



DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE
Cattedra di Politiche della Sanità

**LA SANITÀ IN UMBRIA: ANALISI DELLA GOVERNANCE E
VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE IN PROSPETTIVA
COMPARATA**

RELATORE

Chiar.mo Prof. Antonio La Spina

CANDIDATO

Carlo Giontella

Matr. 625872

CORRELATORE

Chiar.mo Prof. Daniele Mascia

ANNO ACCADEMICO 2015/2016

INDICE

INTRODUZIONE	1
1. Il processo di regionalizzazione del Ssn	4
1.1 Le Riforme degli anni '90	4
1.2 L'eterogeneità dei sistemi sanitari regionali	8
1.2.1 Numero e dimensioni Asl.....	8
1.2.2 Modello istituzionale	10
1.2.3 Ruolo degli operatori privati	13
1.2.4 Distribuzione della spesa sanitaria regionale	15
1.3 Classificazione dei sistemi sanitari regionali.....	18
2. La Sanità in Umbria: analisi di sistema	20
2.1 Le disposizioni normative e la programmazione sanitaria	20
2.2 L'organizzazione del Servizio sanitario umbro	24
2.2.1 Aziende sanitarie locali e Aziende ospedaliere in Umbria	24
2.2 Il finanziamento dell'assistenza sanitaria	30
2.2.1 Il finanziamento del Ssn	30
2.2.2 Il finanziamento delle aziende sanitarie	36
2.2.3 La distribuzione dei comparti dell'assistenza sanitaria	41
2.3 Il rapporto pubblico-privato	42
2.3.1 I medici convenzionati	47
2.4 Il personale sanitario	49

3. Valutazione della <i>performance</i> del Servizio sanitario umbro in chiave comparata.....	52
3.1 La <i>Performance</i> in Sanità	53
3.1.1 I principali modelli di valutazione sperimentati in Italia.....	55
3.2 Una prospettiva di comparazione	58
3.2.1 Quale metodo di comparazione?	61
3.3 I risultati del Network Regioni del Laboratorio Management e Sanità	62
3.4 La <i>performance</i> dei Sistemi sanitari regionali secondo il C.R.E.A. Sanità.....	77
3.5 Il Mantenimento dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza	82
3.6 La dimensione economica della <i>performance</i> dei Ssr.....	88
3.7 L'Indicatore per la Qualità e l'Efficienza	92
3.8 "L'Italia di mezzo": un modello sanitario percorribile?	94
4. Prospettive future e ipotesi di riforma del Sistema sanitario umbro	96
4.1 Questionario	97
CONCLUSIONE.....	116
APPENDICE	120
BIBLIOGRAFIA.....	128
RAPPORTI E STUDI.....	129
RIASSUNTO.....	134

INTRODUZIONE

L'idea di intraprendere questo progetto di ricerca trova fondamento nella considerazione che vi sia l'esigenza di porre al centro del dibattito pubblico, nei diversi contesti attraverso cui esso si manifesta, un settore di *policy* che, troppo spesso, viene studiato quasi esclusivamente all'interno degli ambienti scientifici e accademici, il settore sanitario.

La sottovalutazione dei processi istituzionali, decisionali ed economici che sono alla base delle politiche sanitarie in Italia non risulta coerente né con il ruolo sociale che esse tendono a ricoprire nel perseguimento del diritto fondamentale - costituzionalmente riconosciuto - alla tutela della Salute, né con l'enorme spazio che viene impegnato, nel bilancio pubblico, dalle risorse finanziarie destinate all'assistenza sanitaria.

Questo risulta ancor più evidente in una fase storica particolare come quella che stiamo vivendo, caratterizzata da due elementi di tensione reciproca: da una parte vi è una graduale, ma sensibile, riduzione delle possibilità di spesa e delle risorse disponibili; dall'altra una netta diffidenza e sfiducia da parte dei cittadini sia nei confronti delle istituzioni politiche che degli apparati chiamati ad implementare le politiche pubbliche. Ciò comporta l'innegabile bisogno di operare un esercizio di trasparenza e di sviluppare una maggiore logica di *accountability*. Secondo questo approccio, da un lato gli *stakeholders* si attivano per il raggiungimento di una maggiore consapevolezza di un contesto con il quale si è costretti ad interagire quotidianamente, dall'altro gli attori sanitari devono rendere conto della qualità e dell'efficacia delle politiche e degli interventi messi in campo per la tutela della salute.

In seguito alle riforme degli anni '90 e alla modifica del Titolo V della Costituzione nel 2001, i soggetti istituzionali maggiormente responsabili delle politiche della sanità, sia da un punto di vista politico che gestionale, sono divenute le Regioni al punto che, *rebus sic stantibus*, gli addetti ai lavori tendono a considerare il Ssn come un "sistema di 21 sistemi sanitari regionali" eterogenei.

È proprio da queste premesse che trae ispirazione questo elaborato, che persegue due finalità. La prima è quella di comprendere le peculiarità del Servizio sanitario umbro, sia da un punto di vista quantitativo, attraverso la rielaborazione dei dati forniti dai diversi rapporti

esaminati, che qualitativo, tramite lo studio delle variabili socio-politiche, al fine di offrire al lettore una visione d'insieme e gli strumenti essenziali per rendere fruibile un ambito di ricerca così complesso a chiunque voglia acquisire consapevolezza riguardo al funzionamento del sistema sanitario in Umbria. La seconda è quella di individuare le principali aree critiche e le problematiche che richiedono una specifica attenzione da parte degli attori politici e che dovrebbero rappresentare, quindi, i fondamentali punti di snodo delle politiche sanitarie umbre dei prossimi anni.

Il lavoro si strutturerà secondo la seguente articolazione. Nel primo Capitolo verrà trattata l'evoluzione normativa e organizzativa che ha comportato una radicale trasformazione del Servizio sanitario nazionale, rispetto alla sua configurazione originaria prevista dalla legge istitutiva del 1978, n.833. In particolare, si analizzeranno le principali novità introdotte dalle Riforme sanitarie degli anni '90, tra cui il processo di aziendalizzazione delle Unità sanitarie locali e la regionalizzazione del sistema sanitario nazionale. Questo secondo aspetto ha reso le Regioni, di fatto, i soggetti istituzionali di riferimento per l'erogazione e la programmazione dell'assistenza sanitaria.

Nel secondo Capitolo si entrerà nel corpo di questo lavoro, attraverso una disamina delle principali peculiarità del Sistema sanitario umbro. Si porrà, inizialmente, l'attenzione sulle basi normative che regolano i rapporti tra le istituzioni sanitarie regionali e disciplinano gli strumenti di determinazione delle linee programmatiche e attuative delle *health policies* umbre. Successivamente si analizzeranno la *governance* e il modello istituzionale che è andato consolidandosi negli ultimi decenni, studiando le modalità di finanziamento delle aziende sanitarie, i rapporti che intercorrono tra le strutture pubbliche e gli operatori sanitari privati. Infine, si proporranno alcuni dati riguardanti la composizione del personale sanitario umbro.

Il terzo Capitolo si propone di esaminare quanto le istituzioni politiche e le strutture erogatrici di prestazioni sanitarie in Umbria siano in grado, o meno, di soddisfare i bisogni sanitari della propria popolazione. La metodologia che verrà utilizzata prevede, innanzitutto, che vi sia una comparazione delle *performances* regionali tra le Regioni Umbria, Marche e Toscana. La scelta di Marche e Toscana come modelli di confronto deriva da diversi fattori, i più rilevanti dei quali sono rappresentati dal fatto che:

- le tre Regioni presentano dei sistemi di *governance* sanitaria molto simili, anche in virtù di medesime scelte strategiche che sono state adottate in ambito istituzionale regionale in seguito alle Riforme degli anni '90.

- sta prendendo forma un progetto di convergenza tra Marche, Umbria e Toscana che mira a dare avvio, in un primo *step*, a un percorso di crescente coordinamento delle politiche regionali su alcuni temi fondamentali per gli enti regionali, primo fra tutti la Sanità; in un secondo passaggio, di lungo periodo, volto a ridefinire l'assetto istituzionale e territoriale del regionalismo italiano, che dovrebbe manifestarsi attraverso la creazione di una "Macroregione" dell'Italia centrale.

La valutazione delle *performances* sanitarie regionali verrà effettuata studiando i risultati di alcuni dei principali sistemi di valutazione sviluppati in Italia, vale a dire il modello del Network Regioni, elaborato dal Laboratorio Management e Sanità presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, il rapporto "Una misura di Performance dei Ssr", prodotto annualmente dal C.R.E.A. Sanità, e lo studio, che viene realizzato dal Ministero della Salute, sul mantenimento dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

In seguito verrà valutata, per le stesse Regioni, una specifica dimensione della *performance* sanitaria regionale: la *performance* economico-finanziaria, per la quale si prenderanno in considerazione gli elementi relativi ai bilanci regionali e al fenomeno della mobilità sanitaria interregionale.

Nel quarto Capitolo, a conclusione di questo lavoro, verranno trascritte le risposte ad un questionario che è stato inviato ad alcune delle personalità di spicco della programmazione e dell'attuazione delle politiche sanitarie della Regione Umbria. Le domande del questionario sono state individuate in modo da potere di conseguenza determinare, con l'ausilio delle risposte fornite dai soggetti qualificati, quali sono le aree dell'assistenza sanitaria umbra che richiedono azioni di risposta da parte delle istituzioni, quali sono, dall'altra parte, le aree che registrano i migliori risultati e quali potrebbero essere le prospettive che attendono il Sistema sanitario umbro, soprattutto al fine di fronteggiare le future sfide poste in essere da variabili come il mutamento della struttura demografica, la crescita di particolari tipologie di patologie croniche e le politiche economiche di stampo sempre più restrittivo.

1. Il processo di regionalizzazione del Ssn

1.1 Le Riforme degli anni '90

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn), istituito con la legge n.833 del 1978, è stato profondamente ridisegnato negli anni '90, quando al Legislatore è stato chiaro come fosse necessario intervenire in modo strutturale sul sistema sanitario, riformando la sua *governance* complessiva, per poter far fronte ad alcuni profili di problematicità che si erano manifestati sin dalla nascita del nuovo sistema integrato di sanità pubblica.

Già nel decennio precedente, infatti, si era aperto un acceso dibattito sul funzionamento del Ssn e sulla capacità dello stesso di rispondere alle esigenze dei cittadini, dal quale era emerso come esso fosse non idoneo ad erogare prestazioni di alta qualità, caratterizzato da un'eccessiva burocratizzazione e troppo incline ad episodi di corruzione, sprechi pubblici e mala gestione, soprattutto per via di un'intensa ingerenza della politica e di una lottizzazione partitica nel contesto delle Unità sanitarie locali (Usl), i cui membri dei comitati di gestione erano nominati dai consigli comunali di riferimento e si erano trasformate, quindi, in centri clientelari¹.

Contestualmente, il sistema politico italiano ha attraversato una turbolenza sia dal punto di vista istituzionale, con le inchieste legate a "Mani Pulite" nel 1992, che dal punto di vista finanziario, con una congiuntura economica negativa aggravata dai fenomeni speculativi nei confronti della nostra valuta². Questa fase, seppur delicata, ha garantito un ampio margine decisionale ai governi tecnici che si sono susseguiti (Amato 92-93, Ciampi 93-94) e ha gettato le basi per quella che, a tutti gli effetti, rappresenta la maggiore innovazione per le politiche sanitarie italiane dopo il 1978, la cosiddetta "Seconda Riforma sanitaria", costituita dal combinato disposto dei D.D. Leg.vi n. 502/92 e n. 517/93.

I due interventi hanno risposto, quindi, ad una duplice esigenza: rendere l'assistenza sociale

¹ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Il Pensiero Scientifico, 2011

² F. Toth, *La sanità in Italia*, pp. 25-26, Bologna, Il Mulino, 2014

più performante ed economicamente sostenibile nel lungo periodo ed avviare un processo di depoliticizzazione della sanità, soprattutto a livello comunale.

Ai fini di un'attuazione concreta di questi obiettivi la riforma ha previsto alcuni elementi cardine:

- Aziendalizzazione delle strutture sanitarie³;
- Separazione tra funzione di committenza e funzione di erogazione delle prestazioni⁴;
- Regionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

L'espressione "aziendalizzazione" indica la mutazione di principi, tecniche di gestione e strumenti dalle aziende private alle strutture pubbliche; in sostanza è stato avviato un percorso di ripensamento della filosofia del management delle strutture sanitarie, in ragione del fatto che il Ssn, così come era strutturato, non era in grado di raggiungere gli obiettivi, trovandosi in netto ritardo nei confronti dei profondi mutamenti sociali, economici e demografici del nostro tempo e con un sistematico sfioramento dei tetti di spesa. Questo, concretamente, si è tradotto nella trasformazione delle Usl in Aziende sanitarie locali dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia imprenditoriale ed è stata concessa ai maggiori ospedali, in possesso di determinati requisiti, la possibilità di essere riconosciuti come Aziende ospedaliere indipendenti dalle Asl⁵. Gli altri ospedali, non dotati delle medesime caratteristiche, hanno mantenuto la propria dipendenza nei confronti delle Asl e sono qualificati come "Presidi ospedalieri".

La maggiore autonomia gestionale delle aziende sanitarie e ospedaliere coincide con l'affermazione di una svolta manageriale delle strutture sanitarie pubbliche e una meno marcata connessione con le dinamiche politiche; non a caso la direzione delle Asl fu affidata a manager pubblici nominati dalla Giunta regionale.⁶

È inevitabile che, dal processo di managerializzazione, discenda un nuovo regime di responsabilità e di focalizzazione sui risultati di gestione, sia sul fronte degli equilibri di bilancio (ad esempio l'art. 4.8 del d.lgs. n. 517/1993 dispone che "Le aziende ospedaliere devono chiudere il proprio bilancio in pareggio. [...] Il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione comporta il commissariamento da parte della Regione e la revoca dell'autonomia

³ *La struttura del Ssn*, in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2012* ", Milano, pp. 19-108

⁴ C. Cipolla, G. Giarelli, *Dopo l'aziendalizzazione. Nuove strategie di governance in sanità*, Franco Angeli

⁵ V. Mapelli, S. Boni, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, pag. 29, Quaderni Formez n. 57, 2007

⁶ F. Toth, *op. cit.* pag. 27

aziendale”), che sul fronte dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate e del raggiungimento degli obiettivi e delle finalità aziendali.

Il secondo punto chiave risponde alla necessità di sviluppare un modello in cui vi sia uno stimolo a comportamenti competitivi tra le aziende sanitarie e che si dipana lungo due direttrici: da una parte la separazione tra la funzione di acquisto e quella di fornitura dei servizi sanitari, dall’altra la concorrenza tra strutture pubbliche e strutture private idonee ad erogare le prestazioni sanitarie. La prima implica una netta distinzione tra il soggetto committente (*purchaser*) e il soggetto che provvede all’erogazione delle prestazioni (*provider*), dietro corrispettivo da parte del committente stesso. Il momento della committenza può essere svolto dalle Asl, che provvedono alla garanzia dei “Livelli essenziali di assistenza” attraverso l’acquisto delle prestazioni dai soggetti erogatori. L’erogazione invece può spettare o ai presidi ospedalieri che fanno riferimento a un Asl, o alle Ao, o a qualsiasi soggetto privato accreditato⁷, soddisfacendo la logica di una maggiore libertà dei cittadini nella scelta tra i possibili diversi fornitori concorrenti.

L’ultimo cambiamento radicale deriva dalla trasformazione delle Regioni in attori centrali in materia sanitaria. Vi è, infatti, un rafforzamento del livello regionale nella gestione della sanità, scaturito da un doppio processo di regionalizzazione⁸: un trasferimento *bottom-up* di funzioni dal livello locale, con i comuni che perdono il controllo sulle Usl e vengono “relegati a un ruolo del tutto marginale in materia di programmazione sanitaria”⁹, e una *devolution* di decisivi poteri agli enti regionali, prima in capo all’esecutivo, di programmazione, organizzazione e finanziamento, nonché un’ampia autonomia nella gestione e nel coordinamento dei servizi sanitari regionali e una maggiore responsabilizzazione finanziaria.¹⁰

L’imponente processo di Riforma sanitaria trova, infine, assestamento attraverso due ultime tappe, che hanno accompagnato il Ssn fino ai giorni nostri, e sono rappresentate dal D.lgs. 229/1999 (“Riforma Bindi), in materia di riordino e razionalizzazione del sistema sanitario nazionale e, soprattutto la modifica del Titolo V della Costituzione nel 2001, che ha prodotto un’ulteriore e definitiva spinta regionalista, investendo la suddivisione dei poteri tra i diversi livelli territoriali di governo in ambito sanitario, stabilendo una nuova ripartizione delle

⁷ M. Macinati, *Le aziende sanitarie pubbliche. La ricerca dell’economicità tra vincoli e margini di azione*, pp. 90-96, Franco Angeli, 2011

⁸ F. Maino, *La regionalizzazione della sanità italiana negli anni novanta*, Il Politico, Vol. 64, No. 4 (191), pp. 583-621, 1999

⁹ F. Toth, *op. cit.*, pag. 28

¹⁰ Documento CNA, *Il sistema sanitario in Italia e il suo processo di evoluzione*, pag. 7

competenze tra Stato e Regioni. La nuova disposizione stabilisce, infatti, che la materia della tutela della salute rientra tra quelle a legislazione concorrente, per le quali la potestà legislativa spetta alle Regioni, mentre allo Stato è riservata la determinazione dei principi fondamentali, che devono essere necessariamente fissati dalla legislazione.¹¹

Al governo nazionale rimangono, principalmente, due ordini di attribuzione. Il primo concerne la definizione dei Lea, che rappresentano il bacino di prestazioni e di servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*)¹², lungo l'intero territorio nazionale, e che stabiliscono quindi degli standard dai quali ogni regione non dovrebbe discostarsi nella fase di programmazione e attuazione delle politiche sanitarie. Il secondo, strettamente connesso, riguarda invece la definizione del budget da destinare al Ssn, che deve essere coerente con gli obiettivi predisposti all'interno del Piano sanitario nazionale da parte del Ministero della Salute.

In definitiva, le riforme a cavallo tra gli anni '90 e gli anni Duemila hanno attribuito alle Regioni la funzione legislativa con cui determinare i principi dell'organizzazione dei servizi sanitari. Questo vuol dire, ad esempio: definire gli ambiti territoriali delle aziende sanitarie; individuare gli ospedali da trasformare in aziende ospedaliere; determinare i criteri di finanziamento delle Asl e delle Ao; disciplinare i rapporti tra le Asl e le Ao e i rapporti tra le istituzioni sanitarie pubbliche e private mediante i criteri dell'accreditamento delle strutture, le modalità di pagamento a prestazione e il sistema di verifica e revisione della qualità; definire i criteri per l'individuazione delle strutture organizzative; verificare il raggiungimento dei risultati quantitativi e qualitativi fissati dai Piani sanitari regionali.¹³

¹¹ Documento AIE, *I processi di regionalizzazione del Ssn*, Filippo Palumbo (a cura di), EpiCentro

¹² Definizione del Ministero della Salute

¹³ F. Maino, *op. cit.* pp. 583-621

1.2 L'eterogeneità dei sistemi sanitari regionali

In virtù delle evoluzioni appena analizzate, è chiaro come le Regioni abbiano adottato modelli istituzionali e organizzativi molto diversi, puntando su *policies* di grande varietà, con delle ripercussioni inevitabili sulla capacità di governo e sulla qualità dei servizi sanitari regionali. Questo spinge molti autori e studiosi a ritenere che, in Italia, il Ssn si sia in realtà trasformato in un “sistema di sistemi sanitari regionali”¹⁴, composto da ventuno Servizi sanitari regionali differenti, quindi a considerare infruttuosa qualsiasi analisi che non tenga conto dell'ampia eterogeneità del Ssn e che invece lo riduca ad un unico e omogeneo aggregato.

Le divergenze regionali riguardano soprattutto le regole volte a disciplinare l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale e i rapporti che intercorrono fra i diversi soggetti istituzionali¹⁵, in altre parole il modello di *governance* dei Ssr. In particolare è necessario analizzare quattro fondamentali scelte di *policy* da parte del legislatore regionale: numero e copertura assistenziale delle Aziende sanitarie locali, modello istituzionale, ruolo degli operatori privati, distribuzione della spesa regionale tra assistenza ospedaliera, territoriale e collettiva.¹⁶

1.2.1 Numero e dimensioni Asl

La Seconda Riforma sanitaria non solo ha decretato la trasformazione delle Usl in Aziende sanitarie, ma ne ha stabilito anche un ridimensionamento, disponendo che normalmente queste avrebbero dovuto avere un bacino territoriale coincidente con quello delle province¹⁷. Nonostante il processo di aziendalizzazione abbia assunto, progressivamente, connotati non omogenei in tutte le Regioni e nonostante l'indicazione della dimensione provinciale delle Asl sia stata eliminata con il successivo d.lgs. n. 229/1999 (con le giunte regionali che hanno

¹⁴ V. Mapelli, S. Boni, *op. cit.* pag. 17

¹⁵ Ministero della Salute, *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2012-2013*, 2014

¹⁶ F. Toth, *op. cit.* pag. 65

¹⁷ Art. 3.5 del D. Lgs. N. 502/1992, “Le regioni disciplinano [...] nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo, tra l'altro, la riduzione, sentite le province interessate, delle unità sanitarie locali, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della provincia.”

mantenuto un'ampia autonomia nel determinare l'ambito di competenza delle proprie Asl), prevale effettivamente un'affermazione del criterio provinciale.¹⁸

Infatti vi sono solo alcune deroghe a tale criterio:

Le città di maggiori dimensioni: la provincia di Roma, che è articolata in 8 Asl, la provincia di Torino, suddivisa in 5 Asl, Milano e Napoli con 3 Asl ciascuno. Dunque Lazio, Piemonte, Lombardia e Campania hanno un numero di Asl superiore a quello degli enti provinciali.

Il Molise, che ha accorpato le unità di Campobasso e Isernia.

Le Marche, che hanno optato per un'unica Asl afferente a tutto il territorio regionale e quindi rappresentano un caso eccezionale per l'elevata dimensione della popolazione di riferimento (oltre 1 milione e mezzo).

Il Veneto che rappresenta il caso opposto e, anziché fare affidamento ad Asl "sovra provinciali", ha scelto un numero molto elevato di aziende sanitarie (21 per le sette province) con un bacino di cittadinanza molto ristretto.¹⁹

Tuttavia, in linea generale, la tendenza in Italia sembra essere quella di adottare una strategia che ponga le Aziende sanitarie come enti che coprono una fetta di popolazione di dimensione medio-alta, con un graduale restringimento del numero delle Asl stesse, soprattutto nelle regioni con maggiori difficoltà in termini di costi di gestione ed efficienza, come il Lazio e le regioni meridionali. La connessione tra la suddivisione del territorio regionale in Asl medio-grandi e la preponderanza di un parametro provinciale è confermata dalla vicinanza relativa (tenuto conto delle eccezioni sopracitate) tra la popolazione media per Asl, 429 mila²⁰, e la popolazione media delle province italiane, 551 mila.

È necessario, in ogni caso, precisare che tra le quattro scelte di *policy* su cui focalizzare l'attenzione, la dimensione e il numero delle Asl risulta essere la dimensione strategica meno cruciale. Infatti, alla luce della recentissima evoluzione dell'organizzazione del Ssn, è ancora troppo presto per poter individuare una correlazione tra la dimensione della copertura assistenziale delle Asl e la performance, l'efficacia e l'adeguatezza dei servizi sanitari regionali; ciò che invece si può affermare, sotto il profilo della *governance* sanitaria regionale, è che la presenza di un minor numero di Asl è interpretabile come un elemento che consente alla regione di "ridurre l'area dell'interazione e del controllo, oltre che il

¹⁸ Indagine Istat, *Le dimensioni della salute in Italia. Determinanti sociali, politiche sanitarie e differenze territoriali*, 2015

¹⁹ F. Toth, *op. cit.* pp.64-67

²⁰ Tabella 1.1

numero dei centri di spesa,²¹ sia nella fase di programmazione strategica che durante i momenti operativi e di implementazione.

TABELLA 1.1 - Numero di Asl e Ao, popolazione media per Asl. Dati aggiornati

Regione	Numero Ao. (2013)	Numero Asl (2015)	Popolazione media per Asl
Piemonte	6	13	336.466
Valle d'Aosta	-	1	127.884
Lombardia	29	15	652.968
Pa Bolzano	-	1	509.626
Pa Trento	-	1	530.308
Veneto	2	21	232.465
Friuli Venezia Giulia	3	5	244.371
Liguria	-	5	313.025
Emilia Romagna	5	8	547.185
Toscana	4	12	307.736
Umbria	2	2	443.120
Marche	2	1	1.545.155
Lazio	6	12	463.106
Abruzzo	-	4	328.127
Molise	-	1	313.341
Campania	9	7	824.250
Puglia	2	6	675.134
Basilicata	1	2	288.097
Calabria	4	5	391.648
Sicilia	8	9	555.548
Sardegna	3	8	205.247
Italia	86	139	429.402

Fonte: Personale elaborazione su dati del Ministero della Salute, Istat e Sistema informativo sanitario

1.2.2 Modello istituzionale

In virtù del processo di aziendalizzazione delle Usl, le Giunte regionali hanno dovuto scegliere quale fosse il modello istituzionale di Asl più idoneo a garantire una migliore

²¹ V. Mapelli, S. Boni, *op. cit.* pag. 38

assistenza sanitaria. In particolare vi è stata la necessità di decidere se prevedere la presenza dei Presidi ospedalieri all'interno delle Asl, quindi sotto la loro gestione diretta, oppure se separare le strutture ospedaliere dalle Asl, trasformandole in aziende autonome (Ao) alle quali affidare le funzioni di produzione e erogazione delle prestazioni.²²

Si sono venute quindi a creare tre tipologie di Aziende territoriali (Tabella 1.2):

Asl integrate (modello istituzionale integrato), se la maggior parte degli ospedali è gestita direttamente dalle Asl e quindi i Presidi ospedalieri sono considerati “stabilimenti” di produzione e fornitura posti sotto il controllo diretto dell’Azienda territoriale.²³

Asl separate (modello separato), caratterizzate da una netta separazione della funzione della committenza dalla funzione di produzione, mantenendo la prima in capo all’Asl e attribuendo la seconda alle Aziende ospedaliere, che riuniscono le strutture di produzione dei servizi scorporate dalle Asl.²⁴

Questo è il modello più coerente con le visioni più inclini alle logiche concorrenziali tra le strutture pubbliche e le strutture private sanitarie.

Asl miste (modello misto), che si distinguono per aver subito lo scorporo di almeno un Presidio ospedaliero e la sua trasformazione in Ao, ma che mantengono al loro interno altri Presidi ospedalieri.²⁵

All'interno di questa terza tipologia è possibile, poi, individuare due sottocategorie di modello istituzionale: il modello misto-quasi integrato, nel momento in cui la percentuale di posti letto a gestione diretta delle Asl è compresa fra 40%-66%, e il modello misto-quasi separato, in cui la percentuale di posti letto a gestione diretta delle Asl è compresa fra 20%-40%.

Il modello misto-quasi integrato è il più sviluppato tra le regioni italiane, è composto infatti ben nove Regioni (Emilia-Romagna, Umbria, Toscana, Marche, Basilicata, Piemonte, Liguria, Puglia, Calabria).

Il modello, invece, meno diffuso è quello separato (in cui la percentuale dei posti letto dei Po è <1%), riscontrabile compiutamente solamente in Lombardia, la quale ha deciso per un quasi totale scardinamento degli ospedali dalle Aziende territoriali, con l’istituzione di 29 Aziende ospedaliere (Tabella 1.1), un *unicum* nel panorama italiano. La Lombardia ha

²² F. Toth, *op. cit.* pag. 67

²³ V. Mapelli, S. Boni, *op. cit.* pp. 30-35

²⁴ S. Neri, *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna. Concorrenza, cooperazione, programmazione*, FrancoAngeli, Milano, 2006

²⁵ L. Marinò, *Modelli di management nel settore sanitario. Criticità e prospettive*, Giappichelli, 2016

deciso, dunque, di limitare la funzione produttiva delle Asl, le quali garantiscono solo alcuni servizi distrettuali (l'assistenza primaria e le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale), acquistando invece dalle Aziende ospedaliere e dagli altri soggetti terzi accreditati, pubblici e privati, le prestazioni ospedaliere e quelle di specialistica ambulatoriale.²⁶

Questa scelta potrebbe essere intimamente collegata agli orientamenti politici che hanno guidato l'azione dei *policy-makers* regionali. Dal 1994 ad oggi, infatti, la Regione Lombardia ha sempre espresso giunte regionali di centrodestra e questo può aver influito sulla decisione strategica di ricorrere ad una netta separazione tra la funzione di committenza e la funzione di erogazione da parte delle Ao.

Ciò che risulta davvero interessante è che, se si conduce un'analisi tenendo solamente delle complessive scelte regionali, si potrebbe giungere a considerare il Sistema sanitario italiano come un sistema prevalentemente integrato, con la larga maggioranza delle Regioni, ben sedici, che ha optato per un modello integrato/quasi integrato. Tuttavia, con uno sguardo analitico si nota come la percentuale complessiva dei posti-letto gestiti direttamente dalle Asl è circa il 40%, facendo apparire il Ssn come un sistema misto-quasi separato.²⁷

TABELLA 1.2 - Modelli istituzionali dei Ssr

Integrato	Misto		Separato
	Quasi integrato	Quasi separato	
Valle d'Aosta	Emilia-R.	Friuli-V.G.	Lombardia
Trento	Umbria	Lazio	
Bolzano	Toscana	Campania	
Molise	Marche	Sicilia	
Veneto	Basilicata		
Abruzzo	Piemonte		
Sardegna	Liguria		
	Puglia		
	Calabria		

Fonte: Rielaborazione su dati di Quaderno Formez n. 57

²⁶ L. Cuocolo, A. Candido, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, pp. 30-36, progetto di ricerca coordinato dall'Istituto per la Competitività, 2013

²⁷ V. Mapelli, *Il sistema sanitario italiano*, pp. 90-95, Il Mulino, 2012

1.2.3 Ruolo degli operatori privati

La terza dimensione strategica a livello regionale è il ruolo che si vuole affidare agli operatori sanitari privati e il grado di coinvolgimento degli stessi nella fornitura di prestazioni sanitarie.

Come noto, il settore privato sanitario in Italia è molto prosperoso, infatti le cure sanitarie in Italia sono prodotte per il 51% da istituzioni sanitarie pubbliche (72,1 miliardi di euro nel 2010) e per il 49% da professionisti e imprese private (69,8 miliardi)²⁸.

Dal punto di vista della produzione, il mercato dei beni e servizi sanitari appare quindi in equilibrio tra pubblico e privato. Se si escludono dall'aggregato i beni sanitari di consumo finale (come farmaci e materiale sanitario) emerge come la produzione di servizi sanitari *stricto sensu* sia realizzata al 64,5% dalle aziende pubbliche e al 35,5% da medici, laboratori, cliniche e strutture private accreditate o convenzionate.²⁹

I valori appena evidenziati sono la media dei valori regionali che, ancora una volta, risultato particolarmente eterogenei lungo il territorio nazionale.

La tabella 1.3 mostra il grado di partecipazione dei fornitori privati nell'assistenza sanitaria delle diverse Regioni italiane, misurato calcolando quanta parte di spesa pubblica sanitaria è volta a remunerare i servizi sanitari prodotti da soggetti privati convenzionati o accreditati.

Le regioni hanno adottato in quantità diversa un approccio di *outsourcing* sanitario, ovvero la scelta strategica di affidare all'esterno la realizzazione di un processo o un'attività operativa sanitaria che inizialmente veniva gestita internamente. Questa scelta rientra nel più generale dilemma di tipo *make or buy*, ovvero se sia preferibile realizzare alcune attività all'interno dei confini organizzativi di una struttura pubblica, o se sia meglio, per motivi di taglio di costi o di miglioramento della qualità dell'*output*, rivolgersi ai privati e affidare tali attività a fornitori esterni³⁰.

Le Regioni che fanno meno ricorso a fornitori sanitari privati sono la Valle d'Aosta, la PA di Bolzano, il Friuli-Venezia Giulia, la Toscana e l'Umbria che destinano agli erogatori privati meno del 26% della spesa sanitaria regionale³¹.

La strategia opposta è stata intrapresa da Lombardia e Lazio, che rappresentano i due casi di

²⁸ Dati Istat

²⁹ V. Mapelli, *Pubblico e privato nella sanità italiana*, pp. 5-10, abstract per Archivio Istituzionale della Ricerca, Università degli Studi di Milano, 2012

³⁰ F. Brunetta e L. Marchegiani, *L'outsourcing nella sanità*, pp. 57-60, report per Altroconsumo, 2009

³¹ F. Toth, *op. cit.* pag. 70

maggior coinvolgimento di operatori convenzionati o accreditati, con una percentuale di remunerazione per i soggetti privati superiore al 40% rispetto alla spesa regionale complessiva.

Questo risultato non dipende solamente da *ideologically-oriented choices* ma, più prevedibilmente, da un più elevato numero di strutture private accreditate, soprattutto quelle preposte all'offerta di posti letto, come le Case di Cura, gli IRCCS³², i Policlinici privati a gestione diretta dell'Università. In Lombardia, infatti, si concentra il 49% delle strutture accreditate, che rappresentano il 42% del totale posti letto in IRCCS e Policlinici Privati; nel Lazio, invece, le strutture sono più limitate (6, il 15% del totale) ma che rappresentano il 31% del totale posti letto. Le restanti 17 strutture sono distribuite in nove diverse regioni e costituiscono il 28% del totale posti letto (Puglia 10% del totale, Piemonte 7%).³³

Infine, è evidente come quasi tutte le Regioni del Sud Italia (Calabria, Campania, Molise, Puglia e Sicilia) abbiano optato per un livello di coinvolgimento dei soggetti privati superiore rispetto alla media nazionale.

TABELLA 1.3 – Coinvolgimento regionale degli operatori privati. Assistenza erogata da soggetti privati convenzionati o accreditati in % della spesa sanitaria pubblica. (2011)

Coinvolgimento basso	Coinvolgimento medio-basso	Coinvolgimento medio-alto	Coinvolgimento alto
Valle d'Aosta (20,2) Bolzano (21,6) Friuli-V.G. (23,9) Toscana (25,6) Umbria (25,5) Marche (28, 1)	Sardegna (30,1) Liguria (31, 6) Emilia-R. (31,6) Basilicata (31,7) Abruzzo (32,3) Trento (33,9) Piemonte (34,1) Veneto (34,4)	Calabria (35,5) Campania (37,9) Molise (38,3)	Puglia (39,0) Sicilia (39,3) Lazio (40,3) Lombardia (42,1)
Italia 35,5%			

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 2012

³² “Gli IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi carattere di eccellenza”, definizione del Ministero della Salute

³³ C. Carbone e F. Petracca, *Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività*, pp. 10-20, capitolo V, Rapporto OASI 2015

1.2.4 Distribuzione della spesa sanitaria regionale

L'ultimo aspetto da tenere in forte considerazione è la suddivisione del budget, che ogni Regione ha a disposizione per l'assistenza sanitaria, in tre fondamentali voci di spesa e che caratterizzano le tre aree di intervento in cui sono organizzati i Lea: l'assistenza ospedaliera, l'assistenza distrettuale e l'assistenza collettiva.

Nell'ambito della macro area "assistenza ospedaliera" sono inclusi i servizi di pronto soccorso, degenza ordinaria, *day hospital*, *day surgery*, interventi ospedalieri a domicilio, riabilitazione, lungodegenza, raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali, attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti, attività di trapianto di organi e tessuti³⁴; questo tipo di assistenza può essere garantita dal SSN attraverso le varie strutture di ricovero.

L'assistenza distrettuale comprende le prestazioni dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza domiciliare, la guardia medica, la farmaceutica convenzionata, i servizi residenziali e territoriali per gli anziani, disabili e tossicodipendenti³⁵.

L'assistenza sanitaria collettiva, invece, è l'insieme di tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli cittadini (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità pubblica veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale).³⁶

Il Patto della Salute 2010-2012 ha stabilito che per l'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera fossero previste rispettivamente le quote del 5%, del 51% e del 44% del finanziamento complessivo del Sistema Sanitario Nazionale³⁷.

Si tratta, tuttavia, di una ripartizione desiderabile, non ancora riscontrabile nelle diverse realtà territoriali, che è stata pensata per intraprendere nei Sistemi sanitari regionali un processo di abbandono progressivo dell'ospedalocentrismo che caratterizza l'assistenza sanitaria italiana³⁸; per questo rappresenta un obiettivo a cui ogni Regione deve tendere nella

³⁴ <http://www.salute.gov.it/>

³⁵ Ibidem

³⁶ Ibidem

³⁷ Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Ssn (Ministero della Salute), *Rapporto nazionale di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza, Anno 2007 – 2009*, pp. 3-8, 2011

³⁸ Ibidem

fase di erogazione e mantenimento dei Livelli essenziali di assistenza.

Il Grafico 1.1, infatti, dimostra come, nell'ultima rilevazione operata dal Ministero della Salute del 2009, la media nazionale delle ripartizioni regionali della spesa sanitaria sia ancora lontana, seppur in graduale miglioramento, dalle percentuali *target* delineate dal Patto della Salute. Mediamente le regioni italiane utilizzano il 48,84% del budget per l'assistenza distrettuale, il 46,97% per l'assistenza ospedaliera e solamente il 4,19% per l'assistenza collettiva.

Anche in questo caso lo scostamento delle varie Regioni rispetto alla media complessiva è molto eterogeneo.

Per quanto riguarda l'incidenza economica dell'assistenza collettiva, le Regioni che presentano gli indicatori più bassi sono Il Friuli-Venezia Giulia (2,9%), la Liguria (3,0%) e il Lazio (3,3%), molto al di sotto rispetto al target del 5%.

Al contrario le realtà che sono più propense a spendere un'importante fetta del bilancio sanitario in assistenza collettiva e prevenzione sono la Valle D'Aosta (6,0%), la Sardegna (5,9%), l'Umbria (5,2%) e la Basilicata (5,1%), che hanno addirittura oltrepassato l'obiettivo prefissato.³⁹

L'incidenza del costo sostenuto per le prestazioni di assistenza distrettuale, o territoriale, dovrà inevitabilmente conoscere un aumento affinché si possa implementare l'auspicata "deospedalizzazione" dei Ssr.

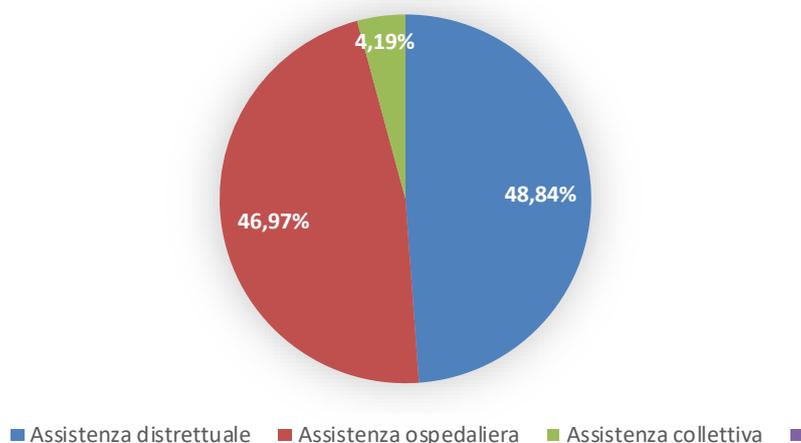
I valori più alti di spesa per l'assistenza territoriale si registrano in Veneto con il 52,5% ed in Piemonte con il 52,4%. Indicatori molto elevati sono evidenti anche in Liguria (51,7%) Emilia Romagna (51,2%) e Toscana (51,2%). La Regione che deve intervenire in modo più massiccio per aumentare la quota di budget riservata all'assistenza distrettuale è nettamente l'Abruzzo, che spende solamente il 41,9%⁴⁰.

Per quel che concerne, infine, l'assistenza ospedaliera, i livelli più alti di spesa per le cure ospedaliere sono registrati in Abruzzo (53,8%), nel Lazio (52,1%) e in Sicilia (50,0%); mentre le uniche Regioni che hanno già raggiunto una soglia di spesa coerente gli obiettivi sono il Piemonte (43,4%), la Toscana (44,4%) e l'Emilia Romagna (44,6%) e l'Umbria (43,1%).

³⁹ Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Ssn (Ministero della Salute), *Rapporto nazionale di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza, Anno 2007 – 2009*, pp. 3-8, 2011

⁴⁰ *Ibidem*

GRAFICO 1.1 - Ripartizione percentuale della spesa sanitaria nazionale tra le macro aree di assistenza (Anno 2009)



Fonte: Elaborazione di F. Toth su dati Ministero della Salute (2011)

Questa ultima dimensione strategica, con la quale le Giunte regionali devono confrontarsi, probabilmente è sottovalutata. Come già accennato, la spesa per l'assistenza ospedaliera è l'unica voce del budget che deve essere fortemente sfolta, soprattutto perché sembra evidente il bisogno, sempre maggiore, di investire convintamente sui servizi domiciliari e periferici, per poter reagire alle nuove sfide poste in essere dalla nuova struttura demografica della nostra popolazione⁴¹.

D'altronde, le politiche sanitarie in Italia degli ultimi quindici anni sembrano seguire proprio questa tendenza; infatti tra il 2000 e il 2009 sono stati tagliati quasi 45 mila posti letto, pari al 15,1% del totale, in nome non soltanto del *Leitmotiv* del risparmio e della razionalizzazione della rete sanitaria nazionale, ma appunto in vista di una rete integrata di servizi sanitari più efficace nel rispondere alle esigenze dei cittadini.⁴²

⁴¹ F. Toth, *op. cit.* pag.72

⁴² <http://www.quotidianosanita.it/>

1.3 Classificazione dei sistemi sanitari regionali

Dopo aver delineato un quadro delle principali scelte strategiche per l'organizzazione dei servizi sanitari poste in essere dalle Regioni, potrebbe essere interessante tentare di classificare le diverse realtà regionali all'interno di gruppi omogenei, cercando di raggruppare le Regioni che hanno prodotto scelte più o meno simili.

Si tratta di un esercizio che non solo è piuttosto complesso, dato che è emerso un quadro molto frammentato dovuto all'ampia autonomia regionale sotto il profilo della *governance* sanitaria, ma potrebbe anche rivelarsi non sufficiente per comprendere quanto, effettivamente, le scelte di *policy* influiscano in modo determinante sulla *performance* e sulla qualità dei sistemi sanitari regionali.

Infatti non è stata rintracciata, attualmente, una definitiva correlazione tra le decisioni strategiche intraprese dalle Giunte regionali e i risultati conseguiti in termini di efficacia ed efficienza dei servizi sanitari.

1) Un primo raggruppamento che può essere determinato è quello composto dalle Regioni di Emilia-Romagna, Toscana, Piemonte, Umbria, Basilicata, Liguria e Veneto che, nonostante discostamenti inevitabili, propongono modelli di offerta sanitaria simili, basati su Asl di dimensioni medie o piccole, su sistemi istituzionali integrati o prevalentemente integrati, un livello di coinvolgimento di privati basso o medio-basso e un'assistenza territoriale molto più sviluppata rispetto all'assistenza ospedaliera, quindi più coerenti con i criteri nazionali sulla distribuzione della spesa sanitaria.

2) Un secondo insieme di Regioni è individuabile raggruppando le piccole realtà del Nord, come la Valle d'Aosta, la PA di Bolzano e la PA di Trento, le cui scelte sono fortemente condizionate dalle proprie caratteristiche territoriali e dimensionali, e presentano una sola Asl che assiste tutta la popolazione, un modello istituzionale fortemente integrato (non c'è alcuna Azienda ospedaliera), un coinvolgimento di soggetti privati al di sotto della media nazionale e una simile ripartizione della spesa sanitaria regionale tra assistenza ospedaliera e territoriale.

