

SOSTENIBILITÀ ORGANIZZATIVA ED ECONOMICA FINANZIARIA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI TRA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE E CRISI ECONOMICA*

1. Dal federalismo sanitario a Servizi sanitari regionali sostenibili

Obiettivo di questo contributo è aprire una prima riflessione sui livelli di sostenibilità futura del nuovo assetto del sistema di Servizi sanitari regionali, con una *governance* «verticale» affidata al Mef e con una debole *governance* orizzontale, basata su modalità di cooperazione e collaborazione tra le Regioni («conferenze» e tavoli interregionali).

La sostenibilità del Ssn, guardando ad un orizzonte a un anno e mezzo/due anni, imposto dalla crisi economica e dalla possibile revisione dei parametri di finanza pubblica, può essere valutata a tre livelli:

- Istituzionale-amministrativo: l'esperienza di questi 30 anni ha infatti evidenziato differenti capacità di risposta da parte delle Regioni rispetto alle sfide istituzionali, con chiari segnali di deficit di capacità istituzionale e di governo (e non soltanto di *governance*).
- Economico-finanziario: il 2010 e il 2011 sono anni decisivi per capire se sarà possibile riavviare circoli virtuosi per la ripresa del sistema sanitario pubblico e, soprattutto, se costi standard e Lea, leve di manovra per ora solo «annunciate», saranno sopportabili dai diversi Ssr ed in particolare nelle Regioni del Mezzogiorno.
- Organizzativo-gestionale: le differenze nei risultati (economico) finanziari, i deficit accumulati e la disomogeneità nelle performance dei Servizi sanitari regionali, evidenziata dalla recente valutazione condotta dal Ministero della Salute in collaborazione con la Scuola superiore Sant'Anna di Pisa¹, trovano tra le principali motivazioni il modello di offerta dei servizi adottato, la qualità delle risorse umane e le scelte organizzative e gestionali.

Per meglio comprendere la sostenibilità organizzativa e gestionale dei Servizi sanitari regionali si è ritenuto utile richiamare sinteticamente un quadro teorico di riferimento che combina un approccio di economia sanitaria sulle determinanti dei costi standard² con il modello della qualità dei servizi, proprio del *management* sanitario, basato sull'individuazione delle variabili che determinano le performance delle aziende sanitarie. Utile si è anche ritenuto verificare miglioramento della qualità e creazione di valore, richiamando i risultati delle numerose ricerche condotte a partire dalla fine degli anni '90 sul Ssn dai principali «osservatori» a livello nazionale (rapporto annuale Oasi-Cergas-Università Bocconi; rapporto annuale Ceis-Università degli Studi di Roma «Tor Vergata») e fare riferimento a recentissime ricerche (fine 2009-metà 2010), promosse dalla Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere), focalizzate sul modello di offerta dei servizi sanitari, sulle scelte organizzative e gestionali e sulla qualità delle persone.

Le ricerche Fiaso, svolte in collaborazione tra Regioni ed aziende sanitarie, Agenas ed istituzioni universitarie e di ricerca, forniscono, infatti, indicazioni importanti per comprendere le capacità di tenuta organizzativa-gestionale e per spiegare i differenziali di *performance* degli stessi Ssr.

Prima di presentare convergenze e divergenze tra i Servizi sanitari regionali quanto alle scelte organizzative ed alla sostenibilità organizzativa-gestionale, sono sviluppate alcune sintetiche considerazioni sullo scenario di riferimento del federalismo sanitario, rinviando per le tematiche

* di prossima pubblicazione nel volume ASTRID, *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, a cura di C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi, A. Tardiola, Bologna, il Mulino, 2010.

¹ www.salute.gov.it, aprile 2010

² C. Cislighi, *Chiacchierando di costi standard...*, in «Tendenze Nuove», 4, 2009.

«sostenibilità istituzionale» e «sostenibilità economico-finanziaria» ad altri contributi presentati nel volume³.

2. *Federalismo sanitario nel 2010. Crisi economica, Patto per la salute, accountability e misurazione delle performance*

Le motivazioni sottostanti le proposte sul federalismo in sanità (Fig. 1) sono molteplici, hanno carattere tecnico ed operativo (economie di prossimità ed adeguamento dell'offerta di servizi sanitari alle specificità locali) e, soprattutto, sono legate alla maggiore responsabilizzazione delle Regioni rispetto all'equilibrio finanziario complessivo⁴.

La responsabilizzazione dovrebbe essere conseguita grazie al conferimento di una maggiore autonomia legislativa, di programmazione e di organizzazione, stimolando la competizione tra Regioni e introducendo logiche di federalismo solidale, concetto evocato più volte nel nostro paese senza una chiara specificazione dei contenuti.

