



FONDAZIONE
FARMAFACTURING



Il Sistema Sanitario in controluce

Rapporto 2009

FrancoAngeli



FONDAZIONE
FARMAFACTORING

Il Sistema Sanitario in controluce

FrancoAngeli

Copyright © 2010 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 qui sotto previste. All'Utente è concessa una licenza d'uso dell'opera secondo quanto così specificato:

1. l'Utente è autorizzato a memorizzare l'opera sul proprio pc o altro supporto sempre di propria pertinenza attraverso l'operazione di download. Non è consentito conservare alcuna copia dell'opera (o parti di essa) su network dove potrebbe essere utilizzata da più computer contemporaneamente;

2. l'Utente è autorizzato a fare uso esclusivamente a scopo personale (di studio e di ricerca) e non commerciale di detta copia digitale dell'opera. Non è autorizzato ad effettuare stampe dell'opera (o di parti di essa).

Sono esclusi utilizzi direttamente o indirettamente commerciali dell'opera (o di parti di essa);

3. l'Utente non è autorizzato a trasmettere a terzi (con qualsiasi mezzo incluso fax ed e-mail) la riproduzione digitale o cartacea dell'opera (o parte di essa);

4. è vietata la modificazione, la traduzione, l'adattamento totale o parziale dell'opera e/o il loro utilizzo per l'inclusione in miscelanee, raccolte, o comunque opere derivate.

Indice

Introduzione, di *Giuseppe De Rita* pag. 7

Parte prima **Un'analisi multidimensionale della sanità italiana**

1. Un sistema a più facce	»	13
2. Le caratteristiche dell'offerta	»	15
2.1. Gli assetti istituzionali	»	15
2.2. Le strutture di offerta	»	19
2.3. I livelli di attività	»	26
3. Vincoli di finanza pubblica e deficit sanitari regionali	»	33
3.1. La situazione della finanza pubblica e le sue prospettive	»	33
3.2. La manovra di finanza pubblica: aspetti generali e conseguenze previste	»	34
3.3. Gli interventi sul Servizio sanitario nazionale	»	37
3.4. La spesa sanitaria e i risultati di esercizio del Ssn: le stime econometriche	»	40
3.5. Le simulazioni di breve periodo	»	44
3.6. Le simulazioni di lungo periodo	»	46
4. Dove va la sanità italiana	»	49
4.1. La qualità della sanità italiana: domanda e soddisfazione degli utenti	»	50
4.2. Il barometro delle Aziende sanitarie	»	57

Parte seconda
Gli approfondimenti

1. Spesa sanitaria pubblica ed effetti sulle famiglie	pag. 65
1.1. Pareggio di bilancio, sostenibilità finanziaria del sistema e spesa sanitaria privata	» 65
1.2. La relazione tra spesa sanitaria pubblica e privata e gli effetti sulle famiglie	» 68
2. Il sistema di offerta pubblico e privato nell'ambito dei piani di rientro	» 81
2.1. Introduzione	» 81
2.2. I principali risultati	» 85
2.2.1. Il quadro degli erogatori	» 85
2.2.2. Le attività erogate	» 90
2.2.3. Il bacino di popolazione servito	» 99
2.3. Conclusioni	» 100
3. Processi decisionali in una sanità regionalizzata: il punto di vista dei direttori generali	» 103
3.1. Introduzione	» 103
3.2. Il <i>background</i> formativo e professionale	» 108
3.3. Decidere nella sovranità limitata: il peso della politica in sanità	» 112
3.4. Innovazione, ma a costo zero	» 122
3.5. Le criticità	» 125
3.6. Le proposte per migliorare l'offerta sanitaria	» 129
3.7. Il caso delle Regioni con piani di rientro	» 135
3.8. Conclusioni	» 138

Introduzione

di *Giuseppe De Rita*

Un male non troppo misterioso ha caratterizzato lo sviluppo degli interventi sociali in Italia negli ultimi cinquanta anni: il primato dell'offerta. In ogni settore c'è stata la convinzione che esistesse un deficit angoscioso di copertura dei bisogni e che quindi la priorità strategica fosse quella di moltiplicare le risorse e gli strumenti, da destinare al settore stesso.