3) Il terzo gruppo si compone delle grandi Regioni del Centro-Sud, Lazio, Campania, Sicilia, che presentano delle Asl di dimensioni medio-grandi, un sistema istituzionale misto-quasi separato, un'alta partecipazione dei soggetti privati all'offerta sanitaria regionale e, infine, un forte impatto dell'assistenza ospedaliera rispetto a quella distrettuale.

Questi sono i tre principali *patterns* di organizzazione sanitaria regionale. Tutte le Regioni che non sono state citate non sono riconducibili, in modo diretto, all'interno dei diversi gruppi, ma possono esserne accomunate perché spesso se ne discostano solo per poche caratteristiche.

Ad esempio il Friuli-Venezia Giulia e le Marche sono molto avvicinati al Gruppo 1, perché il primo si discosta solo per un modello istituzionale considerabile come "misto-quasi separato" (ben tre strutture ospedaliere sono state separate dalle Asl e qualificate come Aziende ospedaliere), mentre le Marche sono l'unico esempio di Asl unica, al di là delle tre piccole Regioni del Nord.

Calabria e Puglia sono molto simili alle Regioni del Gruppo 3, soprattutto per il ruolo importante degli operatori privati, ma le Asl calabresi hanno un bacino di assistenza al di sotto della media nazionale, mentre la Puglia ha un basso livello di spesa per l'assistenza ospedaliera.

La Sardegna, Molise e Abruzzo sono realtà non classificabili, perché presentano importanti peculiarità. La Sardegna e l'Abruzzo hanno Asl di ridotta dimensione, modelli istituzionali integrati e relativamente basso coinvolgimento degli attori privati, come il Gruppo 1, ma hanno livelli di assistenza ospedaliera nettamente più alti, anche in riferimento alla media nazionale (rispettivamente oltre il 48% e circa il 53%). Il Molise ha un sistema misto, in cui ad un modello integrato si combina un'altissima partecipazione dei soggetti privati.

Infine, la Lombardia è, senza dubbio, uno dei contesti più interessanti dato che, come è già emerso, rappresenta l'unica Regione che basa la sua offerta sanitaria su un sistema effettivamente "separato".

2. La Sanità in Umbria: analisi di sistema

2.1 Le disposizioni normative e la programmazione sanitaria

Il Servizio sanitario umbro, così come è avvenuto negli altri contesti regionali, ha dovuto mettere in moto un processo di recepimento delle nuove norme in materia sanitaria, in virtù del nuovo ruolo cruciale degli enti regionali nella programmazione e nell'attuazione delle politiche della sanità.

Questo processo viene avviato nel periodo compreso tra il 1995 e il 1998, durante il quale il Consiglio regionale umbro ha approvato le principali basi normative su cui poggiano l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario umbro: la legge regionale (l. r.) n.1 del 1995 ("Misure di riordino del servizio socio-sanitario regionale"), grazie alla quale la struttura del Ssr è stata, per la prima volta, impostata intorno alla suddivisione del territorio nelle Aziende sanitarie locali di riferimento; la l. r. n. 51 del 19 dicembre 1995⁴³, la quale disciplinava la contabilità, l'amministrazione dei beni, l'attività contrattuale e il controllo delle Aziende sanitarie regionali, secondo le linee-guida stabilite dal già citato Decreto legislativo n. 502 del 1992 e dalle successive modificazioni ed integrazioni; infine la l. r. n. 3 del 20 gennaio 1998 ("Ordinamento del Sistema Sanitario Regionale").

Quest'ultima rappresenta la disciplina di riferimento per la programmazione sanitaria della Regione Umbria, soprattutto se considerata in modo integrale con le successive modifiche, sia apportate dalla l. r. n. 29 del 2000, recante "Prime disposizioni di recepimento del decreto legislativo n. 229 del 1999"⁴⁴, sia dagli interventi legislativi posti in essere in seguito della Riforma del Titolo V della Costituzione.

La programmazione sanitaria, così come emerge, è articolata su due livelli: regionale e locale.

⁴³ "Norme in materia di contabilità, di amministrazione dei beni di attività contrattuale e di controllo delle Aziende sanitarie regionali"

⁴⁴ "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"

Per quanto concerne il primo livello, Consiglio e Giunta regionale sono dotati dei compiti di programmazione, di ripartizione delle risorse, di indirizzo, di coordinamento, di controllo, di monitoraggio e di valutazione delle attività svolte nell'ambito del Servizio sanitario regionale, nonché le altre funzioni ad essa demandate dalla legge dello Stato.⁴⁵

La Regione definisce le modalità e i criteri che regolano la produzione e l'erogazione dei servizi sanitari da parte degli operatori pubblici e privati nel territorio regionale.

Il Consiglio regionale approva, con atto amministrativo, quello che è considerato il principale strumento di programmazione sanitaria: Il Piano sanitario regionale (Psr).

Il Psr determina i principi, gli obiettivi della pianificazione sanitaria nella regione e gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi, garantendo la coerenza con i principi fissati dal Piano Sanitario Nazionale (Psn)⁴⁶, definendo, tra l'altro, i Livelli essenziali di assistenza da assicurare su tutto il territorio

Il Progetto di Psr viene trasmesso al Ministero della Salute⁴⁷, al fine di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza del medesimo con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. Il Ministro della Salute esprime il parere entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas)⁴⁸.

Il Psr ha una valenza triennale ed è approvato, tramite deliberazione, del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, che è formulata previo parere del Consiglio delle Autonomie locali⁴⁹, delle Province, della Conferenza dei sindaci⁵⁰, della Conferenza Permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale⁵¹, e dell'Università degli studi di Perugia⁵².

Se il parere di questi ultimi non viene ricevuto entro venti giorni, la Giunta può procedere, indipendentemente dall'acquisizione del parere stesso.

La Giunta regionale, finalmente, adotta la proposta di Piano sanitario regionale, da trasmettere al Consiglio regionale, fornito degli eventuali pareri espressi dagli enti precedentemente indicati⁵³.

Il monitoraggio dell'attuazione delle politiche sanitarie regionali, infine, viene garantito dalla

⁴⁵ Piano sanitario regionale umbro 2009-2011, Volume II, La programmazione

⁴⁶ l.r. n. 3 del 20 gennaio 1998, *Ordinamento del sistema sanitario regionale*, artt. 3 - 22, Titolo IV

⁴⁷ Decreto legislativo n. 229/2009, Art. 1, comma 14

⁴⁸ Piano sanitario regionale umbro 2009-2011, Volume II, La programmazione

⁴⁹ l. r. 13/2000, art. 5 comma 3

⁵⁰ l. r. 3/98, artt. 5-6

⁵¹ l. r. 29/2000, art. 12 comma 3

⁵² l. r. 3/98, art. 7

⁵³ Piano sanitario regionale umbro 2009-2011, Volume II, La programmazione

Relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

Lo strumento principale di programmazione a livello locale, invece, è il Piano attuativo locale delle Asl e delle Ao⁵⁴, mediante il quale le Aziende sanitarie regolano le proprie attività, in attuazione delle linee di programmazione regionale e nazionale.

Il piano, in particolare, definisce le attività da svolgere, in rapporto agli obiettivi determinati ed ai livelli di assistenza da raggiungere, attribuendole alle proprie strutture sanitarie.

La Giunta regionale verifica lo stato di realizzazione dei piani attuativi delle Aziende sanitarie, sulla base della relazione annuale trasmessa dai Direttori generali entro il mese di gennaio di ogni anno.

L'Umbria ha, complessivamente, adottato solamente tre Piani sanitari regionali: il Psr 1999-2001, il Psr 2003-2005 e il Psr 2009-2011, che è quello attualmente in vigore.

È interessante osservare quale sia stata l'evoluzione delle strategie e delle grandi finalità che si sono susseguite nei tre diversi Psr, anche per comprendere se le priorità messe in evidenza dalla regione Umbria siano state coerenti nel corso del decennio coperto dalla pianificazione.

Nel primo Psr, che è stato approvato per il triennio 1999-2001, erano evidenti i richiami a quelli che erano stati i principi e le finalità fondamentali che avevano spinto al massiccio intervento riformatore a livello nazionale. Infatti tra gli obiettivi e le priorità che la Regione Umbria si è posta per indirizzare le proprie politiche sanitarie vi erano: risolvere i problemi inerenti al governo e alla riqualificazione della spesa, superare gli squilibri operativi tra domanda e offerta di servizi e migliorare la qualità complessiva delle prestazioni.⁵⁵

Il Psr 2003-2005 poneva, innanzitutto, il fine di offrire al cittadino servizi socio-sanitari "ben distribuiti sul territorio", con un forte sviluppo dell'assistenza non collegata alla struttura ospedaliera, stimolando una crescita delle aree di offerta per l'integrazione dei diversi percorsi assistenziali. Un'evoluzione che già sembrava inevitabile per rispondere alle crescenti sfide delle patologie cronico-degenerative e per garantire una maggiore prossimità delle istituzioni sanitarie nei confronti dei cittadini.⁵⁶

Inoltre il Piano delineava le priorità di "valorizzare il mercato laddove i suoi meccanismi contribuiscano ad elevare l'efficienza e migliorare la qualità", "garantire la parità di accesso ai servizi sanitari a tutti cittadini, a parità di bisogno e indipendentemente da luogo, età,

⁵⁴ l. r. 3/98, art. 23

⁵⁵ Piano sanitario regionale umbro 1999-2001, pag. 19

⁵⁶ Piano sanitario regionale umbro 2003-2005, pp. 5-13

genere, gruppo etnico e classe sociale di appartenenza” e garantire una sostenibilità di lungo periodo del Servizio sanitario regionale.

Il Piano sanitario regionale 2009-2011 è fortemente condizionato dal contesto sociale in cui si inseriva al momento dell’entrata in vigore, in una fase in cui la crisi economica cominciava a dispiegare tutti i suoi effetti.

La prima linea strategica mette in risalto i concetti di “prevenzione” e di “promozione della salute”, che pone in capo al Ssr il compito di mobilitare tutti gli attori regionali, dai soggetti istituzionali agli *stakeholders*, per lo sviluppo coordinato di tutte quelle attività volte al rafforzamento non solo degli interventi ex post, ma rivolte anche al “guadagnare salute”⁵⁷. Si tratta di un’evoluzione in direzione della costruzione di una cultura delle “buone pratiche” la quale, non solo permette di prevenire da un punto di vista socio-sanitario, ma, conseguentemente, produce delle ripercussioni positive sulla sostenibilità economica del Ssr, soprattutto nel medio e lungo periodo.

La seconda linea strategica prevede un “rafforzamento delle cure primarie e l’attivazione di cure intermedie”, riprendendo ciò che era già emerso negli anni passati, quindi rendendo l’assistenza sanitaria meno focalizzata sulle strutture di ricovero ospedaliero, per poter rispondere in modo più efficace alle nuove esigenze sociali, in particolare per la gestione delle patologie croniche e l’assistenza all’anziano, che necessitano di un modello organizzativo complesso e flessibile, capace di garantire la continuità assistenziale attraverso l’integrazione e il coordinamento tra operatori, strutture e diversi livelli organizzativi.⁵⁸

L’ultima grande priorità delineata dal Psr, la più sensibile alle crescenti tematiche di stampo sociale sollecitate dal progredire graduale della crisi economica, auspica una maggiore “tutela dei diritti a fronte del disagio e dell’emarginazione sociale”⁵⁹.

L’ultimo tassello dell’evoluzione normativa umbra in materia sanitaria è rappresentato, dapprima dal superamento definitivo della l. r. n. 3 del 1998, abrogata dalla l. r. n. 18 del 12 novembre 2012, “Ordinamento del servizio sanitario regionale”⁶⁰, la quale poi è stata, a sua volta, superata da quella che, ad oggi, rimane la disposizione normativa di riferimento per la Sanità in Umbria: la legge regionale n. 11, 9 aprile 2015, “Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali”, tramite la quale la Regione ha provveduto a disciplinare in modo organico, coerente e uniforme le principali macro-aree di intervento nel settore

⁵⁷ Piano sanitario regionale umbro 2009-2011, pp. 5-13, Volume III, Le linee strategiche

⁵⁸ “*Ricognizione sui Piani sanitari e sociosanitari regionali vigenti – anno 2013*”, Agenas

⁵⁹ *Ibidem*

⁶⁰ Art. 61, comma 1, Titolo IX

sanitario, raggruppando i principali provvedimenti legislativi settoriali introdotti nel decennio precedente.

2.2 L'organizzazione del Servizio sanitario umbro

Per poter comprendere il funzionamento del Sistema sanitario umbro e per andare, successivamente, ad analizzare quanto esso produca delle *performance* efficaci e appropriate per i propri cittadini è necessario partire dall'organizzazione del Ssr umbro, individuando gli attori istituzionali di riferimento e il modello di *governance* che regola i rapporti tra questi ultimi.

I soggetti qualificati ad attuare operativamente le linee strategiche della Regione e a garantire effettivamente i Lea sono le Aziende sanitarie, quindi, prima di tutto, le Asl e/o le Aziende ospedaliere. È fondamentale, quindi, approfondire quali sono state le scelte poste in essere dall'Umbria, sia per quello che riguarda il numero e le dimensioni delle Aziende sanitarie, che per quello che riguarda il modello istituzionale adottato.

2.2.1 Aziende sanitarie locali e Aziende ospedaliere in Umbria

La legge regionale n.1 del 1995, che forniva una prima indicazione di come l'organizzazione del Servizio sanitario umbro dovesse essere adeguata al nuovo assetto previsto dalla Seconda Riforma sanitaria, suddivideva il territorio umbro in 5 Asl:

- Unità Sanitaria Locale n. 1:

Comuni di Citerna, Città di Castello, Costacciaro, Fossato di Vico, Gubbio, Lisciano Niccone, Monte Santa Maria Tiberina, Montone, Pietralunga, San Giustino, Scheggia e Pascelupo, Sigillo, Umbertide.

- Unità Sanitaria Locale n. 2:

Comuni di Assisi, Bastia Umbria, Bettona, Cannara, Castiglione del Lago, Città della Pieve, Collazzone, Corciano, Deruta, Fratta Todina, Magione, Marsciano, Massa Martana, Monte Castello di Vibio, Paciano, Panicale, Passignano, Perugia, Piegara, San Venanzo, Todi,

Torgiano, Tuoro, Valfabbrica.

- Unità Sanitaria Locale n. 3:

Comuni di Bevagna, Campello sul Clitunno, Cascia, Castel Ritaldi, Cerreto di Spoleto, Foligno, Giano dell'Umbria, Gualdo Cattaneo, Gualdo Tadino, Montefalco, Monteleone di Spoleto, Nocera Umbra, Norcia, Poggiodomo, Preci, Sant'Anatolia di Narco, Scheggino, Sellano, Spello, Spoleto, Trevi, Vallo di Nera, Valtopina.

- Unità Sanitaria Locale n. 4:

Comuni di Alleronia, Baschi, Castel Giorgio, Castel Viscardo, Fabro, Ficulle, Montecchio, Montegabbione, Monteleone di Orvieto, Orvieto, Parrano, Porano.

Unità Sanitaria Locale n. 5:

Comuni di Acquasparta, Alviano, Amelia, Arrone, Attigliano, Avigliano Umbro, Calvi dell'Umbria, Ferentillo, Giove, Guardea, Lugnano in Teverina, Montefranco, Montecastrilli, Narni, Otricoli, Penna in Teverina, Polino, San Gemini, Stroncone, Terni.⁶¹

Tuttavia, il secondo fondamentale disposto normativo in materia sanitaria, rappresentato dalla l. r. n. 3 del 20 gennaio 1998⁶², interviene, tramite l'art. 36, con una prima fase di razionalizzazione del sistema, disponendo che “L'Unità sanitaria locale n. 4 [...] è soppressa mediante incorporazione nella Unità sanitaria locale n. 5 che [...] assume la denominazione di Unità sanitaria locale n. 4”.

La Giunta regionale definisce, quindi, gli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali, individuando, in tutto il territorio regionale quattro unità (Figura 1.1), facendo corrispondere ad ognuna di esse una media di oltre 208.000 assistiti.⁶³

Il successivo intervento legislativo volto a modificare, seppur in modo lieve, l'assetto organizzativo del Ssu è riscontrabile nel 2004, grazie alla l. r. n.35 del 28 dicembre, recante variazioni all'Ordinamento del sistema sanitario regionale. Questa, infatti, stabilisce che “il territorio del comune di Gualdo Tadino passa dall'ambito territoriale della Ausl n. 3 all'ambito territoriale dell'Ausl n. 1”.

Nel 2012, il documento politico-programmatico “Linee di indirizzo per il riordino del sistema sanitario regionale” e, conseguentemente, la l. r. n.18 del 2012⁶⁴, hanno previsto

⁶¹ Legge regionale n. 1, 4 gennaio 1995, *Misure di riordino del servizio socio-sanitario regionale*, Allegato 1, Regione Umbria

⁶² “*Ordinamento del sistema sanitario regionale*”

⁶³ E. Anessi Pessina, E. Cantù, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2001, Cergas, Università commerciale Luigi Bocconi

⁶⁴ Legge regionale n. 18, 12 novembre 2012, *Ordinamento del servizio sanitario regionale*, Allegato 1

il più importante rinnovamento dell'assetto organizzativo, che permane fino ad oggi, disponendo che le Aziende sanitarie della Regione fossero accorpate, passando da quattro a due aziende territoriali con l'accorpamento delle Usl 1 e Usl 2 nell'Azienda Usl Umbria 1 (Asl 1), e Usl 3 e Usl 4 nell'Azienda Usl Umbria 2 (Asl 2).

Una scelta di questo tipo è stata guidata dall'esigenza di rafforzare i livelli di *governance* del sistema, per poter raggiungere maggiori livelli di integrazione e continuità delle cure, seguendo la teoria che un'eccessiva differenza di estensione territoriale e demografica tra gli ambiti territoriali delle Asl, un'eccessiva sperequazione o una dimensione eccessivamente ridotta delle unità possono compromettere un'equa ed efficace erogazione di servizi sanitari regionali.⁶⁵ La popolazione media si attesta ora a circa 443 mila abitanti per Asl⁶⁶, una cifra che è esattamente in linea con la media nazionale (Tabella 1.2).

Nel dettaglio, l'ambito territoriale della Azienda USL Umbria 1 ha una popolazione complessiva di oltre 501 mila abitanti e comprende i 38 comuni di: Assisi, Bastia Umbra, Bettona, Cannara, Castiglione del Lago, Citerna, Città della Pieve, Città di Castello, Collazzone, Corciano, Costacciaro, Deruta, Fossato di Vico, Fratta Todina, Gualdo Tadino, Gubbio, Lisciano Niccone, Magione, Marsciano, Massa Martana, Monte Castello di Vibio, Monte Santa Maria Tiberina, Montone, Paciano, Panicale, Passignano sul Trasimeno, Perugia, Piegara, Pietralunga, San Giustino, San Venanzo, Scheggia e Pascelupo, Sigillo, Todi, Torgiano, Tuoro sul Trasimeno, Umbertide, Valfabbrica.⁶⁷

L'azienda USL Umbria 2 ha un bacino di copertura assistenziale intorno ai 381 mila abitanti, residenti nei 54 comuni di: Acquasparta, Alleronia, Alviano, Amelia, Arrone, Attigliano, Avigliano Umbro, Baschi, Calvi dell'Umbria, Castel Giorgio, Castel Viscardo, Fabro, Ferentillo, Ficulle, Giove, Guardea, Lugnano in Teverina, Montecastrilli, Montecchio, Montefranco, Montegabbione, Monteleone di Orvieto, Narni, Orvieto, Otricoli, Parrano, Penna in Teverina, Polino, Porano, San Gemini, Stroncone, Terni, Bevagna, Gualdo Cattaneo, Montefalco, Sellano, Spello, Trevi, Nocera Umbra e Valtopina, Campello sul Clitunno, Castel Ritaldi, Giano dell'Umbria, Cascia, Cerreto di Spoleto, Monteleone di Spoleto, Norcia, Poggiodomo, Preci, Santa Anatolia di Narco, Scheggino e Vallo di Nera.⁶⁸

⁶⁵ "Linee di indirizzo per il riordino del sistema sanitario regionale", documento politico-programmatico Consiglio regionale Umbria, 2012

⁶⁶ Tabella 1.1

⁶⁷ <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/organizzazione-000>

⁶⁸ <http://www.uslumbria2.it/pagine/territori>

Figura 1.1



Fonte: www.uslumbria1.gov.it

Figura 1.2



Fonte: www.uslumbria1.gov.it

Le Asl si compongono, principalmente, di tre strutture tipiche di offerta dei servizi (figura 1.1): il Presidio ospedaliero, il Distretto e il Dipartimento di prevenzione.⁶⁹

FIGURA 1.3 – Organizzazione di base delle Asl



Fonte: Quaderni Fomez n.57

I Presidi ospedalieri, tramite i quali le Asl garantiscono direttamente l'erogazione dei servizi sanitari, in Umbria sono otto in totale.

Nell'Asl 1 operano il Presidio Ospedaliero Città di Castello – Umbertide (suddiviso in due strutture), l'Ospedale di Gubbio - Gualdo Tadino e il Presidio Ospedaliero Unificato (P.O.U) che è composto da ospedali di territorio come l'Ospedale di Assisi, l'Ospedale di Castiglione del Lago, l'Ospedale di Città della Pieve e l'Ospedale della Media Valle del Tevere.⁷⁰

⁶⁹ V. Mapelli, S. Boni, *op. cit.* pp.39-41

⁷⁰ <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/organizzazione-000>

Nell'Asl 2 operano: il Nuovo Ospedale San Giovanni Battista di Foligno, il Presidio Ospedaliero di Orvieto, l'Ospedale San Matteo degli Infermi Spoleto, il Presidio Ospedaliero di Narni - Amelia, il Presidio Ospedaliero di Norcia – Cascia.⁷¹

Il Distretto sanitario è una figura che acquisisce un ruolo cruciale grazie alle riforme degli anni '90. Il Piano sanitario nazionale 1994-1996 definisce il Distretto “un'articolazione finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano prestazioni sanitarie e tra questi ed i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione di riferimento”; la funzione principale che il Distretto è tenuto ad assolvere, quindi, è quella di fungere da filtro alla domanda di prestazioni socio-assistenziali da parte dei cittadini⁷², ponendosi come punto di contatto e di accesso unico del cittadino per tutte le prestazioni sanitarie e sociali che afferiscono al sistema primario delle cure e “coordinando tutte le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, alle cure e alla riabilitazione, tramite la gestione integrata delle risorse delle Asl e degli Enti locali”.⁷³

Il territorio dell'Asl 1 è suddiviso in sei Distretti: Perugia, Assisano, Media Valle del Tevere, Trasimeno, Alto Chiascio e Alto Tevere.

Anche i Distretti inerenti all'Asl 2 sono sei: Terni, Foligno, Spoleto, Orvieto, Narni-Amelia, Valherina.

Il d. lgs. 229 del 1999 aveva indicato che ogni articolazione avrebbe dovuto garantire una popolazione minima di almeno 60 mila abitanti e l'Umbria ha rispettato questa disposizione presentando, attualmente, una popolazione media per Distretto di oltre 74 mila abitanti.

Lo stesso decreto legislativo definisce anche la terza struttura tipica dell'organizzazione delle Asl, il Dipartimento di prevenzione, ovvero “la struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e della disabilità, miglioramento della qualità di vita.”

L'attività del Dipartimento si dirama lungo alcune principali macro-aree di intervento quali l'igiene e sanità pubblica, la sicurezza negli ambienti di lavoro, sorveglianza e promozione della salute, sanità pubblica veterinaria, medicina sportiva, sicurezza alimentare e prevenzione di malattie cronico-degenerative.⁷⁴

⁷¹ <http://www.uslumbria2.it/pagine/territori>

⁷² V. Mapelli, S. Boni, *op. cit.* pp-39-41

⁷³ Piano sanitario regionale umbro 2009-2011, pp. 40-43, Volume III, Le linee strategiche

⁷⁴ <http://www.uslumbria2.it/pagine/dipartimenti>

Le finalità e le attività dei Dipartimenti e dei Distretti sanitari rendono evidente come sia necessaria una forte integrazione tra queste strutture operative all'interno delle Asl. Si può affermare che se il Distretto opera prevalentemente rivolgendosi all'individuo, il Dipartimento di prevenzione eroga i propri servizi con uno sguardo più focalizzato sulla collettività; questo impone la massima sinergia tra Distretto e Dipartimento di prevenzione come garanzia di coerenza programmatica e gestionale, efficacia, efficienza ed omogeneità della *mission Aziendale*.⁷⁵

Per quanto riguarda, invece, le strutture ospedaliere che sono state costituite in Azienda ospedaliera (con personalità giuridica pubblica e ampia autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica e imprenditoriale), fin da subito la Regione Umbria ha attribuito la qualità di Ao alle due principali strutture, l'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia e l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni. Complessivamente, quindi, le strutture sanitarie di ricovero pubbliche in Umbria sono dieci, otto Po sotto la gestione diretta delle Asl e due Ao. Partendo da questo elemento, si può comprendere quale sia il modello istituzionale che si è sviluppato nel sistema sanitario umbro.

Riprendendo le categorie già descritte nel paragrafo 1.2.2, si può inserire l'Umbria tra le Regioni che utilizzano un modello misto-quasi integrato di organizzazione del Ssr, modello che, tra l'altro, rappresenta la moda statistica tra le scelte di *policy* intrapresa dalle Regioni italiane (Tabella 1.2). Infatti il numero di posti-letto delle due Aziende ospedaliere umbre era intorno a 1430 nel 2013 (rispettivamente 823 per l'Ao di Perugia⁷⁶ e oltre 600⁷⁷ per l'Ao di Terni), che corrisponde a circa il 45% dei posti-letto complessivi.⁷⁸

A capo di una scelta di questo tipo vi dovrebbe essere l'esigenza di assicurare una maggiore connessione e un migliore raccordo tra le cure ospedaliere e le cure territoriali, grazie ad un controllo più diretto delle Aziende sanitarie locali sulle strutture ospedaliere.⁷⁹

⁷⁵ “Linee Guida per un modello di Integrazione Sistemica e funzionale fra Distretto e Dipartimento di Prevenzione”, pp. 1-25, Linee-guida S.I.Me.T. (Sindacato italiano medici del territorio)

⁷⁶ www.ospedale.perugia.it

⁷⁷ <http://www.comune.terni.it/>

⁷⁸ C. Guerrazzi e A. Ricci, *La struttura e le attività del SSN*, Volume III, Rapporto OASI 2015

⁷⁹ Toth, *op. cit.* pag. 67

2.2 Il finanziamento dell'assistenza sanitaria

2.2.1 Il finanziamento del Ssn

Il sistema di finanziamento del Ssn si sorregge in larghissima parte sul gettito della fiscalità generale, garantendo un accesso universale, e quasi gratuito, a tutti i cittadini italiani ed esteso agli stranieri presenti sul territorio nazionale.

Fino a oltre metà degli anni '90, il finanziamento dell'assistenza sanitaria era stato garantito da un contributo sociale di malattia (un'imposta di scopo) che aveva sostituito, a sua volta, il meccanismo di contribuzione sociale che caratterizzava il sistema mutualistico pre-1978.⁸⁰

Una forte spinta innovativa è stata prodotta dal d.lgs. n. 446 del 1997⁸¹ che ha previsto l'abolizione delle principali contribuzioni e imposte rivolte al Ssn sostituendo le tramite l'istituzione di una nuova imposta regionale sulle attività produttive (Irap), l'addizionale Irpef⁸² e la previsione di altre compartecipazioni di minore entità.

In questo modo si è sviluppato un graduale decentramento delle responsabilità, dei poteri di controllo della spesa e di reperimento delle risorse finanziarie nella direzione delle Regioni. L'istituzione dell'Irap, infatti, rappresenta uno degli emblemi del processo di regionalizzazione e di "devoluzione federalista" che ha preso piede in Italia⁸³, processo che per la prima volta attribuiva agli enti regionali parte delle risorse da destinare al Ssn.

Questa evoluzione ha raggiunto un compimento coerente con il d. lgs. n. 56 del 2000⁸⁴, volto ad implementare il cosiddetto federalismo fiscale, che aveva l'obiettivo di scollegare progressivamente la spesa sanitaria dal bilancio statale per farla diventare, in modo graduale, competenza esclusivamente regionale⁸⁵, e che ha stabilito l'attribuzione alle

⁸⁰ Laboratorio FIASO, *I sistemi di finanziamento regionali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere. Modalità di riparto dei fondi sanitari regionali per gli anni 2011 e 2012*, pp. 22-24, studio del 2015

⁸¹ D.lgs. n. 446, 15 dicembre 1997, *Istituzione dell'imposta regionale sulle attività produttive, revisione degli scaglioni, delle aliquote e delle detrazioni dell'Irpef e istituzione di una addizionale regionale a tale imposta, nonché riordino della disciplina dei tributi locali*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 298 del 23 dicembre 1997 - Supplemento Ordinario n. 252

⁸² Imposta sul reddito delle persone fisiche

⁸³ Laboratorio FIASO, *op. cit.* pp. 22-24

⁸⁴ D. lgs. n. 56, 18 febbraio 2000, *Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 62 del 15 marzo 2000

⁸⁵ N. Viceconte, *L'evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale tra federalismo promesso ed esigenze di bilancio*, pp. 25-43, 2011, Istituto di Studi sui Sistemi Regionali Federali e sulle

regioni anche di una compartecipazione all'Iva per finanziare i servizi sanitari regionali.

Tuttavia il federalismo fiscale ha incontrato numerose difficoltà in fase di attuazione e ancora oggi la realizzazione completa di un sistema fiscale regionalizzato appare come una “promessa tradita”.⁸⁶

Ad oggi, infatti, il momento del riparto regionale del fondo sanitario nazionale rimane piuttosto centralizzato, secondo un modello che vede lo Stato concordare con le Regioni l'ammontare dei trasferimenti erariali, in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Si tratta di un momento *de facto* imperniato sul “finanziamento negoziato” fra le Regioni in base agli specifici fabbisogni sanitari delle diverse realtà regionali. Nel particolare, il meccanismo generale di riparto negli ultimi anni è stato quello della “quota capitaria pesata”, composto da un insieme complesso di regole che si applicano alle popolazioni delle Regioni. La numerosità della popolazione residente è stato il principio di riferimento del riparto ma tale valore, per i diversi Lea, è stato appunto pesato di volta in volta in funzione degli accordi che intercorrono tra le Regioni stesse. Questo ha portato ad individuare una popolazione regionale ponderata, che definisce la quota di partecipazione di ogni Regione al fondo sanitario nazionale. Nel metodo a quota capitaria ponderata oltre al criterio numerico si è tenuto conto, anche se solo in parte⁸⁷, della struttura per età della popolazione regionale, quindi il conteggio di base parte dal numero degli assistiti, ma ad ognuno di essi viene attribuito un valore in funzione della propria età.⁸⁸

Il Governo italiano nel 2011, attraverso il d.lgs. n.68 del 2011⁸⁹ (volto ad attuare la legge delega n. 42 del 2009 sull'implementazione del federalismo fiscale), ha stabilito che dal 2013 sarebbero entrati in gioco i cosiddetti “costi standard”, grazie ai quali ci si poneva l'obiettivo di incrementare la pesatura fino al valore tendenziale del 100% delle componenti di spesa, assumendo come *standard* ottimale di riferimento alcune Regioni *benchmark*, individuate in base a criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza.

Autonomie

⁸⁶ N. Viceconte, *op. cit.* pp.25-43

⁸⁷ La pesatura per età si applica esclusivamente sull'assistenza specialistica (13% del fabbisogno) e per la metà dell'importo da destinare all'assistenza ospedaliera (22% del fabbisogno); complessivamente, quindi, la ponderazione della quota capitaria si applica a poco più del 30% del fabbisogno complessivo delle risorse. La restante parte delle risorse si ripartisce a “quota capitaria secca” o come percentuale del fabbisogno complessivo.

⁸⁸ C. Zocchetti, *Il riparto del fondo sanitario tra le regioni*, pag. 27, *Rivista Statistica & Società*, Anno 1, n. 3, *Demografia, Istruzione, Welfare*

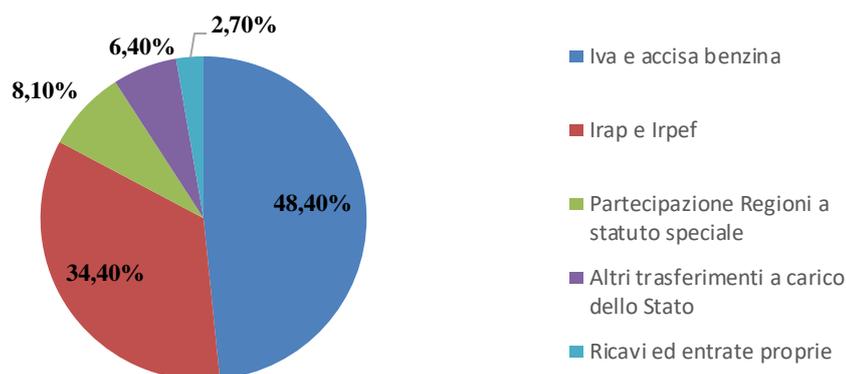
⁸⁹ D. lgs. n.68, 6 maggio 2011, *Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*, Entrato in vigore il 27 maggio 2011

I costi *standard* sono calcolati, per ciascuno dei tre comparti dell'assistenza sanitaria, come la media pro capite pesata del costo registrato dalle Regioni *benchmark*. Il valore medio della spesa è applicato per ciascuna Regione alla propria popolazione pesata, secondo criteri fissati mediante Intesa da raggiungere in Conferenza Stato-Regioni.⁹⁰

Va infine analizzato quali siano le risorse attraverso le quali viene finanziato il fondo sanitario nazionale allo stato attuale delle cose.

Sono essenzialmente quattro le voci del finanziamento del Ssn (Grafico 2.1): la fiscalità generale delle Regioni, composta da l'imposta regionale sulle attività produttive (nella componente di gettito destinata al finanziamento della sanità) e l'addizionale regionale all'imposta sui redditi delle persone fisiche, le quali sono "quantificate nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali"⁹¹; le entrate proprie delle aziende sanitarie che sono determinate dai ticket, dai ricavi dell'attività intramoenia, "dalle altre prestazioni rese a pagamento, nonché da eventuali interessi attivi e redditi patrimoniali"⁹²; la compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e Bolzano; il bilancio dello Stato, il quale finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento tramite la compartecipazione regionale al gettito Iva, la compartecipazione alle accise sui carburanti e altre forme di integrazione destinate soprattutto alle spese cosiddette "vincolate"⁹³.

GRAFICO 2.1 – Le voci del finanziamento del Ssn



Fonte: Rielaborazione di F. Toth su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2012

⁹⁰ G. Sechi, *I costi standard: nuove regole per il finanziamento dei SSR*, analisi per *Sociale e Salute*

⁹¹ http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=66&area=Il_Ssn

⁹² Toth, op. cit. pag. 53

⁹³ Vincolate al perseguimento di obiettivi sanitari prestabiliti. Il finanziamento sanitario che non è rivolto alla quota vincolata è definito come finanziamento indistinto e, chiaramente, copre la larghissima parte del fabbisogno sanitario.

Una precisa configurazione dei trasferimenti regionali per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale viene fornita dalla Relazione generale sulla situazione economica del Paese, redatta dal Ministero dell'Economia e delle Finanze nel 2012 (Tabella 2.1).

TABELLA 2.1 – Ricavi del Servizio sanitario nazionale. Anno 2012 (in milioni di euro)

	Irap e Add.le Irfef	Fabbisogno sanitario	Ulteriori trasferim enti pubblico a privato	Ricavi e entrate proprie	Costi capitalizz ati	Ricavi straordin ari	Fsn e quote vincolate a carico dello Stato	Altre voci di ricavo	Totale
Piemonte	3.196,186	4.548,529	282,092	379,823	124880	22648	142,039	-1,700	8694,919
V. d' Aosta	114,148	0,000	169,628	13,578	6500	0,000	0,044	0,000	303,898
Lombardia	9.692,841	7.159,654	96,214	720,855	442878	0,004	322,378	16,602	18.451,425
Bolzano	503,262	0,000	580,520	50,740	24947	12133	0,038	0,000	1.171,640
Trento	447,003	0,000	691,276	41,638	35600	1,000	0,048	0,000	1.216,915
Veneto	3.705,897	4.642,529	30,302	461,920	104,815	119531	147,947	-35,862	9.174,379
Friuli	985,746	0,000	1.398,007	131,648	88,449	9,249	0,160	0,162	2.613,421
Liguria	1.070,385	1.592,639	43,642	127,786	53,397	10,515	54,176	1,717	3.254,259
Emilia R.	3.658,935	4.004,971	186,628	488,983	119,971	47,310	143,943	21,625	8.672,367
Toscana	2.703,337	3.532,752	37,378	401,494	130,232	52,125	126,555	31,031	7.316,240
Umbria	491,780	1.082,884	1,954	63,946	27,762	3,309	29,878	3,977	1.705,490
Marche	960,826	1.745,593	1,521	116,944	40,002	6,932	48,658	-3,424	2.917,352
Lazio	4.917,793	4.819,271	195,890	432,058	139,908	108,261	189,505	3,004	10.805,690
Abruzzo	610,801	1.711,094	20,456	80,152	32,352	12,750	42,474	20,641	2.530,721
Molise	85,162	471,480	3,189	13,077	3,675	6,684	10,995	0,000	594,262
Campania	1.971,738	7.676,304	28,821	184,676	39,224	35,861	187,267	-2,662	10.121,009
Puglia	1.435,210	5.426,572	91,356	142,845	58,937	50,622	131,019	0,000	7.338,561
Basilicata	124,724	581,562	5,967	27,420	22,699	2,567	19,116	-0,255	1.084,097
Calabria	334,332	3.072,725	20,114	65,551	14,341	9,541	64,281	0,000	3.580,885
Sicilia	2.047,698	0,000	4.264,681	176,367	56,463	40,479	2.342,873	25,696	8.984,235
Sardegna	844,068	0,000	2.217,661	65,951	13,493	11,177	0,315	-13,153	3.139,512
Italia	39.901,871	52.968,858	10.367,277	4.188,452	1.610,525	563,004	4.004,041	64,176	113.669,278

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, Relazione generale sulla situazione economica del Paese, 2012

Le voci più rilevanti ai fini del finanziamento sono l'Irap e l'addizionale Irpef, che complessivamente, nel 2012, ammontavano a quasi 40 miliardi di euro, con un incremento del 4,6% rispetto all'anno precedente, e le risorse del fondo per fabbisogno sanitario, rappresentate, perlopiù, dalla compartecipazione regionale al gettito Iva e la compartecipazione alle accise sui carburanti, che ammontavano a circa 52 miliardi di euro. In Umbria la distribuzione del trasferimento totale (che ammontava a 1,705 miliardi di euro), è più sbilanciata a favore del fondo per il fabbisogno sanitario, rispetto alla media nazionale. Infatti Irap e Irpef contribuiscono, nel 2012, per circa 491 milioni, corrispondenti al 29%, mentre Iva e accise contribuiscono per circa 1,082 miliardi di euro, ovvero il 63% del totale, facendo risultare l'Umbria come una delle Regioni nelle quali le imposte regionali incidono modestamente.⁹⁴

L'addizionale Irpef ha conosciuto un progressivo aumento, coerentemente con quello che è stato una costante crescita della spesa per il finanziamento del Ssn.

In Umbria si è intervenuti, per l'ultima volta, sull'imposta regionale nel 2013 con la l. r. n. 29 del 2013⁹⁵, volta ad attuare l'art. 6 del d. lgs. n. 68 del 2011, attraverso la quale l'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche è stata determinata in base a fasce di reddito applicando, rispetto all'aliquota base e a partire dal 2014, alcune maggiorazioni, in linea con il trend crescente evidente sin dall'istituzione dell'imposta (Tabella 2.2), fino a raggiungere la seguente distribuzione:

- per redditi fino a 15 mila euro un'aliquota del 1,23%
- per redditi da 15 mila a 28 mila euro un'aliquota del 1,63%
- per redditi da 28 mila a 55 mila euro un'aliquota del 1,68%
- per redditi da 55 mila a 75 mila euro un'aliquota del 1,73%
- per redditi di oltre 75 mila euro un'aliquota del 1,83%

L'imposta regionale sulle attività produttive, invece, grava su tutti gli operatori che esercitano usualmente, nel territorio regionale, un'attività volta alla produzione di beni o servizi, ivi compresi gli attori che non hanno la sede principale in Umbria, ma che nel territorio regionale svolgono un'attività, rientrante nell'ambito dell'Irap, per un lasso di tempo di almeno tre mesi⁹⁶.

⁹⁴ Le Regioni in cui le imposte regionali incidono di meno per il finanziamento del Ssn sono, in assoluto, le Regioni del Sud, in particolare Molise, Calabria e Basilicata, nelle quali rappresentano solamente poco più del 10% dei trasferimenti

⁹⁵ Legge regionale n.29, 16 dicembre 2013, *Disposizioni in materia di addizionale regionale all'IRPEF*, pubblicata nel B.U.R. n. 56 del 18/12/2013 e nella G.U. n. 299 del 21/12/2013

⁹⁶ <http://www.regione.umbria.it/la-regione/imposta-regionale-sulle-attivita-produttive-irap>

Tra questi soggetti rientrano, ad esempio, “le Società, le persone fisiche e gli enti che esercitano attività commerciale, le persone fisiche, le società semplici ed equiparate che esercitano attività di lavoro autonomo, gli enti privati non commerciali, i produttori agricoli, gli enti e le amministrazioni pubbliche.”⁹⁷

L’aliquota Irap, che viene applicata ai soggetti passivi appena elencati, va dal 1,90%, riferita al settore agricolo e alle cooperative della piccola pesca e a loro consorzi di cui all’art. 10 del D.P.R. n. 601/73⁹⁸ fino al massimo del 8,50% applicata agli Enti e alle amministrazioni pubbliche sulle retribuzioni dei lavoratori dipendenti e sui compensi dei collaboratori coordinati e continuativi, occasionali e su redditi assimilati a lavoro dipendente.

TABELLA 2.2 – Storico dell’Addizionale regionale all’imposta sul reddito delle persone fisiche, Umbria

2002		2003		2005		2007		2011	
Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Fino a € 10.329,14	0,9%	fino a € 15.000,00	0,9%	fino a € 26.000,00	0,9%	fino a € 15.000,00	0,9%	fino a € 15.000,00	1,23%
da € 0 fino a € 15.493,71	1,1%	da € 0 fino a € 29.000,00	1,1%	da € 0 fino a € 33.500,00	1,1%	da € 0 fino a € 28.000,00	1,1%	da € 0 fino a € 28.000,00	1,43%
da € 0 fino a € 30.987,41	1,1%	da € 0 fino a € 32.600,00	1,1%	da € 0 fino a € 100.000,00	1,1%	da € 0 fino a € 55.000,00	1,1%	da € 0 fino a € 55.000,00	1,43%
da € 0 fino a € 69.721,68	1,1%	da € 0 fino a € 70.000,00	1,1%			da € 0 fino a € 75.000,00 e oltre	1,1%	da € 0 fino a € 75.000,00 e oltre	1,43%

Fonte: Elaborazione dati Regione Umbria

⁹⁷ Decreto Legislativo n. 446, 15 dicembre 1997, *Istituzione dell’imposta regionale sulle attività produttive, revisione degli scaglioni, delle aliquote e delle detrazioni dell’Irpef e istituzione di una addizionale regionale a tale imposta, nonché riordino della disciplina dei tributi locali*, art.3, Titolo I, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 298 del 23 dicembre 1997 - Supplemento Ordinario n. 252

⁹⁸ Decreto del Presidente della Repubblica n. 601, 29 settembre 1973, *Disciplina delle agevolazioni tributarie*, Pubblicato nel Supplemento Ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 268 del 16 ottobre 1973

2.2.2 Il finanziamento delle aziende sanitarie

Una volta definita la fase di riparto del fondo sanitario nazionale, entra in gioco il momento cruciale della programmazione a livello regionale: la ripartizione e suddivisione del budget sanitario regionale tra le aziende territoriali e ospedaliere.