Molteplici sono le leve di manovra che potranno essere utilizzate. A livello centrale vanno ricordati gli standard di livelli assistenziali e di costo cui ancorare l'entità del finanziamento, i poteri sostitutivi, il coordinamento dinamico della finanza pubblica, il fondo perequativo, ecc.

Molti di questi meccanismi sono ancora sulla carta: è il caso dei fondi perequativi, su cui ancora non è stata aperta una seria riflessione su perequazione verticale ed orizzontale.

A livello regionale sono disponibili strumenti come la compartecipazione dei privati alla spesa, tributi collegati a specifici servizi sanitari, la ridefinizione delle reti di offerta di servizi ospedalieri e la riduzione del numero dei posti letto, gli interventi sull'appropriatezza⁵.

Non ci si può tuttavia aspettare che strumenti normativi siano di per sé sufficienti a realizzare le finalità del disegno federalista. L'impatto effettivo dipenderà, come già avvenuto in passato, da una serie di fattori di contesto, interni ed esterni, che ne condizioneranno l'efficacia⁶.

Tra i fattori interni si possono menzionare l'esigenza di disporre delle competenze necessarie e di professionalità adeguate, la disponibilità di sistemi di pianificazione e controllo, sistemi contabili e di *budget*, la qualità degli assetti istituzionali, ecc.

Tra i fattori esterni si annoverano le caratteristiche specifiche dei diversi contesti regionali, gli interessi economici dell'indotto ma anche quelli politici, la presenza di malavita organizzata, la necessità di instaurare logiche di cooperazione inter-regionale.

La misurazione delle performance dei sistemi sanitari regionali, recentemente avviata dal Ministero della Salute, il consolidamento delle capacità di *public governance* e il rafforzamento delle competenze e dei sistemi di *management* in organizzazioni sanitarie pubbliche dovranno essere posti in primo piano per evitare il rischio che l'attuazione del federalismo possa aggravare gli squilibri esistenti⁷.

Fig. 1. Federalismo fiscale in Sanità: finalità, strumenti attuativi e fattori condizionanti

³ Per la «sostenibilità istituzionale» cfr. la parte I del presente volume, per la «sostenibilità economico-finanziaria» cfr. la parte IV del presente volume.

⁴ D. Cepiku, G. Fiorani, M. Meneguzzo, *Le competenze per il federalismo sanitario*, in *Rapporto Ceis – Sanità 2009*, Ceis (a cura di), Roma, 2010.

⁵ Cfr. nel presente volume R. Finocchi Gherzi, A. Tardiola, *Il federalismo istituzionale e fiscale e l'assetto di governance del Ssn – IN ATTESA DEL TITOLO DEFINITIVO*

⁶ Cf. E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, Milano, Egea.

⁷ Cfr. S. Nuti S. (a cura di), *La valutazione della performance in sanità*, Bologna, Il Mulino, 2008.

Finalità	Strumenti attuativi	Fattori condizionanti
•Risanare i deficit dei SSR •Migliorare la qualità delle cure •Responsabilizzare le Regioni sul corretto ed efficace uso delle risorse pubbliche •Instaurare un circolo virtuoso attraverso l'emulazione positiva	•Trasferimenti statali basati su standard (LEA e di costo) •Minaccia di commissariamento / promessa di maggiore autonomia •Leve regionali (razionalizzazione sistema di offerta, riduzione servizi non appropriati, forme di compartecipazione alla spesa e imposizioni finalizzate)	•<i>Interni</i> •Conoscenze, competenze e capacità •Sistemi di pianificazione e controllo •Sistemi contabili e di budget •Assetti istituzionali •<i>Esterni</i> •Caratteristiche dei diversi contesti regionali •Interessi economici dell'indotto •Valenza fortemente politica •Malavita organizzata •Cooperazione e perequazione inter-regionale

Fonte: D. Cepiku, G. Fiorani, M. Meneguzzo, *Le competenze per il federalismo sanitario*, cit., p. 4.

Le considerazioni sul federalismo sanitario non possono poi essere tenute separate dall'attuale contesto sociale ed economico di riferimento che subisce l'effetto della crisi finanziaria.

Il sistema sanitario pubblico è stato per ora marginalmente interessato dall'impatto della crisi, a differenza di quanto sta avvenendo per le P.A. centrali e locali.

Tra le principali conseguenze della crisi possono essere ricordati il cambiamento delle priorità nelle politiche pubbliche, la ridefinizione del modello di relazioni P.A.-Imprese (*business government relationships*), la revisione delle logiche di partenariato pubblico-privato.

