



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

IL SISTEMA SANITARIO IN CONTROLUCE

Rapporto 2009

21 maggio 2009

Ricerca curata da
Fondazione Censis
Cergas-Bocconi
Cer-Nib

su progetto
Fondazione Farmafactoring

E' vietata la riproduzione senza preventivo consenso della Fondazione Farmafactoring

INDICE

1. La sanità ingabbiata tra politica e vincolo di bilancio pubblico	1
2. Contenimento della spesa pubblica e effetti sulle famiglie	5
2.1. Pareggio di bilancio, sostenibilità finanziaria del sistema e spesa sanitaria privata	5
2.2. Pareggio di bilancio e sostenibilità finanziaria	6
2.3. La relazione tra spesa sanitaria pubblica e privata e gli effetti sulle famiglie	12
3. Il sistema di offerta pubblico e privato nell'ambito dei piani di rientro	17
3.1. Introduzione	17
3.2. I principali risultati	18
3.3. Conclusioni	29
4. Processi decisionali e gestione dei servizi in una sanità regionalizzata: il punto di vista dei direttori generali di Asl e Aziende ospedaliere	32
4.1. Il <i>background</i> formativo e professionale	32
4.2. Decidere nella <i>sovranità limitata</i> : il peso della politica in sanità	34
4.3. Innovazione, ma a costo zero	37
4.4. Le criticità	39
4.5. Le proposte per migliorare l'offerta sanitaria	41
4.6. Il caso delle Regioni con Piani di rientro	44

1. LA SANITÀ INGABBIATA TRA POLITICA E VINCOLO DI BILANCIO PUBBLICO

La sanità italiana sta cambiando profondamente in questi anni sia sotto la spinta della evoluzione della domanda sanitaria indotta dall'invecchiamento della popolazione, dalla diffusione di patologie cronico-degenerative e dall'incremento delle aspettative di qualità dei cittadini sempre più informati e consapevoli, che per effetto della crescente necessità di tenere sotto controllo la spesa sanitaria, che ha indotto robuste strategie di contenimento.

All'interno dell'ormai consolidata diversificazione regionale dei Servizi sanitari, il crescente peso che ha assunto il rispetto del vincolo di bilancio ha imposto una diversa e ulteriore linea di differenziazione tra le *Regioni senza piano di rientro*, che nei fatti sono dentro la parità di bilancio, e quelle con *Piani di rientro*, impegnate in complessi processi di aggiustamento, i cui impatti sull'offerta sanitaria complessiva e sulla condizione delle famiglie vanno attentamente valutati.

In tale contesto, il presente lavoro che contiene i risultati di ricerche realizzate dal Cer-Nib, dal Cergas-Università Bocconi e dalla Fondazione Censis, offre materiale originale e di grande interesse, che consente di analizzare in profondità aspetti cruciali della sanità in piena evoluzione come:

- l'andamento della spesa pubblica sanitaria, le sue prospettive e, soprattutto, il suo nesso con la spesa privata delle famiglie;
- l'evoluzione del peso e del ruolo dell'offerta privata con l'analisi della situazione nelle regioni Sicilia e Lazio, che permette di enucleare indicazioni proprio sui nodi relativi all'evoluzione del ruolo dell'offerta privata nel Servizio sanitario;
- un'analisi del punto di vista dei direttori generali di Aziende sanitarie locali e Aziende ospedaliere, mediante interviste ad un panel di 51 direttori generali, protagonisti cruciali del mondo sanitario, le cui opinioni consentono di ricostruire un quadro in presa diretta di alcune tra le problematiche più rilevanti della

sanità nonché delle possibili risposte operative per innalzare la qualità del sistema.

Il quadro complessivo che emerge dal lavoro è quello di un sistema nel quale, pur nella citata differenziazione delle risposte prevalenti nei diversi contesti regionali, vanno emergendo due vincoli che, con intensità e modalità diversificate, pesano ovunque: il difficile rapporto tra fabbisogno sanitario effettivo e risorse disponibili, e il rapporto molto intenso con la politica.

Sul primo aspetto le analisi previsionali mostrano come, malgrado il virtuoso e intenso sforzo di razionalizzazione di questi anni, la sanità continuerà a rimanere nel mirino dei processi di contenimento della spesa pubblica, e questo renderà il vincolo di bilancio comunque stringente anche nel prossimo futuro. E ciò sia per la dilatazione quasi naturale dei costi, per effetto delle nuove tecnologie e dell'invecchiamento che per gli ulteriori necessari sforzi di razionalizzazione della spesa.

E' evidente che ciò non è indifferente dal punto di vista dell'utenza e, in generale, dei cittadini. La ricerca mostra come nelle Regioni maggiormente sotto sforzo razionalizzatore, quelle con Piani di rientro, la contrazione della componente pubblica della spesa è accompagnata da un incremento della quota privata di spesa. E sebbene non ci siano, allo stato attuale, macroscopici segnali di un impatto pesantemente regressivo e diffuso della riduzione della spesa sanitaria pubblica, è indubbio che nelle Regioni con Piani di rientro le famiglie a più basso reddito abbiano subito maggiori impatti dal taglio di spesa pubblica sanitaria in termini di incremento della spesa di tasca propria.

D'altro canto, il *panel* di direttori generali intervistati, ed in misura particolarmente intensa quelli delle Regioni con Piani di rientro, mette in luce come l'inadeguatezza delle risorse, assieme alla incertezza che sempre accompagna attribuzione delle risorse stesse, siano aspetti che condizionano in larga misura l'attività della direzione generale delle aziende sanitarie.

Un'attenta politica di utilizzo delle risorse passa, necessariamente, attraverso interventi di razionalizzazione della rete di offerta e di

attenta programmazione del ruolo che i soggetti sono chiamati a svolgere nel sistema. In quest'ambito un nodo cruciale è rappresentato dal rapporto tra erogatori pubblici ed erogatori privati, verso i quali i direttori generali hanno una propensione positiva, di valorizzazione del loro ruolo, pur in un quadro di regole e controlli condivisi.

A questo proposito, dalla ricerca risulta che nelle due regioni prese in considerazione più da vicino, Lazio e Sicilia, caratterizzate dalla coesistenza di alti disavanzi ed elevata presenza di erogatori privati, non esiste una chiara e precisa definizione del ruolo dei diversi soggetti: la rete di offerta appare prevalentemente costituita da erogatori di piccole e medie dimensioni, tendenzialmente generalisti e focalizzati su aree di attività a bassa complessità. In entrambe le regioni i soggetti privati tendono a replicare il ruolo dei soggetti pubblici e, complessivamente, la rete ospedaliera appare poco governata, facendo emergere con evidenza la necessità di un complessivo processo di razionalizzazione e riorganizzazione del sistema di offerta e di ricerca di una sana competizione tra le diverse tipologie di soggetti erogatori.

Il valore di una competizione virtuosa emerge anche dall'indagine sui direttori generali delle aziende sanitarie, per i quali è importante, per migliorare la qualità dell'offerta sanitaria, dare sempre più spazio a meccanismi trasparenti e condivisi di valutazione delle *performance*, sia delle strutture sanitarie che dell'attività degli stessi manager, dai quali far dipendere anche le retribuzioni dei dirigenti. In concreto, a contare dovrebbe essere sempre più non tanto la natura giuridica o proprietaria del *provider*, quanto la sua capacità operativa di rispondere alle aspettative di qualità dei cittadini.

Incombe poi sulla sanità un altro vincolo che condiziona fortemente l'azione dei vari soggetti, a cominciare dai direttori generali delle aziende sanitarie: il rapporto con la politica.

Non è un caso che in tutte le regioni i rapporti dei direttori generali con i propri sovra ordinati della sfera politica siano molto o abbastanza intensi, e che questa intensità sia particolarmente accentuata nelle regioni meridionali; è chiaro che nell'attuale contesto normativo questo è per molti versi inevitabile, e tuttavia il

condizionamento vincola le possibilità dei direttori generali, che si sentono ingabbiati in un modello decisionale *a sovranità limitata*, in cui pesano eccessivamente, da un lato, gli interessi e le aspettative politiche, e dall'altro, la pressione dei vari *stakeholder*.

Dentro la regionalizzazione della sanità si va determinando, come dicevamo una netta distinzione tra le Regioni con Piani di rientro e le altre, laddove i residenti nelle prime subiscono con maggiore intensità i processi di contenimento della spesa e di razionalizzazione di prestazioni e servizi.

Altra caratteristica peculiare delle Regioni con Piani di rientro consiste nel crescente ruolo da protagonista che giocano direttori generali con formazione universitaria ed esperienza professionale progressa in ambiti diversi da quello sanitario. A livello apicale nella sanità di queste regioni è in atto un'immissione di soggetti con competenze e *background* relativi agli ambiti economico-statistico, sociale e anche politico; *trend* che, però, si accompagna ad una persistente maggiore acutezza in queste regioni del problema chiave della sanità: una *sovranità decisionale e operativa limitata* soprattutto da un'eccessiva interazione con la politica.

E' come se nelle Regioni con Piani di rientro l'obiettivo di riportare i conti della sanità sotto controllo abbia finito per accentuare il *sovra ordinamento* politico dell'azione dei direttori generali, e ciò malgrado questi ultimi, rispetto ai colleghi di altre regioni, siano più convinti del ruolo che le competenze prettamente manageriali, rispetto a quelle politiche o di *governance*, debbano esercitare per l'efficacia della propria iniziativa, e siano più frequentemente di origine esterna alla sanità.

Di seguito sono presentati i principali risultati delle ricerche *Contenimento della spesa pubblica e effetti sulle famiglie* curata dal Cer-Nib, *Il sistema di offerta pubblico e privato nell'ambito dei Piani di rientro* curato dal Cergas-Università Bocconi e *Processi decisionali e gestione dei servizi in una sanità regionalizzata* a cura della Fondazione Censis.

2. CONTENIMENTO DELLA SPESA PUBBLICA E EFFETTI SULLE FAMIGLIE

A cura del Cer-Nib

2.1. Pareggio di bilancio, sostenibilità finanziaria del sistema e spesa sanitaria privata

A partire dal 2005 il sistema della sanità pubblica italiana è stato attraversato da un processo di risanamento finanziario che, grazie anche alla partenza dei piani di rientro delle regioni con maggiore deficit ed indebitamento, ha permesso di ottenere lusinghieri risultati dal lato dei conti pubblici. Infatti, al netto delle regioni impegnate sui piani di rientro, il pareggio di bilancio è sostanzialmente raggiunto ed un risultato simile dovrebbe essere atteso a livello nazionale nei prossimi anni.

L'attenzione dedicata a questi temi negli anni passati è stata notevole e forse eccessiva se relazionata al fatto che la spesa sanitaria pubblica, pur essendo una quota rilevante della sanità italiana, non è comunque esaustiva delle risorse impegnate in questo settore, e che la quota di spesa sanitaria privata in Italia è alta soprattutto se si considera che molta di questa spesa è *out-of-the-pocket*, non intermediata da assicurazioni private o da enti di tipo mutualistico.

In un sistema universalistico, spesa pubblica e spesa privata sono solitamente collegate tra di loro in una relazione che dovrebbe essere di sostituibilità: all'aumentare della spesa pubblica diminuisce quella privata e viceversa. Tuttavia, in presenza di inefficienze nel settore pubblico, tale relazione potrebbe diventare di complementarità (la presenza di inefficienze duplica i costi e quindi si osserva un aumento congiunto di spesa privata e di spesa pubblica) o di perfetta neutralità (riducendo la spesa pubblica la spesa privata non aumenta perché la riduzione di spesa pubblica è dovuta ad una corretta razionalizzazione).

Sulla base di queste semplici considerazioni il lavoro analizza il ruolo che i cambiamenti e le riforme di politica sanitaria attuati in Italia tra il 2000 ed il 2008 hanno avuto sui rapporti tra spesa sanitaria pubblica e privata e gli eventuali effetti che da tali politiche si sono generati in termini di impatto sull'accessibilità ai servizi da parte delle famiglie, con particolare riguardo a quelle più deboli e vulnerabili (con anziani, disabili, a basso reddito, ecc.).

2.2. Pareggio di bilancio e sostenibilità finanziaria

Nel 2008 i conti pubblici hanno registrato un sensibile deterioramento rispetto ai valori registrati l'anno precedente, che ha interessato tutti i principali saldi di finanza pubblica. In particolare, l'indebitamento netto della Pubblica Amministrazione è passato dall'1,5 per cento del Pil al 2,7 per cento, mentre il debito è aumentato di 2,3 punti percentuali, dal 103,5 al 105,8 del Pil. Tale deterioramento deve essere attribuito principalmente alla negativa evoluzione del quadro macroeconomico nazionale e internazionale verificatosi nella seconda metà dello scorso anno, che ha provocato un sensibile rallentamento delle entrate pubbliche.

Il peggioramento dello scenario economico ha finito per spiazzare la manovra di finanza pubblica che il governo aveva attuato con l'obiettivo di stabilizzare i conti e ha reso necessario un rinvio degli obiettivi, previsti per il 2011, di pareggio di bilancio e di riduzione del debito al di sotto del 100 per cento rispetto al Pil. L'evoluzione futura dei conti pubblici risulta legata alle prospettive di ripresa del quadro macroeconomico e un loro miglioramento destinato, quindi, a realizzarsi in linea con i tempi necessari per la fuoriuscita dalla recessione.