È fin troppo facile al riguardo la esemplificazione a riprova: si pensi alla scuola, dove non si è mai voluto pensare a quale fosse la domanda delle imprese e il destino futuro dei giovani, moltiplicando perciò a macchia d'olio scuole, insegnanti, spese; si pensi al settore dell'università, dove sono stati moltiplicati i corsi di laurea, fino all'esagerazione di 3.600 corsi per la laurea breve e 2.000 per quella lunga; si pensi al caso limite della formazione professionale, dove lo sviluppo dell'offerta è stato delegato ad enti esterni, attenti più ai propri fini di vita organizzata che al reale inserimento dei giovani sul lavoro; si pensi, apparentemente più in piccolo, alle politiche sociali urbane, dove si è avuta una moltiplicazione di centri sociali (o piste ciclabili) tutte calibrate più sulla tensione all'offerta che su una domanda precisa e puntuale. Per non parlare di vicende previdenziali oggi rimesse in ordine ma che avevano visto anche esse una grande generosità dell'offerta (dalla moltiplicazione delle mutue a quella delle pensioni di invalidità). Una sorta di keynesismo sociale, verrebbe da dire, senza peraltro un dignitoso benefit di ritorno economico.

Se questo è il quadro generale del cinquantennio, è naturale che anche il settore sanitario abbia vissuto la tentazione di moltiplicare l'offerta, in termini non sempre oggettivamente regolati. La domanda di salute era, negli anni '50, così potente ed indifferenziata che è sembrato indispensabile rispondere con un'altrettanto potente offerta di protezione sanitaria a tutto campo, che solo la progressiva contrazione delle finanze pubbliche verificatasi negli ultimi dieci anni ha costretto a "rientrare", spesso anche con qualche doloroso sacrificio.

L'unica grande intuizione potenzialmente alternativa, cioè la scelta di puntare sulla prevenzione a larga scala, è stata nei fatti troppo debole per contrastare l'idea che si dovesse garantire la salute degli italiani con un grande sviluppo a tappeto delle strutture sanitarie. Si pensi a quanto forte sia stata la propensione a territorializzare il sistema sanitario arrivando a presidiare un po' tutte le realtà locali; le Usl sono arrivate a ben 659 unità nel 1992, per poi fatalmente "rientrare" verso un numero, 148 nel 2009, tendenzialmente a dimensione provinciale. Si pensi a quanto si sia moltiplicato il numero delle strutture pubbliche ed equiparate, fino a quasi 900 per poi rientrare a 615 (una diminuzione del 28% nell'ultimo decennio). Si pensi a quanto sia stato potente l'incremento dei posti letto nelle strutture pubbliche e accreditate (arrivato nel 1995 a oltre 300.000 per poi "rientrare" nel 2008 a 190.000). Si pensi, sul piano della logica d'intervento, alla sempre più ricca tipologia delle strutture sia ospedaliere (Ircs, policlinici universitari, ospedali classificati, ecc.), ormai abbastanza consolidate, sia extraospedaliere (ambulatori, laboratori, centri residenziali e semiresidenziali, ecc.), dove l'esplosione iniziale ha visto poi una forte contrazione nel tempo, se è vero che nell'ultimo decennio esse sono passate da 5.000 a 1.800 unità quelle residenziali, mentre quelle semiresidenziali sono passate da 2.300 a 840 unità. E si pensi anche allo spazio, talvolta criticato, che è stato concesso alla dimensione privata degli interventi non pubblici, con 607 case di cura private (il 90% accreditate) ed un numero di posti letti per 1.000 abitanti rimasto peraltro inalterato (da 1,0 a 0,9), cioè senza i duri rientri di altri comparti, nell'ultimo decennio.

Non servono altri richiami per capire quanto potente sia stata l'offerta sanitaria italiana nel quarantennio dal 1960 al 2000, e pur se le giunture del sistema si sono irrigidite nel decennio successivo il quadro complessivo rimane importante: 12 milioni di ricoveri all'anno sono una cifra impressionante, specialmente se ad essa si aggiunge la cifra di coloro che utilizzano prestazioni fuori ricovero (ambulatori, *day hospital*, centri diagnostici, centri di salute mentale, consultori, ecc.). E specialmente se ad essa si aggiunge quella silenziosa costante prigionia degli italiani rispetto a quella invasiva offerta di salute che è l'offerta di farmaci di ogni tipo. Tutto si può dire tranne che in Italia i cittadini non godano dei risultati della "voluta" strategia di offerta sanitaria. Ci saranno, come sempre e come per tanti altri settori, degli squilibri fra diverse fasce sociali e fra diverse realtà regionali; ci sono e ci saranno, prevedibilmente sempre, differenze qualitative fra situazioni di eccellenza e situazioni di mediocrità, al limite di malasanità; ci sono e ci saranno sempre le zone d'ombra dovute alla diversa qualità degli operatori medici e sanitari; nel complesso la "voluminosa" offerta di questi decenni ha permesso al sistema di captare il basilare bisogno dei cittadini di essere curati.

