



FONDAZIONE
FARMAFACTURING



Il Sistema Sanitario in controllo

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.
L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Introduzione. Valorizzare le responsabilità intermedie, di <i>Giuseppe De Rita</i>	pag. 7
--	--------

Parte prima

1. Dove va la sanità italiana	» 13
1.1. Sanità in controluce	» 13
1.2. Tra verticalizzazione e poliarchia: i meccanismi decisionali nella sanità locale	» 15
1.3. Il ruolo delle strutture di erogazione e il livello di risposta alle politiche regionali	» 19
1.4. La sostenibilità finanziaria del sistema	» 23
1.5. Le leve dell'innovazione futura	» 27

Parte seconda

2. I modelli decisionali nella sanità locale	» 33
2.1. La diversità concreta delle sanità regionali	» 33
2.2. Obiettivi, metodologia e attività della ricerca	» 34
2.3. I principali risultati: gerarchie, soggetti e stile decisionale in sanità	» 37
2.4. Quattro modelli di decisione nelle sanità regionali	» 47
2.5. Due casi di positiva decisionalità nelle unità operative	» 87
2.6. Il caso della Regione Lazio	» 98
2.7. Politica e sanità: un rapporto controverso	» 112

Parte terza

3. Il ruolo delle strutture di erogazione e il livello di risposta alle politiche regionali	pag. 121
3.1. Introduzione	» 121
3.2. I sistemi tariffari delle Regioni italiane	» 123
3.3. Metodologia della ricerca	» 126
3.4. Risultati della ricerca: posizionamento delle Regioni in termini di grado di investimento e di utilizzo dei sistemi tariffari	» 131
3.5. Quale impatto delle modifiche tariffarie sul comportamento degli erogatori di prestazioni sanitarie? Analisi di due casi regionali	» 145
Bibliografia	» 171
Appendice – Accorpamento delle linee produttive	» 172

Parte quarta

4. La spesa sanitaria e il quadro macroeconomico	» 175
4.1. Introduzione	» 175
4.2. La finanza pubblica	» 176
4.3. La spesa sanitaria e i disavanzi regionali: le stime economiche	» 189
4.4. Un'analisi dei Piani di Rientro	» 217
4.5. Conclusioni	» 227
Bibliografia	» 229

Introduzione. Valorizzare le responsabilità intermedie

di Giuseppe De Rita

Ogni volta che dobbiamo scavare in profondità in uno dei nostri grandi sottosistemi economici e sociali, ci troviamo di fronte alla tentazione di usare alcune tradizionali contrapposizioni: il peso del pubblico e quello del privato; il peso del potere centrale e quello delle autonomie locali; il peso delle gerarchie amministrative e quello delle sfere di responsabilità personali; il peso della copertura collettiva dei bisogni e quello della gestione efficiente e quasi aziendalistica dei vari livelli di intervento. Sono, a dire il vero, contrapposizioni essenziali e di grande rilievo politico, ma non si sfugge all'impressione che il loro accavallarsi abbia finito per dar luogo ad una difficile governabilità dei vari sottosistemi, da quello infrastrutturale a quello scolastico.

In particolare tale difficile governabilità la ritroviamo nella nostra realtà sanitaria, dove convivono antiche logiche privatistiche ed assicurative con logiche statalistiche, logiche di controllo disperato della spesa pubblica e logiche di spinta alla personalizzazione, logiche di verticalizzazione legislativa e di decentramento quasi localistico, logiche di responsabilità politica e logiche di aziendalizzazione dei presidi sanitari a vario livello. In un affanno complessivo che spesso, ancora adesso, conduce ad una sorta di incontrollabilità operativa, sul piano dell'efficacia degli interventi e sul piano della loro reale rispondenza ai bisogni.

