

# I Piani regionali di rientro. Analisi dinamica sistemica

GLORIA FIORANI, MARCO MENEGUZZO

*The article presents an innovative technique and method in order to define, implement and evaluate decision makers' policies in regional Italian sanitarian context: the System Dynamics approach. It may help regional and political decision makers since the output of systems to stimulations from the outside – that is, policies application from decision-makers – is more than often subject to intrinsic delays due to the underlying structure of the system: the so called «policy resistance» phenomenon may arise, thus meaning a failure of such policies or changing actions even in presence of the strongest commitment towards change. The article analyses the recent sanitarian regional policies directed to solve the structural debt by using System dynamics approach.*

Keywords: Piani di rientro, regional deficit, regional debt, System Dynamics, health policies

Parole chiave: Piani di rientro, disavanzo regionale, debito regionale, System Dynamics, politiche sanitarie

#### Note sugli autori

Gloria Fiorani e Prof. Marco Meneguzzo, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma «Tor Vergata»

## 1. Analisi dinamica dei sistemi e valutazione delle politiche sanitarie

Come è noto, diverse Regioni si trovano oggi a dover fronteggiare una situazione di disavanzo strutturale e di debito pregresso maturato sino a fine dicembre 2005 particolarmente consistenti (solo il Lazio ha accertato circa € 10 miliardi di debito al 31.12.2005).

In questo articolo si vuole offrire una chiave di lettura innovativa ai processi in atto in alcune Regioni, finalizzati al risanamento della situazione economico-finanziaria, processi noti come «Piani di rientro».

Elemento caratterizzante del modello interpretativo proposto è a livello metodologico l'utilizzo dell'analisi dinamica dei sistemi (SYSDYN), finalizzato a meglio descrivere le variabili e le dinamiche che hanno portato all'attuale situazione di insostenibilità.

SYSDYN, o analisi della dinamica dei sistemi, le cui principali caratteristiche sono sintetizzate nel **box 1**, ha ritrovato, dopo una fase di stasi seguita all'ampio utilizzo che ne ha caratterizzato l'introduzione verso la fine degli anni '70, una nuova stagione di sviluppo all'interno dei sistemi sanitari, sia a livello macro (valutazione delle diverse opzioni di politica sanitaria, supporto alle scelte strategiche delle aziende e delle organizzazioni sanitarie) che a livello micro (supporto alle scelte di *operation management*, dalla programmazione delle sale operatorie, alla gestione delle code o delle urgenze). Per un quadro di sintesi delle più recenti applicazioni si veda il **box 2**.

Analisi dinamica dei sistemi può, infatti, arricchire ed integrare i modelli interpretativi, propri dell'approccio economico aziendale, sulla formazione dei disavanzi regionali evidenziando la presenza di difficoltà nella comprensione degli impatti indotti dalle po-

## SOMMARIO

1. Analisi dinamica dei sistemi e valutazione delle politiche sanitarie
2. *System dynamics* e Piani di rientro, circoli viziosi e archetipi
3. Piani di rientro a confronto
4. Riflessioni e proposte per garantire fattibilità ed efficacia ai Piani di rientro

**Box 1**

Elementi di analisi sistemica (\*)

**Le variabili.** La relazione tra due variabili  $x$  e  $y$  può essere positiva o negativa: è positiva se, a parità di tutte le altre condizioni, all'aumentare (diminuire) di  $x$ ,  $y$  aumenta (diminuisce) al di sopra di quanto sarebbe stato altrimenti oppure  $x$  «aggiunge quantità» ad  $y$ ; è negativa se, a parità di tutte le altre condizioni, all'aumentare (diminuire) di  $x$ ,  $y$  diminuisce (aumenta) al di sopra di quanto sarebbe stato altrimenti oppure  $x$  «toglie quantità» ad  $y$ .

**I circuiti.** Un circuito (di retroazione) può essere definito come una catena di due o più variabili che si influenzano reciprocamente. Contando, all'interno di un circuito di retroazione, il numero di segni «-» delle relazioni causali tra variabili è possibile distinguere i circuiti in due categorie, a seconda della loro polarità: *i circuiti a retroazione positivi* (se la somma dei segni «-» è pari) e *i circuiti a retroazione negativi* (se la somma dei segni «-» è dispari). *I circuiti di retroazione positivi* (nel testo rappresentati con la lettera «R» di «Rinforzo») tendono ad *amplificare* in modo esponenziale eventuali stimoli esterni; *i circuiti di retroazione negativi* (nel testo rappresentati dalla lettera «B» di «Bilanciamento») tendono, invece, ad *attutirli*.

**Le strutture sistemiche.** Ciascuna variabile compresa in un determinato circuito di retroazione può essere parte di più circuiti di retroazione contemporaneamente; tramite tali variabili, che svolgono un ruolo di connessione tra più circuiti, si formano strutture sistemiche più o meno complesse.

**Gli archetipi sistemici.** Paradigmi, modelli mentali, schemi di riferimento che possono essere utilizzati per interpretare i fenomeni dinamici che emergono dall'osservazione della realtà. Gli elementi fondamentali di un archetipo sistemico sono: (1) la descrizione di una situazione o di un comportamento problematico; (2) la descrizione del sistema che ha generato il comportamento osservato; (3) un insegnamento o un principio che emerge dall'interpretazione in chiave sistemica del fenomeno osservato.

(\*) Per un approfondimento si veda Mollona, 2000.

**Box 2**

Applicazione di modelli *System Dynamics* in sanità

Da un'analisi sistematica della letteratura scientifica emerge che, nell'ultimo decennio, i modelli *SYSDYN* sono stati applicati in vari settori sanitari.

Per il settore sanitario, la *system dynamics society* ([www.systemdynamics.org](http://www.systemdynamics.org)) ha fondato uno *special interest group* che si occupa unicamente del tema delle politiche sanitarie.

Vengono di seguito riportate alcune applicazioni in materia di prevenzione della salute/epidemiologia e di gestione di cura ed emergenza:

- Abdel-Hamid, T.K. (2002), Modeling the dynamics of human energy regulation and its implications for obesity;
- Dangerfield, B.C. (1999), System dynamics applications to European health care issues (studi sull'epidemia di AIDS);
- Fett, M.J. (2001), Computer modeling of the Swedish two county trial of mammographic screening and trade offs between participation and screening interval;
- Hirsch G., Homer J., McDonnell G., Milstein B. (2005), Achieving health care reform in the United States: towards a whole system understanding;
- Homer, J.B. and Hirsch, G.B. (2006), System dynamics modeling for public health: background and opportunities (sulla prevenzione delle malattie);
- Lattimer, V. et al. (2004), Reviewing emergency care systems I: insights from system dynamics modeling (sui servizi di assistenza domiciliare e cateterismo cardiaco);
- Meneguzzo M. et al. (2008), Applicazione del system dynamics modeling in sanità alla luce degli impatti generati dalla spesa in ICT e dalle scelte di accentramento di attività;
- Royston, G. et al. (1999), Using system dynamics to help develop and implement policies and programmes in health care in England;
- Taylor, K. and Dangerfield, B. (2005), Modeling the feedback effects of reconfiguring health services (sull'ottimizzazione dei flussi di pazienti nei servizi di cura d'emergenza);
- Wolstenholme E. (2005), The potential of system dynamics: A new area of strategic planning?;
- Wolstenholme E., Monk D., McKelvie D., Smith G. (2006a), Influencing and Interpreting Health and Social Care Policy in the UK;
- Wolstenholme E., Repper D., Todd D., Monk D., McKelvie D. (2006b), Implementation of a Stepped Care Approach to Depression Services in North West England.

Regioni	2004	2005	2006	2007
<b>Piemonte</b>	- 662,245	- 6,467	1,339	- 96,119
<b>Valle d'Aosta</b>	23,698	- 12,598	- 17,360	- 14,432
<b>Lombardia</b>	- 30,039	2,031	- 0,293	9,429
<b>Provincia autonoma Bolzano</b>	279,050	28,532	25,039	17,448
<b>Provincia autonoma Trento</b>	179,429	- 2,418	- 15,644	- 1,653
<b>Veneto</b>	2,677	- 116,219	83,243	2,212
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	109,328	26,903	18,788	23,715
<b>Liguria</b>	- 310,471	- 253,288	- 95,593	- 141,500
<b>Emilia-Romagna</b>	- 440,554	- 37,584	- 19,051	12,797
<b>Toscana</b>	- 241,076	- 20,347	- 98,737	95,131
<b>Umbria</b>	- 82,337	1,156	- 54,716	13,201
<b>Marche</b>	- 144,904	- 24,360	- 47,396	24,281
<b>Lazio</b>	- 2.158,588	- 1.940,954	- 1.966,913	- 1.409,657
<b>Abruzzo</b>	- 291,808	- 221,456	- 137,673	- 117,400
<b>Molise</b>	- 89,116	- 146,285	- 68,494	- 62,429
<b>Campania</b>	- 1.323,058	- 1.786,522	- 749,714	- 697,469
<b>Puglia</b>	21,168	- 309,078	- 210,811	- 199,831
<b>Basilicata</b>	- 34,456	- 49,477	2,987	- 13,195
<b>Calabria</b>	- 147,891	- 80,109	- 55,306	- 24,284
<b>Sicilia</b>	- 817,329	- 699,266	- 970,230	- 524,439
<b>Sardegna</b>	- 252,028	- 325,873	- 129,216	- 68,268
<b>Totale</b>	<b>- 6.410,549</b>	<b>- 5.973,679</b>	<b>- 4.505,750</b>	<b>- 3.172,463</b>

**Tabella 1**

Risultato di esercizio dei  
Ssr. Anni 2004-2007  
(milioni di euro)

Fonte: Mef (2007), secondo  
i risultati del tavolo  
di monitoraggio sulla spesa

litiche sanitarie e nella *governance* e controllo dei processi di messa in opera delle stesse politiche.

