



INNOVARE PER COMPETERE

SANITÀ E SPENDING REVIEW

Organizzazione, trasparenza, digitalizzazione

Novembre 2014

Sommario

| | |
|---|----|
| Premessa | 3 |
| 1. La spesa sanitaria | 3 |
| 2. Il sistema di remunerazione delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale | 7 |
| 2.1. Il sistema dei DRG | 8 |
| 2.2 Il mancato aggiornamento del Nomenclatore protesi e ausili | 9 |
| 2.3. Costi – non solo standard | 10 |
| 2.4 Inefficienze e sprechi | 12 |
| 3. Innovazione digitale e nuovi modelli organizzativi. | 14 |
| 3.1. Digitalizzazione | 14 |
| 3.2. Trasparenza e open data | 15 |
| 3.3. Centralizzazione degli acquisti | 16 |
| 3.4. <i>Management e governance</i> | 17 |
| Alcune considerazioni conclusive | 19 |

Il Paper è stato coordinato da Linda Lanzillotta (Presidente Glocus) e Carlo Maria Medaglia (Coordinatore area innovazione Glocus).

Hanno collaborato: Massimo Caruso (Direttore editoriale e-Sanit@), Mauro Ferrante, Lorenzo Orlando, Dario Tescarollo e Valentina Tonti (Ricercatori Glocus).

Premessa

Anche quest'anno, in occasione della presentazione della legge di stabilità, si è riproposto con forza nel dibattito pubblico il tema dei tagli alla spesa sanitaria delle Regioni e di come ciò si debba necessariamente tradurre in una riduzione dei servizi ai cittadini.

In questo *paper* cerchiamo di rovesciare questa ottica e di rispondere a questa domanda: è possibile migliorare la qualità dei servizi anche in un contesto di riduzione della spesa?

1. La spesa sanitaria

Il Rapporto Giarda (Marzo 2013)¹, analizzando la dinamica dei maggiori aggregati della spesa pubblica degli **ultimi vent'anni** evidenzia alcuni rilevanti mutamenti strutturali. In particolare:

- una forte **crescita della spesa sanitaria** che nel 1990 assorbiva il 32,3% del totale della spesa, e sale fino al 37%, nel 2009. Nello stesso periodo la spesa sanitaria nel suo complesso aumenta dal 6,2% al 7,5% del PIL;
- un significativo aumento della spesa per la protezione sociale e per i servizi generali accompagnati da:
 - una forte **caduta della spesa per istruzione**, dal 23,1% al 17,7%, che conseguentemente diminuisce in rapporto al PIL;
 - una significativa caduta della **spesa per ordine pubblico e sicurezza**, che si è ridotta, nel periodo considerato, dall'8,9% al 7,9% del totale.

Si registra, inoltre, l'aumento della **spesa per pensioni** che, nonostante le ripetute riforme degli ultimi vent'anni, ha continuato ad accrescere il proprio peso sul totale. Questi importanti mutamenti strutturali trovano la propria origine nei cambiamenti della struttura demografica del nostro paese – più persone anziane e meno giovani – oltre che nel diverso potere politico e negoziale assunto nel corso degli anni dai diversi soggetti istituzionali gestori dei principali aggregati di spesa. In particolare, nell'ultimo quindicennio, le Regioni assumono un ruolo centrale. E infatti, la sanità trova nei governi regionali (per i quali la spesa sanitaria assorbe oggi circa il 70% della spesa complessiva) potenti interpreti dei bisogni delle popolazioni interessate, ai quali fanno eco i numerosi interessi economici coinvolti in questo settore. Ne deriva una eccezionale pressione per espandere la quota di risorse pubbliche destinate al finanziamento della sanità.

| Funzioni | 1990 Totale PA | | | | | Var. 2009/1990 |
|-------------------------------------|----------------------|----------------|--------------|----------------|-------------|----------------|
| | | Amm. Centr. | Amm. Loc. | Enti. Prev. | Tot. PA | |
| Servizi generali | 12,8% | 5,7% | 7,7% | | 13,4% | +0,6% |
| Difesa | 6,8% | 7,1% | 0 | | 7,1% | +0,3% |
| Ordine pubblico e sicurezza | 8,9% | 6,9% | 1% | | 7,9% | -1,1% |
| Affari economici | 5,1% | 1,3% | 3,15 | | 4,5% | -0,6% |
| Protezione dell'ambiente | 2,9% | 0,3% | 3% | | 3,3% | +0,4% |
| Abitazioni e territorio | 1,7% | 0,1% | 1,8% | | 1,9% | +0,2% |
| Sanità | 32,3% | 0,4% | 36,4% | 0,1% | 37% | +4,7% |
| Protezione sociale | 4,2% | 0,4% | 2,6% | 2% | 5% | +0,8% |
| Attività ricr., culturali, di culto | 2,2% | 1,1% | 1,3% | | 2,4% | +0,1% |
| Istruzione | 23,1% | 13,6% | 4,1% | | 17,7% | -5,4% |
| Totale | 100% | 36,8% | 61,1% | 2,1% | 100% | 0 |

Tabella 1. Composizione per funzioni dei servizi pubblici, 1990 – 2009, Giarda 2013.

¹ Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Analisi di alcuni settori di Spesa Pubblica*, marzo 2013.

Tuttavia, se guardiamo alla dinamica della spesa sanitaria degli anni più recenti, si registra una graduale diminuzione (in linea con quella di molti altri paesi europei) come effetto del processo di riduzione di spesa pubblica volto a ridurre il deficit di bilancio e a rispettare i parametri europei, processo che, negli anni più recenti, è stato ancor più incisivo a causa degli effetti della crisi economica e finanziaria.

Dai dati forniti dalla Ragioneria Generale dello Stato² emerge che dopo una fase di incremento della spesa sanitaria, che nel periodo 2000-2006 evidenziava un tasso di crescita medio annuo pari addirittura al 7%, dal 2006 si è invece registrato un cambio di rotta, con un sensibile abbassamento del tasso annuo di crescita della spesa sanitaria che, nel periodo 2006-2012, è stato pari all'1,4%.

Dal 2006 si è invece registrato un **cambio di rotta**, con una drastica riduzione del tasso di crescita che scende al 2,5% nel periodo 2006-2010 e addirittura a -0,8% nel triennio 2010-2012. Quest'ultimo valore è evidentemente il risultato delle politiche fortemente restrittive realizzate negli anni 2011 e 2012, nei quali infatti la spesa sanitaria è diminuita non solo in termini reali ma, per la prima volta dal dopoguerra, anche in termini nominali. Per il 2013, l'Ocse stima una riduzione della spesa sanitaria del -3% in termini reali rispetto all'anno precedente.