È ora, probabilmente, di fare finalmente il punto delle ragioni che hanno portato all'ingovernabilità relativa del sistema. E la ragione principale sembra da ascrivere al fatto che i protagonisti del settore (tutti, nessuno escluso, né politici né ricercatori né operatori sul campo) non hanno realmente preso coscienza di una condizione strutturale incontrovertibile e problematica: la sanità italiana è fatta da una molteplicità di soggetti e funziona su una filiera di responsabilità troppo lunga e dispersiva.

Anzitutto la molteplicità di soggetti. Tutti i soggetti del settore sono in qualche modo implicati nel funzionamento del sistema e tutti orientati a valorizza-

re il proprio ruolo e il proprio potere. Nella sanità italiana hanno così spazio i comportamenti di milioni di malati, migliaia e migliaia di medici (specialisti e generalisti, di famiglia e ospedalieri, ecc.), e di farmacisti, di migliaia e migliaia di operatori parasanitari, centinaia di aziende farmaceutiche, decine e decine di amministratori pubblici centrali e periferici, centinaia di aziende di servizio e di analisi, centinaia di cliniche ed ospedali privati, ed altri ancora. Magari fra questi tanti soggetti non vi è più quell'endemica conflittualità di interessi (e di azioni collettive) cui abbiamo dovuto assistere nei decenni passati; ma il loro interagire quotidiano è molto meno intenso, con effetti distortivi della *governance* collettiva. Spesso la decisionalità che si vuole esprimere finisce per impantanarsi e/o disperdersi nel grande mare della troppo ricca soggettualità del sistema.

Questo spiega la seconda condizione strutturale sopra enunciata: una troppo lunga e dispersa filiera di responsabilità. Non è tentazione economicistica dire che nella realtà industriale lo sforzo di modernizzazione compiuto negli ultimi anni è stato centrato proprio sull'accorciamento della filiera (cercando di accorpare le sue diverse fasi, dall'iniziale approvvigionamento delle materie prime fino alle diverse formule di distribuzione) con l'effetto di una forte contrazione dei costi e di una più diretta interazione con la clientela e le sue aspettative. Non lo stesso processo è avvenuto ed avviene nella filiera della sanità, che comincia dalla ricerca di base (biologia e farmaceutica) per passare al mondo universitario, alle responsabilità di ministeri ed enti pubblici di settore, agli assessorati delle regioni ed alle amministrazioni comunali, alla dirigenza delle Asl e alle strutture ospedaliere, agli operatori privati di vario tipo, alle responsabilità centrali e intermedie in materia di distribuzione dei farmaci, al personale medico nelle sue varie postazioni, per arrivare ai più piccoli organismi sindacali ed infine al singolo malato. A quest'ultimo la spinta dell'impegno di tutto il settore arriva totalmente depotenziata dagli interessi e dai conflitti di interesse di tutte le diverse "stazioni" della filiera. Con la sensazione, non solo dei malati, che l'intervento sanitario sia modellato più da (o su) gli operatori che sull'esito finale di cura.

Troppi soggetti e filiera troppo lunga. Queste le componenti strutturali della difficile governabilità del sistema, rispetto alle quali la classe dirigente non sembra avere una sufficiente capacità di accumulazione e interpretazione culturale. Reagiamo su singoli problemi e su singole difficoltà, senza adeguata coscienza che con ciò aumentiamo le confusioni e le contraddizioni esistenti; oppure, ogni tanto, tentiamo una revisione sistemica che metta in ordine le variabili: la riforma del '69, la costituzione del Servizio Sanitario nel '78, i tentativi di spostare l'accento sulla prevenzione, la tensione alla gestione manageriale ed aziendalistica, la concentrazione sui controlli ed i ripianamenti di spesa, la speranza di un federalismo che si prenda carico anche della sanità.

Tutto bene quando si parte, meno bene quando si verificano gli effetti dei vari tentativi.