Le riforme degli anni hanno spinto le Regioni a dover legiferare sui meccanismi di finanziamento delle Aziende sanitarie (Asl, Ao, aziende private accreditate), vincolate dalle nuove logiche di *governance* e di assegnazione delle risorse, prima basate su un modello di finanziamento dei fattori della produzione e dei livelli di offerta, quindi sulla spesa storica, per poi confluire in un modello di assegnazione delle risorse basato sul bisogno di assistenza e sui livelli effettivi di produzione di servizi sanitari.⁹⁹

Questa fase del sistema di finanziamento è ampiamente condizionato dalle scelte di *policy* regionali, seppur nel quadro di riferimento disegnato dal Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento ai Lea. Esistono, per questo, differenze sensibili tra i diversi Ssr nell'allocazione di risorse a livello intra regionale.

Le Aziende sanitarie, solitamente, vengono finanziate seguendo il già citato criterio della quota capitaria ponderata (in base ai valori epidemiologici e demografici, oltre che numerici, degli assistiti). Secondo quello che il CERGAS¹⁰⁰ definisce “modello a centralità dell’Asl”, che è ampiamente il più diffuso in Italia, all’Asl viene attribuito sia il ruolo di erogatore, che quello di acquirente di prestazioni tariffate per conto dei propri assistiti; viene, dunque, finanziata a quota capitaria pesata dalla Regione e ha poi l'onere di finanziare a tariffa per prestazione la mobilità in uscita dei propri cittadini (verso le Ao, le strutture private accreditate ed altre Asl).

Alcune Regioni (come Lazio, Campania e Puglia), però, non suddividono il budget regionale solo tra le aziende territoriali, ma anche tra le singole Ao, finanziandole bypassando l'intermediazione delle Asl; anche in questo caso la remunerazione avviene su base tariffaria.

Il sistema di remunerazione a tariffa, che caratterizza il finanziamento delle prestazioni effettivamente fornite dalle strutture ospedaliere, si basa sull'applicazione dei tariffari regionale per episodio clinico, determinato attraverso il sistema dei cosiddetti Drg (*Diagnostic related groups*).

⁹⁹ E. Anessi Pessina, E. Cantù, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, pp. 71-72, capitolo IV, Rapporto OASI 2000

¹⁰⁰ Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, Università Commerciale Luigi Bocconi, Milano

I Drg, o “raggruppamenti omogenei di diagnosi”, sono uno strumento importato dall’esperienza statunitense e permettono di classificare i pazienti dimessi dall’ospedale in base alla propria diagnosi. La classificazione non si basa esclusivamente sulla durata della degenza, ma soprattutto sul complessivo prodotto erogato dalle strutture ospedaliere, quindi l’omogeneità deve sussistere anche in relazione al consumo di risorse e al profilo clinico del trattamento,¹⁰¹ in modo da ottenere una certa uniformità per i costi di produzione nell’ambito dell’assistenza ospedaliera, sia a livello regionale che nazionale.

Nonostante esista un tariffario nazionale, in cui vengono elencati tutti i codici Drg con le rispettive tariffe, ad oggi quasi tutte le Regioni hanno provveduto a stilare un proprio tariffario regionale, attraverso il quale possono allontanarsi dalle tariffe nazionali.

Il tariffario nazionale, tuttavia, rimane fondamentale perché viene anche utilizzato come punto di riferimento per regolare i rapporti economici che scaturiscono dalla mobilità interregionale.

Non tutto il budget sanitario regionale viene utilizzato per finanziare le Aziende territoriali o ospedaliere; vi sono, infatti, delle quote di fondo regionale che devono essere accantonate e destinate a coprire quelle spese che sono a carico del governo regionale.

Si annoverano tra queste il finanziamento delle eventuali agenzie regionali per la sanità, le agenzie regionali per la protezione dell’ambiente, la copertura (tramite rimborso) della voce passiva di mobilità interregionale, le spese per particolari progetti d’interesse regionale e per attività connesse ai trapianti di organi.¹⁰²

Rimane infine una riserva di budget del fondo sanitario che viene conservata per realizzare degli aggiustamenti *ex post* sulle quote assegnate in principio alle diverse strutture sanitarie.

Il Servizio sanitario umbro è strutturato intorno ad un modello in cui sono le due Asl ad essere il centro nevralgico del finanziamento sanitario, infatti la Regione, dopo avere accantonato alcuni fondi per finanziare iniziative o progetti regionali, assegna la maggior parte delle risorse alle Asl. Precisamente i dati dal 2013 ad oggi mettono in evidenza che mediamente l’Umbria destina oltre il 95% del fondo sanitario regionale alle Aziende territoriali.¹⁰³

Nel dettaglio, la Giunta regionale provvede, annualmente, alla predisposizione di indirizzi vincolanti per la redazione del bilancio di previsione e alla ripartizione del fondo sanitario

¹⁰¹ R. Balduzzi, G. Carpani, *Manuale di diritto sanitario*, pp. 389-390, Cap. XV, Bologna, Il Mulino, 2013

¹⁰² Toth, *op. cit.* pag. 61

¹⁰³ Laboratorio FIASO, *op. cit.* pp. 129-137

regionale, stabilendo le risorse che, al netto della suddetta quota direttamente gestita dalla Regione, saranno poi veicolate alle Aziende sanitarie.

Viene operata, poi, una definizione del fabbisogno standard delle singole Asl sulla base del costo *standard* regionale e di due criteri convenzionali: la popolazione residente nel proprio ambito territoriale, ponderata secondo parametri di natura epidemiologica e demografica (tenendo conto di carenze strutturali presenti in alcune aree territoriali che possono gravare sui costi delle prestazioni assistenziali) e le quote per le funzioni assistenziali da garantire sulla base degli obiettivi della programmazione regionale.¹⁰⁴

Questo secondo criterio è determinante da un punto di vista strategico-programmatico dato che la determinazione del fabbisogno finanziario del Servizio sanitario regionale deve seguire un percorso coerente, volto ad assicurare un bacino uniforme di prestazioni che si incardinino nelle macro aree dei livelli essenziali di assistenza determinate a livello nazionale.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, fin dall'approvazione della menzionata l. r. n. 3 del 1998 (quindi prima dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 229 del 1999), ha diffuso il principio che le strutture fornitrici di servizi sanitari debbano essere finanziate, oltre che tramite l'assegnazione di una "quota a mandato" per specifiche funzioni e attività, secondo un ammontare globale prestabilito negli accordi contrattuali conclusi con le Asl (acquirenti delle prestazioni), in base al quale vengono definiti i volumi di attività che verranno remunerati a prestazione in base alle tariffe vigenti.

Per le attività che afferiscono a funzioni di programmazione strategica regionale, il compenso non è impostato su tariffe specifiche per prestazione, ma su costi standard per la produzione e l'attuazione di un programma assistenziale. Un esempio di questo tipo di attività sono tutte quelle funzioni volte ad implementare una maggiore integrazione tra i diversi comparti assistenziali.

Per i servizi erogati agli assistiti, nell'alveo dei Lea, per i quali vale la remunerazione "a tariffa", Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 298 del 2009, l'Umbria aveva adottato un tariffario base allineato al prodotto dei pesi Drg specifici, delineati nel decreto ministeriale 18.12.2008 per il costo medio di produzione delle prestazioni di degenza ospedaliera.

La DGR 298 del 2009 definiva, ai fini della remunerazione, la classificazione tariffaria delle strutture di fornitura delle prestazioni sulla base del criterio della complessità strutturale e

¹⁰⁴ Legge regionale n. 18, 12 novembre 2012, *Ordinamento del servizio sanitario regionale*, art. 50, Capo I, Titolo VI

organizzativa, che era declinata nel seguente modo:

- Fascia A: per le strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria con DEA¹⁰⁵ di secondo livello vi era un incremento del 20% rispetto al tariffario base;
- Fascia B: per le strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria con DEA di primo livello era previsto un incremento del 10% rispetto al tariffario base;
- Fascia C: per tutte le strutture che non facevano parte delle fasce precedenti veniva applicato il tariffario base regionale.¹⁰⁶

Dal 2013, tuttavia, vi è stato un rimodellamento nel sistema di finanziamento per le tariffe ospedaliere. La DGR n. 957 del 2013, infatti, al fine di operare un allineamento al recente D.M. 18.10.12 ha ampliato l'ambito di applicazione del tariffario base regionale a tutte le strutture erogatrici, a prescindere da quali fossero i loro attributi da un punto di vista organizzativo e dei caratteri delle funzioni svolte.

Ciò che è rimasto, di fatto, invariato è il finanziamento delle prestazioni in eccesso rispetto ai volumi stabiliti nella fase di programmazione; per queste attività, infatti, non vi è applicazione delle tariffe piene, le quali vengono, invece, abbattute gradualmente in modo regressivo.¹⁰⁷

Il sistema di remunerazione strutturato intorno al sistema dei Drg permette di avvicinarsi a due ordini di obiettivi fondamentali: da una parte un possibile potenziamento dell'efficienza tecnica e organizzativa delle strutture ospedaliere regionali, dato che la determinazione *ex ante* della tariffa produce, in capo al produttore, un deciso incentivo a frenare i costi di produzione delle prestazioni, in particolare tramite la razionalizzazione dei tempi di degenza ospedaliera; dall'altra parte esso può dotare la Regione di un cruciale strumento di orientamento della propria struttura dell'offerta, in coerenza con i propri obiettivi strategici; infatti, la possibilità di identificare, tramite l'utilizzo dei Drg, le diverse tipologie di prestazioni erogate ed i relativi volumi, oltre che di identificare i fornitori presso cui determinare il costo standard di produzione delle prestazioni, è un'opportunità per poter incentivare o disincentivare, in modo selettivo, specifiche aree di attività, in linea con le il proprio *framework* programmatico e con i criteri di efficacia e di appropriatezza definiti dalla stessa programmazione umbra.¹⁰⁸

¹⁰⁵ Il Dipartimento d'emergenza e accettazione

¹⁰⁶ Centro Studi Assobiomedica, *I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale. Terzo aggiornamento*, pag. 26, analisi n. 16, dicembre 2012

¹⁰⁷ Laboratorio FIASO, *op. cit.* pp. 129-137

¹⁰⁸ Piano sanitario regionale umbro 2009-2011, pag. 60, Volume III, Le linee strategiche

Di seguito, nelle Tabelle 2.3 e 2.4 vi sono indicate le risorse che sono state destinate alle Aziende sanitarie regionali in Umbria, secondo il riparto del fondo sanitario regionale dal 2011 al 2015, tenendo in considerazione i cambiamenti strutturali che hanno portato alla riduzione delle Usl nel 2012. Nell'ultimo anno il riparto complessivo destinato alle Aziende sanitarie, sia Asl che Ao, è stato di circa 1,554 miliardi di euro, a cui vanno aggiunte le quote vincolate su mandato che ammontano a 3,550 mila euro, suddivise soprattutto tra quote per stranieri, quote per extra-comunitari, quote per AIDS, quote per l'esclusività del rapporto.

TABELLA 2.3 - Risorse del fondo sanitario regionale destinate alle Aziende Sanitarie Regionali (2011-2012)

Aziende Sanitarie	Totale RIPARTO 2011	Totale RIPARTO 2012
Azienda Usl 1	228.671.521	229.414.703
Azienda Usl 2	577.567.162	578.014.565
Azienda Usl 3	276.084.912	276.377.313
Azienda Usl 4	399.839.371	401.038.889
Totale Aziende Usl	1.482.162.966	1.484.845.470
Ao Perugia	34.200.000	35.047.705
Ao Terni	17.200.000	18.727.374
Totale Ao	51.400.000	53.775.079
Totale Aziende sanitarie	1.533.562.966	1.538.620.550

Fonte: Dati reperiti presso la Direzione Regionale Salute, Coesione sociale e Società della conoscenza, Regione Umbria

TABELLA 2.4 – Risorse del fondo sanitario regionale destinate alle Aziende Sanitarie Regionali (2013 – 2015)

Aziende Sanitarie	Totale RIPARTO 2013	Totale RIPARTO 2014	Totale RIPARTO 2015
Asl 1	787.640.522	779.672.444	785.172.444
Asl 2	662.016.492	656.079.865	658.079.865
Totale Asl	1.449.657.014	1.435.752.309	1.443.252.309
Ao Perugia	45.123.343	66.496.911	66.496.911
Ao Terni	27.473.340	45.527.014	45.227.014
Totale Ao	72.596.683	112.023.925	111.723.925
Totale Aziende Sanitarie	1.522.253.697	1.547.776.234	1.554.976.234

Fonte: Dati reperiti presso la Direzione Regionale Salute, Coesione sociale e Società della conoscenza, Regione Umbria

2.2.3 La distribuzione dei comparti dell'assistenza sanitaria

Il criterio della contestualità tra la definizione di Livelli essenziali di assistenza da assicurare nel territorio regionale e la determinazione del fabbisogno economico corrispondente producono l'effetto di rendere la pianificazione dell'allocazione delle risorse per i Lea uno degli elementi decisivi su cui risposano le scelte di *policy* regionale.

Come già messo in evidenza, l'erogazione dei Lea si delinea lungo le tre macro-aree dell'assistenza sanitaria: l'assistenza distrettuale/territoriale, l'assistenza ospedaliera e l'assistenza collettiva/prevenzione.

È importante valutare se la Regione Umbria si sia adeguata, o meno, a quanto è emerso dal Patto della Salute 2010-2012, da cui era scaturito l'impegno, da parte di tutte le Regioni, di raggiungere, in modo tendenziale, una suddivisione del proprio budget sanitario che fosse imperniata sul 5% della spesa rivolta all'assistenza collettiva, il 51% all'assistenza distrettuale e, infine, il 44% all'assistenza nelle strutture ospedaliere.

L'ultima rilevazione dei costi sostenuti per ciascun comparto dell'assistenza sanitaria effettuata per l'Umbria, relativa all'anno 2013, evidenzia la seguente distribuzione: l'incidenza percentuale della spesa per assistenza collettiva sul totale della spesa sanitaria regionale è del 5,23%; l'incidenza percentuale della spesa per assistenza distrettuale sul territorio è del 51,63%; l'incidenza percentuale della spesa per assistenza ospedaliera è del 43,13%.

In tutti i rami assistenziali emerge come l'Umbria sia totalmente in linea con le indicazioni poste in essere in sede di Conferenza Stato-Regioni, tanto che essa mostra il miglior risultato, in Italia, in termini di scostamento dai tre standard previsti per l'incidenza della spesa delle tre macro-aree sulla spesa regionale totale.¹⁰⁹

Tra l'altro, prendendo in considerazione i dati messi in risalto dal Ministero della Salute in riferimento all'anno 2009, si nota come sia stato messo in campo dalla Giunta Regionale un

¹⁰⁹ Lo scostamento dai tre standard di riferimento per l'assistenza sanitaria è fa parte di quegli indicatori grezzi utilizzati, nel 2013, dal Ministero della Salute, in vista dell'individuazione di un gruppo regioni "*benchmark*" per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard. Questi indicatori erano inseriti nella procedura metodologica che aveva l'obiettivo di calcolare l'Indicatore di qualità e di efficienza (IQE) di tutte le Regioni italiane. Precisamente, tutti gli indicatori grezzi utilizzati per il calcolo dell'IQE sono: lo scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza collettiva sul totale della spesa (5%); lo scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza distrettuale sul totale della spesa (51%); lo scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza ospedaliera sul totale della spesa (44%); spesa pro-capite per assistenza sanitaria di base; spesa farmaceutica pro capite; costo medio per ricoverato acuto; spesa per prestazione per assistenza specialistica-attività clinica; spesa per prestazione per assistenza specialistica-laboratorio; spesa per prestazione per assistenza specialistica-diagnostica strumentale.

importante sforzo diretto al recepimento effettivo dei suddetti livelli di spesa.

Infatti, nel 2009, il budget sanitario regionale in Umbria era diretto per il 5,2% all'assistenza collettiva, per il 48,1% all'assistenza territoriale e per il 46,7% all'assistenza ospedaliera.

È evidente, dunque, come il Piano sanitario regionale 2009-2011 non sia rimasto “sulla carta”, ma abbia conosciuto un’attuazione nella realtà pratica del Ssu, dando avvio ad un graduale processo di riduzione del ruolo affidato alla struttura ospedaliera, le quali potrebbero essere, sempre di più, destinate ad essere qualificate come “strutture erogatrici di cure intensive in fase acuta e di prestazioni diagnostico-terapeutiche ad elevata complessità”¹¹⁰, per lasciare maggiore spazio al Distretto e al contesto territoriale, ai quali verrà trasferita parte delle competenze specialistiche tipiche della degenza ospedaliera.

2.3 Il rapporto pubblico-privato

Il Servizio sanitario nazionale è organizzato in modo da incoraggiare, a condizione che vi sia il rispetto di determinati standard, l'integrazione tra soggetti erogatori pubblici e soggetti erogatori privati, con o senza scopo di lucro.

In un contesto di questo tipo, gli erogatori privati vengono qualificati, a tutti gli effetti, come attori fondamentali del Ssn, in quanto le Regioni assicurano i Livelli essenziali di assistenza ricorrendo non solo ai Presidi ospedalieri, gestiti direttamente dalle Asl, e alle Aziende ospedaliere, ma anche ai soggetti accreditati, che siano essi strutture autorizzate, pubbliche o equiparate, strutture private, a scopo di lucro o meno, o professionisti che ne facciano richiesta.

Il Ssn, dunque, favorisce l'affermazione concreta del principio di libera scelta tra la medicina privata e le strutture sanitarie pubbliche.

Chiaramente, il Legislatore ha ben chiaro che vi debba essere un bilanciamento alla libertà di scelta degli utenti e alla libertà degli attori privati di realizzare servizi sanitari, per questo ha costruito un quadro normativo generale e uniforme che rende possibile la verifica degli standard di qualificazione delle strutture, tramite la determinazione di requisiti minimi affinché queste ultime possano essere autorizzate e accreditate ad operare.

¹¹⁰ Piano sanitario regionale umbro 2009-2011, pp. 51-54, Volume III, Le linee strategiche

La previsione di un chiaro sistema di accreditamento risulta, quindi, fondamentale di fronte all'esigenza di garantire omogenee condizioni di ammissione delle strutture private alla fornitura di prestazioni sanitarie, in un regime di collaborazione con quelle pubbliche.

L'attuale regime normativo intorno al quale si sviluppa il sistema dell'accredimento prende corpo negli anni '90. Nel 1995 il ministro Guzzanti introduce, tramite una circolare ministeriale il cosiddetto "sistema delle 3 «A»", definendo nuovi criteri generali di organizzazione e di funzionamento del Ssn fondati su una politica generale di collaborazione/cooperazione, definita anche di programmazione negoziata tra le strutture di diversa natura giuridica.¹¹¹

Il sistema delle 3 «A» è stato poi codificato dal d.lgs. n 229 del 1999, il quale ha previsto che l'esercizio delle attività di assistenza specialistica, ospedaliera e sociosanitaria da parte dei soggetti privati, per conto e a carico del Ssn, sia subordinato al superamento di tre fasi: l'Autorizzazione, l'Accreditamento istituzionale e la stipulazione di appositi Accordi contrattuali.

L'autorizzazione, a sua volta, si suddivide in due momenti. Il primo momento si riferisce all'ottenimento dell'autorizzazione alla realizzazione/costruzione di strutture sanitarie, la quale deve ottenuta prima di dar corso ai lavori di costruzione di nuove strutture o, per quelle già esistenti, ad un loro adattamento, ad una loro diversa utilizzazione, ad un loro ampliamento anche non comportante un aumento di posti-letto o, infine, ad una loro trasformazione.

Il progetto per la realizzazione è subordinato ad atti di consenso sia da un punto di vista della sostenibilità urbanistica (da parte dell'ente comunale), sia da un punto di vista di compatibilità in rapporto al fabbisogno globale e alla localizzazione territoriale delle strutture operanti nel contesto regionale (sottoposto quindi a verifica da parte della Regione), perché è evidente che vi debba essere coerenza tra il progetto e la domanda/offerta di servizi sanitari regionali.

L'identificazione dei requisiti per il rilascio dell'autorizzazione rientra tra le competenze della Giunta regionale, soprattutto in seguito alla Riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001.

Il secondo momento concerne l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, che deve essere posseduta prima di dare avvio concreto all'attività. L'autorizzazione regionale

¹¹¹ R. Balduzzi, G. Carpani, *op. cit.* pp. 385-390

all'esercizio dell'attività sanitaria è richiesta sia per chi vuole operare in regime privatistico che in regime di servizio pubblico. Con questa, si verifica il possesso di requisiti minimi di carattere strutturale, tecnologico e organizzativo.

L'accREDITAMENTO istituzionale è "il procedimento con cui, a livello regionale, si attesta formalmente il possesso dei requisiti ulteriori di qualità di una struttura sanitaria e/o socio-sanitaria pubblica o privata autorizzata. È, quindi, la condizione necessaria per erogare prestazioni sanitarie a carico del Servizio sanitario regionale mediante un "contratto" con la Regione e le Aziende Sanitarie Locali".¹¹²

I "requisiti ulteriori", le modalità e i termini per l'accREDITAMENTO, la valutazione della conformità delle strutture alle necessità e alla funzionalità della programmazione regionale sono definiti dalle Regioni, coerentemente, però, con i criteri generali delineati a livello governativo.

L'ultima fase è la conseguenza dell'insufficienza dell'accREDITAMENTO istituzionale a consentire agli attori accREDITATI di svolgere funzioni di erogazione di servizi sanitari a carico del Ssn; questi ultimi, infatti, sono qualificati ad ottenere rimborsi da parte del Ssn solamente dopo aver sottoscritto specifici accordi contrattuali di fornitura con l'Asl di riferimento.¹¹³

Negli accordi contrattuali vi devono essere alcuni elementi imprescindibili come gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi sanitari, il volume massimo di prestazioni da erogare, gli standard che devono essere rispettati dai servizi stessi da un punto di vista dell'accessibilità, dell'appropriatezza, dell'organizzazione, dei tempi di attesa e della continuità assistenziale, i criteri di remunerazione sulla base dei sistemi tariffari.

La Regione Umbria ha disciplinato, per la prima volta, l'AccREDITAMENTO Istituzionale attraverso la l. r. n. 3 del 1998, che ha poi conosciuto un aggiornamento grazie alla già citata l. r. n. 18 del 2012, che all'art. 49 dispone che "L'accREDITAMENTO istituzionale [...] è rilasciato secondo quanto stabilito dal regolamento regionale 31 luglio 2002, n. 3¹¹⁴ e dalle altre norme regionali di riferimento, nel rispetto dei seguenti criteri:

a) coerenza con le scelte della programmazione regionale, sulla base della domanda di salute espressa dalla popolazione di riferimento e del livello di offerta esistente per le varie tipologie di prestazioni;

¹¹² <http://www.regione.umbria.it/salute/accREDITAMENTO-istituzionale>

¹¹³ Toth, *op. cit.* pp. 58-59

¹¹⁴ Regolamento regionale n. 3, 31 luglio 2002, *Disciplina in materia di accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie*, Regione Umbria, Pubblicato in Bollettino Ufficiale n. 36 del 14/08/2002. L'emanazione di questo regolamento è l'attuazione concreta delle Norme UNI EN ISO 9001 e 9004, applicate al settore sanitario.

- b) adeguatezza qualitativa e quantitativa delle dotazioni strumentali tecnologiche ed organizzative;
- c) equilibrio tra volume di prestazioni erogabili e potenzialità della struttura;
- d) congruità delle professionalità presenti con la tipologia delle prestazioni erogabili;
- e) presenza di un sistema informativo connesso con quello del Servizio sanitario regionale e conforme alle specifiche regionali;
- f) presenza di un idoneo sistema per il controllo ed il miglioramento continuo della qualità;
- g) verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.”¹¹⁵

La definizione del modello operativo per l'Accreditamento Istituzionale in Umbria, rilevabile all'interno della DGR n. 570 del 2003¹¹⁶, prevede l'istituzione del “Centro Regionale per l'Accreditamento”, composto da una Società di Certificazione dei Sistemi di Qualità in Sanità, dai valutatori di qualità formati dalla Regione e coordinato dal Servizio Accreditamento e Valutazione di Qualità.¹¹⁷ Questo modello, applicabile a tutti i presidi sanitari, anche di piccole dimensioni, prevede un iter di verifica composto dai seguenti passaggi:

- *Pre-Audit*: verifica finalizzata a valutare lo "stato dell'arte" delle strutture sanitarie rispetto ai requisiti richiesti al fine di consentire alle strutture di programmare ed attuare le opportune azioni correttive e/o preventive per l'accREDITamento. Tale verifica preliminare non ha alcun effetto sull'accREDITabilità della struttura.
- *Audit* di AccREDITamento: verifica finalizzata alla valutazione della rispondenza della struttura ai requisiti previsti per la concessione dell'accREDITamento e alla rilevazione delle eventuali non conformità.
- *Post-Audit*: verifica finalizzata alla valutazione dell'attuazione delle eventuali azioni correttive approvate dal Servizio AccREDITamento e Valutazione di Qualità.¹¹⁸

Gli attori sanitari accREDITati nella Regione Umbria, secondo i dati aggiornati al 2015, sono oltre duecento. Più precisamente, l'Asl 1 ha stipulato Accordi con circa 118 erogatori,

¹¹⁵ Legge regionale n. 18, 12 novembre 2012, *Ordinamento del servizio sanitario regionale*, Capo II, Art. 49, Regione Umbria, Pubblicato in Bollettino Ufficiale n. 50 del 15/11/2012

¹¹⁶ Deliberazione della Giunta regionale n. 570, 7 maggio 2003, *Approvazione del Modello operativo per l'AccREDITamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie*, Regione Umbria

¹¹⁷ *Avviso pubblico per la formazione dell'Elenco Regionale dei Valutatori ed Esperti tecnici ai fini dell'AccREDITamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie della Regione Umbria ai sensi della DGR n. 1551 del 4 novembre 2010*, Regione Umbria, Direzione Regionale Salute, Coesione sociale e Società della Conoscenza Servizio AccREDITamento e Valutazione di Qualità

¹¹⁸ <http://www.regione.umbria.it/salute/accREDITamento-istituzionale>

mentre l'Asl 2 ne ha sottoscritti con circa 84.

L'80% della somma complessiva è rappresentato da erogatori di prestazioni sanitarie di natura privatistica (Tabella 2.2), divisibili in cinque classi di strutture: laboratori di analisi/ambulatori/poliambulatori, strutture psichiatriche e per disabili, strutture per tossicodipendenze e per malati di Aids, strutture per anziani, case di cura.

TABELLA 2.5 – Numero dei soggetti accreditati in Umbria (Anno 2015)

Asl	Laboratori di analisi, Ambulatori e Poliambulatori	Strutture psichiatriche e per disabili	Strutture per tossicodipendenze e strutture per malati di AIDS	Strutture per anziani	Case di cura private	Strutture pubbliche	Totale
Asl 1	47	24	5	16	4	22	118
Asl 2	21	14	8	26	1	14	84
Umbria	68	38	13	42	5	36	202

Fonte: Elaborazione su dati di www.regione.umbria.it

Come già emerso nel corso di questo lavoro, per quanto il Ssn sia prevalentemente pubblico, nel suo complesso, la presenza e il ruolo degli operatori privati è davvero molto rilevante. Il sistema sanitario italiano è, *de facto*, pubblico da un punto di vista del finanziamento, ma misto per quanto riguarda la produzione di beni e servizi sanitari (51% di servizi pubblici e 49% privati).¹¹⁹

L'Umbria risulta una delle Regioni con la percentuale più bassa di offerta di servizi privati (a pagamento e convenzionati) in Italia, infatti l'incidenza della spesa per l'assistenza erogata da soggetti privati è stimata solo intorno al 25%¹²⁰.

Sono numerosi gli indicatori e le variabili che ci permettono di affermare che l'Umbria sia una delle Regioni che fa meno affidamento al settore privato per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a livello regionale.

Uno di questi indicatori è molto rilevante per quantificare la rilevanza economica delle prestazioni e dei servizi offerti da enti privati rispetto alla spesa totale del Ssr umbro: la spesa pro-capite per le prestazioni a carico del Ssr fornite da soggetti privati in regime di

¹¹⁹ Si veda Cap. 1, par. 2.3

¹²⁰ V. Mapelli, *op. cit.* pp-5-10

accreditamento, suddivisa per le varie tipologie di attività.

Nel 2012, in Umbria, il totale della spesa privata pro-capite era di 171 euro (suddivisa in 49 euro per assistenza ospedaliera, 19 per assistenza specialistica, 94 per assistenza territoriale di vario genere, 9 per assistenza riabilitativa), il valore più basso in Italia, a pari merito con la Valle d'Aosta e rappresenta meno della metà della spesa pro-capite a livello nazionale (368 euro).

Complessivamente, l'incidenza della spesa sanitaria privata accreditata sul totale è del 9,0%, valore più alto solamente rispetto alle realtà di Valle d'Aosta (7,6%) e della Pa di Bolzano (8,5%) e nettamente inferiore rispetto alla media nazionale che risulta essere del 19,4%.¹²¹

Il secondo indicatore da prendere in riferimento concerne, nello specifico, l'assistenza ospedaliera ed è l'incidenza di posti-letto privati accreditati sul totale dei posti-letto.

Il ruolo delle strutture di ricovero private accreditate nell'organizzazione dell'offerta del Ssu è fortemente correlata a scelte di carattere politico-istituzionale. In Umbria, nel 2013, meno di un posto letto su dieci (8%) si trova presso strutture accreditate¹²², mentre la media italiana è addirittura del 29% sul totale.

Un risultato molto simile emerge se si tiene in considerazione l'ultima variabile, che è rappresentata dalle attività di ricovero, prendendone in esame tutte le tipologie. Anche in questo caso le strutture private accreditate contribuiscono, complessivamente, in modo molto ridotto, ovvero per il 6% dell'offerta complessiva.

2.3.1 I medici convenzionati

Fino ad ora si è analizzato come il budget sanitario delle Asl possa essere ripartito in due voci distinte, a seconda che i servizi sanitari del Ssr siano forniti direttamente dalla Asl attraverso i Presidi ospedalieri oppure erogati dagli attori privati accreditati, secondo specifici criteri remunerativi.

Tuttavia vi è una terza fonte di suddivisione del bilancio sanitario regionale: la voce per i servizi sanitari erogati dai professionisti collegati al Ssn da un regime di convenzione, la "medicina convenzionata".

¹²¹ C. Carbone e F. Petracca, *Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività*, pp. 10-20, capitolo V, Rapporto OASI 2015

¹²² *Ibidem*

Il regime di convenzione viene impiegato in particolar modo per la medicina generale, la specialistica ambulatoriale e l'assistenza farmaceutica. Tra la medicina generale vanno ricondotti, tra gli altri, i medici, i pediatri di libera scelta e i medici di continuità assistenziale (guardia medica), quindi quelle figure professionali che non rientrano nel novero dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale, ma sono qualificati come liberi professionisti che operano per lo stesso Ssn.

I medici di base e i pediatri di libera scelta vengono remunerati secondo il criterio della quota capitaria riferita al numero dei propri assistiti, i medici di guardia medica e gli specialisti vengono pagati su base oraria, mentre le farmacie vengono rimborsate tramite i prezzi dei farmaci.¹²³

La tabella 2.3 mette in luce il numero (aggiornato al 2016) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che operano in un regime di convenzione con le due Asl umbre. I medici di base sono, complessivamente, 731 e hanno un bacino di assistiti mediamente di circa 1224 abitanti¹²⁴, mentre i pediatri di libera scelta sono 119.

Per quanto concerne altri comparti riconducibili alla medicina generale, i dati del 2014 prodotti dalla SiSaC¹²⁵ stimano che i medici convenzionati per la continuità assistenziale sono 326, per l'emergenza sanitaria territoriale 21 e per la medicina dei servizi sono 10.

La stessa SiSaC divide la medicina specialistica convenzionata in specialisti ambulatoriali (160), biologi (4), psicologi (10) e veterinari (24).

Per la medicina generale, la pediatria di libera scelta e la specialistica ambulatoriale, l'Umbria stipula degli accordi integrativi regionali, i quali definiscono “gli obiettivi di salute e gli strumenti operativi per realizzarli, in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale”.¹²⁶

Tra i suddetti obiettivi rientrano: la promozione e la prevenzione; il miglioramento dell'appropriatezza descrittiva; il miglioramento della domanda di prestazioni specialistiche, di laboratorio e di diagnostica strumentale; l'organizzazione della continuità e dell'attività assistenziale.¹²⁷

La Regione Umbria, per il conseguimento di tali obiettivi, ha adottato un sistema rivolto al

¹²³ Toth, *op. cit.* pp. 59-60

¹²⁴ La media nazionale di assistiti per medico di famiglia è di circa 1140. Il numero di pazienti per medico di famiglia non può superare la cifra di 1500, deroghe a tale numero sono ammesse solo previa autorizzazione regionale.

¹²⁵ Struttura interregionale Sanitari Convenzionati

¹²⁶ <http://www.regione.umbria.it/salute/accordi-contrattuali-per-medici-convenzionati-del-ssn>

¹²⁷ *Ibidem*

miglioramento dell'assistenza ai cittadini da parte dei medici di base, che si sviluppa sia attraverso forme associative più o meno complesse, come la medicina di gruppo e la medicina in rete¹²⁸, o attraverso le cosiddette “equipe territoriali” costituite da uno o più nuclei di medici di famiglia e da uno o più nuclei di medici di continuità assistenziale e da altri professionisti convenzionati che, in forma integrata e in totale autonomia, concorrono alla realizzazione concreta del programma assistenziale.¹²⁹

TABELLA 2.6 – Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta in Umbria (Dati aggiornati)

Asl	Medici di medicina generale	Pediatri di libera scelta
Asl 1	417	72
Asl 2	314	47
Umbria	731	119

Fonte: Elaborazione da riferimenti in www.uslumbria1.gov.it e www.uslumbria2.it

2.4 Il personale sanitario

Elemento qualificante del Servizio sanitario umbro, e importante per una buona comprensione della dimensione strutturale delle aziende sanitarie, è la struttura del personale sanitario, che rappresenta un aspetto rilevante sia perché questo influisce, per forza di cose, sul livello di qualità dei servizi erogati, sia perché esso costituisce la quota maggioritaria dei costi del sistema sanitario.

I dati della Ragioneria dello Stato, riferiti all'anno 2012, rielaborati dalla Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica presso il Ministero della Salute, ci permettono di avere un quadro quantitativo del personale dipendente del Ssn

¹²⁸ La “medicina di gruppo” è un modello associativo che prevede una forte integrazione tra i professionisti convenzionati, con la condivisione di spazi e di attrezzature comuni. La “medicina in rete” è un modello meno integrato e prevede che i professionisti siano collegati tra di loro con centri di prenotazione grazie a sistemi informatici comuni.

¹²⁹ <http://www.regione.umbria.it/salute/accordi-contrattuali-per-medici-convenzionati-del-ssn>

che agisce nelle Aziende sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere umbre, operandone una scomposizione in base al sesso e in base al ruolo professionale (Tabella 2.4).

TABELLA 2.7 – Distribuzione del personale dipendente del Ssn in Umbria (Anno 2012)

	Ruoli				Totale
	Sanitario	Professionale	Tecnico	Amministrativo	
	8.172 (75,8%)	26 (0,24%)	1.712 (15,9%)	859 (8%)	10.769
Uomini	2.764 (34%)	23 (88%)	647 (38%)	253 (29%)	3.687 (34%)
Donne	5.408 (66%)	3 (12%)	1.065 (62%)	606 (71%)	7.082 (66%)

Fonte: Rielaborazione di dati della Ragioneria dello Stato (2012)

Complessivamente il personale dipendente del Ssn che opera nel sistema sanitario umbro totalizza 10.769 unità, delle quali circa il 34% è composto da uomini, mentre il 66% da donne. Questo è un dato che rispecchia perfettamente la realtà a livello nazionale; infatti il Ssn, in totale, registra 629.000 dipendenti, dei quali la distribuzione tra uomini e donne è del 34,5/66,5%.

Una proporzione così favorevole alle donne nell'ambito sanitario è dovuta soprattutto al peso molto notevole di figure femminile nei ruoli professionali infermieristici e di riabilitazione. Andando a disgregare i dati in "ruoli sanitari" (Tabella 2.5) emerge come, in Umbria, sia il personale infermieristico – che, tra l'altro, è il comparto professionale più numeroso nel ruolo sanitario – che il personale per l'assistenza riabilitativa siano rappresentati entrambi per oltre il 78% da donne.

Gli ambiti in cui prevalgono, invece, gli uomini sono il settore medico e odontoiatrico, dove essi rappresentano quasi il 60% delle unità complessive.

L'incidenza totale del personale sanitario sulla popolazione residente in Umbria, ancora riferita all'anno 2012, è di un dipendente del Ssn ogni 82 abitanti. Si tratta di un

rapporto che è al di sotto di quella che è l'incidenza media delle altre Regioni italiane, che corrisponde a circa un dipendente del Ssn ogni 89 abitanti. Le Regioni con un rapporto più elevato sono le piccole realtà del Nord, ovvero la Pa di Bolzano (1/60), la Valle d'Aosta (1/61), la Pa di Trento (1/66) e il Friuli-Venezia Giulia (1/68); le Regioni con la minore incidenza di personale sanitario sono, invece, la Campania (1/126), il Lazio (1/125), la Puglia (1/111), la Sicilia (1/110) e la Lombardia (1/107).¹³⁰

TABELLA 2.8 – Peso percentuale delle donne nel ruolo sanitario in Umbria (Anno 2012)

FIGURE PROFESSIONALI	TOTALE	% DONNE
MEDICI E ODONTOIATRI	1.945	42,3%
ALTRO LAUREATO	331	58,9%
PERSONALE INFERMIERISTICO	4.691	78,3%
DIDATTICO-ORGANIZZATIVO	6	50,0%
TECNICO-SANITARIO	634	54,7%
RIABILITAZIONE	387	79,8%
VIGILANZA E ISPEZIONE	178	33,7%

Fonte: Rielaborazione di dati della Ragioneria dello Stato (2012)

Infine, l'Umbria dimostra di possedere una caratteristica che è sviluppata in tutto il Paese e che, a dire il vero, non si inserisce esclusivamente nell'ambito sanitario, ovvero la pressoché totale assenza di figure femminili nei livelli apicali delle organizzazioni sanitarie, quindi nelle figure di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo.

Prendendo in considerazione le Aziende sanitarie pubbliche (Asl e Ao), notiamo che nelle dodici posizioni dirigenziali disponibili, solamente una di queste è affidata, attualmente, ad una donna.¹³¹

A livello nazionale, a questo proposito, le posizioni di vertice delle Aziende sanitarie nell'80% dei casi sono ricoperte da uomini.

¹³⁰ Dati della Ragioneria dello Stato, rielaborati dalla Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica presso il Ministero della Salute, 2012

¹³¹ Si tratta della Dott.ssa Doriana Sarnari, attuale Direttore Amministrativo della Azienda Us1 1 Umbria

3. Valutazione della *performance* del Servizio sanitario umbro in chiave comparata

Fino a questo momento si è proceduto ad analizzare quelle che sono le caratteristiche del Sistema sanitario umbro da un punto di vista della *governance*, dell'organizzazione dell'offerta istituzionale e del rapporto tra i diversi soggetti istituzionali che concorrono all'erogazione dell'assistenza sanitaria.

L'obiettivo di questo capitolo è di spingersi oltre gli aspetti strutturali della Sanità umbra, per verificare e valutare quanto il Servizio sanitario umbro, nel suo complesso, sia in grado di rispondere in modo efficace ed efficiente alle esigenze e ai bisogni degli *stakeholders* che, concretamente, altro non sono che i cittadini che quotidianamente richiedono assistenza sanitaria e cure mediche.

Questa fase operativa risulta fondamentale in quanto qualsiasi analisi che tenga conto solamente dei caratteri istituzionali di un sistema sanitario, si potrebbe rivelare un esercizio fine a se stesso, non cogliendo quello che è lo scopo ultimo delle istituzioni sanitarie stesse, ovvero garantire il rispetto di un principio cardine della Carta costituzionale, sancito dall'articolo 32¹³², il "diritto alla salute", il quale si declina sia come diritto fondamentale dell'individuo, che come interesse della collettività.

Inizialmente, quindi, si fornirà una definizione di *performance* e si stabilirà cosa si intende e quali sono le finalità della valutazione della *performance* in ambito sanitario.

In seguito si procederà ad enunciare quelli che, ad oggi, sono i principali metodi ed indicatori utilizzati da diversi attori del mondo scientifico-accademico per la valutazione della qualità e del funzionamento dei Servizi sanitari regionali, per poi analizzare i risultati che ne sono emersi per la Regione Umbria, in una prospettiva di comparazione che verrà descritta in seguito.

¹³² "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

3.1 La *Performance* in Sanità

Il termine “valutazione” è particolarmente complesso, in quanto viene impiegato in maniera multidisciplinare, in diverse situazioni e ambiti della nostra attività.

Nel contesto aziendale, quello che più ci interessa in virtù dei processi descritti nel Capitolo 1, valutare (dal latino «valere»), vuol dire allo stesso tempo, in termini economici “aver prezzo” e, dunque, stimare ed esprimere da un punto di vista monetario gli aspetti qualitativi e quantitativi di un oggetto, mentre in termini organizzativi coincide con “essere forte e capace”, cioè a verificare la conformità e/o l’adeguatezza di comportamenti, di azioni o di un risultato rispetto ad al modello atteso.¹³³

Valutare significa, quindi, verificare comportamenti adottati, azioni compiute e risultati conseguiti nella gestione di un’organizzazione complessa, come in questo caso dell’organizzazione delle Aziende sanitarie e i sistemi sanitari regionali nel loro complesso.

Il termine «*performance*», invece, di evidente origine anglosassone, deriva dal verbo inglese «*(to) perform*» ed è traducibile, in italiano, con i verbi «compiere» oppure «eseguire».¹³⁴

L’origine antica del termine, tuttavia, secondo l’Accademia della Crusca è da far discendere da un lontano “antenato” rappresentato dal verbo tardo latino «*performāre*», il cui significato si può identificare in «dare forma definitiva, modellare, formare».¹³⁵

In senso generico, dunque, in italiano la *performance* è interpretabile come la realizzazione concreta di un’attività, di un comportamento, di una situazione determinata.¹³⁶

Se si vuole traslare il concetto in ambito sanitario, si può dire che questo rappresenta la capacità conseguire dei risultati, dando concreta attuazione a quelli che erano gli obiettivi predeterminati nella programmazione sanitaria.

La valutazione della *performance* sanitaria, congiungendo le definizioni appena delineate, si potrebbe descrivere come un insieme di processi, metodi, strumenti, indicatori di cui ci si può avvalere per analizzare, misurare e verificare tutti quei comportamenti delle organizzazioni sanitarie (e delle istituzioni, anche politiche, che operano in ambito sanitario

¹³³ Lucia Giovanelli, *La valutazione delle performance in ambito sanitario. Profili teorici ed evidenze empiriche*, pag. 7, G. Giappichelli Editore, 2013

¹³⁴ <http://www.treccani.it/vocabolario/performance/>

¹³⁵ <http://www.accademiadellacrusca.it/en/italian-language/language-consulting/questions-answers/intorno-performance>

¹³⁶ <http://www.treccani.it/vocabolario/performance/>

in generale) che sono volti al conseguimento di obiettivi in termini di *output* e *outcome* sanitari, intesi, dunque, come risultati finali, cioè le capacità di risposta e la reattività dei sistemi sanitari regionali a rispondere alle esigenze socio-assistenziali della popolazione di riferimento.

Il nostro ordinamento, già a partire dalla fine degli anni '80, mette in risalto la necessità di introdurre ed attuare, in modo sistematico ed esteso nell'amministrazione pubblica nei vari livelli istituzionali, principi e criteri di tipo aziendale in grado di coniugare, in un binomio che sembrava inconcepibile nel nostro Paese, la conformità alla legge dell'azione amministrativa con l'efficacia delle *public policies*, l'efficienza nell'allocazione delle risorse e l'economicità della gestione.¹³⁷

La creazione di un *pattern* di indicatori per la valutazione dei risultati, soprattutto per quel che concerne i servizi sanitari e l'attività delle organizzazioni che erogano assistenza sanitaria a livello regionale, risulta cruciale perché ci troviamo nell'alveo di un settore dotato di grandi criticità, in cui gli *stakeholders* interagiscono con le organizzazioni stesse in un contesto di asimmetria informativa.