## 2. System dynamics e Piani di rientro, circoli viziosi e archetipi

Per meglio capire il valore interpretativo che può essere generato dall'analisi dinamica dei sistemi occorre partire proprio dal nodo critico della presenza di disavanzi regionali consistenti, che hanno dato luogo alle politiche di risposta basate sui Piani di rientro (**tabella 1**).

Nel 2005 Lazio, Campania e Sicilia, con disavanzi rispettivamente pari a 1.941 milioni, 1.787 milioni e 699 milioni di euro, contribuiscono a formare oltre il 70% del disavanzo complessivo.

Come è ben noto, i deficit sono stati coperti dalle Regioni attraverso il ricorso al debito.

A questo proposito preoccupante appare il fenomeno del ritardo nei pagamenti nei confronti dei fornitori (debito di natura commer-

ciale). In alcune Regioni si sono raggiunte cifre elevate con la formazione di ulteriore debito per mora automatica e contenzioso aperto con le imprese creditrici. Oltre l'80% dello scoperto dei fornitori (in totale pari a 22 miliardi di euro) si concentra, a fine 2005, in nove Regioni: Lazio (20%), Lombardia (14%), Campania (23,7%), E. Romagna, Puglia, Toscana, Veneto, Piemonte e Sicilia.

L'importo dei mutui contratti da Ao e Asl risulta, invece, complessivamente esiguo; tale forma di indebitamento è, inoltre, del tutto assente in alcune realtà territoriali (Molise, Puglia, Basilicata).

Altre forme di indebitamento, seppure non rientranti tutte nel debito finanziario, quali debiti verso Regione e Province autonome, enti locali, Aziende sanitarie pubbliche, Arpa, banche tesoriere, Stato per tributi e Istituti di previdenza, ammontano complessivamente a quasi 10 miliardi di euro.

La copertura dei deficit attraverso il ricorso al debito ha, tuttavia, creato le basi per una patologica ingovernabilità della spesa regionale: il consistente debito accumulato,

generando una massiccia spesa per interessi, ha finito per aumentare il disavanzo. La rappresentazione sistemica di questa dinamica (figura 1) evidenzia la contemporanea presenza di due circuiti di retroazione. Il primo è un circuito negativo di bilanciamento (B1) e rappresenta il processo di aggiustamento, consapevolmente messo in atto dalle Regioni, volto a eliminare il sintomo del problema (ricorso al debito per ridurre il disavanzo). In parallelo si è avviato un processo positivo di rinforzo (R1), che rappresenta la conseguenza spontanea ed indesiderata della decisione (crescita degli interessi e, quindi, del disavanzo). Le azioni di bilanciamento, volte a ristabilire l'equilibrio nel sistema, sono riuscite in un primo momento ad attenuare il problema; in un momento successivo, si è determinato un peggioramento della situazione, spingendo le Regioni a ricorrere ancora di più al debito.

Si è, quindi, innescato un primo e pericoloso «circolo vizioso»; si fa riferimento al termine utilizzato a partire dagli anni '60 da studiosi di amministrazioni pubbliche che hanno messo in rilievo gli «effetti indeside-

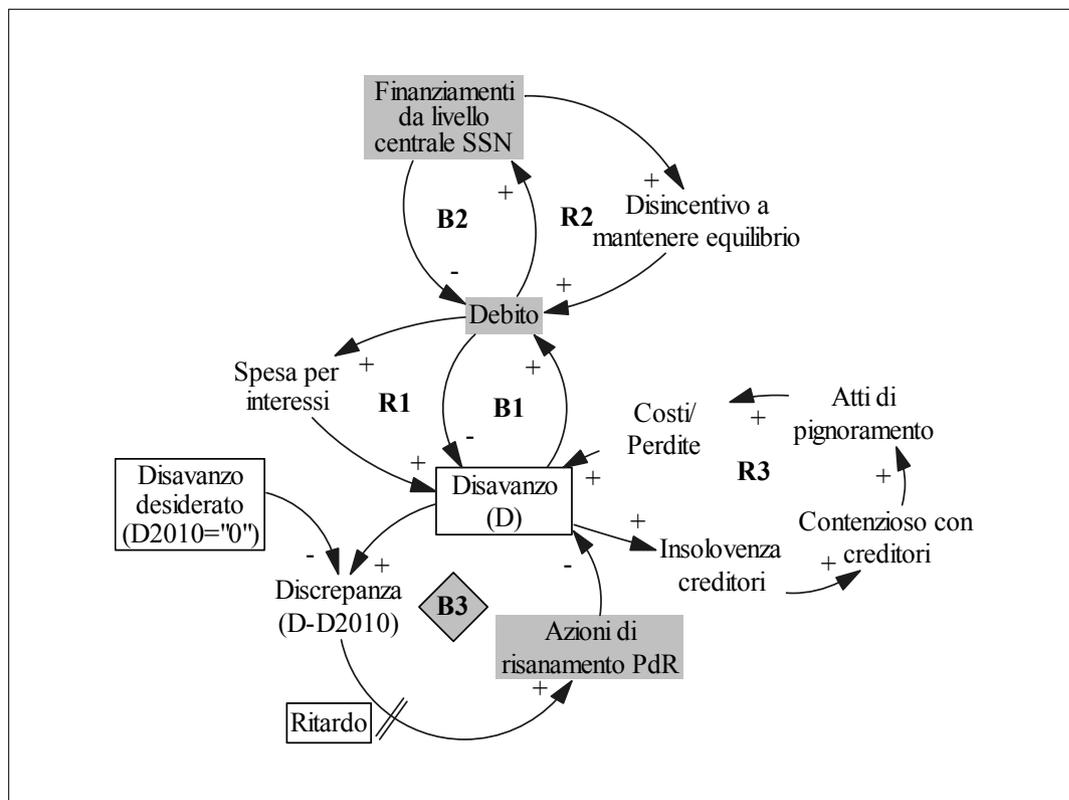
rati» delle politiche pubbliche, volte inizialmente ad eliminare problemi di inefficienza e bassa qualità con un effetto finale imprevedibile di creazione di ulteriori problemi.

Tale circolo vizioso viene riletto nell'analisi dinamica dei sistemi come l'archetipo delle «soluzioni che falliscono», utile per illustrare un principio fondamentale nella gestione della dinamica dei sistemi, siano essi singole aziende ed organizzazioni, reti e/o gruppi di aziende ed organizzazioni e sistemi di aziende ed istituzioni presenti sul territorio.

Come per i circoli viziosi, questo archetipo descrive l'impatto nel medio-lungo periodo delle politiche pubbliche di intervento, apparentemente «razionali» nel breve periodo. Infatti, politiche che individuano delle scorciatoie nella soluzione dei problemi possono determinare un peggioramento della situazione negli anni successivi; è quindi necessario comprendere le caratteristiche dei problemi a cui deve rispondere il decisore pubblico regionale e fissare obiettivi di lungo periodo.

**Figura 1**

Soluzioni che falliscono e soluzione ottimale



Altri circoli viziosi, propri di questo archetipo, si sono manifestati in seguito delle scelte regionali basate sulla convinzione che il debito maturato per coprire i disavanzi sarebbe stato prima o poi ripianato a livello centrale, replicando prassi più volte riscontrate a partire dall'istituzione del Ssn.

Il dibattito che ne è derivato si è focalizzato in prevalenza sull'opportunità o meno di far gravare sull'intero Ssn le inefficienze di alcuni sistemi sanitari regionali. In diverse occasioni le Regioni più «virtuose» hanno dichiarato la propria contrarietà a destinare risorse aggiuntive alle Regioni indebitate, interpretando le scelte del livello centrale quasi come un «premio all'inefficienza», che penalizza proprio le Regioni in situazione di equilibrio economico-finanziario.

La rappresentazione sistemica del comportamento appena descritto (figura 1) evidenzia anche in questo caso la contemporanea presenza di due circuiti di retroazione: uno negativo di bilanciamento (B2), che illustra il processo di aggiustamento volto a eliminare il sintomo del problema (ricorso al finanziamento dal Centro) e uno positivo di rinforzo (R2), che rappresenta la conseguenza indesiderata e inattesa della decisione (disincentivo a mantenere l'equilibrio/incentivo a ricorrere ancora al debito). Anche in questo caso, le azioni di bilanciamento, volte a ristabilire l'equilibrio nel sistema, hanno determinato un complessivo peggioramento della situazione, dando così luogo ad un secondo circolo vizioso negativo.