La sfida profonda da raccogliere, tenendo conto di quanto detto finora, è allora quella di accettare il policentrismo del mondo sanitario e di fare su di esso una “politica di poliarchia”, senza troppe indulgenze ad ulteriori tentazioni “sistemiche”, nell’illusione che la complessità possa essere governata con operazioni di ottimale revisione istituzionale. Fare cioè politica sanitaria quotidiana, valorizzando le responsabilità intermedie, facendo rete fra i diversi presidi, costruendo una architettura distribuita degli interventi, razionalizzando le tante inefficienze delle varie stazioni della filiera; in una parola fare politica sulle cose, senza la fuga in avanti di fare ulteriori riforme di sistema.

È la linea su cui si muove il presente Rapporto, non a caso articolato su tre linee di lavoro che danno alimento a indirizzi d’azione specifici ma tutti orientati a fare, in sanità, politica di poliarchia.

Parte prima
Dove va la sanità italiana

1. Dove va la sanità italiana

1.1. Sanità in controluce

L'evoluzione registrata dal settore sanitario in tutti i principali paesi industrializzati negli ultimi 20-30 anni è un fenomeno senza precedenti per estensione ed intensità degli interessi coinvolti, e per la rapidità con la quale questi cambiamenti sono avvenuti e continuano a susseguirsi. Mondo delle cure e della relazione umana, settore di sviluppo e di applicazione dei frutti della ricerca biomedica, gigante finanziario e campo di importanti transazioni economiche sono solo alcuni dei possibili modi, non certo sostitutivi tra loro, con cui è possibile descrivere il sistema della salute e della sanità negli ultimi decenni. La complessità intrinseca ed il livello di competenze necessario per gestirlo ha fatto sì che tale settore sia divenuto uno dei più studiati e discusso a tutti i livelli.

Obiettivo di questa rapporto è quello di analizzare tale complessità al di fuori degli schemi consueti, per così dire in controluce, approfondendo alcuni dei tanti aspetti di questa complessità e mostrando come spesso coesistano in sanità più piani di intervento e di analisi che tra loro non dialogano sempre in maniera adeguata.

Tra i più importanti piani di intervento e di analisi – comprensivi di numerosi ambiti di più limitata portata – sono stati individuati i seguenti:

- l'area economico-finanziaria, forza ed al tempo stesso minaccia del sistema, con i disavanzi crescenti, la cronica crisi di liquidità, i ritardati pagamenti, il problema delle tariffe, quello della compartecipazione alla spesa, la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dei loro costi standard;
- l'area dei contenuti di servizio, vero *core* del sistema ma con grandi difficoltà a rinnovarsi, dalla assistenza ospedaliera, alla medicina del territorio, alle case della salute, alla medicina di base, alla qualità delle prestazioni, all'appropriatezza, alla prevenzione, alla riabilitazione;

- l'area degli assetti istituzionali, nella quale si riversa una parte notevole e spesso eccessiva delle energie del sistema, dalla organizzazione delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, agli Assessorati regionali, ai controlli centrali da parte del Ministero, alle trattative Stato-Regioni, ai Patti per la salute, al rapporto con le strutture private e con i meccanismi di gestione privatistica.

L'assenza di un forte raccordo tra questi diversi livelli di interventi è forse una delle cause principali per cui spesso il settore sanitario ci appare come incapace di rispondere a molte delle sfide che la società moderna pone nell'immediato e sempre più porrà nel futuro. Un *core* di servizio che non si innova quanto dovrebbe (in termini di prodotto e di processo) unitamente ad un diffuso spreco di energie nella conflittualità interistituzionale (a tutti i livelli), fanno apparire il sistema nel suo complesso debole e frammentato. Soprattutto, il nodo fondamentale del rapporto tra risorse, obiettivi di salute e qualità sanitaria risulta irrisolto e difficile da affrontare. Una società che invecchia – e che è sempre più cosciente delle innovazioni terapeutiche che anno dopo anno si rendono disponibili – necessita di un sistema sanitario la cui struttura organizzativa e gestionale sia in grado di saper affrontare queste sfide nell'ambito dei problemi di sostenibilità finanziaria. Da cui l'esigenza di provare a ribaltare le logiche consuete di analisi e di approccio, puntando alla messa a fuoco di alcuni importanti punti critici del sistema, che potrebbero fungere da chiave di volta per il superamento delle difficoltà del settore.

