

## 6 **Analisi comparativa delle traiettorie evolutive dei sistemi sanitari regionali**

di Francesca Ferrè, Francesca Lecci e Francesco Longo<sup>1</sup>

### 6.1 **Inquadramento concettuale e rilevanza nell'attuale dibattito SSN**

Il SSN ha accelerato negli ultimi anni il processo di differenziazione delle singole regioni, sia rispetto all'ortodossia tradizionale del SSN, sia nel confronto tra assetti regionali. Il processo di differenziazione riguarda anche gli assetti istituzionali e macro-organizzativi di riferimento e le politiche sanitarie prevalenti. In particolare, le principali differenze si riscontrano con riferimento alla geografia delle aziende pubbliche, al ruolo del settore privato, alla concentrazione o diffusione delle attività di ricerca e didattica, agli equilibri di potere tra centro e periferia, alla tipologia e alla stabilità del management, alle configurazioni dei processi di acquisto e di investimento infrastrutturale e all'evoluzione dei servizi territoriali e socio-sanitari.

Obiettivo del presente lavoro è indagare alcune differenti traiettorie evolutive presenti nei sistemi sanitari e socio-sanitari regionali, sia per comprenderne le architetture emergenti, sia per analizzare eventuali linee di convergenza tra le varie regioni. La comprensione del cambiamento degli scenari istituzionali di riferimento è rilevante per tutta la platea degli attori e degli stakeholder: per le aziende sanitarie pubbliche e private, per comprendere il perimetro della regolazione e competizione; per i fornitori del SSN (imprese farmaceutiche, di tecnologie biomediche e di *facility management*), per conoscere la geografia emergente degli attori rilevanti; per gli stakeholder istituzionali, per comprendere i meccanismi e i luoghi decisionali di riferimento.

Per condurre questo tipo di analisi è necessario un approfondimento qualitativo di singoli contesti regionali, al fine di delineare sia le dinamiche dichiarate, sia quelle concretamente agite dalle organizzazioni e dagli attori del sistema. A tal fine abbiamo scelto di limitare l'analisi a cinque regioni rilevanti dal punto di

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune, i §§ 6.2, 6.3 e 6.6 sono attribuiti a Francesca Ferrè, i §§ 6.1, 6.4 e 6.7 sono attribuiti a Francesca Lecci, i restanti a Francesco Longo.

vista della loro rappresentatività politico istituzionale. Questa scelta non consente di effettuare generalizzazioni valide per tutti i SSR, ma permette di disporre di un primo quadro di tendenze, che potrebbero stimolare processi di riflessione critica anche per altre regioni. In particolare sono state scelte le regioni che nell'ultimo periodo (5-7 anni) sono risultate particolarmente dinamiche nell'evoluzione istituzionale e di policy dei propri sistemi. Sono state scelte le due regioni, Lombardia ed Emilia-Romagna, che storicamente detengono la leadership culturale nelle politiche sanitarie nei due opposti schieramenti politici, la regione Piemonte che, a seguito del cambio di maggioranza politica e della conseguente elezione di un governatore leghista, ha annunciato una grande riforma del welfare socio-sanitario, e le due regioni centro-meridionali che si sono impegnate nei loro piani di rientro: Abruzzo e Sicilia. In questi ultimi casi sono state implementate significative innovazioni, sia nella geografia delle aziende, sia nella struttura di governance del sistema.

Il presente lavoro si posiziona nell'ambito di un'ampia riflessione sulle evoluzioni dei SSR, avviata nel 2002 attraverso l'analisi interpretativa dei piani sanitari regionali di Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana (Fattore e Longo, 2002) e proseguita negli anni successivi su un campione sempre più numeroso di Regioni (Carbone et al., 2003; Fattore e Lecci, 2005; Galli e Lecci, 2010; Cuccurullo et al., 2010).

## 6.2 Obiettivi del lavoro e metodi di ricerca

Nel prosieguo del capitolo si presenta una sintesi dell'evoluzione macro-istituzionale, organizzativa e di politiche di sistema delle cinque regioni individuate (§ 6.1).

Per ogni regione viene adottato un comune schema di presentazione:

- ▶ i principali dati di sistema (popolazione, geografia delle aziende pubbliche e private, incidenza e mix delle attività del settore privato<sup>2</sup>, dati infrastrutturali e dei servizi, valori di spesa e disavanzo);
- ▶ le scelte di assetto istituzionale e di policy;
- ▶ le recenti evoluzioni programmate o legiferate, a prescindere dallo stadio di effettiva realizzazione;
- ▶ le principali criticità strategiche o di policy del sistema, attuali o prospettiche.

Il lavoro è supportato dal ricorso a tre tipologie di fonti informative: (1) analisi dei documenti legislativi e di indirizzo di policy della regione, (2) dati di sistema disponibili raccolti ed elaborati nei database di OASI e nelle banche dati dei

<sup>2</sup> Ogni volta che vengono riportati e commentati i livelli di attività degli erogatori privati accreditati, si considerano dati di produzione al lordo della mobilità.

Ministeri della Salute e dell'Economia, (3) interviste dirette semi strutturate ad attori chiave dei diversi sistemi sanitari regionali (Direttori Generali, dirigenti e tecnici dell'Assessorato, sub commissari e consulenti).

## 6.3 Regione Piemonte

### 6.3.1 Il quadro di riferimento

In Piemonte vivono 4,4 milioni di abitanti concentrati nelle aree urbanizzate di pianura e collina circoscriventi ai capoluoghi di provincia. Il Servizio sanitario regionale è stato caratterizzato da una relativa stabilità organizzativa e istituzionale fino al 2006, anno in cui sono state intraprese una serie di iniziative a livello regionale e aziendale volte a riqualificare e riorganizzare l'intero sistema sanitario, andando ad incidere tanto sugli strumenti programmatori, quanto sull'assetto organizzativo tramite la definizione di Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario (PRR). La messa in atto delle azioni di riassetto ha portato all'accorpamento delle 22 ASL in 13 ASL, tutte a valenza provinciale, ad eccezione della provincia di Torino, su cui insistono cinque ASL e della provincia di Cuneo che conta due ASL. Precedentemente, si era consolidata la presenza delle Aziende Ospedaliere passate da quattro a cinque, con l'inserimento nell'ordinamento giuridico del SSR dell'ente ecclesiastico «Ordine Mauriziano di Torino», a cui si aggiungono le tre Aziende Ospedaliero-Universitarie (Torino, Novara e Orbassano). L'assetto istituzionale è attualmente in discussione con la proposta presentata in Consiglio Regionale per lo scorporo della gestione delle funzioni di produzione ospedaliera, che verranno concentrate nelle AO, da quella dei servizi territoriali, che rimarranno alle ASL.

Le continue proposte di riconfigurazione istituzionale, che si sono susseguite, hanno portato a un'instabilità nella gestione strategica delle aziende e a lunghi processi di ridefinizione organizzativa, tipici delle fasi di ingegneria istituzionale che, con la nuova riforma annunciata, sembrano perpetuarsi nel tempo. In questo quadro non aiuta la durata media in carica dei Direttori Generali (DG) delle AO, che è di 3,1 anni contro una media nazionale di 3,8, e delle ASL, che è di 3,4 contro 3,7 anni. L'elevato tasso di *turnover* del top management, simile al resto del paese, si è compiuto all'interno di un sistema prevalentemente «autosufficiente» in cui le frequenti nomine sono avvenute facendo ruotare i DG fra le aziende della stessa regione, con poca attenzione a nuovi candidati o candidati extra regionali.

Le cure sanitarie in Piemonte sono in misura maggiore gestite dal pubblico. Il settore privato accreditato rappresenta il 20,6% della spesa sanitaria regionale, valore di poco inferiore alla media nazionale (21%). Il mix delle attività erogate dai privati accreditati tende a concentrarsi in particolare nell'area dell'altra assistenza convenzionata e accreditata (11% contro un'incidenza nazionale del 9%).

Per i ricoveri ospedalieri in strutture private accreditate viene speso solo il 6,4% contro un valore medio nazionale dell'8,1%. Anche nell'attività di specialistica ambulatoriale i valori sono lievemente inferiori alla media SSN (3,3% contro il 4% a livello nazionale). Nell'insieme, solo il 18% dei ricoveri ospedalieri regionali avviene in strutture private accreditate, al contrario si registra una percentuale più alta di giornate di degenza trascorse in strutture residenziali e semiresidenziali private accreditate rispetto a quelle pubbliche.

La qualità percepita del sistema sanitario è complessivamente buona, i cittadini esprimono una soddisfazione sostanzialmente positiva per la qualità delle cure erogate, anche se si registra un livello qualitativo dei servizi sanitari molto differenziato per territorio. Il sistema riflette ancora delle criticità nella gestione delle lunghe liste d'attesa e nell'uso inappropriato dei ricoveri ospedalieri e del pronto soccorso, dovuto in parte all'insufficiente sviluppo dei servizi territoriali e dell'assistenza domiciliare<sup>3</sup>. Questi elementi di criticità spingono ancora molti cittadini a rivolgersi alle strutture di altre regioni: il tasso di fuga (mobilità passiva) registrato nel 2009 è pari a 7,4%, compensato da un tasso di attrazione (mobilità attiva) del 5,7%, dovuto principalmente a ricoveri di pazienti provenienti dalle regioni confinanti. Infatti, i pazienti liguri, valdostani e lombardi rappresentano più dell'80% dei pazienti in mobilità entranti nel sistema piemontese.

Dal punto di vista finanziario la regione registra un tendenziale pareggio di bilancio nei conti della sanità dal 2005 al 2010, seppur con l'impiego di risorse proprie regionali, ma riporta un risultato pregresso significativamente deficitario (disavanzo di 350 milioni di euro tra il 2001 e il 2003 e 671 milioni di euro solo nel 2004). Complessivamente nel lungo periodo 2001-2010 la regione ha rilevato 217 euro procapite di disavanzo cumulato. Alla verifica dei conti presso il Tavolo di Monitoraggio per l'anno 2004 si è resa necessaria la sottoscrizione del Piano di riqualificazione del SSR e di riequilibrio economico (Piano di Rientro), accordo sottoscritto dalla regione con il Ministero della Salute e dell'Economia a luglio 2010.

### 6.3.2 La configurazione istituzionale storica

La regione ha storicamente mantenuto un ruolo di direzione e guida del sistema sanitario regionale, accentrando le decisioni strategiche e operative nella Direzione dell'Assessorato<sup>4</sup>, affiancata dall'ARESS<sup>5</sup>. Il ruolo centrale dell'Assesso-

<sup>3</sup> I giudizi di qualità percepita e criticità sono riportati sul sito dell'Assessorato regionale alla sanità della Regione Piemonte ([www.regione.piemonte.it/sanita/](http://www.regione.piemonte.it/sanita/)).

<sup>4</sup> Competono alla Direzione l'assistenza tecnica alla Giunta Regionale per l'esercizio delle funzioni di programmazione sanitaria, la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare, il monitoraggio e la verifica sulla realizzazione dei programmi stessi, nonché l'attività di coordinamento ed indirizzo ai Settori, che ne costituiscono articolazione.

<sup>5</sup> L'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (ARESS), che dipende dall'Assessorato agli Affari istituzionali, svolge un'azione di supporto tecnico-scientifico all'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità nonché di affiancamento metodologico alle Aziende Sanitarie regionali.

rato si riflette direttamente nella natura del PSR in vigore<sup>6</sup>, che si configura in misura significativa come documento di orientamento politico, ma al contempo come strumento organizzativo di valenza tecnica per la ri-definizione dell'assetto istituzionale (Galli e Lecci, 2010). L'accentramento decisionale è mitigato dalla consuetudine di attivare organismi consultivi sanitari, quali il Consiglio regionale di sanità e assistenza (Coresa). L'attiva partecipazione di attori locali del sistema nel processo centrale di programmazione favorisce la concertazione delle decisioni di lungo periodo e permette una più agevole individuazione e condivisione delle priorità d'intervento. Tuttavia, un processo decisionale allargato e inclusivo ha impedito una programmazione cronologicamente ordinata. Le scadenze istituzionali dei piani sanitari regionali sono state poco ritmate, la regione ha dovuto aspettare 8 anni tra la redazione del PSR 1997-1999 e il successivo deliberato nel 2007.