Secondo le nostre previsioni, il Pil diminuirebbe nel 2009, in termini reali, del 4,3 per cento e tornerebbe a crescere, solo a partire dal 2011, di appena lo 0,3 per cento. Dato tale scenario e considerato l'impatto della manovra di finanza pubblica e dei successivi interventi, il quadro dei conti pubblici è destinato ad aggravarsi ulteriormente.

Secondo le nostre stime, l'indebitamento registrerebbe un ulteriore peggioramento nel biennio 2009-2010, (rispettivamente 4,8 e 4,9 per cento del Pil) per poi ridursi fino a raggiungere il 4,2 per cento del Pil nel 2012. Il debito pubblico, infine, sperimenterebbe una dinamica espansiva nell'intero periodo di previsione, fino a raggiungere il 125,1 per cento del Pil nel 2012.

La stabilizzazione dei conti pubblici prevista nella manovra di finanza pubblica ha imposto anche al SSN un consistente sacrificio. Più precisamente per il 2009 viene confermato il quadro finanziario esistente: si rivede verso l'alto il finanziamento statale stabilito per compensare le regioni del mancato gettito derivante dall'abolizione dell'incremento del ticket per l'assistenza specialistica ambulatoriale (834 milioni di euro) e per sostenere il rinnovo delle convenzioni con il SSN dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. La riduzione del finanziamento ordinario, disposta con il recente DL 39/2009, è compensata dalla manovra sui farmaci equivalenti, che dovrebbero assicurare alle Regioni un risparmio di spesa di eguale ammontare. Per il biennio 2010-2011 si dispone, invece, una riduzione del finanziamento ordinario di 2 miliardi di euro per il 2010 e di 3 miliardi per il 2011. Di conseguenza, anche considerando le ulteriori risorse previste per la parziale compensazione degli effetti dell'abolizione del ticket sulla specialistica ambulatoriale e per il rinnovo delle convenzioni, il finanziamento statale complessivo cresce in media nel biennio ad un tasso molto più contenuto rispetto a quello del triennio precedente, anche per la cessazione del finanziamento straordinario per le regioni con Piani di rientro. Discende da ciò la necessità per le Regioni di realizzare risparmi di spesa e/o di procurarsi nuove entrate – rispetto a quelle previste - attingendo ai propri bilanci e/o attivando misure di compartecipazione alla spesa (cfr. Tavola 1).

Tavola 1 - Il quadro finanziario del SSN dopo la manovra di bilancio: una ricostruzione (milioni di euro)

	2009	2010	2011
Risorse disponibili (a=1+2)	108.060	108.413	110.733
Finanziamento statale (1)	104.061	104.414	106.734
Risorse regionali (2)	3.999	3.999	3.999
Spesa programmatica (b=3-4+5)	113.261	115.436	119.085
- Spesa tendenziale (3)	111.592	116.007	120.656
- Riduzione di spesa (4)	497	2.434	3.434
- per nuove entrate da ticket e/o minori spese	77	434	434
- per farmaci equivalenti	420	-	-
- per altri interventi	-	2.000	3.000
- Maggiore spesa (5)	2.166	1.863	1.863
- per rinnovi contrattuali e convenzioni	1.144	1.029	1.029
- per abolizione ticket	834	834	834
- per maggiori spese Abruzzo	40	-	-
- per slittamento spesa	148	-	-
Saldo (c=a-b)	-5.201	-7.023	-8.352

Fonte: elaborazioni Cer-Nib su dati Allegato 7 e Relazioni Tecniche delle l. 133/2008, l. 189/2008 e del Dl. 39/2009. Per la spesa tendenziale, cfr. DPEF 2009-2013; per la spesa programmatica cfr. Nota d'Aggiornamento al DPEF 2009-2013 (per il 2009 si considerano anche gli effetti della l. 189/2008 e del Dl. 39/2009)

Dal punto di vista della *governance* complessiva del sistema, rimane irrisolto il nodo della definizione di una nuova programmazione per l'immediato futuro. Quest'anno, infatti, termina il quadro programmatorio definito con il Patto per la salute del 2006, con cui Stato e Regioni hanno avviato una *governance* condivisa del Servizio sanitario, con positivi effetti in termini di contenimento della dinamica della spesa, ed ancora non è stata raggiunta una nuova intesa per l'individuazione delle aree di spesa e di entrata su cui intervenire e il potenziamento degli strumenti a disposizione delle amministrazioni regionali. Il rischio è che la scelta del governo di ridefinire senza un confronto preventivo con le Regioni il finanziamento 2010-2011 comprometta la strategia avviata con il

Patto, con possibili ricadute negative in termini di controllo della dinamica della spesa.

La dinamica della spesa sanitaria, infatti, oltre a dipendere dall'allungamento della vita e dal progresso tecnologico, risente del grado di efficienza proprio della gestione delle risorse ad opera delle strutture sanitarie. In effetti, la sovrastima del grado di efficienza dei servizi sanitari regionali ha effetti che si traducono, al pari della sottovalutazione del tasso di crescita del progresso tecnologico e della sua diffusione e del tasso di crescita della popolazione anziana, in una stima errata dei bisogni e del fabbisogno finanziario. Data la dinamica programmata delle risorse disponibili per il SSN, un'evoluzione incontrollata della domanda mette a rischio la tenuta dei conti economici settoriali. Per ricavare utili indicazioni in tal senso abbiamo condotto opportuni esercizi di stima con riferimento ad un orizzonte temporale di breve e ad uno di lungo periodo.

Nel breve periodo la dinamica della spesa sanitaria, ottenuta attraverso la stima di un apposito modello econometrico, è stata messa a confronto con le risorse finanziarie disponibili – statale e regionali - risultanti dalla manovra di finanza pubblica e dai recenti provvedimenti adottati. In particolare, per la stima della spesa sanitaria sono stati definiti due scenari a seconda che considerino o meno gli effetti sulla spesa dei Piani di rientro. I risultati ottenuti mostrano come i Piani di rientro consentirebbero di contenere la dinamica di spesa, ma non in maniera tale da consentire un pareggio di bilancio, data la riduzione del finanziamento statale. In assenza di tali tagli, secondo le nostre previsioni, il SSN avrebbe registrato nel 2009 un pareggio di bilancio e un avanzo nel biennio 2010-2011 (cfr. Tavola 2).

Tavola 2 - Simulazione dei risultati di esercizio del SSN (miliardi di euro)

Anni	Finanziamento precedente (a)	Finanziamento attuale (b)	Costi effettivi (c)	Stime SANIMOD con ipotesi Piani rientro (d)	Stime SANIMOD senza ipotesi Piani rientro (e)	Deficit effettivi	Deficit con Piani Rientro - Finanziamento precedente (a-d)	Deficit senza Piani Rientro - Finanziamento precedente (a-e)	Deficit con Piani Rientro - Finanziamento attuale (b-d)	Deficit senza Piani Rientro - Finanziamento attuale (b-e)
2002	78,1	78,1	81,0	80,6	80,6	-2,9	-2,5	-2,5	-2,5	-2,5
2003	81,4	81,4	83,7	84,3	84,3	-2,3	-2,9	-2,9	-2,9	-2,9
2004	86,2	86,2	92,0	91,8	91,8	-5,8	-5,6	-5,6	-5,6	-5,6
2005	92,9	92,9	98,6	98,5	98,5	-5,7	-5,6	-5,6	-5,6	-5,6
2006	97,8	97,8	102,3	100,3	102,6	-4,5	-2,5	-4,8	-2,5	-4,8
2007	101,0	101,0	104,3	105,5	108,6	-3,3	-4,5	-7,6	-4,5	-7,6
2008	105,3	105,3		106,9	108,7		-1,6	-3,4	-1,6	-3,4
2009	108,2	108,1		108,2	112,7		0,0	-4,5	-0,1	-4,6
2010	110,8	108,8		109,9	117,6		0,9	-6,8	-1,1	-8,8
2011	114,1	111,2		114,0	122,3		0,1	-8,2	-2,8	-11,1

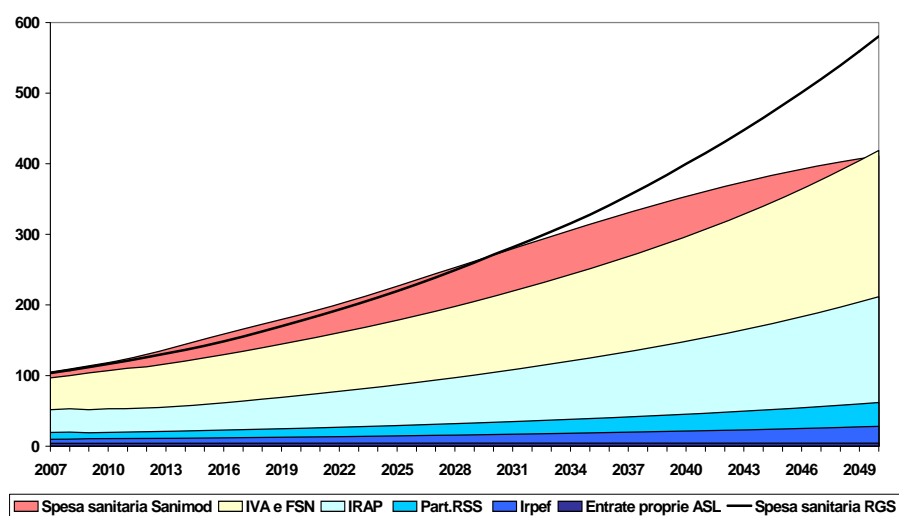
(a)-(b) Fino al 2007, Ricavi SSN (RGSEP); 2008-2011, nostre stime (finanziamento statale e risorse regionali, comprensive maggiori entrate da ticket)

(c) Stime RGSEP.

Fonte: stime Cer-Nib su dati RGS e SANIMOD.

Nel lungo periodo, i risultati ottenuti descrivono una crescita della spesa sanitaria rispetto al Pil fino al 2028 e una successiva diminuzione, a differenza di quella stimata dalla Ragioneria Generale dello Stato, la cui incidenza sul Pil è crescente per tutto il periodo considerato. Attraverso l'elaborazione e l'utilizzo di un modello di previsione macroeconomico di lungo periodo, abbiamo stimato la dinamica delle entrate che sono deputate al finanziamento del fabbisogno sanitario destinato ai LEA – con esclusione dei trasferimenti statali vincolati, quelli a carico dei bilanci regionali e dei ricavi straordinari delle ASL - e cioè l'IRAP, l'addizionale regionale all'IRPEF, le entrate proprie delle Asl e, a saldo, le partecipazioni delle Regioni a Statuto Speciale e la compartecipazione all'IVA. Il confronto con la dinamica della spesa prevista dal nostro modello rivela una tendenza alla generazione di deficit crescenti fino al 2035 e un successivo recupero fino al raggiungimento nel 2050 di un avanzo di bilancio (cfr. Figura 1).

Figura 1 - Previsioni del finanziamento del SSN e della spesa sanitaria (2007-2050)



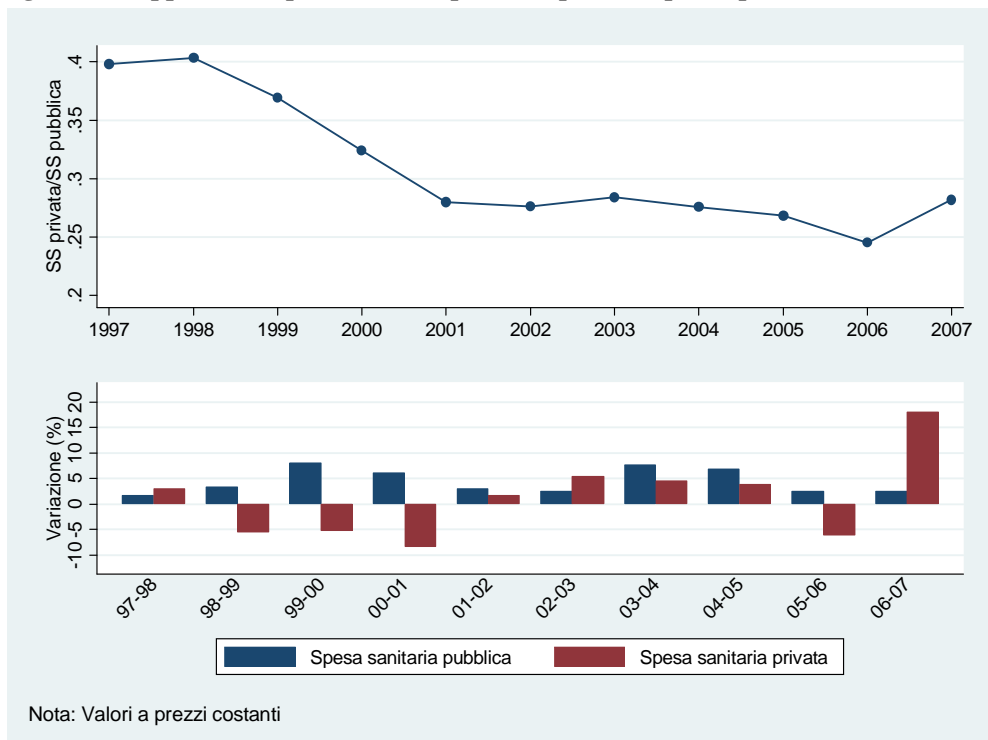
2.3. La relazione tra spesa sanitaria pubblica e privata e gli effetti sulle famiglie

Secondo quanto riportato nell'ultimo rapporto dell'OCSE sulla spesa sanitaria, la nazione che in assoluto registra la spesa sanitaria complessiva più alta sono gli Stati Uniti, con il 15,3 per cento del Pil: quasi il doppio della media Ocse, seguita da Svizzera, Francia, Germania e Belgio. L'Italia si colloca al 15esimo posto, esattamente a metà, con una spesa pari al 9 per cento del Pil, di cui il 2 per cento è spesa privata. Tale quota, sebbene non tra le più alte in assoluto, risulta rilevante se si guarda alla percentuale *out-of-the-pocket*, ovvero quella parte non intermediata da assicurazioni private o da enti di tipo mutualistico.