I punti critici che è possibile individuare per ognuno dei piani di intervento qui sopra riportati sono i seguenti:

- *gli snodi tra assetti istituzionali e gestione delle risorse ed il conseguente problema del consenso e del conflitto nei processi decisionali.* Sono molteplici i soggetti e gli interlocutori che compongono, a vario titolo e con differente intensità, al centro e in periferia, l'architettura dei poteri all'interno del sistema sanitario, ognuno con un proprio ruolo, funzione e responsabilità. In tale contesto, lo studio del Censis mette in rilievo come l'attuale morfologia dei poteri all'interno della realtà sanitaria sembri caratterizzata da una progressiva dinamica di verticalizzazione, che passando per gli organi regionali giunge, risalendo la scala gerarchica, ad attori centrali come il Ministero dell'Economia e la Conferenza Stato-Regioni;
- *il ruolo delle strutture private e la penetrazione di una moderna cultura amministrativa e gestionale "da privato".* Il ruolo centrale delle regioni nel governo della sanità si manifesta tramite la capacità di interpretare i reali bisogni che emergono dal basso mediandoli con i vincoli della limitatezza delle risorse economico-finanziarie, di coordinare i complessi processi decisionali che coinvolgono vari soggetti istituzionali e sociali per ridurre le disconomie derivanti dalla conflittualità sociale e interistituzionale e di utilizza-

re la leva finanziaria per indirizzare i comportamenti degli attori del sistema al fine di ridurre sprechi e inefficienze, migliorando la qualità dell'assistenza. Nell'ambito del complessivo progetto di ricerca, il contributo del Cergas si focalizza su quest'ultimo aspetto, analizzando il potenziale ed effettivo impatto dei sistemi di finanziamento sul comportamento delle unità produttrici ed erogatrici dei servizi (Aziende Sanitarie pubbliche e private);

- *il risultato in termini di tenuta macroeconomica del sistema.* Una cattiva organizzazione dei rapporti gerarchici ed una disattenta gestione del sistema di incentivi all'interno del sistema sanitario rappresenta una base ottima per vedere minata la tenuta macroeconomica (soprattutto finanziaria) del sistema. Gli effetti di tale situazione si sono manifestati fin dalla metà degli anni '90, e da allora il problema della tenuta dei conti ha assunto un ruolo fondamentale nel panorama della politica sanitaria italiana. Per oltre un decennio i risultati ottenuti sono stati poco incoraggianti, come è stato regolarmente documentato dalla Corte dei Conti che, nelle sue Relazioni, a più riprese ha puntato il dito su manovre in cui si sovrastimano i risparmi e si sottostimano i costi. Il risultato finale è stato quello di generare consistenti deficit, nonostante il cospicuo aumento del finanziamento che tra il 2002 ed il 2007 è cresciuto di circa il 40%. Fortunatamente, i risultati degli ultimi anni sembrano, però, indicare un'inversione di tendenza. Il contributo del Cer-Nib è quindi indirizzato a verificare se e fino a che punto il sistema dei conti per il settore della sanità pubblica italiana sia avviato in una direzione di sostenibilità della spesa e di stabilizzazione del rapporto tra spesa pubblica e Pil sia nel breve che nel lungo periodo.

Nei paragrafi che seguono vengono brevemente sintetizzati i risultati delle tre ricerche.

1.2. Tra verticalizzazione e poliarchia: i meccanismi decisionali nella sanità locale

Ogni attore, ad ogni livello di governo, assume una specifica capacità decisionale il cui peso, rispetto all'evoluzione generale del comparto sanitario, è comunque variabile in ragione:

- del livello gerarchico in cui si colloca;
- del contesto locale in cui la decisione viene prodotta e messa in pratica;
- dell'ambito operativo verso cui si indirizza la decisione stessa.