Il modello decisionale accentrato, sebbene non sempre incisivo per lo sviluppo dei servizi, e i tagli orizzontali imposti dal Piano di Rientro lasciano pochi spazi di autonomia a livello aziendale. Il carattere di incertezza della fase di riorganizzazione rende deboli i meccanismi programmatori e gestionali periferici, le ASL e AO non sono sempre in grado di attivare le risorse e i servizi in modo autonomo. Ciò nonostante, le aziende sanitarie sono riuscite a promuovere periodi di sperimentazione gestionale attiva, sostenute dall'ARESS, nella definizione delle reti territoriali, valorizzando in modo particolare il ruolo del distretto, sebbene si sia trattato spesso di iniziative estemporanee. La regione, al fine di creare meccanismi che legano le diverse aziende del SSR, all'inizio degli anni 2000 aveva previsto ambiti di programmazione sovra aziendale con la costituzione di aree sovra-zonali o macro-aree, conosciute come «quadranti sanitari» (Torino, Cuneo, area Nord-Est Piemonte e area Sud-Est Piemonte), per la definizione di linee strategiche condivise e coordinate per le funzioni ospedaliere. Il successo operativo della concertazione per aree sovra-zonali è stato limitato. Nonostante ciò, la programmazione di quadrante si è estesa ad altri ambiti (acquisti di beni e servizi, gestione dei magazzini, logistica, gestione delle reti informative, organizzazione dei centri di prenotazione), sebbene, dopo quattro anni, il sistema risulti ancora in fase di avvio operativo. Recentemente, la regione ha espresso il suo ruolo strategico anche relativamente alle scelte d'acquisto di beni e servizi istituendo la Società di committenza Regione Piemonte S.p.A. (SCR-Piemonte S.p.A.) per razionalizzare gli acquisti regionali anche in ambito sanitario.

Per quanto riguarda gli accordi contrattuali con i soggetti erogatori privati, la regione Piemonte definisce con le associazioni di categoria i livelli quali – quantitativi attesi delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali e, successivamente, le ASL negoziano con i singoli produttori privati l'articolazione del fabbisogno.

<sup>6</sup> Piano Socio-Sanitario Regionale 2007-2010.

### 6.3.3 Le policy emergenti degli ultimi anni

Negli ultimi anni la regione ha avviato un intenso processo di riorganizzazione del SSR prevedendo il riequilibrio tra i macro-livelli assistenziali, mediante lo sviluppo dell'assistenza collettiva e distrettuale e il contenimento della spesa ospedaliera. La messa in atto delle azioni di riassetto delle reti sanitarie è stato avviato modificando, come già anticipato, l'assetto delle aziende sanitarie locali, accorpando le precedenti 22 ASL in 13 ASL provinciali (cfr. § 56.3.1); promuovendo azioni di sviluppo dei servizi socio-sanitari territoriali e indicando la strada per la riorganizzazione della rete ospedaliera secondo la logica *hub & spoke* (per far fronte all'attuale frammentazione dell'offerta); promovendo il miglioramento dell'appropriatezza. Una ulteriore trasformazione istituzionale è ora annunciata: scorporare gli ospedali dalla gestione diretta delle ASL (cfr. § 6.3.1), similmente al modello lombardo. La peculiarità piemontese è la proposta di riordino per livelli di complessità: le aziende ospedaliere saranno riorganizzate in cluster di presidi, al cui interno si distingueranno gli ospedali ad alta specializzazione (gli *hub*), gli ospedali cardine e gli ospedali di continuità. Il modello prevede l'insediamento della Città della Salute intorno al polo sanitario delle Molinette al fine di creare nel capoluogo un centro medico d'eccellenza a livello regionale ed europeo. Le ASL si potranno così concentrare sullo sviluppo delle attività territoriali (cure primarie, prevenzione e integrazione socio-sanitaria), anche con la creazione dei Dipartimenti della continuità assistenziale. In quest'ottica, l'organizzazione delle ASL svilupperà dipartimenti e aree assistenziali comuni, rispondendo alla logica dei percorsi integrati e organizzati orizzontalmente, facilitando interdisciplinarietà fra i professionisti.

Gli investimenti nell'edilizia sanitaria sono stati estremamente scarsi: unico recente avvio di cantiere è la costruzione del nuovo poliambulatorio sanitario di Orbassano, un'opera di 5,8 milioni di euro, finanziati per metà con fondi regionali e metà con fondi statali. Sicuramente la crisi di liquidità che ha investito il SSR non facilita gli investimenti infrastrutturali e alternativi strumenti di finanziamento, come il *project finance*, non sono stati finora presi in considerazione.

Con riferimento all'offerta socio-sanitaria territoriale, il sistema lamenta uno scarso coordinamento tra gli attori del territorio, l'assenza di obiettivi relativi alla continuità assistenziale assegnati alla medicina generale e agli ospedali, un debole governo a livello regionale sul fronte territoriale, una scarsa attitudine alla gestione per percorsi da parte del MMG e troppe centrali operative di continuità assistenziale<sup>7</sup>. A fronte di ciò, nelle proposte di riassetto in discussione, la regione promuove l'interrelazione con il sistema socio-sanitario investendo il

<sup>7</sup> Unità di valutazione geriatrica (UVG); unità di valutazione geriatrica ospedaliera; centrali operative di continuità assistenziale (COCA); centrale operativa cure domiciliari e centrale operativa cure palliative.

distretto di un nuovo ruolo e di funzioni di direzione, coordinamento e integrazione. A livello istituzionale, il distretto appare essere l'unità organizzativa ritenuta più rilevante nell'organizzazione e gestione dei servizi territoriali, responsabilizzato nel potenziamento delle attività territoriali e nella razionalizzazione dei percorsi di cura in fase *intra* ed *extra* ricovero. Da segnalare la volontà del SSR piemontese di investire nello sviluppo dell'integrazione delle cure primarie, con una nuova organizzazione dei MMG, PLS, medici continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari e assistenti sociali in aggregazioni pluriprofessionali per la gestione delle cure primarie tramite l'individuazione di Gruppi di Cure Primarie (GCP), che assistono 10-15.000 abitanti all'interno di un territorio ben definito.

Sul fronte dei servizi domiciliari e residenziali il sistema piemontese presenta delle lacune evidenti nei dati delle lunghe liste d'attesa soprattutto nella provincia di Torino (15 mila anziani in lista d'attesa, di cui 8 mila nel solo capoluogo, su un totale di circa 18 mila richieste). Le residenze sanitarie per anziani (RSA) sono gestite quasi esclusivamente da soggetti privati o Onlus che collaborano con comuni e parrocchie, sebbene con capacità e strategie d'offerta limitate. La regione sta valutando strategie generali di sviluppo che prevedono la promozione dell'integrazione socio-sanitaria tramite la sperimentazione di soluzioni innovative e la diffusione di nuove forme di servizi di assistenza a domicilio (ospedalizzazione domiciliare e residenzialità protetta, erogazione assegni di cura in lungo-assistenza), e il ricorso alle tecnologie innovative per monitorare le condizioni di non autosufficienza (tele-informazione, tele-aiuto, tele-medicina). Nell'immediato c'è comunque la volontà di incrementare i posti letto per l'assistenza residenziale e la de-ospedalizzazione protetta nelle strutture pubbliche, sebbene l'indicazione nazionale di una dotazione di 0,7 PL per mille abitanti per riabilitazione e lungo-degenza<sup>8</sup> sia già abbondantemente superata (1,1 PL per mille abitanti nel 2009).

A sostegno dei pazienti anziani non autosufficienti, il sistema del welfare regionale nel 2009 si è mosso strategicamente prevedendo l'erogazione di un bonus per l'assistenza a domicilio, riallocando risorse pari a 50 milioni di euro (21,5 milioni di euro utilizzando fondi della legge finanziaria 2008). All'interno dello sviluppo delle cure domiciliari, la regione ha dunque attivato programmi di cure domiciliari in cui una somma per il pagamento dei servizi di assistenza è erogata sotto forma di bonus: 800 euro nei casi di bassa intensità assistenziale (i casi meno gravi), 1.100 euro nei casi di media intensità e 1.350 euro in quelli di medio alta intensità (elevabili a 1.640 euro per i soggetti senza rete familiare). Il voucher, introdotto nel 2009, è stato sospeso l'anno successivo per mancanza di fondi. Ciò sottolinea la difficoltà nel reperimento di risorse dedicate per l'assistenza a non autosufficienti a livelli minimamente coerenti all'intensità del bisogno: la loro assenza spiega parte dell'uso inappropriato di strutture sanitarie.

<sup>8</sup> Art. 6 Patto per la Salute 2010-2012.



### 6.3.4 Le criticità

La nuova configurazione del sistema sanitario piemontese trova ripetuta affermazione nei documenti e negli annunci politici, ma risulta difficile prevedere i tempi di completamento del riordino sul territorio, anche alla luce della grande incertezza rispetto alla possibilità dell'attuale maggioranza di governo di completare il suo mandato, vista l'attesa del giudizio del Tribunale Amministrativo Regionale sul conteggio dei voti delle ultime elezioni regionali. Questo crea grande incertezza per le aziende del sistema, che da poco stavano concludendo la fase attuativa della precedente stagione di riassetto istituzionale: esse non sanno se è appropriato operazionalizzare, con adeguati investimenti in sviluppo manageriale, l'attuale assetto o fermarsi, in attesa del nuovo assetto.

La debolezza storica del sistema sanitario piemontese, contraddistinta soprattutto a livello regionale dal prevalere di logiche burocratiche e insufficiente sviluppo manageriale, sconta la scarsa crescita e specializzazione dei servizi territoriali. Il nuovo assetto di sistema annunciato, focalizzando le ASL esclusivamente sui servizi territoriali, spera di recuperare questo *gap*. Tuttavia, la regione non dovrà trascurare le logiche secondo cui le professionalità e i fattori produttivi verranno assegnati tra servizi ospedalieri e territoriali, evitando di replicare i limiti di modelli organizzativi-gestionali che ampliano lo spazio di quasi-mercato, ponendo attenzione ad aspetti come il passaggio dei fattori produttivi più qualificati agli ospedali-azienda e l'assegnazione della psichiatria e delle specialistiche convenzionate agli ospedali.

In sintesi, le prospettive evolutive del SSR piemontese risentono di un delicato equilibrio tra spinte potenzialmente contrapposte: (i) da un lato, l'articolazione del sistema ospedaliero per intensità di cura richiederebbe un deciso rinnovo delle dotazioni infrastrutturali, dall'altro le possibilità di investimenti si scontra con l'assenza di risorse pubbliche e l'attuale non volontà a coinvolgere capitali privati; (ii) se l'implementazione di un riassetto così profondo richiede elevato *commitment* e significativi livelli di stabilità della componente politica e manageriale, non è escluso che esiti non favorevoli del Tribunale Amministrativo Regionale rimettano in discussione la maggioranza di governo, producendo discontinuità anche a livello delle direzioni aziendali; (iii) sebbene il modello proposto presupponga il ricorso a professionalità sempre più specializzate, il blocco del *turn over* è destinato a rendere difficile questo passaggio.

## 6.4 Regione Lombardia

### 6.4.1 Il quadro di riferimento

Con oltre 9,8 milioni di abitanti, la Lombardia si configura come la regione più popolosa d'Italia, oltre ad essere quella più densamente abitata (411,81 abitanti/km<sup>2</sup> contro una media nazionale pari a 200,26 abitanti/km<sup>2</sup>). Il sistema sanitario è



caratterizzato da una configurazione istituzionale piuttosto stabile, articolata su due grandi cicli: (i) quello del biennio 1997-1998, che ha visto la definizione dei nuovi ambiti territoriali delle ASL (LR 31/97), che sono passate da 44 a 14; la costituzione di 11 nuove AO (DCR 742/97) e la costituzione dell'ASL di Vallecmonica-Sebino (LR 15/98); (ii) quello del biennio 2002-2003, che ha visto la costituzione dapprima delle AO Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (DCR 401/02) e poi la trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio (DCR 747/03). Queste dinamiche istituzionali hanno consentito di disegnare, progressivamente, un modello di SSR basato sulla quasi totale separazione dei ruoli di acquirente e fornitore (attualmente solo l'ASL della Valcamonica continua a gestire direttamente i due ospedali di Edolo ed Esine). Vi sono 15 ASL – una per provincia, eccetto Milano, che conta, oltre all'ASL cittadina, 2 ASL sub-provinciali, e Brescia che conta l'ASL cittadina e l'ASL Vallecmonica – Sebino, 29 Aziende Ospedaliere, di cui 9 a vocazione universitaria (AO Spedali Civili di Brescia, AO Fondazione Macchi di Varese, AO S. Paolo, AO L. Sacco, AO Fatebenefratelli, AO G. Pini, AO I.C.P, AO Niguarda Ca' Granda e AO S. Gerardo di Monza). Nella regione operano 6 IRCCS di diritto pubblico (di cui 4 assumono la forma giuridica di Fondazione di diritto pubblico, ovvero: IRCCS San Matteo di Pavia, Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, IRCCS Besta di Milano e Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico) e 21 di diritto privato (13 dei quali sono stati riconosciuti come sedi di poli universitari). In Lombardia, si registra una buona stabilità del top management delle aziende: i Direttori Generali delle AO della regione hanno una durata media di 4 anni (contro una media nazionale di 3,8) e quelli delle ASL di 3,8 anni (contro una media nazionale di 3,7).