Inoltre uno "sforzo di misurazione dei risultati"¹³⁸ diventa imprescindibile in una fase storica particolare come quella che stiamo vivendo, caratterizzata da due elementi di tensione reciproca: da una parte vi è una graduale, ma sensibile, riduzione delle possibilità di spesa e delle risorse disponibili; dall'altra una netta diffidenza e sfiducia da parte dei cittadini nei confronti sia delle istituzioni politiche, che degli apparati chiamati ad implementare le politiche pubbliche. Questo comporta l'innegabile bisogno di operare un esercizio di trasparenza e di sviluppare una maggiore logica di *accountability*, così da rendere effettivamente chiaro quante risorse vengono utilizzate, in che modo, in quali direzioni e, soprattutto, generando quali *output* e *outcome* sanitari.

Tutto questo va inserito, tra l'altro, nel settore di *policy* che, come noto, rappresenta la maggiore voce di spesa dei bilanci regionali e, anche per questo, è stato teatro di fenomeno di malaffare e corruzione.

I sistemi di valutazione delle *performance* dei sistemi sanitari regionali, che andremo ad analizzare, rispondono al bisogno di dotare ciascuna Regione di metodi di misurazione, confronto e raffigurazione dei livelli quali-quantitativi della loro offerta sanitaria.

¹³⁷ Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute, *Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali*, pp. 8-11, Report 2014, Management e Sanità, Scuola Universitaria Superiore di Pisa, Sant'Anna

¹³⁸ *Ibidem*

Per farlo, in un settore così complesso è necessario disporre di un sistema pluridimensionale di valutazione, che si concretizza nella ricerca delle molteplici dimensioni che devono rappresentare l'oggetto di misurazione e di giudizio, dei pesi da assegnare a ciascuna di esse, degli indicatori da utilizzare per verificare il grado di conseguimento degli obiettivi nelle diverse dimensioni.¹³⁹ Inevitabilmente, la scelta di queste variabili lascia un margine di discrezionalità in capo ai soggetti che hanno posto in essere questo tipo di metodologie.

3.1.1 I principali modelli di valutazione sperimentati in Italia

L'avvicinamento del Ssn verso i principi e i criteri del *New Public Management* ha enfatizzato il ruolo di un *humus* culturale orientato alla valutazione gestionale delle aziende sanitarie e una responsabilizzazione dirigenziale e politica per i risultati ottenuti.

Questo è stato il terreno di coltura di esperienze volte alla creazione e diffusione di modelli di analisi e valutazione della *performance* sanitaria, sia a livello nazionale, che a livello regionale.

A livello nazionale, nonostante non sia ancora presente un sistema organico e uniforme di *evaluation* in grado di confrontare i risultati sanitari in modo strutturato, vi è un costante sviluppo di modelli valutativi che hanno l'obiettivo di fornire al Legislatore un bagaglio di conoscenze e di informazioni fondamentali per l'implementazione delle più idonee *health policies*.

L'esempio più immediato è rappresentato dalle attività svolte dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), "un ente con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e per le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale"¹⁴⁰.

Le funzioni dell'Agenas coprono un ampio ventaglio di ambiti di analisi, che abbracciano sia l'assistenza ospedaliera, che territoriale, quanto la prevenzione.

Riguardano, nello specifico, la valutazione dell'efficacia delle prestazioni rientranti nei Lea, la rilevazione e l'analisi dei costi sanitari, la formulazione di suggerimenti per

¹³⁹ Lucia Giovanelli, *op. cit.* pp. 6-8

¹⁴⁰ Rivista trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, *Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, Anno XI, numero 30, 2012.

l'organizzazione dei servizi sanitari, l'analisi dei livelli di innovazione e qualità dell'assistenza, il monitoraggio dei tempi di attesa delle cure mediche e molto altro.

I tre principali rapporti che produce l'Agenas, di cui si avvale espressamente il Ministero della Salute, riguardano tre macro-settori di indagine. Il primo è il monitoraggio e l'analisi della spesa sanitaria, in relazione alle prestazioni erogate e alle loro caratteristiche in termini di qualità, efficienza ed equità, che viene prodotta esaminando l'andamento e la distribuzione della spesa sanitaria italiana.¹⁴¹

La seconda indagine documentale riguarda l'osservazione dei Livelli essenziali di assistenza, secondo i caratteri della garanzia dell'equità e dei livelli di performance organizzativa, e tende a verificare quanto le Regioni siano adempienti, o meno, ai dettami dell'Intesa Stato-Regioni sulle prestazioni da garantire in modo uniforme lungo il territorio nazionale.¹⁴²

L'ultima indagine, non per importanza, deriva dal Programma Nazionale di valutazione Esiti (PNE), che opera in vista di una valutazione complessiva delle prestazioni fornite dalle strutture ospedaliere a livello regionale, pubbliche o private che siano.

Un altro tentativo di sviluppare un sistema nazionale è in stato di sperimentazione da parte del Ministero della Salute, attraverso il SiVeAS, il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria¹⁴³, con il quale si sta cercando di implementare un modello di valutazione unico per i venti sistemi sanitari regionali, con il supporto scientifico del Laboratorio Management e Sanità presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Il SiVeAS ha, principalmente, l'obiettivo di "provvedere alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, coerentemente con quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, e dei criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati¹⁴⁴, assicurando un sostegno per la costruzione di metodi valutativi nei diversi contesti regionali.

A livello regionale le esperienze "benchmark" nel campo della valutazione sanitaria sono riscontrabili in Lombardia e in Toscana.

In Lombardia il modello è fortemente condizionato dalle scelte di *governance* che sono state messe in evidenza in questo lavoro, in particolare la decisione di puntare su un sistema istituzionale separato e di ricorrere in modo massiccio al settore privato.

¹⁴¹ <http://www.agenas.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione>

¹⁴² <http://www.agenas.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione/lea>

¹⁴³ Il SiVeAS è stato istituito con il Decreto ministeriale del 17 giugno 2006, in attuazione dell'articolo 1, 288 della legge n. 266, 23 dicembre 2005 ("Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato")

¹⁴⁴ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1497&area=siveas&menu=vuoto

In un ambiente in cui, quindi, le Aziende ospedaliere sono centrali nell'offerta di servizi sanitari rispetto alle Asl, ha prevalso un interesse alla *performance* delle strutture ospedaliere, sia delle Aziende ospedaliere che degli ospedali privati.

Le operazioni di valutazione sono svolte soprattutto dal CRISP, il Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica utilità, supportato dalla Regione Lombardia, e hanno il fine ultimo di assicurare il monitoraggio dei livelli della qualità assistenziale, lo sviluppo di processi di *learning by doing* e la distribuzione di informazioni utili al *management* aziendale.

I principali indicatori di cui si avvale il CRISP sono riconducibili cinque livelli dimensionali: la dimensione dell'efficacia *ex-post*, che indica l'idoneità dei comportamenti aziendali a produrre i risultati desiderati in termini di salute; la dimensione dell'accessibilità, che rivela quanto l'azienda produca servizi accessibili, in termini di tempo, e soddisfacenti per i cittadini; la dimensione della qualità *ex-ante*, che riguarda tutti gli aspetti che garantiscono una tutela preventiva della salute; la dimensione dell'efficienza, che ha un profilo più rivolto al criterio della razionalità nell'utilizzo delle risorse e dell'ottenimento del miglior rapporto tra costi e benefici; infine la dimensione dell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, intesa come mancanza di comportamenti opportunistici, varietà e la complessità dei trattamenti erogati e adeguatezza dei tassi di ricovero.¹⁴⁵

In Toscana, la Regione si avvale della collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, operando all'interno del Laboratorio Management e Sanità, per mettere in circolo l'esperienza di valutazione probabilmente più multidimensionale tra quelle proposte fino ad ora. Il cosiddetto "modello a Bersagli"¹⁴⁶ mira a congiungere le prestazioni di carattere meramente economico-finanziario ai risultati programmatici e gestionali afferenti alla sfera sociale.

Il sistema di valutazione toscano è ormai diventato un caposaldo della valutazione della *performance*. Infatti, come si comprenderà nel corso del Capitolo, questo modello viene utilizzato come punto di riferimento da parte di molte Regioni italiane, che hanno intrapreso da qualche anno un percorso condiviso di apprendimento, analisi sistematica e confronto istituzionale nel campo della sanità.

Infine, è da sottolineare l'innovativo progetto "Una misura di Performance dei SSR", cui ha lavorato il team di ricerca del C.R.E.A. Sanità (Consorzio per la Ricerca Economica

¹⁴⁵ Lucia Giovanelli, *op. cit.* pp. 70-71

¹⁴⁶ Nei prossimi paragrafi verranno delineate le caratteristiche di questo modello

Applicata in Sanità) dell'Università di Roma Tor Vergata, il quale ha costruito un interessante modello di valutazione della *performance* dei servizi sanitari sviluppando una metodologia imperniata su due elementi: non solo su alcuni indicatori che mettono in risalto la multidimensionalità del concetto di *performance*, ma anche, e soprattutto, su un focus sulle diverse prospettive di cui sono portatori i diversi attori che entrano in gioco nel sistema sanitario, quindi gli utenti, le professioni sanitarie, il management aziendale, le istituzioni e l'industria medica.¹⁴⁷

3.2 Una prospettiva di comparazione

Si è giunti al momento nevralgico di questo lavoro, quindi alla fase in cui ci si pone l'obiettivo di comprendere quanto, come e in base a quali variabili funzioni correttamente o meno correttamente il Servizio sanitario umbro.

Prima di tutto è necessario determinare quale sarà il metodo su cui si baserà questa analisi: si tratterà di una valutazione regionale in prospettiva comparata. In particolare, si è deciso di effettuare un raffronto tra i risultati conseguiti dal Sistema sanitario umbro con i Sistemi sanitari regionali delle Regioni Marche e Toscana.

Una scelta di questo tipo è tutt'altro che casuale. Infatti operare una comparazione tra queste realtà risponde ad una logica quadridimensionale.

Innanzitutto vi è un criterio più immediato e, si potrebbe dire, "epidermico", basato sulla mera adiacenza geografica tra queste realtà regionali, poste al Centro esatto della Penisola.

In secondo luogo, vi è una ragione squisitamente politica, che cerca di mettere a confronto tre Regioni caratterizzate, sin dalla loro origine, dalla pressoché totale assenza di alternanza politica al governo della Giunta regionale.

In tutti e tre i contesti, infatti, le elezioni regionali hanno quasi sempre espresso Giunte di sinistra o centro-sinistra¹⁴⁸; questo, inevitabilmente, non può essere un elemento del tutto

¹⁴⁷ C.R.E.A. Sanità, *Una misura di Performance dei SSR*, pag. 13, Report Edizione III, 2016

¹⁴⁸ Umbria e Toscana, dal 1970 ad oggi, hanno sempre espresso Giunte "rosse". Nelle Marche, fino al 1995 vi è stata un'alternanza di governo tra Democrazia Cristiana e il Partito Socialista Italiano; dal 1995 ad oggi, si sono susseguite solamente Giunte di centro-sinistra.

insignificante per le scelte strategiche in ambito sanitario.

Il terzo criterio, molto probabilmente collegato a quanto appena richiamato, risponde ad una logica istituzionale e di *governance* sanitaria. Come emerso nel Capitolo 1, Toscana e Umbria sono inseribili nel medesimo gruppo di Regioni, accomunate da un simile modello di *governance* che è basato su Asl di dimensioni medio-piccole, un sistema istituzionale prevalentemente integrato, un tasso di partecipazione dei soggetti privati all'erogazione di servizi sanitari inferiore alla media nazionale e una spesa per l'assistenza territoriale/distrettuale maggiore di quella ospedaliera e più in linea con le linee-guida nazionali. La Regione Marche, per parte sua, se ne distaccava solamente per il fattore dimensionale delle Asl, dato che l'intera popolazione è assistita da un'unica Asl.

Tuttavia, come già precisato, questa rappresenta certamente la scelta "meno strategica" tra le quattro messe in evidenza. A conferma di ciò, si può notare come le Regioni con Asl che hanno un bacino di utenza molto limitato solitamente istituiscono delle entità sovraziendali con il fine ottimizzare, razionalizzare e rendere più omogenee le attività di programmazione ed erogazione dell'assistenza sanitaria, attraverso il raccordo tra Aziende sanitarie.

Viceversa, le Regioni con Asl di grandi dimensioni, decentralizzano alcune fasi dell'attività e pianificazione dell'assistenza socio-sanitaria: come la Regione Marche, che si avvale di articolazioni dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale, ovvero le Aree Vaste (cinque in tutto). In definitiva, quindi, il Sistema sanitario marchigiano è, *de facto*, assimilabile da un punto di vista istituzionale a quelli delle Regioni del Gruppo 1 e, di conseguenza, a quelli di Toscana e Umbria. Questo porta a maturare una curiosità scientifica nel verificare se a modelli simili corrispondono, nella realtà empirica, livelli simili, o quantomeno non molto dissimili, di qualità dell'assistenza sanitaria.

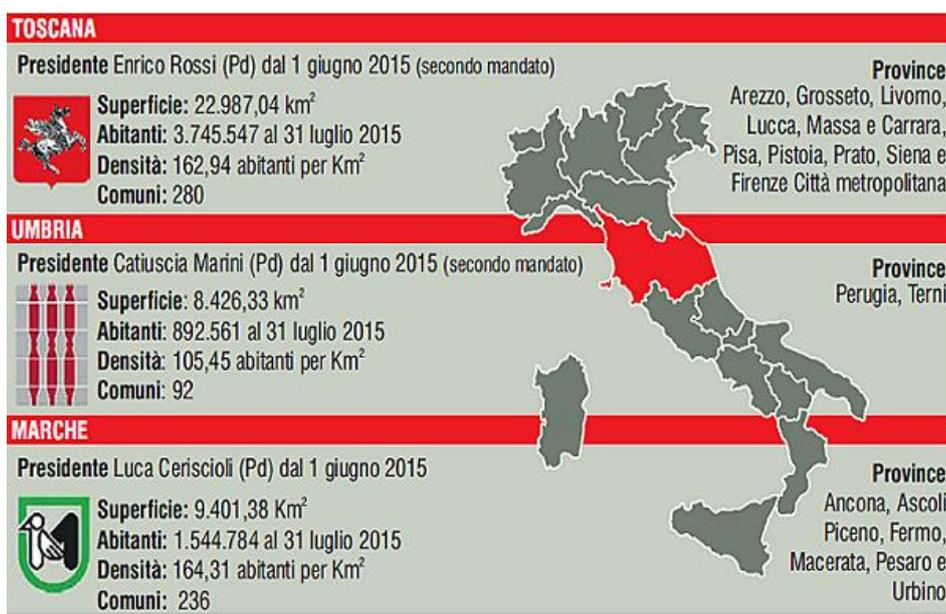
Vi è infine una quarta dimensione logica che anima questa operazione, che si fonda su un elemento che è destinato ad avere una rilevanza strategico-politica di grande spessore nel medio e lungo periodo: sta prendendo forma, sempre di più, l'intenzione delle Giunte regionali di Toscana, Umbria e Marche di convergere verso il progetto di una cosiddetta "Macroregione" dell'Italia centrale.

Seppure questo progetto sia solo ad una fase embrionale, la Macroregione sembra essere, anche secondo il parere di molti rappresentanti degli uffici amministrativi regionali, una prospettiva ineludibile, che prevede un "ridisegno istituzionale dell'assetto regionalista

dell'Italia centrale"¹⁴⁹, attraverso il quale, inizialmente, ci sarebbe l'avvio di un percorso di coordinamento delle politiche regionali su alcuni temi fondamentali per gli enti regionali, come la Sanità, l'internazionalizzazione delle imprese, l'occupazione giovanile o l'utilizzo dei fondi strutturali, con una conseguente integrazione e omogeneizzazione dei principali servizi socio-economici regionali.¹⁵⁰

Nel medio-lungo periodo, poi, questo aprirebbe la strada a una definitiva ridefinizione dei confini territoriale e, soprattutto, all'aggregazione delle comunità regionali che condividerebbero un unico *Welfare* regionale, in vista di "un grande progetto economico, civile e sociale, prima ancora che istituzionale"¹⁵¹.

FIGURA 3.1 – Il progetto di Macroregione tra Toscana, Umbria e Marche



Fonte: Corriere dell'Umbria, 22 dicembre 2015

Attualmente, il primo passo formale verso questa direzione è stato effettuato a Bruxelles, nel mese di giugno, quando Enrico Rossi, Luca Ceriscioli e Catuscia Marini hanno firmato un primo protocollo d'intesa su alcune questioni di *policy* dirimenti.

Le novità in ambito sanitario, quelle che più interessano questo lavoro, sono rappresentate

¹⁴⁹ Parole del Presidente della Regione Marche, Luca Ceriscioli

¹⁵⁰ <http://www.umbria24.it/macroregione-prima-firma-tra-umbria-toscana-e-marche-politiche-coordinate-nasce-un-brand/404238.html>

¹⁵¹ Parole del Presidente dell'Ires Cgil Marche, Walter Cerfeda

soprattutto dalla creazione di una “Centrale unica acquisti”, con l’unificazione delle diverse strutture che operano all’interno delle Regioni nella gestione delle gare per l’acquisto di beni e servizi sanitari¹⁵².

Un intervento in questo senso dovrebbe permettere un forte impatto in termini di razionalizzazione e riduzione dei costi, nonché una “migliore efficienza ed efficacia della spesa pubblica, oltre che un aumento il livello di trasparenza delle procedure”¹⁵³.

L’altro intervento a breve termine per la Sanità dovrebbe svilupparsi in materia di mobilità sanitaria, per la quale potrebbero essere previsti degli accordi interregionali per rendere più snella la mobilità degli utenti per specifiche fattispecie di cure mediche e visite.

Alla luce di tutto questo si può affermare che l’eventuale istituzione della Macroregione, come vorrebbe quello che giornalmisticamente viene definito “Patto del Sagramantino”, avrebbe enormi ripercussioni soprattutto sulle politiche della sanità, dato che esse determinano, per il bilancio regionale, mediamente quasi l’80% delle spese complessive regionali.

3.2.1 Quale metodo di comparazione?

Il metodo di confronto tra le realtà regionali, che verrà utilizzato nei successivi paragrafi, si strutturerà, innanzitutto, intorno a due dei principali modelli di valutazione della *performance* sanitaria regionale -in una chiave di lettura multidimensionale - a cui si è fatto riferimento in precedenza, quindi il Network Regioni del Laboratorio Management e Sanità di Pisa e gli studi del C.R.E.A. Sanità.

Successivamente si analizzerà uno dei fulcri della valutazione sanitaria a livello governativo, vale a dire la Relazione con le verifiche annuali del Ministero della Salute sull’adempimento delle Regioni all’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Infine si analizzerà una specifica dimensione della *performance* sanitaria, la dimensione economico-finanziaria, diventata sempre più cruciale in seguito al processo di Riforma degli ultimi decenni, in particolare concentrandosi su alcuni indicatori semplici dei bilanci sanitari regionali e sui dati afferenti alla sfera della mobilità sanitaria.

¹⁵² La gestione degli appalti riguarda anche in altri contesti come i servizi di pulizia, lavanderia e ristorazione per enti pubblici, vigilanza armata e altro.

¹⁵³<http://www.umbria24.it/macroregione-marche-toscana-e-umbria-fanno-la-spesa-insieme-partiamo-da-cose-concrete/400632.html>

3.3 I risultati del Network Regioni del Laboratorio Management e Sanità

Il sistema di valutazione delle *performance* regionali progettato dal Laboratorio di Management e Sanità è stato introdotto nel Sistema sanitario della Regione Toscana, come metodo di riferimento, nel 2004.

Il modello si è dimostrato, sin da subito, molto efficace ed utile, soprattutto per il supporto tecnico-scientifico che tuttora rappresenta nei confronti delle istituzioni politiche e dei *decision-makers*, per questo motivo, dal 2008, gradualmente hanno aderito al sistema di valutazione anche altre Regioni, tra le quali Liguria (2008), Umbria e Piemonte (2009), Marche, Basilicata, Veneto, Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia, fino a rendere il sistema un vero e proprio *Network* di Regioni.¹⁵⁴

Il fine di questo modello è quello di proporre una valutazione dei sistemi sanitari regionali attraverso la comparazione di un *range* di indicatori condivisi da tutte le Regioni. Il MeS, a questo proposito, ha individuato di concerto con gli altri soggetti partecipanti un bacino di 200 indicatori, per delineare ed esaminare, attraverso un processo di *benchmarking*, le plurime dimensioni che determinano la *performance* complessiva dei Ssr.¹⁵⁵

In questo modo, viene fornito ad ogni Regione partecipante al progetto uno strumento di misurazione e confronto sistematico relativo a ciascuna delle proprie Aziende sanitarie con quelle delle altre realtà.

La metodologia del Network prevede, in un primo momento, che i 200 indicatori individuati vengano sintetizzati in 37 indicatori di sintesi¹⁵⁶, per poi distribuire questi ultimi tra sei classi dimensionali di valutazione: valutazione dello stato di salute della popolazione, valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali, valutazione socio-sanitaria, valutazione esterna, valutazione interna e valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa.

Il Report è strutturato in modo da analizzare in modo molto puntuale ciascuno degli indicatori di tutte le dimensioni in chiave comparata, predisponendo delle “classifiche” tra

¹⁵⁴ Dal 2015, con l’adesione anche da parte di Lazio, Lombardia, Puglia, Calabria e Sardegna (seppur in via sperimentale), le Regioni che costituiscono il Network sono in tutto 15: Toscana, Umbria, Pa Trento, Pa Bolzano, Marche, Basilicata, Emilia, Friuli, Calabria, Lazio, Puglia, Lombardia, Veneto, Sardegna, Liguria

¹⁵⁵ Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute, *op. cit.* pag. 14

¹⁵⁶ In questa analisi ne verranno presi in considerazione 35, perché verrà accorpato l’indicatore “Rischio clinico” nell’indicatore sintetico “qualità di processo” mentre l’indicatore “promozione stili di vita sani” verrà accorpato all’indicatore sintetico “stili di vita”

Regioni, attraverso dei grafici ad istogramma, e delineando i risultati di *performance* delle Aziende sanitarie a livello intra-regionale, attraverso invece l'attribuzione a ciascuna Azienda regionale un valore cromatico in una scala di colori che va dal verde scuro che indica una *performance* ottima, fino al rosso, che indica una *performance* molto scarsa, passando per i livelli intermedi del verde (*performance* buona), del giallo (*performance* media) e dell'arancione (*performance* scarsa).

Gli indicatori sono, in seguito, sintetizzati e riuniti per ogni Regione all'interno di uno schema cosiddetto a "bersaglio", suddiviso in più strati concentrici a seconda dei valori cromatici appena elencati, che offre una sintesi della *performance* a livello aziendale e regionale, in relazione a tutte e sei le dimensioni della valutazione.

Si tratta di una chiave di lettura molto semplice, seppur in un contesto metodologico molto complesso, che permette di individuare chiaramente i punti di forza e i punti di debolezza delle Sanità regionali, perché gli indicatori che si posizionano più vicini al centro dello schema sono quelli con migliori risultati, viceversa i più lontani dal centro sono le variabili su cui gli attori istituzionali sono chiamati ad intervenire.

Non resta che analizzare i principali risultati delle Regioni Umbria, Toscana e Marche in ognuna delle dimensioni prese in esame dalla MeS di Pisa. (Nell'Appendice si troveranno gli schemi a bersaglio e le mappe di *performance* di ciascuna Regione).

1) La valutazione dello stato di salute della popolazione indica, chiaramente, quelle variabili che più rappresentano un aumento, o una diminuzione, dei livelli di salute della popolazione di riferimento.

Gli indicatori sintetici che vengono utilizzati per misurare "l'assenza di salute" dal MeS sono cinque: la mortalità infantile, mortalità per tumori, mortalità per malattie circolatorie, morti per suicidi e gli indicatori inerenti gli stili di vita (obesità, tabagismo, alcolismo).¹⁵⁷

Secondo i dati riferiti agli anni 2010-2012 (i più recenti a disposizione) la popolazione umbra è caratterizzata da un basso livello di mortalità infantile, un basso tasso di morti per tumori e tassi di mortalità per malattie circolatorie di livello medio; le problematiche principali sembrano rappresentate dall'alto numero di morti per suicidio, che sono circa 7 ogni 100 mila residenti (tra l'altro si tratta del maggiore aumento, in Italia, su scala biennale di questo indicatore), percentuali di persone obese e sovrappeso sopra la media delle Regioni e la

¹⁵⁷ Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute, *op.cit.* pp. 14-15

percentuale di fumatori più alta tra tutte le Regioni del Network (30% circa).

In Toscana sono riscontrabili buoni risultati inerenti allo stato di salute della popolazione, in particolare per quanto concerne la mortalità per tumori che la mortalità per le malattie circolatorie, mentre gli indicatori sono nella media per quanto riguarda la mortalità infantile, per gli indicatori sullo stile di vita e sulla loro promozione da parte della medicina territoriale.

Nelle Marche la *performance* si dimostra buona sia per i tassi di mortalità per suicidi e per tumori, mentre risulta media per i tassi di mortalità infantile, mortalità per malattie circolatorie e per la qualità degli stili di vita. Tuttavia vi è una percentuale sopra alla media delle Regioni del Network di persone obese o in sovrappeso, a cui non corrisponde, però, una sufficiente attività di promozione di stili di vita sani da parte dei medici e di altri operatori sanitari a livello territoriale.

TABELLA 3.1 – Performance delle Regioni per la dimensione “Stato di salute della popolazione”

	Mortalità malattie circolatorie	Mortalità suicidi	Stili di vita	Mortalità infantile	Mortalità tumore
Umbria	Yellow	Orange	Yellow	Green	Green
Toscana	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green
Marche	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green

Fonte: Personale elaborazione su risultati del Report 2014 MeS, Pisa

2) La valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali rappresenta la capacità delle Aziende sanitarie di operare coerentemente con quanto definito a livello di programmazione regionale, in modo efficace ed efficiente. Questa caratteristica viene misurata secondo cinque indicatori: la capacità di gestione del dolore, il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione e promozione della salute, l'estensione e adesione ai programmi di *screening* e la copertura vaccinale.¹⁵⁸

L'Umbria dimostra un buon livello di copertura vaccinale complessiva, fatta eccezione per la copertura antinfluenzale degli operatori sanitari. Anche i programmi di *screening* oncologico sono molto buoni. Raggiungono picchi di estensione gli *screening* di

¹⁵⁸ Ibidem

tipo mammografico (nonostante una leggera diminuzione dell'estensione rispetto al biennio 09-10), della cervice uterina, colorettaie (seppur con un modesto tasso di adesione ai programmi). Risultano, invece, scarsi i risultati per quel che concerne il consumo di farmaci oppioidi, che è un indice che è utile a valutare la gestione del dolore, e pessimi i risultati che riguardano le cure domiciliari, le quali rappresentano l'assistenza cruciale per la realizzazione di attività e interventi rivolti a fasce di popolazione particolarmente fragili, come gli anziani.

La Toscana la copertura vaccinale è molto estesa, soprattutto per il Papilloma virus e il vaccino esavalente a 24 mesi, con l'unica eccezione rappresentata dall'antinfluenzale per gli anziani che, a dire il vero, è un aspetto problematico per tutte le Regioni del Network. La gestione del dolore risulta in miglioramento rispetto alle ultime rilevazioni, mentre è ottima la *performance* per gli *screening*, sia in termini di adesione che si estensione dei programmi, in particolare i programmi di mammografia.

Nelle Marche è stata riscontrata una pessima *performance* nella gestione del dolore, con i più bassi consumi di farmaci oppioidi tra le Regioni di riferimento. Una performance scarsa per la copertura vaccinale, in particolare per i vaccini antinfluenzali per anziani e i vaccini contro il Papilloma virus, fatta eccezione per il vaccino esavalente a 24 mesi. Buoni risultati, invece, sono ottenuti nel campo degli screening oncologici, con alti livelli di adesione e estensione per lo *screening* della cervice uterina e una buna estensione dello *screening* colorettaie, a cui però non corrispondono buoni tassi di adesione. Infine, è molto scarsa la *performance* per le cure domiciliari infatti, dopo la Puglia, le Marche presentano la più bassa percentuale di anziani che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare.

TABELLA 3.2 – Performance delle Regioni per la dimensione “Capacità di perseguimento delle strategie regionali”

	Gestione del dolore	Screening oncologici	Copertura vaccinale	Cure domiciliari
Umbria	Orange	Green	Yellow	Red
Toscana	Yellow	Light Green	Yellow	Light Green
Marche	Red	Light Green	Orange	Red

Fonte: Personale elaborazione su risultati del Report 2014 MeS, Pisa

3) La valutazione socio-sanitaria si riferisce a quei fattori che sono determinanti per valutare “la qualità, l’appropriatezza, l’efficienza, la capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività ospedaliere, che per le attività territoriali”.

Il set di indicatori è, per una dimensione così complessa ed articolata, è molto ampio e comprende: il controllo delle malattie infettive; la capacità di governo della domanda (tassi di ospedalizzazione); l’efficienza ospedaliera (indice di *performance* della degenza media per acuti per ricoveri medici e chirurgici e la degenza media pre-operatoria negli interventi chirurgici programmati); gli indici di appropriatezza (indicatori di appropriatezza chirurgica, appropriatezza medica, appropriatezza prescrittiva e *compliance* farmaceutica, appropriatezza prescrittiva diagnostica); i tassi di ospedalizzazione per la chirurgia elettiva; la qualità di processo clinico, indicatori inerenti, quindi, all’adozione di protocolli clinici e tecniche strumentali, alle eventuali problematiche nella fase post-operatoria e al rischio clinico per i pazienti (ad esempio la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro trenta giorni); l’integrazione ospedale-territorio, che rappresenta, come già descritto, un elemento nodale dell’assistenza sanitaria odierna ed è misurato con indicatori che esaminano l’efficacia e la continuità dell’assistenza sanitaria in termini di attività territoriale; la qualità dell’assistenza materno-infantile; i livelli di assistenza per le patologie croniche; l’assistenza sanitaria rivolta alla salute mentale; la valutazione delle attività di emergenza-urgenza; la qualità dei percorsi oncologici; la *compliance* dell’assistenza farmaceutica e molto altro.¹⁵⁹

La Regione Umbria, dal punto di vista dell’assistenza ospedaliera, ha delle difficoltà nella gestione della domanda, soprattutto nel contesto dell’Asl 2, in cui il tasso di ospedalizzazione per Day Hospital medico per acuti è sopra la media delle Regioni e l’indice di *performance* della degenza media in ambito chirurgico dimostra una “scarsa capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica, che all’utilizzo delle risorse”¹⁶⁰. Buona, invece, la *performance* della degenza media in ambito medico.

La durata delle degenze è sui livelli medi regionali per i ricoveri chirurgici, mentre per i ricoveri medici è più bassa rispetto alla media.

Nella sfera della qualità clinica, i principali aspetti problematici sono la percentuale delle fratture al femore operate entro due giorni due giorni dall’ammissione (poco al di sopra del 50%, anche se è un dato migliore rispetto all’ultima rilevazione) e l’attitudine dei Pronto

¹⁵⁹ Ibidem

¹⁶⁰ Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute, *op.cit.* pp. 182-183

Soccorso di veicolare la casistica in direzione dei reparti di riferimento. Rimanendo in tema di Pronto Soccorso, i tempi di attesa sono superiori alla media e i risultati sono peggiori rispetto al 2013. Inoltre vi è un elevato tasso di abbandono volontario che potrebbe indicare una certa insoddisfazione in capo agli *stakeholders*.

Anche per l'indicatore inerente all'assistenza materno-infantile vi sono ambiti in cui un intervento sembra cruciale. Ad esempio la percentuale di ricorso a parti cesarei depurati ha raggiunto quasi il 30%, una cifra al di sopra della media delle Regioni. Discorso simile anche per le episiotomie depurate¹⁶¹ e per i tassi di ospedalizzazione infantile. Vi è inoltre un'eccessiva dispersione della casistica in punti di nascita caratterizzati da un numero di casi inferiore ai 500 all'anno.

Pessimi risultati sono individuati per l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, anche in questo caso la *performance* peggiore è a carico dell'Asl 2, soprattutto in virtù di un elevato utilizzo di farmaci Inibitori di Pompa Protonica, di farmaci antidepressivi e di antibiotici.

L'Umbria ottiene buone *performance* da un punto di vista oncologico, in particolare grazie alla buonissima percentuale degli interventi chirurgici conservativi e ricostruttivi alla mammella sul totale degli interventi per tumori maligni alla mammella.

Anche nell'ambito della salute mentale gli indicatori di *performance* sono buoni.

Infine, nonostante ci sia un miglioramento rispetto all'ultima rilevazione, le strutture assistenziali umbre ancora non hanno una buona capacità di rispondere alle problematiche derivanti da patologie croniche (patologie sempre più in crescita nella popolazione italiana, visti anche gli andamenti demografici), mentre sono complessivamente buone le valutazioni sull'integrazione tra ospedale e territorio.

La Toscana evidenzia una *performance* buona per grande parte degli indicatori afferenti alla sfera dell'assistenza ospedaliera, con un'ottima attitudine al governo della domanda, buoni tassi di ospedalizzazione, elevati livelli di appropriatezza sia in ambito medico, che chirurgico, un efficiente utilizzo delle risorse ospedaliere al punto che i tempi di degenza medica e chirurgica sono molto contenuti.

La qualità del processo clinico è buona per grande parte del *pattern* di indicatori, con l'unica eccezione rappresentata dagli interventi di prostatectomia.

Anche nell'assistenza materno-infantile la Toscana appartiene alle Regioni con i migliori risultati, nonostante un tasso di ospedalizzazione in età pediatrica maggiore rispetto alla

¹⁶¹ Un intervento, ormai routinizzato, utilizzato durante il parto vaginale

media.

Il “fiore all’occhiello” dell’assistenza sanitaria toscana è, probabilmente, l’integrazione tra l’assistenza territoriale e l’assistenza ospedaliera. Infatti viene garantita un’ottima continuità di cure alla popolazione residente, resa manifesta dai bassissimi tassi di ospedalizzazione standard per i ricoveri con degenza superiore ai trenta giorni (il miglior indice tra tutte le Regioni), dall’altrettanto basso livello di ospedalizzazione pediatrica per asma e i buoni risultati nella gestione delle patologie croniche.

Anche in Toscana uno dei profili più problematici è costituito dalla scarsa appropriatezza farmaceutica prescrittiva, in particolare per i farmaci antidepressivi, anti-ipertensivi e gli antibiotici.

Le Marche mostrano i migliori risultati di *performance* negli indicatori che fanno riferimento al percorso oncologico (come, del resto, quasi tutte le Regioni del Network) e il *management* delle patologie croniche, con un picco di eccellenza nella gestione del diabete (secondo tasso più basso di ospedalizzazione per diabete dopo la Pa di Trento).

Il ricorso all’assistenza ospedaliera risulta nella media rispetto alle altre Regioni, sia per i tassi di ospedalizzazione, che per la durata delle degenze. Quest’ultima è in miglioramento rispetto al 2013, soprattutto per i ricoveri medici.

Più complicata la situazione nella sfera dell’appropriatezza medica, in virtù di alcuni pessimi indicatori come la percentuale di ricoveri acuti medici con durata maggiore rispetto al tempo massimo previsto per la gestione di uno specifico *framework* clinico, riferito alla popolazione anziana.

Alcune variabili dell’assistenza materno-infantile sono delicate, infatti è presente un eccessivo ricorso al parto cesareo, una percentuale intorno al 29%, in crescita rispetto al 2013.

La continuità tra cure territoriali e ospedaliere è, probabilmente, l’aspetto in cui è più urgente intervenire, sia per la centralità strategica di questo indicatore, sia perché, effettivamente, la *performance* nelle Marche da questo punto di vista è piuttosto scarsa. A dimostrazione di questo vi è il tasso di ospedalizzazione per ricoveri con degenza superiore ai trenta giorni, di gran lunga il peggior risultato tra le Regioni del Network, con una cifra di quasi 3 ricoveri ogni mille residenti.

Infine, come nei casi precedenti, l’appropriatezza farmaceutica si propone come una *issue* di difficile risoluzione, dato che è sempre complesso garantire il binomio tra l’autonomia

nella prescrizione del medico e le logiche di sostenibilità del sistema sanitario regionale.¹⁶²

TABELLA 3.3 – Performance delle Regioni per la dimensione “Valutazione socio-sanitaria”

	Umbria	Toscana	Marche
Governo della domanda	Orange	Green	Yellow
Appropriatezza medica	Yellow	Green	Orange
Appropriatezza chirurgica	Orange	Green	Yellow
Qualità di processo	Orange	Yellow	Yellow
Materno-infantile	Orange	Green	Yellow
Integrazione	Yellow	Dark Green	Orange
Appropriatezza farmaceutica	Orange	Orange	Orange
Percorso oncologico	Green	Green	Green
Gestione patologie croniche	Orange	Green	Green
Appropriatezza diagnostica	Yellow	Orange	Orange
Salute mentale	Yellow	Yellow	Orange
Emergenza-urgenza	Green	Yellow	Yellow
Variabilità chirurgica	Yellow	Yellow	Yellow
Compliance farmaceutica	Orange	Orange	Red

Fonte: Personale elaborazione su risultati del Report 2014 MeS, Pisa

4) La valutazione esterna aiuta a comprendere il rapporto tra le istituzioni e le strutture sanitarie e gli utenti sanitari, quindi la popolazione. Essa consente quindi di monitorare quali siano i giudizi degli utenti sull’assistenza sanitaria regionale e, quindi, i loro livelli di soddisfazione. I principali indicatori utilizzati sono il tasso di abbandono del Pronto Soccorso e le dimissioni volontarie da ricovero ospedaliero.¹⁶³

In Umbria, come già evidenziato, il numero di pazienti che abbandonano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l’accettazione è quasi di cinque persone su cento, questo avviene in particolare nell’Asl 2 e nell’Azienda Ospedaliera di Terni. Ancora più

¹⁶² Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute, *op.cit.* pag. 242

¹⁶³ Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute, *op.cit.* pp. 14-15

negativo il dato relativo alle dimissioni volontarie dei pazienti in regime di ricovero (1,5%). Questi dati fanno riflettere le istituzioni sanitari sul grado di soddisfazione degli utenti rispetto alle strutture sanitarie umbre, anche se è giusto precisare che si tratta di un indicatore che è influenzato da diverse variabili.

In Toscana la valutazione esterna è, di certo, più positiva, anche se non ottimale: gli abbandoni dal Pronto Soccorso sono circa 1,5 su 100. Mentre la percentuale di dimissioni volontarie dai ricoveri circa l'1%.

Nelle Marche gli indicatori sono interessanti perché se da una parte vi è, apparentemente, un elevato grado di insoddisfazione nei confronti del Pronto Soccorso (quasi sei abbandoni su cento), dall'altra è molto positivo il risultato delle dimissioni volontarie da ricovero, con una percentuale poco al di sopra dello 0,5%.

A incidere sugli alti tassi di abbandono potrebbero essere i "problemi di tempestività della risposta ai bisogni dei pazienti in accesso con codice verde e con codice giallo"¹⁶⁴

TABELLA 3.4 – Performance delle Regioni per la dimensione "Valutazione esterna"

	Abbandoni Pronto Soccorso	Dimissioni volontarie ricovero
Umbria		
Toscana		
Marche		

Fonte: Personale elaborazione su risultati del Report 2014 MeS, Pisa

5) La valutazione interna, al contrario, ha l'obiettivo di monitorare il giudizio del personale sanitario che opera all'interno delle Aziende sanitarie regionali. Le variabili prese in considerazione sono la partecipazione all'indagine di clima interno, la formazione, il *management* per i dipendenti e la comunicazione/informazione per i dipendenti.¹⁶⁵

In Umbria il livello di adesione all'indagine di clima interno da parte dei dipendenti delle strutture coinvolte nella rilevazione è stato scarso nel 2014, circa il 22%¹⁶⁶

¹⁶⁴ Ivi, pag. 58

¹⁶⁵ Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute, *op.cit.* pp. 14-15

¹⁶⁶ I dati sono reperibili nel server della Scuola Superiore Sant'Anna. La rilevazione è svolta secondo il metodo

Con l'indicatore "formazione" si vuole comprendere come il personale sanitario delle Aziende sanitarie percepisca i programmi formativi che l'Azienda stessa prevede per i propri dipendenti. In questo caso la valutazione è positiva, con una *performance* del 59%, anche se il dato rappresenta la media tra percentuali molto variabile all'interno delle diverse Aziende regionali. Si va da un picco del 61% nella Ao di Perugia a un più modesto 52% nell'Ao di Terni.

La valutazione che i dipendenti delle strutture sanitarie danno nei confronti dei propri dirigenti ha un valore buono, soprattutto se si considera che è la seconda migliore valutazione tra le Regioni del Network, oltre il 51%. Anche in questo caso la varianza dei risultati è alta, dato che nell'Ao di Terni la *performance* è solo del 44%.

Anche la valutazione dei processi comunicativi e informativi all'interno delle Aziende è considerato di valore medio dai dipendenti umbri, con una valutazione del 49%.

In Toscana la partecipazione all'indagine di clima interno è molto elevata e corrisponde al 40%, il doppio rispetto alla media delle altre Regioni.

La valutazione sui percorsi formativi, sul management aziendale e sui processi informativo-comunicativi è rispettivamente del 55%, 50% e 46%, tutti e tre valori che determinano una valutazione media.

Nelle Marche il livello di adesione all'indagine di clima interno è stata scarsa, ovvero solo il 21%. La percezione dei dipendenti sulla formazione fornitagli dalle Aziende sanitarie (59% di valutazione), la percezione sull'operato del proprio management (50% di valutazione) e il giudizio sui meccanismi interni di comunicazione (47% di valutazione) anche in questa Regione rappresentano valori medi di *performance*.

TABELLA 3.5 – Performance delle Regioni per la dimensione "Valutazione interna"

	Indagine clima interno	Formazione	Management	Comunicazione interna
Umbria				
Toscana				
Marche				

Fonte: Personale elaborazione su risultati del Report 2014 MeS, Pisa

"Computer Assisted Web Interview", che si basa su questionari online rivolti ai dipendenti delle Aziende sanitarie regionali

6) La valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa, infine, risponde alla finalità di analizzare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse nei diversi comparti dell'assistenza sanitaria. Gli indicatori sintetici utilizzati sono la spesa farmaceutica (territoriale e ospedaliera), l'efficienza prescrittiva farmaceutica, la sicurezza sul lavoro, i costi sanitari pro-capite, il costo medio dell'assistenza ospedaliera e il costo per prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini ponderato per tariffa.¹⁶⁷

In Umbria vi sono delle difficoltà nel governo della spesa farmaceutica, questa infatti è di poco al di sopra della media, anche se in decrescita rispetto al 2013. Un intervento volto al contenimento dell'eccessivo utilizzo dei farmaci di cui sopra potrebbe essere utile in vista di una razionalizzazione dei costi farmaceutici.

Una *performance* di livello medio, seppur tra le migliori nel bacino delle Regioni del Network, è riscontrabile sul tema della "sicurezza sul lavoro", sono raggiunti buoni risultati soprattutto per gli indicatori che valutano la copertura delle ispezioni negli ambienti di lavoro.

Per quanto riguarda il costo sanitario pro-capite¹⁶⁸, nel 2013 la *performance* è stata buona ed inferiore rispetto alla media delle Regioni, con una sensibile riduzione rispetto ai risultati del 2012. La spesa rivolta all'assistenza ospedaliera è nella media mentre il costo per le attività di tipo diagnostico sono leggermente al di sopra.

La Toscana, invece, mostra ottime prestazioni in quanto a efficienza prescrittiva mentre i risultati sono scarsi per la spesa territoriale pro-capite (problematica che può essere affrontata migliorando l'appropriatezza prescrittiva).