Il contenimento del tasso di crescita ha riguardato tutte le componenti della spesa. In particolare, la riduzione della **spesa farmaceutica** è stata determinante. Tra il 2008 e il 2012, infatti, la spesa per i farmaci è scesa del 14% in termini reali: una riduzione dovuta al contenimento dei tetti a livello regionale, alla riduzione dei margini per grossisti e farmacie e al taglio del prezzo dei farmaci generici sulla base di un sistema di prezzi di riferimento. La quota di mercato dei farmaci generici in Italia, infatti, è aumentata negli ultimi anni (dal 6% del 2008 al 9% nel 2012), pur rimanendo inferiore a quella osservata in altri paesi OCSE. Per quanto riguarda la spesa per il personale, giunta nel 2011 a circa il 32% del totale, è ora in diminuzione per effetto del blocco del *turn over*. La spesa per beni e servizi dal 2000 al 2010 è aumentata, sebbene con un tasso di crescita medio annuo decrescente, pari al 9,1% nel periodo 2000-2006 e al 6,3% per gli anni 2006-2010.

A partire dal 2010 vengono introdotte misure di razionalizzazione della spesa per gli **acquisti di beni e servizi**. L'articolo 15 del decreto legge 95/2012 (cd "decreto *Spending Review*") ha disposto l'immediata riduzione del 5% degli importi e delle prestazioni dei contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi stipulati da aziende ed enti del SSN. La legge di stabilità 2013 ha inasprito la misura della riduzione portandola al 10% ma ha contestualmente introdotto la possibilità, per le Regioni e le province autonome, di adottare misure alternative alla riduzione del 10% degli appalti, purché venga assicurato l'equilibrio del bilancio sanitario regionale (comma 13, lettera a). Grazie a queste misure nel triennio 2010-2013 il tasso di crescita della spesa per beni e servizi si è ulteriormente ridotto fino al 1,6% annuo.

È stata inoltre prevista la possibilità di sperimentare nuovi modelli di assistenza per contenere la spesa, anche attraverso sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extra-ospedaliere; si è infine intervenuti sulla regolazione della domanda di prestazioni sanitarie attraverso la compartecipazione alla spesa (con il sistema del *ticket*).

In una prospettiva comparata, nel 2012 la spesa sanitaria rappresentava il 9.2% del PIL (vedi figura 1), livello molto vicino alla media dei paesi OCSE (9.3%). Per quanto riguarda il

² Camera dei Deputati, *La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica*, XVII Legislatura, documento approvato dalle commissioni riunite V (bilancio, tesoro e programmazione) e XII (affari sociali) nella seduta del 4 giugno 2014.

finanziamento della spesa sanitaria, nel nostro paese nel 2012 il 77% del totale è stato finanziato da risorse pubbliche, quota superiore rispetto alla media OCSE (72%).

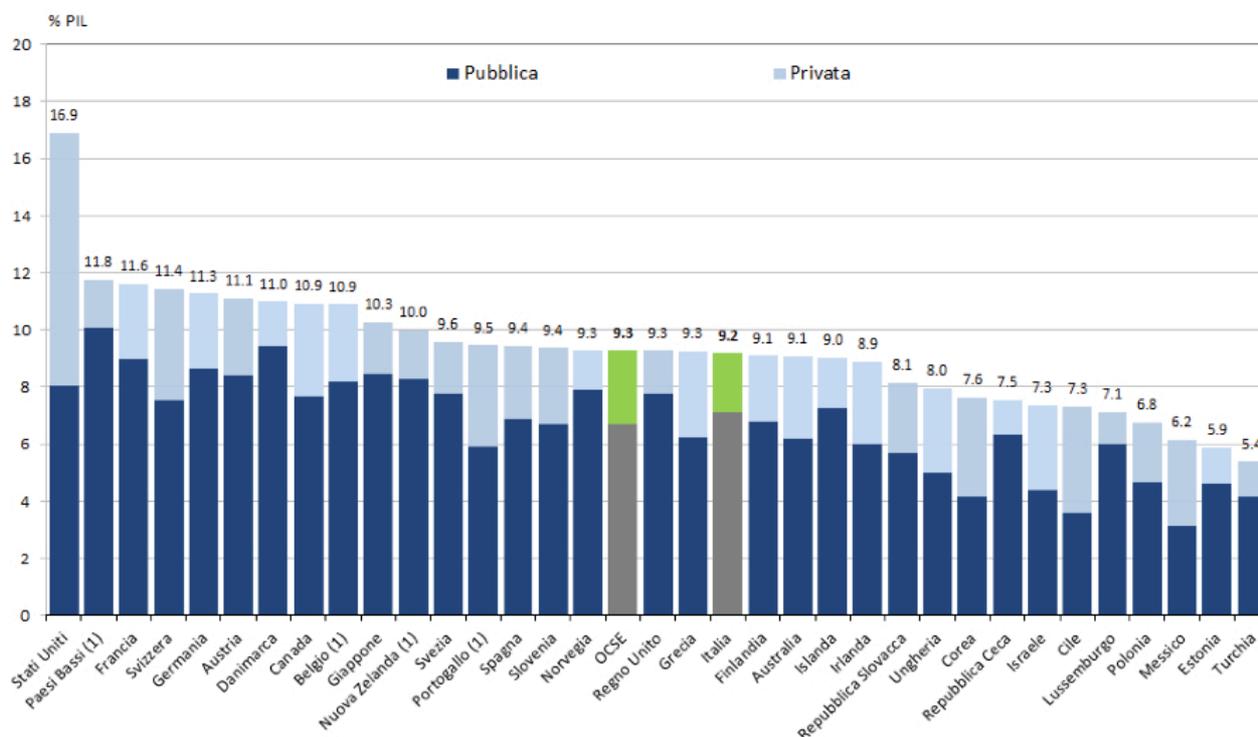


Figura 1. Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria, Paesi OCSE 2012 o anno più recente. Fonte OECD Health Statistics 2014

Nonostante i trend di diminuzione della spesa, il problema della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario italiano nel lungo periodo rimane. Diversi sono i fattori in gioco, sia di carattere transitorio (come la recessione economica) sia strutturale (graduale invecchiamento della popolazione, probabili cambiamenti epidemiologici, stili di vita poco sani, crescita delle aspettative dei cittadini in materia di tutela della salute). In presenza di tali fattori, gli interventi di riduzione e stabilizzazione della spesa, se non accompagnati da misure di maggior efficienza nell'utilizzo delle risorse, rischierebbero di generare forme di razionamento nella soddisfazione dei bisogni sanitari il cui effetto sarebbe anche quello di aumentare la differenziazione degli standard qualitativi già oggi esistente nelle diverse aree del nostro territorio.

Il **Patto per la Salute**, sottoscritto dallo Stato e dalle Regioni, per gli anni **2014-2016** rappresenta la presa d'atto di tali fenomeni e la volontà di affrontarli in un'ottica di medio periodo. L'intesa, sottoscritta il 10 luglio 2014, è un accordo finanziario e programmatico finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema. Il Piano prevede, per il triennio, una crescita nominale del livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale a cui concorre lo Stato:

- confermato in 109.928.000.000 euro per l'anno 2014;
- fissato in 112.062.000.000 euro per l'anno 2015;
- fissato in 115.444.000.000 euro per l'anno 2016.

