle aziende sanitarie pubbliche. Tre meccanismi agiscono in questo senso. In primo luogo, la tendenza all'accentramento porta ad aziende sanitarie di dimensioni sempre più elevate, spesso con più di 5000 dipendenti. Si tratta di aziende già grandi che crescono ulteriormente e che in alcuni casi perdono alcune funzioni che comunque devono continuare a presidiare se non altro in termini di coordinamento con le funzioni rimaste all'interno dell'azienda. Pertanto queste aziende si trovano ad essere ancora più complesse di prima e quindi con un maggiore fabbisogno di capacità manageriali. In altre parole, la tendenza in atto non faciliterà il lavoro dei Direttori Generali che dovranno inevitabilmente contare su una linea di *middle-management* a cui attribuire gran parte delle responsabilità gestionali. Pertanto in aziende grandi il tema del *middle management* diventa particolarmente critico e richiede investimenti adeguati in formazione, modelli organizzativi e sistemi di misurazione della performance. Il rischio di un *middle-management* debole in aziende grandi e complesse è la perdita di controllo da parte della direzione, con buona pace anche per la regione.

Un secondo meccanismo riguarda l'accentramento di alcune funzioni con la conseguente perdita di controllo diretto da parte delle aziende. Si tratta di un accentramento che può avere importanti giustificazioni di natura economica, so-

ziale e forse anche legale. Ma spesso è trascurato che accentrare alcune funzioni aziendali può portare ad una riduzione di efficacia organizzativa da parte delle aziende. Si pensi alla centralizzazione di alcuni servizi amministrativi per il personale; può essere sensata per effetto di guadagni per economie di scala e di specializzazione e può anche garantire una maggiore omogeneità delle procedure sul territorio regionale. Ma se la centralizzazione riduce gli spazi per forme di incentivazione o anche di semplice gestione del personale a livello aziendale rischia di ridurre anche gli spazi di azione delle direzioni aziendali per orientare e motivare il personale. È pertanto fondamentale presidiare bene le funzioni accentrate e investire affinché i guadagni di efficienza non producano contraccolpi sulla funzionalità generale delle aziende.

Il terzo meccanismo riguarda la costruzione delle nuove strutture regionali. Esse avranno bisogno di staff particolarmente qualificato e con esperienza che, verosimilmente, dovrà pervenire dalle aziende territoriali e, ma probabilmente in misura minore, dalle regioni stesse. Il vantaggio di queste operazioni di centralizzazione del personale potrebbe proprio essere quella di valorizzare risorse aziendali ad un livello più alto e allo stesso tempo di permettere ad aziende meno dotate di risorse adeguate di beneficiare della centralizzazione. Tuttavia, è da rilevare che le aziende territoriali potrebbero perdere importanti risorse interne, portando ad un generale impoverimento professionale delle aziende territoriali e di produzione.

Non abbiamo una posizione contraria ai processi di accentramento di alcune funzioni e capiamo benissimo l'importanza di un controllo forte sulle dinamiche economico-finanziarie delle aziende. Vogliamo però rendere consapevoli i diversi attori che questa strategia rischia di indebolire le aziende, togliendole risorse, competenze e spazio di autonomia. In questo senso, sia lo Stato che le regioni stanno riducendo gli spazi d'azione delle aziende rafforzando meccanismi di controllo diretto (ad esempio, o vincoli sulle funzioni di spesa, o sulla gestione del personale) a scapito della costruzione di un sistema equilibrato di valutazione delle performance che lasci adeguati spazi di autonomia alle aziende. L'impressione è che ancora una volta prevalga l'idea (o l'illusione) che le aziende sanitarie possano funzionare bene anche senza un management sanitario di qualità e che la funzionalità nella produzione dei servizi possa essere garantita dall'esterno e con dettagliate procedure e regole imposte a livello superiore, regionale o centrale.