Uno dei principali motivi che hanno portato la spesa *out-of-the-pocket* a crescere negli ultimi anni è stato sicuramente il tentativo da parte dello Stato di contrastare la tendenza alla crescita della spesa pubblica. Questo processo ha le sue origini agli inizi degli anni '90, un periodo di grandi cambiamenti per il sistema sanitario italiano, in parte innescati dalle politiche di convergenza macroeconomica nell'ambito degli accordi di Maastricht, politiche che hanno imposto un forte rigore nel controllo della spesa pubblica.

Le politiche sanitarie adottate tra il 1992 ed il 1995 hanno avuto un ruolo fondamentale nell'alterare il rapporto tra spesa sanitaria privata e pubblica (cfr. Figura 2). In particolare la riforma del 1992 modifica l'allocazione tra spesa sanitaria pubblica e privata, spostando il sistema da un rapporto di equilibrio di circa 0,22 (spesa privata pari al 22 per cento della spesa pubblica) prima del 1992 verso un nuovo rapporto di equilibrio pari a circa 0,38 nel 1995, che successivamente rimane pressoché invariato fino al 1998.

Figura 2 - Rapporto tra spesa sanitaria privata e pubblica pro-capite



La politica sanitaria adottata nel periodo 1999-2001 ha però nuovamente modificato in modo sostanziale il rapporto tra spesa sanitaria privata e pubblica, facendolo scendere poco sotto lo 0,30 nel 2002. Tale rapporto si mantiene costante negli anni successivi intorno ad un valore di 0,27, con qualche oscillazione rispettivamente nel 2006 e nel 2007. La riduzione del rapporto registrata nel 2000 può essere attribuita principalmente all'elevato tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica rispetto a quella privata, probabilmente risultato delle rilevanti modifiche allo schema di esenzioni e della

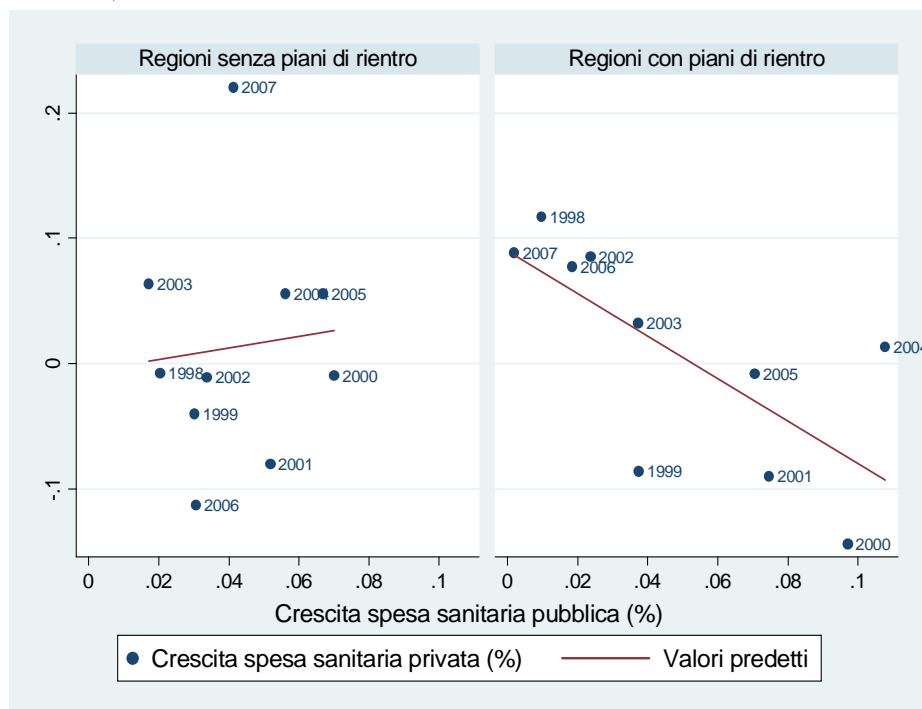
riduzione della quota fissa sui farmaci (ricetta) apportate dalle finanziarie per gli anni 1999 e 2002¹.

Successivamente nel 2001 la spesa sanitaria privata si riduce di circa 4 punti percentuali anche in seguito alla abolizione, a livello nazionale, dei ticket sui medicinali. Negli anni successivi, la reintroduzione dei ticket in alcune regioni e l'abolizione degli stessi in altre sono probabilmente la causa della stabilizzazione del rapporto in questione, segnato principalmente dalla crescita significativa della spesa sanitaria privata rispetto a quella pubblica nel corso del 2003 e nel 2007. Soprattutto in quest'ultimo anno il rapporto mostra una chiara tendenza a salire, dovuta probabilmente all'applicazione dei piani di rientro concordati tra Stato e Regioni in deficit.

Ed è proprio su questo ultimo punto che si è concentrata la seconda parte dell'analisi condotta dal CER-Nib, guardando se ed in che modo il rapporto tra andamento della spesa pubblica e privata nel periodo 1997-2007 si sia modificato con il processo di risanamento dei conti pubblici e con l'avvio dei piani di rientro più in particolare. I risultati emersi mostrano come le regioni "con" Piani di rientro abbiano negli anni rispettato uno stretto rapporto di sostituibilità tra spesa pubblica e privata (cfr. Figura 3). Al contrario, per le regioni "senza" Piano di rientro la relazione sembra essere principalmente di neutralità, con la spesa privata che varia poco al variare di quella pubblica.

¹ Nel corso del triennio considerato si assiste inoltre ad una serie di interventi legislativi che delineano un sistema sanitario in cui sono le regioni ad avere un ruolo sempre più rilevante (la riforma Bindi - d.lgs. 229/99 - e il cosiddetto Federalismo fiscale - d.lgs. 56/2000).

Figura 3 - Crescita annuale per regioni “con” e “senza” piano di rientro (tassi di crescita)

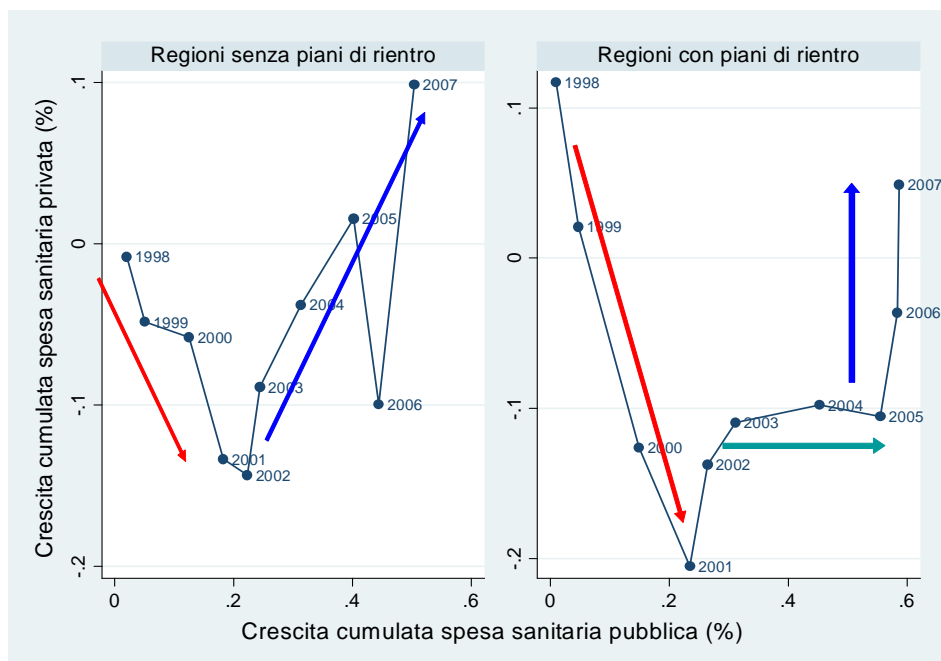


Ovviamente, queste conclusioni lasciano aperto il campo ad una serie non secondaria di conclusioni di *policy*. Il primo aspetto da evidenziare è che nelle regioni “con” Piano di rientro la riduzione della spesa pubblica si sta realizzando a scapito di un netto aumento della spesa privata, soprattutto per quanto riguarda gli anni dal 2005 al 2007: in questi anni la spesa sanitaria pubblica in termini reali non è variata, mentre quella privata è aumentata nel complesso di quasi il 15 per cento (cfr. Figura 4).

In termini di quota sul bilancio familiare la spesa sanitaria passa dal 3,35 per cento del 2001 al 4,08 del 2007, ritornando ai livelli record del 1998. Sono i farmaci la categoria di spesa sanitaria privata che è maggiormente aumentata: +74 per cento rispetto al minimo registrato nel 2001. Una situazione di questo tipo necessariamente innesca una serie di problemi di natura redistributiva, con le regioni “senza”

Piano di rientro che riescono ad ottenere una struttura maggiormente progressiva rispetto a quelle “con” Piano di rientro. In ogni caso, l’analisi condotta a livello di singola tipologia familiare ha messo in evidenza che non ci sono tipologie di famiglie più colpite di altre in termini di caratteristiche socio-demografiche (distinguendo le famiglie per età, sesso, livello di istruzione, ecc. del capofamiglia).

Figura 4 - Crescita cumulata per regioni “con” e “senza” Piano di rientro (tassi di crescita)



3. IL SISTEMA DI OFFERTA PUBBLICO E PRIVATO NELL'AMBITO DEI PIANI DI RIENTRO

A cura di Cergas-Università Bocconi

3.1. Introduzione

Il fine istituzionale di tutela della salute del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non è un compito esclusivo del sistema pubblico, ma è un obiettivo dell'intero sistema sociale, cui concorrono soggetti pubblici e privati, anche se con ruoli diversi. Il carattere pubblicistico del SSN, più volte richiamato dalla normativa del nostro Paese, non è da associare ad un'idea di esclusività dell'offerta sanitaria pubblica quanto piuttosto all'unicità pubblica del governo delle regole e delle relazioni tra i soggetti del sistema (PSN 2006-2008).

In seguito alle riforme del SSN, iniziate negli anni '90, le aziende sanitarie private hanno visto una significativa modificazione del proprio ruolo che, da integrativo rispetto agli erogatori pubblici e regolato da convenzioni, è diventato più concorrenziale e governato dai sistemi regionali di accreditamento (integrati da accordi contrattuali) e di finanziamento. A seguito del processo di regionalizzazione, peraltro, il ruolo attuale e prospettico del privato accreditato è progressivamente variato da regione a regione, ponendo al centro del dibattito un nuovo tema, legato non tanto alla presenza di tali soggetti nel Servizio Sanitario Regionale (SSR) quanto piuttosto alla capacità delle Regioni di governare il SSR nel suo complesso e questi ultimi in particolare.

Il dibattito sul ruolo dei soggetti privati è stato influenzato, negli ultimi anni, dalla necessità di garantire condizioni di equilibrio economico-finanziario ai diversi SSR. In assenza di tali condizioni, alcune regioni sono state, infatti, obbligate a redigere dei Piani di rientro dal disavanzo e a ipotizzare interventi di governo della domanda e di razionalizzazione del sistema di offerta.

La ricerca condotta dal CERGAS prende avvio proprio dalle indicazioni contenute nei Piani di rientro e propone un'analisi di due regioni (Lazio e Sicilia) caratterizzate da un elevato livello di disavanzo e dalla contestuale presenza di numerosi erogatori privati.

Nello specifico, è stato indagato il posizionamento strategico degli erogatori di prestazioni ospedaliere pubblici e privati lungo tre dimensioni²:

1. il quadro degli erogatori, evidenziandone le diverse tipologie giuridiche, il grado di specializzazione e le peculiarità in termini dimensionali (chi sono?);
2. le vocazioni produttive dei singoli erogatori in termini di volume e tipologia di attività erogate (cosa erogano?);
3. le caratteristiche del bacino di popolazione servito (per chi producono?).