Alternativa quasi obbligata diventa così l'adozione di interventi strutturali sulla spesa pubblica (Circuito di bilanciamento B3, figura 1), soluzione adeguata ed efficace per rispondere al fabbisogno finanziario riconducibile ai fondi sanitari regionali. Grazie a questi interventi si evitano le forti difficoltà nella gestione quotidiana delle aziende sanitarie derivanti, come bene evidenzia la situazione della Regione Lazio, dall'insolvenza e/o dai ritardi di pagamento nei confronti dei fornitori di beni e servizi. Alle difficoltà legate alla gestione dei creditori segue, infatti, l'incremento del contenzioso e degli atti di pignoramento presso le aziende, con ulteriori costi a carico dei bilanci regionali (Circuito di rinforzo R3, figura 1).

Interrompere tali circoli viziosi è un passo faticoso ma necessario che il MEF ha saputo

intraprendere in modo sostanziale, vincolando alcune Regioni, a partire dal 2007, alla predisposizione e alla realizzazione di specifici Piani di rientro<sup>1</sup> finalizzati a fronteggiare il disavanzo strutturale e la situazione di debito pregresso (Circuito di bilanciamento B3, figura 1).

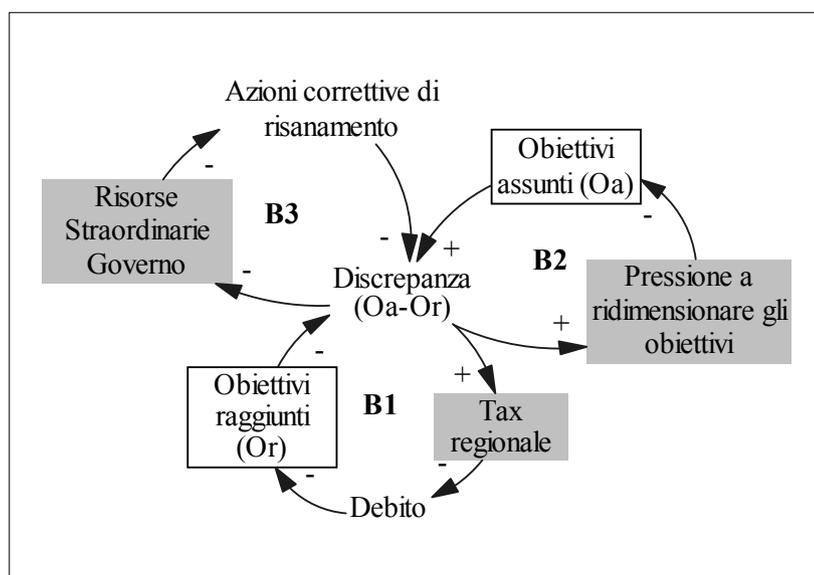
Dalle verifiche condotte dal tavolo di monitoraggio sulla spesa sanitaria, solo sette Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria Puglia e Basilicata) sono risultate adempienti. Un caso a parte è rappresentato dalle Marche che non presentava particolari criticità quanto alla situazione finanziaria, mentre risultava parzialmente inadempiente rispetto ad indicazioni contenute nella normativa nazionale<sup>2</sup>.

Sette Regioni (Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Liguria, Sicilia e Sardegna) hanno predisposto un Piano di rientro e sono oggi in «affiancamento» da parte delle strutture del MEF e di *advisors* tecnici; alcune criticità sono emerse anche per Piemonte e Calabria chiamate a mettere a punto un Piano di rientro.

Con la sottoscrizione del Piano di rientro ciascuna Regione si impegna formalmente con il Ministero della salute e il Me a progettare e mettere in atto un percorso di risanamento capace di condurre, nell'arco di tre anni, al pareggio di bilancio. A questo impegno corrisponde, da un lato, il vincolo per le Regioni, in mancanza del raggiungimento degli obiettivi assunti, ad aumentare la tassazione regionale sino alla copertura del debito (Circuito di bilanciamento B1, figura 2); dall'altro lato la disponibilità del Governo a corrispondere risorse straordinarie per la copertura dei debiti pregressi.

Il livello centrale ha, quindi, imposto per la prima volta in modo fermo e rigoroso l'attuazione delle indicazioni contenute nei provvedimenti di riforma del Ssn (D.L.vo 512/92, 517/93 e 229/99) che statuiscono l'autonomia e la responsabilità delle Regioni nell'utilizzo del Fondo Sanitario e nell'eventuale azione di rientro del debito.

I Piani di rientro non costituiscono una semplice dichiarazione di intenti; ad ogni Piano sono associati un insieme di obiettivi di risparmio con una quantificazione dell'impatto atteso e un'azione di monitoraggio trimestrale da parte del MEF sull'arco del triennio. Il mancato superamento delle



**Figura 2**  
Le azioni di bilanciamento

verifiche preclude alle Regioni la possibilità di accedere alle risorse aggiuntive e l'obbligo di ulteriori azioni correttive (Circuito di bilanciamento B3, figura 2). Questa impostazione «contrattuale» del rapporto Governo-Regioni rappresenta una novità di rilievo rispetto a precedenti prassi, nella misura in cui impone un meccanismo circolare di programmazione-gestione-rendicontazione, molto debole in passato.

D'altra parte, la consapevolezza, da parte dei principali attori interessati, dell'obbligatorietà della manovra e dell'impossibilità di un rinvio permette di evitare il rischio che si vada incontro, come è successo fino ad oggi, al fenomeno (archetipo sistemico) dell'*erosione degli obiettivi*. Tale archetipo sistemico evidenzia come la constatazione del peggioramento della situazione economica-finanziaria potrebbe indurre gli attori a risolvere il problema attraverso il ridimensionamento degli obiettivi di efficienza, generando un peggioramento della situazione (Circuito di bilanciamento B2, figura 2). Vengono così trascurate politiche di intervento finalizzate alla revisione dei processi di offerta di servizi e al recupero di produttività. Tale progressiva riduzione delle ambizioni spinge il soggetto interessato in un circolo vizioso negativo di «obiettivi mediocri – risultati mediocri» che rispecchia la situazione attuale di molte Regioni italiane.

La definizione e l'attuazione dei Piani di rientro ha profonde ripercussioni sui sistemi sanitari delle Regioni interessate, proponendosi come un insieme di interventi strutturali per il risanamento complessivo: il ridisegno della rete di offerta con una decisa contrazione dei posti-letto per acuti, lo sviluppo dei servizi territoriali e di prevenzione, l'abbattimento della spesa farmaceutica, la razionalizzazione dei processi di acquisizione di beni e servizi, etc. La posta si è alzata e questo «fare sul serio» richiede regole del gioco diverse, sia chiamando gli Assessorati, le Direzioni regionali e le Agenzie sanitarie regionali a svolgere quella funzione programmatica e di governo della spesa prevista dall'attuale assetto del Ssn, sia imponendo a cascata alle aziende sanitarie ed ai loro vertici direzionali il raggiungimento di obiettivi di performance in modo ben più vincolante che in passato.

I Piani di rientro assumono un significato che va ben oltre la sola definizione di misure per il contenimento della spesa, assumendo la configurazione di strumenti di riordino strutturale e di ridefinizione complessiva dei ruoli tra i diversi attori del sistema sanitario (Governo, Regioni, Aziende sanitarie, erogatori privati, enti locali, altri soggetti pubblici e privati).

Nei prossimi paragrafi verranno analizzati in chiave comparata e sistemica i sette Piani di rientro e poste in rilievo alcune potenziali criticità derivanti dall'attuazione delle misure ivi contenute.

### 3. Piani di rientro a confronto

#### 3.1. Struttura dei Piani

I Piani di rientro delle Regioni Lazio, Abruzzo, Campania, Sicilia, Liguria, Molise e Sardegna presentano un'evidente omogeneità strutturale. I documenti si aprono con una sintetica descrizione del quadro normativo<sup>3</sup> di riferimento corredato da una sintesi dei contenuti del Patto per la salute e della Legge finanziaria 2007. In questa prima parte viene sottolineato il raccordo tra il Piano di rientro e gli ordinari strumenti di programmazione. Le Regioni si impegnano, inoltre, a garantire che i programmi di cui agli Accordi di programma<sup>4</sup> siano coerenti con gli interventi previsti dal Piano di rientro e a fornire

gli elementi documentali per la verifica dei Lea.

La **tabella 2** riassume la posizione di ciascuna Regione in materia di programmazione sanitaria.

Nei Piani di rientro il quadro normativo è di norma seguito da una *descrizione del contesto* in cui la Regione si trova ad operare. Al fine di effettuare un'analisi comparata tra i contenuti dei diversi Piani, sono state individuate cinque aree oggetto di indagine:

- il contesto economico-finanziario;
- il contesto demografico;
- il contesto socio-economico (*occupazione, reddito, consumi, istruzione, povertà, criminalità, migrazione, contesto urbano*);

– lo stato di salute della popolazione (*mortalità, cause di mortalità, diffusione malattie*);

– il contesto organizzativo e gestionale del Ssr (*risorse umane, assistenza farmaceutica, offerta di ricovero e assistenza ospedaliera*).

Per ciascuna area oggetto di indagine, nella **tabella 3** è riportato il livello di approfondimento della descrizione effettuata nei rispettivi Piani regionali. Nel confronto, particolarmente approfondita risulta l'analisi del Piano della Campania, nel quale vengono fornite dettagliate informazioni relative al contesto socio-economico e allo stato di salute della popolazione.

