



*L'esperienza dei piani di rientro dai deficit  
sanitari: valutazione e prospettive*

*Banca d'Italia*

*Roma 17 Giugno 2019*



***Mario Morlacco***

***L'Attuazione del piano di rientro  
tra vincoli e criticità***

# ***I DISAVANZI NEL SISTEMA SANITARIO: una storia infinita***

Mutue fino al 1980

Nel vigore della L. 833 ( 1981/1991)

Amministratori e commissari straordinari ( 1991/1994)

D.Lgs. 502/92 e 229/99 (Riforme bis e ter)

Accordo 8.8.2001 – D.Lgs. 405/2001

Fase cruciale 2002/2005

L. 311/04 – Intesa 23.3.2005

Fase intermedia fino ad inizio 2007 e poi:

Piani di rientro - Commissariamenti – programmi operativi

Malgoverno o sottostima del fabbisogno?

## *Anni 2004 e 2005 risultato di gestione di alcune regioni*

	2004		2005	
	Disavanzi risultanti alla chiusura della verifica adempimenti 2004	% disavanzo su finanziamento	Disavanzi risultanti alla chiusura della verifica adempimenti 2005	% disavanzo su finanziamento
<b>Liguria</b>	318.554	12.6%	253.001	9.5%
<b>Lazio</b>	2.047.599	27.4%	1.940.954	24.6%
<b>Abruzzo</b>	265.040	14.4%	221.456	11.1%
<b>Molise</b>	82.297	17.3%	146.285	29.1%
<b>Campania</b>	1.202.562	15.8%	1.786.522	22.7%
<b>Sicilia</b>	756.482	11.3%	699.266	9.8%

**N.B.:** il 2005 è ricognitivo di sopravvenienze

## *MA QUALI LE CAUSE?*

- 📍 Eccesso di spesa farmaceutica
- 📍 Eccesso di posti letto ospedalieri
- 📍 Servizi territoriali poco sviluppati o inesistenti
- 📍 Alto tasso di ospedalizzazione e significativi indicatori di inappropriatazza
- 📍 Mancanza di un sistema di monitoraggio e di controllo aziendale e regionale
- 📍 Alto debito accumulato in relazione agli alti disavanzi annuali con conseguenti oneri aggiuntivi (finanziari - legali)

## QUALI INTERVENTI?

legge 311/04 e intesa 23 marzo 2005) :

- impegno ad adottare interventi volti al raggiungimento dell'equilibrio economico ovvero a predisporre le coperture dell'eventuale disavanzo atteso;
- sanzioni in ordine al mancato rispetto dell'equilibrio economico al IV trimestre;
- procedura di diffida e commissariamento per adottare le coperture;
- innalzamento aliquote Irap e addizionali Irpef ai livelli massimi;
- verifica dello standard dei posti letto e dei tetti di spesa farmaceutica;
- verifica degli ulteriori adempimenti.

## ***STRUMENTI PER LA RIDUZIONE DEI DISAVANZI***

- 📍 Riduzione tariffe e tetti di spesa soggetti accreditati Ospedaliera-specialistica
- 📍 Compartecipazione alla spesa sanitaria
- 📍 Corresponsabilizzazione soggetti (es. filiera farmaceutica)
- 📍 Dismissione patrimonio immobiliare
- 📍 Distribuzione diretta farmaci
- 📍 Centralizzazione acquisti e adesione Consip
- 📍 Blocco assunzioni
- 📍 Budget medici Medicina Generale
- 📍 Puntuale applicazione DPCM 29.11.01 (appropriatezza )
- 📍 Utilizzo fondi regionali di settori non sanitari
- 📍 Finanziamenti esercizi precedenti non utilizzati

## *PRIMI ANNI DOPO LA L. 311*

- 📍 Gestione ancora politica
- 📍 Poca responsabilizzazione organi di governo regionale e struttura amministrativa
- 📍 Ancora rilevanti disavanzi.
- 📍 Necessità di vincoli (auspicati anche in relazioni della Corte dei Conti)