È poi, a partire dal 2000, che nasce la consapevolezza che la strategia dell'offerta non paghi più; e si avvia la vicenda del "rientro", che sta caratterizzando questo periodo e che ancor più caratterizzerà i prossimi anni. Le pagine che seguono danno conto e interpretazione di questo difficile e delicato processo, mettendone in luce i due aspetti fondanti, pur se apparentemente contraddittori: da un lato la dura legge dei numeri, che costringe ad una razionale riduzione di uno spettro di prestazioni ormai troppo ampio e non più sostenibile; e dall'altro la volontà collettiva, specialmente degli amministratori delle aziende sanitarie locali, di utilizzare tale riduzione per una razionalizzazione degli interventi, anzi per un loro miglioramento qualitativo. Basta, per averne conferma, scorrere le pagine del volume che danno conto della ricerca sui direttori generali delle Asl, visto che essi si dichiarano tutti in tensione di innovazione qualitativa delle loro aziende e visto che hanno operato significativi investimenti sull'organizzazione dei processi interni, sulle tecnologie, sui sistemi informativi, sui rapporti con l'utenza ed anche, pure se con minore intensità e soddisfazione, sulla gestione del personale e sull'acquisizione di professionalità esterne. La qualità del servizio reso sembra essere ormai il riferimento principale della razionalizzazione in atto, con una segreta molla di comportamento degli interessati: non più la autoreferenza dirigenziale, ma la relazionalità verso i vari attori della struttura interna e con i vari segmenti del sistema esterno.

La durezza del processo di rientro sta quindi dando frutti positivi. Se si pone mente a questa affermazione viene da pensare che l'evoluzione un po' coatta del sistema sanitario possa costituire un esempio virtuoso anche per tutti gli altri settori di intervento sociale, quelli richiamati all'inizio di questa introduzione. In parole più semplici e crude, sarebbe forse il tempo che anche per scuola, università, formazione professionale, politiche sociali urbane si mettesse in campo una logica di rientro dalla troppo disordinata moltiplicazione dell'offerta degli ultimi decenni. Avremo magari tensioni all'inizio, ma alla fine vedremo anche in quei casi crescere una responsabilità complessiva di sistema che al primato dell'offerta è stata a lungo sacrificata.

Parte prima

*Un'analisi multidimensionale
della sanità italiana*

1. *Un sistema a più facce*

La sanità italiana è un sistema complesso che chiama in causa una pluralità di dimensioni, la cui analisi impone il ricorso ad una batteria ampia e articolata di indicatori, da cui enucleare una lettura complessiva che consenta di delineare sia la traiettoria del sistema nella sua interezza, che le varie specificità.

In tale contesto, ogni semplificazione rischia di non rendere ragione proprio dell'ampiezza e della notevole diversità delle risorse che contribuiscono alle *performance* sanitarie ai vari livelli.

Un tratto noto di differenziazione interna del sistema è senza dubbio quello regionale, anche perché il federalismo sanitario si è innestato su differenze che già erano in atto tra le sanità regionali, in parte accentuandole ed in parte rendendole più visibili. Negli ultimi anni, poi, il crescente peso del vincolo della sostenibilità finanziaria della spesa sanitaria ha ulteriormente accentuato, specie in alcune regioni la diversità di *performance*, intendendo questa ultima come la capacità di rispondere in modo appropriato alle esigenze della domanda di salute, rispettando alcuni decisivi parametri di economicità ed appropriatezza.

In questa parte del Rapporto si intende proporre un'osservazione sistematica e prolungata nel tempo di alcune dimensioni strategiche della sanità italiana, misurate mediante indicatori, riconosciuti e affidabili e, in buona parte, comparabili territorialmente.

2. Le caratteristiche dell'offerta¹

Allo scopo di delineare i tratti portanti della sanità italiana occorre partire da una visione d'insieme della stessa (Ssn), della sua organizzazione e delle sue attività, con un'attenzione particolare ai cambiamenti che ne hanno caratterizzato l'evoluzione negli ultimi anni. Gli elementi che vengono approfonditi in questo primo paragrafo sono pertanto i seguenti:

- assetti istituzionali dei singoli Servizi sanitari regionali (Ssr), numerosità e tipologia delle aziende (Asl e AO), assetto dell'apparato amministrativo regionale, mobilità dei direttori generali (DG);
- configurazione fisico-tecnica delle aziende;
- dati di *output* in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate.