La regione Lombardia si posiziona nel novero delle regioni ritenute più virtuose nell'ambito del SSN, dal momento che ha dimostrato di riuscire a garantire un sostanziale pareggio di bilancio (41 euro di disavanzo procapite cumulato nel periodo 2001-2010, contro la media nazionale di 631 euro) e l'erogazione di prestazioni sanitarie adeguate dal punto di vista quantitativo e qualitativo. Dall'analisi del quadro economico del SSR lombardo emerge come il settore privato accreditato assorba una quota rilevante di fondo sanitario regionale (30%), di gran lunga al di sopra della media nazionale (21%). Analizzando il mix della produzione privata accreditata, osserviamo come la spesa privata è sopra la media nazionale sia per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali specialistiche (4,7% contro 4% del SSN) sia (e in misura anche maggiore) per i ricoveri (13,3% contro 8% del SSN) e per l'area dell'altra assistenza convenzionata e accreditata (12% contro 9% del SSN). In particolare il 30% dei ricoveri ospedalieri sono offerti da strutture private (contro la media SSN 23%), con un tasso di specializzazione<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Il tasso di specializzazione rappresenta l'incidenza del numero di ricoveri per alta specialità sul totale dei ricoveri effettuati.

superiore all'11% per i ricoveri di pazienti della regione (contro circa il 7% di ricoveri nel pubblico) e pari al 19% per i ricoveri fuori regione (la più alta percentuale in assoluto in Italia). Inoltre gli ospedali privati lombardi fanno registrare uno tra i più alti tassi di attrazione di pazienti fuori regione del SSN (il 51% dei pazienti in mobilità attiva in Lombardia si rivolgono a strutture private accreditate), con l'IRCCS S. Raffaele di Milano che si configura come il più grande polo di attrazione di pazienti fuori regione del Paese.

Il quadro di eccellenza nell'offerta è anche il frutto di una dotazione infrastrutturale, in particolare ospedaliera, di buona razionalità complessiva, grazie a una significativa politica di investimento (§ 6.4.2).

#### 6.4.2 La configurazione istituzionale storica

Storicamente, la regione Lombardia ha impostato il suo SSR in maniera molto accentrata, attivando numerose logiche e strumenti che privilegiano il governo della capogruppo a scapito dell'autonomia delle aziende. La regione disciplina in modo analitico la programmazione del sistema e controlla la corretta esecuzione da parte delle aziende. Questo ha garantito un attento presidio all'equilibrio di bilancio e lo sviluppo di tutti i processi produttivi più facilmente visibili e misurabili dalla capogruppo (tipicamente la produzione ospedaliera, a discapito di ambiti più complessi e multidimensionali come la continuità delle cure o lo sviluppo dei servizi territoriali). Il principale meccanismo attraverso cui la regione consegue questo obiettivo è dato dal contratto di fornitura tra ASL ed ente accreditato (sia pubblico che privato), che si sigla all'interno di un perimetro finanziario già stabilito dalla regione. In particolare, la contrattazione tra i due soggetti riguarda tutta la produzione erogata a favore dei pazienti lombardi, valorizzata utilizzando le tariffe deliberate dalla giunta regionale. Le quote così definite sono disponibili per i soggetti erogatori solo nella misura in cui gli stessi effettuino prestazioni di valore corrispondente. Le attività di ricovero prodotte dai soggetti accreditati pubblici e privati al di sopra dei valori soglia contrattualmente definiti non sono remunerate dal SSR, sebbene l'ASL territorialmente competente possa, in corso d'anno, provvedere ad un'eventuale integrazione di risorse<sup>10</sup>. Il meccanismo appena descritto, tuttavia viene gestito in maniera parzialmente differente da soggetti pubblici e privati: nello specifico (Cantù et al., 2010) quest'ultimi vengono lasciati liberi di definire il proprio *case mix* (sussidiarietà programmatica), nell'ambito dell'importo negoziato con l'ASL di riferimento; mentre i soggetti pubblici, in relazione alla loro finalità istituzionale, operano su un *range* di specialità più ampio. Inoltre, spesso, i soggetti pubblici si ve-

<sup>10</sup> L'integrazione dell'ASL è consentita laddove si registri uno squilibrio tra domanda ed offerta per specifiche prestazioni sanitarie e comunque per un valore economico non superiore al 30 per cento di quanto fatturato dall'erogatore.

dono riconosciute quote di remunerazione aggiuntive a fronte di una produzione eccedente rispetto a quanto negoziato<sup>11</sup>, anche con riguardo ai finanziamenti per funzioni non tariffabili<sup>12</sup>.

Non solo all'esigenza di garantire l'equilibrio economico-finanziario, ma anche alla necessità di un maggiore controllo, rispondono le scelte compiute in termini di centralizzazione nella gestione di cassa e finanziaria. La regione Lombardia opera con la logica della struttura «capofila», che nell'ambito degli stanziamenti definiti, cerca di contemperare le esigenze contingenti delle strutture al fine di minimizzare i costi finanziari per il sistema. Sulla base di tale principio, le ASL si attengono ai seguenti indirizzi: (i) la quota capitaria assegnata non comprende alcun onere per il ricorso ad anticipazioni finanziarie da parte dei tesoriери; (ii) le ASL mensilmente sono obbligate a segnalare tutti i pagamenti che intendono effettuare con le risorse disponibili e tramite eventuale accesso all'anticipazione di cassa del tesoriере; (iii) la DG Sanità, di concerto con la DG Famiglia e Solidarietà Sociale, la Direzione Centrale Programmazione Integrata e Finlombarda SpA, dà un preventivo assenso all'accesso all'anticipazione finanziaria richiesta ed eroga le somme di sua spettanza con priorità al rispetto dei tempi di erogazione. L'obiettivo di fondo è quello di evitare che si creino situazioni di gravi crisi finanziaria nel SSR, cercando di ridurre il costo del reperimento di risorse aggiuntive a livello di sistema.

La capacità di mantenere un solido equilibrio economico-finanziario ha consentito alla regione Lombardia di incentivare lo sviluppo di iniziative di *project finance* (PF) per la realizzazione di investimenti infrastrutturali in ambito sanitario: con riferimento ai progetti avviati (indipendentemente dal fatto che siano stati conclusi o meno), la Lombardia fa registrare la performance più elevata, sia in termini di numerosità dei progetti che di valore economico degli stessi. Complessivamente sono stati avviati 17 progetti per un valore di 1.228 milioni di euro (che copre il 36,9% del mercato della finanza di progetto in Italia). Il primato della regione riguarda anche la dimensione dei progetti aggiudicati (13 progetti per un equivalente di circa 967 milioni di euro). Anche nel caso delle iniziative di PF il ruolo della regione si è fatto progressivamente più importante, sia in termini di supporto economico alle operazioni in questione, sia di governance complessiva dei processi avviati. Con riferimento al primo aspetto, si rileva una quota significativa di contributo pubblico, in misura sempre superiore al 50% del valore dell'investimento. Con riferimento al secondo aspetto, la Lombardia opera attraverso Infrastrutture Lombarde, che ha, nel corso degli anni, assunto un ruolo decisivo nella realizzazione di operazioni di *project finance*, passando da una funzione di consulenza/supporto alla stazione appaltante a quello di stazione appaltante, come nel caso dei progetti di Vimercate e Como (Amatucci et al., 2010).

<sup>11</sup> Questo non vale per i soggetti privati.

<sup>12</sup> Il finanziamento aggiuntivo è deciso unilateralmente dalla regione.

Un'altra area nella quale la regione ha storicamente investito è quella relativa al Progetto CRS-SISS, nato alla fine del 1999. Il SISS è un sistema informativo che consente il collegamento telematico in rete tra gli operatori della pubblica amministrazione e che permette ai cittadini di accedere ai servizi integrati nella rete. Il SISS oggi è costituito da una serie di sistemi informatici, che tutti gli attori del sistema socio-sanitario lombardo sono tenuti a utilizzare (LR. 33/2009), ponendosi quindi come strumento di integrazione e di raccordo di tutte le informazioni sanitarie e con le prestazioni socio-sanitarie (§ 6.4.3).

### 6.4.3 Le policy emergenti degli ultimi anni

Negli ultimi anni, la regione Lombardia ha avviato una serie di iniziative finalizzate a sviluppare la dimensione dell'assistenza territoriale, in parte trascurata dalle iniziative di riforma avviate dai primi due cicli di interventi di razionalizzazione del SSR (biennio 1997-1998 e biennio 2002-2003, cfr. § 6.4.1). Nello specifico, con DGR 1479/2011, la regione Lombardia ha previsto l'attivazione di 1.145 posti letto per le cure sub acute e la sperimentazione in 5 ASL di un nuovo modello organizzativo per coordinare e integrare i servizi extraospedalieri a favore dei pazienti cronici – *Chronic Related Group* (CReG). L'obiettivo dei posti letto sub acuti (alla luce delle sperimentazioni condotte a Milano, Soncino e Varese) è quello di individuare in tutte le ASL lombarde delle strutture intermedie (che vanno cioè a collocarsi tra l'ospedale e il domicilio) per assistere adeguatamente quei pazienti, soprattutto anziani e cronici, che, pur non necessitando più di un'alta intensità di cura (ricovero ospedaliero), non possono ancora essere assistiti adeguatamente al proprio domicilio. Per loro sarà predisposto un piano di assistenza individuale focalizzato al recupero dell'indipendenza e quindi alla possibilità di ritornare a casa. La durata della degenza dovrebbe variare da 10/15 giorni fino a 30/40 giorni. Secondo le indicazioni regionali, i 1.145 posti letto sub acuti dovranno essere individuati in via preferenziale negli ospedali per acuti medio-piccoli, non inseriti nella rete dell'emergenza-urgenza, nei quali siano presenti solo alcune specialità ospedaliere di base.

Lo sviluppo delle strutture sub acute, che di norma saranno segmenti di ospedali già in essere, risulta coerente con la riorganizzazione in corso degli ospedali per acuti sul modello per intensità di cura. Questo processo, particolarmente vivace in Lombardia, risulta facilitato nei nuovi ospedali (es. Como) o in quelli in profonda trasformazione infrastrutturale. La piattaforma sub acuta costituisce pertanto un'ulteriore piastra per i diversi livelli di intensità assistenziale ospedalieri. L'obiettivo del *Chronic Related Group* è quello di assicurare la continuità del percorso assistenziale per pazienti cronici: la gestione dei diversi aspetti in cui si articola l'assistenza sanitaria del paziente sarà affidata ad un unico soggetto, individuato e regolamentato dalle ASL, che opererà come centro servizi e che potrà essere un medico di medicina generale, una Onlus, una fondazione,

un'azienda ospedaliera, una struttura sanitaria accreditata<sup>13</sup>. Il soggetto scelto dovrà coordinare tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia (MMG ed erogatori di prestazioni specialistiche), gestire le risorse messe a disposizione e garantire le necessarie competenze di tipo amministrativo, organizzativo e gestionale<sup>14</sup>. Al cittadino viene comunque garantita la libertà di scelta dell'erogatore, per ogni singola prestazione compresa nel «pacchetto» CReG, creando una forte criticità alla tenuta dello schema.