## VINCOLI E PRINCIPALI INTERVENTI

- 📍 Accordo e piano di rientro incluso fra gli adempimenti obbligatori
- 📍 Congelamento quota premiale prima 5% poi 3 e 2%
- 📍 Fondo aggiuntivo per chi sottoscrive il piano di rientro
- 📍 Affiancamento delle regioni
- 📍 Commissariamento ( ma è proprio solo ad acta? )

## *I PRINCIPALI INTERVENTI -2-*

- 📍 Blocco del turn-over del personale.
- 📍 Rideterminazione fondi contrattazione integrativa aziendale e dotazioni organiche.
- 📍 Efficientamento del modello di acquisizione dei beni e servizi in particolare prodotti farmaceutici ed altri beni sanitari.
- 📍 Riduzione posti letto ospedalieri per acuti e post acuti ai fini del rispetto dello standard nazionale e riorganizzazione della rete ospedaliera
- 📍 Potenziamento dei controlli sull' inappropriatazza.

## *I PRINCIPALI INTERVENTI -3-*

- 📍 Protocolli d'intesa con le università.
- 📍 Potenziamento dei servizi territoriali.
- 📍 Determinazione dei tetti di spesa per i soggetti accreditati.
- 📍 Potenziamento dei sistemi di monitoraggio aziendale e regionale.
- 📍 Certificazione della posizione debitoria e conseguenti operazioni di pagamento

## ***I RISULTATI (dati in migliaia di euro)***

### ***ESEMPIO***

#### **REGIONE CAMPANIA**

- 📍 2008 perdita di € 889.000
- 📍 2009 perdita di € 853.000
- 📍 2010 perdita di € 594.000
- 📍 2011 perdita di € 260.000
- 📍 2012 perdita di € 85.000
- 📍 2013 avanzo di € 8.000
- 📍 2014 avanzo di € 182.000

Valutazione positiva della Corte dei Conti per i risultati, il piano dei pagamenti e la gestione commissariale



***CRITICITA'***

## ***RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI/ORGANI/ORGANISMI***

- 📍 Presidente/commissario – sub commissario – giunta (non responsabilizzata)
- 📍 Presidente/commissario – consiglio regionale (leggi regionali in contrasto)
- 📍 Sub commissario – sistema - tavoli di verifica ( difficoltà e a volte rigidità)
- 📍 Iter provvedimenti commissariali. Preventiva verifica – efficacia - tempestività
- 📍 Struttura commissariale – enti locali (disinteresse o contrasto)
- 📍 Ufficio commissariale – avvocatura
- 📍 Sub commissario – dirigenza regionale
- 📍 Sub commissario e assenza commissario
- 📍 Commissario – Aziende sanitarie – nomina e rimozione DD.GG.
- 📍 Uff. commissariale – Corte dei Conti e organi di giustizia

# ***ALTRI RAPPORTI CON IL MONDO ESTERNO***

## ***OPERATORI ESTERNI***

- 📍 Tariffe – Tetti di spesa - Contratti – Tempi pagamento – Doppi pagamenti e regolarizzazione carte contabili.
- 📍 Tariffe riabilitazione ( in Campania anche autodeterminate dagli operatori )
- 📍 Appalti ( presidi per diabetici – per stomizzati, ossigeno ecc. in Campania )
- 📍 Associazioni di categoria ( manifestazioni protesta – incatenamento )
- 📍 Spending review: alcune conseguenze (dialisi, Radioterapia)
- 📍 Contenzioso e fondo rischi

## *ALTRE CRITICITA'*

- Carenza risorse finanziarie effetto deresponsabilizzante
- Anticipazione di liquidità per piano pagamenti
- Ritardo accreditamento strutture e sentenza Corte Costituzionale – conseguenze
- Rapporti con università, IRCCS ed Enti Ecclesiastici
- Determinazione fabbisogno prestazioni: variabilità regionali, settings assistenziali anomali
- Evoluzione tecnologica, aggiornamento LEA, Tariffe (es. radioterapia)
- Difficoltà recuperi risorse finanziarie indebitamente erogate ad operatori