<b>Lazio</b>	Il Psr ha esaurito la sua azione nel 2004. La Regione sottolinea il raccordo tra i contenuti del Piano di rientro e quelli del nuovo Psr in corso di elaborazione; con il Piano di rientro si impegna ufficialmente ad adeguare tale documento alle indicazioni del Psn 2006-2008.
<b>Abruzzo</b>	Dopo 10 anni di attesa, la Regione si è dotata di un nuovo PSR (2008-2010).
<b>Campania</b>	Il Psr ha esaurito la sua azione nel 2004. Il Piano di rientro si inserisce nell'alveo degli ordinari strumenti della programmazione ma in parte ha una valenza «sovraordinata e straordinaria» rispetto agli stessi. Con il Piano di rientro, la Regione si impegna ufficialmente ad adeguarlo alle indicazioni del Psn 2006-2008.
<b>Sicilia</b>	Il Psr risale al 2000-2002. La Regione ha adottato un atto di indirizzo per la politica sanitaria del triennio 2007-2009 e per l'aggiornamento del Psr che, coerente con le linee di azione e le strategie previste nel Piano di rientro, la Regione avrebbe dovuto adottare entro il 31/12/2007 (non ancora adottato); con il Piano di rientro si impegna ufficialmente ad adeguare tale documento alle indicazioni del Psn 2006-2008.
<b>Liguria</b>	L'ultimo Psr risale al periodo 2003-2005. Maggio 2008: la Regione presenta una prima bozza del Psr 2008-2010.
<b>Molise</b>	L'ultimo Psr risaliva al periodo 2002-2004. È stato recentemente approvato il Psr 2008-2010.
<b>Sardegna</b>	Dopo 20 anni di distanza dal precedente documento di programmazione sanitaria, la Regione si è dotata del Prss (Piano regionale dei servizi sanitari) 2006-2008.

**Tabella 2**  
Piano di rientro  
e programmazione  
sanitaria

**Tabella 3**  
Livello di analisi  
del contesto di riferimento

<b>Analisi</b>	<b>Lazio</b>	<b>Abruzzo</b>	<b>Campania</b>	<b>Sicilia</b>	<b>Liguria</b>	<b>Molise</b>	<b>Sardegna</b>
Contesto economico-finanziario	Basso	Medio	Medio	Medio	–	–	–
Contesto demografico	–	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto
Contesto socio-economico	–	Basso	Alto	Basso	–	Basso	–
Stato di salute della popolazione	–	Medio	Alto	Alto	Medio-Alto	Basso	Medio
Contesto organizzativo e gestionale del Ssr	Medio	Medio	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto
Scala: Alto, Medio, Basso, – (assente)							

Particolare il caso del Lazio: il Piano si presenta con un'impostazione immediatamente più operativa in quanto le notizie sul contesto di riferimento vengono riportate sinteticamente solo in relazione agli obiettivi (generali o specifici) del Piano; immediato ed essenziale anche il riferimento alla consistenza del *deficit* della Regione ed alle sue probabili cause<sup>5</sup>.

Un'analisi SWOT completa la descrizione del contesto di riferimento in tutti i Piani. Si evidenzia come nei documenti delle Regioni Abruzzo, Sardegna, Molise e Liguria l'analisi dei punti di forza, di debolezza, delle opportunità e delle minacce venga effettuata in relazione a ciascun obiettivo specifico del Piano di rientro, risultando così maggiormente operativa e puntuale.

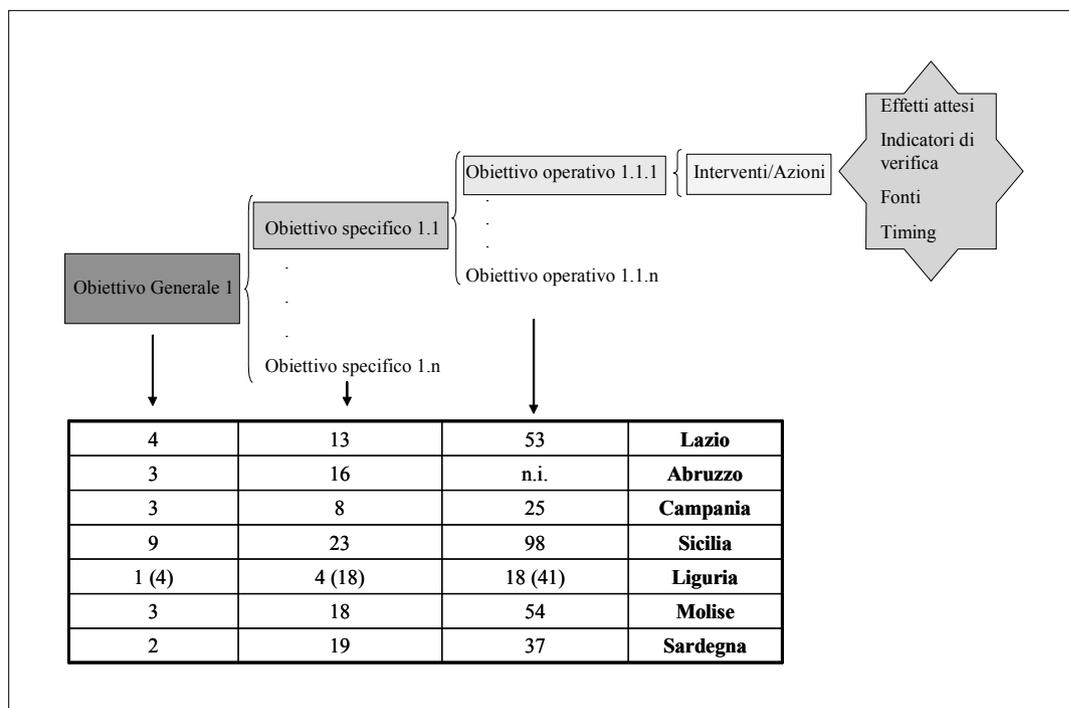
Tra le principali debolezze del sistema sanitario ricorrente è il riferimento ad un'eccessiva dotazione di posti-letto<sup>6</sup> o a squilibri nella loro distribuzione, ai flussi di mobilità passiva, «all'inappropriatezza» dei ricoveri (in particolare nel *day hospital*), all'alta spesa farmaceutica. Campania e Sicilia segnalano l'inadeguatezza degli strumenti di pianificazione e programmazione, la presenza di indicatori di salute negativi e il disagio economico e sociale. Tra i punti di forza emer-

ge la presenza di significativi margini per il recupero dell'efficienza, di potenzialità per lo sviluppo della rete territoriale, di punti di eccellenza nella rete di offerta e soprattutto la consapevolezza del carattere necessario della manovra e dell'impossibilità di un rinvio. Tra le opportunità: il nuovo Patto per la Salute, gli strumenti di governo straordinari, lo sviluppo tecnologico e il ricorso a forme di collaborazione interistituzionali. Due le principali minacce: la diffusa resistenza al cambiamento e il progressivo invecchiamento della popolazione.

### 3.2. Obiettivi, programmi ed azioni di Piano

Anche nella parte «operativa» i Piani analizzati presentano la medesima struttura: *obiettivi generali*, articolazione degli stessi in *obiettivi specifici* e individuazione, per ciascun obiettivo specifico, di *obiettivi operativi* nonché delle relative modalità di attuazione (*interventi progettualizzazioni puntuali*). Il quadro degli interventi è completato da un'analisi degli *effetti attesi* e dalla presenza di *indicatori di risultato* con relativa *fonte di verifica*, oltre che da un *timing* delle attività (figura 3).

**Figura 3**  
Articolazione e numero degli obiettivi nei Piani



Fabbisogno di posti-letto per 1000 abitanti	Lazio	Abruzzo	Campania	Sicilia	Liguria	Molise	Sardegna
Indice posti-letto acuti (ordinari e DH)	3,5	3,5	–	3,5 (3)*	3,78	3,725	3,675
Indice posti-letto lungodegenza e riabilitazione	1,0	1,0	–	1,0	0,9	1,0	0,65
<b>Indice offerta assistenza ospedaliera TOTALE</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,2</b>	<b>4,5 (4)</b>	<b>4,68</b>	<b>4,725</b>	<b>4,325</b>

\* Considerando il criterio previsto dalla delibera G. reg. n. 135/03, la Regione ha sottratto i p.l. dei policlinici universitari in quanto gravitano su tutto l'ambito regionale; analogamente ha operato per i due Irccs e per le sperimentazioni gestionali. L'indice regionale di p.l. per acuti (3,5) è stato pertanto dalla Regione così rideterminato:

P.L. 17.535 – P.L. 2.512 = 15.023/5.000.000, indice regionale 3.00 x 1.00.

Come evidenziato nella figura 3, il livello di dettaglio degli obiettivi (generali, specifici ed operativi) varia da Regione a Regione a tal punto che un obiettivo generale di una Regione può essere ritrovato tra gli obiettivi specifici di un'altra Regione<sup>7</sup>. Un'operazione di confronto risulta alquanto complicata.