In termini economico-finanziari la Regione presenta risultati positivi per tutti i tre gli indicatori principali, con costi contenuti sia per l'assistenza ospedaliera, che per l'attività diagnostica e con un costo sanitario pro-capite tra i più bassi tra le Regioni (circa 1800 euro).

In conclusione, le Marche hanno gravi difficoltà nella *governance* del comparto farmaceutico, soprattutto a causa di un'elevatissima spesa farmaceutica territoriale pro-capite - la più alta tra le Regioni del Network, che si attesta intorno ai 200 euro - e di bassi livelli di efficienza prescrittiva farmaceutica.

Il miglior risultato economico viene registrato per il costo sanitario pro-capite, che è il più basso tra tutte le Regioni e non raggiunge i 1800 euro. Appare in media, invece, il costo per l'attività ospedaliera e diagnostica.

¹⁶⁷ Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute, *op.cit.* pp. 14-15

¹⁶⁸ Calcolato come rapporto tra le spese sostenute dalla Asl e il numero dei suoi assistiti.

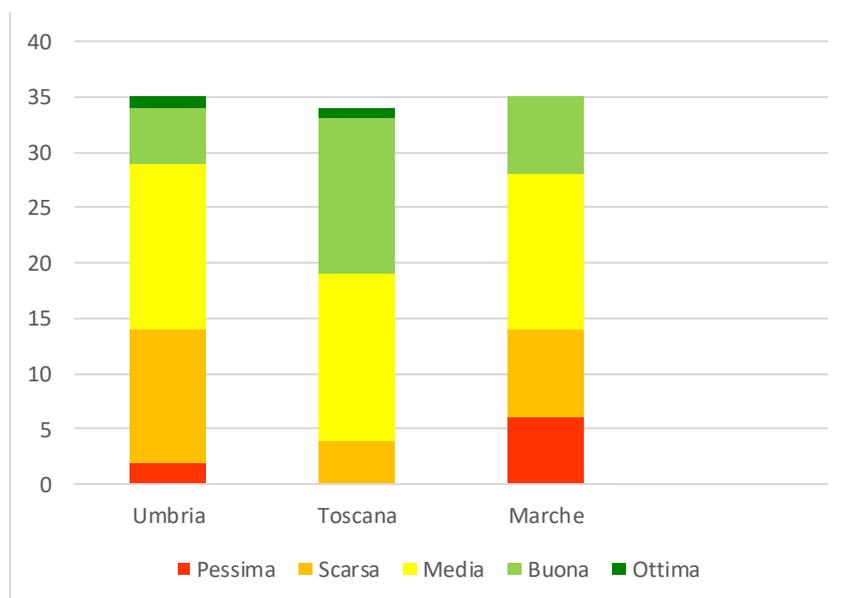
TABELLA 3.6 – Performance delle Regioni per la dimensione “Valutazione economico-finanziaria”

	Governo spesa farmaceutica	Efficienza prescrittiva	Sicurezza sul lavoro	Costo sanitario pro-capite	Costo medio per Drg	Costo per prestazione diagnostica strumentale
Umbria	Orange	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow
Toscana	Orange	Green	N. D.	Green	Yellow	Green
Marche	Red	Red	Orange	Green	Yellow	Yellow

Fonte: Personale elaborazione su risultati del Report 2014 MeS, Pisa

I risultati del Laboratorio MeS di Pisa possono essere sintetizzati dagli istogrammi presenti nel Grafico 3.1, che mette in evidenza le *performance* complessive degli indicatori utilizzati per questa analisi. È sufficiente anche solo uno sguardo superficiale, per trarre le prime conclusioni del Report che, ricordiamolo, è prodotto al 2014 ma ha una copertura valutativa biennale e mette in evidenza anche il progresso – o regresso – della *performance* delle variabili, prese in considerazione per rappresentare il funzionamento dei Sistemi sanitari regionali, rispetto alle risultanze degli anni passati.

GRAFICO 3.1 – Sintesi delle *performance* di Umbria, Toscana e Marche, secondo i risultati del Laboratorio MeS



Fonte: Personale elaborazione su dati del Report 2014 MeS, Pisa

La Regione che, abbastanza nettamente, produce i migliori risultati in prospettiva comparata è certamente la Toscana. A dimostrazione di questo, se per ogni Regione si osserva la distribuzione di frequenza dei diversi livelli di *performance* (Pessima, Scarsa, Media, Buona, Ottima), si nota come mentre in Umbria e nelle Marche i valori più frequenti sono “*performance media*” e “*performance scarsa*” (rispettivamente 15/12 in Umbria e 14/8 nelle Marche), in Toscana 29 indicatori su 34 producono risultati medi (15) e risultati buoni (14). La Toscana infatti, a differenza di Umbria e Marche, utilizza un approccio molto organico nella predisposizione di tutte le attività di risposta alle esigenze sanitarie della propria popolazione, cercando di veicolare le proprie risorse in modo mediamente efficiente verso quasi tutti gli *asset* dell’assistenza, senza lasciare alcun ambito socio-sanitario privo di attenzione da parte delle istituzioni sanitarie (politiche e manageriali).

Questo lo dimostra l’assenza di indicatori sintetici dotati di pessima *performance* di risultato e il bassissimo numero di variabili sui cui le istituzioni hanno urgenza di intervenire.

Queste poche variabili, tra l’altro, appartengono a quell’area in cui tutte le Regioni del Network mostrano grandi profili di criticità, ovvero l’assistenza farmaceutica, declinata secondo gli indicatori di appropriatezza farmaceutica, *compliance* farmaceutica e governo della spesa.

Si può dire, quindi, che il Sistema sanitario toscano, da come emerge dalla metodologia utilizzata dal Laboratorio MeS, non è caratterizzato da elementi di debolezza strutturale.

Inoltre, prendendo come riferimento la mappa di *performance* (Grafici A5 e A6), si intuisce come la Toscana segua un processo di graduale miglioramento del funzionamento delle proprie strutture sanitarie, in ambito sia territoriale che ospedaliero, rispetto agli anni precedenti, per la gran parte dei principali indicatori di *performance*.

Più complessa la situazione di Marche e Umbria, i cui Sistemi sanitari regionali sono dotati di grande eterogeneità e frammentarietà, in cui si alternano elementi di eccellenza a caratteri di rilevante problematicità che fanno presumere che vi debbano essere interventi e azioni di *policy* mirate da parte degli attori istituzionali regionali.

Queste Regioni presentano delle peculiarità non molto dissimili, perché entrambe mostrano una prevalenza di indicatori che si annidano nei livelli medi con una tendenza verso il basso. Tra l’altro i due sistemi sembrano ottenere buonissimi risultati in alcune aree specifiche simili, come nel settore dei percorsi di *screening*, in particolare per gli screening oncologici, e negli indicatori afferenti alle problematiche legate ai tumori.

Simmetricamente, anche i risultati peggiori si dipanano lungo le stesse linee di criticità, sia

nell'ambito ospedaliero (management del dolore, gestione del rischio clinico), sia, soprattutto, nella sfera dell'assistenza territoriale, nella quale urgono strategie regionali volte ad una maggiore integrazione ospedale-territorio, in particolare per raggiungere una più intensa continuità tra professionisti intra e extra-ospedalieri¹⁶⁹ e migliorare l'assistenza domiciliare, assolutamente insufficiente in entrambi i contesti. Come in Toscana, poi, anche nelle Marche e in Umbria la valutazione in tema di assistenza farmaceutica lascia aperte ragioni di riflessioni che senza dubbio si riveleranno cruciali nel medio-lungo periodo, per far sì che potenziamenti dell'efficienza prescrittiva e razionalizzazioni della spesa farmaceutica possano rendere maggiormente sostenibili i Servizi sanitari regionali marchigiano e umbro.

Per capire in modo più puntuale quale sia, tra Umbria e Marche, la Regione che, complessivamente, ottiene delle prestazioni migliori rispetto all'altra, si è deciso di ricorrere a quello che può essere definito un *ranking* grezzo delle *performance* regionali.

Il *modus operandi* per determinarlo è molto semplice. Innanzitutto si può attribuire un valore numerico ad ognuno dei livelli di *performance* stabiliti fino a questo momento, nel seguente modo:

- *Performance* pessima (p_1) = 1
- *Performance* scarsa (p_2) = 2
- *Performance* media (p_3) = 3
- *Performance* buona (p_4) = 4
- *Performance* ottima (p_5) = 5

Successivamente, per ottenere un indice sintetico di *performance* complessiva (P_{TOT}), si può moltiplicare ognuno di questi valori numerici (p_N) per il numero di indicatori (n) che presentavano quel livello di *performance*, secondo la formula

$$P_{TOT} = (p_1 \times n) + (p_2 \times n) + (p_3 \times n) + (p_4 \times n) + (p_5 \times n)$$

Infine, per trovare l'indice sintetico per ogni Regione, basterà svolgere l'operazione per tutti gli indicatori evidenziati nelle tre realtà regionali, per poi ricavarne una somma complessiva.

¹⁶⁹ Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute, *op.cit.* pag. 234

Umbria → $P_{TOT} = (1 \times 2) + (2 \times 12) + (3 \times 15) + (4 \times 5) + (5 \times 1) = 96$

Toscana → $P_{TOT} = (1 \times 0) + (2 \times 4) + (3 \times 15) + (4 \times 14) + (5 \times 1) = 106$

Marche → $P_{TOT} = (1 \times 6) + (2 \times 8) + (3 \times 14) + (4 \times 7) + (5 \times 0) = 92$

Il *ranking* grezzo che ne scaturisce è dunque:

- **Toscana, 106**

- **Umbria, 96**

- **Marche, 92**

Questa classifica, seppure tutt'altro che definitiva, pone al centro dell'attenzione la forbice che separa Marche e Umbria (che ottengono valutazioni complessive quasi dello stesso livello), dalla Regione Toscana, dotata invece di un Sistema sanitario regionale con risultati medio-alti.¹⁷⁰

Per costruire un *ranking* maggiormente sofisticato sarebbe molto interessante riuscire ad assegnare ad ognuno degli indicatori sintetizzati un valore, un'utilità in base a quanto essi siano rilevanti, o meno, ai fini della valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria regionale. In altre parole, l'esercizio più corretto, probabilmente, sarebbe quello di attribuire ad ogni indicatore un "peso" specifico, perché è ragionevole credere che non tutte le variabili prese in considerazione abbiano lo stesso livello di "crucialità" nel bacino dei servizi sanitari regionali.

Tuttavia, questa operazione risulterebbe, soprattutto nel contesto di questo lavoro, troppo ispirata da elementi di pura discrezionalità e, quindi, non dotata di valore da un punto di vista scientifico.

Di conseguenza, prima di riflettere sulle conseguenze che simili risultati possono determinare sulla prospettiva di una Macroregione dell'Italia Centrale, nel prossimo paragrafo si analizzerà l'ultimo rapporto pubblicato dal C.R.E.A. Sanità, il prodotto di un ambizioso progetto, ormai consolidato, che mira a conferire alle diverse dimensioni, che caratterizzano il concetto di *performance* sanitaria un valore, in base alle prospettive degli attori che entrano in gioco nell'ambito sanitario, dalle istituzioni politiche agli utenti finali.

¹⁷⁰ Considerando anche che il punteggio della Toscana, 106, è stato prodotto con un indicatore in meno rispetto a Marche e Umbria (34 anziché 35), perché non sono noti i risultati della variabile "sicurezza sul lavoro" in Toscana.

Appare molto utile, infatti, approfondire le *performance* sanitarie regionali secondo metodi di indagine diversi e da diverse prospettive, verificando poi se vi siano dei risultati valutativi simili o, quantomeno, coerenti tra di loro.

3.4 La *performance* dei Sistemi sanitari regionali secondo il C.R.E.A. Sanità

Il rapporto “Una misura di Performance dei Ssr” prende forma seguendo una visione concettuale della *performance* in ambito sanitario comune a quella del Laboratorio MeS, attribuendo ad essa un carattere di multidimensionalità “in ossequio alla complessità unanimemente riconosciuta a questo settore”¹⁷¹.

L’obiettivo finale della ricerca è quello di individuare un indice sintetico di *performance* dei Sistemi sanitari regionali, utilizzando una metodologia tipica del *project management* per applicarla, in modo innovativo, al settore sanitario.¹⁷²

Questo metodo di analisi presuppone, innanzitutto, che le dimensioni che articolano la *performance* siano principalmente quattro: la dimensione “sociale” (equità), intesa come equità di accesso all’assistenza sanitaria e come onere finanziario delle famiglie per le spese sanitarie; la dimensione “economico-finanziaria”, inerente agli aspetti dell’efficienza e della sostenibilità economica dei servizi sanitari regionali; la dimensione della “appropriatezza”, sia in termini di assistenza ospedaliera che territoriale; infine la dimensione degli “esiti”, ovvero il carattere dell’efficacia e la qualità di *output* e *outcome* dei servizi sanitari.

Queste dimensioni, a loro volta, si articolano in aree sub-dimensionali che danno luogo a degli indicatori più specifici, in modo analogo rispetto a quanto avveniva nel modello del Laboratorio MeS di Pisa. Dunque, per citare alcuni esempi, la dimensione sociale è rappresentata da indicatori come la percentuale di famiglie impoverite a causa delle spese *out-of-pocket* oppure la percentuale di famiglie che rinunciano a cure sanitarie per ragioni economiche; la dimensione economica dal disavanzo regionale o dalla spesa sanitaria pro-capite; la dimensione appropriatezza dalla quota di ricoveri potenzialmente inappropriati o dalla percentuale di adesione agli *screening* femminili; la dimensione esiti dal tasso di variazione delle persone con diabete o dai tassi di mortalità per tumore.

¹⁷¹ C.R.E.A. Sanità, *Una misura di Performance dei SSR*, pag. 10, Report Edizione II, 2015

¹⁷² Ivi, pag. 13

Il vero cambio di paradigma emerge con la determinazione dei “pesi” che verranno attribuiti agli indicatori di *performance* da un *panel* di esperti e soggetti qualificati che, inizialmente, selezioneranno, all’interno del quadro di indicatori che gli verrà presentato, quelli che ritengono maggiormente rilevanti dal punto di vista valutativo; in seguito, esprimeranno le proprie preferenze, in base ai loro interessi e alla loro sensibilità, attribuendo un valore sociale – un’utilità - agli indicatori scelti; infine, stabiliranno i livelli di sostituibilità tra i diversi possibili esiti.¹⁷³

In questo elaborato verranno analizzati i risultati della terza edizione del Progetto, pubblicata nel 2015¹⁷⁴. Appare complesso svolgere un’analisi comparata con le edizioni precedenti, dato che gli indicatori proposti dal Team di C.R.E.A. Sanità non sono stati totalmente omogenei nel corso degli anni. Pertanto, un’eventuale comparazione potrebbe risultare distorta a causa dei cambiamenti, seppur lievi, alle origini della metodologia.

Il *panel* è costituito da cinque categorie di attori: gli Utenti¹⁷⁵, le Professioni sanitarie, il Management aziendale, le Istituzioni¹⁷⁶ e l’Industria medica. Ognuno di essi è stato chiamato a scegliere, tra gli indicatori presentati¹⁷⁷, i tre più rappresentativi - secondo la propria prospettiva - di ognuna delle dimensioni della *performance*.

I risultati di questo primo *step* di selezione sono i seguenti:

- Per la dimensione sociale i tre indicatori più votati sono stati: la quota delle famiglie impoverite, la quota della popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici e la quota delle famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche.
- Per la dimensione economico-finanziaria, invece, i più votati sono stati: la spesa sanitaria totale pro-capite, la spesa farmaceutica pubblica pro-capite e la spesa per partecipazioni (*ticket*) pro-capite.
- Per la dimensione “appropriatezza” i tre indicatori maggiormente selezionati sono stati: la quota di Drg a rischio di inappropriatezza, il tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche e l’adesione agli *screening* femminili.
- Infine, per la dimensione “esiti” le variabili scelte sono state: il tasso di mortalità evitabile, la speranza di vita libera da disabilità e il tasso standardizzato di obesità.

I passaggi successivi hanno previsto che gli stessi soggetti selezionatori stabilissero

¹⁷³ Quest’ultimo *step* è piuttosto complesso e prevede che gli esperti elicentino l’importanza relativa attribuita agli indicatori, e quindi il loro apporto relativo alla costruzione della *performance* complessiva

¹⁷⁴ La presentazione dei risultati della IV edizione del Progetto verrà effettuata il 25 ottobre 2016

¹⁷⁵ Rappresentanti di associazioni dei pazienti, sindacati o stampa

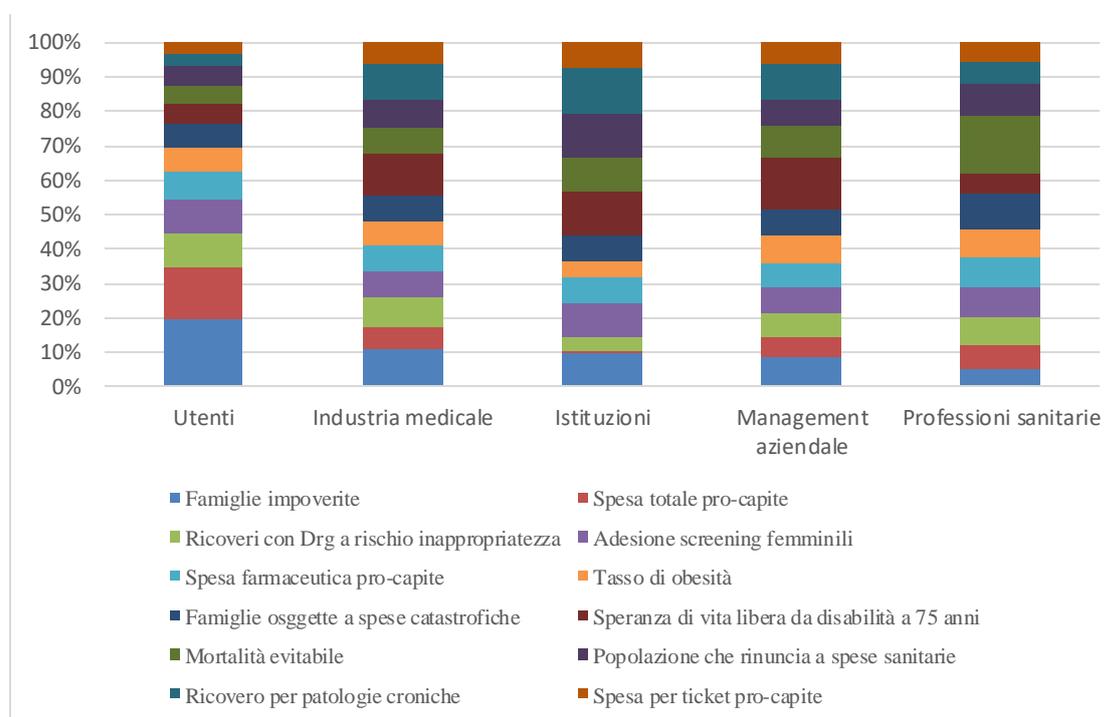
¹⁷⁶ Istituzioni politico-amministrative

¹⁷⁷ Tabella A1, Appendice

un “peso” degli indicatori, indicando quella che secondo loro era l'utilità sociale di ogni indicatore, in una scala da 0 a 1.¹⁷⁸

Questa operazione, unita alla determinazione dell'importanza relativa degli indicatori da parte degli esperti, ha permesso di individuare il complessivo contributo di ciascun indicatore alla *performance* dei Sistemi sanitari regionali, quindi quanto peso ciascuna variabile abbia, complessivamente, secondo le visioni di ogni categoria di *stakeholder*, sulla qualità e sull'efficacia dell'assistenza sanitaria (Grafico 3.2).

GRAFICO 3.2 – Contributi dei singoli indicatori alla *performance*



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità sulle preferenze espresse dagli esperti

Come si nota, vi è una rilevante difformità tra i valori attribuiti agli indicatori a seconda della Categoria di esperti. Infatti per gli utenti la variabile che influisce di più sulla performance del Ssr è la quota famiglie impoverite, che contribuisce per quasi il 20%.

Per l'industria medicale e per il management aziendale, invece, è la speranza di vita libera da disabilità a 75 anni (rispettivamente per il 12% e per il 15%); per le istituzioni l'indicatore che contribuisce di più è il tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche

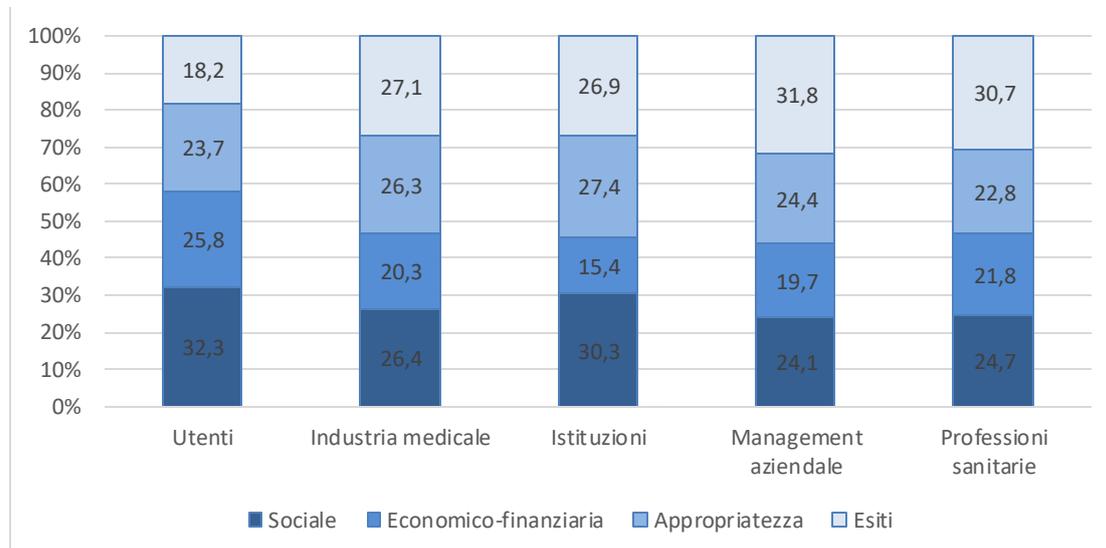
¹⁷⁸ Utilità “0” corrisponde al minore valore possibile, utilità “1” al maggiore valore attribuito

(13,4%); infine secondo i professionisti sanitari la variabile con maggiore peso specifico è il tasso di mortalità evitabile.¹⁷⁹

Gli indicatori a cui è stato attribuito, in assoluto, il maggiore peso sono la quota di famiglie impoverite (10,8% di valore “contributo”), la speranza di vita libera da disabilità a 75 anni (10,2%) e il tasso di mortalità evitabile (9,8%).

Il Grafico 3.3, infine, aiuta a comprendere quale sia la sensibilità di ognuna delle Categorie, mostrando quali siano le dimensioni di *performance* che sono state valutate più determinanti per il Sistema sanitario regionale da parte delle classi di soggetti qualificati interpellati. Ciò che emerge è che gli utenti, così come le istituzioni, focalizzano la propria attenzione in misura maggiore sulla dimensione sociale dell’assistenza sanitaria; il management delle strutture sanitarie e le professioni sanitarie, invece, risultano più interessate alla dimensione “esiti”; mentre per l’industria medica non c’è una dimensione che prevale nettamente, con la dimensione “esiti” che contribuisce per il 27%, la dimensione sociale e l’appropriatezza dell’assistenza sanitaria per oltre il 26%.

GRAFICO 3.3 – Contributo delle quattro dimensioni alla *performance* per le cinque categorie di soggetti qualificati



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità sulle preferenze espresse dagli esperti

Una volta terminata queste operazioni di carattere metodologico, il Team ha potuto procedere con la disamina dei risultati conseguiti da ogni Sistema sanitario regionale.

¹⁷⁹ C.R.E.A. Sanità, *Una misura di Performance dei SSR*, pp. 58-59, Report Edizione III, 2016

Il C.R.E.A. Sanità ha sintetizzato le analisi, che sono state appena riassunte, sulle preferenze degli *stakeholder* congiungendole ai risultati e ai dati empirici riferiti al Sistema sanitario di ogni Regione, per poi arrivare a costruire un indice complessivo di *performance*, che varia tra 0 e 1, e permetterà di individuare una classifica tra le tre Regioni in esame.

La misura sintetica di *performance* che emerge dallo studio oscilla, a livello nazionale, tra 0,61 (ottenuto dalla Pa di Trento) e 0,38 (ottenuto dalla Campania).

La Toscana è compresa tra quelle che il Rapporto definisce “aree di eccellenza” di cui fanno parte tutti i sistemi che hanno registrato un indice sintetico superiore a 0,53 (ovvero una *performance* superiore del 50% rispetto a quella massima conseguibile¹⁸⁰).

Appartengono a questa classe di Regioni anche il Piemonte, Liguria, la Pa di Bolzano, l’Emilia-Romagna e il Veneto.

L’Umbria e le Marche, invece, rientrano tra le Regioni della cosiddetta “area media”, dove rientrano i Servizi sanitari regionali che hanno misura di *performance* superiore a 0,5 ma inferiore al precedente 0,53. Compongono questa area anche il Friuli, la Lombardia, la Basilicata e la Val d’Aosta.¹⁸¹

Anche C.R.E.A Sanità, dunque, produce un quadro in cui la Toscana è caratterizzata da buoni risultati in termini di qualità ed efficacia dell’assistenza sanitaria, mentre l’Umbria e le Marche, anche in questo caso mostrano dei livelli molto simili di *performance* sanitaria, posizionandosi in una zona intermedia rispetto alle altre Regioni italiane.

¹⁸⁰ <http://www.miopharmablog.it/2016/01/ssr-e-performance-il-rapporto-di-crea-sanita/>

¹⁸¹ C.R.E.A. Sanità, *op. cit.* pag. 63

3.5 Il Mantenimento dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza

Uno dei principali strumenti di valutazione dei risultati raggiunti dai Servizi sanitari regionali, a livello ministeriale, è la verifica dell'adempimento sul mantenimento dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, prevista, per la prima volta, in seguito all'intesa Stato-Regioni del 2005.¹⁸²

Il DM del 12/12/2001¹⁸³ non solo aveva stabilito che dovesse essere garantita una concreta erogazione dei Lea, secondo i principi di adeguatezza, appropriatezza qualità ed efficienza, lungo il territorio nazionale, ma aveva anche delineato un elenco di indicatori imprescindibili per analizzare il funzionamento e l'efficacia dell'assistenza sanitaria regionale.

Dal 2005, quindi, è stata definita una lista di adempimenti ai quali le Regioni devono tendere per poter avere accesso ad un maggiore finanziamento del Ssn, la cui verifica è affidata al Comitato Lea (Comitato permanente per la Verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse) coadiuvato da alcuni enti come l'Agenas e l'Aifa.¹⁸⁴

Il monitoraggio sul mantenimento dell'erogazione dei Lea si struttura intorno alla cosiddetta Griglia Lea, che raccoglie una serie di indicatori per la valutazione dei diversi comparti dell'assistenza sanitaria, dal settore ospedaliero a quello distrettuale e della prevenzione.

La metodologia di valutazione si basa sulla raccolta e sull'elaborazione di un insieme di indicatori che vengono determinati dal Comitato Lea e revisionati, ogni anno, da un gruppo di esperti, in modo da rendere la Griglia molto flessibile e adattabile agli indirizzi programmatici delle politiche sanitarie. Successivamente viene individuato un sistema di pesi che assegna ad ogni indicatore un valore specifico, per poi attribuire degli *scores* per le *performances* regionali in riferimento a *standards* di livello nazionali.¹⁸⁵

Più precisamente, ad ogni indicatore regionale vengono conferiti dei valori che sono

¹⁸² Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e risultati dell'anno 2013*, pag. 4, Ministero della Salute, 2015

¹⁸³ Decreto Ministeriale del 12 dicembre 2001, *Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*, Ministero della Salute, pubblicato in Gazzetta Ufficiale N. 34 del 9 febbraio 2002

¹⁸⁴ Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, *Verifica adempimenti Lea. Anno 2012*, pag. 1, Ministero della Salute, 2014

¹⁸⁵ Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, *op. cit.* pp.3-4

distribuiti in cinque classi, a seconda della distanza del valore stesso dello *standard* nazionale, che viene definito “valore normale”. A ciascuna classe, successivamente, si assegna un punteggio, che sarà fondamentale per il risultato finale.

Le classi di valore sono:

- Valore normale, che vale + 9 nel punteggio;
- Scostamento minimo, che vale + 6 punti;
- Scostamento rilevante ma in miglioramento, pari a + 3;
- Scostamento non accettabile, che corrisponde a 0 punti;
- Dato mancante o palesemente errato, che vale -1.

I risultati della verifica e, quindi, il punteggio definitivo attribuito ad ogni Regione, si ottiene sommando i prodotti dei pesi (di ogni indicatore) per i punti della classe in cui si colloca il valore dell'indicatore stesso. La somma complessiva rappresenta lo *score* finale della Regione, che viene inserito in uno dei tre gruppi in cui vengono suddivise le Regioni in base al proprio punteggio finale: gruppo di “Adempienti”, che presentano uno score superiore a 160; gruppo di “Adempienti con impegno su alcuni indicatori”, per i punteggi compresi tra 130 e 160; gruppo di “Inadempienti”, per le Regioni con punteggi inferiori a 130.

L'ultima relazione è stata pubblicata dal Ministero della Salute nel 2013, per cui non si può disporre, ad oggi, di valutazioni più recenti.

Il *set* di indicatori di valutazione utilizzati nel 2013 ne ha ricompresi, complessivamente, 32 (Tabella A2): 12 afferenti all'assistenza collettiva, 13 all'assistenza territoriale e 7 riferiti all'assistenza ospedaliera.

Sia Toscana, che Umbria, che Marche rientrano nel gruppo delle Regioni “Adempienti”, ma producono dei risultati molto dissimili tra loro.

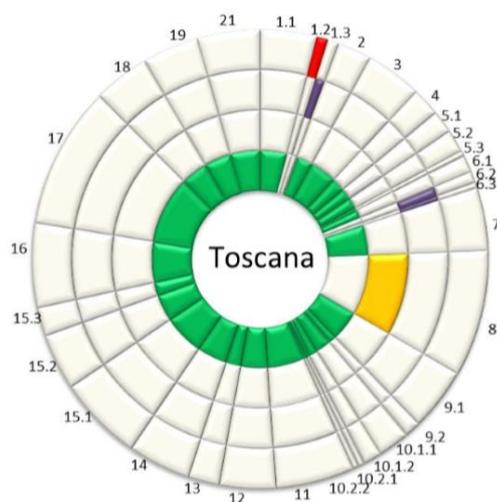
La Toscana ottiene un punteggio di **214**, lo *score* più alto tra le Regioni italiane. Analizzando i risultati per ogni indicatore, anche in relazione alle rilevazioni precedenti del 2011 e del 2012, si nota come il Sistema sanitario toscano abbia subito un peggioramento della *performance* solamente per una variabile, vale a dire la copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano con età di almeno 65 anni, che è passata da una percentuale del 67,8% a una del 60,2%. Sono tre, invece, gli indicatori che hanno conosciuto un'evoluzione positiva: la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base, la percentuale di anziani *over* 65 trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (che rappresentava nel 2012 una delle principali criticità perché era segnalato come uno scostamento inaccettabile rispetto al valore *standard*) e il numero di posti letto attivi in hospice sul totale

dei deceduti per tumore.

Per tutti gli altri indicatori la situazione è rimasta pressoché invariata rispetto agli anni precedenti, con variazioni non rilevanti e, soprattutto, con una permanenza nella fascia di punteggio a cui già appartenevano.

Osservando la Figura 3.1, che rappresenta il rosone con la *performance* complessiva della Toscana, si nota come attualmente dei 32 indicatori, solo 5 non raggiungono il valore *standard* di riferimento nazionale e sono: la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (in assoluto il valore più distante dal valore normale), la copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano *over* 65, la percentuale di controlli e ispezioni effettuati negli esercizi commerciali in ambito alimentare, la percentuale di attuazione del programma di ricerca di residui pesticidi negli alimenti vegetali e la percentuale di anziani *over* 65 trattati in ADI.

FIGURA 3.1 – Valutazione complessiva del Ssr della Toscana (Anno 2013)



Fonte: Elaborazione della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute

Il punteggio complessivo di valutazione nelle Marche è **191**, che corrisponde al quarto miglior risultato in Italia.

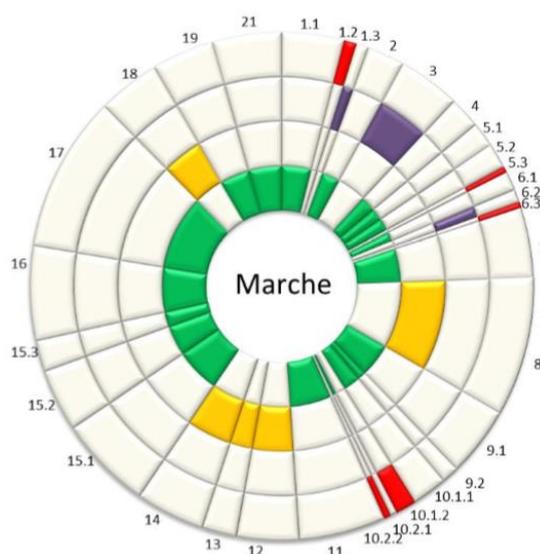
Anche nel Sistema sanitario marchigiano solo una variabile ha subito un'evidente involuzione all'interno del bacino dei Livelli essenziali di assistenza. Si tratta della copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia, che è diminuita pesantemente, passando dal 96,7% del 2012 al 87,4%.

Sono molto numerose le prestazioni sanitarie erogate ad aver aumentato il proprio livello di

performance, tra cui rientrano la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base, la copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale negli anziani *over 65* (indicatore che è uscito dalla “zona critica”), la percentuale di anziani *over 65* anni trattati in ADI, il numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani *over 65* in strutture residenziali, e il numero di posti in strutture residenziali ogni 1.000 anziani residenti, in assoluto il più rilevante miglioramento dato che, dal 2011 al 2013, il numero è passato da 4,58 a 11,29 ogni mille abitanti.

Nonostante questi dati empirici dimostrino una forte attenzione delle istituzioni e del management sanitario a implementare interventi volti ad un aumento della qualità e degli esiti della propria assistenza sanitaria, vi sono aree in cui è ancora urgente far meglio. Questo è reso evidente dagli indicatori che tutt’ora si trovano nella zona di criticità, ovvero il numero di posti in strutture semiresidenziali ed equivalenti semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti, il numero di posti in strutture residenziali ogni 1.000 anziani residenti, la percentuale di attuazione del programma di ricerca di residui pesticidi negli alimenti vegetali e la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia.

FIGURA 3.2 – Valutazione complessiva del Ssr delle Marche (Anno 2013)



Fonte: Elaborazione della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute

Nella Regione Umbria si è assistito ad importanti variazioni quantitative nell’erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, che hanno prodotto uno **score** complessivo di **179**, vale a dire

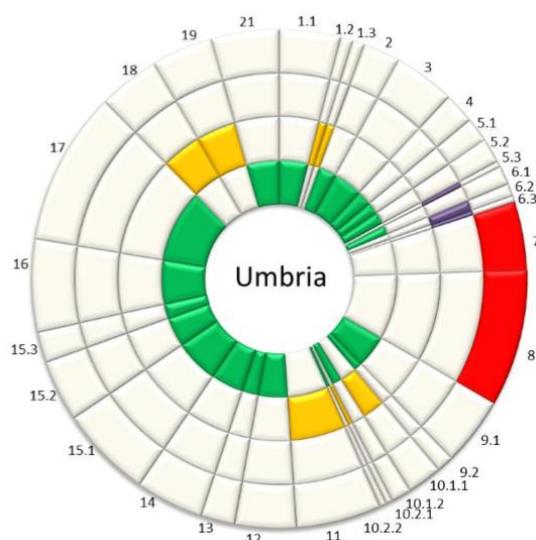
l'ottavo posto nella classifica regionale per il mantenimento dell'erogazione dei Lea.

Innanzitutto sono tre gli indicatori che hanno conosciuto un'involuzione rispetto alle ultime rilevazioni regionali: la percentuale di aziende ovicaprine controllate, i tassi di ricovero ordinario per le patologie croniche (uno degli indici indiretti che aiuta a comprendere l'efficacia delle attività di prevenzione e delle attività specialistiche rivolte alle patologie croniche) e la percentuale di anziani *over 65* anni trattati in ADI.

Il percorso inverso è stato effettuato per sette variabili, tra le quali il numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani *over 65* in strutture residenziali ogni 1.000 anziani residenti, il numero di posti in strutture residenziali ogni 1.000 anziani residenti, i posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore, il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e i ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.

Le aree assistenziali in cui c'è maggiore bisogno di intervento programmatico rimangono quelle afferenti all'assistenza distrettuale/territoriale, come la percentuale di anziani *over 65* trattati in ADI e i tassi di ricovero ordinario per le patologie croniche.¹⁸⁶

FIGURA 3.3 – Valutazione complessiva del Ssr dell'Umbria (Anno 2013)



Fonte: Elaborazione della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute

La Griglia Lea ha, per la prima volta, prodotto un'analisi sulle tendenze dei singoli indicatori di valutazione dei Livelli essenziali di assistenza in Italia, con l'obiettivo di comprendere

¹⁸⁶ Tra le patologie croniche rientrano, ad esempio, l'asma pediatrico, le complicanze del diabete, fenomeni di scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO

come le Regioni garantiscano, concretamente, le prestazioni di assistenza che il Servizio sanitario nazionale si impegna ad assicurare ai cittadini lungo l'intero territorio nazionale. Come è noto, tuttavia, una disamina di questo tipo non può che generare risultati interregionali molto eterogenei, come è emerso in riferimento alle tre Regioni esaminate, nonostante le già citate similitudini da un punto di vista istituzionale e governativo.

Questo è il terzo metodo di valutazione delle *performance* regionali che è stato analizzato in questo elaborato. Ancora una volta, la Toscana si erge a Regione che offre il miglior Servizio sanitario regionale ai propri cittadini, non solo rispetto a Umbria e Marche, ma anche rispetto a tutte le altre Regioni italiane. I Lea in Toscana seguono un percorso di graduale miglioramento dell'efficacia delle prestazioni sanitarie, il che fa legittimamente credere che nel giro di qualche biennio questa Regione potrà raggiungere un valore *standard* per tutti, o quasi, gli indicatori scelti per la valutazione dei Lea.

Marche e Umbria si posizionano entrambe in una buona posizione, ma seguono una traiettoria diversa. Le Marche sono una delle realtà più in crescita nell'erogazione dei servizi che rientrano nei Lea e, per questo, hanno recuperato molte posizioni anche nel *ranking* complessivo¹⁸⁷. Nel 2012, infatti, le Marche occupavano la decima posizione della classifica delle Regioni per il mantenimento dell'erogazione dei Lea, pur rimanendo nell'area di adempimento, con uno score finale di 165.¹⁸⁸ L'Umbria ha perso una posizione in classifica, proprio a favore delle Marche anche se bisogna riconoscere che il risultato non è negativo e in regressione ma, semplicemente, migliora in modo meno rapido rispetto alle Marche.

Il ramo assistenziale che ha influito di più su questo "avvicendamento" è l'assistenza distrettuale, in particolare rappresentata dagli indicatori 7 e 8, vale a dire i tassi di ricovero ordinario per alcune condizioni/patologie evitabili, come l'asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO e la percentuale di anziani *over 65* trattati in Assistenza Domiciliare Integrata. Questi indicatori hanno rilevato un peggioramento in Umbria tra il 2012 e il 2013 e sono tra quelli a cui gli esperti hanno attribuito un maggior peso e valore sociale (rispettivamente pesano 1,11 e 2,22). Anche nelle Marche, tuttavia, l'assistenza territoriale mostra margini importanti di miglioramento ma, da quello che emerge, profili di problematicità sono rappresentati

¹⁸⁷ Bisogna, in ogni caso, tener presente che il punteggio complessivo ottenuto dalle Regioni nel 2013 non ha totalmente lo stesso significato di quello ottenuto nel 2012, in virtù di alcuni mutamenti metodologici. Questi cambiamenti, tuttavia, non tolgono significatività al trend evidenziato nelle diverse realtà regionali

¹⁸⁸ Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e risultati dell'anno 2012*, pag. 22, Ministero della Salute, 2014

dall'assistenza collettiva, quindi da quegli interventi che caratterizzano le politiche rivolte alla prevenzione, ai controlli e alla promozione della salute.

3.6 La dimensione economica della *performance* dei Ssr

Qualsiasi tipo di comparazione dei risultati di *performance* dei Sistemi sanitari regionali non può prescindere da un *focus* specifico sui principali aspetti di carattere economico-finanziario che caratterizzano l'erogazione dell'assistenza sanitaria da parte delle Regioni. Questa necessità è enfatizzata dall'ingente porzione di budget regionale che viene destinata ai servizi sanitari, perché maggiore è il dispendio di risorse economiche, maggiore è anche l'attenzione che deve essere posta a come queste vengano utilizzate e con quali conseguenze sulla sostenibilità finanziaria del *welfare* regionale.

I principali fattori economici intorno ai quali si determinano i livelli di *performance* economica nel settore sanitario regionale derivano, prima di tutto, dall'analisi dei risultati di gestione del Conto Economico consolidato regionale, il quale ha il fine “di rappresentare in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale, finanziaria e il risultato economico di esercizio del Servizio sanitario regionale”¹⁸⁹.

Il primo elemento a cui si deve fare riferimento è il risultato di esercizio economico delle Regioni, al fine di verificare se vi siano, o meno, disavanzi sanitari i quali, ai sensi dell'art. 2, comma 77 della legge n. 191/2009¹⁹⁰, qualora dovessero superare una soglia del 5% rispetto al finanziamento sanitario ordinario e alle entrate proprie regionali, le Regioni sarebbero obbligate a presentare il cosiddetto Piano di Rientro, volto a “ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione interessata”¹⁹¹, con annesse misure di rigida razionalizzazione dei costi.

La Toscana ha inoltrato, nel 2014, il modello CE al Nuovo Sistema Informativo sanitario mostrando un risultato di esercizio pari a 32,1 milioni di euro.¹⁹² Si tratta, quindi, di un

¹⁸⁹ A. Cavaliere, F. Loiero, R. Loiero, *L'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi. commento al D.lgs. 23 giugno 2011 n. 118*, pag.85, Progetto ente locale, Edizione I, Maggioli Editore, 2011

¹⁹⁰ Legge n. 191, 23 dicembre 2009, *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*, Legge Finanziaria 2010

¹⁹¹ Definizione del Ministero della Salute

¹⁹² Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*, pag. 54, Report

avanzo di bilancio sanitario regionale.

L'Umbria ha prodotto un avanzo di gestione di oltre 10 milioni, mentre le Marche hanno presentato un elevato avanzo di esercizio, corrispondente a circa 66,5 milioni di euro. Nella Tabella 3.7 è possibile riscontrare l'evoluzione dei risultati di esercizio di queste tre Regioni, in un arco temporale che va dal 2006 al 2014.

Si può notare come l'Umbria rappresenti la Regione, delle tre, che è dotata di una maggiore stabilità finanziaria di medio periodo, non facendo pervenire disavanzi sanitari, in modo continuativo, dal 2007 al 2014. Il trend è confermato anche dal CE Consuntivo del 2015, che pone in evidenza un risultato di gestione di 3,45 milioni di euro.¹⁹³

TABELLA 3.7 – Risultati di esercizio regionali di Umbria, Marche e Toscana dal 2006 al 2014 (Valori in migliaia di euro)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Umbria	-54.716	11.456	455	8.234	463	7.191	9.653	7.100	10.370
Toscana	-98.385	42.788	-95.494	-105.390	-134.527	-18.534	-2.344	4.511	32.106
Marche	-47.520	15.879	19.943	75	-20.894	6.215	49.919	61.433	62.494

Fonte: Elaborazione dati Ragioneria Generale dello Stato, 2015

La Toscana, dopo quattro anni consecutivi in disavanzo sanitario – seppure al di sotto della suddetta soglia del 5% - ha ritrovato un equilibrio finanziario che, anche in virtù di una progressiva e sensibile riduzione del costo sanitario pro-capite dal 2011 al 2013¹⁹⁴, sembra offrire delle garanzie anche nel medio-lungo periodo.