## ***CONCLUSIONI: ASPETTI POSITIVI DEI PIANI DI RIENTRO***

- 📍 Riduzione disavanzi (anche se non ancora per intero)
- 📍 Responsabilizzazione sempre maggiore
- 📍 Sottoposizione a controlli più rigidi (eccessivi ma necessari)
- 📍 Lenti miglioramenti nella riorganizzazione del sistema
- 📍 Riduzione spesa nelle regioni in piano di rientro più che nelle altre regioni
- 📍 Notevole miglioramento dei flussi informativi e sistemi contabili

## ***PROBLEMI DEI PIANI DI RIENTRO***

- 📍 Congelamento risorse finanziarie – sistema premiale 5, 3, 2%
- 📍 Riduzione di offerta e lunghi tempi di attesa
- 📍 Accreditemento - Tetti di spesa e contratti: conseguenze nel settore privato, sostenibilità delle strutture e ulteriori differenze di risposta al bisogno tra le regioni
- 📍 Garanzia dei LEA non ancora ottimale (è proprio significativa la griglia LEA?)
- 📍 Blocco turn over e criticità conseguenti – spesa personale meno 1,4% - riduzione organici. Meglio sarebbe stato l'affidamento di obiettivi sulla spesa per il personale alle direzioni generali purchè realmente responsabilizzate
- 📍 Divieto spese obbligatorie, incertezza e conseguenze
- 📍 Responsabilizzazione e rimozione direttori generali, norma non attuata

**VALUTAZIONE CONCLUSIVA:  
RIGIDITA', VINCOLI, ADEMPIMENTI OBBLIGATORI,  
CENTRALIZZAZIONE POTERE.  
PROBABILMENTE NON VI ERA ALTERNATIVA ATTESO CHE :**