L'integrazione ospedale-territorio costituisce, dunque, la principale sfida con la quale è chiamata a confrontarsi la regione Lombardia. A questo bisogno risponde anche la costituzione delle reti di patologia, che sono state istituite al fine di consentire ai professionisti della sanità il conseguimento di sinergie e la condivisione collegiale dei protocolli di procedura sulla base delle *best practice*. Esse costituiscono un modello di integrazione dell'offerta finalizzate a conseguire diversi obiettivi: (i) coniugare esigenze di specializzazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie; (ii) diffondere sul territorio centri di eccellenza e tecnologie ad elevato standard; (iii) garantire sostenibilità economica; (iv) recepire i fabbisogni della collettività e dei professionisti che operano in ambito sanitario e socio sanitario. In Lombardia le reti hanno una genesi bottom up spesso su spinta dei professionisti, al di fuori di rilevanti azioni di regia regionali. A questo proposito le infrastrutture tecnologiche su cui poggiano le informazioni clinico scientifiche necessarie per la gestione del paziente rappresentano, attraverso il Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS), l'elemento facilitante per la loro implementazione. Anche per questo motivo, un'ulteriore spinta all'integrazione sarà conseguita attraverso il nuovo piano di sviluppo del SISS (2010-2012) a cura di Lombardia Informatica<sup>15</sup>. L'incarico prevede un piano di interventi di sviluppo, gestione e diffusione all'interno del quale le attività di realizzazione, pianificazione e monitoraggio sono affidate a Lombardia Informatica.

Un'ulteriore iniziativa nella direzione di una maggiore integrazione ospedale-territorio potrebbe, infine, riguardare le procedure di acquisto di beni e servizi da parte delle aziende sanitarie, tra le quali è prevista la costituzione di forme di aggregazione interaziendali. Le aziende sanitarie potranno valutare la formazione di Consorzi d'acquisto o altre unioni formalizzate a livello provinciale e/o di macro aree (gare aggregate attuate da aziende capofila o gare aziendali aperte ad adesioni successive); potranno, altresì, ricercare livelli di collaborazione con

<sup>13</sup> Tra i servizi assicurati dal CReG rientrano la prevenzione secondaria, il follow up, il monitoraggio della persistenza terapeutica, la specialistica ambulatoriale, la protesica e la farmaceutica.

<sup>14</sup> Per la sperimentazione sono state individuate sei principali patologie, che coinvolgono potenzialmente 200 mila persone: broncopneumopatie croniche ostruttive, scompenso cardiaco, diabete di tipo I e II, ipertensione e cardiopatia ischemica, osteoporosi e patologie neuromuscolari.

<sup>15</sup> Il nuovo progetto SISS è finalizzato alla realizzazione dei seguenti obiettivi strategici: (i) integrazione Enti della Socio Sanità; (ii) Fascicolo Sanitario Elettronico; (iii) servizi al cittadino; (iv) dematerializzazione; (v) governo del sistema.

Consip. Le attività gestite a livello interaziendale potranno riguardare gli acquisti, la logistica dei beni, l'analisi dei mercati di riferimento e dell'offerta e lo sviluppo di attività di marketing e servizi a pagamento.

Infine, un ultimo percorso di sviluppo riguarda il rilancio dell'accreditamento all'eccellenza. L'accreditamento d'eccellenza su base volontaria è stato introdotto nel panorama lombardo nel 1999 come progetto sperimentale di adozione del modello di certificazione internazionale Joint Commission International (JCI). Inizialmente la sperimentazione JCI ha coinvolto dieci strutture sanitarie regionali, sei delle quali (IEO, Ospedale Bassini, Cliniche Gavazzeni, Humanitas, Istituto Clinico Mater Domini, Presidio Ospedaliero Oglio-Po) hanno poi deciso di consolidare questo percorso richiedendo, e ottenendo, l'accreditamento. Tali requisiti di accreditamento volontario si propongono di attribuire alle strutture sanitarie dei giudizi di valore sulla qualità del servizio offerto ai pazienti, valutando aspetti di accessibilità, continuità, sicurezza e soddisfazione (Brusoni et al., 2007)<sup>16</sup>.

#### 6.4.4 Le criticità

La principale criticità che dovrà affrontare la regione Lombardia riguarda la concreta implementazione dei cambiamenti disegnati al fine di consentire un effettivo perseguimento di quell'integrazione finora non sufficientemente sviluppata. Con riferimento all'area della sub acuzie, sarà importante capire come questo settore verrà sviluppato e se questa innovazione indurrà delle ulteriori tensioni, soprattutto finanziarie, a carico delle strutture che oggi erogano prestazioni per non autosufficienti (con oltre 55 mila posti letto accreditati in RSA, residenze sanitarie e socio-sanitarie per anziani). Inoltre, appare particolarmente critica la scelta dei soggetti che saranno chiamati a fornire tali prestazioni a valenza sub-acuta e territoriale: escluse le RSA, le indicazioni regionali sembrano delineare il ricorso ad un'Associazione Temporanea di Imprese (ATI) nella quale confluiranno operatori ospedalieri privati accreditati, associazioni di MMG e farmaceutiche, ovvero soggetti in potenziale conflitto tra di loro e rispetto ai quali sarà necessario prevedere una capillare attività di controllo e monitoraggio. Anche il sistema dei CReG, che prevede l'attivazione di 4 soggetti in ogni arena locale (ASL, società di servizi per il case management amministrativo, MMG per il case management clinico, gli erogatori di prestazioni specialistiche) appare ancora fragile nel suo disegno organizzativo ed operativo. Con riferimento all'area ospedaliera,

<sup>16</sup> In Brusoni et al. (2007) si rileva come i due modelli di accreditamento presenti in Lombardia, istituzionale e di eccellenza, non si intendono escludibili, ma complementari tra loro; infatti, hanno dimostrato in questa fase di consentire alle aziende sanitarie di compiere passi avanti, costruendo sulla certificazione preesistente e aggiungendo ad essa alcuni specifici vantaggi, quali il maggior coinvolgimento della parte clinica e professionale e la più ampia prospettiva di osservazione del sistema aziendale nella sua complessità.



invece, appare necessario valutare l'estensione del modello di ospedale per intensità di cura, da una prima fase sperimentale, prevalente nelle strutture di nuova costruzione, ad un numero sempre più ampio di reparti, dipartimenti o intere strutture ospedaliere. È opportuna, in tal senso, un'attenta verifica del reale impatto di questa riorganizzazione intraospedaliera che permette, in linea teorica, la separazione del controllo delle risorse strutturali dal controllo del processo clinico e che quindi consente di gestire in modo flessibile gli organici infermieristici e le risorse e di riposizionare la professionalità del medico sull'efficacia delle cure e sul rapporto con il paziente. In ogni caso si tratta di linee progettuali interessanti e potenzialmente utili per colmare il gap storico della regione di relativo ritardo nello sviluppo dei servizi territoriali e nella gestione della continuità delle cure. Trattandosi in larga parte di profonde innovazioni organizzative e gestionali, esse richiedono un significativo lavoro aziendale di adattamento, sviluppo di competenze, sperimentazione e valutazione.

## 6.5 Regione Emilia-Romagna

### 6.5.1 Il quadro di riferimento

In Emilia-Romagna (da ora RER) vivono 4,4 milioni di abitanti, distribuiti in un modello policentrico prevalentemente lungo l'asse dei capoluoghi di provincia della via Emilia, da Piacenza a Rimini. Il sistema sanitario è caratterizzato da una configurazione istituzionale molto stabile che non ha visto modifiche nella geografia delle aziende dal 1995, salvo l'unificazione dell'AUSL di Bologna. Vi sono 11 AUSL, una per provincia (eccetto Imola, Cesena e Forlì che sono divise), cinque aziende ospedaliere a vocazione universitaria (Parma, Modena, Bologna, Ferrara e Reggio Emilia, quest'ultima recentemente riconosciuta come IRCCS) concentrate in Emilia, a cui si aggiunge l'IRCCS Ortopedico Rizzoli di Bologna e il nuovo IRCCS Istituto per le Scienze Neurologiche di Bologna. Si registra una significativa stabilità del top management delle aziende: i Direttori Generali delle aziende ospedaliere della RER sono tra quelli che in Italia hanno la durata in carica media più lunga (4,5 anni contro una media nazionale di 3,8), così come anche le AUSL (4 anni contro 3,7).

La RER, insieme a Lombardia, Veneto e Toscana, è considerata una delle quattro regioni *best practice* del SSN, che accompagnano ad un sostanziale pareggio di bilancio (per la RER 101 euro di disavanzo procapite cumulato nel periodo 2001-2010, contro media nazionale di 631 euro), una buona erogazione quantitativa di servizi, di elevata qualità, con una sufficiente equità territoriale e sociale.

Il settore privato accreditato assorbe, nel complesso, il 17,5% del fondo sanitario regionale, sotto la media nazionale del 21%. Analizzando il mix della pro-



duzione privata accreditata, osserviamo come la spesa privata è ampiamente sotto la media nazionale per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali specialistiche (2% contro 4% del SSN), è vicino alla media nazionale per i ricoveri (7% contro 8% del SSN), mentre è assolutamente in linea per l'area dell'altra assistenza convenzionata e accreditata (8,6% contro 9% del SSN). In particolare il 16% dei ricoveri ospedalieri sono offerti da strutture private (contro la media SSN del 23%), ma le strutture private presentano il tasso di specializzazione più rilevante del paese (11% di ricoveri di alta specializzazione contro 9% nel pubblico). Inoltre la RER è la regione con il più alto tasso di attrazione di pazienti da fuori regione del SSN (14%), molti dei quali si rivolgono alle sue strutture private, anche se il principale attrattore della regione è un erogatore pubblico, ovvero il Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna.

La dotazione infrastrutturale, in particolare ospedaliera, è di buona razionalità complessiva, sia per dislocazione, sia per la limitata numerosità di ospedali, con uno standard infrastrutturale molto buono, grazie a un lavoro sistematico di manutenzione, anche se negli ultimi anni non sono stati inaugurati nuovi rilevanti ospedali.

### 6.5.2 La configurazione istituzionale storica

Storicamente la RER è una regione che ha definito e mantenuto un assetto di sistema basato sul ruolo centrale delle aziende sanitarie pubbliche, in particolare le AUSL, sulla loro autonomia e responsabilità gestionale e sul tentativo di selezionare e sviluppare progressivamente una classe dirigente del gruppo regionale. Si può sostenere, alla luce delle evidenze che esprime il database della mobilità dei Direttori Generali, che la RER è una delle poche regioni che funge come scuola di formazione del top management del SSN, sia per il suo significativo grado di apertura e selezione di dirigenti provenienti dall'esterno, sia per la presenza di percorsi di carriera sufficientemente guidati (da dirigente di struttura intermedia, a direttore amministrativo e sanitario fino alla direzione generale), e soprattutto per essere una delle poche regioni che «esporta» Direttori Generali in molte altre regioni del paese (si veda il Capitolo 2 del presente Rapporto). A misura dell'autonomia aziendale si può citare che le aziende sono libere di definire il proprio piano di assunzioni e di attivarlo senza dover chiedere autorizzazione alla regione, nel rispetto dei propri vincoli di bilancio. In sintesi è un sistema che si basa su forti strutture aziendali, dell'Assessorato e dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale.

Il sistema si basa sulla logica della concertazione per aree provinciali. Le risorse vengono allocate alle singole aree provinciali in funzione del numero degli abitanti. Le aziende pubbliche della provincia sono abituate a negoziare e concertare l'allocazione strategica dei compiti e delle funzioni e, conseguentemente, delle risorse.

La logica concertativa si estende ai produttori privati. Per ognuno di essi, la

AUSL di riferimento definisce e negozia il case mix di prestazioni annuali attese, i volumi e, conseguentemente, le risorse finanziarie dedicate, al netto della mobilità extraregionale. Il sistema concertativo garantisce ai produttori privati volumi certi e indicazioni puntuali sul tipo di specializzazioni e investimenti che sono chiamati ad erogare.

La regione ha storicamente un ruolo molto forte e sostenuto da una tecnostruttura competente e ben organizzata, si concentra soprattutto sulla definizione delle regole di sistema, sull'indirizzo delle aziende per il loro sviluppo strategico, sul controllo delle aziende per il rispetto dei vincoli finanziari, sull'allocazione e la geografia delle alte specialità e dei grandi investimenti tecnologici e infrastrutturali e sulla costruzione delle reti per le alte specialità (trauma center, trapianti, grandi ustioni, neuro e cardiocirurgia). La programmazione centralizzata dei grandi investimenti e delle alte specialità rafforza il clima concertativo e collaborativo del sistema, eliminando dal gioco della competizione inter-aziendale un fisiologico elemento concorrenziale.