3.2. I principali risultati

Riguardo all'insieme degli erogatori (chi sono?), Lazio e Sicilia presentano un quadro di erogatori fortemente disomogeneo (Tabella 1, Tabella 2) in termini sia di mix pubblico-privato sia di distribuzione territoriale delle strutture di offerta.

La regione Lazio presenta ben 177 strutture, il 65% delle quali è classificabile come "privato", vale a dire IRCCS privati, policlinici privati, ospedali classificati, istituti qualificati e case di cura private.

² Da un punto di vista metodologico, si segnala, che, dopo aver presentato il quadro completo degli erogatori evidenziando le diverse tipologie come oggi classificate a livello ministeriale, l'analisi si basa sul confronto tra le strutture pubbliche (AO, ospedali a gestione diretta delle ASL, IRCCS pubblici, Policlinici universitari pubblici) e quelle private (IRCCS privati, Policlinici universitari privati, ospedali classificati, istituti qualificati presidio di ASL, case di cura private accreditate).

Tabella 1 - Il quadro degli erogatori della regione Lazio (v.a. e val. %)

Descrizione tipo struttura		Totale	di cui a Roma (solo città)		di cui a Roma (totale provincia)		di cui religiosi	
Azienda ospedaliera		3	3	100,0	3	100,0	0,0	
Ospedale a gestione diretta		52	11	21,2	28	53,8	0,0	
Azienda ospedaliero-universitaria e policlinico	Azienda ospedaliera universitaria integrata con il SSN	2	2	100,0	2	100,0	0,0	
	Azienda ospedaliera integrata con l'università	1	1	100,0	1	100,0	0,0	
	Policlinico universitario privato	2	2	100,0	2	100,0	0,0	
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico	Pubblico	3	3	100,0	3	100,0	0,0	
	Privato	4	3	75,0	3	75,0	3	75,0
	Fondazione	1	1	100,0	1	100,0	1	100,0
Ospedale classificato		8	7	87,5	8	100,0	7	87,5
Istituto qualificato		2	2	100,0	2	100,0	0,0	
Casa di cura privata	Accreditata	68	37	54,4	52	76,5	10	14,7
	Non accreditata	31	30	96,8	30	96,8	0,0	
Totale		177	102	57,6	135	76,3	21	11,9

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, 2008

Tabella 2 - Il quadro degli erogatori della regione Sicilia

Descrizione tipo struttura	Totale	Ripartizione provinciale									
		AG	CL	CT	EN	ME	PA	RG	SR	TP	
Azienda ospedaliera	16	13	19	13	6	13	19	6	6	6	
Ospedale a gestione diretta	47	6	9	13	6	15	21	9	9	13	
Azienda ospedaliero-universitaria e policlinico	Azienda ospedaliera universitaria integrata con il SSN	3	0	0	33	0	33	33	0	0	0
	Azienda ospedaliera integrata con l'università	1	0	0	100	0	0	0	0	0	0
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico	Pubblico	1	0	0	0	0	100	0	0	0	0
	Privato	1	0	0	0	100	0	0	0	0	0
Ospedale classificato	1	0	0	0	0	0	100	0	0	0	
Casa di cura privata	Accreditata	64	3	3	36	0	16	28	2	8	5
	Non accreditata	1	0	0	100	0	0	0	0	0	0
Totale	135	5	7	25	4	16	24	4	7	7	

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, 2008

Più del 57% degli erogatori è situato nella sola città di Roma. Nello specifico, a Roma trovano collocazione tutte le Aziende ospedaliere, tutte le aziende ospedaliero-universitarie e i policlinici e quasi tutti gli IRCCS, vale a dire tutte le strutture generalmente dedicate all'erogazione di prestazioni di alta specialità. Inoltre, se si estende

l'analisi anche agli altri comuni della provincia, la percentuale supera il 76%. Si registra inoltre una forte presenza di ospedali religiosi.

La regione Sicilia presenta 135 strutture, il 49% delle quali è classificabile come "privato". Tutte le province sono caratterizzate dalla presenza di almeno un'azienda ospedaliera, sebbene anche in Sicilia emerga la presenza di due grossi centri di riferimento per l'assistenza ospedaliera, vale a dire Catania e Palermo, che raccolgono circa la metà delle strutture presenti nella regione.

Se si analizzano le strutture di ricovero in termini di volume³ e tipologie di attività erogata come da Tabella 3, è possibile classificare gli erogatori ospedalieri in funzione del loro livello di specializzazione (Cfr. Figura 1 e Figura 2).

La regione Lazio (Figura 1) è caratterizzata da un elevato numero di piccoli ospedali: il 55% delle strutture ha meno di 120 PL e il 28% (di cui il 19% private accreditate), oltre ad avere meno di 120 PL, è classificabile come ospedale generalista.

Solo il 12% delle strutture ha oltre 400 PL (prevalentemente strutture pubbliche e generaliste). Le strutture per post-acuzie sono, invece, prevalentemente private.

In Sicilia (Figura 2) il 67% delle strutture ha meno di 120 posti letto (PL) con una prevalenza di strutture di ricovero generaliste (quasi il 47% di cui 20% pubbliche e 27% private).

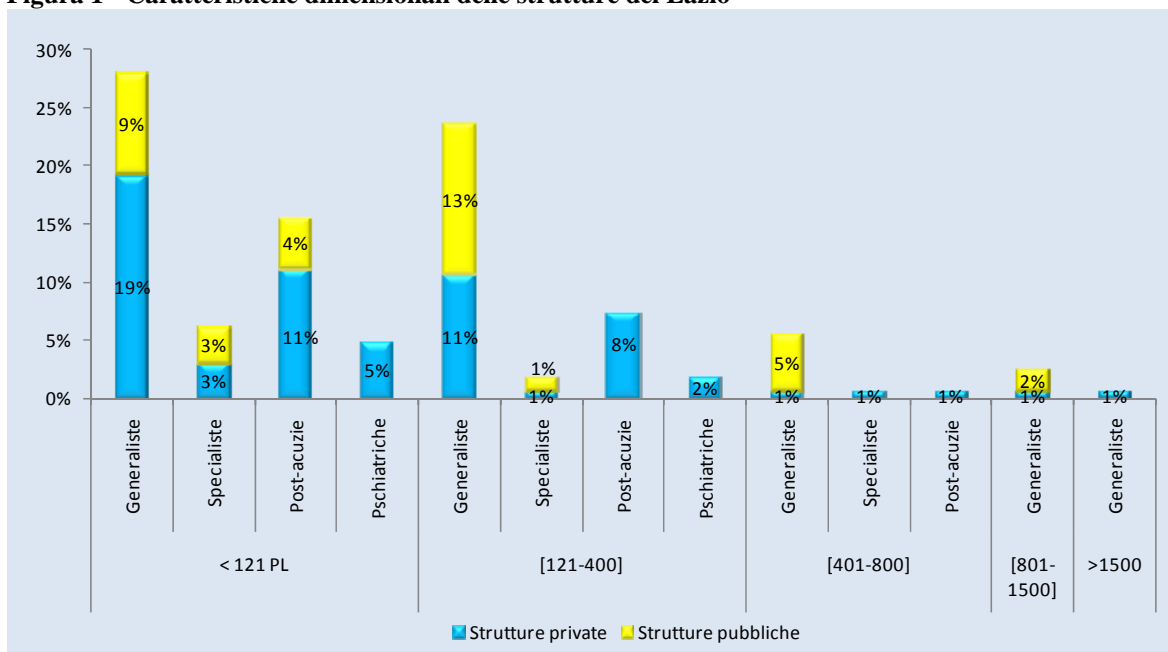
Solo il 9% delle strutture ha oltre 400 PL (solo strutture pubbliche e generaliste) e solo il 4% dedicate alle post-acuzie.

³ I volumi di attività rilevati dal flusso delle SDO, espressi in giornate di degenza distinte in base al regime di ricovero, sono stati tradotti in una dotazione di posti letto teorica (equivalente)³. L'utilizzo dei posti letto equivalenti soddisfa due esigenze: consente infatti da un lato di esprimere la dimensione effettiva delle strutture utilizzando il volume di attività realmente erogato, dall'altro di confrontare le strutture rispetto ad una dimensione di facile interpretazione, ovvero i posti letto (anziché il numero delle giornate di degenza o dei ricoveri). Il riferimento ai posti letto equivalenti permette inoltre di limitare l'analisi al flusso informativo delle SDO, senza dover ricorrere ad ulteriori fonti, come ad esempio il flusso HSP relativo ai posti letto effettivi, che sono più soggette a variabilità interregionale.

Tabella 3 - Tipologie di strutture in base all'ampiezza delle discipline trattate

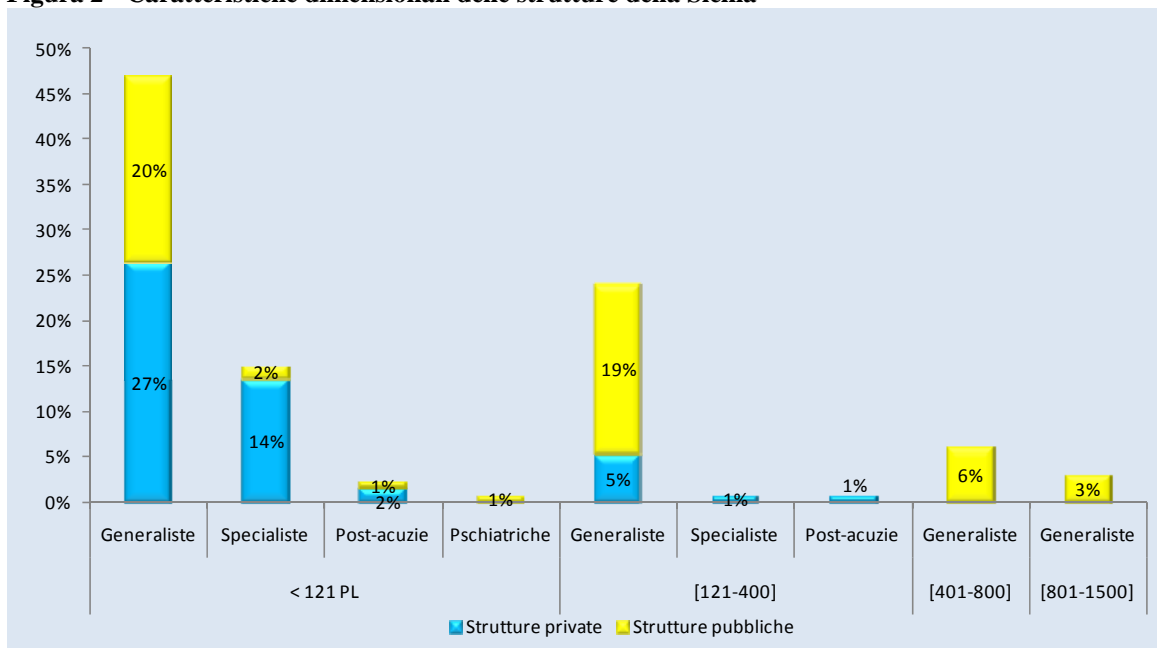
Classe segmento	Descrizione segmento attività
G Ospedale generale polispecialistico	Strutture che coprono un'ampia gamma di linee produttive attraverso la presenza di discipline di natura generalista e/o di un elevato numero di discipline di natura specialistica
P Post-acuzie	Strutture che coprono linee produttive prevalenti nell'ambito delle discipline relative alla post-acuzie (> 70% delle giornate complessive e rimanente parte in reparti medici)
R Psichiatria	Strutture che coprono linee produttive prevalenti nell'ambito della Psichiatria (cod. 40) (> 85% delle giornate complessive e rimanente parte in reparti medici, neurologia)
S Specialistiche	Strutture che coprono una ristretta gamma di linee produttive attraverso la presenza di un numero ridotto di discipline (<7) di natura specialistica in cui concentrano il 90% dell'attività. Fanno eccezione a questa definizione gli IRCCS che svolgono attività prevalente in aree specifiche (ad esempio oncologia) e gli IRCCS/Ospedali dedicati alla fascia di popolazione pediatrica