In generale dalle analisi emerge che l'attore primario del sistema sanitario ed il soggetto strategico che maggiormente pesa sulle scelte e le decisioni prodotte all'interno della realtà sanitaria è la Regione, che anche a seguito della *devolution* sanitaria esercita l'azione primaria di governo sulla programmazio-

ne, dall'allocazione delle risorse all'assegnazione degli incentivi fino alla fissazione degli obiettivi.

Lo studio del Censis mette in rilievo inoltre come le dinamiche decisionali all'interno dei sistemi di offerta sanitaria siano caratterizzate da un sostanziale processo di "centralizzazione regionale", che comporta una intensificazione della rilevanza di governo dell'amministrazione regionale rispetto alla pluralità dei soggetti locali.

Anche se non va sottovalutato il peso che ancora esercitano i soggetti centrali, e nello specifico il Ministero dell'Economia e la Conferenza Stato-Regioni, sulle scelte e le traiettorie di sviluppo adottate all'interno dei diversi contesti sanitari regionali.

Infatti, il crescente rilievo assunto in sanità dalle risorse economico-finanziarie e dalla necessità di un loro contenimento in una fase in cui la spesa sanitaria ha continuato a crescere per effetto della transizione epidemiologica, dell'invecchiamento demografico e dell'innovazione tecnologica, ha di fatto reso centrale l'azione di governo esercitata da quei soggetti che istituzionalmente sono chiamati a decidere in merito all'assegnazione e alla distribuzione delle risorse.

Chi ha in mano "i cordoni della borsa", che sia il Ministero dell'Economia, cui compete di stabilire la quota e i flussi finanziari da destinare al comparto, o la Conferenza Stato-Regioni, la quale procede poi alla ripartizione delle stesse tra le varie regioni, concretamente esercita un ruolo di potere forte all'interno della sanità, incidendo significativamente sull'andamento dei sistemi di offerta pubblica.

L'attuale morfologia dei poteri all'interno della realtà sanitaria, dunque, sembra caratterizzata da una progressiva dinamica di verticalizzazione, che passando per gli organi regionali giunge, risalendo la scala gerarchica, ad attori centrali come il Ministero dell'Economia e la Conferenza Stato-Regioni.

Nonostante questa crescente centralizzazione, lo studio ha messo in rilievo, allo stesso tempo, come esistano spazi dove si esercitano scelte e capacità decisionali da parte di una pluralità di soggetti che finiscono per avere un ruolo altrettanto importante sull'evoluzione generale dei sistemi sanitari.

Infatti, gli attori strategici delle Aziende Sanitarie, dalle direzioni generali ai singoli professionisti e dirigenti, sono riusciti, grazie al graduale evolversi dell'aziendalizzazione, a ritagliarsi spazi di governo e fruire di margini di manovra per l'adozione di scelte, strategie e decisioni che, per quanto spesso limitate alla sfera della gestione aziendale, esprimono un esercizio di potere che assume un certo rilievo dentro le dinamiche di sviluppo del comparto.

E ancora, gli stessi utenti organizzati, dagli audit civici alle associazioni di malati, hanno assunto negli anni una maggiore capacità di far valere le proprie ragioni dentro le dinamiche decisionali che attraversano il comparto sanitario, esercitando un controllo sociale informale su chi istituzionalmente è chiamato

a governare la sanità o, più semplicemente, vi opera quotidianamente in veste di professionista, come i medici.

Dunque, se è vero che la devoluzione sanitaria e la paura delle sfide economico-finanziarie hanno di fatto favorito meccanismi di progressiva verticalizzazione nella produzione delle scelte e delle decisioni che hanno rilevanza sostanziale per i sistemi di offerta pubblica, allo stesso tempo sono presenti spinte dal basso, ad opera di attori che formalmente si collocano in una posizione più bassa e decentrata della mappa gerarchica e la cui capacità decisionale, pur se parziale e circoscritta, incide sull'andamento complessivo del sistema.