### 6.5.3 Le policy emergenti degli ultimi anni

Negli ultimi anni il ruolo delle aree vaste (tre) è stato interessato da un significativo sviluppo. Nate come meccanismo volontario di concertazione tra aziende per la centralizzazione degli acquisti hanno subito una rilevante evoluzione in tre specifiche direzioni diverse. Da un lato sono diventate delle piattaforme di concertazione e governo clinico tra professionisti che si coordinano per materia e disciplina. La determinante iniziale è stata la selezione dei principi attivi e dei *device* medici da acquisire, ma ciò ha comportato l'inizio di un processo di confronto sulle prassi cliniche. Dall'altro le funzioni amministrative da centralizzare si sono allargate fino a comprendere la logistica dei beni, le assicurazioni e altre possibili funzioni di supporto. Ma, soprattutto, le aree vaste sono diventate un meccanismo di coordinamento e di incontro stabile e strutturato tra le direzioni aziendali, in particolare tra i Direttori Generali, amministrativi e sanitari. Inizialmente ciò era legato e limitato alle strutture di governance data al consorzio inter-aziendale per la centralizzazione della funzione di acquisto. Nel tempo è diventato un perimetro di gioco concertativo allargato, che ha superato i confini della provincia e tocca molteplici temi, dalla discussione della regolazione della mobilità sanitaria infra-regionale, alla scelta degli sviluppi strategici delle singole aziende, alla discussione di problemi simili o congiunti (es. la costruzione di laboratori centralizzati o a rete, come reagire alla carenza di medici, ecc.). L'area vasta sta quindi diventando un luogo di concertazione strategica delle aziende e, per la sua dimensione, un luogo di elaborazione di policy. Inevitabilmente diventa un meccanismo dialettico con la regione, rilevante e istituzionalmente forte per la capacità di sintesi e di coordinamento tra le aziende che rappresenta, sebbene sia ancora in una fase embrionale del suo sviluppo.

In particolare la focalizzazione principale e prevalente della regione negli ultimi anni è rivolta al rispetto dell'equilibrio economico finanziario da parte del sistema, che è diventato il parametro più rilevante se non esclusivo di giudizio sul management delle aziende da parte della regione. La vicenda dell'AUSL di Forlì è al proposito molto esemplificativa. La scoperta ex post di un rilevante disequilibrio economico strutturale ed accumulato ha immediatamente generato una reazione fortissima di sistema. L'azienda è stata rapidamente messa al centro di un processo di salvataggio e ristrutturazione. È stato sostituito il management, imposto un processo di trasparenza e veridicità dei conti, offerta una parziale copertura del deficit in cambio di un piano di ristrutturazione strategico-organizzativo profondo.

Il ruolo di tensori delle aziende sanitarie sugli obiettivi di output e outcome è stato spostato in modo rilevante su altri stakeholder, in particolare gli enti locali, che sono chiamati a vigilare soprattutto sul livello di estensione del welfare socio-sanitario, sull'accessibilità ai servizi e sullo sviluppo infrastrutturale, e verso i professionisti, organizzati attraverso il collegio di direzione, che sono più attenti allo sviluppo organizzativo e tecnologico. Pertanto la regione può concentrarsi prevalentemente sulle verifiche di equilibrio economico-finanziario, lasciando tuttavia alle aziende, la responsabilità di come mantenere o raggiungere tale equilibrio. Il management delle aziende soffre questo scenario in cui le tensioni economiche-finanziarie sono scaricate a valle sulle aziende senza precise indicazioni di policy rispetto alle aree da riorganizzare o servizi da razionare. Si tratta di generici inviti all'appropriatezza e alla razionalità tecnica, che scontano il fatto di contrapporsi alle pressioni degli stakeholder locali *empowered*, che chiedono, giustamente dal loro punto di vista parziale, aumento del livello di servizi e di qualità.

La tensione economica-finanziaria si è tradotta in una significativa riduzione degli investimenti infrastrutturali e tecnologici negli ultimi due anni. Questo è dovuto al fatto che la regione non ha identificato strategie finanziarie di risposta locale alla crisi della finanza pubblica centrale, accettando di gestire nel perimetro dell'ordinaria gestione le tensioni oggi presenti sulla dinamica del fondo sanitario nazionale. Ciò è stato ampliato dalla scelta esplicita di rinunciare a forme di *project financing*, come strategia di indebitamento di medio-lungo periodo, non ritenendo le aziende pubbliche sufficientemente competenti nel valutare l'economicità di queste *partnership* pubblico-privato.

Una politica di welfare in controtendenza alla policy nazionale è stata l'istituzione di un copioso fondo regionale per la non autosufficienza dell'importo di circa 400 milioni di euro annui, di cui 300 frutto della finalizzazione di risorse già presenti in bilancio e 100 della decisione di utilizzare leve fiscali addizionali. Il fondo è destinato all'assistenza degli anziani e dei disabili non autosufficienti sia per gli assegni di cura, sia per le cure domiciliari, sia per i centri diurni e le strutture protette. La gestione del fondo è stata strutturata attorno ad una com-

plexa struttura di governance inter-istituzionale, tesa alla concertazione tra enti locali e AUSL, con i primi titolari del potere politico sull'allocazione delle risorse e le seconde responsabili dell'amministrazione delle risorse. Per fare ciò grande peso è stato attribuito alla conferenza dei sindaci dei distretti socio-sanitari. Lo strumento del piano di zona sociale inter-comunale è stato unificato con il piano socio-sanitario di distretto, sotto la regia della conferenza dei sindaci di distretto. I pazienti eligibili ai servizi del fondo per la non autosufficienza possono accedere agli stessi attraverso i *gate* comunali e quelli di AUSL, di norma su input di assistenti sociali. La certificazione del bisogno avviene da parte delle unità di valutazione multidimensionali, di impronta sanitaria. La definizione dei piani assistenziali individuali, in seguito, avviene a cura dei servizi anziani o disabili degli enti locali. Gli enti locali sono stati pertanto riportati in modo significativo nel perimetro della co-decisione e co-gestione dei servizi socio-sanitari.

Da segnalare, infine, il robusto investimento della RER per lo sviluppo delle cure primarie. Ogni AUSL ha sviluppato il dipartimento di cure primarie, finalizzato a integrare medicina generale, specialisti territoriali, consultori familiari e assistenza infermieristica territoriale. La medicina di gruppo di tipo strutturale, che comporta la condivisione dell'ambulatorio, è diffusa e coinvolge quasi il 50% dei medici. Tutti i MMG sono stati assegnati a nuclei di cure primarie (NCP), che costituiscono forme di coordinamento funzionale tra MMG (in un numero compreso tra 10 e 20), infermieri, fisiatri, assistenti sociali e alcune quote degli specialisti convenzionati esterni del SUMAI. La prospettiva è di trasformare i NCP in forme organizzative di tipo strutturale dove i diversi professionisti delle cure primarie operano in un unico presidio erogativo, denominato «casa della salute». Il rafforzamento delle cure primarie ha delineato un po' più nitidamente il distretto come luogo organizzativo della committenza, interfaccia degli enti locali ed ambito dedicato in maniera privilegiata a funzioni di programmazione e rappresentanza istituzionale.

#### 6.5.4 Le criticità

La tradizionale competenza ed abitudine alla programmazione di sistema ed aziendale ha generato una proliferazione di strumenti e processi a causa della numerosità degli stakeholder coinvolti nella negoziazione degli obiettivi aziendali. La concertazione politico-istituzionale con gli enti locali attiva strumenti di programmazione aziendale a livello di conferenza territoriale provinciale, che include provincia ed enti locali, che devono ricercare le necessarie coerenze con gli indirizzi e la programmazione regionale. I comitati consultivi misti con il terzo settore, il collegio di direzione, le contrattazioni sindacali e la rendicontazione sociale allargata richiedono specifici strumenti e processi di programmazione e monitoraggio talora ridondanti. A questo si aggiunge la concertazione territoria-

le con gli enti locali a livello di distretto. La ricchezza di questi livelli e strumenti negoziali indica la misura della rilevanza interistituzionale assunta dalle AUSL, che rappresentano sempre più l'ente di mediazione e costruzione del sistema di welfare, tra un numero sempre più consistente e sempre più *empowered* di stakeholder. La complessità del ruolo e delle relazioni poste in capo all'AUSL richiederebbe una sua maggiore legittimazione istituzionale, non sempre pienamente garantita negli ultimi anni. Il sostegno e la legittimazione del management per il ruolo di ricompositore delle reti interistituzionali richiede lo sviluppo di maggiori competenze e responsabilità, ma anche un più elevato riconoscimento istituzionale.

La maturità gestionale e la ricchezza informativa del sistema socio-sanitario RER lo rendono pienamente consapevole delle criticità e delle contraddizioni del SSN e del welfare italiano, in termini di: insufficiente valorizzazione e retribuzione del top management aziendale, rilevante presenza di spesa *out of pocket*, assente copertura pubblica per l'odontoiatria, esplosione del fenomeno delle badanti, crisi finanziaria, soprattutto sul lato degli investimenti. Tradizionalmente il SSR della RER è stato quello che con più forza ha evidenziato le contraddizioni del SSN e proposto (e talvolta sperimentato) per primo le soluzioni più avanzate.

## 6.6 Regione Abruzzo

### 6.6.1 Il quadro di riferimento

L'Abruzzo è una regione poco popolata, conta 1,3 milioni di abitanti distribuiti principalmente nelle zone collinari e costiere dove sono situate le città più importanti (Pescara, Chieti e Teramo), con una densità media di 120 abitanti per km<sup>2</sup>, ben inferiore alla media nazionale. È evidente come l'urbanizzazione in Abruzzo sia un fenomeno poco diffuso e la popolazione è concentrata in piccoli centri isolati, in generale con una media inferiore ai 10.000 abitanti. La dispersione della popolazione è gestita da un sistema sanitario regionale organizzato attorno a 4 aziende locali, recentemente riconfigurate come conseguenza delle azioni previste dal Piano di Rientro. Nello specifico, si è ridotto il numero delle ASL, passando da 6 a 4. Dal 1 gennaio 2010, la regione ha infatti istituito l'ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila che accorpa le preesistenti ASL di Avezzano-Sulmona (ex ASL 1) e dell'Aquila (ex ASL 4) e l'ASL Lanciano-Vasto-Chieti che accorpa le preesistenti ASL di Chieti (ex ASL 2) e di Lanciano-Vasto (ex ASL 3). Questa riorganizzazione ha creato una frattura nella gestione strategica delle aziende sanitarie negli ultimi due anni, considerando che la regione ha commissariato le 6 ASL per procedere alla loro riconfigurazione. La mobilità del top management è stata anche ca-

ratterizzata dalla nomina di manager esterni al contesto regionale, rendendo il SSR abruzzese un sistema aperto e incline alla *cross fertilization*. In generale, la durata dei Direttori Generali abruzzesi è assolutamente in linea con quella media nazionale (3,7 anni).

La regione non ha costituito Aziende Ospedaliere autonome, ma concentra l'offerta nei 22 ospedali a gestione diretta, nelle 4 ASL e nelle 13 case di cura private accreditate. Il settore privato accreditato assorbe il 15% del fondo sanitario regionale (ben sotto la media nazionale del 21%), concentrandosi nell'erogazione di prestazioni per pazienti post acuti (riabilitazione ospedaliera ed extra-ospedaliera). I ricoveri regionali in strutture private accreditate assorbono solo il 5% della spesa regionale contro l'8% a livello nazionale. Si tratta di strutture di dimensioni medio-piccole (posti letto inferiori a 120) che si collocano quasi interamente in aree coperte entro 30 minuti da strutture pubbliche. Le prestazioni erogate sul territorio sono ben presidiate da soggetti pubblici: la spesa privata è ampiamente sotto la media nazionale per quanto riguarda i servizi di specialistica ambulatoriale (2% contro 4% del SSN) e lievemente inferiore per l'area dell'altra assistenza convenzionata e accreditata (7,8% contro 9% del SSN).

I servizi di cura erogati in regione sono percepiti di buona qualità, sebbene il sistema registri un livello qualitativo disomogeneo sul territorio (tempestività e accesso alle cure), dovuto alla conformazione geografica e alla distribuzione della popolazione<sup>17</sup>. L'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR) è impegnata a supportare e facilitare il percorso di miglioramento continuo della qualità del sistema abruzzese, monitorando i dati sulla qualità percepita dai cittadini. La difficoltà d'accesso per alcuni servizi ha determinato una crescita del tasso di fuga dei pazienti, passato da 10,9% nel 2000 a 18,6% nel 2009, compensato da un tasso di attrazione costante pari all'11% circa (metà dei ricoveri extra regione sono per pazienti provenienti dal Lazio).