Senza la presunzione di fornire una descrizione esaustiva dei contenuti della complessa manovra di risanamento del sistema sanitario di ciascuna Regione, si riportano alcune considerazioni comparate e in chiave sistemica relative a due ambiti di intervento dei Piani di rientro:

- la riorganizzazione dell'attività assistenziale e del numero dei posti-letto;
- la riduzione della spesa farmaceutica.

#### Riorganizzazione dell'attività assistenziale e del numero di posti-letto

L'art. 4 sub a) dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005 prevede uno standard di posti-letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Ssr non superiore a 4,5 posti-letto per mille abitanti, con una variazione che non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni. Tale standard risulta così suddiviso:

– fabbisogno per acuti: 3,5 posti-letto per 1000 abitanti;

– fabbisogno per la lungodegenza e la riabilitazione post-acuzie: 1 posto-letto per 1000 abitanti.

L'Intesa prevede, inoltre, il contenimento del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per 1000 abitanti residenti, di cui almeno il 20% riferibile al regime di ricovero in *day-hospital*.

Come evidenziato nella **tabella 4**, gli obiettivi assunti da ciascuna Regione in materia di standard di posti-letto per mille abitanti risultano differenziati in rapporto alle diverse condizioni demografiche.

La Sardegna, ad esempio, tenuto conto di alcune specificità regionali, considera opportuno (come la Liguria e il Molise) incrementare del 5% lo standard relativo alla dotazione di posti-letto per acuti previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 2005, mentre ritiene (come la Liguria) che la dotazione di posti-letto per post-acuti possa attestarsi ad un valore inferiore allo standard di 1 posto-letto per 1000 abitanti.

Nella **tabella 5** si riporta la dotazione attuale di posti-letto per acuti e riabilitazione

**Tabella 4**  
Fabbisogno di posti-letto per 1000 abitanti

**Tabella 5**  
Posti-letto effettivi per 1000 abitanti

Posti-letto effettivi per 1000 abitanti	Lazio	Abruzzo	Campania	Sicilia	Liguria	Molise	Sardegna
Indice posti-letto acuti (ordinari e DH)	4,38	4,61	–	4,04	4,41	4,96	4,62
Posti-letto lungodegenza e riabilitazione	1,14	0,56	–	0,24	0,31	0,89	0,12
<b>Indice offerta assistenza ospedaliera TOTALE</b>	<b>5,52</b>	<b>5,17</b>	<b>3,7</b>	<b>4,28</b>	<b>4,72</b>	<b>5,85</b>	<b>4,73</b>

post-acuzie nelle diverse Regioni interessate dai Piani di rientro.

Dal confronto emerge come in Campania la dotazione di posti-letto in rapporto ai residenti sia non solo la più bassa tra le Regioni italiane ma anche sensibilmente inferiore allo standard nazionale.

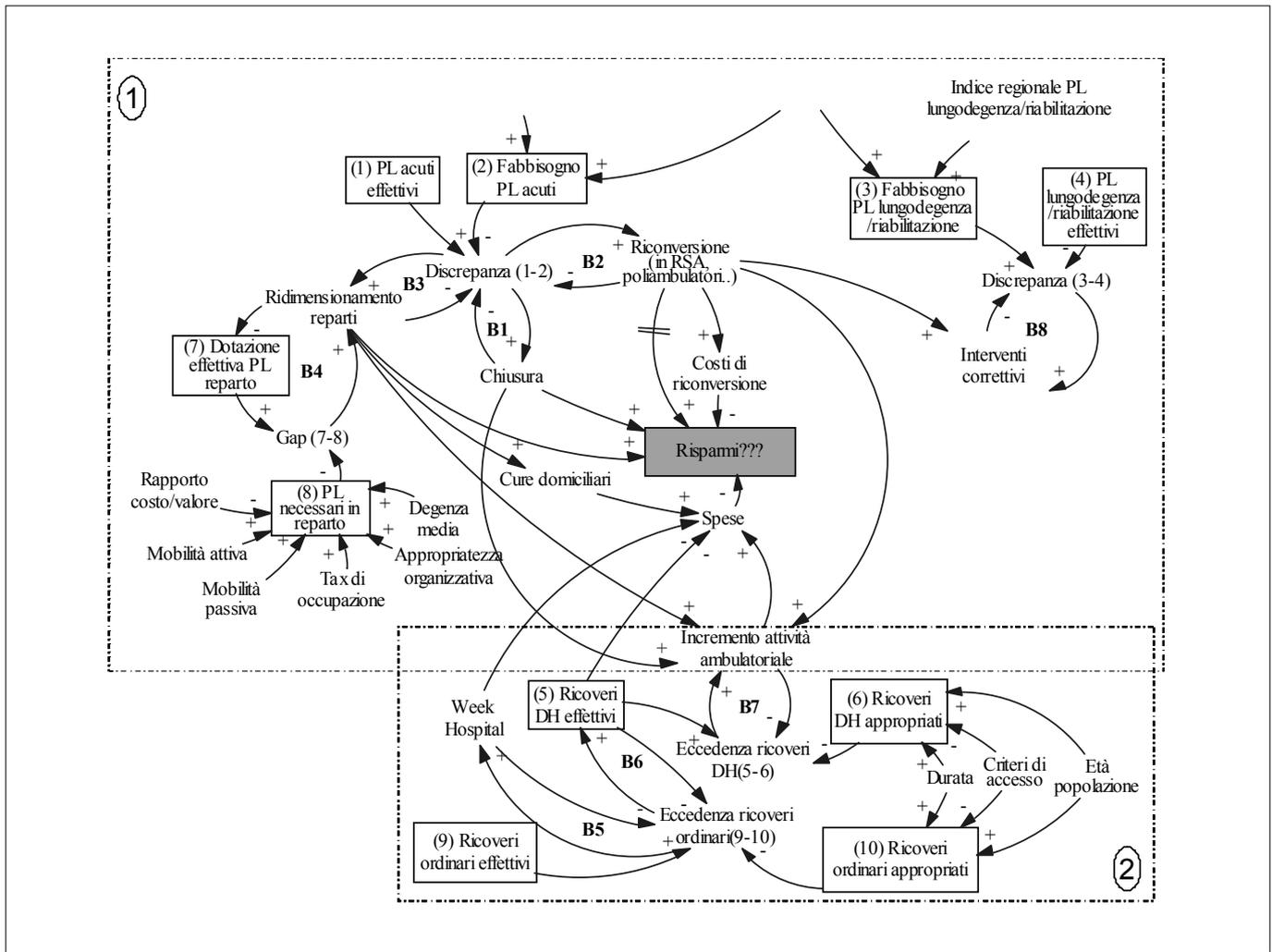
La dotazione di posti-letto per acuti risulta al di sopra dello standard obiettivo in tutte le Regioni; solo il Lazio ha necessità di ridimensionare la dotazione di posti-letto per lungodegenza e riabilitazione che, al contrario, risulta nettamente sottodimensionata, rispetto alla previsione nazionale, in tutte le altre Regioni. La Campania evidenzia come dal raffronto con i dati delle altre Regioni emerga la maggiore prossimità alla media nazionale, soprattutto per i ricoveri di riabilitazione.

Nella **figura 4** sono rappresentate (in chiave sistemica) le principali azioni di bilanciamento, previste dai Piani di rientro regionali, finalizzate a ricondurre la dotazione dei posti-letto agli standard nazionali.

Nel riquadro 1 (figura 4) si evidenzia come, nel momento in cui la Regione rileva la presenza di un eccesso di posti-letto per acuti rispetto all'effettivo fabbisogno (standard nazionali), le azioni che possono essere adottate, per la riduzione del divario, sono essenzialmente tre:

- 1) *chiusura* delle strutture per acuti (Circuito di bilanciamento B1, figura 4);
- 2) *riconversione* delle strutture per acuti in strutture per riabilitazione e lungodegenza (o in poliambulatori) (Circuito di bilanciamento B2, figura 4) finalizzata al raggiungi-

**Figura 4**  
Riorganizzazione dell'offerta assistenziale



mento dello standard nazionale di posti-letto per post-acuzie (Circuito di bilanciamento B8, figura 4);

3) *ridimensionamento* dei reparti (UO/ servizi ospedalieri) con bassa performance organizzativa (Circuito di bilanciamento B3, figura 4). Il Circuito di bilanciamento B4 evidenzia come, nell'ambito del ridimensionamento dei reparti, la bassa performance organizzativa potrebbe essere individuata attraverso la valutazione dello scarto tra la *dotazione effettiva* di posti-letto e l'*effettivo fabbisogno*. Questo ultimo andrebbe valutato in base a valori predefiniti di appropriatezza organizzativa, degenza media e tasso di occupazione, nonché sul rapporto tra valore e costo della produzione e tenendo in considerazione i tassi di mobilità attiva e passiva<sup>8</sup>.

Va sottolineato che, se la chiusura e il ridimensionamento dei reparti possono portare la Regione a registrare risparmi di spesa immediati derivanti dalla riduzione dei costi variabili correlati al volume dei ricoveri, gli eventuali risparmi derivanti dalla riconversione sono apprezzabili solo nel lungo periodo. Nel breve periodo si registrano i costi di riconversione, che potrebbero essere particolarmente gravosi per le Regioni. Dai suddetti risparmi vanno, inoltre, detratti i costi da sostenere per il potenziamento delle attività distrettuali e la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie (figura 4). Alla riduzione dell'offerta ospedaliera deve, infatti, necessariamente affiancarsi il potenziamento delle funzioni territoriali (cure domiciliari, strutture per anziani non autosufficienti – RSA e centri residenziali –, *Hospice*<sup>9</sup>).