Anche le Marche sembrano garantire un buon equilibrio economico-finanziario, dato che ha sempre presentato un bilancio in positivo tra il 2007 e il 2014, con l'unica eccezione rappresentata dal risultato di esercizio del 2010, negativo per quasi 21 milioni.

Il quadro economico-finanziario sanitario di Umbria, Marche e Toscana che, attualmente, produce saldi attivi di bilancio e che, anche quando proponevano risultati negativi si trattava, comunque, di disavanzi di natura non qualificabile come strutturale, fa presupporre che siano tre realtà regionali che garantiscono stabilità e sostenibilità dei Servizi sanitari regionali.

n. 2, Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2015

¹⁹³ Dati forniti dalla "Direzione Regionale Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse umane" della Regione Umbria. Non sono reperibili dati per la Toscana e per le Marche riferiti all'anno 2015

¹⁹⁴ Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute, *op. cit.* pag. 344

È necessario, in ogni modo, precisare che il miglioramento della finanza pubblica in ambito sanitario regionale in Umbria, Toscana e Marche è coerente con il trend del disavanzo complessivo sanitario dei Servizi sanitari regionali. Tra il 2010 ed il 2014, infatti, il disavanzo sanitario complessivo delle Regioni italiane è passato da 2,3 miliardi di euro circa a 1,3 miliardi di euro.¹⁹⁵

L'altro fondamentale elemento da analizzare per comprendere la *performance* economica dei Ssr è il saldo della mobilità interregionale.

La possibilità di usufruire delle prestazioni di strutture sanitarie all'interno di altre Regioni rientra nella sfera della libertà di scelta degli iscritti al Servizio sanitario nazionale.

Sebbene vi sia la possibilità che questa sia una scelta "obbligata", i dati del Censis mostrano come neanche il 10% dei ricoveri fuori dalla propria Regione siano dovuti ad una situazione emergenziale, quindi per la gran parte delle volte si tratta, semplicemente, dell'esercizio di questa libertà di poter decidere di ricevere cure mediche nelle strutture considerate preferibili da un punto di vista qualitativo¹⁹⁶.

Dunque, si può ricondurre il saldo della mobilità sanitaria tra gli indicatori che rappresentano, almeno in parte, la qualità dei Servizi sanitari regionali.

La Tabella 3.8 mostra i saldi della mobilità interregionale delle Regioni prese in esame, partendo dai quali potrebbe essere particolarmente interessante verificare quali siano le connessioni tra tre Ssr che si trovano in una posizione di contiguità territoriale e verificare se via sia, o meno, quella che è definita mobilità interregionale "di confine".

La Regione con il miglior saldo di mobilità è la Toscana in cui, nel 2014, il saldo della mobilità attiva, in termini monetari, ha superato il saldo passivo di oltre 150 milioni di euro. Questo risultato è rappresentativo di un trend costantemente crescente che caratterizza il Sistema sanitario toscano dal 2010. Inoltre, esso si configura come il terzo miglior saldo di mobilità in Italia, preceduto solamente dalla Lombardia (534 mln) e l'Emilia Romagna (328 mln).

Anche l'Umbria presenta saldi positivi di mobilità interregionale dal 2008 al 2014 (fatta eccezione per il 2009, in cui il saldo negativo è stato di quasi 3 milioni di euro), anno in cui il saldo positivo ha raggiunto quasi i 3 milioni di euro.

Il saldo delle Marche, invece, è stato ogni anno abbondantemente negativo nell'arco

¹⁹⁵ C. Giordani e F. Spandonaro, *11° Rapporto Sanità. L'Universalismo diseguale*, pag. 82, C.R.E.A. Sanità, 2015

¹⁹⁶ F. Toth, *op.cit.* pag. 80

temporale di riferimento, raggiungendo il valore meno positivo – oltre 46 milioni - proprio nel 2014.

TABELLA 3.8 – Saldo della mobilità interregionale in Umbria, Marche e Toscana dal 2008 al 2014 (Valori in migliaia di euro)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Umbria	777	-2.946	9.722	9.886	2.649	9.411	3.295
Toscana	107.011	100.731	99.435	121.082	131.927	132.294	151.214
Marche	-44.491	-46.099	-32.507	-19.644	-22.472	-33.677	-46.146

Fonte: Elaborazione dati Agenas, 2015

Per quanto riguarda la situazione del 2015 è possibile osservare le analisi del Ministero della Salute, grazie alle quali si possono sia comprendere quali sono le prestazioni che spingono maggiormente gli utenti di una Regione a ricevere assistenza sanitaria e fare affidamento ad un altro Sistema sanitario regionale, sia ad individuare verso quali Regioni gli stessi rivolgono lo sguardo in relazione a quelle stesse prestazioni.

La mobilità ospedaliera è l'elemento più caratterizzante della mobilità sanitaria, quindi è utile soprattutto osservare i dati in questo settore.

Le Marche sono la Regione che tende a respingere i propri assistiti più di quanto non li attragga. Solamente nei primi mesi del 2015 oltre 10 mila marchigiani hanno deciso di ricevere assistenza ospedaliera al di là dei confini regionali per curare patologie acute in regime ordinario.¹⁹⁷ La Regione che più attrae per questo tipo di esigenze è l'Emilia Romagna, che ha accolto più di 5 mila assistiti marchigiani. Oltre 1.300 hanno, invece, scelto le strutture ospedaliere lombarde e, infine, oltre 900 ricoveri per patologie acute in regime ordinario sono stati riscontrati nella confinante Umbria. Anche nell'ambito delle patologie oncologiche la Lombardia e l'Emilia Romagna sono in grado di attrarre quasi la metà dei marchigiani a cui è stata diagnosticata una massa tumorale.

La Regione, invece, accoglie il maggior numero di pazienti con patologie acute dall'Abruzzo (4.134) e dalla Puglia (1.148).¹⁹⁸

¹⁹⁷ La "Attività per Acuti in Regime ordinario" è l'indicatore più rilevante per la mobilità ospedaliera, perché ricomprende il numero maggiore di ricoveri ospedalieri.

¹⁹⁸ *Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO Primo semestre 2015*, Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Ministero della Salute, 2015

L'Umbria mette in mostra saldi positivi di mobilità da cinque anni consecutivi. I dati più sofisticati a disposizione, che riguardano l'anno 2013, evidenziano come il saldo positivo sia dovuto soprattutto al risultato per le prestazioni di ricovero ospedaliero ordinario e di day hospital, che producevano una plusvalenza in termini di fatturato di oltre 31 milioni.

I più recenti dati del Ministero della Salute evidenziano che i pazienti che giungono in Umbria per ricevere prestazioni sanitarie di ricovero ospedaliero sono soprattutto laziali (4.911 nel primo semestre del 2015), marchigiani (916) e toscani (1.334) i quali, però, non compensano il numero di cure per patologie acute che gli umbri decidono di ricevere in Toscana (2334 per ricoveri ordinari e circa mille per day hospital), mettendo in luce una dinamica mobilità interregionale di confine.

Infine, la Toscana, dimostra di rappresentare una delle realtà di eccellenza, da un punto di vista anche ospedaliero, nel panorama italiano. La Regione, infatti, risulta una meta preferita da molti pazienti, non solo provenienti da località limitrofe.

Il saldo della mobilità interregionale per ricoveri ordinari della Toscana è attivo, nei primi mesi del 2015, in relazione a tutte le Regioni italiane, tranne per Emilia Romagna e Lombardia che, come già notato, sono le realtà con i migliori risultati. La Toscana è molto attrattiva, in questo settore, sia per le Regioni di confine come la Liguria (quasi 3 mila ricoveri), l'Umbria e il Lazio (5.566 ricoveri ordinari), sia per le Regioni meno vicine geograficamente, in particolare le Regioni del sud: Calabria (1.670), Campania (3.180), Puglia (1.552) e Sicilia (1.656).¹⁹⁹

3.7 L'Indicatore per la Qualità e l'Efficienza

L'ultimo elemento che verrà preso in considerazione in questo elaborato, per quel che concerne la valutazione della *performance* e della qualità dei Servizi sanitari regionali, è il cosiddetto "Indicatore per la Qualità e l'Efficienza" (IQE), vale a dire un valore che viene calcolato in riferimento ai Sistemi sanitari regionali italiani, con il fine di "definirne i criteri di qualità, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati"²⁰⁰, in modo da poter selezionare le Regioni *benchmark* per la determinazione dei costi e dei fabbisogni sanitari standard, coerentemente con quanto è stato disposto dal d.lgs. n.68 del 2011.

¹⁹⁹ Ibidem

²⁰⁰ <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8729126.pdf>

L'elaborazione dell'IQE deriva dal calcolo di una serie di 19 indicatori grezzi a livello regionale:

- Il punteggio nella Griglia Lea
- L'incidenza percentuale dell'avanzo/disavanzo in rapporto al finanziamento ordinario
- L'incidenza della spesa per l'assistenza collettiva
- L'incidenza della spesa per l'assistenza distrettuale
- L'incidenza della spesa per l'assistenza ospedaliera
- La degenza media pre-operatoria
- La percentuale di interventi per frattura al femore operati entro due giorni
- La percentuale di dimessi con Drg chirurgici sul totale dei dimessi
- La percentuale di ricoveri ordinari con Drg ad alto rischio di inappropriatezza
- La percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico con Drg medico
- La percentuale di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti *over 65* sul totale dei ricoveri medici su pazienti *over 65*
- Il costo medio dei ricoveri ordinari per acuti
- Il costo medio per ricovero post-acuto
- La spesa per prestazione di assistenza specialistica – Attività clinica
- La spesa per prestazione assistenza specialistica - Laboratorio
- La spesa per prestazione assistenza specialistica – Diagnostica strumentale
- La spesa pro-capite per l'assistenza sanitaria di base
- La spesa pro-capite per l'assistenza farmaceutica

La Conferenza Stato-Regioni, riunitasi il 17 dicembre 2015, ha individuato le tre Regioni di riferimento, in base alle quali sono individuati i costi standard e il fabbisogno sanitario standard per l'erogazione dei Lea: Marche, Umbria e Veneto.

L'Umbria e le Marche, dunque, sono rientrate tra le tre Regioni, delle cinque totali che erano eleggibili (con Lombardia ed Emilia Romagna), che rappresentano, a partire dal 2016, i punti di riferimento nel contesto italiano, in virtù di quello che è ormai diventato il binomio inscindibile a cui dovranno tendere tutti i Ssr: garanzia di erogazione dei Livelli essenziali di assistenza ed equilibrio/sostenibilità economica.

3.8 “L’Italia di mezzo”: un modello sanitario percorribile?

In questo terzo Capitolo si sono individuati gli elementi che sono considerati essenziali per valutare le *performances* dei Servizi sanitari regionali di Umbria, Marche e Toscana, con una doppia finalità. Da un lato, vi era l’obiettivo di comprendere quali sono le peculiarità, i punti di forza e i profili critici dei Sistemi sanitari delle Regioni prese in esame; in modo da riuscire, conseguentemente, a delineare gli ambiti di intervento che necessitano di una maggiore attenzione da parte delle istituzioni politiche e del management sanitario regionale. Dall’altro, si cercava di osservare, attraverso un metodo comparativo, quali sono i livelli di percorribilità di un progetto politico e sociale di medio-lungo periodo - la Macroregione dell’Italia Centrale – che potrebbe porre in essere un’imponente sfida nei confronti del *welfare* di queste Regioni, di cui l’assistenza sanitaria rappresenta il punto nevralgico.

Da quanto è emerso nelle pagine precedenti, sembra possibile affermare che un’evoluzione nella direzione di un maggiore coordinamento delle politiche sanitarie rappresenta una strada percorribile, seppur complessa, secondo diversi punti di vista: dal punto di vista istituzionale, economico e valoriale.

A) La compatibilità istituzionale è, chiaramente, il primo elemento da tenere in considerazione. Infatti, modelli di *governance* sanitaria simili, consentono di poter procedere con minori sforzi per attuare un processo di condivisione programmatica e operativa delle *health policies*, il quale non dovrebbe prevedere, pertanto, un brusco riassetto dei Sistemi sanitari regionali.

Questo è anche un elemento che dovrebbe anche garantire una certa disponibilità di tutti i livelli istituzionali e amministrativi dei diversi contesti regionali a procedere verso obiettivi comuni. Infatti, qualora un ridisegno istituzionale dovesse richiedere un livello di sforzo non uniforme tra le Regioni, si potrebbe creare una percezione di iniquità tra le diverse realtà e, di fatto, incrinare i rapporti e l’unità di intenti alla base di questo progetto.

B) Nel campo economico e della programmazione, le Regioni hanno già da anni avviato un processo di integrazione e condivisione, come nell’ambito della mobilità sanitaria. Infatti, sono stati stipulati accordi interregionali, per esempio l’Accordo Triennale 2015-2017 per la gestione della mobilità sanitaria fra Toscana e Umbria, con la quale esse hanno definito “linee di collaborazione con particolare riferimento alle attività erogate nelle

zone di confine”²⁰¹, prevedendo una definizione di tetti massimi di finanziamento per i volumi di prestazioni erogate, cancellando gradualmente le differenze tariffarie, individuando attività condivise di monitoraggio e controllo dell’attività assistenziale e definendo dei Lea comuni.²⁰²

Oppure si potrebbe fare riferimento ad accordi tra la Regione Umbria e le Marche in relazione a specifiche prestazioni specialistiche in ambito ospedaliero, come quelli che permettono la predisposizione di posti letto nell’Unità spinale di Perugia a pazienti marchigiani, o accordi per interventi di trapianto al fegato all’ospedale di Ancona per i pazienti umbri.

Da questo punto di vista, quindi, si tratterebbe di proseguire un percorso armonioso già in parte tracciato.

C) L’ultimo aspetto, ma probabilmente il più importante, riguarda la dimensione valoriale. L’evoluzione degli ultimi anni dei Sistemi sanitari regionali di Umbria, Marche e Toscana ha messo in evidenza, nonostante le inevitabili divergenze di risultato per alcuni indicatori di *performance* sanitaria, come l’assistenza sanitaria in queste Regioni sia animata da uno stesso spirito e da una stessa visione strategica, rappresentando un modello virtuoso e, probabilmente, vincente anche in una prospettiva di lungo periodo, vale a dire un modello sanitario che miri a congiungere una stabilità di tipo economico-finanziario e un graduale miglioramento della qualità e dell’efficienza dell’assistenza sanitaria.

²⁰¹ Deliberazione della Giunta regionale n. 614, 18 maggio 2014, *Accordo triennale per la gestione della mobilità sanitaria tra la Regione Toscana e la Regione Umbria - approvazione schema rinnovo*, Regione Toscana

²⁰² Ibidem

4. Prospettive future e ipotesi di riforma del Sistema sanitario umbro

Dopo aver analizzato la *governance* del Sistema sanitario umbro e dopo averne esaminato le principali peculiarità da un punto di vista quantitativo e qualitativo, in questo ultimo Capitolo si cercherà di indagare quelle che potrebbero rappresentare le prospettive di medio-lungo periodo della Sanità in Umbria.

Un passaggio obbligato per comprendere il tipo di evoluzione e il tipo di sfide che le istituzioni sanitarie umbre si troveranno a dover affrontare nei prossimi anni è, probabilmente, quello di interpellare in modo diretto chi all'interno di quelle istituzioni – sia politiche che amministrative – opera e risiede quotidianamente.

Per questo motivo, la parte conclusiva di questo elaborato ha previsto di entrare in contatto con alcune tra le figure di riferimento del *policy-making* del settore sanitario in Umbria, sottoponendole a un breve questionario, in forma scritta, in cui vengono poste delle domande che sono state ritenute coerenti con il tema e le finalità di questa trattazione.

In particolare, i soggetti che sono stati coinvolti con il questionario sono (in ordine cronologico di adesione):

- Paolo Di Loreto: Direttore Regionale alla Sanità e Servizi Sociali della Regione Umbria dal 2007 al 2011, Consulente per le politiche sanitarie presso l'Ufficio di Gabinetto della Presidenza della Giunta della Regione Umbria dal 2011 al 2015;
- Paola Casucci: Dirigente Regione Umbria, *Direzione regionale "Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse umane" (Servizio "Mobilità sanitaria e gestione del sistema informativo sanitario e sociale. Osservatorio epidemiologico regionale")*;
- Walter Orlandi: Direttore Generale Regione Umbria, *Direzione Regionale "Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse Umane"*;

Inoltre si riporterà la trascrizione della conversazione avvenuta il 28/06/2016 a Perugia, presso Palazzo Cesaroni (sede del Consiglio regionale umbro) con Claudio Ricci, Consigliere regionale della Regione Umbria e Portavoce delle opposizioni in Consiglio regionale. Si tratta di una conversazione registrata, previo esplicito assenso del Consigliere.

4.1 Questionario

- 1) Quali sono, secondo lei, i punti di forza e i punti di debolezza del nostro Servizio sanitario regionale?
- 2) Come valuterebbe, dunque, la *performance* del sistema sanitario regionale nel suo complesso?
- 3) Come pensa si debba coniugare il trend decrescente della spesa sanitaria regionale con l'aumento progressivo dell'età media della popolazione?
- 4) Come valuta la fase di ripartizione del Fondo sanitario e di definizione del budget delle aziende sanitarie?
- 5) Come giudicherebbe il saldo della mobilità sanitaria interregionale in Umbria? Ritiene che debbano esserci interventi per rendere più attrattiva la Sanità umbra?
- 6) L'Umbria appare come una delle Regioni che fanno meno affidamento sul settore privato. Questa è stata una scelta meramente ideologica o anche strategico - funzionale?
- 7) Secondo lei dovrebbe essere/sarà modificato in senso più liberista questo rapporto tra pubblico e privato?
- 8) Per quanto riguarda il personale sanitario, lo ritiene adeguato per numero, qualità e distribuzione tra le professioni?
- 9) Come sta reagendo il sistema sanitario umbro di fronte alle ondate migratorie? E quali sono le prospettive in questo senso?
- 10) Alla luce di quanto emerso, quali sono gli ambiti di intervento prioritari da tenere in considerazione per il medio e lungo periodo, anche per fronteggiare le future sfide?

RISPOSTE di Paolo di Loreto - Direttore Regionale alla Sanità e Servizi Sociali della Regione Umbria dal 2007 al 2011, Consulente per le politiche sanitarie presso l'Ufficio di Gabinetto della Presidenza della Giunta della Regione Umbria dal 2011 al 2015

1) Quali sono, secondo lei, i punti di forza e i punti di debolezza del nostro Servizio sanitario regionale?

I punti di forza sono sostanzialmente due; il primo consiste nell'assetto equilibrato dato alla rete dei servizi e il secondo nell'impianto di un buon sistema di programmazione e controllo. Per quanto riguarda il primo aspetto l'Umbria, nel corso degli anni ha lavorato al progressivo potenziamento dell'assistenza territoriale e al contestuale corretto dimensionamento delle strutture di ricovero. La disponibilità di una efficiente rete di servizi territoriali ha permesso di sgravare l'ospedale da volumi di attività che risulta più appropriato ed economico trattare in ambito extra-ospedaliero. In questo modo le strutture ospedaliere sono state ridimensionate in termini di numero di posti letto e di presidi, con la riconversione di alcuni in strutture ambulatoriali e riabilitative e l'accorpamento di altri in nuove strutture di ricovero di dimensioni ottimali; un sistema ospedaliero più snello, ma fortemente qualificato con un radicale ammodernamento strutturale e tecnologico e una profonda innovazione organizzativa, basata sulla messa in rete dei presidi. Questo impianto ha permesso di raggiungere l'obiettivo di una allocazione ottimale delle risorse del 5% per la prevenzione, 44% per l'assistenza ospedaliera e 51% per l'assistenza territoriale, che tutte le analisi considerano il prerequisito per raggiungere l'equilibrio gestionale, garantendo una elevata qualità dell'assistenza.

Il secondo aspetto si ricollega al primo, perché lo sviluppo della rete dei servizi è stato frutto di una visione strategica, che ha guidato le scelte nel corso del tempo. L'Umbria ha assunto la programmazione e la valutazione degli obiettivi conseguiti come metodo della propria azione di governo; è un principio che non è rimasto sulla carta, ma si è concretizzato nell'impianto di un sistema di programmazione strategica di livello regionale (Piano Sanitario Regionale) e aziendale (programma strategico aziendale), che viene declinato annualmente attraverso documenti di programmazione attuativa regionale, recepiti dalla programmazione attuativa aziendale, che attraverso il documento di direttive per la predisposizione del budget avvia il ciclo della programmazione e controllo operativi.

Il principale punto di debolezza è riconducibile al fatto che l'Umbria è una regione con meno

di un milione di abitanti, che risulta un bacino insufficiente per alcune specialità e che non consente di raggiungere le economie di scala delle regioni più grandi. Un'altra criticità è rappresentata dal fatto che il territorio regionale è relativamente vasto, infatti a fronte dell'1,5% della popolazione nazionale, l'Umbria ha una superficie pari al 2,9%, con la presenza di numerosi piccoli comuni in zone collinari e montane; questo comporta la necessità di assicurare una rete molto capillare dei servizi, con conseguente innalzamento dei costi.

2) Come valuterebbe, dunque, la *performance* del sistema sanitario regionale nel suo complesso?

Posso senz'altro affermare che la performance del servizio sanitario umbro è molto buona; non si tratta di una affermazione basata solo su criteri di autovalutazione, ma è stata confermata nel tempo dalle indagini condotte dai più autorevoli Istituti di ricerca quali il Censis, il Centro studi della Banca d'Italia, il Cergas, il Cerm, che hanno stilato classifiche sulla qualità dei servizi, e l'efficienza gestionale dei servizi sanitari regionali, collocando l'Umbria sempre ai primi posti fra le Regioni Italiane. Le due più grandi agenzie di rating a livello mondiale, Moody's e Standard & Poor's, hanno sempre assegnato alla Regione i più alti livelli di affidabilità, sottolineando nei loro rapporti che la valutazione era fortemente legata all'ottima performance del servizio sanitario regionale, che rappresenta quasi l'80% dell'intero bilancio regionale. Con l'entrata in vigore del decreto legislativo 68/2011 è stato introdotto il "modello istituzionale" di misura della performance per l'individuazione dei tre migliori servizi sanitari regionali, su cui basare la determinazione dei costi standard del servizio sanitario nazionale. La prima applicazione del decreto è avvenuta nel 2013, sui dati di attività 2011 ed ha collocato l'Umbria al primo posto della graduatoria delle Regioni. Anche nel 2014, sui dati 2013 l'Umbria è risultata prima, mentre nel 2015 ha ceduto qualche posizione, rimanendo comunque nella terna delle regioni di riferimento per il calcolo dei costi standard.

3) Come pensa si debba coniugare il trend decrescente della spesa sanitaria regionale con l'aumento progressivo dell'età media della popolazione?

Di fronte al progressivo invecchiamento della popolazione, il potenziamento dell'assistenza territoriale risulta la risposta più appropriata a soddisfare i bisogni crescenti connessi alla cronicità e all'erogazione delle cure di lungo termine, riducendo fortemente il ricorso

all'ospedale, che risulta un setting assistenziale non adeguato a tali esigenze e caratterizzato da costi molto più elevati.

Bisogna comunque sottolineare che l'aumento della popolazione anziana non è conciliabile con una riduzione dei finanziamenti per la sanità dato che l'incremento dei consumi sanitari con l'età è un dato oggettivo, che non contesta nessuno.

4) Come valuta la fase di ripartizione del Fondo sanitario e di definizione del budget delle aziende sanitarie?

È necessario fare una premessa sulla fase che precede la ripartizione del fondo sanitario e cioè sulla determinazione della sua entità. Il finanziamento del servizio sanitario che aveva avuto ritmi di crescita dell'ordine del 10% all'anno fino all'inizio degli anni 2000, per poi scendere ad una media del 4% all'anno fino al 2009 ed è rimasto sostanzialmente fermo dal 2010 al 2015, con un modesto incremento medio di circa di circa lo 0,8% all'anno. La spesa ha avuto necessariamente un trend analogo ed il contenimento degli incrementi medi annui dal 10% al 4%, nel periodo fino al 2009, è stato frutto di una razionalizzazione dei costi che ha visto impegnate tutte le Regioni. La fase più recente corrisponde invece ad un taglio brutale del finanziamento che si traduce inevitabilmente in una riduzione dei servizi da parte delle Regioni. La conferma dell'insostenibilità dell'erogazione dei servizi a questi livelli di finanziamento viene dalla graduatoria della spesa sanitaria dei paesi europei che vede l'Italia nelle posizioni di coda, seguita solo da Grecia e Portogallo.

Quando le risorse complessive disponibili risultano insufficienti è impossibile rivedere i criteri di ripartizione e prevale la logica di garantire ad ogni Regione almeno l'assegnazione dell'anno precedente; quindi in presenza di incrementi minimi si finisce con il replicare sostanzialmente lo schema di riparto dell'anno precedente. Il confronto fra le Regioni sui criteri di riparto è aperto da molti anni e vede le Regioni del sud rivendicare l'introduzione di indici di deprivazione in grado di misurare lo svantaggio socio-economico di quelle aree che porterebbe ad un aumento dei bisogni sanitari, di cui si dovrebbe tenere conto nei criteri di assegnazione al pari di quelli previsti per l'invecchiamento. L'impossibilità di trovare un accordo sulla deprivazione ha portato nel corso degli anni al compromesso di una graduale riduzione del peso dell'età, criterio applicato ad una quota di oltre il 70% all'inizio degli anni 2000 e scesa a circa il 40% a partire dal 2006. Si tratta di una soluzione che penalizza fortemente l'Umbria che ha una delle popolazioni più anziane del paese.

L'assegnazione delle risorse alle aziende sanitarie da parte della Regione avviene all'interno

del meccanismo del sistema di programmazione descritto al punto 2). Fra gli atti di programmazione attuativa regionale c'è la ripartizione delle risorse finanziarie, che vengono assegnate per circa il 95% fra le aziende USL con il criterio della popolazione pesata; il restante 5% viene assegnato fra tutte le aziende per il finanziamento delle funzioni (emergenza, ricerca e didattica ecc.) o di particolari obiettivi; contestualmente vengono impartiti gli indirizzi per la stipula degli accordi contrattuali fra le aziende USL e le aziende ospedaliere con l'indicazione dei volumi di attività e finanziari previsti, che rappresentano la previsione di ricavo per le aziende ospedaliere per l'erogazione delle prestazioni a tariffa; all'interno di questo quadro delle risorse disponibili tutte le aziende definiscono i budget annuali.

5) La mobilità sanitaria interregionale mostra ogni anno un saldo positivo per la nostra Regione. Vi sono, tuttavia, interventi che possano rendere la sanità in Umbria più attrattiva?

L'Umbria registra un saldo positivo di mobilità determinato in particolare dai ricoveri ospedalieri, che negli ultimi anni si è stabilizzato intorno ai 10 mln di euro; il risultato testimonia la qualità dell'assistenza offerta dal servizio sanitario regionale, il dato è tanto più positivo se si tiene conto che l'Umbria confina con Regioni importanti, dotate di centri sanitari di eccellenza. Il risultato è il frutto di una politica corretta nei confronti del tema della mobilità che ha dato priorità al contenimento della mobilità passiva nei settori della medio-bassa complessità attraverso un attento monitoraggio del fenomeno e un tempestivo miglioramento dell'offerta nelle aree a maggiore rischio di migrazione sanitaria; nel contempo ha resistito ad ogni tentazione autarchica nei settori dell'altissima specialità, evitando un sovradimensionamento dell'offerta per il bacino regionale che comporta il rischio di incremento di volumi di prestazioni inappropriate a carico dei residenti. In questi settori la Regione si è mossa stipulando accordi interregionali che assicurano ai pazienti umbri un ricorso pianificato ai centri altamente specializzati, garantendo un accesso semplificato e nel contempo un monitoraggio attento per prevenire fenomeni di inappropriatezza. In questo modo vengono ridotti i flussi ed i costi della mobilità passiva e nel contempo la qualità dell'assistenza offerta dai presidi ospedalieri regionali per prestazioni di media ed alta complessità fa registrare notevoli flussi in ingresso.

È giusto, comunque, segnalare che l'Umbria, anche per la presenza di una storica facoltà di

medicina, dispone di alcuni centri di eccellenza che si sono consolidati come strutture di riferimento per bacini di utenza sovraregionali, contribuendo all'incremento della mobilità attiva.

6-7) L'Umbria appare come una delle regioni che fanno meno affidamento sul settore privato. Questa è stata una scelta meramente ideologica o anche strategico - funzionale? Secondo lei dovrebbe essere/sarà modificato in senso più liberista questo rapporto tra pubblico e privato?

L'Umbria ha effettivamente rapporti contrattuali con il privato accreditato molto contenuti, meno del 7% per i ricoveri e meno del 5% per la specialistica; non si tratta, però di un pregiudizio ideologico, ma di una scelta coerente con la costruzione della rete dei servizi descritta al punto 1). Se si vuole realizzare un alto grado di integrazione fra l'area della specialistica e della degenza per garantire ai pazienti percorsi assistenziali ottimali è necessario che le strutture che hanno un ruolo strategico a tale fine, siano gestite direttamente dal pubblico, per garantire una stretta collaborazione e anche una rotazione fra i professionisti coinvolti. Questa è la strada maestra per ridurre le prestazioni inappropriate e gli sprechi connessi. Al privato accreditato viene, comunque riconosciuto un ruolo importante nella erogazione di prestazioni che risultano complementari rispetto al disegno strategico descritto. A conferma di questa ultima affermazione c'è il fatto della significativa presenza del privato accreditato nel settore dell'assistenza residenziale territoriale che gestisce circa il 65% delle strutture per anziani non autosufficienti, per disabili e per altre tipologie di assistenza.

8) Per quanto riguarda il personale sanitario, lo ritiene adeguato per numero, qualità e distribuzione tra le professioni?

Non sono in possesso di sufficienti informazioni dettagliate per rispondere a questa domanda.

9) Come sta reagendo il sistema sanitario umbro di fronte alle ondate migratorie? E quali sono le prospettive in questo senso?

Per analizzare il fenomeno bisogna distinguere fra stranieri regolari residenti, stranieri irregolari presenti e rifugiati o richiedenti asilo.

Gli stranieri residenti rappresentano quasi l'11% della popolazione, circa tre punti sopra la

media nazionale; si tratta di quasi 100.000 persone che in Umbria vivono con un buon grado di integrazione sociale; la Regione riceve la quota capitaria e non si registrano criticità per l'erogazione dell'assistenza. Accanto agli immigrati regolari si stima una presenza di circa 7.500 irregolari; anche a questa categoria di immigrati viene garantita lo stesso tipo di assistenza a partire dall'assegnazione del medico di famiglia; il finanziamento è però inferiore, equivalente a circa la metà della quota capitaria ma, data la ridotta dimensione del fenomeno, non rappresentano una grossa criticità economica. Per quanto riguarda infine i rifugiati e i richiedenti asilo si tratta di circa 2.000 persone accolte in piccoli gruppi in centri di accoglienza distribuiti sul territorio regionale e dato il numero contenuto e la permanenza non molto prolungata non comportano problemi particolari né di ordine pubblico né di natura sanitaria.

10) Alla luce di quanto emerso, quali sono gli ambiti di intervento prioritari da tenere in considerazione per il medio e lungo periodo, anche per fronteggiare le future sfide?

La lunga e pesante crisi economica dalla quale in particolare l'Europa e soprattutto l'Italia stentano ad uscire ha giustificato una politica dei tagli alle risorse destinate al servizio sanitario nazionale così dura, da metterne in discussione i principi stessi fissati dalla legge istitutiva, la legge 833 del 1978. La riduzione del finanziamento a livelli ormai insostenibili, infatti, sta creando difficoltà alla corretta erogazione dei LEA, per carenza di personale che non può essere sostituito a causa del blocco del turnover, fermi delle attrezzature per riduzione dei programmi di manutenzione, difficoltà a mantenere l'acquisizione di beni e servizi a livelli adeguati alle esigenze. Tutto ciò sta di fatto incrinando la natura universalistica del nostro sistema, i programmi di prevenzione subiscono ridimensionamenti, l'assistenza distrettuale va in sofferenza e in particolare i problemi della non autosufficienza finiscono con il ricadere sempre più sulle spalle delle famiglie, che sono già in difficoltà per la crisi, la cassa integrazione e la perdita dei posti di lavoro. Le liste di attesa si allungano e chi può permetterselo, ricorre alla sanità privata per avere le prestazioni in tempi utili per essere curati e chi non può è costretto a rinviare o a rinunciare ai trattamenti. In sostanza, senza introdurre modifiche esplicite all'attuale impianto del servizio sanitario vengono messi in discussione in modo strisciante i principi del diritto delle persone alla globalità delle cure e alla equità di accesso, che può preludere all'apertura a nuove forme di organizzazione e di finanziamento del servizio sanitario.

Per superare questo stato di difficoltà le Regioni hanno accettato, in primo luogo, la logica

dei costi standard, assumendosi la responsabilità che ne deriva, ma chiedendo il rispetto della loro autonomia nell'individuare strumenti e metodi per intervenire sui sistemi regionali al fine di garantire la corretta erogazione dei LEA, nel rispetto dei vincoli di spesa. Le Regioni hanno avanzato, inoltre, la proposta di mettere mano ad una coraggiosa riforma della governance del sistema, volta a garantire l'unitarietà del servizio sanitario, riducendo la variabilità presente nei sistemi regionali, argomento che viene spesso utilizzato per giustificare l'adozione di interventi di tipo centralistico. In realtà questo tipo di misure non sono in grado di risolvere il problema e non sono possibili nell'attuale quadro normativo né sono previsti dalla legge di riforma costituzionale approvata dal Parlamento il 12 aprile 2016 che, pur eliminando le materie di legislazione concorrente, conferma allo Stato la legislazione esclusiva delle "disposizioni generali e comuni per la tutela della salute" e alle Regioni la potestà legislativa in materia di "programmazione e organizzazione dei servizi sanitari". La variabilità dei sistemi regionali non è stata determinata dall'esercizio da parte delle Regioni della potestà legislativa in materia di organizzazione dei servizi (nei casi in cui le leggi regionali hanno debordato dal loro ambito, sono state impugnate dai governi e modificate di conseguenza), ma piuttosto dalle modalità con cui si è data concreta attuazione ai principi che rientrano nella potestà legislativa dello Stato, che l'ha esercitata attraverso l'emaneazione di indicazioni puramente amministrative, a partire dalla definizione dei LEA, lasciando alle Regioni la responsabilità di definire criteri specifici di accesso alle prestazioni, di selezionare le nuove tecnologie da acquisire, di stabilire politiche di compartecipazione alla spesa che hanno condotto, appunto, ad una attuazione non uniforme di detti principi. Le Regioni propongono una riorganizzazione ed un cambiamento di ruolo degli Enti e Agenzie nazionali (Agenas, Aifa e ISS), che devono fissare le regole tecnico-scientifiche alle quali si devono uniformare i servizi sanitari regionali e svolgere una funzione di controllo.

La difesa dell'universalismo del servizio sanitario nazionale e la realizzazione di un quadro chiaro di regole che renda effettiva l'autonomia delle Regioni in materia di organizzazione dei servizi regionali, nel rigoroso rispetto dei principi fissati dallo Stato, uniti ad una dimensione del finanziamento coerente con i livelli di assistenza che devono essere assicurati ai cittadini in modo uniforme in tutto il Paese, rappresentano in sintesi la sfida che si trovano di fronte le Regioni, in questa fase contrassegnata da forti cambiamenti dell'assetto economico e sociale e da un acceso confronto sull'assetto istituzionale.

RISPOSTE di Paola Casucci - Dirigente Regione Umbria, *Direzione regionale "Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse umane" (Servizio "Mobilità sanitaria e gestione del sistema informativo sanitario e sociale. Osservatorio epidemiologico regionale")*

1) Quali sono, secondo lei, i punti di forza e i punti di debolezza del nostro Servizio sanitario regionale?

- Punti di forza:

La nostra regione è piccola, ma ha da sempre puntato, nella programmazione regionale, a criteri di omogeneità, appropriatezza, equità, efficienza ed efficacia, con una buona integrazione ospedale/territorio.

Ha due sole società consortili per i servizi sanitari per l'informatica e ha una centrale unica per gli acquisti.

-Punti di debolezza:

Le dimensioni spesso rendono difficile potersi confrontare con Regioni più grandi, anche i bacini territoriali impongono *standard* che sono difficilmente raggiungibili e nello stesso tempo ci sono difficoltà oro geografiche per le aree montane o per le aree particolarmente distanti dai centri maggiori che dettano l'esigenza di attivare servizi specialistici.

2) Come valterebbe, dunque, la *performance* del sistema sanitario regionale nel suo complesso?

La Direzione regionale monitora e controlla i risultati di particolari aree (stato di salute della popolazione, capacità di perseguimento delle strategie regionali, valutazione socio-sanitaria, valutazione esterna, valutazione interna, valutazione economico finanziaria e di efficienza operativa).

Ha imposto sistemi di valutazione che ci permettono il *benchmark* con altre regioni italiane e con l'intero livello nazionale.

I risultati, messi a disposizione di chiunque voglia conoscerli, sono decisamente positivi. Ci sono comunque aree di miglioramento su cui la programmazione regionale sta dettando indirizzi specifici.

3) Come pensa si debba coniugare il trend decrescente della spesa sanitaria regionale con l'aumento progressivo dell'età media della popolazione?

L'unica sfida possibile è lavorare sempre più con i criteri dell'appropriatezza, liberando risorse per garantire l'essenziale.

4) Come valuta la fase di ripartizione del Fondo sanitario e di definizione del budget delle aziende sanitarie?

Le risorse sono sempre insufficienti, ma il problema è a livello nazionale e complessivo. Come dirigente di un servizio che si occupa di sistemi informativi non posso fare osservazioni puntuali

5) La mobilità sanitaria interregionale mostra ogni anno un saldo positivo per la nostra Regione. Vi sono, tuttavia, interventi che possano rendere la sanità in Umbria più attrattiva?

Siamo tra le regioni con meno problemi sotto questo aspetto. Il lavoro che si sta facendo è soprattutto volto a controllare, e ridurre, la mobilità passiva, che è ancora alta per particolari settori, come l'ortopedia. Utili a questo riguardo gli accordi con le Regioni di confine.

6) L'Umbria appare come una delle regioni che fanno meno affidamento sul settore privato, infatti l'assistenza erogata direttamente da strutture pubbliche rappresenta circa il 75%. Questa è stata una scelta meramente ideologica o anche strategico – funzionale?

Non so come sia nata ed evoluta nel tempo la dinamica. Attualmente il privato è parte essenziale e coattore del Servizio sanitario regionale.

7) Secondo lei dovrebbe essere/sarà modificato in senso più liberista questo rapporto tra pubblico e privato?

Sarebbe solamente un giudizio personale

8) Per quanto riguarda il personale sanitario, lo ritiene adeguato per numero, qualità e distribuzione tra le professioni?

Sicuramente è una problematica sentita. Si intende far leva su scambi tra professionisti e tra aziende e sui collegamenti in rete dei servizi.

L'infrastruttura tecnologica, la banda larga e i servizi in via di attuazione di teleassistenza, teleconsulto, telediagnosi, telemedicina in senso lato potranno risolvere alcuni problemi.

9) Come sta reagendo il sistema sanitario umbro di fronte alle ondate migratorie? E quali sono le prospettive in questo senso?

La politica regionale ha attivato tutte le strategie condivise a livello nazionale per fronteggiare l'emergenza. In generale i migranti/stranieri vengono inseriti a pieno titolo come assistiti del Servizio sanitario regionale e usufruiscono in tal modo di tutti i servizi. Non sono stati creati ambulatori dedicati.

10) Alla luce di quanto emerso, quali sono gli ambiti di intervento prioritari da tenere in considerazione per il medio e lungo periodo, anche per fronteggiare le future sfide?

Occorre intervenire per migliorare l'appropriatezza, l'equità, il monitoraggio e il controllo dell'assistenza sanitaria.

Quali sono, secondo lei, i punti di forza e i punti di debolezza del nostro Servizio sanitario regionale?

Il Servizio Sanitario Regionale umbro, a partire dalla sua istituzione, è stato all'altezza delle funzioni e dei compiti ad esso affidati dalla Riforma Sanitaria del '78 e successivi interventi normativi di modifica, con dimostrata capacità di adattamento del sistema all'evoluzione del quadro demografico, epidemiologico, ma altresì alle importanti innovazioni registrate in ambito strutturale, professionale tecnologico, terapeutico-assistenziale, farmacologico e riabilitativo.

Grazie ad un'attenta e rigorosa politica sanitaria la Regione è riuscita negli anni a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, senza dovere prevedere costi aggiuntivi a carico dei cittadini umbri. La capacità dimostrata è stata "premiata" sia con il riconoscimento per tre anni consecutivi da parte della Conferenza Stato- Regioni della Regione Umbria tra le regioni eleggibili (regioni benchmark), ovvero di riferimento per la definizione dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario.

Nel tempo la programmazione sanitaria regionale ha previsto l'evoluzione del modello organizzativo: si sta passando da una prospettiva "ospedalocentrica" ad una più orientata allo sviluppo dei servizi territoriali, puntando sulla area della prevenzione e sul potenziamento delle cure primarie, attraverso il riconoscimento della centralità del Distretto come dimensione autonoma di governo di specifici e ben identificati ambiti territoriali. Tale scelta ha comportato nel tempo il ripensamento della mission dei piccoli ospedali, riconvertiti in Residenze Sanitarie Assistite (R.S.A.) a degenza breve, in Case della Salute e in Centri di riabilitazione.

Le criticità riscontrabili sono connesse alla necessità di completare il percorso programmatico descritto e di realizzare l'integrazione dell'assistenza primaria e intermedia con quella ospedaliera, specie quella offerta dalle due grandi Aziende ospedaliere regionali, grazie alla creazione di percorsi incentrati sulla continuità assistenziale e che prevedono un maggiore coinvolgimento di figure professionali e delle istituzioni che sono più vicine al paziente, in termini di accesso territoriale, sociale e culturale.

2) Come valuterebbe, dunque, la *performance* del sistema sanitario regionale nel suo complesso?

Il sistema sanitario regionale, nonostante la Regione Umbria sia una piccola realtà, penalizzata sul piano delle economie di scala, ha dato buona prova di sé, adeguandosi negli anni al mutamento della domanda di salute (determinata da varianti demografiche ed epidemiologiche) e al mutamento di elementi strutturali, quali la contrazione di risorse a fronte di sfide sempre più impegnative, continuando a configurarsi come un sistema universalistico, in grado di garantire i livelli essenziali di assistenza e quelli aggiuntivi previsti dalla normativa regionale a tutta la popolazione residente, senza distinzioni di genere, età, reddito o lavoro, con garanzia tuttavia di un buon livello di qualità assistenziale.

3) Come pensa si debba coniugare Il trend decrescente della spesa sanitaria regionale con l'aumento progressivo dell'età media umbra?

La parola chiave per ovviare alla problematica di coniugare il trend decrescente della spesa sanitaria regionale con l'aumento progressivo dell'età media dei cittadini umbri sarà appropriatezza, declinata sotto il profilo clinico (che incide sul miglioramento della qualità dell'assistenza) ed organizzativo (che attraverso un uso efficiente delle risorse consente di massimizzare il numero di cittadini che possono accedere ad interventi efficaci).

È un aspetto fondamentale della qualità assistenziale e si pone in relazione fortemente dinamica delle altre sue componenti: sicurezza, efficacia, efficienza, equità, continuità assistenziale e coinvolgimento del cittadino.

Interventi "appropriati" tendono a superare fenomeni di improprio assorbimento delle risorse da parte di un livello assistenziale, con inevitabile riduzione del livello di copertura di altri servizi, disattendendo l'uniforme riconoscimento dei diritti ai cittadini.

La finalità della programmazione regionale deve essere quella di ridimensionare o addirittura azzerare le offerte di prestazioni che implicano sovrapposizioni e sprechi di risorse, garantendo percorsi sanitari e sociosanitari integrati ovvero coordinati tra professionisti e servizi (ospedalieri, distrettuali e sociali), valorizzando le competenze acquisite e rendendole disponibili su scala regionale.