2.1. Gli assetti istituzionali

L'assetto istituzionale delle aziende sanitarie è dato dall'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e contemporamento degli interessi che vi convergono². Nelle aziende sanitarie pubbliche i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro. La prima partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza politica. In particolare, a seguito del processo di regionalizzazione del Ssn, è possibile identificare prevalentemente nel livello politico delle regioni i rappresentanti della popolazione. E sono sempre le regioni che, in qualità di capogruppo del sistema regionale, devono tenere sotto controllo ed

¹ A cura di Elio Borgonovi e Francesca Lecci, Cergas-Bocconi.

² Airoldi, Brunetti e Coda, 1994.

eventualmente ridisegnare l'apparato amministrativo regionale e gli strumenti di governo del Ssr, stabilire la struttura del gruppo in termini di combinazioni economiche con autonomia giuridica ed economica (le aziende del gruppo), definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi, ecc.), delineare le politiche complessive del sistema, progettare le norme generali per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende del gruppo.

A questo proposito la tabella 1 presenta l'evoluzione del numero di Asl e AO nelle diverse Regioni dal 1992 ad oggi. Nel biennio 1994-95 la maggior parte delle regioni ha provveduto al riassetto del proprio Ssr in attuazione del d.lgs. 502/92. Al 1996 le revisioni erano state rare, con l'unica eccezione della Lombardia. Dal 2002 ha invece preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di "ingegneria istituzionale", già avviati o comunque proposti, si sono moltiplicati.

Molte regioni hanno così provveduto alla ridefinizione di Asl e AO: il riordino dei Ssr siciliano, campano, pugliese, calabrese, piemontese e lucano e del Servizio Sanitario Provinciale di Bolzano; il completamento del riassetto del Ssr lombardo con la trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna; l'accorpamento di tre aziende sanitarie nell'Asl di Bologna; la creazione dell'Asrem in Molise; la fusione per incorporazione di tre aziende nell'AO "Umberto I" e la creazione dell'Asur nelle Marche. Il quadro attuale vede, dunque, il passaggio di molte regioni ad Asl sostanzialmente provinciali (e addirittura Asl uniche regionali in Valle d'Aosta, Trento, Bolzano, Marche e Molise) e la soppressione di numerose AO.

Il soggetto strategico di un'azienda sanitaria pubblica, sebbene sia un attore composito, si incentra oggi sulla figura del DG, il cui ruolo professionale è profondamente mutato nel corso degli ultimi anni a seguito dei mutamenti dell'ambiente di riferimento e dell'assetto istituzionale di tali aziende: il DG, da organo monocratico, ha assunto sempre più la funzione di gestore di reti di relazioni con i vari soggetti del mondo sanitario e socio-sanitario al fine di generare le condizioni interne ed esterne per la realizzazione di obiettivi assegnati dalla Regione³. Il legislatore lascia alla regione ampi margini di autonomia nella definizione sia dei requisiti professionali necessari per la nomina, sia degli indicatori di *performance* per la valutazione. L'idea che i DG siano nominati su base "fiduciaria", debbano rispondere dei risultati raggiunti e in presenza di risultati considerati insoddisfacenti possano essere sostituiti è l'elemento di rottura più evidente e comunemente percepita, visto il tradizionale paradigma burocratico. Tuttavia, la mobilità dei DG è legata, non solo a giudizi sull'ope-

³ Zuccatelli *et al.*, 2009.

Tab. 1 – Numero di aziende del gruppo pubblico regionale (1992-2009)

	Asl			AO	
	Numero ante 502/92	Numero al 30/06/09	Popolazione media 2009	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/09
Piemonte	63	13	338.559	7	8
Val d'Aosta	1	1	125.979	-	0
Lombardia	84	15	642.827	16	29
Bolzano	4	1	493.910	-	0
Trento	11	1	513.357	-	0
Veneto	36	21	230.111	2	2
Friuli V. G.	12	6	203.677	3	3
Liguria	20	5	378.282	3	1
Emilia R.	41	11	388.709	5	5
Toscana	40	12	306.421	4	4
Umbria	12	4	221.113	2	2
Marche	24	1	1.553.063	3	2
Lazio(*)	51	12	463.418	3	4
Abruzzo	15	6	220.665	0	0
Molise	7	1	320.838	0	0
Campania	61	7	830.199	7	8
Puglia	55	6	679.424	4	2
Basilicata	7	2	295.501	1	1
Calabria	31	6	334.618	4	4
Sicilia	62	9	558.854	16	5
Sardegna(*)	22	8	208.202	1	1
<i>Italia</i>	<i>659</i>	<i>148</i>	<i>402.833</i>	<i>81</i>	<i>81</i>

(*) Dati al 2008.