La riflessione sull'impatto della crisi sui sistemi sanitari regionali diventa sempre più necessaria guardando a quanto sta succedendo nelle amministrazioni locali che sono destinate ad essere investite in modo significativo dalla attuazione del federalismo fiscale e dalla recentissima manovra in discussione (fine maggio 2010) di intervento straordinario sulla spesa pubblica (riduzione attesa pari a 24 miliardi di euro).

Interessanti sono le indicazioni che emergono da recenti valutazioni condotte da Cittalia per conto dell'Anci (associazione nazionale dei Comuni) e da Legautonomie.⁸

Per fronteggiare la crisi, i Comuni italiani hanno infatti messo insieme le forze del territorio, costituendo tavoli di concertazione, accordi programmatici e collaborazioni istituzionali.

Nel corso del 2009 sono così stati avviati diversi interventi a sostegno di famiglie, occupazione e imprese con un impatto a livello di crescita della spesa (+20% per il *welfare* locale tra il 2008 e il 2009).

La crescita della spesa si è accompagnata ad una riduzione delle entrate fiscali, che si è tradotta in diminuzione degli investimenti in opere pubbliche (il blocco delle entrate per il solo 2009 ammonta a oltre il 6% della spesa totale⁹).

Conferme sulla crescita della spesa corrente per il *welfare* locale provengono da Legautonomie: nei primi otto mesi del 2009 i Comuni hanno avviato solo 7.320 nuove opere pubbliche (il 22,8% in meno rispetto al 2008).

La congiuntura economica sarà destinata ad influenzare le politiche di intervento sui modelli di offerta e sulla configurazione delle reti dei servizi ospedalieri e territoriali, in stretta coerenza con le esigenze di miglioramento delle *performance* e di conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario (per una sintesi delle possibili dinamiche si veda Box 1).

⁸ Legautonomie, *La recente evoluzione degli investimenti delle amministrazioni pubbliche locali*, 2009.

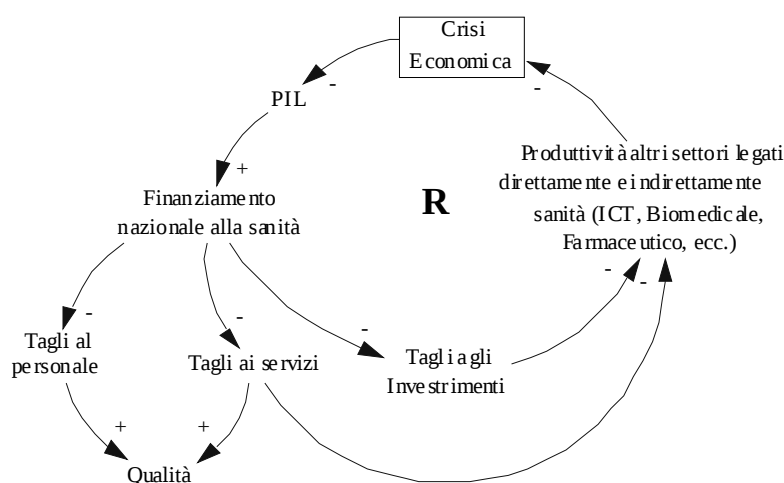
⁹ P. Testa, *La crisi sulle spalle dei Comuni*, Cittalia, Roma, 2009.

Box 1. I circoli viziosi della crisi

L'imperativo del risparmio e dei limiti di cassa in Sanità, se non accompagnati da una riorganizzazione strategica e gestionale, potrebbero in primo luogo tradursi in una riduzione della qualità dei servizi sanitari (Fig. 2), come conseguenza dei tagli all'offerta dei servizi, del blocco del *turn over* e del contenimento della dotazione quali-quantitativa del personale.

In secondo luogo, bisogna considerare che la spesa sanitaria potrebbe essere utilizzata in chiave anticiclica, come volano per lo sviluppo economico, poiché contribuisce, direttamente e indirettamente, alla crescita del Pil.¹⁰ Consistenti tagli al finanziamento nazionale in sanità potrebbero quindi indurre un pericoloso meccanismo a catena, con rischiosi effetti di rinforzo della crisi economico-finanziaria, basati sulle relazioni tra crisi economica e a) conseguente riduzione o rallentamento della crescita del PIL; b) eventuali tagli agli investimenti ed alla gestione corrente nelle aziende sanitarie; c) difficoltà e crisi nei settori fornitori, direttamente ed indirettamente collegati alla Sanità; d) effetto di rinforzo sulla crisi economica.