4) Come valuta la fase di ripartizione del Fondo sanitario e di definizione del budget delle aziende sanitarie?

La definizione del fabbisogno del SSR è basata su di un meccanismo che in virtù della

riforma introdotta con il D. Lgs. 68/2011, fonda il riparto sulla determinazione dei costi e dei fabbisogni standard.

Circa il budget da assegnare alle Aziende sanitarie si procede attraverso un meccanismo diverso per le Aziende USL e le Aziende Ospedaliere regionali.

Il budget da attribuire alle Aziende territoriali è determinato in base alla quota capitolaria, che tuttavia viene corretta tenendo conto dei trend storici al fine di mantenere il sistema in equilibrio.

Per le Aziende Ospedaliere, invece, si procede attraverso il riconoscimento di una quota a mandato (basata su fattori come ad esempio: presenza dell'Università, delle centrali di emergenza urgenza – 118, servizi immunotrasfusionali) e sulla remunerazione a tariffa delle prestazioni sanitarie erogate. A tale proposito, al fine di favorire l'appropriatezza delle prestazioni, la Regione determina annualmente i volumi finanziari massimi dell'attività erogate dalle Aziende Ospedaliere con oneri a carico del SSR (global budget).

5) La mobilità sanitaria interregionale mostra ogni anno un saldo positivo per la nostra Regione. Vi sono, tuttavia, interventi che possano rendere la sanità in Umbria più attrattiva?

Il trend finanziario della mobilità extraregionale della Regione Umbria, relativa al complesso delle prestazioni (ricoveri, medicina di base, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta di farmaci, trasporto con ambulanza ed elisoccorso), evidenzia un saldo positivo, in forte aumento nell'ultimo anno grazie all'aumento della mobilità attiva.

Tale positività è determinata principalmente dall'attività ospedaliera che mantiene nel tempo un saldo positivo e rappresenta in percentuale circa l'80% della mobilità interregionale. È da rilevare la diminuzione dei casi con il contestuale aumento del fatturato, testimonianza del fatto che le prestazioni dei pazienti umbri fuori regione si riferiscono principalmente all'alta specialità.

Tuttavia l'obiettivo principale della programmazione regionale dovrà essere non tanto quello di incrementare l'*attrattività* del sistema per i pazienti residenti in altre regioni, quanto quello di diminuire la *migrazione* di pazienti umbri, favorendo l'utilizzo di servizi disponibili a livello regionale, attraverso una rete integrata delle attività dei diversi presidi ospedalieri e delle due Aziende Ospedaliere.

6) L'Umbria appare come una delle regioni che fanno meno affidamento sul settore privato, infatti l'assistenza erogata direttamente da strutture pubbliche rappresenta circa il 75%. Questa è stata una scelta meramente ideologica o anche strategico - funzionale?

Le prestazioni sanitarie in Umbria sono state in prevalenza erogate in ambito pubblico e sono storicamente valutabili in modo positivo in termini di efficacia ed efficienza. Anche per questo l'assistenza erogabile da parte di strutture private non rappresenta una percentuale significativa rispetto al totale; c'è da aggiungere tuttavia che le prestazioni fornite in esecuzione di accordi contrattuali con le Aziende sono comunque a carico della spesa pubblica.

7) Secondo lei dovrebbe essere/sarà modificato in senso più liberista questo rapporto tra pubblico e privato?

Con Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", in conformità alle previsioni dell'art. 3, comma 1, del Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, il Ministero della Salute ha definito in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera. Il DM - recepito con provvedimenti della Giunta Regionale - ha disciplinato anche il limite di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali delle strutture private, prevedendo alcune soglie minime di PL e cercando di favorire l'accorpamento ovvero la riconversione delle strutture stesse.

8) Per quanto riguarda il personale sanitario, lo ritiene adeguato per numero, qualità e distribuzione tra le professioni?

La sanità è un settore ad alta intensità di manodopera e occupa un posto importante nell'economia dei paesi dell'UE, considerando che dà lavoro a circa 17 milioni di persone (pari all'8% degli occupati). Con l'invecchiamento demografico e la crescente domanda di cure sanitarie, questo settore rimarrà in futuro un'importante fonte di occupazione.

Sfide importanti in proposito si prospetteranno nella gestione dei Sistemi sanitari, quali l'aumento dei carichi assistenziali conseguente all'invecchiamento della popolazione e all'incremento delle patologie croniche, come il diabete e le malattie cardiache, ma anche

l'invecchiamento della manodopera ed il progressivo assottigliamento degli organici dovuto alle misure di contenimento della spesa sanitaria, oltre al bisogno di nuove competenze per gestire le nuove tecnologie. Nel nostro paese permangono vincoli rigidi di contenimento della spesa del personale che rappresenta una quota importante dei costi del SSN (limite spesa 2004 diminuita dell'1,4%). In ragione di ciò occorrerà orientare la governance del sistema in modo tale da:

- migliorare la programmazione e le previsioni riguardo al fabbisogno di personale sanitario, mitigando l'impatto negativo dell'immigrazione sui sistemi sanitari e riconvertendo le professioni sanitarie in base all'intensità assistenziale;
- prevedere in anticipo competenze necessarie in futuro e migliorare lo sviluppo professionale continuo/l'apprendimento permanente;
- migliorare le procedure di selezione del personale sanitario.

Nello specifico la pianificazione delle risorse umane nel sistema sanitario umbro va ancorata in maniera pertinente, appropriata e a costi sostenibili, ai bisogni di salute della popolazione umbra e alle strategie del SSR, basato sui principi di centralità della persona, della comunità e della valorizzazione del ruolo e responsabilità degli operatori sanitari per la promozione della qualità, ma anche sull'adozione di nuovi modelli organizzativi che rendano effettivo il coordinamento e l'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari.

C'è da evidenziare che l'avanzamento delle nuove tecnologie richiederà sempre di più l'impiego all'interno dei servizi sanitari di professionalità ad alta specializzazione non sanitarie (Informatici, Ingegneri).

9) Come sta reagendo il sistema sanitario umbro di fronte alle ondate migratorie? E quali sono le prospettive in questo senso?

Pur rappresentando una situazione contingente che i Sistemi sanitari si troveranno a fronteggiare, l'attuale situazione in Umbria è perfettamente sotto controllo e non presenta particolari criticità dovute alla problematica evidenziata.

10) Alla luce di quanto emerso, quali sono gli ambiti di intervento prioritari da tenere in considerazione per il medio e lungo periodo, anche per fronteggiare le future sfide?

Per quanto detto occorrerà perseguire obiettivi di sviluppo e innovazione, da un lato dando completa attuazione ai percorsi di riforma che stanno riguardando da tempo – e con risultati significativi e da salvaguardare - il Sistema Sanitario regionale, e dall'altro trasformando in

profondità la rete dei servizi del welfare della nostra regione. Rafforzare una sanità ancora pubblica e per tutti è una sfida che richiede più riforme e innovazione nella gestione, nell'organizzazione dei servizi, nelle risorse umane e professionali, nell'uso delle tecnologie e dei farmaci, nel superamento di municipalismi, localismi e inappropriately sanitarie e gestionali. Occorre continuare sulla strada intrapresa, puntando le proprie azioni sul perseguimento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa e l'equilibrio economico-finanziario, a partire dal rafforzamento delle linee guida della programmazione regionale, che si basano sull'idea di una forte governance regionale ed unitaria del SSR e di un modello unitario ed integrato di programmazione e gestione dei servizi. Questo percorso si incentrerà sull'adozione del nuovo Piano Sanitario regionale, in coerenza con gli strumenti di programmazione settoriale nazionali (nuovo Piano Sanitario Nazionale, Patto per la Salute, Regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 in primis) ed in coordinamento con le scelte operate nel nuovo Piano Sociale regionale.

INCONTRO con Antonio Ricci – Consigliere regionale della Regione Umbria e Portavoce delle opposizioni in Consiglio regionale.

“Le Regioni hanno la delega della Sanità. Gran parte delle risorse sono afferenti al quadro della Sanità.

Attualmente il principale parametro che valuta le Regioni è quello dei Lea.

L’Umbria negli ultimi anni ha perso alcuni posti in questa specifica graduatoria, attualmente ricopre il 10° posto. Ma la situazione in Umbria comunque parte da una condizione intermedia che è considerabile positiva.

Da migliorare vi è comunque molto, come ad esempio i tempi di attesa per le visite e per gli esami sanitari. Attualmente la Regione, a questo proposito, ha definito una strategia il cui obiettivo è quello di arrivare a 60 giorni massimo per le visite e 30 giorni massimo per gli esami sanitari. Si tratta di un buon obiettivo, ma è molto, troppo tempo che se ne parla.

Non è stato ancora raggiunto anche perché bisogna investire di più in processi di esternalizzazione dei servizi sanitari e nell’aumento della quantità di ore con cui funzionano i laboratori. Il pubblico deve avere sempre il controllo sul servizio, ma se lo faccio fare a un privato, attraverso una convezione, è probabile che venga fatto più velocemente e con minori costi. Il primo problema, dunque, sono i tempi di attesa.

Il secondo elemento è che bisogna poi tornare ad una acquisizione di personale, soprattutto di personale specialistico e di primari, figure professionali di alto livello, in base a criteri basati sul merito. La Sanità è soprattutto fatta di persone e un investimento su personale di alto livello può far aumentare anche la mobilità sanitaria attiva. E se aumenta, chiaramente, porta molti benefici al bilancio sanitario. Occorre puntare, quindi, su un metodo rigoroso basato sul merito e sui curricula del personale.

Un altro elemento è il management e l’organizzazione. La CRAS, la centrale per gli acquisti sanitari, cioè acquistare in modo centralizzato, più si centralizzano gli acquisti, più si risparmia perché aumenta la quantità dei materiali che si acquistano. La Corte dei Conti ha valutato che la Regione Umbria centralizza gli acquisti in sanità solo al 51%, qui si deve migliorare molto.

Un altro tema è quello tecnologico, per cui bisogna puntare sul FSE, il fascicolo sanitario elettronico: oggi una card può contenere tutta la storia sanitaria di una persona. Siamo ormai in un’epoca in cui si può spostare l’informazione, non è più necessario spostare

documenti cartacei. Secondo alcune ricerche, da solo, questo, potrebbe far risparmiare il 10% nel quadro sanitario regionale.

Poi c'è la logistica dei farmaci. Posso spostare automaticamente dal magazzino i farmaci o altri materiali che mi sono necessari. Se io sono in una corsia di un ospedale e c'è uno spazio con farmaci ed altri materiali, io sono in grado, tecnologicamente, di mettere in quello spazio della corsia dell'ospedale solo i farmaci che sono necessari il giorno dopo per me e per tutti gli altri malati, lavorando a "magazzino zero". Potrebbe determinare un miglioramento dei servizi e produrre molti risparmi.

Dal punto di vista dell'organizzazione, la Sanità umbra è basata su 2 Asl, 2 Ao e due strutture di gestione, quindi sei leve di comando. Da più parti si fa una osservazione: forse tutto questo dovrà convergere in un'unica struttura regionale di gestione complessiva del sistema sanitario. Il parametro dell'Ue è una struttura ogni milione di persone. L'idea gestionale deve essere questa.

Ormai dobbiamo ragionare sul sistema assistenziale: il ruolo cruciale lo deve svolgere il Distretto, che collega i piccoli ospedali in modo inscindibile. Il Distretto deve avere sempre più una caratteristica collegata alla Prevenzione, che farebbe risparmiare molto.

La cura deve partire dalla prevenzione nel Distretto, la diagnosi nel distretto o piccolo ospedale, ai grandi ospedali si dovrebbe accedere solo per le cure specialistiche. La nostra cura dovrà essere "andare in più luoghi, non andare in un luogo".

Il Medico di base, conseguentemente, è un'antica figura che verrà rivalutata, perché deve riacquistare un ruolo fondamentale nella prevenzione e anche nella gestione dell'emergenza. Pensiamo, ad esempio, ai Codici bianchi. È inutile andare al Pronto Soccorso. Anche nelle farmacie dovrebbe essere fatto di più in questo senso.

Questi sono i grandi temi che ormai la tecnologia ci permette di determinare, sia per aumentare la qualità dell'assistenza, sia per contenere i costi per il bilancio regionale.

La Sanità deve rimanere fortemente pubblica, ma il pubblico può far svolgere delle funzioni all'esterno perché il privato può dare lo stesso servizio a costi inferiori sotto un rigido controllo del pubblico.

Per quanto riguarda i migranti, fino a questo momento il Sistema sanitario umbro ha risposto bene. Secondo le ultime rilevazioni l'Umbria accoglie circa il 2% dei migranti complessivi in Italia. Credo che sinora il sistema abbia svolto un ottimo lavoro, non solo dal punto di vista sanitario, ma anche sotto quello dell'integrazione sociale."

CONCLUSIONE

In questo lavoro si è cercato di entrare in contatto con gli elementi che caratterizzano il sistema sanitario umbro, per poi valutare quali risultati, in termini di *performance* economica, ospedaliera e assistenziale, abbiano prodotto le interrelazioni tra i diversi fattori che entrano in gioco nell'implementazione e nella concreta realizzazione delle politiche sanitarie a livello regionale, quindi le istituzioni politiche, le strutture sanitarie - pubbliche e private - il management aziendale e il personale sanitario.

L'Umbria è stata chiamata a recepire, così come le altre Regioni, le novità normative e organizzative introdotte dal combinato disposto delle Riforme organiche degli anni '90 e la riforma costituzionale del 2001. Dal punto di vista della *governance* sanitaria, la Regione ha sviluppato un modello cosiddetto "a centralità dell'Asl", vale a dire un sistema istituzionale in cui le Aziende sanitarie locali – che progressivamente sono state ridotte da 5 a 2 – svolgono la doppia funzione di erogazione diretta delle prestazioni sanitarie, attraverso l'attività dei Presidi ospedalieri che operano sotto il controllo delle stesse, e di committente/acquirente di prestazioni tariffate da produttori di servizi sanitari quali le Aziende ospedaliere o le strutture private accreditate. Infatti, circa il 95% del riparto del finanziamento sanitario regionale viene destinato alle Aziende sanitarie locali.

Tra le scelte strategiche che più rilevano nell'ambito dell'assistenza sanitaria vi rientra il rapporto tra il settore pubblico e il settore privato nella fase di erogazione dei servizi sanitari. L'Umbria ha sviluppato un modello a prevalenza pubblica, rientrando tra le Regioni che riservano minore spazio all'attività degli operatori accreditati, come dimostra, ad esempio, la bassa incidenza della spesa sanitaria privata accreditata sul totale, che è circa del 9%. Tuttavia, come è emerso dalle risposte al questionario, è da considerare il modello umbro come un sistema integrato che riconosce un ruolo decisivo agli attori privati, in particolare riservandogli importanti funzioni operative da ritenere complementari – e non concorrenti - rispetto all'azione della sfera pubblica, in particolare nell'alveo dell'assistenza residenziale territoriale. Il personale sanitario umbro segue i trend nazionali sotto il profilo quantitativo. Per quel che concerne la distribuzione di genere, si registra una netta prevalenza di figure femminili nei ruoli professionali sanitari - soprattutto nel campo infermieristico e riabilitativo – nei quali rappresentano circa i 2/3 del totale. Tuttavia, nei livelli apicali delle

strutture sanitarie, vi è una quasi totale presenza di uomini. Complessivamente, l'incidenza del personale sanitario sulla popolazione residente è di un operatore sanitario ogni 82 abitanti. Il Direttore Regionale della "Direzione Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse Umane" Walter Orlandi ha posto l'accento sulla necessità di ricalibrare le politiche sul personale sanitario in Umbria, soprattutto per affrontare alcune possibili problematiche future inerenti all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie croniche, le quali potrebbero dover richiedere un maggiore organico personale e lo sviluppo di nuove competenze professionali. Ipotesi che, tuttavia, rischiano di confliggere con le misure di restringimento della spesa sanitaria. I possibili interventi, a tal proposito, dovranno essere volti ad un miglioramento sia della programmazione sul fabbisogno sanitario di personale, che a un investimento sui processi meritocratici e sulla verifica delle competenze, in virtù anche dell'utilizzo sempre maggiore di strumenti tecnologici sofisticati.

La valutazione della *performance* del Servizio sanitario umbro mostra dei risultati complessivamente buoni, anche in una prospettiva di comparazione regionale. Questi risultati, tuttavia, si dimostrano molto altalenanti se si analizzano, singolarmente, le diverse dimensioni che compongono la *performance* sanitaria.

Il sistema sanitario umbro rientra, innanzitutto, tra quelli che il Ministero della Salute qualifica come "adempienti" nell'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza, la quale dovrebbe rappresentare, almeno sulla carta, la finalità primaria di ogni Servizio sanitario regionale.

La programmazione sanitaria degli ultimi anni si è focalizzata soprattutto sullo sviluppo dell'integrazione sanitaria regionale, che si concretizza attraverso una maggiore integrazione tra le cure territoriali e le cure in ambito ospedaliero e un incremento della continuità assistenziale, a maggior ragione in una Regione caratterizzata dalla presenza di comuni di piccola dimensione, spesso in zone montane. I miglioramenti sono evidenti, non a caso è stato avviato un graduale processo di abbandono di una visione ospedalocentrica dell'assistenza sanitaria, dimostrato anche dalla ripartizione del finanziamento sanitario per le macro-aree dei Livelli essenziali di assistenza, la quale ha visto un ridimensionamento della spesa ospedaliera, attualmente pari al 43%, in favore di un aumento della spesa per l'assistenza distrettuale/territoriale, che è di oltre il 51% e in coerenza con le linee-guida del Patto della Salute 2010-2012. Nonostante questo, il percorso appare ancora in salita, dato che si rileva ancora un ritardo nel settore delle cure domiciliari, che avranno una crucialità sempre maggiore perché risultano fondamentali per le attività di assistenza alla fascia di

popolazione più fragile e numerosa, gli anziani, e per le attività volte alla gestione delle patologie croniche, il cui numero seguirà una tendenza crescente nel nostro Paese.

I migliori livelli di *performance* vengono raggiunti all'interno della dimensione economico-finanziaria. L'Umbria rientra tra le Regioni dotate di una maggiore stabilità economica, mostrando risultati di esercizio positivi, ininterrottamente, dal 2007 ad oggi. Questo è dovuto, in parte, ai saldi della mobilità sanitaria interregionale, che sono molto buoni nonostante le aree di eccellenza nelle Regioni di confine – soprattutto Toscana – a dimostrazione della qualità dell'assistenza sanitaria umbra. I soggetti qualificati che sono stati coinvolti hanno concordato sulla necessità che le politiche migliori per il mantenimento di questo trend non siano tanto quelle volte ad attrarre i pazienti dalle altre realtà regionali, quanto, soprattutto, quello di evitare che vi siano eccessivi flussi migratori dei pazienti umbri verso le strutture sanitarie esterne. A questo riguardo, le misure che sono state e dovranno ancora essere messe in campo perseguono il fine di raggiungere degli accordi con le Regioni extra-confine sul monitoraggio della mobilità interregionale.

Anche le variabili afferenti alla spesa sanitaria regionali rappresentano alcuni tra i punti di forza del Sistema sanitario umbro e sono tra gli elementi alla base della scelta, da parte della Conferenza Stato-Regioni, di inserire l'Umbria tra le Regioni *benchmark* per la determinazione dei costi standard e del fabbisogno sanitario standard regionale.

Ci sono, tuttavia, degli interventi che sono considerati prioritari, in ambito economico, per il perseguimento della sostenibilità dell'assistenza sanitaria in Umbria anche in relazione al lungo periodo. Tra questi rientrano: le misure per il miglioramento dell'appropriatezza, sia sotto il profilo clinico e qualitativo, che organizzativo, che potrebbe garantire un uso più efficiente delle risorse a disposizione, aumentando invece le persone che riuscirebbero ad accedere a cure più efficaci; le politiche di innovazione tecnologica; interventi per il contenimento dei costi in campo farmaceutico.

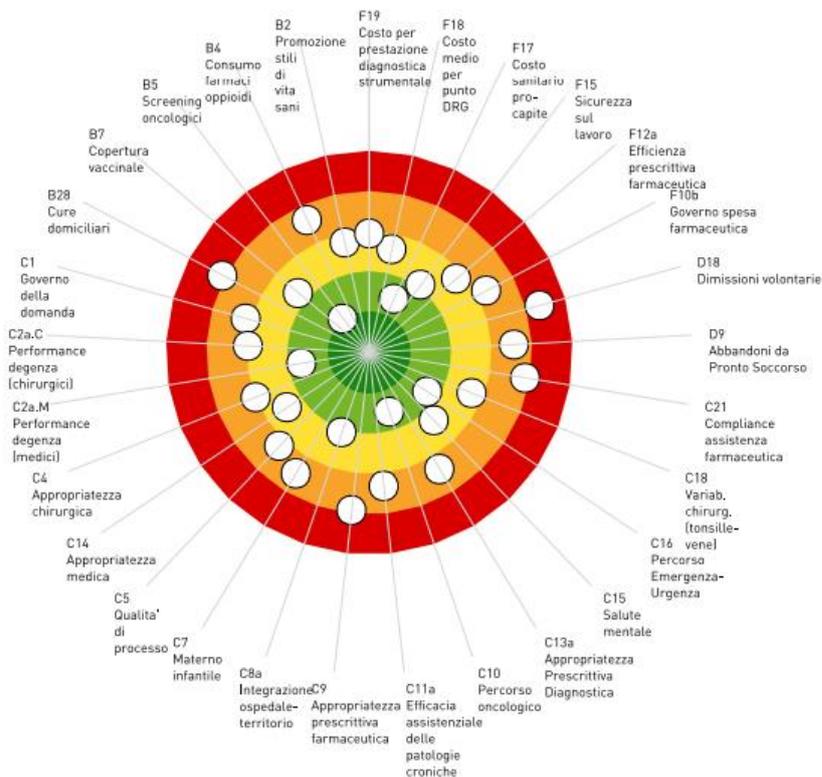
In conclusione, se si volesse dare un giudizio complessivo e sintetico sul Sistema sanitario umbro, si potrebbe dire che esso rappresenta, nel panorama italiano, un modello virtuoso capace di coniugare il rispetto degli equilibri economici con il progressivo miglioramento degli *output* e degli *outcome* prodotti.

Le politiche della sanità, più di ogni altro settore di *policy*, risentono dei rapidi cambiamenti sociali, demografici, economici, politici e culturali che caratterizzano la fase storica in cui viviamo. È solo attraverso una costante rivisitazione da parte dei *policy-makers* e tramite un processo evolutivo di apprendimento che le istituzioni riusciranno a far fronte alle sfide che

interessarono il benessere dei propri cittadini, recuperando la credibilità che è andata smarrendosi negli ultimi decenni. D'altronde, non è forse la Salute una delle fondamentali risorse che alimentano il capitale di fiducia nei confronti delle istituzioni?

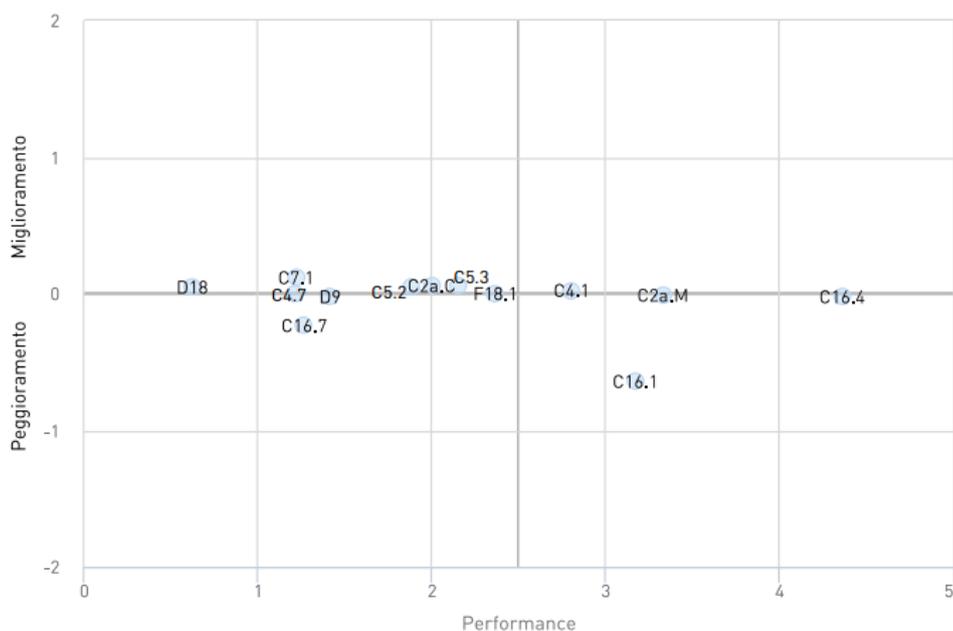
APPENDICE

GRAFICO A1 – Bersaglio della *performance* della Regione Umbria (Anno 2014)



Fonte: Elaborazione del Laboratorio MeS di Pisa, Report 2014

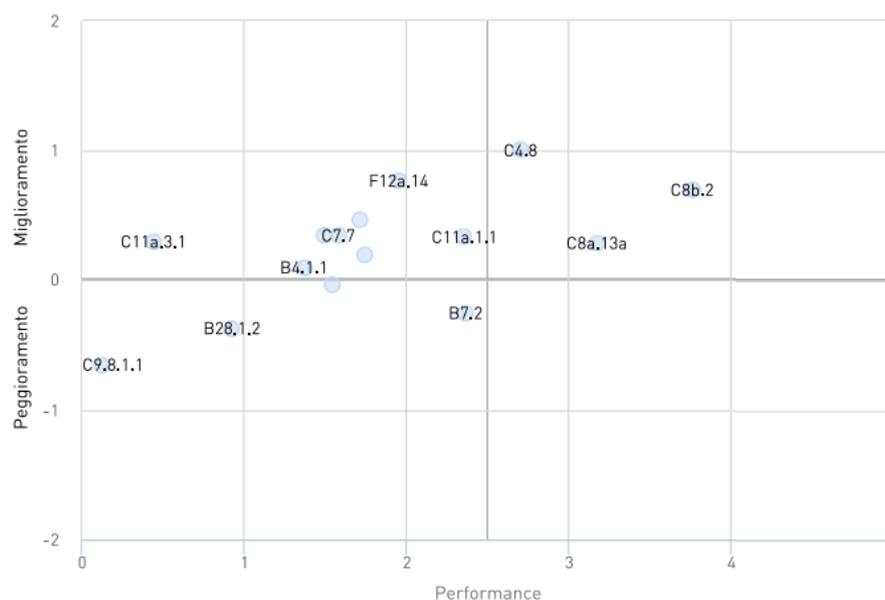
GRAFICO A2 – Mappa di *performance* ospedaliera della Regione Umbria (Anno 2014)



C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C3.4	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 giorno (AO)
C4.1	% Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)
C5.1	% Ricoveri ripetuti entro 30 giorni
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla fine
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9	% abbandoni da PS
D18	% dimissioni ospedaliere volontarie
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8h
F18.1	Costo medio per punto DRG min. dei ricoveri acuti

Fonte: Elaborazione del Laboratorio MeSdi Pisa, Report 2014

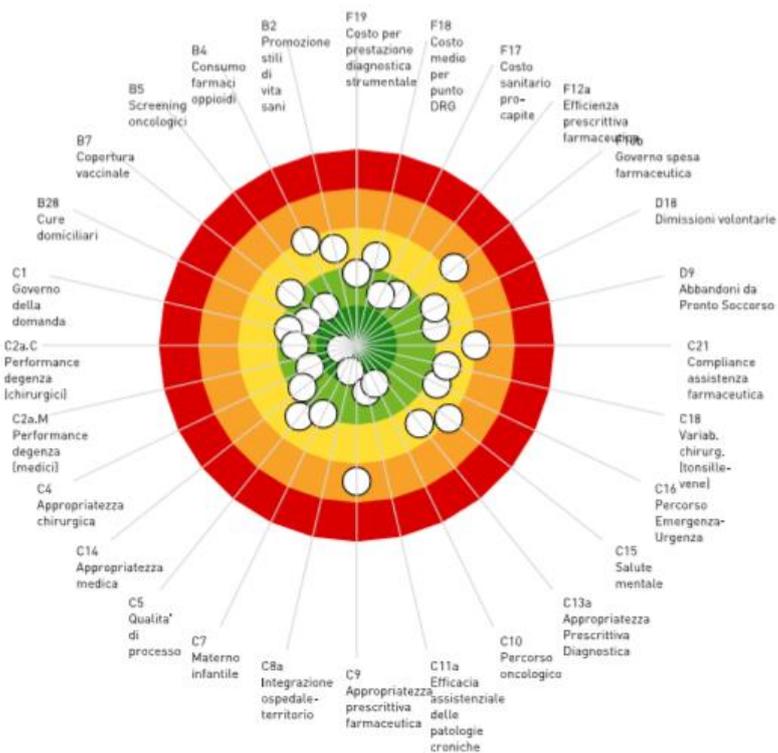
GRAFICO A3 – Mappa di performance territoriale della Regione Umbria (Anno 2014)



B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani
B28.1.2	% anziani in CD con valutazione
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti
C8a.13	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di RM Muscolo Scheletriche (>=65 anni)
C13a.2.2.2	% pazienti che ripetono RM lombari entro 12 mesi
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

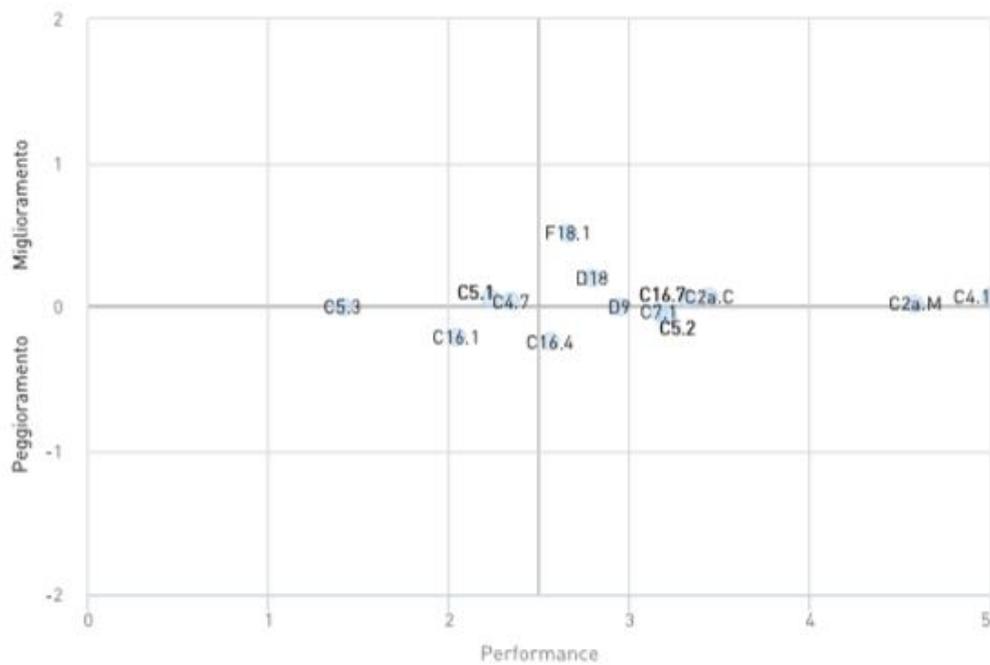
Fonte: Elaborazione del Laboratorio MeSdi Pisa, Report 2014

GRAFICO A4 - Bersaglio della *performance* della Regione Toscana (Anno 2014)



Fonte: Elaborazione del Laboratorio MeSdi Pisa, Report 2014

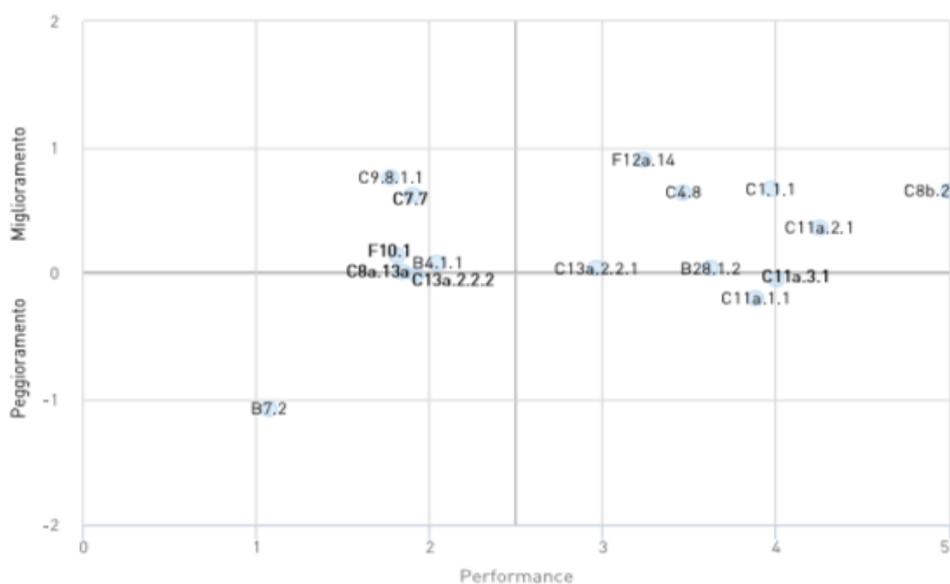
GRAFICO A5 – Mappa di *performance* ospedaliera della Regione Toscana (Anno 2014)



C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C3.4	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 giorno (AO)
C4.1	% Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)
C5.1	% Ricoveri ripetuti entro 30 giorni
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla fine
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9	% abbandoni da PS
D18	% dimissioni ospedaliere volontarie
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8h
F18.1	Costo medio per punto DRG min. dei ricoveri acuti

Fonte: Elaborazione del Laboratorio MeSdi Pisa, Report 2014

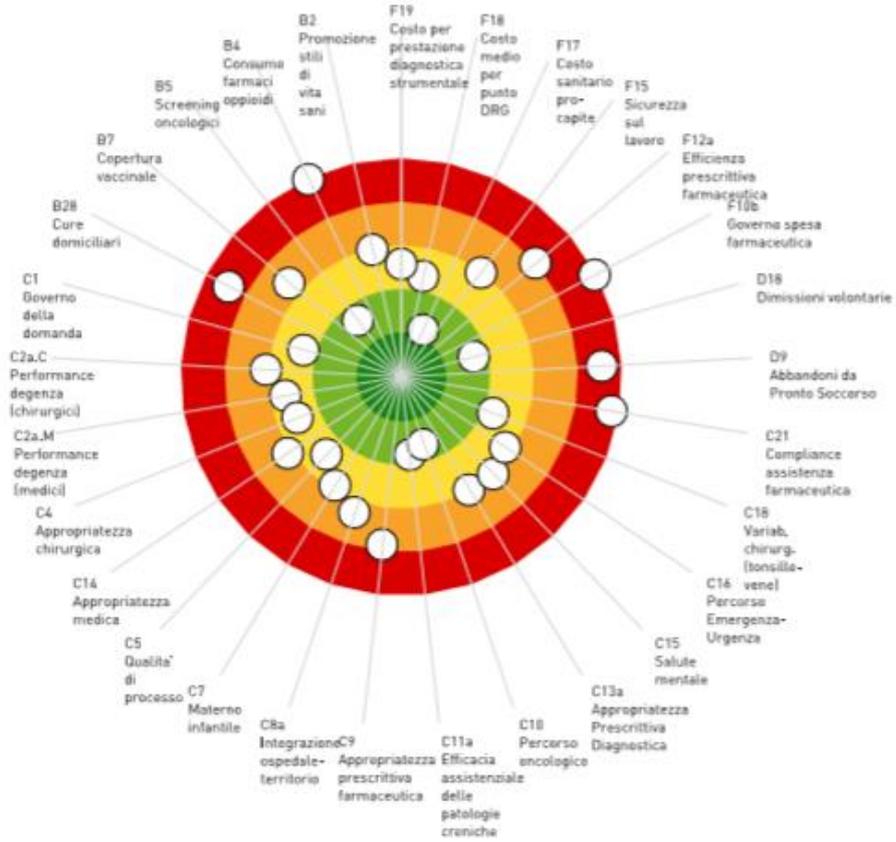
GRAFICO A6 - Mappa di performance territoriale della Regione Toscana (Anno 2014)



B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani
B28.1.2	% anziani in CD con valutazione
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti
C8a.13	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di RM Muscolo Scheletriche (>=65 anni)
C13a.2.2.2	% pazienti che ripetono RM lombari entro 12 mesi
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

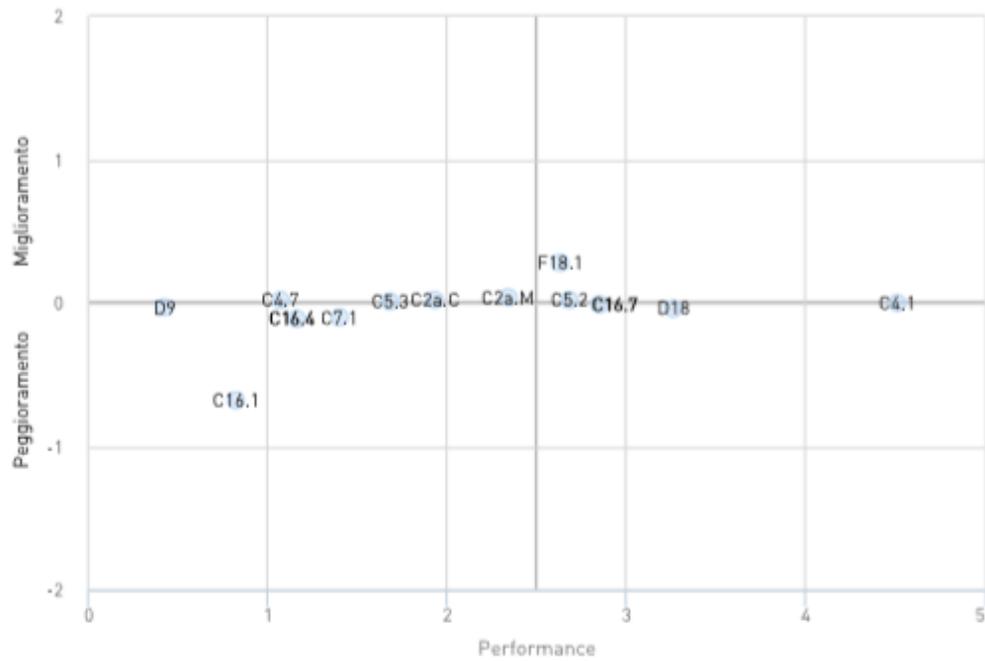
Fonte: Elaborazione del Laboratorio MeSdi Pisa, Report 2014

GRAFICO A7 - Bersaglio della *performance* della Regione Marche (Anno 2014)



Fonte: Elaborazione del Laboratorio MeS di Pisa, Report 2014

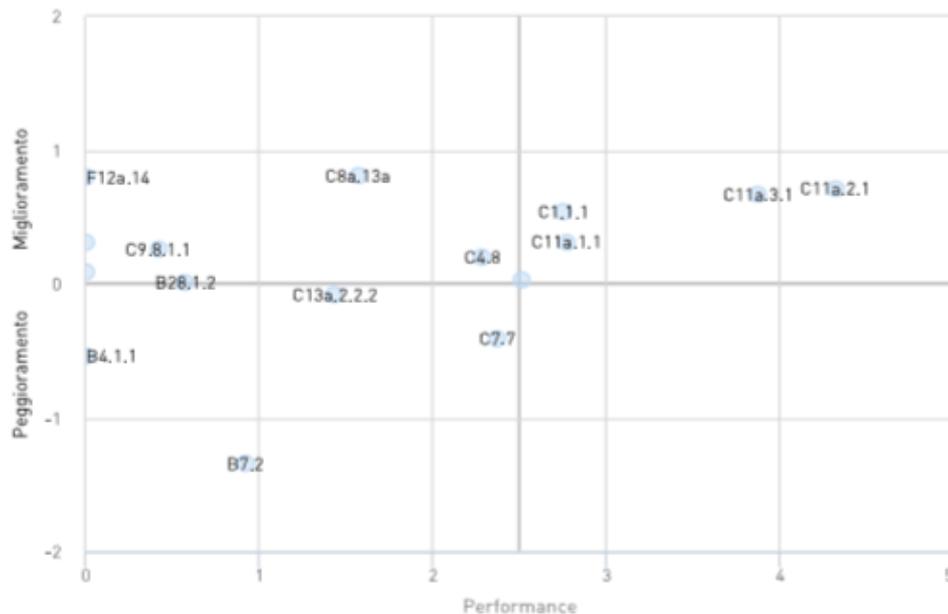
GRAFICO A8 - Mappa di *performance* ospedaliera della Regione Marche (Anno 2014)



C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C3.4	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 giorno (AO)
C4.1	% Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)
C5.1	% Ricoveri ripetuti entro 30 giorni
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla fine
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9	% abbandoni da PS
D18	% dimissioni ospedaliere volontarie
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8h
F18.1	Costo medio per punto DRG min. dei ricoveri acuti

Fonte: Elaborazione del Laboratorio MeSdi Pisa, Report 2014

GRAFICO A9 - Mappa di performance territoriale della Regione Marche (Anno 2014)



B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani
B28.1.2	% anziani in CD con valutazione
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti
C8a.13	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di RM Muscolo Scheletriche (>=65 anni)
C13a.2.2.2	% pazienti che ripetono RM lombari entro 12 mesi
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Fonte: Elaborazione del Laboratorio MeSdi Pisa, Report 2014

TABELLA A1 – Bacino di indicatori proposto dal Team C.R.E.A. Sanità agli stakeholder sanitari, anno 2015

DIMENSIONE	INDICATORE
Sociale (Equità)	Quota famiglie impoverite
	Quota famiglie con persona di riferimento over 65 impoverite
	Quota famiglie con due o più figli minorenni impoverite
	Quota famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche
	Quota famiglie con due o più figli minorenni soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche
	Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici
Economico finanziaria	Spesa sanitaria pubblica standardizzata pro-capite
	Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite
	Spesa sanitaria pubblica per unità di personale dipendente
	Spesa farmaceutica pubblica standardizzata pro-capite
	Spesa per compartecipazioni pro-capite
Appropriatezza	Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriately
	Adesione agli screening di prevenzione femminili (mammogr. e pap-test)
	Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche
	Quota anziani in ADI
Esiti	Tasso standardizzato di obesità
	Prevalenza disabilità
	Tasso di mortalità evitabile
	Speranza di vita libera di disabilità a 75 anni

Fonte: “Una misura di Performance dei SSR”, III Edizione, C.R.E.A. Sanità

TABELLA A2 – Il set di indicatori utilizzato per la verifica dell'adempimento dell'erogazione dei Lea (Anno 2013)

1.1 - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
1.2 - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
1.3 - Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni)
2 - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: cervicite uterina, mammella e colon retto
3 - Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro
4 - Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare
5.1 - Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza
5.2 - Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/11/2006 il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi e riduzione della prevalenza per tutte le specie
5.3 - Percentuale di aziende oviceprine controllate (3%) per anagrafe oviceprina
6.1 - Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui
6.2 - Percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95
6.3 - Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti
7 - Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO
8 - Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI
9.1 - Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti
9.2 - Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti
10.1.1 - Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
10.1.2 - Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
10.2.1 - Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
10.2.2 - Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
11 - Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)
12 - Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT
13 - Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti
14 - Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti
15.1 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti
15.2 - Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti
15.3 - Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti
16 - Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari
17 - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario
18 - Percentuale parti cesarei primari
19 - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario
21 - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso

Fonte: Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute

BIBLIOGRAFIA

Balduzzi R., Carpani G., *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2013

Cavaliere A., Loiero F., Loiero R., *L'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi. commento al D.lgs. 23 giugno 2011 n. 118*, Progetto ente locale, Edizione I, Rimini, Maggioli Editore, 2011

Cipolla C., Giarelli G., *Dopo l'aziendalizzazione. Nuove strategie di governance in sanità*, Milano, Franco Angeli, 2002

Giovanelli L., *La valutazione delle performance in ambito sanitario. Profili teorici ed evidenze empiriche*, Torino, Giappichelli Editore, 2013

Macinati M., *Le aziende sanitarie pubbliche. La ricerca dell'economicità tra vincoli e margini di azione*, Milano, Franco Angeli, 2011

Marinò L., *Modelli di management nel settore sanitario. Criticità e prospettive*, Torino, Giappichelli Editore, 2016

Mapelli V., *Il sistema sanitario italiano*, Bologna, Il Mulino, 2012

Neri S., *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna. Concorrenza, cooperazione, programmazione*, FrancoAngeli, Milano, 2006

Taroni F., *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 2011

Toth F., *La sanità in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2014

RAPPORTI E STUDI

Cantù E. (a cura di), *La struttura del Ssn, L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2012*", Milano

Mapelli V., Boni S., *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Quaderni Formez n. 57, 2007

Maino F., *La regionalizzazione della sanità italiana negli anni novanta*, Il Politico, Vol. 64, No. 4 (191), 1999

Documento CNA, *Il sistema sanitario in Italia e il suo processo di evoluzione*

Documento AIE, *I processi di regionalizzazione del Ssn*, Filippo Palumbo (a cura di), EpiCentro

Indagine Istat, *Le dimensioni della salute in Italia. Determinanti sociali, politiche sanitarie e differenze territoriali*, 2015

Cuocolo L., Candido A., *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, progetto di ricerca coordinato dall'Istituto per la Competitività, 2013

Brunetta F. e Marchegiani L., *L'outsourcing nella sanità*, report per Altroconsumo, 2009

Carbone C. e Petracca F., *Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività*, capitolo V, Rapporto OASI 2015

Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Ssn (Ministero della Salute), *Rapporto nazionale di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza, Anno 2007 – 2009*, 2011

Rapporto Agenas, “*Ricognizione sui Piani sanitari e sociosanitari regionali vigenti – anno 2013*”, 2013

Anessi Pessina E., Cantù E., *L’aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2001, Cergas, Università commerciale Luigi Bocconi

S.I.Me.T., “*Linee Guida per un modello di Integrazione Sistemica e funzionale fra Distretto e Dipartimento di Prevenzione*”

Guerrazzi C. e Ricci A., *La struttura e le attività del SSN*, Volume III, Rapporto OASI 2015

Laboratorio FIASO, *I sistemi di finanziamento regionali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere. Modalità di riparto dei fondi sanitari regionali per gli anni 2011 e 2012*, studio del 2015

Viceconte N., *L’evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale tra federalismo promesso ed esigenze di bilancio*, 2011, Istituto di Studi sui Sistemi Regionali Federali e sulle Autonomie

Zocchetti C., *Il riparto del fondo sanitario tra le regioni*, Rivista *Statistica & Società*, Anno 1, n. 3, *Demografia, Istruzione, Welfare*

Sechi G., *I costi standard: nuove regole per il finanziamento dei SSR*, analisi per *Sociale e Salute*

Anessi Pessina E., Cantù E., *L’aziendalizzazione della sanità in Italia*, capitolo IV, Rapporto OASI 2000

Centro Studi Assobiomedica, *I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale. Terzo aggiornamento*, analisi n. 16, dicembre 2012

Carbone C. e Petracca F., *Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività*, capitolo V, Rapporto OASI 2015

Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute, *Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali*, Report 2014, Management e Sanità, Scuola Universitaria Superiore di Pisa, Sant'Anna

Rivista trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, *Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, Anno XI, numero 30, 2012

C.R.E.A. Sanità, *Una misura di Performance dei SSR*, Report Edizione III, 2016

C.R.E.A. Sanità, *Una misura di Performance dei SSR*, Report Edizione II, 2015

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e risultati dell'anno 2013*, Ministero della Salute, 2015

Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, *Verifica adempimenti Lea. Anno 2012*, Ministero della Salute, 2014

Giordani C. e Spandonaro F., *11° Rapporto Sanità. L'Universalismo diseguale*, C.R.E.A. Sanità, 2015

Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, Direzione Generale della Programmazione sanitaria, *Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO Primo semestre 2015*, Ministero della Salute, 2015

SITOGRAFIA

Ministero della Salute:

<http://www.salute.gov.it/>

http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=66&area=II

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1497&area=siveas&menu=vuoto

Regione Umbria:

<http://www.regione.umbria.it/la-regione/imposta-regionale-sulle-attivit -produttive-irap>

<http://www.regione.umbria.it/salute/accredita -istituzionale>

<http://www.regione.umbria.it/salute/accordi-contrattuali-per-medici-convenzionati-del-ssn>

Agenas:

<http://www.agenas.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione>

<http://www.agenas.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione/lea>

Us1 Umbria:

<http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/organizzazione-000>

Us2 Umbria:

<http://www.uslumbria2.it/pagine/territori>

<http://www.uslumbria2.it/pagine/dipartimenti>

Umbria 24, Quotidiano online:

<http://www.umbria24.it/macroregione-prima-firma-tra-umbria-toscana-e-marche-politiche-coordinate-nasce-un-brand/404238.html>

<http://www.umbria24.it/macroregione-marche-toscana-e-umbria-fanno-la-spesa-insieme-partiamo-da-cose-concrete/400632.html>

Quotidiano Sanità:

<http://www.quotidianosanita.it/>

<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8729126.pdf>

Azienda Ospedaliera di Perugia, Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia:

<http://www.ospedale.perugia.it/>

Comune di Terni:

<http://www.comune.terni.it/>

Treccani:

<http://www.treccani.it/vocabolario/performance/>

Accademia della Crusca:

<http://www.accademiadellacrusca.it/en/italian-language/language-consulting/questions-answers/intorno-performance>

Miopharmablog:

<http://www.miopharmablog.it/2016/01/ssr-e-performance-il-rapporto-di-crea-sanita/>

RIASSUNTO

La *governance* del Servizio sanitario nazionale, istituito con la legge n. 833 del 1978, è stata profondamente ridisegnata nel corso degli anni '90 poiché, sin dalla nascita del nuovo sistema, ha mostrato profili di problematicità di varia natura: una forte politicizzazione del governo delle Usl, prestazioni sanitarie di bassa qualità, eccessiva burocratizzazione, corruzione diffusa e mala gestione con conseguente spreco di denaro pubblico.