Per i prossimi tre anni, dunque, vengono aggiunti 8,4 miliardi: cifra che mostra un notevole sforzo di spesa, soprattutto se confrontato con il precedente "Patto 2010-12" che, nel pieno della crisi, aveva pianificato un aumento del finanziamento di 4,4 miliardi, salvo poi doverne decurtare uno nel 2013.

Occorre precisare che le cifre relative al triennio 2014-2016 sono però soggette a possibili modifiche e correzioni, che potranno rendersi necessarie al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico. Secondo quanto disposto dal piano, in aggiunta, i risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto della Salute stesso rimarranno nella disponibilità delle singole Regioni, che potranno utilizzarle per finalità legate sempre all'ambito sanitario. Le Regioni hanno dunque fatto valere il principio dell'auto-revisione di spesa.

Il disegno di **legge di stabilità per il 2015**, all'articolo 35, prevede che per gli anni 2015-2018 il contributo delle Regioni a statuto ordinario, al raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica, sia incrementato di 3.452 milioni di euro annui. Sono conseguentemente rideterminati i livelli di finanziamento assegnati e le modalità di acquisizione delle risorse da parte dello Stato. In assenza di un accordo la misura del contributo dovuto da ciascuna regione è determinata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Come afferma Vittorio Mapelli, "[...] *la sanità è comunque un'isola felice nel mare agitato del patto di Stabilità. Finora non ha subito sostanziali decurtazioni, come ha riconosciuto la stessa Corte dei conti nella propria relazione. Sotto il pretesto del diritto costituzionale alla salute si è fatto passare il principio della inviolabilità della spesa sanitaria. Non solo la sanità non contribuisce al Patto di stabilità, come Enti locali e Regioni, ma crea nuovi deficit: nell'ultimo quinquennio 10,7 miliardi. Fortunatamente dimezzati dai 23,4 del 2004-09. Merito soprattutto delle Regioni in piano di rientro, a dimostrazione che inefficienze e sprechi si possono tagliare*".³

³ V. Mapelli, "Patto per la salute, l'errore del federalismo e il caos dei costi standard", *Il Sole 24 Ore*, 16 luglio 2014.

2. Il sistema di remunerazione delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale

Per superare la logica, tante volte lamentata, del taglio lineare nella sanità e dovendo necessariamente proseguire sulla strada del contenimento della spesa, anche per riequilibrare le risorse destinate ad altri settori strategici per la crescita economica (istruzione, ricerca, innovazione), occorre analizzare i fattori che concorrono a determinare la spesa complessiva.

Il SSN garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie incluse nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) attraverso l'attività di soggetti erogatori pubblici (Aziende sanitarie e ospedaliere, Aziende ospedaliero-universitarie, Irccs pubblici), privati equiparati (Irccs privati, Ospedali classificati e "Presidi") e privati accreditati, con i quali le Regioni e le Aziende stipulano accordi o contratti.

Elemento fondamentale delle prestazioni erogate da tali soggetti sono le tariffe, onnicomprensive e predeterminate per singola prestazione sulla base di standard qualitativi predefiniti. Esse si applicano sia al settore pubblico che privato e si distinguono in tre tipologie:

1. **tariffe nazionali**, stabilite periodicamente dal Ministero della salute insieme al Ministero dell'Economia;
2. **tariffe regionali**, stabilite periodicamente dagli Assessorati Regionali alla sanità;
3. **tariffe utilizzate per la "compensazione della mobilità interregionale"** (TUC, Tariffa Unica Convenzionale) stabilite annualmente dal 2003 tra tutte le Regioni per le sole attività di ricovero.

Le prestazioni sanitarie per le quali sono determinate le tariffe sono definite in maniera univoca a livello nazionale, sono divise per tre categorie di attività assistenziale:

1. **Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale;**
2. **Nomenclatore tariffario protesici;**
3. **Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti.**

Oltre alle tariffe, il sistema di remunerazione prevede un secondo elemento costituito dalle cosiddette "Funzioni assistenziali", remunerate sulla base del **costo standard** del corrispondente programma di assistenza.

Al fine della revisione e dell'aggiornamento del sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie nel nuovo Patto per la Salute si conviene di istituire una commissione permanente costituita da rappresentanti dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, della Conferenza delle Regioni e Province Autonome nonché dell' Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) al fine di:

- aggiornare e mantenere le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al DM 18 ottobre 2012, nonché di assistenza protesica di cui decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332;
- individuare le funzioni assistenziali ed i relativi criteri di remunerazione massima⁴;
- definire criteri e parametri di riferimento per l'individuazione delle classi tariffarie;

⁴ Articolo 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i.

- promuovere la sperimentazione di metodologie per la definizione di tariffe per i percorsi terapeutici assistenziali territoriali.

Il sistema così sinteticamente descritto rappresenta uno dei punti critici del finanziamento dell'intero Sistema Sanitario.

2.1. Il sistema dei DRG

Il Servizio Sanitario Nazionale, analogamente a ciò che avviene in altri paesi europei, si affida per la classificazione delle prestazioni al sistema DRG (*Diagnosis-related groups*, Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi). L'acronimo identifica un numero piuttosto elevato di classi finali di ricovero, definite in modo da risultare *significative* sotto il profilo clinico ed *omogenee* dal punto di vista delle risorse assorbite e, quindi, dei costi di produzione dell'assistenza ospedaliera. Il sistema DRG è orientato a descrivere la complessità dell'assistenza prestata al paziente, partendo dal principio che malattie simili, trattate in reparti ospedalieri simili, comportano approssimativamente lo stesso consumo di risorse umane e materiali. Tale sistema è stato quindi creato per consentire di programmare e quantificare il tipo e la quantità di attività e di risorse da utilizzare in un determinato arco di tempo per l'assistenza ai pazienti.

La classificazione DRG consente di mettere in relazione tra loro, guardando all'ospedale visto come a una struttura produttiva, i seguenti elementi:

- gli *input*, cioè le **risorse impiegate** (uomini, materiali, attrezzature);
- gli *output*, cioè i **servizi** diagnostici, terapeutici ed alberghieri prestati ai pazienti;
- l'*outcome*, cioè il **risultato** conseguito dai pazienti in termini di miglioramento del loro stato di salute e la qualità, cioè la validità tecnico-scientifica dei procedimenti utilizzati.

Il sistema si basa su alcune informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) ed, ad oggi, individua circa 500 classi di casistiche, tendenzialmente omogenee per quanto riguarda il consumo di risorse, la durata della degenza e, in parte, il profilo clinico.

Diverse ricerche⁵ hanno evidenziato come l'aggiornamento periodico del sistema di codifica avvenga per un numero limitato di classi e in molti casi senza procedure e criteri appropriati. Per di più la **frequenza negli aggiornamenti** varia enormemente tra le Regioni. Al contrario, come si vede nella Tabella 2, negli altri Paesi europei la manutenzione dei codici e delle tariffe avviene con regolarità e frequenza.