Fig. 1. I circoli viziosi della crisi



Fonte: G. Fiorani, *System Thinking, System Dynamics e Politiche pubbliche*, Egea, Milano, 2010, p. 130

In questa prospettiva ambiti importanti da monitorare sono:

- l'aumento della domanda di servizi sanitari e sociosanitari (valutazione dell'impatto della crisi economica sulla salute);
- la riduzione delle risorse per investimenti in tecnologie sanitarie, con conseguente indebolimento della capacità competitiva dell'offerta sanitaria pubblica rispetto al privato;
- i ridotti margini di manovra sulla dotazione quali-quantitativa di personale, con crescenti difficoltà ad investire su capitale umano e capitale intellettuale delle aziende sanitarie;
- l'impatto sulle politiche di acquisto del Ssn, con rinvio nelle decisioni di acquisto, ritardi nei pagamenti e conseguente effetto recessivo sulle imprese fornitrici (settore farmaceutico, tecnologie biomediche, edile, servizi alberghieri, informatica, ecc...).

Altra importante variabile di contesto è rappresentata dal Patto per la salute 2010-2012, che potrebbe giocare un effetto anticiclico, stimolando le politiche di investimento delle aziende sanitarie, altrimenti destinate ad una sicura contrazione.

¹⁰ M. Frey, M. Meneguzzo, G. Fiorani (a cura di), *La Sanità come volano dello sviluppo economico*, Edizioni ETS, Pisa, 2010.

Finalità dichiarata del Patto per la salute è l'introduzione nel Ssn di una logica premiante in grado di stimolare l'innovazione e la progettualità sia a livello *macro* (regionale) che *micro* (Asl/Ao), cercando di spezzare alcune dinamiche distorsive o «circoli viziosi»¹¹. Tra i circoli viziosi possono essere richiamati¹² l'assenza di premialità dei comportamenti virtuosi delle Regioni in equilibrio economico-finanziario, accompagnata dai comportamenti inefficienti di molte Regioni. L'assenza di una cultura della premialità, costante nei trenta anni del Ssn, non è mai stata messa in discussione dalle iniziative, nazionali e regionali, finalizzate a valorizzare ed incentivare *best practices* e progetti di innovazione. Altro importante circolo vizioso è stato rappresentato dall'«erosione degli obiettivi» e dalla deviazione delle risorse, dinamiche ben conosciute dagli studiosi di politiche pubbliche nel nostro paese ed a livello internazionale¹³.

La constatazione del peggioramento della situazione economica-finanziaria ha in passato indotto le Regioni ad adottare soluzioni basate sul ridimensionamento degli obiettivi di efficienza, trascurando così politiche di intervento finalizzate alla revisione dei processi di offerta di servizi. La progressiva riduzione delle ambizioni ha, di conseguenza, generato un circolo vizioso negativo di «obiettivi mediocri – risultati mediocri», presente in molte Regioni interessate dai piani di rientro.

L'esigenza di rilanciare innovazione nei servizi e nella gestione sembra trovare una risposta nel Patto per la Salute che ha il merito di introdurre una logica premiante e di misurazione delle *performance* in ottica multidimensionale, sul modello di sistema di valutazione delle *performance* proposto dal Ministero della Salute. Il Patto prevede, ad esempio, una logica di accantonamento dei fondi per investimenti: il finanziamento 2010-2012 per investimenti in edilizia sanitaria è di 4,7 mld di euro a cui va aggiunto 1 mld di euro per le Regioni «virtuose». Il Patto stabilisce poi che *surplus* e deficit tra trasferimenti a valere sul FSR e spesa effettiva rimangano a vantaggio o a carico delle Regioni (logica premi/punizioni).

3. Sostenibilità organizzativa ed allineamento dei SSR nell'innovare modelli di offerta e reti di servizi

La valutazione della sostenibilità organizzativa e gestionale dei Ssr e la rilevanza delle scelte organizzative nel determinare il miglioramento delle performance del Ssn possono essere meglio comprese attraverso l'utilizzo di diverse chiavi di lettura.

La prima, connessa alla storia del Ssn, fa riferimento alla differente capacità mostrata dai diversi Sistemi sanitari regionali nell'adottare in tempi ragionevoli logiche di *management* pubblico (e di *management* sanitario) e di *governance* pubblica.

Queste ultime focalizzano l'attenzione sui processi di cambiamento strategico, organizzativo ed amministrativo dei diversi livelli istituzionali, sulle relazioni interistituzionali, sulla sostenibilità delle politiche pubbliche, sui processi di *capacity building* e sviluppo delle competenze (amministrazione centrale, Regioni, Aziende sanitarie) e sui sistemi di gestione¹⁴.