Al fine di contenere il tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro l'indice di 180 per mille abitanti residenti, le Regioni si sono impegnate nei rispettivi Piani di rientro ad individuare dei criteri di appropriatezza per i ricoveri. L'appropriatezza viene valutata sulla base delle caratteristiche della popolazione residente (età), della durata della degenza e di criteri d'accesso (figura 4, riquadro 2). L'eccedenza di ricoveri ordinari effettivi può essere, quindi, ridotta ricorrendo a modalità di ricovero alternative:

– *Week Hospital* (Circuito di bilanciamento B5, figura 4). L'«ospedale su cinque giorni» è una modalità di gestione assistenziale fondata sull'organizzazione di quote dell'attività di degenza ordinaria elettiva su cicli di cinque giorni con chiusura nel fine settimana. La Regione registra in tal modo risparmi di spesa derivanti dalla razionalizzazione delle presenze dei pazienti, dalla riduzione delle giornate di degenza inappropriate e dalla rimodulazione delle presenze notturne e festive del personale con conseguente contenimento degli straordinari e dei costi alberghieri;

– *Day-hospital* (ricovero medico diurno; Circuito di bilanciamento B6, figura 4);

– *Day-surgery* (ricovero chirurgico diurno);

– *One-day-surgery* (ricovero chirurgico con degenza fino a 23 ore).

Nella figura 4 si evidenzia come con il ricorso a modalità di ricovero alternative permetta alle Regioni di registrare risparmi di spesa. Alcune Regioni si sono, inoltre, impegnate a promuovere il trasferimento di una parte di ricoveri in regime di *day hospital* o *day surgery* in assistenza ambulatoriale (Circuito di bilanciamento B7, figura 4) i cui costi dovranno, anche in questo caso, essere sottratti dai risparmi attesi dalla manovra correttiva.

Per concludere, nella figura 4 si evidenzia come non sia semplice per le Regioni calcolare l'effettivo risparmio di spesa derivante dalle operazioni di riorganizzazione dell'attività assistenziale dato che i presunti risparmi potrebbero, in effetti, essere osservati solo nel lungo periodo. La difficoltà di disporre di dati oggettivi potrebbe indurre le Regioni nel breve periodo a considerare fallimentari e a rivedere erroneamente gli obiettivi e le azioni correttive previste nel Piano.

#### *Riduzione della spesa farmaceutica*

La fissazione di nuovi tetti di spesa per l'assistenza farmaceutica è una delle principali innovazioni che hanno interessato la gestione sanitaria relativa agli ultimi esercizi finanziari.

Il D.L.vo n. 269/2003, convertito nella L. n. 326/2003, recante «Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione

dei conti pubblici», aveva stabilito che l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale (Ssn) non dovesse superare il 16% della spesa sanitaria complessiva (a livello nazionale e regionale), fermo restando il tetto del 13% relativo all'assistenza farmaceutica territoriale.

I risparmi di spesa farmaceutica sono realizzabili attraverso interventi che agiscono sul *lato della domanda* (numero di ricette prescritte o di «pezzi»/«confezioni» venduti mensilmente) o su quello *dell'offerta* (costo medio delle ricette), con attenzione al grado di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (**tabella 6**).

A questo proposito si segnala, infatti, che nei sistemi sanitari dei Paesi sviluppati il ricorso a schemi di compartecipazione per il contenimento della spesa e la riduzione di consumi «inappropriati» è sempre più frequente.

Il Ceis (Rapporto 2007) sottolinea come, a parità di altre condizioni, il ticket funzioni come calmiera della domanda se la prestazione non è legata a bisogni gravi/acuti o a patologie croniche; se riguarda i soggetti a basso reddito; se è legato alla sostituibilità dei prodotti. Ritiene inoltre che, per evitare gli effetti negativi sulla salute o sull'accesso alle prestazioni, sia necessario adottare schemi di esenzione capaci di tutelare le categorie deboli.

La tabella 6 mette in evidenza che Lazio, Liguria, Molise e Sardegna non hanno contemplato nel proprio Piano di rientro l'introduzione

di un ticket sull'acquisto di medicinali.

Il ticket è lo strumento tradizionalmente utilizzato per ripristinare un razionamento nella *domanda* di farmaci (nel numero di ricette); tuttavia la letteratura internazionale ed esperienze in atto evidenziano come il razionamento indotto dal ticket sul consumo dei farmaci abbia effetti immediati che tendono ad esaurirsi in un arco di tempo compreso fra i 6 e i 12 mesi. La compartecipazione attraverso ticket agisce, infatti, sul numero di prescrizioni e produce effetti contabili di brevissimo periodo, consistenti nella temporanea sostituzione di spesa pubblica con spesa privata (Circuito di bilanciamento B1, **figura 5**). Nel medio e lungo periodo, prevale l'effetto distorsivo tipico del ticket per cui i farmaci più costosi (ai quali corrisponde il massimo prezzo di rimborso riconosciuto dal Ssn) vengono percepiti dal cittadino come quelli col prezzo relativo più basso con un effetto complessivo di incremento del consumo di tali farmaci e di aumento del costo medio delle ricette (lato offerta). Viene così indotta una crescita tendenziale della spesa, in contraddizione con l'originario obiettivo di risparmio (Circuito di rinforzo R1, **figura 5**). Si tratta di una misura inefficace (archetipo sistemico: «*soluzioni che falliscono*»).

L'esperienza indica come significativi risparmi di spesa farmaceutica siano piuttosto realizzabili attraverso interventi direttamente orientati al contenimento/abbassamento del costo medio delle prescrizioni (**figura 6**):

**Tabella 6**  
Interventi orientati al contenimento della spesa farmaceutica

Tipologia interventi	Lazio	Abruzzo	Campania	Sicilia	Liguria	Molise	Sardegna
<b>Interventi lato domanda (con effetto sul numero di ricette)</b>							
Ticket	-	X	X	X	-	-	-
Indici di appropriatezza prescrittiva/Prontuario regionale	X	X	X	X	X	X	X
<b>Interventi lato offerta (con effetto sul costo medio delle ricette)</b>							
Gare d'acquisto	X	X	X	X	X	X	X
Acquisti diretti	X	-	-	-	-	X	-
Centralizzazione acquisti	X	X	X	X	X	X	X
Distribuzione diretta	X	X	X	X	X	X	X
Limite di rimborso	X	-	-	-	X	X	-
Legenda: «X» = presente; «-» = non presente							



L'inappropriatezza prescrittiva è, infatti, una delle principali componenti dell'eccesso di spesa farmaceutica nelle Regioni interessate dai Piani di rientro. Le esperienze maturate in altre Regioni confermano la possibilità di conseguire importanti risparmi di spesa intervenendo direttamente su questa componente. La dimensione dei risultati dipenderà tuttavia dalla qualità dell'azione formativa ai medici di base e dall'introduzione di appositi incentivi ai medici per il rientro negli indici di appropriatezza conseguito. Il risparmio ottenibile dovrà essere, quindi, calcolato al netto delle necessarie spese per la formazione e per gli incentivi ai medici (figura 6).

Per concludere, si sottolinea come l'adozione di tali azioni preposte al controllo della spesa farmaceutica evidenzierà risparmi di spesa solo nel medio-lungo periodo. Questi risparmi potranno essere ottenuti solo grazie al pieno coinvolgimento dei soggetti protagonisti del circuito farmaceutico (dai medici di base, alle farmacie, alle aziende produttrici) da realizzarsi attraverso procedure di concertazione in merito alle misure da intraprendere.

### 3.3. Indicatori di risultato e fonti di verifica per il monitoraggio

Gli indicatori di risultato sono presenti nei quattro Piani di rientro analizzati a livello di *interventi*. Come si evince dalla **tabella 7**, risulta esteso il ricorso ad indicatori di struttura e di tipo economico/finanziario mentre in alcune Regioni è poco incisivo l'impiego di indicatori di qualità. Si segnala un ricorrente utilizzo dell'indicatore di risultato: «*Adozione del provvedimento (entro i termini stabi-*

*liti)*», che, pur costituendo un'assunzione di impegno per la Regione, è una misura legata al rispetto del «compito/procedimento» più che al «risultato»<sup>10</sup>.

I modelli CE consuntivi 2007-2009 costituiscono la principale fonte di verifica per il monitoraggio dell'attuazione di ciascun Piano. Gli effetti economici degli interventi previsti dai Piani di rientro sulle macrovoci CE per anno vengono analizzati sulla base di modelli di previsione *tendenziali* (che riportano l'andamento dei CE 2007-2009 in assenza di interventi) e *programmatici* (che riportano l'andamento dei CE 2007-2009 in presenza di interventi).