⁵ Per tutte vedasi G. Gallea, *Impatto del sistema di finanziamento a DRG sull'innovazione tecnologica in sanità. Evidenze e proposte emerse dal caso italiano*, Cergas Università Bocconi.

| | DRG-based hospital payment system | | | |
|-------------------|---|---|---|--------------------------------------|
| | Patient classification system | | Payment rate | |
| | Frequency of updates | Time lag to data | Frequency of updates | Time lag to data |
| Austria | Annual | 2-4 years | 4-5 years (updated when necessary) | 2-4 years |
| England | Annual | Minor revisions annually; irregular overhauls every 5-6 years | Annual | 3 years (but adjusted for inflation) |
| Estonia | Irregular (first update after 7 years) | 1-2 years | Annual or following update of FFS fees | 1-2 years |
| Finland | Annual | 1 year | Annual | 0-1 year |
| France | Annual | 1 year | Annual | 2 years |
| Germany | Annual | 2 years | Annual | 2 years |
| Ireland | Every 4 years, linked to Australian updates of AR-DRGs* | Not applicable (imported AR-DRGs) | Annual - linked to Australian cost weight updates | 1-2 years |
| The Netherlands | Irregular | Not standardized | Annual or when considered necessary | 2 years, or based on negotiations |
| Poland | Irregular - planned twice per year | 1 year | Annual update only of base rate | 1 year |
| Portugal | Irregular | Not applicable (imported AP-DRGs) | Irregular | 2-3 years |
| Spain (Catalonia) | Biennial | Not applicable (imported 3 year old CMS-DRGs) | Annual | 2-3 years |
| Sweden | Annual | 1-2 years | Annual | 2 years |

AR-DRGs, All patient (AP-)DRGs; CMS-DRGs, Centers for Medicare and Medicaid Services DRGs; DRGs, diagnosis-related groups; FFS, fee-for-service.

Tabella 2 Frequenza di aggiornamento delle tariffe DRG in 12 paesi europei. Fonte: Scheller-Kreinsen et al., 2011.

Tutto ciò, oltre a costituire un elemento di forte inefficienza dell'intero sistema sanitario, costituisce un vero e proprio freno all'innovazione e all'adozione di nuove tecnologie. Più in generale, un sistema DRG costantemente e adeguatamente aggiornato costituirebbe uno strumento flessibile capace di garantire la giusta remunerazione per i nuovi dispositivi e le nuove terapie, il controllo dei costi, della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

Ulteriore elemento di riflessione si ricava dal fatto che DRG che incorporano alti livelli di inefficienza e, dunque, costi impropri, determinano nella gran parte delle strutture private un significativo livello di utili e, al contrario, producono deficit del conto economico di molte strutture pubbliche. Avviene ad esempio che lo Stato rimborsa all'ospedale le spese degli interventi sulla base di quotazioni effettuate 20 anni orsono, quando non c'erano le giuste tecnologie e l'approccio all'intervento era totalmente diverso da quello che avviene oggi. Vista la velocità dell'innovazione tecnologica e della dinamica della prestazione medica, non è possibile utilizzare questo sistema in maniera efficace senza un periodico aggiornamento.

2.2 Il mancato aggiornamento del Nomenclatore protesi e ausili

Fenomeni analoghi si registrano per il Nomenclatore Tariffario. Esso stabilisce quali ausili possano essere erogati al disabile che abbia la prescrizione da parte di un medico specialista che ne attesti la necessità⁶. La **spesa** pubblica in protesi e ausili è stimata in circa **1,9 miliardi**. L'**ultimo aggiornamento** di questa lista risale al **1999**: come è facile immaginare, l'impatto sempre crescente della ricerca e delle nuove tecnologie nella sanità ha profondamente modificato anche il mondo e il mercato delle protesi e degli ausili sanitari, imponendo standard non paragonabili con quelli di appena cinque anni fa. Il ritardo nell'aggiornamento del nomenclatore si ripercuote su più livelli:

⁶ D.M. 332/99 art.4 c. 2.

- i disabili, in primo luogo, si trovano costretti a misurarsi con l'obsolescenza degli ausili che sono messi a loro disposizione di fronte a un mercato in continua evoluzione e rischiano di essere privati, nella terapia, di prodotti e strumenti tecnologicamente avanzati;
- i produttori sostengono un aumento generale dei costi di produzione (costo del lavoro, costo delle materie prime, costo dei componenti delle protesi, costo per la sicurezza, costi ambientali) a fronte di un prezzario paralizzato (essendo il prezzo di riferimento quello del Nomenclatore Tariffario)⁷.

Si stima che l'aggiornamento del Nomenclatore consentirebbe un ribasso del 70% del prezzo di molti ausili⁸.

2.3. Costi – non solo standard

La legge n. 133 del 6 agosto 2008 definisce il costo standard in sanità come *“parametro che individua il consumo di risorse per prodotto calcolato sulla base di strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell’assistenza sulla base dei costi standard già disponibili presso le Regioni e le province autonome”*⁹.

Come già esposto, nel Sistema Sanitario italiano i costi concorrono a determinare le tariffe, per cui la corretta e trasparente misurazione dei costi costituisce condizione essenziale per la sostenibilità economica e sociale del sistema. Il decreto legislativo 6 maggio 2011, n.68 prevede (articolo 27 comma 6) che i costi standard siano computati a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza: assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

Il valore di costo standard è dato, per ciascuno dei **tre macrolivelli di assistenza**, dalla **media pro-capite pesata del costo** registrato dalle **Regioni di riferimento**. Quest’ultime sono le tre Regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, che siano state scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministro della salute, in quanto migliori cinque Regioni che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico (comunque non essendo assoggettate a piano di rientro e risultando adempienti) sono individuate in base a criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sulla base degli indicatori allegati al decreto legislativo.

Nel dicembre 2013 sono state individuate le tre Regioni di riferimento per i costi standard in sanità: Umbria, Emilia Romagna e Veneto. È stato dunque calcolato il costo medio pro-capite sanitario delle tre Regioni e questo numero è stato poi moltiplicato per la popolazione "pesata" (ovvero tenendo conto delle differenze di età dei residenti delle singole Regioni) suddividendo poi i risultati per singoli Livelli Essenziali di Assistenza (attività, servizi e prestazioni che il nostro Servizio Sanitario garantisce a tutti i cittadini in base al DPCM del 29 novembre 2001). L'incidenza della loro applicazione non ha prodotto significative variazioni sul riparto della spesa tra le singole Regioni. Anche il riparto 2014 conferma che **l'applicazione dei costi standard non determina grandi spostamenti rispetto al trend storico**.

⁷ Questo sistema determina antieconomicità, aumento dei costi a carico del SSN e disincentivo alla ricerca. Alcune recenti inchieste hanno tra l'altro denunciato come questo sistema determini paradossali e perversi effetti. In alcuni casi infatti il SSN, infatti, rimborsando esattamente la cifra elencata nel nomenclatore rimborsa di più di quello che oggi è il prezzo di mercato del prodotto.