Dal punto di vista finanziario la regione registra costanti disavanzi dal 2001 al 2010, con valori che oscillano tra i 241 e i 19 milioni di euro annui e che hanno determinato un disavanzo cumulato di 1.301 milioni di euro (972 euro pro-capite). Di fronte a questi risultati il Ministero della Salute e dell'Economia, in accordo con la legge Finanziaria 2007 (L. 296/2006), hanno previsto la necessità per la regione di sottoscrivere il Piano di Rientro (PdR). Nel 2008, ad un anno dall'approvazione del PdR, il Tavolo tecnico per la verifica del SIVEAS ha diffidato la regione in quanto i risultati si sono discostati in misura rilevante da quanto preventivato e programmato in sede di PdR e quindi la gestione della sanità è stata commissariata (nomina commissario ad acta e successivo sub commissario).

<sup>17</sup> Si veda [www.asrabruzzo.it](http://www.asrabruzzo.it)

## 6.6.2 La configurazione istituzionale storica

Il sistema sanitario regionale abruzzese è caratterizzato da una governance istituzionale debole e conflittuale, con strategie di fondo fluide spesso non concertate con le parti sociali. Il commissariamento della sanità abruzzese ha accentuato queste difficoltà portando a disallineamenti tra le priorità e le azioni promosse, poiché i soggetti politici e tecnici coinvolti a livello regionale sono numerosi ed espressione d'interessi e visioni diverse. La cabina di regia rimane in seno all'Assessorato, con la direzione alla sanità affiancata da un commissario e sub commissario governativo e da una società *advisor* per finalità connesse al PdR. La configurazione di governance centrale è dunque rappresentata da un tavolo politico-tecnico in cui il commissario pro tempore, individuato nel Presidente della Giunta Regionale, il sub commissario, la società di *advisor* e i 4 Direttori Generali delle aziende sanitarie seguono la programmazione economica del sistema.

L'allocazione delle risorse economico-finanziarie alle aziende avviene sui dati tendenziali e programmatici regionali presentati dall'*advisor* in base al piano operativo, documento d'attuazione del PdR. Tuttavia è da rilevare come le azioni d'intervento sul sistema siano successive alla determinazione delle risorse da allocare alle aziende, determinando quindi uno squilibrio tra necessità e risorse disponibili a livello d'unità aziendale ma anche di sistema che nel suo complesso non riesce a «dare gambe al piano operativo».

La carenza di azioni di programmazione e controllo e di consenso istituzionale, ha portato negli ultimi anni ad uno sviluppo disarmonico dei servizi sanitari, orientato da spinte legate a problemi locali di carattere contingente, senza forme di integrazione di sistema e con significative lacune in alcuni settori di intervento. La necessità di una rapida riconfigurazione strutturale ha infatti indotto le aziende sanitarie locali a compiere azioni estemporanee anche in virtù delle sofferenze finanziarie. Negli ultimi mesi, tuttavia, si è accorciata la distanza tra regione e aziende, che concorrono nelle decisioni del tavolo di programmazione regionale.

Peculiare è la gestione della componente della sanità privata. Per lungo periodo il settore ha goduto di una copertura giuridico – amministrativa discutibile, in cui il governo della committenza da parte della regione era insistente. I controlli imposti dal Ministero con l'approvazione del PdR hanno messo in crisi l'assetto imprenditoriale e la gestione commissariale ha provveduto alla revisione dei rapporti con gli erogatori privati accreditati<sup>18</sup>. Un importante tassello della riforma della sanità è infatti rappresentato dall'introduzione di sistemi e strumenti della committenza. La contrattazione con gli erogatori privati accreditati per

<sup>18</sup> Il più grande imprenditore regionale, il Gruppo Villa Pini, ha dovuto dichiarare fallimento a causa della mancanza di requisiti minimi necessari per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture.



acuti e non, avviene a livello centrale dove, la regione, supportata dall'Agenda Sanitaria Regionale, definisce i tetti di spesa e firma e garantisce il rispetto dei contratti. Complessivamente, si è assistito alla decurtazione del budget assegnato alle case di cura private nell'ultimo biennio e a un riaccantonamento e rafforzamento della tecnostuttura regionale, sebbene una vera collaborazione pubblico-privato non sia presente.

In sintesi, lo sviluppo negli ultimi anni di un livello di governance tecnica dirigitista e accentrata è la conseguenza della debolezza politica che non si è posta a leadership di un sistema sanitario multiforme e che si è dimostrata arrendevole ai sistemi corporativi della sanità.

### 6.6.3 Le policy emergenti degli ultimi anni

Negli ultimi anni la regione Abruzzo per raggiungere un equilibrio economico-finanziario ha affiancato ad azioni di controllo della spesa sanitaria per la riduzione del debito, la ristrutturazione della rete d'offerta. Sul fronte finanziario la regione ha registrato una gestione attenta al rispetto degli obiettivi fissati nel PdR, riducendo il debito del sistema e portando la gestione corrente ad una situazione di equilibrio. Nella riorganizzazione dell'offerta la regione si è focalizzata nell'accorpamento delle 6 aziende locali in 4 nuclei, istituendo le nuove ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila e Lanciano-Vasto-Chieti (cfr. § 6.6.1). Anche la rete ospedaliera ed extra-ospedaliera è stata riconfigurata con lo spostamento di risorse dal macrolivello ospedaliero su quello territoriale e la riconversione dei posti letto ospedalieri in lungodegenza e riabilitazione nel rispetto dei livelli definiti dal Ministero, anche nell'ottica del potenziamento dei servizi per i pazienti cronici coerentemente ai rinnovati bisogni della popolazione abruzzese. La Giunta ha guidato la riconversione di sei piccoli ospedali e ha investito in azioni più incisive sul territorio, avvicinando le cure al domicilio dei pazienti con la progettazione di strutture più snelle. Tuttavia, sul territorio abruzzese continua ad abbondare l'iper frammentazione di funzioni e attività che spesso non permettono di raggiungere curve d'esperienza tali da assicurare l'appropriatezza nei ricoveri. La frammentazione riguarda soprattutto la suddivisione di compiti e funzioni all'interno di singole unità operative, seppur appartenenti alla medesima azienda pubblica, sotto la spinta di rivendicazioni di natura sindacale o professionale non guidate da razionalità di sistema. A livello aziendale non sono mancati momenti di sperimentazione nell'integrazione delle cure di alta specialità con la definizione di reti integrate per la cardiologia e l'oncologia. Tuttavia, a fronte di una volontà di riassetto organizzativo, gli investimenti nell'edilizia sanitaria sono assenti, le strutture sanitarie continuano ad essere caratterizzate da significativi deficit strutturali, manutenzioni ridotte e alto tasso di obsolescenza; l'edilizia sanitaria in Abruzzo è infatti ferma ai programmi d'investimento risalenti alla fine degli anni novanta.

Tra gli interventi di potenziamento del territorio è stata riprogettata la rete dei laboratori pubblici, con accentramento delle attività per raggiungere livelli di qualità adeguati e centralizzazione della gestione informatica.

Per razionalizzare le voci di spesa del SSR, a fronte della riorganizzazione di cui sopra, la regione ha promosso l'ottimizzazione dell'impiego e approvvigionamento dei fattori produttivi quali le prestazioni sanitarie acquistate dagli erogatori privati. Dopo quanto emerso dalla vicenda del gruppo Villa Pini, infatti, è risultata evidente una situazione carente sotto il profilo dei controlli e la necessità di rimodulazione dei posti letto per il settore privato, passati da 200 circa nel 2000 a 600 nel 2006. A fronte di queste inconsistenze la regione si è impegnata nella ricerca del riequilibrio dell'assetto e delle funzioni della ospedalità privata, attivando strumenti e logiche di committenza incisivi che permettano anche una razionalizzazione delle attività erogate (riabilitazione e psichiatria in primis) coerentemente con il fabbisogno regionale. Il completamento e la trasformazione degli accreditamenti provvisori, una nuova regolazione dei rapporti contrattuali, l'introduzione dei tetti di spesa e l'avvio dei controlli sull'appropriatezza dei servizi erogati sono i cardini della nuova gestione della sanità privata abruzzese.

Anche la spesa farmaceutica è stata regolata: la convenzionata, mediante azioni mirate alla modifica del mix prescrittivo dei MMG verso l'uso degli equivalenti; l'ospedaliera, attraverso l'adozione di sistemi per l'efficientamento della gestione dei magazzini e dell'acquisto dei farmaci (in alcuni casi le ASL sono state coinvolte nell'attivazione di gare in forma consortile per la selezione e acquisto dei farmaci). Per il potenziamento degli acquisti centralizzati la regione ha promosso un Ufficio Unico degli Acquisti, ma l'ipotesi ha trovato difficoltà istituzionali e organizzative che di fatto hanno impedito l'avvio della struttura centralizzata per la stipula dei contratti di fornitura.

Per quanto riguarda il razionamento e contenimento della spesa del personale, il blocco del *turnover*, imposto dal PdR, non è stato guidato nel lungo periodo da una programmazione del personale, con la conseguente mancanza di figure professionali e disequilibrio dei profili sanitari (in particolare radiologi e anestesisti) che nel complesso ha reso non coerente il sistema sanitario regionale rispetto ai servizi che esso deve garantire.

#### 6.6.4 Le criticità

La regione Abruzzo per lungo tempo ha patito l'assenza di riferimenti normativi e regole aggiornate nel governo del proprio sistema sanitario (il piano sanitario scaduto nel 2001 è stato discusso e approvato nel 2008), di fatto ingessando il SSR ad un modello statico e altamente dispendioso. Sicuramente il PdR siglato nel 2007 è stato un momento di puntualizzazione delle criticità nella gestione dei servizi sanitari ed anche di spinta per la regione verso una

maggior responsabilizzazione, dimostrata attraverso un monitoraggio dei costi più puntuale. Ciò, tuttavia, non sembra essere stato sufficiente ad arginare la dinamica di alcune voci di costo ( ad esempio specialistica convenzionata e assistenza sanitaria di base)<sup>19</sup>, accelerata rispetto ad altre e con interferenza di condizionamenti esterni che continuano a sfuggire al rigore delle procedure imposto dal PdR.

Le criticità del sistema di governance istituzionale-politico, le difficoltà di concertazione e programmazione insieme alle tensioni nella gestione degli erogatori privati sono i principali elementi di debolezza che il sistema deve risolvere.

In sintesi, nella struttura decisionale manca il collante politico-istituzionale, è assente la figura dell'assessore comportando squilibri e attriti decisionali tra le varie componenti a cui gioverebbe una natura maggiormente collaborativa per mantenere il pieno controllo delle scelte ed essere sempre in grado di bilanciare, sulla base di programmi, l'obiettivo della sostenibilità finanziaria con lo sviluppo e la riorganizzazione delle cure nel rispetto dell'adeguatezza delle prestazioni e dell'equità distributiva.

## 6.7 Regione Siciliana

### 6.7.1 Il quadro di riferimento

La Sicilia è una regione autonoma a statuto speciale e, con oltre 5 milioni di abitanti, si configura come la quarta regione più popolosa d'Italia. La regione siciliana è la regione più estesa d'Italia (25.711 km<sup>2</sup>) e l'unica regione italiana ad annoverare due città fra le dieci più popolate del Paese: Palermo, quinta, e Catania, decima.

Il servizio sanitario siciliano è stato caratterizzato, per quasi un quindicennio, da una configurazione istituzionale decisamente stabile, articolata su 9 ASL e 17 Aziende Ospedaliere. Questa stabilità è stata interrotta dalla LR 5/2009, che ha profondamente riorganizzato il SSR siciliano, sulla base di due tipologie di interventi: (i) i presidi ospedalieri sono stati riportati all'interno delle 9 ASL esistenti a valenza provinciale (ASP); (ii) sono stati creati 5 produttori pubblici puri, ovvero 3 Aziende Ospedaliere di riferimento regionale e 2 Aziende Ospedaliere di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione (ARNAS). Le informazioni di dettaglio sugli effetti di questo processo di riorganizzazione sono presentate nel § 6.7.2.