Nella **figura 7** è riportato il sistema di monitoraggio di attuazione del Piano previsto dalla Regione Abruzzo, unica Regione ad aver creato due organi di monitoraggio regionali<sup>11</sup>:

– la *Cabina Tecnica della programmazione sanitaria (o Cabina di Regia)*, cui spetta lo scopo di verificare l'effettiva realizzazione, *in itinere*, del Piano, di individuare gli scostamenti e, se del caso, proporre le azioni ritenute opportune per correggere l'andamento dei risultati ovvero per rimodulare gli obiettivi originali quando non più perseguibili;

– il *Tavolo di monitoraggio regionale*, che svolge una triplice funzione di raccordo con la Cabina tecnica di regia e gli organi tecnici del bilancio regionale, gli organismi politici regionali e il Nucleo regionale di affiancamento.

**Tabella 7**

Tipologie di indicatori e livello di utilizzo

Indicatori	Lazio	Abruzzo	Campania	Sicilia	Liguria	Molise	Sardegna
Indicatori di tipo economico-finanziario	Alto	Medio	Medio	Alto	Basso	Medio	Medio
Indicatori di qualità/livelli di servizi	Medio	Medio/Alto	Basso	Basso	Alto	Alto	Alto
Indicatori di struttura/livelli di attività (tax di ospedalizzazione, posti-letto ecc.)	Medio	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto
Adozione del provvedimento (entro i termini stabiliti)	Alto	Basso	Alto	Alto	Basso	Alto	–
Scala: Alto, Medio, Basso, – (assente)							

### Il monitoraggio sullo stato di attuazione dei Piani di rientro

Alla chiusura del monitoraggio 2005 sono risultate inadempienti rispetto ai Piani di rientro ed alle manovre anti deficit Piemonte, Lazio e Calabria<sup>12</sup>.

Le verifiche condotte nella Regione Lazio hanno evidenziato che i costi sono diminuiti ma non nella misura prevista nel Piano, in parte come conseguenza del mancato recupero del ritardo accumulato dalle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere nell'attuazione delle misure varate, in parte per via delle ragioni ampiamente descritte nei paragrafi precedenti:

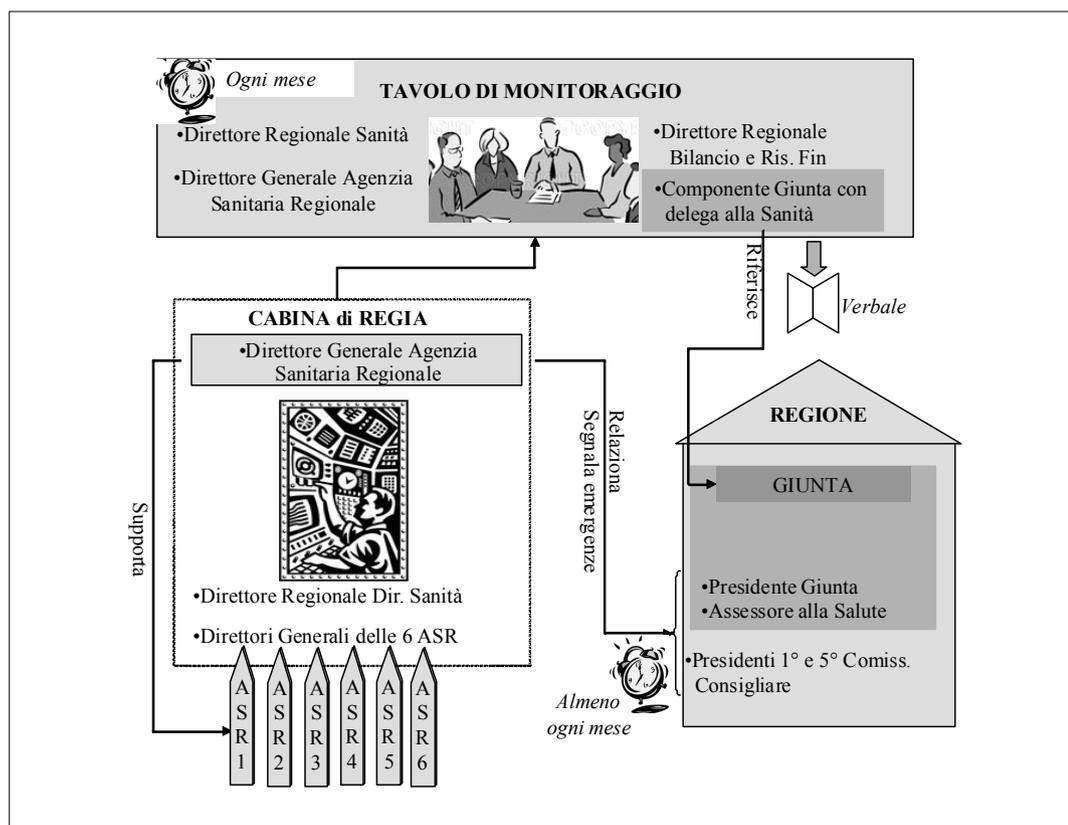
– il taglio dei posti-letto è stato limitato (si è registrata una diminuzione di solo il 55% di quanto previsto) e per di più non è avvenuto in funzione della chiusura dei reparti ma in modo sparso e senza generare risparmi (per una spiegazione del fenomeno si veda il § 3.2); i privati non hanno tagliato nulla né intendono farlo;

– i *week hospital* sono stati realizzati solo in tre aziende su 22;

– il trasferimento dell'attività ospedaliera all'ambulatoriale, come previsto dal Piano, è stato in gran parte disatteso.

Anche con riferimento alla spesa farmaceutica il risparmio ottenuto, seppur reale, non è stato nella misura annunciata<sup>13</sup>. Risultati positivi sono stati conseguiti nella spesa prodotta dalle farmacie anche se ancora troppo alto è il numero delle ricette (per una spiegazione del fenomeno si veda il § 3.2); difficoltà sono state registrate nella distribuzione diretta, che è avvenuta senza alcun controllo e ha sfiorato il tetto stabilito, riducendo così anche i risparmi ottenuti con l'introduzione del prezzo di riferimento.

Nel mese di luglio 2008 il Presidente della Regione Lazio è stato nominato Commissario *ad acta* con il compito di dare attuazione al Piano di rientro sulla base di un mandato articolato in 12 punti. Introduzione di ticket per finanziare il disavanzo, blocco del turnover, realizzazione di un sistema di acquisti



**Figura 7**  
Monitoraggio del Piano.  
Il caso della Regione  
Abruzzo

centralizzato, dismissione/riconversione dei presidi a bassa efficienza/efficacia, approvazione del nuovo Psr in coerenza con il Piano di rientro e sospensione di eventuali nuove iniziative per la costruzione di ospedali (si fa riferimento ai progetti per le nuove strutture di Formia e Castelli) sono solo alcune delle richieste avanzate dal Governo, che ha inoltre nominato ufficialmente un sub-commissario (questa volta di nomina esterna alla Regione), incaricato di affiancare il governatore nel percorso del Piano di rientro (ottobre 2008).

Il pacchetto che il «Commissario del Governo» ha presentato al Governo prevede, tra le varie misure, la chiusura e la riconversione di tre ospedali romani (San Giacomo, Forlani e Regina Elena) e di una decina di piccoli ospedali (pl<90), la riduzione delle Asl di Roma e provincia da otto a tre, l'introduzione di ticket.

È attualmente in corso l'approvazione del nuovo Piano sanitario regionale e quello della riorganizzazione della rete ospedaliera del Lazio.

#### 4. Riflessioni e proposte per garantire fattibilità ed efficacia ai Piani di rientro

A conclusione di questo lavoro si ritiene opportuno svolgere alcune sintetiche considerazioni sull'esigenza di collegare l'ambito «macro», proprio delle politiche sanitarie regionali e dei Piani di rientro, con un approccio «micro» legato alle relazioni tra Regione ed Asl/Ao e alle scelte strategiche ed operative proprie delle stesse Asl/Ao.

Determinante è, infatti, la verifica di coerenza tra contenuti del Piano di rientro con le tendenze in atto nei documenti di sviluppo strategico (o piani strategici) delle aziende sanitarie ed ospedaliere. Gli interventi di rientro sull'indebitamento potranno essere direttamente collegati all'attuazione di politiche finalizzate a potenziare e rafforzare processi di innovazione nell'offerta dei servizi sanitari e nei sistemi gestionali delle aziende, come ad esempio:

- il raccordo tra gli interventi sul farmaco (contenimento della spesa farmaceutica) e quelli di consolidamento dei percorsi diagnostici terapeutici per i diversi profili assi-

stenziali e di introduzione di logiche di *disease management*;

- il collegamento tra la riorganizzazione della rete ospedaliera con lo sviluppo di reti e *network* orizzontali e verticali (Meneguzzo, 2000; Lega, 2002; Cepiku, Greco, Ferrari, 2005), con le possibili linee di azione associate alle diverse configurazioni di rete sanitaria ed ospedaliera. A questo proposito possono essere citate le indicazioni contenute nel nuovo Psr dell'Abruzzo, che prevede lo sviluppo nel macrolivello ospedaliero di sei «reti *quoad vitam*» e di tre «reti per il miglioramento del funzionamento dell'ospedale»<sup>14</sup>. Altro esempio è l'indicazione del Lazio sulla necessità di mettere in rete i laboratori di analisi<sup>15</sup>;

- lo stretto legame esistente tra riqualificazione professionale del personale, sviluppo di competenze all'interno delle funzioni amministrative (bilancio e gestione finanziaria, acquisti e logistica, amministrazione e gestione del personale) ed interventi previsti dai Piani sull'acquisto di beni e servizi.