Da questo punto di vista, se realmente le spinte dal basso hanno spesso agito da stimolo nei confronti di pratiche particolarmente innovative, dalla gestione economico-finanziaria delle strutture all'erogazione dei servizi per la tutela della salute, è vero anche che, quando non legittimate dall'alto, esse rischiano di creare momenti di conflittualità interistituzionale all'interno dei processi decisionali, contrasti tra i diversi terminali di potere, con evidente perdita di efficienza esecutiva per il sistema.

Per quel che riguarda lo stile decisionale prevalente in sanità, lo studio ha evidenziato come la modalità di governo effettiva del comparto sia di tipo concertativo, ovvero si espliciti attraverso il coinvolgimento di molti attori interessati dalla decisione (tra cui tecnici ed esperti del comparto) allo scopo di favorire la produzione di scelte opportune, orientate da criteri oggettivi (cioè *evidence based*), piuttosto che attraverso impulsi di potere dall'alto.

Una cultura decisionale, cioè, caratterizzata da un tendenziale orientamento alla partecipazione, all'ascolto ed al coinvolgimento degli attori e degli utenti interessati dalle scelte effettuate o da effettuare, pur permanendo l'azione di controllo e guida esercitata dai soggetti apicali della mappa gerarchica.

Una cultura decisionale che quando riesce a garantire una sufficiente chiarezza sulle funzioni e le responsabilità dei diversi terminali di potere chiamati a formulare scelte strategiche per il comparto, organicità e omogeneità decisionale, sortisce effetti positivi sull'andamento complessivo dei sistemi di offerta sanitaria, come ha confermato l'analisi di due esempi di buone pratiche, quella dell'Irccs "Saverio De Bellis" di Bari e quella dell'"Ospedale Riuniti-Umberto I" di Ancona; in particolare, quest'ultimo, in pochi anni ha conseguito risultati positivi, sia in termini di erogazione quali-quantitativa dei servizi, sia sul piano della gestione economico-finanziaria, attraverso l'elaborazione di un originale modello decisionale caratterizzato dall'integrazione dei diversi soggetti e dall'unitarietà e l'organicità nel prendere le decisioni, da cui ha tratto giovamento l'intera struttura, soprattutto per quanto riguarda la rapidità nella produzione e nell'attuazione delle scelte strategiche.

Una cultura decisionale che, però, nella sua torsione patologica rischia di assorbire una parte notevole e spesso eccessiva delle energie del sistema, dal

momento che una distribuzione diffusa dei poteri ma priva di un disegno organico, una proliferazione caotica degli interlocutori senza che vi sia una chiara e puntuale dislocazione delle funzioni e delle responsabilità di ciascun soggetto, nei fatti produce uno sfibrante allungamento delle filiere decisionali che penalizza molto la rapidità con la quale si effettuano le decisioni e, in generale, l'efficienza esecutiva del sistema.

Tanto è vero che, in contesti sanitari caratterizzati da una moltiplicazione confusa delle sedi e degli attori decisionali, ognuno portatore di uno specifico interesse, si è messa in moto una “babele di comportamenti” che ha reso complessa l'individuazione delle responsabilità, ha generato confusione, sovrapposizione e contraddizione decisionale i cui effetti, poi, si sono ripercossi, come noto, sull'efficienza e la tenuta del sistema (soprattutto dal punto di vista economico-finanziario) e che ha avuto come conseguenza reattiva una riconfigurazione centralistica degli assetti istituzionali interni, con la assunzione da parte di soggetti decisionali quali il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia di un ruolo determinante nell'elaborazione delle strategie, nell'assegnazione degli obiettivi da perseguire, nella quantità, nei tempi e nei modi di erogazione delle risorse disponibili; torsione centralistica che ha trovato la sua più immediata espressione nei rimedi adottati, primo fra tutti il Piano di Rientro.