Queste dinamiche istituzionali hanno messo in discussione in maniera significativa il precedente modello di SSR, basato sulla quasi totale separazione dei

<sup>19</sup> Relazione allegata alla deliberazione n. 301/2009/SSR adottata dalla Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per l'Abruzzo nell'adunanza del 1° luglio 2009.

ruoli di acquirente e fornitore. Oltre ad ASP, AO e ARNAS, in Sicilia operano 3 Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN (Azienda Policlinico di Palermo, Azienda Policlinico di Messina e Azienda Policlinico di Catania) e 2 IRCCS (uno di diritto pubblico e uno di diritto privato). Indipendentemente dalle modifiche istituzionali avvenute nell'ultimo biennio, la Sicilia ha sempre fatto registrare una limitata stabilità del top management delle aziende: i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere della regione hanno una durata media di 3,6 anni (contro una media nazionale di 3,8) e quelli delle ASL di 2,9 anni (contro una media nazionale di 3,7). Il dato presentato risente, tuttavia, dei recenti processi di nomina dei nuovi DG delle aziende pubbliche, a completamento del processo di rinnovamento del quadro istituzionale della regione (§ 6.7.3).

I processi di rinnovamento descritti (di cui si parlerà più dettagliatamente nei §§ 6.7.2 e 6.7.3) sono in gran parte dovuti alle difficoltà della regione di garantire un adeguato equilibrio di bilancio. Per questo motivo la regione ha siglato nel 2007 un Piano di Rientro, al fine di identificare un sistema di misure che consentano di ridurre i livelli di disavanzo. Questo insieme di iniziative (§ 6.7.2) ha fatto registrare un rallentamento del tasso di crescita del disavanzo nel corso dell'ultimo triennio, sebbene il dato di disavanzo procapite cumulato nel periodo 2001-2010 sia ancora particolarmente elevato (865 euro) e decisamente superiore al valore medio nazionale (631 euro).

Questi livelli di disavanzo non sono tuttavia ascrivibili ad una massiccia presenza di operatori privati: dall'analisi del quadro economico del SSR siciliano emerge, infatti, come il settore privato accreditato assorba una quota di fondo sanitario regionale (21,6%) assolutamente in linea con la media nazionale (21%). Analizzando il mix della produzione privata accreditata, osserviamo, tuttavia, elevati livelli di eterogeneità: la spesa privata è lievemente inferiore alla media nazionale per il comparto dell'altra assistenza convenzionata e accreditata (7,9% contro 9% del SSN), in linea per i ricoveri (7,9% contro 8% del SSN), ma decisamente sopra la media italiana per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali specialistiche (5,8% contro 4% del SSN). In particolare il 22% dei ricoveri ospedalieri sono offerti da strutture private (contro la media SSN 23%), registrasi un tasso di specializzazione superiore al 5% per i ricoveri di pazienti della regione (contro circa il 4,5% di ricoveri nel pubblico) e un tasso del 7% per i ricoveri fuori regione.

Un'ultima osservazione merita, infine, il quadro di relativa stabilità che caratterizza la mobilità sanitaria in Sicilia: anche a causa della sua natura di isola, fa registrare tassi di fuga decisamente più bassi delle altre regioni meridionali, seppur inferiori rispetto al tasso di attrazione. Si determina quindi un saldo di mobilità in volumi lievemente negativo ma non irrilevante dal punto di vista del suo impatto economico, poiché si tratta di prestazioni di alta complessità.

## 6.7.2 La configurazione istituzionale storica

Con la LR 5/2009 le pre-esistenti 29 Aziende sono state ridotte a 17, di cui 9 ASP (con il cambio di denominazione da Aziende Sanitarie Locali in Aziende Sanitarie Provinciali) e 8 Aziende Ospedaliere (3 AO, 2 ARNAS e 3 AOU). Si tenga presente che, sebbene le aziende territoriali non abbiano subito una modifica nel numero, il cambio di denominazione è sintomatico di un significativo modificarsi dei confini istituzionali della loro attività e di un importante ridimensionamento del meccanismo di quasi-mercato. La riforma del SSR ha dovuto tener conto di un quadro della struttura di offerta particolarmente eterogeneo. Nello specifico, a tal proposito si osserva che: (i) a fronte di una media regionale di 4 PL per 1000 abitanti (in regime ordinario e diurno), si registrano province al di sotto di tale valore (ad esempio Trapani ed Agrigento) ed altre largamente al di sopra (Enna); (ii) il tasso di ospedalizzazione risulta molto superiore agli standard di riferimento nazionale, e questo appare evidente soprattutto per alcune province (Enna e Caltanissetta); (iii) l'indice di consumo delle prestazioni specialistiche per abitante all'anno è pari a 11,1 e, sebbene vi siano differenze rilevanti fra province (si va dal 7,8 di Ragusa fino al 12,5 di Palermo), tale valore rimane relativamente contenuto rispetto ad altre realtà regionali, probabilmente proprio perché molte prestazioni di carattere ambulatoriale sono ancora erogate attraverso forme di ricovero in regime diurno od ordinario (si vedi l'appunto, l'elevato livello del tasso di ospedalizzazione); (iv) i distretti presenti sul territorio regionale hanno una popolazione media per ASP che va da circa 44.000 abitanti ad oltre 100.000 nei contesti metropolitani (la popolazione media a livello regionale è di circa 91.000 abitanti).

A questo quadro di elevata eterogeneità si affianca una situazione caratterizzata da fenomeni quali la spesa *out of pocket* da parte del cittadino e la scarsa *reputation* dei servizi sanitari erogati dal SSR. Alla luce di tali considerazioni il Piano di Rientro, principale strumento di riorganizzazione del sistema sanitario siciliano, ha affrontato i seguenti aspetti: (i) la necessità di procedere alla riconversione dei posti letto per acuti e alla riduzione delle prestazioni e dei ricoveri inappropriati e della mobilità passiva extraregionale; (ii) l'esigenza di riorganizzare il livello dell'assistenza territoriale, potenziando le attività distrettuali (ad esempio con l'obiettivo di incrementare del 5% il volume di prestazioni di assistenza domiciliare integrata) e riducendo del 5% i costi per l'assistenza territoriale erogata da privati; (iii) l'importanza di procedere ad un rigido controllo della spesa attraverso: la rideterminazione dei budget per gli erogatori privati e il monitoraggio/controllo del volume/valore delle prestazioni effettuate per conto del SSR (§ 6.7.3); l'introduzione della distribuzione diretta dei farmaci; la revisione al ribasso (-3%) della convenzione con la Croce Rossa Italiana e la riduzione del numero delle ambulanze; (iv) lo sviluppo di nuove procedure di acquisto da parte delle aziende pubbliche (§ 6.7.3); (v) il ricorso a rigide politiche di

contenimento dei costi del personale attraverso la rimodulazione delle piante organiche e la conseguente riduzione minima del 5% delle strutture dirigenziali complesse e semplici; il blocco assunzioni nella misura del 90% per l'area professionale e del 75% per l'area sanitaria; la riduzione del 50% negli incentivi al personale medico, infermieristico e del 118; la riduzione del 5% dei fondi per attività accessorie e la richiesta di preventiva autorizzazione alle aziende sanitarie per l'istituzione di nuove UO.

Come evidenziato nel § 6.7.1, anche grazie a questi interventi la regione Siciliana ha fatto registrare nel biennio 2008-2010 il più basso livello di spesa sanitaria procapite (rispettivamente 1.646 euro e 1.690 euro, contro una media nazionale di 1.788 euro nel 2008 e 1.833 euro nel 2010).

### 6.7.3 Le policy emergenti degli ultimi anni

Tra gli aspetti introdotti dal Piano di Rientro e sviluppati nel corso degli ultimi anni, quelli più significativi hanno probabilmente riguardato: l'azione di contenimento sui budget degli erogatori privati; lo sviluppo di nuove procedure di acquisto da parte delle aziende pubbliche; la ridefinizione del quadro dell'assistenza territoriale.

Con riferimento al primo aspetto, la regione Siciliana ha scelto di procedere ad una rideterminazione degli aggregati economici regionali e provinciali dedicati agli erogatori privati. Questa misura ha interessato, in maniera progressiva i budget di produzione assegnati ai privati accreditati che, nel triennio 2007-2009, si sono ridotti, rispettivamente, del 2%, 3% e 4% annuo, con riferimento all'area dell'ospedaliera convenzionata, e del 10%, 11% e 12%, con riferimento all'area della specialistica convenzionata. Sebbene il sistema dei budget di produzione fosse formalmente previsto anche prima dell'adozione del PdR, si deve a questa nuova fase storica il ferreo rispetto dei volumi e dei valori di produzione privata accreditata negoziati.

Con riferimento al secondo aspetto, si segnala la costituzione di due aree territoriali all'interno delle quali aggregare le procedure di acquisto delle Aziende sanitarie che ne fanno parte: (i) il bacino orientale, nel quale rientrano le Aziende sanitarie appartenenti alle province di Catania, Enna, Messina, Ragusa e Siracusa; (ii) il bacino occidentale, che comprende invece le Aziende sanitarie appartenenti alle province di Agrigento, Caltanissetta, Palermo e Trapani. Il nuovo modello di centralizzazione degli acquisti prevede che, all'interno di ogni bacino, venga individuata un'Azienda sanitaria capofila, alla quale è affidato il compito di effettuare le procedure di gara per tutte le ASP/AO/AOU del bacino di appartenenza, mentre la stipula del contratto rimane prerogativa delle singole Aziende sanitarie, per la relativa quota di competenza. La scelta delle Aziende capofila segue una logica di specializzazione dei provveditorati su specifiche macro-categorie di prodotti individuate a priori.

In termini di assetti di governance, inoltre, il modello ipotizzato dalla Regione Sicilia prevede tre distinti «livelli di aggregazione» per l'acquisto di beni e servizi: (i) livello regionale, in cui viene individuata un'Azienda sanitaria capofila con il compito di gestire le procedure di gara per tutte le aziende sanitarie della regione con riferimento a quei prodotti altamente standardizzabili (quali i farmaci); (ii) livello di bacino, in cui viene individuata un'Azienda sanitaria capofila con il compito di gestire le procedure di gara per tutte le aziende sanitarie del bacino, con riferimento a quei prodotti che rappresentano la maggior parte dei beni e servizi acquistati dalle Aziende; (iii) livello aziendale, in cui ogni Azienda sanitaria gestisce le procedure di gara in autonomia, con riferimento a quelle categorie di prodotti per i quali non è possibile, e spesso neanche conveniente, ipotizzare acquisti comuni fra più aziende.

Infine, con riferimento al terzo aspetto innovativo, la regione Siciliana ha provato a ripensare le condizioni di qualità dei servizi pubblici, di logistica e di presa in carico integrata, soprattutto nel quadro complessivo di aumento della domanda di servizi da parte dei pazienti cronici. A tal fine la regione ha promosso l'istituzione di Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), che rappresentano il punto di accesso alla rete territoriale e modificano le modalità di organizzazione dell'attività territoriale, e sta provvedendo a razionalizzare l'offerta territoriale con riferimento a una pluralità di dimensioni quali: la configurazione dei distretti in termini di popolazione; la diffusione dell'Associazionismo per i MMG ed i PLS; la dotazione di punti di Guardia Medica per distretto in rapporto alla popolazione residente; l'organizzazione dell'attività specialistica convenzionata (erogata da Sumaisti).

A queste innovazioni si aggiunge la scelta di procedere ad un nuovo modello di selezione del management aziendale, individuato a partire da criteri definiti da un soggetto istituzionale neutrale, ovvero l'AGeNAS (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali) che, oltre ad individuare i nuovi potenziali Direttori Generali, ha partecipato a tutte le attività di affiancamento alle Regioni in piano di rientro con un ruolo attivo nel monitoraggio dell'attuazione dei Piani.

#### 6.7.4 Le criticità

Sebbene le politiche di cambiamento introdotte dalla Regione Sicilia abbiano dimostrato di riuscire a generare degli impatti positivi con riferimento al controllo della spesa sanitaria e alla razionalizzazione del sistema di offerta, il quadro degli interventi non può dirsi ancora completo. Nello specifico, i principali elementi di criticità riguardano la sostenibilità del piano sul fronte della concertazione interna e dei consensi esterni, quali rappresentanze sindacali e degli utenti, fornitori, tra cui il privato accreditato, intermediari finanziari, istituzioni ed enti di controllo. La riforma è sicuramente stata molto efficace sul piano del contenimento delle spese e dei costi, ma deve ancora essere implementata sul



piano dello sviluppo dei servizi. In particolare, la volontà di sviluppare la dimensione territoriale dell'assistenza richiede lo sviluppo di competenze, culture organizzative e modelli operativi che non hanno ancora visto una significativa estensione sul terreno. Lo sviluppo dei servizi territoriali, così come il disegno di riportare i presidi ospedalieri non specializzati all'interno delle ASL richiederà, al fine di evitare inutili e costose duplicazioni, la necessità di procedere ad una serie di investimenti sulle infrastrutture e le tecnologie, esigenza che mal si concilia con la necessità di mantenere sotto stretto controllo il tasso di crescita della spesa sanitaria.