L'esigenza di rilanciare nei processi attuativi dei Piani di rientro interventi volti alla modernizzazione e a favorire l'innovazione nei servizi e nella gestione comporta due importanti conseguenze.

La prima è che non sarà possibile innovare a «zero risorse»; le stesse Regioni dovranno quantificare e mettere a disposizione le risorse necessarie per finanziare le azioni innovative in aree quali la razionalizzazione del processo di acquisto di beni e servizi (aree vaste, poli di acquisto, logistica) e lo sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici. Tale esigenza è particolarmente acuta nel caso della riorganizzazione della rete ospedaliera con la conseguente riduzione dei posti-letto. Le esperienze di reti ospedaliere in atto ormai da oltre venti anni a livello internazionale hanno chiaramente mostrato che le diverse politiche di intervento adottabili, dalla creazione di *hub and spoke* (Lega, 2002), all'individuazione di poli ed antenne (Meneguzzo, 2000 e 2004) e alla creazione di *network* intelligenti richiedono investimenti nella fase di *start up* con vantaggi economico finanziari spesso incerti e differiti nel tempo.

La seconda importante conseguenza è legata alla necessità di introdurre sistemi di misurazione delle performance, che preveda-

no per Asl/Ao meccanismi premianti e (perché no) penalizzanti, finalizzati a stimolare i prima citati processi di innovazione e modernizzazione.

Potrebbero quindi essere previste logiche di gestione del Piano di rientro capaci di mettere a disposizione fondi a supporto dell'innovazione, da accantonare sui trasferimenti dalle Regioni alle Asl/Ao. Questi progetti saranno sviluppati in ambiti quali la razionalizzazione dei costi del personale, la riduzione della mobilità interregionale (potenziamento mirato di poli ospedalieri visti come centri di attrazione), il miglioramento delle procedure d'acquisto di beni e servizi e la riorganizzazione dell'offerta di servizi sanitari. Le Regioni potrebbero quindi pensare:

– a modalità di attribuzione dei fondi per il finanziamento di progetti innovativi alle aziende «virtuose» o con performance migliori, valutate in base ad una pluralità di dimensioni, secondo una logica di *Balanced Scorecard* istituzionale;

– all'adozione estesa di una logica integrata di misurazione dei risultati e di performance management per le aziende (e non solo per i Direttori generali) che permetta l'attribuzione delle quote del Fsr accantonate come premio di performance (si veda ad esempio il modello adottato in Regione Toscana).

In questa prospettiva l'analisi dinamica dei sistemi potrà trovare interessanti applicazioni nella valutazione delle relazioni che si instaurano tra i diversi attori pubblici, privati *non profit* e *for profit* presenti all'interno del sistema sanitario e nell'analisi delle relazioni che si attivano nei diversi modelli di *holding* gruppo regionale (forte e debole).

La realizzazione delle azioni previste nei singoli Piani dovrebbe essere effettuata in base ad una valutazione multidimensionale che, pur ponendo in primo piano la prospettiva economico-finanziaria, garantisca il raggiungimento di nuovi e più elevati livelli di performance anche su altre dimensioni (qualità dei servizi, razionalità dei processi, innovazione), adattando in particolare i criteri di valutazione multidimensionale proposti da Kaplan e Norton con lo strumento della *Balanced Scorecard*, che ha trovato numerose e significative applicazioni anche in ambito sanitario. È interessante al riguardo il caso

della Regione Abruzzo, che ha articolato la mappa strategica regionale sulla base degli obiettivi definiti nel Piano di risanamento in mappe strategiche per ogni singola azienda (con obiettivi ed indicatori specifici) con un sistema di pesatura degli obiettivi che consente di valutare i risultati raggiunti da ogni singola azienda all'interno del più ampio quadro regionale.

## Note

1. Così come previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 in attuazione dell'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.
2. *Sole 24 Ore Sanità*, novembre 2007.
3. Nazionale e regionale.
4. Ex art. 5 bis D.L. vo n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni cs.
5. Scarsa capacità di controllo della spesa sanitaria; natura strutturale del disavanzo.
6. Ad eccezione della Campania che evidenzia tra i propri punti di forza proprio un numero di posti-letto inferiore alla media nazionale.
7. Si evidenzia in particolare il caso della Regione Liguria in cui l'obiettivo generale dichiarato coincide proprio con l'obiettivo del Piano di Rientro: il raggiungimento e il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario attraverso la riduzione strutturale del disavanzo nel rispetto dei Lea. Ai fini di un confronto tra le regioni sarebbe, pertanto, opportuno considerare gli obiettivi specifici, gli obiettivi operativi e gli interventi dichiarati dalla Regione Liguria rispettivamente come obiettivi generali, obiettivi specifici e obiettivi operativi (come rappresentato tra parentesi nella figura 3).
8. Si evidenzia come il saldo della mobilità passiva della Campania sia particolarmente elevato rispetto alle altre regioni italiane, anche se, in proporzione al numero di residenti, il dato appare molto meno squilibrato: tale mobilità è legata ad una insufficienza di centri di eccellenza in territorio campano (la rete ospedaliera campana è da un lato molto sottodimensionata rispetto allo standard nazionale, dall'altro è eccessivamente concentrata nella Città di Napoli come posti-letto rispetto all'esteso e popoloso *hinterland* della provincia) ma ha una componente intrinseca di non vera mobilità derivante dalla residenza ancora risultante in Campania dei cittadini di origine campana che hanno il proprio domicilio in città del Nord per motivi di lavoro.
9. Gli *hospice*, 105 al 31 dicembre 2006, 114 al 31 dicembre 2007, nel 2008 diventeranno 206, ma tutti concentrati in poche regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Veneto, Piemonte, Sicilia e Toscana). Fonte: *Sole 24 Ore Sanità*.
10. Il diffuso utilizzo di tale indicatore è conseguenza della scelta di legare gli indicatori di risultato agli interventi (azioni) piuttosto che agli obiettivi (soluzione adottata solo sporadicamente).
11. È interessante che nel caso specifico il Piano espliciti i soggetti che compongono i due organi e preveda la

partecipazione dei Direttori generali delle sei aziende alla Cabina di Regia. In altri casi non vi è questo livello di dettaglio né un diretto coinvolgimento delle aziende; ad esempio la Regione Lazio prevede unicamente la costituzione di una non meglio speci-

ficata «Cabina di Regia per il monitoraggio del risanamento del deficit delle Aziende sanitarie».

12. *Sole 24 Ore Sanità*, dicembre 2007.
13. *Sole 24 Ore Sanità*, ottobre 2007.
14. *Sole 24 Ore Sanità*, luglio 2007.
15. *Sole 24 Ore Sanità*, giugno 2007.

## B I B L I O G R A F I A

- BARALDI S. (2005), *Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- DANGERFIELD B.C. (1999), «System dynamics applications to European health care issues», *Journal of the Operational Research Society*, 50(4), pp. 345-353.
- DOEKSEN G.A., JOHNSON T., WILLOUGHBY C. (1997), «Measuring the Economic Importance of the Health Sector on a Local Economy: A Brief Literature Review and Procedures to Measure Local Impacts», Mississippi State University, *SRDC*, 202.
- FORRESTER J.W. (1961), *Industrial Dynamics*, Productivity Press.
- LOMI A., LARSEN E.R. EDS. (2001), *Dynamics of Organizations: Computational Modelling and Organization Theories*, MIT Press, Cambridge (MA).
- MARCH J. (2001), «??????», in A. Lomi, E.R. Larsen (2001).
- NATIONAL HEALTH SERVICE CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION (2001), *CRD's Guidance for those Carrying out or Commissioning Reviews*, CRD Report number 4 (2nd Edition), Publication Office University of York, York.
- ROBERTS N., ANDERSEN D.F., DEAL R.M., GARET M.S., SHAFFER W.A. (1983), *Introduction to Computer Simulation: The System Dynamics Approach*, Addison-Wesley.
- RUTH M.Y., HANNON B. (1997), *Modeling Dynamic Economic Systems*, Springer Verlag.
- SENGE, PETER M. (1990), *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*, Doubleday/Currency.
- STERMAN J.D. (2000), *Business Dynamics: Systems Thinking and Modelling for a Complex World*, McGraw-Hill, Boston.
- SUHRCKE M., MCKEE M., SAUTO ARCE R., TSOLOVA S., MORTENSEN J. (2005), *The Contribution of Health to the Economy of the European Union*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- TANESE A. (2006), «Interessi in gioco, strategie degli attori e responsabilità sociale. La centralità dei sistemi locali nel governo della sanità», *Mecosan*, 58.
- TEDIOSI F., PARADISO M. (2008), «Il controllo della spesa sanitaria e la credibilità dei Piani di rientro» in *Rapporto ISAE - Finanza pubblica e Istituzioni*, maggio 2008, ISAE, Roma.
- WARREN K.D. (2005), «Improving strategic management with the fundamental principles of System Dynamics», *System Dynamics Review*, 21/4.