Figura 1 - Caratteristiche dimensionali delle strutture del Lazio



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, 2006

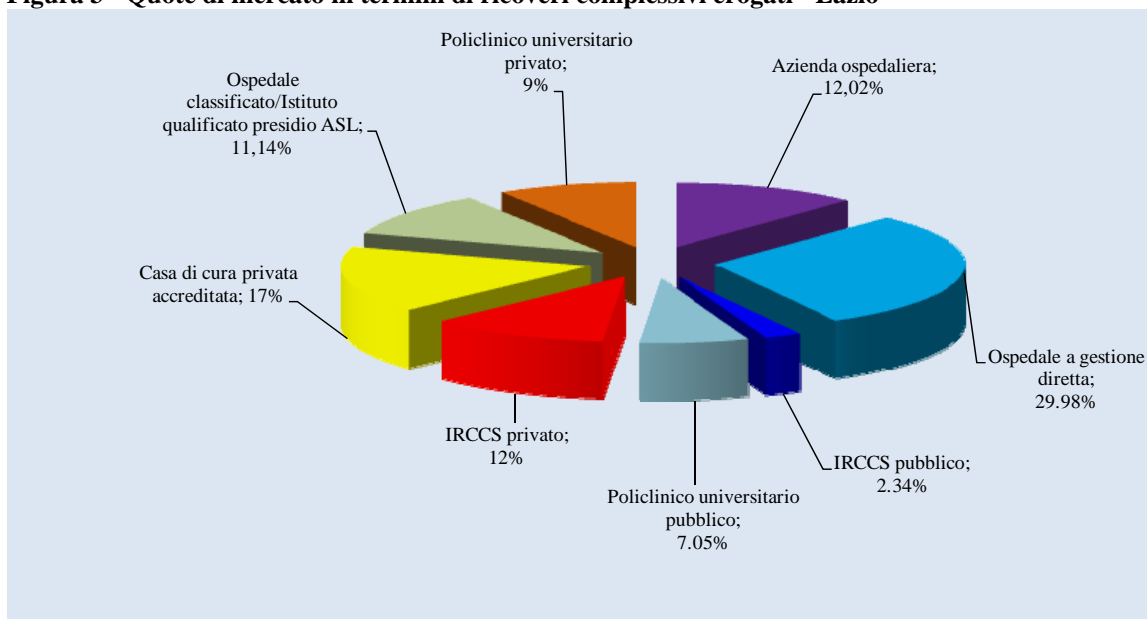
Figura 2 - Caratteristiche dimensionali delle strutture della Sicilia



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, 2006

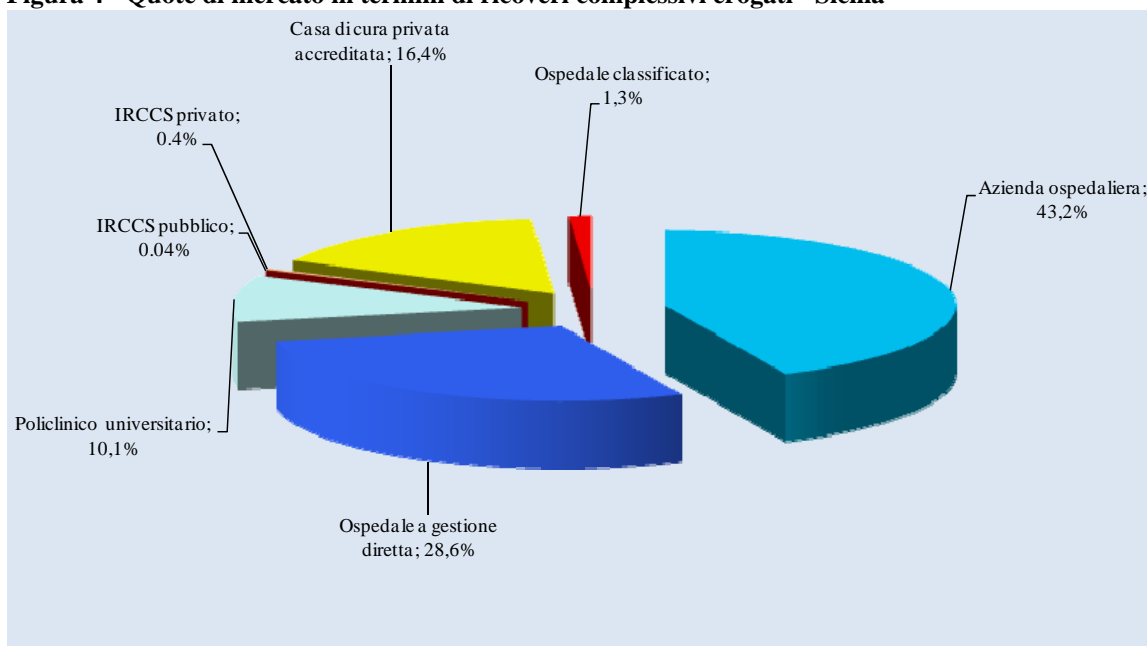
Con riferimento ai volumi di attività erogati (cosa erogano? - cfr. Figura 3 e Figura 4), le strutture private delle due regioni detengono quote di mercato significativamente diverse: quasi il 50% dei ricoveri complessivi in Lazio contro il 18% in Sicilia. In altri termini, l'offerta della regione Lazio è quasi equamente suddivisa tra erogatori pubblici e privati; in Sicilia è prevalentemente pubblica. Inoltre, è significativo sottolineare come in Lazio gli ospedali privati rappresentino il 65% delle strutture di ricovero, detengano il 52% dei PL complessivi e contribuiscano per circa il 50% al volume dei ricoveri dell'intera regione; mentre, in Sicilia, essi rappresentano il 50% delle strutture, detengono il 25% dei PL ed offrono complessivamente meno del 20% dei ricoveri.

Figura 3 - Quote di mercato in termini di ricoveri complessivi erogati - Lazio



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, 2006

Figura 4 - Quote di mercato in termini di ricoveri complessivi erogati - Sicilia



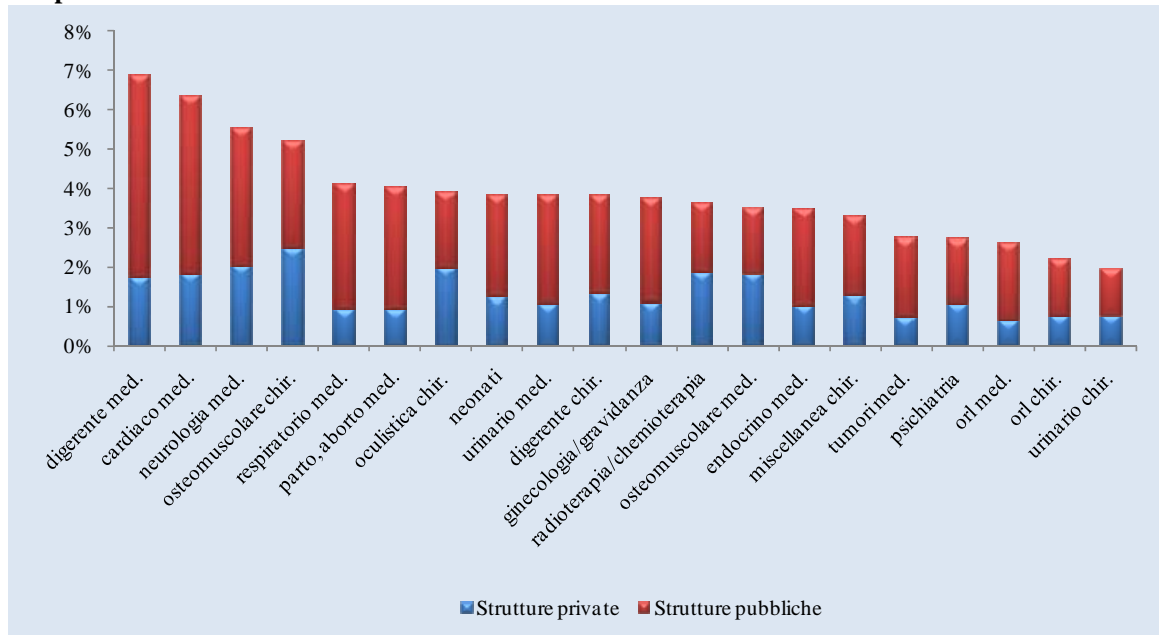
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, 2006

Tuttavia è significativo osservare che le vocazioni produttive degli ospedali privati dei due SSR sono simili. In particolare, considerando le prime 20 linee produttive in termini di volumi complessivamente erogati nei due SSR (che rappresentano circa l'80% in Lazio e l'88% in Sicilia), le strutture private delle due regioni si concentrano maggiormente sull'area osteomuscolare, oncologica con specifico riferimento alla attività di radioterapia e di chemioterapia, ed oculistica chirurgica (cfr. Figura 5 e Figura 6). Inoltre, riguardo all'attività per acuti, si segnala come le attività afferenti alle discipline ad alta/altissima diffusione⁴ sono prevalenti rispetto a quelle a media/rara diffusione⁵ in entrambe le realtà regionali (76% in Lazio e 79% in Sicilia), con una concentrazione di attività a media/rara diffusione leggermente superiore in Lazio (24% vs 21%), legata alla maggiore presenza di strutture specialistiche nell'area metropolitana. Riguardo all'attività afferente all'area assistenziale post-acuzie (cfr. Figura 7 e Figura 8), si segnala come essa sia maggiormente concentrata nelle strutture private in Lazio (90%), con ruolo rilevante delle Case di cura private accreditate (62%), e nelle strutture pubbliche in Sicilia (quasi il 60%) con un ruolo rilevante delle AO (31%) e dei presidi a gestione diretta delle ASL (circa il 20%).

⁴ Le discipline ad altissima/alta diffusione sono quelle che erogano prestazioni relative a patologie ad elevata incidenza e che devono essere facilmente accessibili alla popolazione (ad esempio Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia generale, Medicina generale, Ortopedia e Traumatologia).

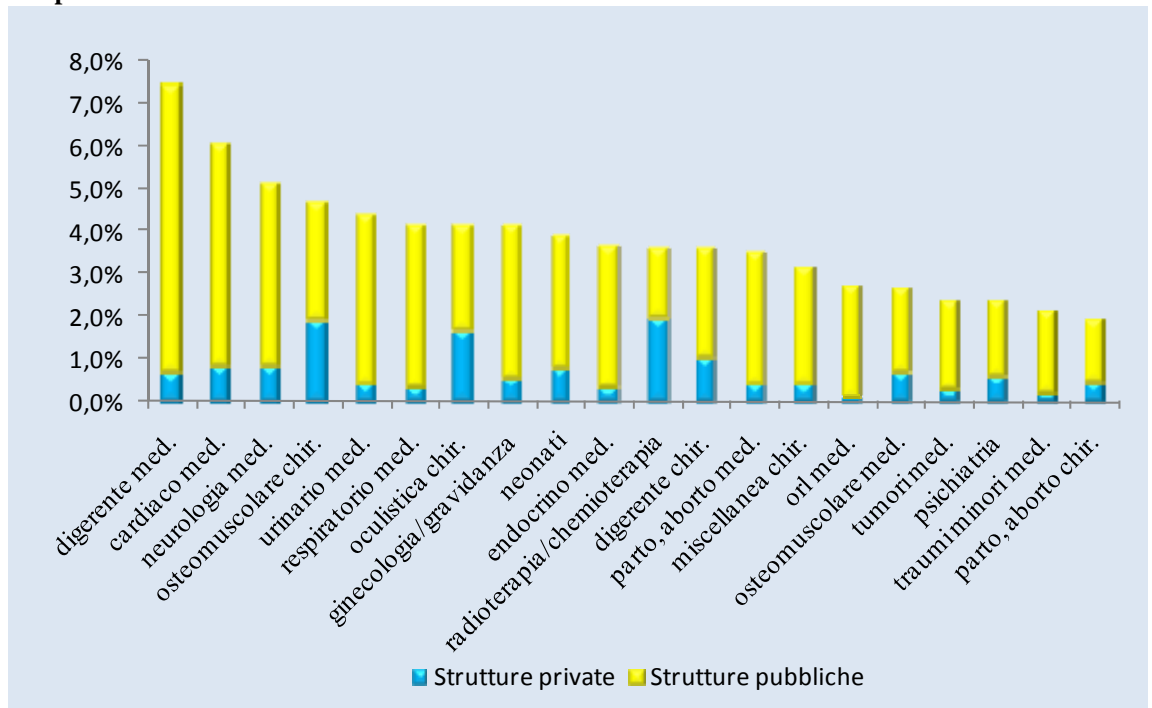
⁵ Le discipline a media/rara diffusione sono quelle che erogano prestazioni relative a patologie a più bassa incidenza che non richiedono una diffusione ampia, ma necessitano di una concentrazione in un numero ridotto di centri per poter trattare una casistica sufficientemente elevata da garantire l'efficacia delle cure erogate (ad esempio Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Grandi Ustioni).