In questa prospettiva il 2009 si è caratterizzato per una serie di provvedimenti normativi sulla valutazione e misurazione delle performance¹⁵, sul cambiamento istituzionale e sulle relazioni interistituzionali¹⁶ e sulla finanza e contabilità pubblica¹⁷.

¹¹ Teorizzati per la P.A. italiana da Rebora fin dal 1982 sul modello di quanto analizzato da Crozier, cfr. M. Frey, M. Meneguzzo, G. Fiorani (a cura di), *La Sanità come volano dello sviluppo economico*, cit..

¹² G. Fiorani, M. Meneguzzo, *I piani regionali di rientro. Analisi dinamica sistemica*, in «Mecosan», 68, 2008.

¹³ Cfr., tra gli altri, E. Bardach, *The Implementation Game: What Happens after a Bill becomes a Law*, Cambridge, Mit Press, 1977.

¹⁴ Cf. E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, Milano, Egea.

¹⁵ Legge 4 marzo 2009, n. 15, *Delega al Governo finalizzata all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e alla efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni nonché disposizioni integrative delle funzioni attribuite al Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro e alla Corte dei conti*.

¹⁶ Legge 5 maggio 2009, n. 42, *Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119*

L'interiorizzazione e la diffusione delle logiche di *management* e di *governance* hanno rappresentato una criticità rilevante, ripresentatasi periodicamente nella storia del Ssn italiano. Significativi sono i ritardi registrati in molte Regioni nell'avvio e messa in atto della riforma dei primi anni '80¹⁸, nei processi di aziendalizzazione, nel consolidamento del ruolo di *governance* e programmazione delle Regioni (regionalizzazione).

Una seconda chiave di lettura fa riferimento alle strategie organizzative adottate a livello di singola azienda sanitaria ed all'interno dei gruppi di aziende sanitarie ed ospedaliere, operanti a livello regionale. A tal fine è utile fare riferimento al modello della «catena della qualità del servizio» nelle aziende sanitarie¹⁹, finalizzato a descriverne ed interpretarne il funzionamento. Le organizzazioni sanitarie (pubbliche, *non profit* e private *for profit*) si caratterizzano sempre più come aziende ad alta intensità di personale (*labor intensive*), ad alta intensità di competenze professionali e conoscenze (si pensi che nelle aziende ospedaliere sono presenti almeno 50 profili specialistici differenti tra il personale medico) ed alta intensità tecnologica. La complessità risultante dalla combinazione tra *labor intensive*, *technology intensive* e *skill intensive* si accompagna allo svolgimento di un significativo insieme di attività, distinte tra attività di supporto tecnico, amministrativo, gestionale e tecnologico ed attività direttamente interessate alla produzione dell'offerta dei servizi sanitari (le attività «core» o distintive).

Necessario diventa così comprendere le possibili interrelazioni e sinergie che possono prodursi all'interno delle aziende sanitarie (si pensi alle Asl provinciali basate su reti di ospedali) o tra le diverse Asl, Ao, Policlinici universitari ed Irccs, nella triplice prospettiva di creazione di «valore», di miglioramento della qualità e di contenimento dei costi. In questa prospettiva di particolare importanza sono le interrelazioni tangibili, ossia ad immediata verifica dei risultati: ne sono un esempio i processi di approvvigionamento ed acquisto, basati sul coordinamento degli acquisti di farmaci, materiale sanitario, servizi alberghieri (pulizia, mense, lavanderia)²⁰.

Rilevanti sono poi le sinergie che possono essere conseguite a livello di produzione dei servizi sanitari, come ad esempio le reti costituite tra i laboratori di analisi chimico-cliniche.

Vi sono poi le interrelazioni di erogazione/distribuzione, riferite alla distribuzione dei servizi sanitari agli utenti: ne sono un esempio i Centri unici di prenotazione o centri distrettuali (casa della salute), che prevedono un'integrazione tra gli studi medici convenzionati ed i servizi di medicina del territorio.

Sulle scelte organizzative riferite al governo del territorio, molto interessanti sono le principali indicazioni provenienti dalla ricerca Fiaso-Cergas-Università Bocconi²¹ che presentano indicatori sui costi per assistito, sulla dotazione strutturale, sulla dotazione di personale e sulle attività per un campione di aziende sanitarie. La disomogeneità tra i diversi Ssr viene evidenziata dalla percentuale di spesa territoriale procapite, che riflette una intensità quali-quantitativa nel modello dei servizi sanitari territoriali, e che varia nelle Asl prese in considerazione tra il 48% e più del 60%.