⁸ Dati del Centro studi e ricerca per persone disabili di Federvarie - Confindustria.

⁹ Art. 79, comma 1-quinquies.

| FABBISOGNO - RIPARTO SSN | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Regione | TOTALE FINALE 2012 | TOTALE FINALE 2013 | TOTALE FINALE 2014 |
| Piemonte | 7.978.163.454 | 7.828.281.331 | 7.993.414.128 |
| Valle d'Aosta | 225.352.335 | 223.011.458 | 225.292.426 |
| Lombardia | 17.341.184.546 | 17.049.190.491 | 17.555.542.794 |
| P.A. Bolzano | 865.069.407 | 856.812.970 | 886.970.684 |
| P.A. Trento | 918.244.725 | 907.243.072 | 928.856.791 |
| Veneto | 8.607.884.968 | 8.495.053.501 | 8.696.062.457 |
| Friuli Venezia Giulia | 2.217.730.512 | 2.190.575.944 | 2.203.171.152 |
| Liguria | 3.053.707.274 | 2.981.000.030 | 3.035.036.197 |
| Emilia - Romagna | 7.901.475.870 | 7.746.385.260 | 7.927.444.444 |
| Toscana | 6.730.346.850 | 6.604.036.322 | 6.754.520.683 |
| Umbria | 1.622.166.222 | 1.594.219.206 | 1.630.639.568 |
| Marche | 2.787.332.179 | 2.763.162.077 | 2.816.212.272 |
| Lazio | 9.982.148.899 | 9.773.337.694 | 10.151.219.587 |
| Abruzzo | 2.383.222.579 | 2.348.987.082 | 2.389.035.235 |
| Molise | 574.623.692 | 562.861.017 | 570.675.874 |
| Campania | 9.895.417.201 | 9.741.747.064 | 10.128.219.988 |
| Puglia | 7.028.005.338 | 6.958.439.478 | 7.143.580.328 |
| Basilicata | 1.031.973.422 | 1.013.538.559 | 1.042.970.725 |
| Calabria | 3.483.758.281 | 3.427.208.727 | 3.473.716.980 |
| Sicilia | 8.673.970.213 | 8.585.746.872 | 8.801.966.242 |
| Sardegna | 2.911.971.578 | 2.860.521.566 | 2.910.662.073 |
| ITALIA | 106.213.749.544 | 104.511.359.721 | 107.265.210.628 |

Tabella 3. Elaborazione su Riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN per gli anni 2012, 2013, 2014.

Oltre a ragioni di valutazione dell'efficienza e di programmazione delle risorse, i costi standard dovrebbero consentire il superamento della logica della spesa storica e dei tagli lineari e garantire una maggiore analiticità nella determinazione del costo delle singole prestazioni. Tuttavia, già dal primo anno di applicazione, sono emersi alcuni problemi di fattibilità, a partire dalla carenza della grande mole di dati che una analisi del *product costing* richiederebbe.

Peraltro, media e politica hanno semplicisticamente interpretato il metodo dei costi standard come centralizzazione degli acquisti, per cui grazie alla loro applicazione il mitico costo della siringa sarebbe risultato uguale in tutta Italia e ciò avrebbe risolto i problemi del finanziamento del SSN. In realtà esistono altre metodologie per la determinazione dei costi standard diverse da quella definita dal D. lgs 68/11 poi riproposto dal Patto per la Salute, che hanno semplicemente ponderato la spesa delle tre Regioni definite virtuose con la struttura demografica della popolazione senza procedere alla identificazione del costo capitaro standard per ogni specifica patologia. Questa seconda metodologia, seppur più complessa, permetterebbe a posteriori di

verificare se per ogni regione si siano registrati costi e/o quantità di ricoveri superiori o inferiori allo standard.

Il metodo, basato sulla prevalenza delle patologie croniche e sul **"costo standard per malattia"**, è la nuova frontiera verso cui si sono incamminati numerosi Paesi (Germania, Svizzera, Israele, Sud Africa), dopo l'esempio del *Medicare* Usa (2004) e dei Paesi Bassi (2006). Il costo standard, infatti, ha senso a costanza di tecnologie e procedure adottate per una determinata patologia (al netto delle complicazioni).

Per quanto riguarda le procedure, esse dovrebbero essere dettate dalla scienza corrente, che formula delle linee guida di diagnosi e trattamento per ogni patologia, che comportano protocolli diagnostici terapeutici; la non aderenza alle linee guida può comportare un costo maggiore (ad esempio in termini di tempo o di costo per esami inutili) oppure un esito peggiore, che a sua volta si traduce in ulteriori costi. In questo senso è necessaria anche una maggiore responsabilità dell'atto medico.

Per quanto riguarda il livello tecnologico, come accennato già a proposito dei DRG, è ovvio che con l'uso di tecnologie più moderne il costo può essere maggiore. A tal proposito sarebbe opportuno sottoporre tutte le tecnologie che vengono acquistate dagli ospedali a *Health Technology Assessment* (HTA)¹⁰, la cui applicazione può comportare un costo maggiore nel breve periodo ma un risparmio nel lungo termine ed evitare fenomeni di corruzione o di sperpero di risorse pubbliche (fattori che vengono poi incorporati nei costi standard)¹¹.

2.4 Inefficienze e sprechi

Non tutte le risorse a disposizione del Sistema sanitario nazionale sono utilizzate nel migliore dei modi. Dando uno sguardo agli ultimi dati pubblicati on-line dal Ministero della Salute e relativi all'attività economico-sanitaria (2011) emergono evidenze di possibili sprechi e inefficienze.

Dividendo i costi messi a bilancio da ogni ospedale con il numero di posto letto, emerge che la spesa differisce in maniera sostanziale tra un ospedale e l'altro. Ad esempio¹² i costi per la pulizia di alcune strutture della Campania sono più del doppio rispetto a quelli dell'Emilia Romagna e rappresentano il record a livello nazionale: 17.583 mila euro per posto letto contro i 6.518 del Sant'Orsola, con un media di 7.957 euro. Al De Lellis di Catanzaro la spesa per le utenze telefoniche è il triplo di altri ospedali italiani (2.782 euro contro 910 a posto letto). Tra il Careggi di Firenze e il Niguarda di Milano - a parità di dimensioni - c'è una differenza di dieci volte per l'elettricità (6.737 euro contro 604 a posto letto). Per la spesa di medici e infermieri, suddivisi tra dipendenti, universitari e precari, il Policlinico Giaccone di Palermo sopporta un costo di 182 mila euro per ciascun letto contro i 130 mila dell'ospedale universitario di Parma.

La situazione dei bilanci attuali va ad abbattere anche i consolidati luoghi comuni sull'efficienza del Nord. L'ospedale universitario di Udine costa 170 mila euro in più a posto letto rispetto al suo omologo di Messina; nella stessa Sardegna il Brotzu di Cagliari spende per tecnici, amministrativi e,

¹⁰ L'Health Technology Assessment è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo. L'obiettivo è valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori che durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e la società.