Dalle analisi risulta evidente che le dinamiche decisionali e di governo sanitario vanno saldamente calate dentro le realtà regionali, dal momento che, il graduale affermarsi del disegno federalista ha prodotto una diversificazione crescente tra i contesti sanitari locali, sia sul piano della qualità generale dei servizi, sia dal punto di vista degli assetti istituzionali e delle traiettorie di sviluppo adottate. La funzione e la rilevanza decisionale dei singoli attori, il funzionamento dei meccanismi decisionali nei vari ambiti, l'esercizio concreto di produzione delle scelte strategiche e programmatiche, sono tutti aspetti che differiscono da un contesto sanitario all'altro.

Lo studio condotto dal Censis ha evidenziato la presenza di modelli divergenti nella geografia dei poteri e nell'organizzazione delle responsabilità decisionali all'interno delle quattro regioni analizzate (il Veneto, la Toscana, le Marche e la Puglia). In concreto, a fianco di sistemi sanitari caratterizzati da una morfologia dei poteri sostanzialmente verticistica e accentrata, come nel caso del Veneto, in cui la Giunta regionale svolge un ruolo guida attraverso l'adozione di strumenti di indirizzo e controllo e, dunque, attraverso l'esercizio di un vero e proprio ruolo di governo e orientamento del sistema, si affiancano contesti sanitari, come la Toscana, in cui la Regione si configura come soggetto regolatore “terzo” che, pur facendo valere la propria funzione di controllo, stabilisce un insieme di regole che definiscono le competenze delle diverse e plurali figure coinvolte nel sistema.

C'è poi il caso delle Marche, in cui la riorganizzazione del sistema sanitario regionale attraverso la creazione dell'Azienda sanitaria unica ha portato ad una duplicazione dei poli decisionali (Regione-Asur), configurando un modello gerarchico di tipo bipolare. Infine, la Puglia presenta un modello di governo in fieri, un sistema decisionale in corso d'opera in cui la Regione esercita un ruolo guida verso le Asl/AO che operano sul proprio territorio, con l'intento di favorire l'acquisizione di maggiori capacità aziendali alle unità operative del proprio sistema di offerta sanitaria.

Quattro diverse tipologie di concreta strutturazione gerarchica dei soggetti e di elaborazione e implementazione delle decisioni in ambito sanitario che, naturalmente, definiscono scenari e performance diverse. L'articolazione dei processi decisionali è d'altra parte in sintonia con l'ormai consolidato processo devolutivo, che ha cambiato il volto del Servizio sanitario e che richiede un attento e continuativo monitoraggio dei percorsi locali di funzionamento ed evoluzione della sanità.

1.3. Il ruolo delle strutture di erogazione e il livello di risposta alle politiche regionali

L'influenza ed il governo regionale dei comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie verso gli obiettivi di politica sanitaria regionale, nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie, può avvenire attraverso:

- meccanismi tipici della gerarchia pubblica (*command and control*);
- stimoli esterni, che simulano l'azione esercitata dal mercato prevedendo una misurazione degli output dell'azienda e il collegamento a questi ultimi dei flussi di risorse trasferiti all'azienda stessa.

In Italia, con la prima riforma del SSN (d.lgs. 502/92 e 517/93) sono stati introdotti i primi meccanismi di quasi-mercato e si è quindi assistito ad un sostanziale, anche se graduale cambiamento: (i) da una logica di finanziamento dei fattori della produzione e dei livelli di offerta, e quindi della spesa storica, ad (ii) un modello di assegnazione delle risorse basato, oltre che sul bisogno di assistenza (quota capitaria), sui livelli di produzione (sistema tariffario).

Alle regioni è stata lasciata la facoltà di modulare la combinazione tra i due criteri di finanziamento, eventualmente integrandoli con logiche di finanziamento per funzione (per riconoscere l'esigenza di andare a remunerare delle attività specifiche, indipendentemente dalle prestazioni erogate). A questo le regioni hanno generalmente aggiunto il riconoscimento di finanziamenti straordinari alle aziende che con i nuovi criteri risultavano in forte disavanzo, al fine di sostenerle nel processo di riequilibrio.