Le interrelazioni di produzione e di erogazione/distribuzione danno luogo ad economie di scala conseguibili prevalentemente a livello di aree vaste/reti di aziende sanitarie. Come, ad esempio:

della Costituzione.

¹⁷ Legge 31 dicembre 2009, n. 196, *Legge di contabilità e finanza pubblica*.

¹⁸ M. Meneguzzo, *Sono pronte le Regioni per la riforma della Sanità*, in «Queste istituzioni», 85-86, 1991; M. Meneguzzo, V. Mele, A. Tanese, *Strategies for implementing health care reform in southern Italy: from informal relationship to network management*, in L.R. Jones, K. Schedler, R. Mussari (a cura di), *Strategies for public management reform*, Elsevier JAI, 2004.

¹⁹ M. Meneguzzo, *Il terreno della innovazione organizzativa: le reti sanitarie multispedaliere e multiservizi. L'organizzazione delle aziende sanitarie*, Milano, McGraw-Hill, 2000.

²⁰ Nel successivo § 4 verrà analizzata la rilevanza delle interrelazioni tangibili con riferimento alle esperienze in atto di coordinamento degli acquisti nel Ssn, cfr. Laboratorio Fiaso-Ceis Università di Roma Tor Vergata, *Analisi comparativa delle esperienze di aggregazione della domanda in Sanità*, AboutPharma, Milano, 2009.

²¹ Laboratorio Fiaso-Cergas Bocconi, *Il Governo del Territorio delle Aziende Sanitarie: risultati dal laboratorio di ricerca Fiaso 2° Fase*, Atti del Convegno 23 giugno 2009, Milano, 2009.

- l'acquisizione dei fattori produttivi, la gestione operativa (programmazione delle sale operatorie, gestione delle liste di attesa), lo sviluppo ed alla gestione del personale, fattore chiave per il miglioramento delle performance e della qualità nel settore sanitario;
- la progettazione del sistema di gestione dei servizi (integrazione tra *day hospital*, *day surgery*, attività ambulatoriale, ricovero per acuti, riabilitazione ed ospedalizzazione domiciliare);
- le attività di comunicazione e *marketing* nei confronti degli utenti/clienti (*customer satisfaction* e Crm) insieme alla definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici.

Esempi significativi di conseguimento di sinergie nella offerta di servizi sono gli interventi sulle reti di servizi sanitari operante a livello di aree vaste in alcune Regioni (Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Veneto) e la creazione in Lombardia di aziende ospedaliere multi-presidio integrate con poliambulatori; nella Tab. 1 si presenta l'esperienza delle reti cliniche nella Regione Emilia Romagna.

Tab. 1. I programmi interaziendali

Reti cliniche strutturali e professionali (percorsi)	
1	Rete cardiologica
2	Rete ortopedica traumatologica
3	Rete post-acuzie
4	Rete stroke (Assistenza integrata ai pazienti con ictus)
5	Rete neurologica e polo delle scienze neurologiche (riconoscimento Irccs)
6	Reti della pediatria ospedaliera e dell'emergenza pediatrica
7	Reti oncologiche e percorsi clinoco-assistenziali
8	Rete pronto soccorso ed emergenza
9	Rete ostetrico neonatologica – Percorso nascita/infertilità
10	Rete psichiatria d'urgenza
11	Rete neuropsichiatria infantile e adolescenza (Npia)
12	Rete medicina nucleare
13	Rete reumatologica

Fonte: F. Ripa di Meana, *La pianificazione strategica nella Asl città di Bologna*, presentazione al Master Ehmpa-Luiss, aprile 2010.

Importanti sono pure le interrelazioni di infrastruttura, finalizzate al conseguimento di economie di scala in funzioni di supporto quali amministrazione e contabilità, programmazione e controllo delle attività, sistemi di promozione e sviluppo della qualità – *medical audit e clinical governance*, *logistic e facility management*, gestione e manutenzione del patrimonio tecnologico.

Nelle organizzazioni sanitarie sempre più *knowledge intensive*, crescente rilevanza assumono le interrelazioni di conoscenza, informazione ed apprendimento, relative alla definizione di percorsi diagnostici e terapeutici ed alla diffusione di logiche di *case management* e *disease management*.

Le scelte organizzative sulle differenti aree di attività e la capacità di effettiva messa in atto a breve e medio periodo (sostenibilità organizzativa) avranno di conseguenza un impatto diretto sulla sostenibilità economico finanziaria dei servizi sanitari regionali che dovranno misurarsi con i costi standard.