¹¹ A proposito dell'Health Technology Assessment, un fattore da considerare è anche il tasso di utilizzo: se tale tasso è basso si determina scarsa competenza nell'uso dello strumento e diagnosi omesse, che rappresentano un costo. Il problema è monitorare l'uso delle macchine, cosa che al momento non avviene perché gli esami clinici non sono geo-localizzati.

¹² Dati che emergono da un'inchiesta condotta dal Corriere della sera con l'aiuto del Centro studi sanità pubblica dell'Università Bicocca di Milano, *La sanità degli sprechi, ecco gli ospedali che spendono di più*, 6 ottobre 2014.

in generale, personale non sanitario il triplo a posto letto rispetto ad una struttura della stessa Regione, l'ospedale universitario di Sassari (34 mila euro contro 11 mila). Per medici e infermieri del San Giovanni/Addolorata di Roma la spesa per posto letto è di 172 mila euro contro i 140 mila di Padova, nonostante lo stipendio del personale pubblico sia indifferente per tutto il territorio nazionale. La differenza relativa ai costi del personale va ricercata, dunque, solo nel diverso numero di lavoratori in corsia. Ad incidere su tali costi è anche il numero dei giorni medi di degenza dei pazienti: nella Chirurgia generale del San Giovanni/Addolorata la degenza media è 11 giorni contro i 7 di Padova. Inoltre secondo un recente studio¹³ elaborato partendo dall'analisi dei conti economici del 2010 di tutte le Asl e aziende ospedaliere di ogni Regione, su alcune voci di costo non strettamente sanitarie quali lavanderia, pulizie, mensa, smaltimento rifiuti, utenze telefoniche, nonché elaborazione dati, premi assicurativi e spese legali, sono possibili consistenti risparmi. I ricercatori hanno valutato la variabilità di queste voci, in relazione a parametri quali la popolazione residente (per le Asl), il numero dei dimessi e le giornate di degenza (per le aziende ospedaliere): se solo si riducesse di un quarto la variabilità riscontrata, i risparmi legati alle otto voci di spesa esaminate sarebbero di quasi due miliardi all'anno (per l'esattezza circa 900 milioni per le Asl e più di 964 milioni per le aziende ospedaliere).

Quanto detto dimostra come esistano **ampi margini di risparmio** e riduzione della spesa anche senza incidere sulla qualità e sul numero di prestazioni offerte ai pazienti. Per intervenire non sono sufficienti, dunque, tagli lineari che nel penalizzare tutti allo stesso modo non riescono però ad impattare su stili manageriali inefficienti. Appare dunque necessario instaurare un circolo virtuoso tramite manager capaci di individuare le spese improduttive e riorganizzare l'attività delle singole strutture.

Risultati di tal genere confermano la necessità di fare leva su centralizzazione degli acquisti, prezzi standard di riferimento per gli acquisti di beni e servizi da parte delle strutture sanitarie e adeguata gestione manageriale che individui soluzioni sul lungo periodo e una politica di investimenti tecnologici e infrastrutturali, che concorrono anch'essi a generare risparmi.

¹³ Studio realizzato da Altems, in collaborazione con il gruppo Economic Evaluation, *HTA and Corruption in Health (EEHTA)*, Ceis-Tor Vergata.

3. Innovazione digitale e nuovi modelli organizzativi.

Il Sistema Sanitario Nazionale presenta una marcata disomogeneità a livello territoriale, con effetti sulla qualità del servizio erogato e soprattutto sull'equità e l'universalità stessa del diritto alla salute. Ciò è determinato anche dalla pluralità di modelli organizzativi esistenti tra le diverse aziende sanitarie. Per realizzare una maggiore omogeneità dei modelli organizzativi è necessario identificare standard omogenei di qualità, economicità ed efficienza. Va rafforzato il potere di indirizzo, controllo e verifica a livello centrale.

Quattro sono, a nostro parere, le aree di azione nelle quali un intervento strutturale coordinato e incisivo è in grado di determinare aumenti di efficienza, aumenti della qualità delle prestazioni e riduzioni di costo in grado di autofinanziare nella prima fase gli investimenti necessari.

3.1. Digitalizzazione

La necessità di un adeguamento del settore sanitario alle nuove tecnologie è motivata dalla considerazione diffusa che l'*e-health*, se pienamente attuato, contribuirà a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria riducendone allo stesso tempo i costi. L'ICT può infatti fungere da fattore di efficienza, sia perché introduce omogeneità nella gestione dei processi e dei flussi, sia perché permette forme di *empowerment* del cittadino e degli operatori, che si traducono in una riduzione dei costi assistenziali e gestionali e nella possibilità di disegnare profili di intervento assistenziale più vicini ai bisogni della domanda e alle attese che ne derivano. Se guardiamo alle esperienze sul nostro territorio, ad oggi, i progetti che hanno trovato attuazione sono:

- Tessera sanitaria (TS), integrata poi con Carta Nazionale dei Servizi;
- Centro unificato di prenotazione (CUP);
- Prescrizione elettronica, pagamento online delle prestazioni, consegna in modalità digitale del referto medico;
- Cartella clinica digitale;
- Il fascicolo sanitario elettronico (FSE);
- Certificati di malattia online.

La tabella che segue mostra la disponibilità dei principali servizi online delle ASL e delle AO italiane.

| SERVIZIO | % DISPONIBILITÀ |
|------------------------------|-----------------|
| CUP web | 53 |
| Pagamento elettronico ticket | 57 |
| Ritiro online referti | 57 |
| Scelta e revoca medico | 30 |

Tabella 4. Fonte: Osservatorio Netics, giugno 2014.

Con specifico riferimento alla diffusione del Fascicolo Sanitario elettronico, ad oggi la situazione sul territorio è frammentata: il 43% delle Asl, il 62% delle Aziende e dei Presidi ospedalieri e il 19% degli ambulatori territoriali, infatti, fanno in qualche misura uso del FSE. Ad oggi, con il Fascicolo Sanitario Elettronico sono gestite il 52% delle prestazioni specialistiche ed ospedaliere, il 33% delle prestazioni farmaceutiche e il 24% degli interventi di pronto soccorso. Per quanto riguarda i medici

di medicina generale, si riscontra una interessante propensione verso l'uso di sistemi ICT per la gestione della scheda individuale del paziente e per l'invio dei certificati online di malattia oltre che all'uso di dispositivi mobili, tablet e smartphone, come supporto per le visite a domicilio e il Teleconsulto con altri medici o specialisti di strutture sanitarie. È inoltre in aumento del 7% l'utilizzo dei servizi digitali offerti dalle aziende Sanitarie Locali, mentre è ancora basso il livello di utilizzo di sistemi di telemonitoraggio. Per quanto riguarda le Regioni, l'impegno regionale è più forte in ambiti quali i sistemi di integrazione e i servizi digitali per i cittadini, mentre è ridotto per quanto concerne il **Cloud Computing** e il **Mobile health**.