Fonte: dati Oasi, Cergas Bocconi.

rato del DG in relazione ai risultati dell'azienda, ma anche alle dinamiche istituzionali e politiche. Queste ultime aggiungono alla naturale instabilità, legata alle predeterminate scadenze dei contratti dei direttori, ulteriori potenziali instabilità in relazione alle scadenze di legislatura, alla modificazione delle maggioranze, allo spostamento degli equilibri interni alle maggioranze stesse⁴.

⁴ Del Vecchio e Carbone, 2002.

Alla luce delle suddette considerazioni, la tabella 2 mostra la durata media del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, sia a livello nazionale che regionale. Il valore medio nazionale è pari a 3,7 anni, ossia 3 anni e 8 mesi. È questo, sicuramente, un orizzonte di gestione troppo limitato, considerando: (i) i tempi necessari per la realizzazione di un “progetto di gestione” in aziende, come quelle sanitarie, caratterizzate da molteplici elementi di complessità e/o (ii) gli effetti di blocco dei progetti e delle innovazioni e l’emergere di atteggiamenti difensivi che accompagnano l’apertura della fase, spesso lunga, di incertezza sulla permanenza del DG in carica.

Tab. 2 – Durata media in carica dei DG (1996-2009)

<i>Regione</i>	<i>AO</i>	<i>Asl</i>	<i>Totale</i>
Abruzzo	0,00	3,97	3,97
Bolzano	0,00	9,00	9,00
Basilicata	3,50	3,84	3,78
Calabria	2,37	1,48	1,71
Campania	4,64	3,33	3,83
Emilia Romagna	5,13	3,88	4,23
Friuli Venezia Giulia	3,78	3,77	3,77
Lazio	3,15	2,88	2,95
Liguria	5,58	3,29	4,15
Lombardia	4,28	4,14	4,23
Marche	3,45	2,91	3,03
Molise	0,00	4,29	4,29
Piemonte	3,26	3,52	3,45
Puglia	4,00	2,78	3,17
Sardegna	3,50	2,79	2,87
Sicilia	3,93	3,17	3,67
Toscana	3,50	3,91	3,81
Trento	0,00	3,50	3,50
Umbria	3,50	2,59	2,85
Valle D’Aosta	0,00	3,50	3,50
Veneto	4,56	4,55	4,55
<i>Totale</i>	<i>4,01</i>	<i>3,55</i>	<i>3,71</i>

Fonte: dati Oasi, Cergas Bocconi.

2.2. Le strutture di offerta

Rispetto alle strutture di offerta, le esigenze di contenimento della spesa sanitaria e di riqualificazione dei Ssr hanno comportato una progressiva e costante azione di razionalizzazione tanto sul piano ospedaliero, quanto su quello territoriale. Ciò ha comportato una progressiva riduzione nel numero delle strutture equiparate e pubbliche, con un decremento più evidente per queste ultime, che nell'ultimo decennio sono diminuite del 28%.

Le tabelle 3, 4 e 5 mostrano i dati relativi a numero e tipologia di strutture di ricovero per regione, aggiornati al 30 giugno 2008.

Tab. 3 – Numero di strutture di ricovero pubbliche per regione e per tipologia (2008)

	<i>Presidi a gestione diretta Asl</i>	<i>Istitui psichiatrici residuali</i>	<i>Aziende osped.</i>	<i>Stabilimenti di az. osp.</i>	<i>Tot. strutture di ricovero pubbliche</i>
Piemonte	46	0	8	16	54
Valle d'Aosta	1	0	0	0	1
Lombardia	2	0	29	97	31
Bolzano	7	0	0	0	7
Trento	11	0	0	0	11
Veneto	57	0	2	3	59
Friuli V.G.	8	0	3	6	11
Liguria	10	0	3	3	13
Emilia Romagna	38	0	5	5	43
Toscana	26	0	4	4	30
Umbria	9	0	2	3	11
Marche	31	0	2	4	33
Lazio	55	1	4	7	60
Abruzzo	23	0	0	0	23
Molise	6	0	0	0	6
Campania	39	0	8	9	47
Puglia	27	0	2	2	29
Basilicata	13	1	1	2	15
Calabria	30	0	4	9	34
Sicilia	50	0	17	25	67
Sardegna	29	0	1	1	30
<i>Italia</i>	<i>518</i>	<i>2</i>	<i>95</i>	<i>196</i>	<i>615</i>

Fonte: dati Oasi, Cergas Bocconi.