Utile ed interessante fare riferimento alle considerazioni sviluppate all'interno dell'Aies (Associazione italiana di economia sanitaria²²).

L'ammontare della spesa sanitaria regionale rappresenta il risultato di vari elementi, dal prezzo di acquisto dei fattori produttivi, su cui ovviamente incidono le diverse politiche regionali (si vedano le successive considerazioni sugli acquisti), ai costi di produzione dei servizi sanitari,

²² C. Cislighi, *Chiacchierando di costi standard...*, cit., p. 3.

determinati dalle scelte sulla gestione operativa, come la gestione del personale e la internalizzazione/esternalizzazione dei servizi di supporto, ed infine ai costi di distribuzione dei servizi sanitari alla popolazione.

4. Scelte organizzative e costi standard di produzione: gli acquisti

Un primo importante ambito su cui è possibile valutare l'impatto delle scelte organizzative dei diversi Ssr è rappresentato dalle politiche di acquisto di beni e servizi (*public procurement*). La funzione «approvvigionamento e logistica» assume un ruolo rilevante nella catena del valore delle aziende sanitarie ed ospedaliere, insieme alle altre funzioni di supporto (gestione delle risorse umane, contabilità, Ict) con cui presenta importanti connessioni (*e-procurement*²³). Diretto è l'impatto della funzione acquisti sui costi dei fattori produttivi e quindi sui «costi di produzione standard», che dovrebbero determinare il costo standard a livello regionale nella prospettiva del federalismo sanitario. Le politiche di acquisto sono poi indicatori importanti di scelte strategiche a diversi livelli, quali programmazione dei fabbisogni, gestione dei magazzini e la logistica, valutazione della qualità, introduzione di *health technology assessment*, relazioni con i servizi di ingegneria clinica e esternalizzazione (*global service, partnership* attive con i fornitori)²⁴. La spesa per acquisti di beni e servizi costituisce una componente significativa della spesa sanitaria pubblica; i dati 2007 contenuti nella ricerca del Laboratorio Fiaso-Ceis la quantificano in 19,5 mld di euro, valore che va confrontato con i 33,8 mld di euro di spesa per il personale ed i 45 mld di euro di spesa per servizi sanitari convenzionati. Tra gli acquisti di beni e servizi (2007) dominante è il peso dei beni sanitari (circa 11 mld di euro) e dei servizi non sanitari (circa 5,7 mld di euro) che riflettono le scelte di esternalizzazione dei servizi alberghieri (pulizia, lavanderia, ristorazione) e di manutenzione (edilizia, impiantistica e tecnologica). La «relativa» rilevanza in valori assoluti della spesa per acquisti di beni e servizi assume una valenza completamente diversa guardando ai tassi di crescita nel periodo 2004-2007: gli acquisti sono aumentati del 33,8%, con incremento annuo dell'11,3%, più del doppio rispetto all'incremento annuo della spesa sanitaria totale (5,4%).

I diversi Ssr presentano un quadro molto diversificato della funzione acquisti: sistema di responsabilità, assetto organizzativo e sistemi di gestione variano tra Regione e Regione e sono il risultato di scelte adottate in gran parte dalle Regioni. Questa valutazione può essere ben compresa facendo riferimento alla Fig. 3 in cui sono presentate le diverse soluzioni, distinte in base a *cluster* di Regioni. Tra questi vanno ricordati il *cluster* della cooperazione interistituzionale, con ruolo attivo di promozione e coordinamento della Regione. Esempi sono la Lombardia, con un ruolo significativo svolto da Lombardia informatica, Liguria e Basilicata ed i recenti interventi in Sicilia e Lazio in stretta coerenza con le indicazioni dei piani di rientro. Un secondo significativo *cluster* è quello delle aree vaste, caratterizzato o da una *governance* forte a livello regionale (Toscana con istituzione degli Estav, Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta) o da una *governance multistakeholder*, con una «relativa» pluralità di attori pubblici (Emilia Romagna – IntercentEr, Regione, Associazioni aree vaste ed Asl; Veneto – Regione ed agenzia regionale; Marche – Regione, Asur, aree vaste ed Agenzia sanitaria). Un terzo *cluster*, collegato ad una logica di *governance* forte a livello regionale, prevede la creazione di una società per azioni a livello regionale (Campania) a cui sono affidate le gare regionali.