Resta il fatto che tali azioni possono essere significative se patrimonio e scenario di un'azione cosciente di management e non possono essere azioni spot a fronte del fatto, anche perché gli investimenti in tecnologie risultano performanti in un'ottica sul medio e lungo periodo. A tal proposito il Politecnico di Milano ha rilevato che la **spesa complessiva di digitalizzazione in Sanità si è ridotta** del 5% rispetto al 2012, attestandosi nel 2013 intorno ai 1,17 miliardi di euro, pari a 19,72 euro per abitante.

Un ulteriore aspetto su cui è necessario intervenire (comune ad altri ambiti amministrativi) è, inoltre, quello relativo ai tempi delle gare e delle assegnazioni per le tecnologie ICT: tempi lunghi, infatti, portano all'acquisto di tecnologie già obsolete. Ultima caratteristica fondamentale è poi l'interoperabilità dei sistemi, che promuova l'uso di standard e profili comuni in ambito sanitario; se in contesti locali l'interoperabilità dei sistemi ICT in sanità si può raggiungere definendo un regolamento, in ambito nazionale ed internazionale, viste le molteplici normative e soluzioni tecnologiche, per arrivare alla definizione di standard condivisi, omogenei ed efficaci serve la collaborazione tra più attori, affrontando il tema anche a livello comunitario.

In sintesi, l'intera introduzione dell'infrastruttura ICT può apportare vantaggi solo se è seguita da un coerente ed adeguato mutamento del modello organizzativo delle aziende e del management, spingendo inoltre sulla formazione degli operatori. È provato che l'implementazione e l'utilizzo di tecnologie ICT, senza un contestuale adeguamento dei modelli organizzativi, porta inevitabilmente e paradossalmente ad un aumento dei costi di gestione, come prova la valutazione del progetto europeo *Renewing Health*¹⁴, da poco concluso.

3.2. Trasparenza e open data

Secondo Giovanni Bissoni, ex Presidente dell'Agenas, la corruzione in sanità incide in termini economici per circa 6 miliardi di euro all'anno.

Una cifra, quella sottolineata da Bissoni, decisamente più bassa di quella contenuta nel primo "Libro bianco" di ISPE (Istituto per la promozione dell'etica) secondo cui la "**corruption**" totale sarebbe pari a **23,6 miliardi** di euro l'anno. Un valore, questo, che si raggiunge partendo dai 6,4 miliardi di corruzione, a cui vanno sommati 3,2 miliardi di inefficienza e 14 miliardi di sprechi. A livello territoriale, analizzando il dato sulla corruzione, si rileva che il 41% dei casi avviene al Sud, il 30% al Centro, il 23% al Nord mentre il restante 6% è costituito da diversi reati compiuti in più luoghi. A livello legislativo, in attuazione della legge anticorruzione, il decreto legge 33/2013 ribadisce il concetto di trasparenza intesa come "accessibilità totale" alle informazioni concernenti

¹⁴ *Renewing Health* è un progetto europeo che mira a valutare l'impiego di *Personal Health Systems* (PHS) e di servizi di telemedicina nel monitoraggio di pazienti cronici affetti da patologie cardiovascolari, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e diabete. L'obiettivo principale è valutare e validare i servizi di telemonitoraggio realizzati nelle 9 regioni coinvolte, attraverso una comune e rigorosa metodologia di *assessment* (MAST- Model of Assessment for Telemedicine) al fine di implementare tali servizi su larga scala.

l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni compresa la sanità. Tale provvedimento ha come obiettivi quelli di prevenire la corruzione, innescare forme di controllo diffuso dell'operato della PA e rendere più semplice l'accesso ai dati e ai documenti.

L'importanza della valorizzazione della trasparenza nel settore della salute è cruciale sia per la sanità sia per l'intero sistema paese. Nello specifico, la trasparenza in Sanità deve trovare attuazione nelle seguenti declinazioni:

- **Trasparenza di bilancio e di rendicontazione**, attraverso la pubblicazione sui siti web dei bilanci, in formato "open data", accompagnati da grafici sintetici e facilmente leggibili, che permettano la comprensione di come e quanto spende un'Azienda sanitaria; la rappresentazione dei dati dovrà avvenire secondo standard unici, fissati a livello nazionale, per renderli tra loro comparabili.
- **Trasparenza sui bandi di gara e di concorso**, con la pubblicazione su web di tutte le informazioni relative alla scelta di fornitori, appalti e personale, così da dare pubblicità di criteri e esiti delle decisioni prese dalle Aziende sanitarie.
- **Trasparenza sulla collaborazione con strutture sanitarie private**: messa online delle liste di accreditamento delle imprese private (laboratori di analisi, centri terapeutici, ambulatori e ospedali privati...), con relativi accordi contrattuali dettagliati che chiariscano la tipologia e la quantità delle prestazioni offerte e i corrispettivi economici anche al fine di rendere evidente la corrispondenza tra bisogni reali e risorse affidate all'esterno.
- **Trasparenza sui tempi di attesa per le cure**: pubblicazione di dati sulle liste d'attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie. Si tratta di uno strumento necessario per tutelare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini e la trasparenza sull'aspetto organizzativo dell'azienda, con pubblicazione dei dati su tasso di utilizzo delle strutture e produttività del personale.

3.3. Centralizzazione degli acquisti

Dal 1° luglio 2012 l'Osservatorio dei contratti pubblici, (attraverso l'ausilio della Banca dati nazionale dei contratti pubblici) elabora i prezzi di riferimento in ambito sanitario, compresi i dispositivi medici e i farmaci per uso ospedaliero, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non, come individuati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del SSN.

Sul tema si sono succedute diverse norme. Da ultimo la legge di stabilità 2013 ha previsto l'obbligo per le Regioni e le Province autonome di avvalersi degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla **CONSIP** o, eventualmente, dalle **Centrali di committenza regionali** di riferimento. In attesa della completa standardizzazione dei prezzi, le Aziende sanitarie sono inoltre tenute a rinegoziare i contratti per gli acquisti di beni e servizi qualora i prezzi unitari di fornitura presentino differenze superiori al 20% rispetto al prezzo di riferimento. Se non c'è accordo, le Asl possono recedere dal contratto senza alcun onere a loro carico.

Una azione di riordino delle procedure legate alla spesa per beni e servizi è particolarmente importante, soprattutto se si considera l'incidenza di tale aggregato sul totale della spesa pubblica: nel 2013 essa è stata pari a 129 miliardi, di cui ben 106 fanno riferimento a Regioni, Province, Comune e agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel 2013, dei 18 miliardi di spesa specifica del comparto sanitario, 11 riguardano Beni e servizi sanitari e altri 7 interessano la spesa generica dei servizi non sanitari (di cui Consip ha presidiato 6 miliardi). Nello stesso anno sono stati realizzati acquisti per Beni e Servizi in sanità attraverso i vari strumenti della Consip (convenzioni, accordi-quadro, mercato elettronico, sistema dinamico d'acquisto) per 1,4 miliardi.