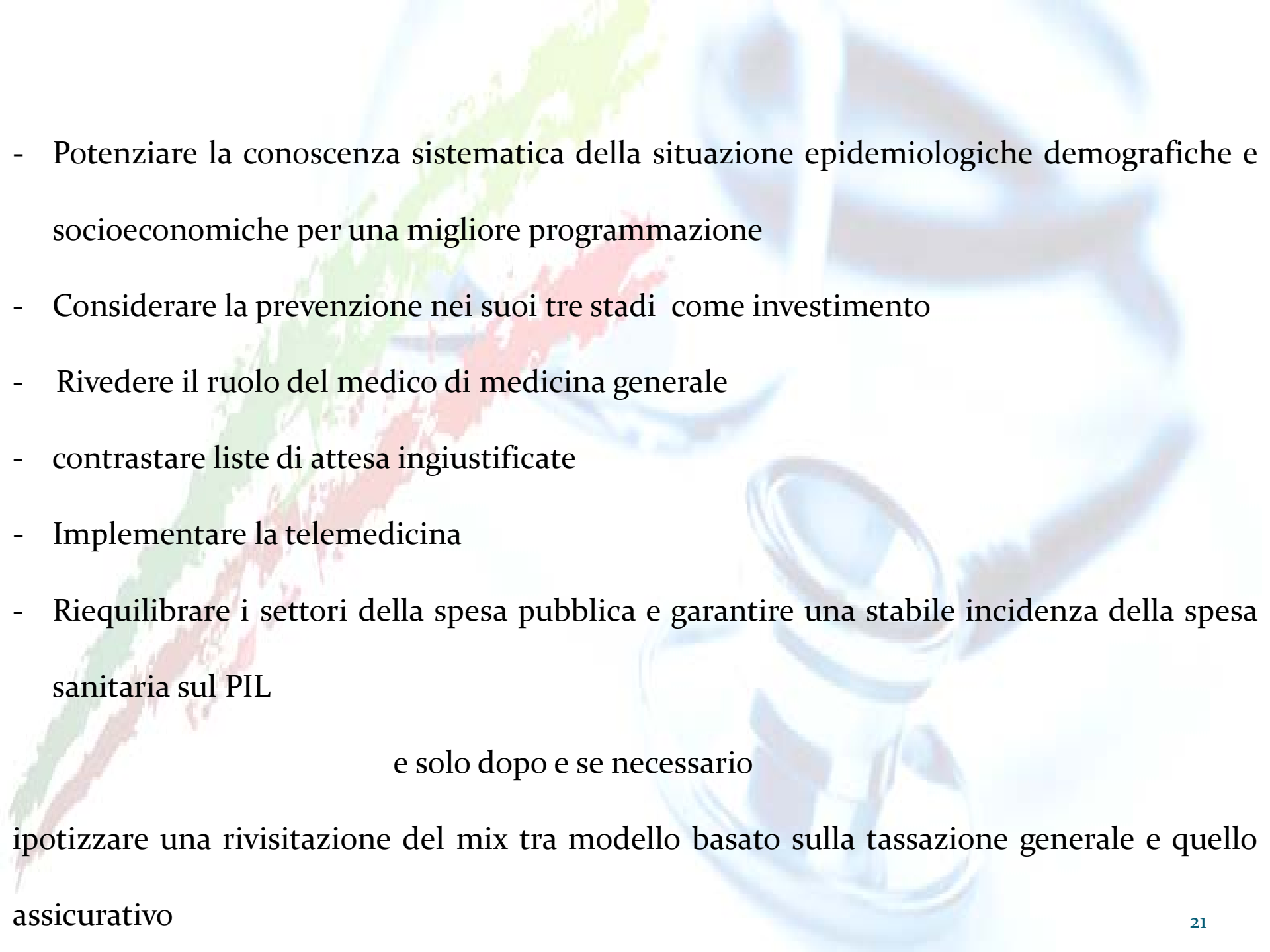
- La speranza di vita aumenta e con essa le patologie croniche e da invecchiamento
- Il bisogno sanitario è in continua evoluzione incrementale e la risposta più onerosa
- La ripresa economica è lenta e le risorse pubbliche non sono sufficienti
- Gli over 65 arriveranno al 30 % della popolazione entro 20 anni
- I cittadini pagano già oltre 40 miliardi di tasca propria e molti devono rinunciare alle cure
- Sono evidenti difficoltà di accesso alle prestazioni per le liste di attesa
- La medicina difensiva, l' inappropriata e l'efficienza costano almeno 10 miliardi/anno.
- La ricerca e le innovazioni costano

QUALE FUTURO?

Piani di rientro, blocco assunzioni e tagli vari?

## COSA SUGGERIRE?

- Riconvertire piccoli ospedali (pericolosi) se ancora esistenti
- Garantire continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio
- Promuovere integrazione ospedale – territorio
- Evitare duplicazione di strutture organizzative omogenee e quindi di costi
- Riequilibrare l'offerta sanitaria a favore delle prestazioni domiciliari
- Promuovere la qualità e l'appropriatezza riducendo gli oneri della medicina difensiva
- Garantire equità di accesso, continuità, efficacia clinica, affidabilità e sicurezza

- 
- Potenziare la conoscenza sistematica della situazione epidemiologiche demografiche e socioeconomiche per una migliore programmazione
  - Considerare la prevenzione nei suoi tre stadi come investimento
  - Rivedere il ruolo del medico di medicina generale
  - contrastare liste di attesa ingiustificate
  - Implementare la telemedicina
  - Riequilibrare i settori della spesa pubblica e garantire una stabile incidenza della spesa sanitaria sul PIL

e solo dopo e se necessario

ipotizzare una rivisitazione del mix tra modello basato sulla tassazione generale e quello assicurativo