La fase di grave instabilità politica e finanziaria che ha attraversato il nostro Paese ha gettato le basi per intervenire in modo strutturale sul Sistema sanitario italiano, per rispondere alla duplice esigenza di rendere l'assistenza più performante ed economicamente sostenibile nel lungo periodo ed avviare un processo di depoliticizzazione della Sanità.

Quella che è stata definita la "Seconda Riforma sanitaria", costituita dal combinato disposto dei D.D. Leg.vi n. 502/92 e n. 517/93, ha seguito due grandi linee direttrici: aziendalizzazione delle strutture sanitarie e regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale. L'aziendalizzazione determina la mutazione di principi, tecniche di gestione e strumenti operativi dalle aziende private alle strutture pubbliche e si è concretizzata con la trasformazione delle Unità sanitarie locali in Aziende sanitarie locali, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia imprenditoriale. Ciò ha permesso di avviare un'evoluzione in senso manageriale delle strutture sanitarie, caratterizzate da un nuovo regime di responsabilità e di focalizzazione sui risultati di gestione.

Il concetto di regionalizzazione ha una duplice valenza: da un lato consiste in un trasferimento *bottom-up* di funzioni dal livello locale a quello regionale; dall'altro, invece, consta di una devoluzione di competenze in ambito di programmazione, organizzazione e finanziamento dal potere esecutivo alle Regioni, elemento che troverà la massima espressione con la modifica del Titolo V della Costituzione nel 2001.

In virtù di queste evoluzioni e della maggiore autonomia riconosciuta agli enti regionali, è chiaro come le Regioni abbiano adottato modelli istituzionali e organizzativi molto diversi tra di loro, tant'è che il Ssn è ormai considerato come un "Sistema di sistemi sanitari regionali", con differenze che riguardano le regole volte a disciplinare l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale e i rapporti che intercorrono tra i soggetti istituzionali.

Le quattro grandi scelte di *policy* che hanno dovuto compere i legislatori regionali sono: il numero e la copertura assistenziale delle Asl, il modello istituzionale, il ruolo affidato agli

operatori privati e la distribuzione della spesa sanitaria tra l'assistenza ospedaliera, territoriale e collettiva.

Per quanto riguarda la prima scelta strategica, il d.lgs. n.502/92 aveva disposto che il bacino di copertura assistenziale delle Asl avrebbe dovuto corrispondere al territorio provinciale. Tuttavia, questa disposizione è stata cassata dal successivo d.lgs. n.229/99, che ha rimesso la discrezionalità regionale la suddetta decisione. Ciò nonostante, l'evoluzione delle Regioni italiane sembra seguire la direzione che era stata prevista originariamente. Attualmente infatti, tende a prevalere, in media, l'affermazione del criterio provinciale. Le eccezioni principali sono rappresentate dalle Marche, che hanno optato per un'Asl unica, le Città Metropolitane, che sono articolate in numerose Asl e il Veneto che ha 21 Asl per un totale di 7 Province. La dimensione e il numero delle Asl, tuttavia, allo stato dei fatti, risulta essere la scelta strategica meno rilevante, perché non è ancora possibile rilevare un nesso tra la dimensione della copertura assistenziale e la *performance*, l'efficacia e l'adeguatezza dei servizi sanitari. Ciò che si può affermare è che la scelta per un minor numero di Asl è interpretabile come un elemento che potrebbe consentire alla Regione di ridurre l'area dell'interazione e del controllo, oltre che il numero dei centri di spesa, sia nella fase di programmazione strategica che durante i momenti operativi e di implementazione.

In virtù del processo di aziendalizzazione delle Usl, le Giunte regionali hanno dovuto decidere quale modello istituzionale fosse più idoneo a garantire una migliore assistenza sanitaria. In particolare si è dovuto scegliere se mantenere i Presidi ospedalieri sotto la gestione diretta delle Asl, oppure se trasformarli in Aziende ospedaliere, autonome rispetto alle Asl. Sono stati sviluppati tre modelli di Aziende territoriali: il modello integrato, nel quale la gran parte degli ospedali è sotto il controllo diretto dell'Asl; modello separato, in cui vi è una netta separazione tra funzione di committenza e quella di erogazione dei servizi; modello misto, che presenta lo scorporo di almeno un Presidio ospedaliera e la sua trasformazione in Ao, mentre l'Asl, al suo interno, mantiene altri Presidi ospedalieri.

Il modello più diffuso in Italia è quello misto, ma tendente verso l'integrazione, dato che il numero di posti letto a gestione diretta delle Asl è compresa tra il 40 e il 66%.

Il meno diffuso, invece, è il modello separato, che ha conosciuto un'unica applicazione nel Sistema sanitario lombardo.

Il Sistema sanitario italiano, nel suo complesso, può essere considerato come un sistema prevalentemente integrato. Tuttavia, facendo riferimento ai posti letto, esso appare come un sistema misto-quasi separato, perché solo il 40% degli stessi è gestito direttamente dalle Asl.

La terza dimensione strategica è il ruolo che si vuole affidare agli operatori privati e il grado di coinvolgimento degli stessi nella fornitura di prestazioni sanitarie. In Italia il settore privato è molto prospero, infatti esso ha un'incidenza di circa il 49% sulla produzione totale delle cure sanitarie. Anche in questo caso, c'è un'ampia eterogeneità tra le diverse Regioni. Quelle che fanno meno ricorso ai fornitori sanitari privati sono: Umbria, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Valle d'Aosta e Pa di Bolzano, con un'incidenza sulla spesa sanitaria totale minore del 26%.

Strategia opposta è stata intrapresa dalla Lombardia e dalle grandi Regioni del centro-sud che, mediamente, mostrano una spesa per l'assistenza erogata da operatori privati intorno al 40% sul totale.

L'ultimo aspetto da tenere in considerazione è la ripartizione del budget regionale per le tre macro-aree dell'assistenza per l'erogazione dei Lea, l'assistenza distrettuale, ospedaliera e collettiva. Il Patto della Salute 2010-2012 ha stabilito che per l'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera fossero previste rispettivamente le quote del 5%, 51% e 44% del finanziamento complessivo del Sistema sanitario nazionale. Questa rappresenta una distribuzione desiderabile, ma non ancora applicata in toto. Alcune Regioni, come Abruzzo, Lazio e Sicilia, sono ancora molto lontane dall'obiettivo, soprattutto perché impegnano oltre il 50% delle risorse per l'assistenza ospedaliera. Altre, invece, come l'Umbria, la Lombardia, l'Emilia-Romagna e il Veneto, risultano in linea con le indicazioni del Patto, con una migliore attenzione all'assistenza territoriale e a quella collettiva, a discapito di quella in ambito ospedaliero, al di sotto del 44% della quota standard.

È possibile operare una classificazione dei Sistemi sanitari regionali sulla base delle scelte di *policy* che le Regioni hanno messo in campo negli ultimi decenni. Ciò che emerge è che sono ipotizzabili tre macro-gruppi di Regioni:

A) Emilia-Romagna, Piemonte, Toscana, Umbria, Basilicata, Liguria e Veneto. Queste sono suddivise in Asl con dimensioni medio-piccole, sistemi istituzionali integrati o prevalentemente integrati, un livello di coinvolgimento di privati relativamente basso e un'assistenza territoriale molto più sviluppata rispetto a quella ospedaliera. Friuli-Venezia Giulia e Marche, sono assimilabili a questo gruppo perché se ne discostano solamente per un fattore: la prima ha un modello misto quasi-separato, mentre le Marche hanno solo una Asl di grande dimensione;

B) Valle d'Aosta, Pa Bolzano e Pa Trento, le quali hanno una sola Asl che assiste tutta la

popolazione, presentano un modello istituzionale fortemente integrato (non sono state costituite Ao), hanno coinvolto in modo minoritario gli operatori sanitari privati e presentano una simile distribuzione tra la spesa per assistenza ospedaliera e territoriale.

C) Lazio, Campania, Sicilia. Esse hanno optato per Asl di dimensioni medio-grandi, un sistema istituzionale misto-quasi separato, un'alta partecipazione dei soggetti privati all'offerta di prestazioni sanitarie e uno sbilanciamento della spesa sanitaria regionale verso il comparto ospedaliero. Calabria e Puglia si discostano da questo gruppo per una sola variabile. La Calabria perché ha istituito Asl con bacini di utenza sotto la media nazionale, mentre la Puglia spende meno di queste Regioni per l'assistenza ospedaliera.

Le Regioni che non sono state citate non sono riconducibili, direttamente, a uno di questi tre gruppi. La Lombardia rappresenta il caso più peculiare nel panorama italiano, dato che la sua offerta sanitaria si struttura su un sistema effettivamente separato.

La Regione Umbria ha avviato il processo di recepimento delle nuove norme in materia sanitaria nel periodo compreso tra il 1995 e il 1998, quando sono state approvate la legge regionale n.1 del 1995 – “Misure di riordino del servizio socio-sanitario regionale” – e la legge regionale n.3 del 1999 – “Ordinamento del Sistema sanitario regionale” – le quali hanno gettato le basi per l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario umbro.

La programmazione sanitaria regionale è articolata su due livelli: regionale e locale. A livello regionale la Giunta e il Consiglio regionale sono dotati delle funzioni di programmazione, finanziamento, indirizzo, coordinamento, controllo, monitoraggio e valutazione delle attività svolte nell'ambito del Servizio sanitario regionale, definendo, tra le altre cose, le modalità e i criteri che regolano la produzione e l'erogazione dei servizi sanitari da parte degli operatori pubblici e privati. Il principale strumento di programmazione è il Piano sanitario regionale, il quale determina i principi, gli obiettivi della pianificazione e gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi, coerentemente con i principi fissati dal Piano sanitario nazionale. A livello locale, invece, lo strumento principale di programmazione è il Piano attuativo locale delle Asl e delle Ao, tramite il quale le stesse regolano le proprie attività, in attuazione delle linee programmatiche nazionali e regionali.

L'Umbria ha adottato, in tutto, tre Piani sanitari regionali: il Psr 1999-2001, il Psr 2003-2005 e il Psr 2009-2011. Analizzando le linee strategiche al loro interno, si nota come la programmazione sanitaria abbia sempre subito delle influenze dalle variabili sociali ed economiche del contesto in cui si inserivano. Vi è stato, infatti, un'evoluzione graduale verso la promozione di una maggiore integrazione assistenziale e uno sviluppo delle cure

territoriali ed intermedie per far fronte alle problematiche dovute all'invecchiamento della popolazione e ai disagi socio-economici, nonché un'attenzione più focalizzata sulla prevenzione e sulla promozione della salute.

Attualmente, la disciplina organica di riferimento è rappresentata dalla legge regionale n. 11 del 2015 - "Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali" – che ha superato in modo definitivo la precedente disciplina, in vigore dal 1998.

Per poter comprendere il funzionamento del Sistema sanitario umbro è doveroso partire dall'organizzazione, individuando gli attori istituzionali di riferimento e il modello di *governance* che regola i rapporti tra questi. Vanno, dunque, approfondite le scelte umbre relativamente a numero e dimensioni delle Asl e modello istituzionale adottato.

Nel 1995 il territorio umbro era stato suddiviso in 5 Asl. Nel 1998, tuttavia, c'è stato un primo intervento volto a ridurre il numero delle Asl, passando da 5 a 4, facendo corrispondere ad ognuna di esse una media di oltre 200 mila assistiti.

Nel 2012, infine, c'è stato un'ultima misura di accorpamento, che ha portato all'attuale assetto territoriale caratterizzato dalla presenza di 2 Asl. Una scelta di questo tipo è stata guidata dall'esigenza di rafforzare i livelli di *governance* del sistema, per poter raggiungere maggiori livelli di integrazione e continuità delle cure, seguendo la teoria che un'eccessiva differenza di estensione territoriale e demografica tra gli ambiti territoriali delle Asl, un'eccessiva sperequazione o una dimensione eccessivamente ridotta delle unità possono compromettere un'equa ed efficace erogazione di servizi sanitari regionali. La popolazione media si attesta ora a circa 443 mila abitanti per Asl, una cifra che è in linea con la media nazionale. L'Asl 1 e l'Asl 2 erogano i servizi attraverso tre strutture: i Presidi ospedalieri, i Distretti sanitari e il Dipartimento di Prevenzione.

Complessivamente, le strutture di ricovero pubblico sono 10, 8 sono Presidi ospedalieri - 3 nell'ambito dell'Asl 1 e 5 nell'Asl 2 – e 2 sono qualificate come Aziende ospedaliere.

L'Umbria ha adottato un modello misto-quasi integrato di organizzazione sanitaria, infatti il numero di posti letto delle due Ao corrisponde a meno del 45% del totale dei posti letto ospedalieri. Una scelta istituzionale come questa dovrebbe rispondere all'esigenza di assicurare una maggiore connessione e un migliore raccordo tra le cure ospedaliere e territoriali, grazie ad un controllo più diretto delle Asl sulle strutture di ricovero.

Il sistema di finanziamento del Ssn si sostiene soprattutto sul gettito della fiscalità generale, garantendo un accesso universale, e quasi gratuito, a tutti i cittadini italiani ed esteso agli stranieri presenti sul territorio nazionale.

Fino a oltre metà degli anni '90, il finanziamento dell'assistenza sanitaria era stato garantito da un contributo sociale di malattia.

Una forte spinta innovativa è stata prodotta dal d.lgs. n. 446 del 1997, che ha previsto l'abolizione delle principali contribuzioni e imposte rivolte al Ssn, sostituendole attraverso l'istituzione dell'Irap, dell'addizionale Irpef e la previsione di altre compartecipazioni minori. In questo modo si è avviato un progressivo decentramento delle responsabilità, dei poteri di controllo della spesa e di reperimento delle risorse finanziarie nella direzione delle Regioni, abbandonando, in parte, il modello "a trasferimento".

Con il d.lgs. n. 56 del 2000, si è tentato di implementare il c.d. federalismo fiscale, con l'ambizione di scollegare la spesa sanitaria dal bilancio statale per renderla, gradualmente, una competenza esclusiva delle Regioni, alle quali è stata anche attribuita una compartecipazione all'Iva per finanziare i servizi sanitari. Il federalismo è, in realtà, rimasto "lettera morta" fino al 2011, quando è stato approvato il d.lgs. n. 68, che ha stabilito che dal 2013 sarebbero entrati in gioco i "costi standard", attraverso i quali si stabilisce la determinazione del fabbisogno sanitario regionale per l'erogazione dei Lea, sulla base di criteri standard riferiti ad alcune Regioni virtuose, qualificate come *benchmark*, per quanto riguarda la qualità, l'appropriatezza e l'efficienza dei servizi erogati.

Le principali voci del finanziamento del Ssn sono la fiscalità generale delle Regioni – Irap e Irpef -, le entrate proprie delle aziende sanitarie – ticket e ricavi dalle attività intramoenia -, la compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome –, il bilancio dello Stato, che finanzia il fabbisogno tramite la compartecipazione regionale al gettito Iva e alle accise sulla benzina. In Umbria, nel 2012, Irap e Irpef hanno contribuito, complessivamente, per 491 milioni di euro, vale a dire circa il 29% sul finanziamento totale. Iva e accise hanno contribuito per oltre 1 miliardo, corrispondente a circa il 63% del totale. Questi dati inseriscono l'Umbria tra le Regioni in cui le imposte regionali incidono in modo più modesto.

Una volta definita la fase di riparto del fondo sanitario nazionale, entra in gioco il momento cruciale della programmazione a livello regionale: la ripartizione e la suddivisione del budget sanitario regionale tra le aziende territoriali e ospedaliere. In Umbria le due Asl sono il centro nevralgico del Servizio sanitario regionale e del suo finanziamento, infatti la Regione destina circa il 95% del fondo regionale al finanziamento delle Aziende territoriali. Per quanto riguarda, invece, l'assistenza ospedaliera, sono previsti sia un'assegnazione di risorse tramite la destinazione di una "quota mandato" per specifiche funzioni e attività, sia

un finanziamento che si basa su un ammontare globale prestabilito negli accordi contrattuali conclusi con le Asl, in base ai quali vengono definiti i volumi di attività che verranno remunerati “a prestazione” in base alle tariffe vigenti. A tal fine, la Regione nel 2009 ha adottato un proprio tariffario regionale, che viene determinato attraverso il sistema dei *Diagnostic related groups*, uno strumento importante che permette di classificare i pazienti dimessi dall’ospedale in base alla propria diagnosi. I Drg, oltre ad essere utili per rendere più efficiente l’attività ospedaliera, frenando i costi della produzione delle prestazioni, rappresenta anche uno strumento per la programmazione sanitaria regionale. Infatti, riuscendo ad orientare la struttura dell’offerta ospedaliera, è possibile incentivare o disincentivare specifiche aree dell’attività, coerentemente con gli obiettivi strategici regionali.

Il totale del fondo sanitario regionale che è stato destinato alle Aziende sanitarie regionali ha conosciuto un trend crescente dal 2011 al 2015, con l’unica riduzione del riparto nel 2013. Nel 2015 alle Asl sono state assegnati 1,443 miliardi di euro, mentre alle Ao oltre 111 milioni, per un totale di finanziamento di circa 1,554 miliardi di euro.

L’Umbria risulta un’eccellenza da un punto di vista dell’allocazione delle risorse nella direzione delle tre macro-aree dell’assistenza sanitaria. Infatti, nel 2013 l’incidenza percentuale della spesa per il comparto ospedaliero è stata di appena il 43,13%, la spesa per l’assistenza distrettuale è stata del 51,3% e, infine, la spesa per l’assistenza collettiva ha superato il 5%. La Regione, dunque, non solo è in linea con le indicazioni poste in essere in sede di Conferenza Stato-Regioni, ma ottiene il miglior risultato in Italia in termini di scostamento dai tre standard di riferimento del 44%, 51% e 5%.

Gli attori sanitari privati accreditati in Umbria sono 166 nel 2015. L’Asl 1 ha stipulato Accordi con 96 soggetti erogatori, mentre l’Asl 2 ne ha sottoscritti con 70. Gli erogatori privati possono essere suddivisi in cinque classi: laboratori di analisi, ambulatori e poliambulatori (68); strutture psichiatriche e per disabili (38); strutture per tossicodipendenze e per malati di AIDS (13); strutture per anziani (42) e case di cura private (5). L’Umbria risulta la Regione con la percentuale più bassa di offerta di servizi privati (a pagamento e convenzionati) in Italia, infatti l’assistenza erogata da soggetti privati convenzionati o accreditati in percentuale rispetto alla spesa sanitaria pubblica è solamente del 25%. Il basso coinvolgimento dei privati è dimostrato anche dalla spesa pro-capite per le prestazioni a carico del Ssr a carico di soggetti privati accreditati, che equivaleva nel 2012 a 171 euro, meno della metà rispetto alla media nazionali che raggiungeva, nello stesso anno,

368 euro. Anche l'incidenza dei posti letto privati accreditati sul totale regionale è molto bassa e corrispondeva, nel 2013, a circa l'8%, di fronte alla media italiana del 29%. Questo ha rappresentato il valore più basso in comparazione con tutte le altre Regioni italiane.

Il regime di convenzione dei professionisti sanitari con il Ssn riguarda soprattutto la medicina generale, la specialistica ambulatoriale e l'assistenza farmaceutica. In Umbria i medici di base e i pediatri di libera scelta, che rientrano nella sfera della medicina generale, sono complessivamente 850, 731 i primi, con un bacino medio di assistiti di 1.224 abitanti, e 119 i secondi.

L'Umbria, per la medicina generale, la pediatria di libera scelta e la specialistica ambulatoriale stipula degli accordi integrativi regionali, i quali definiscono gli obiettivi di salute e gli strumenti operativi per realizzarli, in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale. Tra questi obiettivi rientrano: la promozione e la prevenzione; il miglioramento dell'appropriatezza descrittiva; il miglioramento della domanda di prestazioni specialistiche, di laboratorio e di diagnostica strumentale; l'organizzazione della continuità e dell'attività assistenziale. La Regione Umbria, per il conseguimento di tali obiettivi, ha adottato un sistema rivolto al miglioramento dell'assistenza ai cittadini da parte dei medici di base, che si sviluppa sia attraverso forme associative, più o meno complesse, come la medicina di gruppo e la medicina in rete, o attraverso le cosiddette "equipe territoriali", costituite da uno o più nuclei di medici di famiglia e da uno o più nuclei di medici di continuità assistenziale e da altri professionisti convenzionati che, in forma integrata e in totale autonomia, concorrono alla realizzazione concreta del programma assistenziale.

Il personale sanitario determina la quota maggiore dei costi del Sistema sanitario regionale. In totale, il personale dipendente del Ssn che opera in Umbria è 10.769 unità, delle quali circa il 34% è composto da uomini e il 66% da donne. Una distribuzione così sbilanciata a favore delle donne è dovuta principalmente al peso delle figure femminili nei ruoli professionali infermieristici e di riabilitazione. Gli ambiti in cui, invece, prevalgono le figure maschili sono il settore medico e odontoiatrico, nonché nelle figure apicali delle Aziende sanitarie regionali, che sono occupate da 11 uomini e una sola donna.

L'incidenza totale del personale sanitario umbro sulla popolazione residente, nel 2012, è stata di un dipendente ogni 82 abitanti, non lontana da quella nazionale, che risulta essere uno ogni 89 abitanti.

La valutazione della *performance* del Servizio sanitario umbro è fondamentale perché qualsiasi analisi che tenga conto solo dei caratteri istituzionali e strutturali di un Sistema

sanitario, si potrebbe rivelare un esercizio fine a se stesso, non cogliendo quello che è lo scopo ultimo delle istituzioni sanitarie stesse, ovvero garantire il rispetto di un principio cardine della Costituzione, sancito dall'art. 32, il diritto alla salute, il quale si declina sia come diritto fondamentale dell'individuo, che come interesse della collettività.

La valutazione della *performance* in ambito sanitario si può definire come un insieme di processi, metodi, strumenti, indicatori di cui ci si può avvalere per analizzare, misurare e verificare tutti quei comportamenti delle organizzazioni sanitarie che sono volti al conseguimento di obiettivi in termini di *output* e *outcome* sanitari, intesi, dunque, come risultati finali, cioè le capacità di risposta e la reattività dei sistemi sanitari regionali a rispondere alle esigenze socio-assistenziali della popolazione di riferimento.

Verificare i risultati conseguiti dai Sistemi sanitari è ancora più necessario nella società odierna, caratterizzata da due elementi apparentemente inconciliabili: da una parte vi sono politiche di restringimento e di contrazione delle spese sanitarie; dall'altra un discredito crescente nei confronti sia della classe politica che delle strutture organizzative mediante le quali vengono attuate le *policies*.

Il concetto di *performance* ha una valenza pluridimensionale, perché tira in ballo numerosi variabili che incidono sul benessere concreto dei cittadini.

I principali enti di ricerca e soggetti che operano nel campo dell'analisi e della valutazione delle politiche sanitarie, in Italia, hanno sviluppato degli studi e progetti partendo dall'elemento della multidimensionalità, per riuscire a comprendere il fenomeno da molteplici punti di vista – da quello economico a quello sociale e assistenziale in senso stretto - in modo da poter rappresentare un vero supporto scientifico ai *policy-makers*, nazionali e regionali, nella predisposizione degli interventi riformatori.

Il Servizio sanitario umbro può essere comparato con quello marchigiano e quello toscano, per almeno quattro ragioni: per una mera adiacenza geografica; per motivi di carattere politico, dato che le elezioni regionali hanno quasi sempre espresso Giunte di sinistra o di centro-sinistra; per una logica istituzionale e di *governance* sanitaria - un aspetto probabilmente connesso a quello precedente - in quanto Toscana, Umbria e Marche sono inseribili nel medesimo gruppo di Regioni, perché accomunate da simili modelli istituzionali, un analogo rapporto pubblico-privato e una buona distribuzione della spesa nelle macro-aree assistenziali; infine, per la prospettiva, che si potrebbe concretizzare nel medio-lungo periodo, della creazione della cosiddetta "Macroregione" dell'Italia centrale, che prevede un ridisegno istituzionale dell'assetto regionalista dell'Italia di mezzo,

conseguente ad una fase di coordinamento, in realtà già avviata con recenti accordi in materia di salute, occupazione, utilizzo dei fondi strutturali, delle politiche pubbliche regionali.

I modelli di valutazione più coerenti con i criteri della multidimensionalità e della comparazione sono: il Network Regioni del Laboratorio Management e Sanità presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, i rapporti del CR.E.A. Sanità e, infine, le verifiche del Ministero della Salute sull'adempimento delle Regioni all'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Il metodo del Laboratorio MeS prevede l'utilizzo di 35 indicatori sintetici di *performance*, che sono raggruppati in sei classi dimensionali di valutazione: valutazione dello stato di salute della popolazione, valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali, valutazione socio-sanitaria, valutazione esterna, valutazione interna e valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa. Da quello che emerge, la Regione che produce i migliori risultati in prospettiva comparata è certamente la Toscana. Essa, infatti, a differenza di Umbria e Marche, utilizza un approccio molto organico nella predisposizione di tutte le attività di risposta alle esigenze sanitarie della propria popolazione, cercando di veicolare le proprie risorse in modo mediamente efficiente verso quasi tutti gli *asset* dell'assistenza, senza lasciare alcun ambito socio-sanitario privo di attenzione da parte delle istituzioni sanitarie (politiche e manageriali).

Le uniche variabili su cui le istituzioni dovranno intervenire, tra l'altro, appartengono a quell'area in cui tutte le Regioni del Network mostrano grandi profili di criticità, ovvero l'assistenza farmaceutica, declinata secondo gli indicatori di appropriatezza farmaceutica, *compliance* farmaceutica e governo della spesa.

Si può dire, quindi, che il Sistema sanitario toscano, da come emerge dalla metodologia utilizzata dal Laboratorio MeS, non è caratterizzato da elementi di debolezza strutturale.

Inoltre, si note come la Toscana segua un processo di graduale miglioramento del funzionamento delle proprie strutture sanitarie, sia in ambito territoriale che ospedaliero, rispetto agli anni precedenti, per la gran parte dei principali indicatori di *performance*.

Più complessa appare la situazione di Marche e Umbria, i cui Sistemi sanitari regionali sono dotati di grande eterogeneità e frammentarietà, in cui si alternano elementi di eccellenza a caratteri di rilevante problematicità che fanno presumere che vi debbano essere interventi e azioni di *policy* mirate. Queste Regioni presentano delle peculiarità non molto dissimili, perché entrambe mostrano una prevalenza di indicatori che si annidano nei livelli di *performance* medi con una tendenza verso il basso. Tra l'altro i due sistemi sembrano

ottenere buonissimi risultati in alcune aree specifiche simili, come nel settore dei percorsi di *screening*, in particolare per gli screening oncologici, e negli altri indicatori afferenti alle problematiche legate ai tumori.

Simmetricamente, anche i risultati peggiori si dipanano lungo le stesse linee di criticità, sia nell'ambito ospedaliero, in particolare per il management del dolore e la gestione del rischio clinico, sia, soprattutto, nella sfera dell'assistenza territoriale, nella quale urgono strategie regionali volte ad una maggiore integrazione ospedale-territorio, specialmente per raggiungere una più intensa continuità tra professionisti intra e extra-ospedalieri e migliorare l'assistenza domiciliare, assolutamente insufficiente in entrambi i contesti. Come in Toscana, poi, anche nelle Marche e in Umbria la valutazione in tema di assistenza farmaceutica lascia aperte ragioni di riflessioni che senza dubbio si riveleranno cruciali nel medio-lungo periodo, per far sì che potenziamenti dell'efficienza prescrittiva e razionalizzazioni della spesa farmaceutica possano rendere maggiormente sostenibili i Servizi sanitari regionali marchigiano e umbro.

Il rapporto "Una misura di Performance dei Ssr" elaborato dal team del C.R.E.A. segue la stessa logica che afferma la multidimensionalità della *performance* in ambito sanitario, articolandola in quattro dimensioni: la dimensione "sociale" (equità), intesa come equità di accesso all'assistenza sanitaria e come onere finanziario delle famiglie per le spese sanitarie; la dimensione "economico-finanziaria", inerente agli aspetti dell'efficienza e della sostenibilità economica dei servizi sanitari regionali; la dimensione della "appropriatezza", sia in termini di assistenza ospedaliera che territoriale; infine la dimensione degli "esiti", ovvero il carattere dell'efficacia e la qualità di *output* e *outcome* dei servizi sanitari.

La metodologia prevede che vengano determinati dei "pesi" da attribuire agli indicatori di *performance* da parte di un *panel* di soggetti qualificati che, inizialmente, selezionano, all'interno del quadro di indicatori che gli viene proposto, quelli che ritengono maggiormente rilevanti dal punto di vista valutativo; in seguito, esprimono le proprie preferenze, in base ai loro interessi e alla loro sensibilità, attribuendo un valore sociale – un'utilità - agli indicatori scelti; infine, stabiliscono i livelli di sostituibilità tra i diversi possibili esiti. Una volta analizzate le risultanze delle diverse scelte degli esperti, il C.R.E.A. Sanità le ha sintetizzate e congiunte ai dati empirici riferiti al Sistema sanitario di ogni Regione, per poi arrivare a costruire un indice complessivo di *performance*, che varia tra 0 e 1. La Toscana è compresa tra quelle che il Rapporto definisce "aree di eccellenza" di cui fanno parte tutti i sistemi che hanno registrato un indice sintetico superiore a 0,53, vale a

dire una *performance* superiore al 53% rispetto a quella massima conseguibile. L'Umbria e le Marche, invece, rientrano tra le Regioni della cosiddetta "area media", dove rientrano i Servizi sanitari regionali che hanno misura di *performance* superiore a 0,5 ma inferiore al precedente 0,53.

Il monitoraggio sul mantenimento dell'erogazione dei Lea viene effettuato dal Comitato permanente per la verifica dei Lea, istituito presso il Ministero della Salute, e si struttura intorno alla Griglia Lea, che raccoglie una serie di indicatori per la valutazione dei diversi comparti dell'assistenza sanitaria, dal settore ospedaliero a quello distrettuale, fino ad arrivare alla prevenzione. Secondo i risultati della Griglia, la Toscana si erge, ancora una volta, a Regione che offre il miglior Servizio sanitario regionale ai propri cittadini, non solo rispetto a Umbria e Marche, ma anche rispetto a tutte le altre Regioni italiane; inoltre la situazione sembra percorrere una strada di costante miglioramento. Marche e Umbria si posizionano entrambe in una buona posizione, ma seguono una traiettoria diversa. Le Marche sono una delle realtà più in crescita nell'erogazione dei servizi che rientrano nei Lea e, per questo, hanno recuperato molte posizioni anche nel *ranking* complessivo. Nel 2012, infatti, le Marche occupavano la decima posizione della classifica delle Regioni per il mantenimento dell'erogazione dei Lea, pur rimanendo nell'area di adempimento. L'Umbria, che si colloca all'ottavo posto, ha perso una posizione in classifica, proprio a favore delle Marche, anche se bisogna riconoscere che il risultato non è negativo e in regressione ma, semplicemente, migliora in modo meno rapido rispetto a quello delle Marche.

Il ramo assistenziale che ha influito di più su questo "avvicendamento" è l'assistenza distrettuale, in particolare per quanto riguarda i tassi di ricovero ordinario per alcune patologie evitabili, come l'asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO e la percentuale di anziani *over 65* trattati in Assistenza Domiciliare Integrata. Questi indicatori hanno rilevato un peggioramento in Umbria tra il 2012 e il 2013 e sono tra quelli a cui gli esperti hanno attribuito un maggior peso e valore sociale. Anche nelle Marche, tuttavia, l'assistenza territoriale mostra margini importanti di miglioramento ma, da quello che emerge, profili di problematicità sono rappresentati soprattutto dall'assistenza collettiva, quindi da quegli interventi che caratterizzano le politiche rivolte alla prevenzione, ai controlli e alla promozione della salute.

Una specifica analisi deve essere rivolta alla dimensione economica della *performance* sanitaria. Due tra i principali indicatori economici per valutare i risultati delle Regioni sono

i risultati di esercizio economico e i saldi della mobilità sanitaria interregionale. Dal primo punto di vista, quello che emerge dai risultati di Umbria, Marche e Toscana è che, attualmente, tutte e tre producono saldi attivi di bilancio, soprattutto Umbria e Marche, in cui i saldi positivi sono più o meno stabili dal 2007 ad oggi. La Toscana, invece, ha invertito il trend di disavanzo sanitario, che è durato 5 anni consecutivi, solamente nel 2013. Le Marche, complessivamente, sono la Regione che registra attivi di bilancio più ingenti, nel 2014 l'avanzo sanitario è stato di oltre 60 milioni euro.

In generale, in ogni caso, i dati sembrano far intendere che le tre Regioni garantiscano una certa stabilità e sostenibilità economica dei propri Servizi sanitari regionali.

Per quel che concerne la mobilità sanitaria interregionale, la Regione con il miglior saldo di mobilità è la Toscana, che ha registrato un saldo della mobilità interregionale attivo per oltre 150 milioni di euro. Anche l'Umbria presenta saldi positivi di mobilità interregionale dal 2008 al 2014 (fatta eccezione per il 2009), anno in cui il saldo positivo ha raggiunto quasi i 3 milioni di euro. Il saldo delle Marche, invece, è stato ogni anno abbondantemente negativo nell'arco temporale di riferimento, raggiungendo il valore meno positivo – oltre 46 milioni - proprio nel 2014.

Marche e Umbria, infine, sono state inserite, in sede di Conferenza Stato-Regioni, tra le tre Regioni *benchmark* -insieme al Veneto - per la determinazione dei costi standard e dei fabbisogni sanitari standard per l'anno 2016, in virtù dell'“Indicatore per la Qualità e l'Efficienza”, che viene elaborato per ogni Sistema sanitario regionale sulla base di una griglia di indicatori grezzi che servono a misurare la qualità, l'appropriatezza e l'efficienza dei servizi erogati in ambito regionale.

In seguito alle analisi sulle *performances* sanitarie regionali, appare possibile affermare che un'evoluzione nella direzione di un maggiore coordinamento delle politiche sanitarie rappresenta una strada percorribile, seppur complessa, secondo diversi punti di vista: dal punto di vista istituzionale, dato che modelli di *governance* sanitaria simili dovrebbero consentire di poter procedere nella direzione di un processo di condivisione programmatica e operativa delle politiche sanitarie, che non dovrebbe necessitare di turbolenti misure di riorganizzazione sul piano istituzionale; economico, poiché le Regioni hanno già da anni impostato uno sviluppo dell'integrazione e della condivisione, specialmente nell'ambito della mobilità sanitaria; valoriale, che rappresenta, probabilmente, l'aspetto più rilevante. L'evoluzione degli ultimi anni dei Sistemi sanitari regionali di Umbria, Marche e Toscana ha messo in evidenza, nonostante le inevitabili divergenze di risultato per alcuni indicatori

di *performance* sanitaria, come l'assistenza sanitaria in queste Regioni sia animata da uno stesso spirito e da una stessa visione strategica, rappresentando un modello virtuoso e, probabilmente, vincente anche in una prospettiva di lungo periodo, vale a dire un modello sanitario che miri a congiungere una stabilità di tipo economico-finanziario e un graduale miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria.

È stato proposto ad alcuni tra i maggiori esperti del settore sanitario in Umbria – Paolo di Loreto, Paola Casucci e Walter Orlandi - un questionario circa le peculiarità, i risultati e le prospettive future del Servizio sanitario regionale. Sintetizzando le risposte ottenute con le valutazioni che sono emerse dall'incontro con il Consigliere regionale Claudio Ricci, è possibile concludere con alcune considerazioni.

La programmazione sanitaria dei prossimi anni dovrà percorrere il sentiero già in parte tracciato. Sarà necessario focalizzarsi soprattutto sullo sviluppo dell'integrazione sanitaria regionale, che si concretizza attraverso una maggiore integrazione tra le cure territoriali e le prestazioni in ambito ospedaliero, e sull'ampliamento della continuità assistenziale, a maggior ragione in una Regione caratterizzata dalla presenza di comuni di piccola dimensione, spesso in zone montane, in cui la maggior parte degli abitanti è anziana. In particolare, grazie ad una graduale deospedalizzazione, avranno un grande ruolo i Distretti, i medici di base e le cure domiciliari, sempre più cruciali per lo svolgimento di tutte le attività di assistenza rivolte alla fascia di popolazione più fragile e numerosa, ovvero gli *over 65*, e di tutti i servizi diretti alla gestione delle patologie croniche, che aumenteranno in modo preoccupante.

A ragione dei processi di mutamento della struttura demografica e dell'aumento delle cronicità, vi sarà l'esigenza di ricalibrare le politiche sul personale sanitario in Umbria. Le nuove sfide, infatti, potrebbero generare il bisogno di incrementare gli organici di personale e di sviluppare nuove competenze professionali. Allo stesso tempo, tuttavia, sarà molto complesso riuscire a rispondere adeguatamente alle problematiche, in quanto le politiche necessarie dovranno fare i conti con le misure di restringimento della spesa sanitaria tutt'ora in atto. I possibili interventi, a tal proposito, dovranno essere volti ad un miglioramento sia della programmazione sul fabbisogno sanitario di personale, che a un investimento sui processi meritocratici e sulla verifica delle competenze. Dall'altra parte, per rendere sostenibile il Servizio sanitario umbro, non si potrà non intervenire per migliorare l'appropriatezza, sia da un punto di vista clinico e qualitativo, che organizzativo. Questo garantirebbe un uso più efficiente delle risorse a disposizione. Parallelamente, è ragionevole

prevedere che la *performance* economica dei servizi sanitari compierebbe un salto di qualità se venissero messe in campo politiche di innovazione tecnologica – non solo in ambito ospedaliero - e interventi mirati per la riduzione dei costi in campo farmaceutico, il quale rappresenta una delle maggiori aree di criticità.

Infine, il Sistema sanitario umbro si sta dimostrando solido di fronte all'emergenza sanitaria dovuta alle ondate migratorie, anche se, essendo l'Umbria una delle realtà meno colpite dal fenomeno, non è possibile, allo stato attuale, fare una valutazione definitiva.