Figura 5 - Incidenza delle prime 20 Linee Produttive (LP) del SSR Lazio sul totale dei ricoveri complessivi



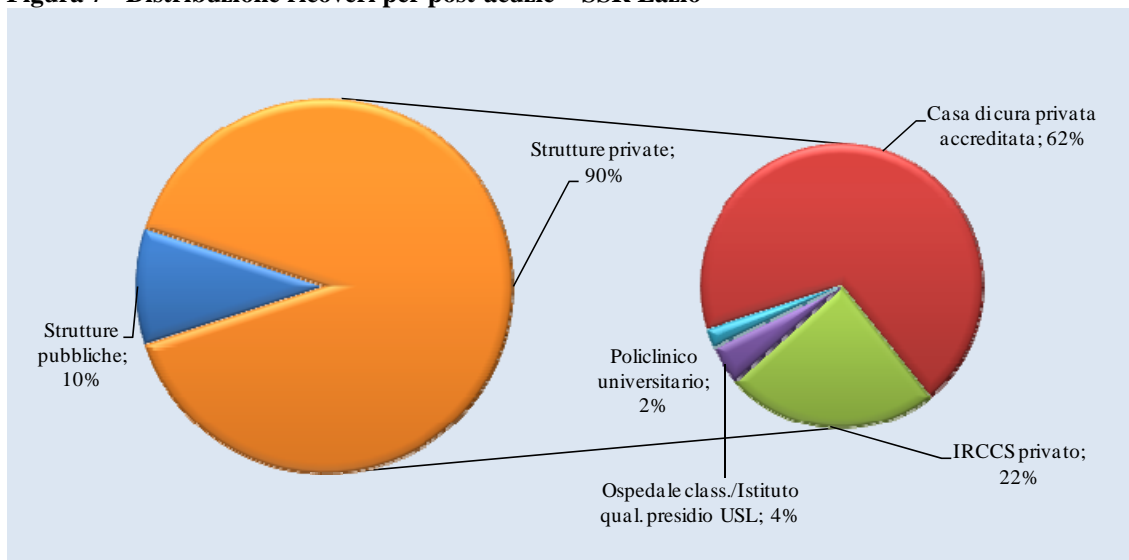
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, 2006

Figura 6 - Incidenza delle prime 20 Linee Produttive (LP) del SSR Sicilia sul totale dei ricoveri complessivi



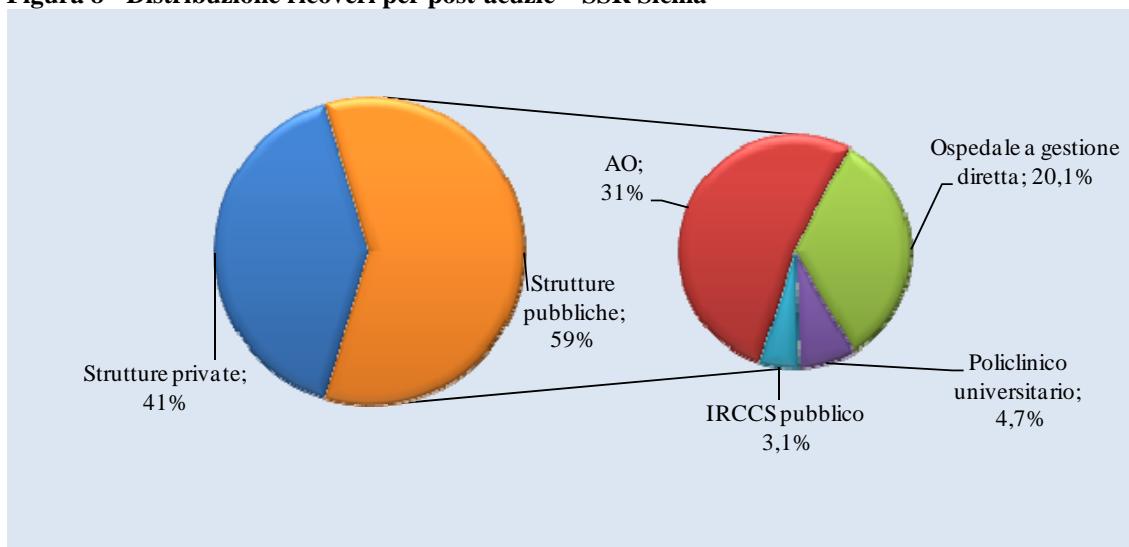
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, 2006

Figura 7 - Distribuzione ricoveri per post-acuzie – SSR Lazio



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, 2006

Figura 8 - Distribuzione ricoveri per post-acuzie – SSR Sicilia



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, 2006

Tale tendenza va anche legata al fatto che in Lazio esistono strutture di ricovero, soprattutto private, prevalentemente dedicate a questo segmento di attività (circa il 24%); mentre in Sicilia solo il 4% delle strutture ospedaliere (di cui il 3% private) concentra la propria attività in maniera rilevante nell'area post-acuzie, demandando quindi alle altre strutture, generaliste e specialistiche sia pubbliche che private, l'offerta dei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza.

Rispetto al tema del bacino di popolazione servita (per chi producono?), la regione Lazio si caratterizza per un tasso di attrazione di pazienti provenienti da altre regioni superiore a quello della Sicilia (9% contro il 2%) grazie alla concentrazione di strutture di ricovero operanti in aree ad alta specializzazione nell'area metropolitana di Roma, oltre che alle evidenti motivazioni geografiche. In particolare in Lazio, considerando i ricoveri complessivi per tipologia di azienda, si evidenzia come la mobilità attiva rappresenti una rilevante quota di attività per gli IRCCS privati (22,2%) e per i policlinici privati (17,4) seguiti da IRCCS e policlinici pubblici (rispettivamente 11,2% e 11,1%). Inoltre la mobilità attiva della regione Lazio è per il 57% proveniente da regioni limitrofe (Toscana, Marche, Umbria, Campania, Abruzzo e Molise) e per il 43% da altre regioni (soprattutto dalle regioni del sud – circa il 13% dalla Calabria e il 7,5% dalla Sicilia).

Tabella 4 - La mobilità attiva per tipologia di azienda – Lazio vs Sicilia

	Lazio		Sicilia	
	Ricoveri totali	<i>di cui fuori regione %</i>	Ricoveri totali	<i>di cui fuori regione%</i>
Azienda ospedaliera	159.536	7.4	564415	1.6
Ospedale a gestione diretta	398.024	4.3	373329	1.5
Policlinico Pubblico	93.590	11.1	131846	4.6
IRCCS pubblico	31.108	11.2	564	7.3
Casa di cura privata accreditata	224.792	7.4	214321	2.2
IRCCS privato	153.671	22.2	4591	2.4
Osp. classificato/Istituto qual. presidio USL	147.814	5.5	16542	1.1
Policlinico privato	118.898	17.4	-	-
Totale	1.167.897	9.2	1305608	2.0

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, 2006

3.3. Conclusioni

Il governo complessivo del SSR si basa sull'azione di committenza da parte della "capogruppo" nei confronti di tutti gli erogatori, pubblici e privati, presenti all'interno del SSR. L'esercizio di tale funzione è resa tanto più critica quanto più variegata e complessa è la pletera di tali soggetti in termini di tipologia giuridica, di caratteristiche dimensionali e di segmenti di attività offerti. In particolare, una presenza rilevante di soggetti privati (come mostra la situazione del Lazio e della Sicilia) pone una particolare enfasi su questa funzione che dovrebbe essere esercitata con la consapevolezza che i soggetti privati, se governati, rispondono in maniera coerente alle diverse politiche di governo messe in campo dalla regione.

In particolare, alla luce dei risultati della ricerca del CERGAS Bocconi, è possibile delineare scenari differenti per le due regioni analizzate (Lazio e Sicilia) evidenziandone, nello specifico, le

peculiarità in termini di ruolo degli erogatori privati di prestazioni ospedaliere.

In termini di attività erogate, la rete ospedaliera della regione Sicilia risulta prevalentemente focalizzata sugli erogatori pubblici e presenta soggetti privati prevalentemente di piccole dimensioni (<120 PL), in parte generalisti (27%) ed in parte specialisti nell'area acuti (14%), la cui attività rappresenta meno del 20% dei ricoveri complessivi offerti dal SSR, pur rappresentando quasi il 50% delle strutture di ricovero. Solo per poche aree produttive (osteomuscolare, oculistica e chemioterapia/radioterapia) si registra un contributo significativo da parte delle strutture private (più del 30%) rispetto a quanto erogato dagli soggetti pubblici. Allo stesso tempo, la rete pubblica risulta debolmente governata, dal momento che non esiste una chiara distinzione in termini di tipologia di attività tra Aziende ospedaliere (AO) e presidi a gestione diretta delle ASL. In questa confusione di ruoli, la riforma del SSR siciliano è finalizzata proprio a mantenere come AO solo quelle già specializzate o specializzabili ulteriormente su specifiche aree (3 AO di riferimento regionale, 2 aziende Arnas - Azienda di riferimento nazionale di alta specializzazione) e ad accorpate le altre all'interno dei presidi a gestione diretta delle Aziende sanitarie provinciali (ASP).

La rete ospedaliera della regione Lazio è costituita da numerosi operatori (il che rende particolarmente critica una loro gestione unitaria) la cui produzione è equamente suddivisa tra soggetti pubblici e privati, con questi ultimi costituiti da strutture, non solo di piccole (38%), ma anche di medie e grandi dimensioni (27%), tendenzialmente generaliste e specializzate nell'area post-acuzie. Anche in questo caso la rete appare debolmente governata: i soggetti privati erogano rilevanti volumi (più del 30% rispetto alle strutture pubbliche) su diverse aree di attività che si sovrappongono, a meno del segmento post-acuzie, a quelle dei soggetti pubblici (osteomuscolare, oculistica e chemioterapia/radioterapia, digerente, neonati, neurologia, urologia, psichiatria ecc.). La concentrazione di numerosi erogatori nella capitale determina anche rilevanti livelli di attrazione, soprattutto a favore dei grandi IRCCS e Policlinici privati.

Sebbene si evidenzino caratteristiche diverse in termini di posizionamento strategico degli erogatori della rete ospedaliera di Lazio e Sicilia, in entrambi i casi risulta necessario operare interventi di razionalizzazione e riorganizzazione sul sistema di offerta e avviare un complessivo processo di *change management* governato dalla capogruppo, che coinvolga tutti gli attori del sistema, pubblici e privati.

4. PROCESSI DECISIONALI E GESTIONE DEI SERVIZI IN UNA SANITÀ REGIONALIZZATA: IL PUNTO DI VISTA DEI DIRETTORI GENERALI DI ASL E AZIENDE OSPEDALIERE

A cura della Fondazione Censis

4.1. Il *background* formativo e professionale

Chi sono i direttori generali che hanno la responsabilità primaria nelle Asl e nelle Aziende ospedaliere, quali sono i loro percorsi formativi, in particolare universitari, e professionali, e quali sono nella loro visione le competenze più significative di cui hanno bisogno: sono queste alcune delle domande alle quali è stato possibile rispondere con una indagine su un panel di oltre 50 direttori generali di Asl e Aziende ospedaliere offrendo un profilo inedito di questi soggetti così determinanti nel concreto svolgersi della vita del Servizio sanitario.

La maggioranza dei direttori generali di Asl e Aziende ospedaliere intervistati (il 38,5%) dispone di una laurea in ambito medico, seguita dai laureati in giurisprudenza, che sono un quarto del totale. E' nel Sud che si registra la quota più alta di direttori generali delle Asl e delle Aziende ospedaliere che non ha una laurea di tipo medico-sanitario, visto che è addirittura il 40% ad avere una laurea giuridica. Inoltre, quasi la totalità degli intervistati possiede una specializzazione post laurea.

Quanto alle *esperienze professionali pregresse*, quasi il 61% ha operato in ambito medico-sanitario, mentre il 23,5% ha avuto esperienze professionali in ambito economico e poco meno del 16% in ambito politico (Tabella 1). Ancora una volta è al Sud che si registra una quota particolarmente elevata di intervistati che ha svolto attività professionale in ambiti diversi dal medico-sanitario, con oltre il 44% che ha lavorato in ambito politico e circa altrettanti in ambito economico.

Tabella 1 - Ambiti in cui i direttori generali di Asl e Aziende ospedaliere intervistati hanno svolto esperienze professionali pregresse, per area geografica (val. %)

	Nord	Centro	Sud e Isole	Totale
Medico/sanitario	74,1	53,3	33,3	60,8
Economico	7,4	40,0	44,4	23,5
Politico	11,1	6,7	44,4	15,7
Sociale	3,7	13,3	11,1	7,8
Giudiziario	3,7	0,0	11,1	3,9
Altro ambito	22,2	6,7	22,2	17,6

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: dati Censis-Fiaso, 2009

E' all'interno dell'amministrazione pubblica che in nettissima maggioranza i direttori generali intervistati hanno avuto le esperienze pregresse, con oltre il 64% in altre branche della Pa, poco meno del 38% all'interno della sanità pubblica, meno del 23% nel privato for profit e meno del 6% nel non profit. Ed è soprattutto al Nord che la sanità pubblica risulta essere l'orizzonte professionale assolutamente prevalente.

Rispetto al ruolo svolto, le competenze che i direttori generali percepiscono come più importanti sono quelle gestionali, tipicamente manageriali, indicate da oltre il 72% degli intervistati, seguite a grandissima distanza da quelle politiche e di *governance* (17,6%), e da quelle comunicative e relazionali (13,7%). Il richiamo alle competenze manageriali è, per molti aspetti, inevitabile, visto che essi operano in una dimensione imprenditoriale da media impresa con il 42% degli intervistati che ha nella propria azienda tra 1.500 e 2.500 unità di personale sanitario e il 48% tra 500 e 1.000 unità di personale non sanitario. La maggioranza gestisce tra 400 e 800 posti letto.