Alcune stime calcolano un effetto di trascinamento di minori spese: sarebbe cioè stato «favorito» un risparmio di 2 miliardi nel 2013, che con l'applicazione delle centrali uniche di acquisto previste dalla legge di conversione del decreto legge 66/2014 potrà salire fino a 7 miliardi a regime.

3.4. Management e governance

Il management delle aziende ospedaliere ha, troppo spesso, una formazione non specialistica ed è di frequente sottoposto ad un *turn over* triennale, nonostante la norma preveda la possibilità di una maggiore stabilità¹⁵, cosa che impedisce di fatto la possibilità di dare avvio a politiche di ristrutturazione e di investimenti di medio e lungo periodo e sottopone il management stesso ai condizionamenti della politica. La durata dell'incarico non dovrebbe essere inferiore a cinque anni per sottrarre i manager a logiche politiche, fermo restando la facoltà di revoca dell'incarico per motivi giustificati.

Le strutture pubbliche, inoltre, non hanno mai goduto di una radicata e solida cultura di *management* all'interno delle stesse aziende e in particolare dei dipartimenti aziendali. In generale non trovano adozione, se non marginalmente, sistemi di valutazione che vadano ad incidere sulle nomine e sulle carriere dei manager. Solo il 40% delle strutture, ha in programma (ma solo in programma) efficaci azioni di management orientate al controllo e alla verifica dei risultati¹⁶.

Negli ultimi due anni si è assistito a dei cambiamenti in alcune Regioni dell'Italia meridionale rispetto ad altre del nord del Paese: una vitalità dovuta principalmente alle necessità di efficientamento imposte dai vincoli di bilancio. A tal proposito sarà interessante analizzare i risultati del Piano della Regione Lazio, che sta portando avanti una serie di azioni per la razionalizzazione dell'offerta sanitaria e per favorire una gestione innovativa e più efficiente dei servizi.

Per quanto riguarda più in particolare la normativa in materia di nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale, essa è stata modificata con l'articolo 4 del decreto legge 158/2012 (c.d. "Decreto Balduzzi"). Nonostante gli obiettivi della nuova disciplina fossero privilegiare il merito e riequilibrare il rapporto tra indirizzo politico e gestione delle aziende sanitarie, non sembra che il sistema utilizzato sia in grado di raggiungere tali scopi.

I **direttori generali**, infatti, sono nominati dalla Regione attingendo da un elenco regionale di idonei, i cui criteri di costituzione sono individuati da una commissione costituita dalla stessa Regione. Il **direttore sanitario** è nominato dal direttore generale tra i soggetti iscritti nell'elenco di idonei alla nomina (formato a seguito delle domande che gli interessati possono presentare dal 1° al 31 dicembre di ogni anno). La selezione dei **direttori di struttura complessa** è effettuata da una Commissione composta dal direttore sanitario e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del SSN. La Commissione presenta al direttore generale una terna di idonei sulla

¹⁵ La legge prevede infatti che il contratto debba avere una durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni e che sia rinnovabile (Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, art. 3 bis c.8).

¹⁶ Dati presentati all'ultimo congresso AIES -Associazione Italiana di Economia Sanitaria.

base dei migliori punteggi ottenuti sulla quale il direttore generale individua poi il candidato da nominare. L'incarico di **responsabile di struttura semplice**, come articolazione interna di una struttura complessa, è attribuito dal Direttore generale su proposta del direttore di struttura complessa interessata.

Come è evidente, la politica regionale sceglie il direttore generale che a cascata decide su tutte le altre nomine.

Alcune considerazioni conclusive

La necessità di contenere la spesa sanitaria, che rappresenta al netto del costo del debito e della spesa previdenziale un sesto della spesa pubblica complessiva, è un vincolo che si pone oggi e continuerà a porsi anche per gli anni a venire. Ciò è sicuramente possibile anche senza ridurre il volume e le qualità delle prestazioni anzi, in molti casi, migliorandone capillarità e standard. Occorrono però, come abbiamo visto, interventi coraggiosi che incidano su interessi politici ed economici forti.

Come abbiamo cercato sinteticamente di esemplificare fin qui, è possibile intervenire in questo senso agendo su alcuni punti chiave. A tal fine, occorre un indirizzo strategico che abbia una visione globale e individui soluzioni di lungo periodo che riguardino:

- 1. revisione e trasparenza di tutti i costi del sistema sanitario;**
- 2. trasparenza e lotta alla corruzione;**
- 3. accelerazione delle politiche di digitalizzazione della sanità;**
- 4. *management* scelto e valutato su base professionale a cui sia garantita la piena autonomia dalla politica;**
- 5. centralizzazione dell'indirizzo, coordinamento e monitoraggio dei processi di innovazione.**

Come si è visto, azionando queste leve sarebbe possibile nell'arco di pochi anni una riduzione delle spese sanitarie di circa il 20% a parità o spesso con un miglioramento delle prestazioni. Questa riflessione appare ancor più significativa alla luce delle notizie di questi giorni di ulteriori aumenti fiscali da parte delle Regioni. Aumenti che in termini di pressione fiscale rischiano di vanificare gli sforzi di segno opposto messi in atto dal Governo nazionale.

Ciò implica inevitabilmente una riflessione più radicale su tutta la ***governance*** del sistema. È ormai necessario passare a metodologie che abbiano il carattere dell'oggettività e dell'appropriatezza tecnica, trasferendo una serie di competenze a un'Agenzia che garantisca trasparenza, comparazione concorrenziale tra pubblico e privato, monitoraggio e aggiornamento costante dei diversi prontuari e, conseguentemente, uniformità di standard assistenziali. Tutto ciò oggi non esiste perché tali decisioni sono sottoposte alla mediazione politica che si realizza nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni e poi nell'ambito di ciascuna Regione.

Il complesso di queste linee di intervento dovrebbe rafforzare quindi il coordinamento nazionale del Sistema sanitario e trasformarlo sempre di più in un sistema di agenzie, la cui gestione diretta dovrebbe essere sottratta agli organi politici. Tale ipotesi coinvolgerebbe evidentemente in modo significativo la missione delle Regioni così come sono oggi strutturate e articolate sul territorio.

Infatti **su 200 miliardi di spese totali delle Regioni**, attualmente **115 vanno in sanità**, 72,5 sono destinati ad altre politiche (in particolare Istruzione, Formazione, Assistenza sociale, Trasporti, Territorio) e **12,5** sono assorbite da **spese di amministrazione**. Escludendo la sanità, dunque, il costo del funzionamento degli apparati burocratici di 20 Regioni e 2 Province Autonome varrebbe circa il 17% della spesa gestita. A quel punto si imporrebbe un **ripensamento sul numero, sul ruolo e sul costo delle Regioni**. In una prospettiva di consolidamento dei conti pubblici e di inevitabile riduzione della spesa, se non si vuole impoverire il nostro *welfare*, questi sono ormai interrogativi ineludibili.