La valutazione dei risultati delle diverse soluzioni regionali consente di comprendere immediatamente la relazione tra scelte organizzative delle Regioni, controllo della dinamica della spesa ed impatto sul costo di produzione dei servizi sanitari. La Regione che ha registrato nel

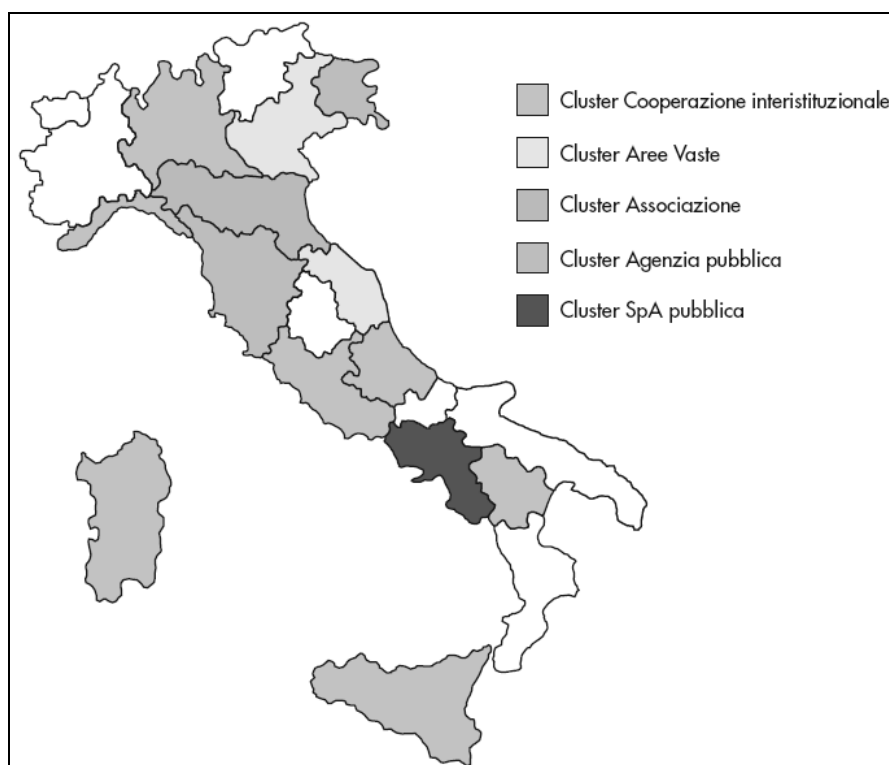
²³ M. Meneguzzo, L. Roncetti, A. G. Rossi, *Centrali di acquisto, servizi in rete ed aree vaste. Una prima valutazione delle esperienze*, in «Mecosan», 13, 52, 2004, pp. 115-133.

²⁴ M. Meneguzzo, L. Buccoliero, *Allearsi per comprare. Politiche di acquisto dei network di aziende sanitarie*, Milano, Egea, 1999; Laboratorio Fiaso-Ceis Università di Roma Tor Vergata, *Analisi comparativa delle esperienze di aggregazione della domanda in Sanità*, cit., p. 9.

periodo 2004-2007 il maggiore incremento percentuale di spesa è il Lazio (66,4%; assenza di interventi), seguita dalla Lombardia (45,2%; modello di cooperazione interistituzionale); per contro, tassi di crescita inferiori al dato nazionale (33,8%) si registrano in Regioni inserite nel *cluster* delle aree vaste (Emilia Romagna, Toscana, Marche) o nel *cluster* di cooperazione interistituzionale (Liguria, Basilicata). La minore spesa tra il precedente modello della funzione acquisti affidata alle singole aziende sanitarie ed il modello di «aggregazione della domanda» a livello regionale o di aree vaste oscilla tra il 4% medio (Aree Vaste Toscana), il 16% (Aree Vaste Veneto), il 12% (Spa regionale Campania), il 19% (Aree Vaste e centrale acquisti Intercent-Er Emilia Romagna).²⁵

Si è comunque ben consapevoli che, nella prospettiva di adozione dei costi standard, sarà opportuno affinare il sistema degli indicatori per la valutazione della performance²⁶ e, soprattutto, effettuare il confronto sull'andamento della spesa per il periodo 2004-2009.

Fig. 3. I modelli regionali istituzionali ed organizzativi della funzione acquisti



Fonte: Laboratorio Fiaso-Ceis Università di Roma Tor Vergata, *Analisi comparativa delle esperienze di aggregazione della domanda in Sanità*, cit., p. 15

²⁵ Laboratorio Fiaso-Ceis Università di Roma Tor Vergata, *Analisi comparativa delle esperienze di aggregazione della domanda in Sanità*, cit., p. 9

²⁶ G. Fiorani, *System Thinking, System Dynamics e Politiche pubbliche*, Egea, Milano, 2010.