4.2. Decidere nella *sovranità limitata*: il peso della politica in sanità

Rispetto al profilo definito normativamente, dal quale il Direttore generale emerge come il vertice che dispone dei poteri di gestione e della responsabilità complessiva dell'azienda, dall'indagine risulta che secondo i direttori generali intervistati in realtà essi dispongono di un'*autonomia operativa vincolata*; infatti, se oltre il 37% ritiene che il modello decisionale in cui opera risulta molto diversificato a seconda dell'area operativa a cui si fa riferimento, il 27,5% sostiene che il processo decisionale delle strutture sanitarie va considerato come eterodiretto da vincoli normativi troppo stringenti (Tabella 2).

Tabella 2 - Opinioni dei direttori generali sulla forma del processo decisionale all'interno delle Asl e delle Aziende ospedaliere, per area geografica (val. %)

	Nord	Centro	Sud e Isole	Totale
- Molto diversificato a seconda dell'ambito	37,0	46,7	22,2	37,3
- Nei fatti eterodiretto da vincoli normativi troppo stringenti	25,9	20,0	44,4	27,5
- Il portato dell'azione dei tanti soggetti che vi operano	44,4	6,7	11,1	27,5
- Troppo condizionato da vincoli esterni di natura politica e finanziaria	11,1	26,7	55,6	23,5
- Molto caratterizzato dalla personalità e dalle scelte del dirigente	18,5	20,0	22,2	19,6
- In definitiva, espressione dell'autonomia dell'azienda	18,5	13,3	0,0	13,7

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: dati Censis-Fiaso, 2009

Spicca la diversificazione per area geografica delle opinioni degli intervistati rispetto al contenuto del processo decisionale che concretamente si svolge nelle Asl e nelle Aziende ospedaliere, infatti:

- al Nord oltre il 44% ritiene che esso sia il portato della pluralità di soggetti che vi operano;
- al Centro viene sottolineata l'estrema diversificazione a seconda delle aree prese in considerazione;
- mentre è al Sud che prevale il richiamo alla natura fortemente condizionata da vincoli politici e finanziari (55,6%) e la definizione di processo etero diretto, per effetto di una normativa troppo stringente (44,4%).

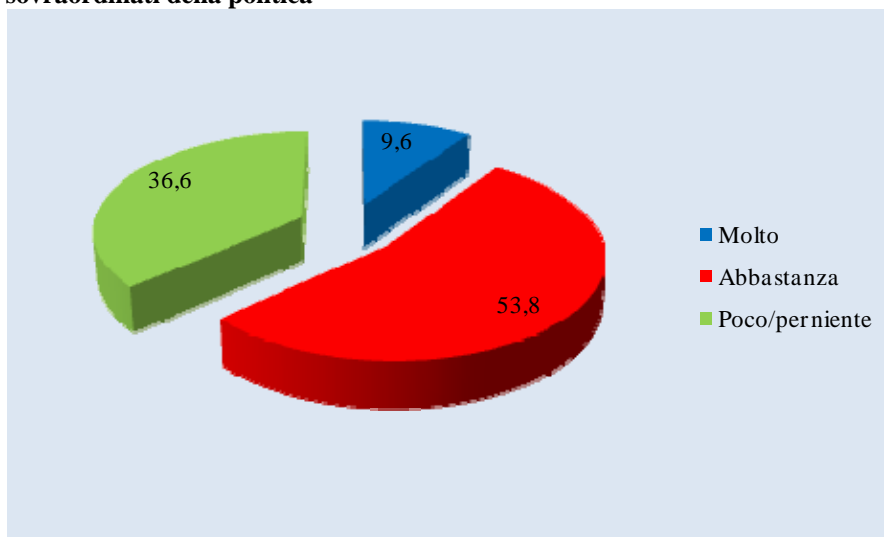
In pratica, cioè, sono soprattutto i direttori generali operanti nella sanità meridionale a sottolineare come la loro azione sia fortemente vincolata da una pluralità di fattori, normativi, politici e finanziari che, di fatto, ne svuotano l'autonomia e il potere decisionale.

Sembra, in altre parole, che a contare nell'azione dei direttori generali siano non tanto la decisionalità ed il potere di scegliere cosa e come fare, quanto piuttosto la capacità di costruire con i propri collaboratori le decisioni e quella di veicolare le stesse verso tutti i soggetti che ne sono coinvolti.

Responsabilità nelle strutture sanitarie significa per i direttori intervistati soprattutto la capacità di interagire con la pluralità di soggetti che operano in sanità. Cruciale è, ovviamente, il rapporto con la politica che, nell'attuale configurazione dei poteri gioca di fatto un ruolo preminente nella nomina dei direttori generali e, più in generale, nella sanità.

Oltre il 63% dei direttori generali intervistati definisce i rapporti con i sovraordinati della sfera politica molto (9,6%) o abbastanza intensi (53,8%) (Figura 1); l'incrocio per area geografica mostra che è nelle regioni del Sud che il rapporto con la politica è quasi totalizzante, tanto che tutti gli intervistati definiscono i rapporti molto o abbastanza intensi. Al Nord è, invece, il 51,5% a definirli molto o abbastanza intensi, mentre al Centro è meno del 44% a farlo.

Figura 1 – Intensità dei rapporti dei direttori generali con i propri sovraordinati della politica



Fonte: dati Censis-Fiaso, 2009

Operativamente, le decisioni sono prese con un robusto coinvolgimento dei collaboratori, sia per eventuali ristrutturazioni e ammodernamenti di singole unità organizzative (nei servizi, nelle strutture ecc.) (è quasi il 65% a condividere questo modello decisionale nell'ambito considerato), sia nella gestione delle risorse umane (66,7%).

Questo modello decisionale prevale in tutte e tre le aree geografiche, salvo il fatto che i direttori generali delle regioni meridionali, per le decisioni relative alle ristrutturazioni, tendono a ricorrere maggiormente al contributo dei tecnici.

Maggiore autonomia viene reclamata dagli intervistati relativamente alla gestione delle retribuzioni, degli incentivi e delle penalizzazioni (55,8%) e nella gestione del personale (55,8%) e, in misura nettamente meno rilevante, per l'ambito della riorganizzazione di servizi e di strutture (30,8%); personale e retribuzione sono sentiti come ambiti da rendere meno vincolati soprattutto dai direttori generali del Nord e del Centro, mentre al Sud gli intervistati fanno

riferimento soprattutto all'esigenza di ampliare lo spazio operativo autonomo nei processi riorganizzativi.

Metà dei direttori generali intervistati sottolinea di avere modificato rispetto all'ultima esperienza professionale il proprio stile decisionale, quota molto più elevata al Sud-isole e al Nord; in particolare la modifica dello stile decisionale è avvenuta nel senso di renderlo più relazionale e comunicativo, più orientato a fare conoscere e capire le scelte.

L'indagine ha anche permesso di verificare come si è evoluta la distribuzione del tempo di lavoro dei direttori generali in sanità in relazione alla pluralità di attività a cui devono dedicarsi; è emerso che, nella esperienza attuale rispetto al recente passato è aumentato soprattutto il tempo dedicato alla gestione finanziaria (58,8%), alla comunicazione e al marketing (quasi il 57% degli intervistati), alla gestione e alla valutazione della qualità (55%), alle riunioni e agli incontri con gli *stakeholder* (53,1%).

Il tempo dedicato alla gestione finanziaria è aumentato per una quota significativa di intervistati nelle regioni del Nord e in quelle del Sud. Qualità e marketing, invece, assorbono più tempo rispetto al passato soprattutto per i dirigenti generali del Centro.

4.3. Innovazione, ma a costo zero

L'indagine ha consentito anche di verificare se e in che misura nella percezione soggettiva degli intervistati siano state attivate iniziative di innovazione in vari ambiti significativi degli organismi sanitari di cui hanno la responsabilità.

E' risultato che l'innovazione per i direttori intervistati è una priorità operativa, anche se in tutta evidenza essa risulta espressione di una sorta di spinta volontaristica, una voglia di ridefinire il contesto operativo, senza potere contare su risorse aggiuntive dedicate per questo tipo di progetti.

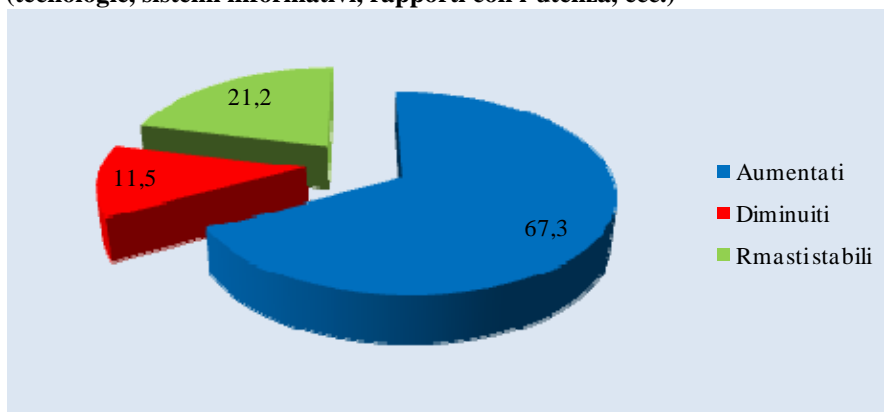
Infatti, dalle interviste risulta che, malgrado la scarsità di risorse, i dirigenti dichiarano di avere investito e impegnato più risorse in

iniziative di innovazione, dalla sfera gestionale a quella organizzativa rispetto agli anni passati.

La rappresentazione soggettiva che emerge in sostanza dalle interviste ai dirigenti è quella di strutture sanitarie connotate da più innovazione a *parità di risorse*, secondo una logica di trasformazione a *zero budget*.

In particolare, oltre il 67% degli intervistati indica che negli ultimi anni la propria azienda ha aumentato gli investimenti in progetti di innovazione, e sono soprattutto i direttori generali del Nord a dichiarare di avere investito di più per innovare (Figura 2).

Figura 2 – Andamento rispetto agli anni precedenti degli investimenti di risorse (finanziarie, di tempo, progettuali, ecc.) in innovazione in vari ambiti (tecnologie, sistemi informativi, rapporti con l'utenza, ecc.)



Fonte: dati Censis-Fiaso, 2009

E' nell'organizzazione dei processi interni (92,3%), nelle tecnologie (90,4%) e nei sistemi informativi interni (77,6%) che si è concentrato il maggiore sforzo innovativo secondo i direttori generali intervistati. Di estremo interesse la verifica delle criticità che più vincolano l'azione innovativa, dalla quale risulta che le difficoltà maggiori sono rappresentate dall'inadeguatezza delle risorse (55,8%), dall'atteggiamento critico e diffidente da parte dei soggetti coinvolti

(40,4%) e dagli spazi troppo stretti per fare vera innovazione (36,5%).

Se al Sud-isole il richiamo all'inadeguatezza delle risorse, come criticità prima rispetto all'innovazione, prevale nettamente, al Centro-Nord, invece, a contare è soprattutto l'atteggiamento critico e diffidente dei soggetti coinvolti, vale a dire una certa inerzialità di comportamenti che tendono a radicarsi ed a rendere difficili le strategie di mutamento dei contesti operativi della sanità.

La sanità vista dai direttori generali, quindi, sembra paragonabile ad una sorta di "corpaccione" che, senza risorse aggiuntive, tenta di innovare investendo quote delle risorse disponibili in progetti, a cominciare dai processi organizzativi, all'interno dei quali si cerca di mutare i modelli operativi.

4.4. Le criticità

I direttori generali costituiscono senza dubbio un *panel* particolarmente qualificato rispetto alla indicazione dei punti di forza e di debolezza dell'offerta sanitaria, e la loro percezione soggettiva della graduatoria delle problematiche da affrontare rappresenta un riferimento essenziale, anche rispetto a quella di altri soggetti coinvolti nella sanità.

Tra gli aspetti che più condizionano la direzione generale delle aziende sanitarie, il più importante secondo gli intervistati è l'instabilità finanziaria. Le risorse inadeguate o incerte sono segnalate da oltre il 78% degli intervistati. Segue la pressione mediatica, il fatto cioè che è sufficiente un piccolo errore per finire alla gogna, indicato da quasi il 57%, e quindi la forma giuridica dell'azienda, che oltre il 31% giudica inadeguata, il poco tempo per fare programmazione reale (27,5%) e l'eccessivo numero di *stakeholder* ai quali dare conto e /o coinvolgere (21,6%).