Un ultimo elemento di criticità è dato dai rischi intrinseci in un quadro di profondo rinnovamento istituzionale, che richiede, necessariamente, una significativa stabilità politica e un costante supporto della componente tecnico-manageriale per essere adeguatamente perseguito. Queste condizioni di stabilità non sono sempre agevoli da assicurare, soprattutto quando ad essere oggetto di riforma è proprio il sistema sanitario, che, per sua natura, si pone al centro di una serie di interessi, spesso divergenti, e di equilibri particolarmente delicati da presidiare.

## 6.8 Conclusioni

Le cinque regioni italiane selezionate mostrano un significativo dinamismo nel dibattito e nelle prassi di policy, caratterizzato da molti tratti comuni e da alcune significative differenze. Le riflessioni che seguono analizzano dapprima i rapporti tra capogruppo e aziende, poi la geografia dei servizi emergenti ed infine lo stato di salute del management.

Vi è una generale tendenza dei sistemi sanitari regionali a ridisegnare la geografia delle aziende, ridefinire le loro missioni e modificare i propri assetti istituzionali. Questi fenomeni di ingegneria istituzionale stanno diventando una competenza più robusta e consapevole tra le regioni, sia in termini di diagnosi dei problemi dei loro sistemi, sia nella pluralità delle soluzioni disponibili e dell'impatto prevalente di quelle che adottano.

La Regione Abruzzo e la Regione Siciliana hanno esplicitato in modo chiaro gli obiettivi delle loro grandi riforme. La riduzione delle ASL e la profonda ridefinizione dei rapporti con il privato in Abruzzo sono azioni coerenti ad un preciso disegno, così come la riduzione delle aziende pubbliche e il parziale riassorbimento degli ospedali nelle ASL in Sicilia. Anche l'ipotesi di riassetto del sistema piemontese riflette un preciso disegno di politica sanitaria, così come i CReG in Lombardia o il fondo per la non autosufficienza in RER. La capacità di ridisegnare i sistemi è diventata una leva di policy attiva, lunga e costosa, ma se ben guidata è in grado di produrre risultati importanti, soprattutto in termini di contenimento della spesa. Peraltro le regioni con i risultati economici e con livelli di erogazione di servizi migliori rimangono istituzionalmente più stabili mentre,

quelle con le riforme più radicali, sono quelle che registrano i ritardi più gravi nella messa a regime di sistemi efficienti e di qualità. In comune tutte le policy regionali dimostrano:

- i.* Una tendenza al «gigantismo» delle aziende pubbliche, che hanno oramai raggiunto dimensioni medie davvero imponenti, con bilanci medi di oltre 400 milioni annui per azienda;
- ii.* Una costante tensione all'aumento dell'accentramento regionale e riduzione dell'autonomia aziendale, facilitata dal fatto che la dimensione obiettivo prevalente, se non esclusiva degli ultimi 5-7 anni, è quella economico-finanziaria, facilmente definibile e controllabile, soprattutto in contesti con ridotto numero di aziende;
- iii.* Una diffusione oramai uniforme sul territorio nazionale di logiche di accentramento e coordinamento degli acquisti che si espandono anche ad altri ambiti (logistica ed altre funzioni amministrative), al fine di far emergere e catturare sinergie potenzialmente disponibili tra attori dello stesso sistema;
- iv.* Una capacità ed un'abitudine sempre più puntuale a programmare centralmente le dotazioni infrastrutturali di servizi (posti letto per specialità, sia per acuti, sia per servizi intermedi) e i relativi costi attesi.

Le principali differenze si registrano invece rispetto al ruolo assegnato agli stakeholder locali. Per le regioni in PdR, soprattutto meridionali, esiste la necessità di contenere, se non di tacitare, gli stakeholder locali, che costituiscono i principali driver di spesa, essendo più debole il controllo centrale. All'opposto in Lombardia ed in RER, garantito un presidio centrale del governo della spesa, ma percepita l'impossibilità di governare dal centro lo sviluppo dei servizi, si cerca di attivare il più possibile tensori locali sulle aziende. In RER questo ruolo è esercitato contemporaneamente dai professionisti, dagli enti locali, dalle associazioni del terzo settore, in Lombardia da meccanismi di quasi-mercato dove l'individuo sceglie l'erogatore (non solo in ospedale, ma anche per le patologie croniche con i CReG o per l'ADI).

Una seconda significativa differenza riguarda le aspettative riposte nel management. In alcune regioni in PdR si sono cercati nuovi meccanismi di selezione del top management (coinvolgendo AGENAS e soggetti esterni) ricercando un management più qualificato, in risposta all'oggettiva debolezza del sistema. All'opposto, regioni storicamente più forti, stanno dedicando meno attenzione ai meccanismi di selezione del management e, contrariamente al loro potenziale, non necessariamente stanno migliorando la qualità delle procedure e delle competenze acquisite, con alcuni pericolosi ritorni ad eccessive logiche di politicizzazione dell'intera direzione generale e anche del middle management.

Osservando invece le dinamiche nell'evoluzione della geografia dei servizi possiamo osservare tre tendenze convergenti.

- i. Risulta chiara la necessità di sviluppare servizi intermedi strutturati e codificati, con precisi standard di servizio e dotazioni programmate sia per la fase sub acuta, sia per la lungodegenza, sia per la riabilitazione e per le strutture protette. Il territorio non è più una *black box*, ma una serie di strutture codificate, a cui si aggiungono i MMG, i medici di continuità che sempre più spesso si associano in strutture più robuste (PTA siciliani, CReG lombardi, NCP emiliani, GCP piemontesi). Ma oltre a queste colonne, finalmente, si stanno sviluppando i primi modelli di *transitional care*, ovvero meccanismi di mobilità accompagnata tra diversi setting assistenziali. In particolare i CReG lombardi, i Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) codificati e il fondo per la non autosufficienza dalla RER rappresentano le punte più avanzate di questo dibattito, che è solo all'inizio, ma che rappresenta la prossima frontiera di sviluppo dei servizi.
- ii. Tutte le regioni stanno di fatto adottando il modello hub&spoke per la propria rete ospedaliera. La scelta più comune è quella di internalizzare molti stabilimenti ospedalieri in un'unica azienda pubblica, affiancando un piano di gerarchizzazione delle strutture. Questo avviene in maniera molto evidente soprattutto nelle regioni sottoposte a PdR, prioritariamente responsabilizzate rispetto alla riorganizzazione delle proprie reti d'offerta (Piemonte e Sicilia). A supporto della logica della rete gerarchica ospedaliera e del *transitional care* tra i distinti pilastri socio-sanitari agiscono due elementi facilitatori, che per ora operano solo nelle regioni più evolute, ma rappresentano una sicura futura tendenza generale. Da un lato vi è il progressivo rafforzamento delle reti cliniche per patologia, che possono nascere in maniera più guidata e top-down come in RER o più spontanea e dal basso come in Lombardia. Dall'altra lato, vi sono i grandi sistemi informatici regionali (Sole RER e SISS Lombardia) che cercano di creare infrastrutture informative per le reti ospedaliere e territoriali, alimentando cartelle cliniche per paziente, accessibili a tutti gli erogatori.
- iii. Il ruolo del settore privato accreditato è oramai di grande peso, rappresentando in media il 19% della spesa del SSN. Esso è uno dei driver che meglio riflette le capacità di governo dei sistemi regionali. La Lombardia ha accettato (se non addirittura ampliato) la quota di mercato concessa al privato richiedendo però in contropartita il rispetto dei budget di produzione stabiliti ex ante. Per la Sicilia e l'Abruzzo un tassello fondamentale del cambiamento è stata l'introduzione di logiche di committenza serie verso il settore privato. In Abruzzo, il fallimento del più grande produttore privato accreditato è stato un visibile campanello d'allarme per tutti. Ci sono però rilevanti differenze sul mix di produzione dei diversi privati. In Lombardia e RER vi è un privato molto qualificato, basato su solidi gruppi, concentrati sui ricoveri e sulle alte specialità; al sud siamo ancora davanti ad una geografia di piccoli produttori locali focalizzati sulla sub acuzie e socio-sanitario.

In questi scenari dinamici come sta il management? Sicuramente si trova in una stagione di costante riduzione degli spazi di autonomia aziendale (in Lombardia e nelle regioni in PdR ogni singola assunzione viene autorizzata dall'Assessorato) e della legittimazione istituzionale del ruolo aziendale. Le programmazioni regionali sono sempre più invasive nelle architetture organizzative e dei servizi e nella progettazione di dettaglio. La riduzione delle risorse è subita, senza un correlato portafoglio di politiche per renderle gestibili, scaricando sul management la responsabilità sull'equilibrio economico, diventato il primo e quasi esclusivo metro di riferimento per la valutazione delle performance. In alcune regioni il management selezionato appare molto schiacciato dall'apparato regionale, in altre mantiene invece ancora la propria autorevole autonomia.

Vi sono però anche alcuni segnali positivi sul ruolo del management delle aziende del SSN:

- i. le regioni responsabilizzano le aziende nell'identificazione delle scelte per raggiungere l'equilibrio economico;
- ii. le regioni attivano ulteriori strumenti per coinvolgere nuovi e più attenti stakeholder nelle aziende. Questo può essere visto come un segnale di crescente autonomia, in un quadro di politiche regionali poco definite;
- iii. le aziende possono definire in autonomia le strade per conciliare le molte contraddizioni alle quali si chiede di trovare una soluzione, governare attivamente le relazioni con gli stakeholder e sperimentare le molteplici innovazioni proposte, di cui il legislatore spesso ha solo definito ampie linee di indirizzo (PTA in Sicilia, il fondo per la non autosufficienza della RER, il sub acuto in Lombardia);
- iv. inoltre le regioni negli ultimi anni hanno dimostrato una tendenza a consolidare i consorzi inter-aziendali di acquisti con altre funzioni amministrative e di programmazione, costituendo un'ulteriore speranza per il ruolo del management. Le aree vaste, i consorzi, i quadranti, le reti inter-aziendali possono diventare, infatti, aree privilegiate di confronto fra management aziendale, di consolidamento dell'identità aziendale, di elaborazione di strategie, di influenza dell'ambiente e di protezione dell'autonomia aziendale. Si possono configurare come luoghi di rilancio dell'autonomia aziendale, così come, se non opportunamente presidiate, possono diventare, all'opposto, ulteriori meccanismi di ingerenza delle capogruppo.

Rimane da constatare come nessuna regione abbia deciso o potuto affrontare le grandi contraddizioni sistemiche del SSN, come la rilevante quota di spesa *out of pocket*, l'assenza dell'odontoiatria pubblica, l'integrazione con il mondo dell'*informal care*, l'incipiente crisi finanziaria, la scarsa copertura del welfare sulla non autosufficienza, la gestione della salute per gli immigrati. Anche le regioni più forti sono rimaste all'interno del perimetro costituito del SSN, lasciando al futuro o al management le vere sfide.

## Bibliografia

- Amatucci F., Favretto F. e Vecchi V. (2010), «Il finanziamento degli investimenti sanitari: il partenariato pubblico-privato “su misura”», in Cantù E. (a cura di): *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Brusoni M., Luzzi L., Merlino L. e Prenestini A. (2007), «Accreditamento istituzionale e miglioramento della qualità: molti approcci per un obiettivo comune», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di): *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, EGEA.
- Cantù E., Ferrè F. e Sicilia F. (2010), «Regioni e aziende sanitarie private accreditate: quali meccanismi di governo?», in Cantù E. (a cura di): *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Carbone C., Cosmi L. e Longo F. (2003), «La regione come capogruppo del SSR: modelli e strumenti a confronto in sei regioni», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, EGEA.
- Cuccurullo C., Ferrè F. e Lega F. (2010), «I Piani di Rientro della spesa sanitaria: un'analisi comparativa», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Fattore G. e Lecci F. (2005), «I Piani sanitari delle regioni italiane», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Fattore G. e Longo F. (2002), «Le tendenze evolutive nei sistemi sanitari regionali: analisi di alcuni Piani Sanitari rappresentativi», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Galli D. e Lecci F. (2010), «Misurare e valutare la strategia nei Piani Sanitari Regionali. L'esperienza dell'ultimo periodo di pianificazione in otto Regioni italiane», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.