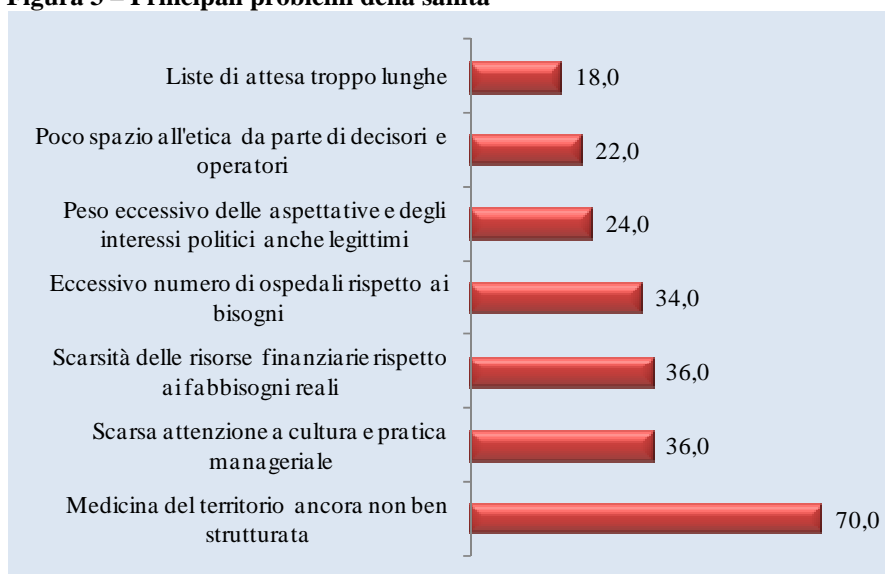
I direttori laureati in ambito medico-sanitario sottolineano soprattutto, tra le criticità, il poco tempo per fare programmazione reale e una forma giuridica percepita come poco adatta alle esigenze

reali delle strutture, mentre coloro che hanno lauree in discipline non sanitarie fanno più riferimento all'incertezza delle risorse finanziarie.

Quest'ultimo aspetto, relativo alla incertezza finanziaria, viene sottolineato soprattutto dai direttori che operano al Nord, mentre al Centro a condizionare la loro azione sono soprattutto la forma giuridica e il poco tempo per fare programmazione.

Quanto ai problemi più generali della sanità, dall'indagine risulta che i direttori intervistati fanno riferimento soprattutto alla ridotta strutturazione della medicina del territorio (indicata dal 70% degli intervistati). Seguono di nuovo le ridotte risorse rispetto ai reali fabbisogni finanziari, la poca attenzione alla cultura e pratica manageriale (36%), l'eccesso di ospedali rispetto ai bisogni assistenziali attuali (34%), e l'eccessivo peso delle aspettative, anche legittime, e degli interessi politici (Figura 3).

Figura 3 – Principali problemi della sanità



Fonte: dati Censis-Fiaso, 2009

Molto meno rilevante è il richiamo alla lunghezza delle liste di attesa che, invece, da ormai molti anni è in cima al *cahier de doléances* dei

cittadini; probabilmente questa criticità viene vista dai direttori generali come un portato della persistente inadeguatezza organizzativa della medicina del territorio, che fa affluire verso gli ospedali (percepiti in eccesso rispetto alla domanda reale) una domanda che avrebbe bisogno di ben altre risposte.

Va detto che sono soprattutto i direttori con una laurea medico-sanitaria a sottolineare il problema delle liste di attesa e la poca attenzione all'etica, mentre i laureati in discipline non sanitarie sentono molto più il problema della scarsità delle risorse rispetto ai fabbisogni reali e l'eccessivo peso delle aspettative e degli interessi politici.

La diversificazione territoriale della percezione delle problematiche più significative della sanità è la seguente:

- i direttori del Nord sono molto più attenti alla ridotta strutturazione della medicina del territorio ed alla inadeguatezza delle risorse rispetto ai fabbisogni reali;
- al Centro viene data maggiore attenzione al poco spazio lasciato all'etica da parte di decisori e operatori della sanità;
- al Sud i direttori generali intervistati fanno riferimento soprattutto alla scarsa attenzione data alla cultura e pratica manageriale, all'eccessiva lunghezza delle liste di attesa ed anche all'eccessivo peso degli interessi e delle aspettative, anche legittime, della politica.

4.5. Le proposte per migliorare l'offerta sanitaria

L'indagine ha permesso, infine, di enucleare un'agenda delle cose da fare dal punto di vista dei direttori generali per migliorare l'offerta sanitaria, che evidenzia come l'iniziativa che più riscuote consensi è l'attivazione di un confronto verificabile tra le diverse tipologie di *provider* dando visibilità alla valutazione delle loro *performance* (66%). Segue la connessa iniziativa di costruzione di un sistema organico per la diffusione e il trasferimento delle *best practice* (64%). Molto più distaccato risulta invece il richiamo all'attivazione

di procedure standardizzate di monitoraggio dei risultati di salute (38%).

Particolarmente favorevoli all'attivazione di una concorrenza virtuosa, trasparente e verificabile tra i *provider* risultano i direttori generali che operano al Nord e, in misura meno intensa, al Centro. Al Sud, invece, i direttori generali sono particolarmente favorevoli all'attivazione di un sistema di valutazione delle *performance* dei manager sanitari da rendere pubblico e vincolante per gli incentivi da concedere, e all'attivazione obbligatoria di un punto di accesso unico al sistema sociosanitario per il paziente.

Va sottolineato che i direttori che non hanno una formazione universitaria medico-sanitaria sono molto più favorevoli, rispetto agli altri, sia all'attivazione di un sistema di valutazione delle *performance* dei manager sanitari, da rendere pubblico e vincolante per gli incentivi da concedere, che alla definizione di un percorso standard di riqualificazione professionale nel tempo.

Quanto alle strategie di razionalizzazione delle aziende in cui i direttori generali operano, è assolutamente prevalente il richiamo alla necessità di promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, cosa che rinvia alla convinzione che attualmente è scarso l'uso razionale delle risorse rispetto al contenuto della domanda.

Segue la necessità di intervenire sulle procedure di acquisto di beni e servizi e su quelle relative ai farmaci. Anche rispetto alle proprie retribuzioni, i direttori generali individuano la necessità di una razionalizzazione, con un potenziamento della quota variabile legata strettamente a meccanismi trasparenti di valutazione della attività svolta.

Tema sicuramente rilevante è quello del rapporto con l'offerta privata, sia per le implicazioni che ha sulla spesa, sia per i problemi regolatori e di controllo dell'offerta stessa.

Dall'indagine emerge un orientamento preciso dei direttori generali di Asl e Aziende ospedaliere, con quasi l'81% che si dichiara favorevole a valorizzare il privato, ma sottoponendolo a controlli più rigorosi, mentre è una quota inferiore al 20% tra gli intervistati a

ritenere necessario uno sforzo per riportare tutta l'offerta sotto l'alveo pubblico (Tabella 3).

Tabella 3 - Opinioni dei direttori generali di Asl e Aziende ospedaliere sul rapporto tra servizio sanitario e strutture private, per area geografica (val. %)

<i>Rispetto al rapporto con i servizi privati accreditati/classificati, secondo Lei in questa fase occorre:</i>	Nord	Centro	Sud e Isole	Totale
Valorizzare il privato, sottoponendolo però a controlli più rigorosi	87,0	71,4	80,0	80,9
Riportare possibilmente tutti i servizi dentro la sfera pubblica	13,0	28,6	20,0	19,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: dati Censis-Fiaso, 2009

Non traspare quindi alcun intento punitivo verso il privato, ma piuttosto l'idea che occorra rendere i *provider* privati in grado di operare a pieno titolo nel sistema complessivo di offerta.

Questa convinzione è prevalente in modo territorialmente trasversale, anche se spicca la diversa intensità, visto che al Centro è ben il 28,6% degli intervistati a ritenere che il pubblico debba inglobare il complesso dell'offerta. E' molto più forte anche tra i direttori generali con formazione non medico-sanitaria la tentazione di puntare sul *tutto-pubblico*.

Va detto che questo punto di vista degli intervistati matura in un contesto in cui nell'ultimo anno la quota di offerta ascrivibile al privato è rimasta sostanzialmente stabile (salvo un lieve incremento) e anche la qualità dei rapporti tra pubblico e privato non ha subito modifiche sostanziali.

4.6. Il caso delle Regioni con Piani di rientro

Un'attenzione specifica è stata dedicata all'analisi delle Regioni con Piani di rientro (RPR) che, ovviamente, operano in un contesto finanziario e anche istituzionale particolare, molto più stringente in relazione agli obiettivi ed all'allocazione delle risorse.

Non a caso emergono differenze anche significative tra il gruppo di direttori delle RPR e quelli operanti nelle altre regioni, anche alla luce del fatto che è meno forte nelle RPR la presenza di persone con formazione universitaria ed esperienza professionale pregressa in ambito sanitario. A questo proposito, dall'indagine risulta che:

- nelle RPR è il 30% degli intervistati ad avere una laurea di tipo medico ed il 20% di tipo economico-statistico, mentre nelle altre regioni è quasi il 44% ad avere una laurea medica e nessuno ha una laurea economico-statistico;
- il 33% nelle RPR, di contro al 15,6% nelle altre regioni, dichiara di non avere avuto alcuna esperienza precedente come direttore in sanità;
- tra i direttori generali delle RPR, che hanno avuto esperienze pregresse in ambito sanitario, il 46,2% è rimasto in carica fino a 36 mesi, contro il 19,2% che nelle altre regioni ha avuto lo stesso tempo di permanenza in carica;
- tra i direttori generali delle RPR è più alta la quota di coloro che hanno avuto esperienze professionali nella sfera politica, in quella economica e nel sociale.

In pratica, l'indagine segnala come nelle RPR la sanità mostri una presenza maggiore di dirigenti provenienti da settori diversi, sia in termini di formazione universitaria che di esperienze professionali pregresse.

Va detto che i direttori generali intervistati nelle RPR indicano in misura molto più intensa rispetto a quelli delle altre regioni, come tipologie di competenze più rilevanti per la propria attività, quelle

gestionali-manageriali (l'85,7% di contro al 64% delle altre regioni), mentre le competenze politiche e di *governance* e quelle comunicative e relazionali sono più considerate nelle altre regioni (Tabella 4).

Tabella 4 - Livello di intensità dei rapporti dei direttori generali intervistati con i propri sovraordinati della sfera politica, per Regioni con e senza piano di rientro (val. %)

<i>Quanto sono intensi i rapporti con i suoi sovraordinati della sfera politica?</i>	Regioni con piani di rientro	Altre regioni	Totale
Molto	9,5	9,7	9,6
Abbastanza	61,9	48,4	53,8
Poco/per niente	28,6	41,9	36,5
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: dati Censis-Fiaso, 2009

Netta è la diversità di valutazione sui processi decisionali all'interno della sanità in cui operano, perché nelle RPR è molto più forte l'idea che essi siano di fatto eterodiretti da vincoli normativi troppo stringenti (40% degli intervistati), contro il 19,4% delle altre regioni. E' più alta anche la quota di direttori generali delle RPR che sottolinea l'esistenza di vincoli esterni di natura politica e finanziaria, mentre nelle altre regioni è più forte la convinzione che il processo decisionale sia articolato a seconda delle aree di competenza o come portato dell'azione dei tanti soggetti che vi partecipano.

Operativamente, gli intervistati delle RPR e delle altre regioni descrivono diversamente il processo decisionale che attuano. Infatti, nelle RPR è più forte la tendenza dei dirigenti a fare squadra con il proprio team di collaboratori (è l'80% a coinvolgerli ed a coinvolgere i sindacati), mentre nelle altre regioni è più forte la tendenza a coinvolgere il personale direttamente interessato alla decisione.

Circa la metà dei dirigenti delle RPR ha dovuto cambiare stile decisionale rispetto al passato, sia tecnicizzandolo fortemente, vale a dire ricorrendo di più a esperti, che rendendolo più comunicativo e relazionale.

Ciò dipende certamente dal fatto che si tratta di soggetti che, in misura maggiore, provengono da ambiti diversi dalla sanità e, quindi, hanno dovuto da un lato potenziare il supporto tecnico scientifico alle proprie scelte e, dall'altro, acquisire quella capacità operativa fondamentale in ambito sanitario per i direttori generali, che è appunto la capacità di comunicare le decisioni e di relazionarsi con una pluralità di soggetti.

Nelle RPR i direttori generali hanno dovuto aumentare anche il tempo dedicato alla gestione finanziaria, alla gestione del personale ed alla comunicazione e marketing.

Sul delicato nodo del rapporto con la politica, dai dati emerge che nelle RPR vi sono rapporti molto più intensi con i propri sovraordinati della politica, con oltre il 71% dei direttori intervistati che dichiara di avere rapporti molto o abbastanza intensi, rispetto al 58% circa delle altre regioni.

Quanto ai principali problemi della sanità, se in entrambi gli aggregati di regioni a prevalere è il richiamo alla scarsa strutturazione della medicina del territorio, e ad un eccesso di offerta ospedaliera rispetto ai reali fabbisogni della domanda sanitaria di riferimento, nelle RPR è nettamente più alto il richiamo alla prevalenza delle compatibilità finanziarie rispetto alle esigenze di salute dei cittadini, o ancora il richiamo al peso delle esigenze politiche.

Diverse anche le agende del *che fare* nei due aggregati di regioni:

- anche nelle RPR prevale, come detto, il richiamo al confronto tra le diverse *performance* delle strutture sanitarie, ma spicca soprattutto il richiamo alla necessità di attivare supporti per l'azione del management sanitario, un sistema di valutazione delle *performance* dei manager da rendere pubblici e decisivi per la remunerazione, e l'obbligatorietà di un punto unico di accesso alle prestazioni sociosanitarie;

- nelle altre regioni è molto più alta la quota di direttori che richiama il confronto tra le *performance* delle strutture sanitarie ed il trasferimento delle *best practice*, nonché l'attivazione di procedure standardizzate di monitoraggio dei rischi di salute.