

Italia. La costruzione dei servizi sanitari regionali e la governance del sistema sanitario

Stefano Neri

Negli anni novanta il decentramento del Ssn ha dato il via a processi di differenziazione istituzionale tra le Regioni, dai quali sono emersi tre modelli di governance del sistema sanitario. Negli ultimi anni, però, è in corso una parziale convergenza della maggior parte delle Regioni su soluzioni regolative basate sui principi di cooperazione e di integrazione tra le organizzazioni sanitarie, perseguite mediante

strumenti negoziali o facendo affidamento sulla programmazione centralizzata. Questa tendenza rappresenta probabilmente una risposta al problema comune del controllo della spesa e del risanamento finanziario che, nei casi più critici, rischia di condizionare pesantemente l'autonomia regionale innescando processi di ricentralizzazione del Ssn.

1. Introduzione

La sanità è uno dei primi settori di policy in cui le principali competenze sono state affidate alle Regioni, in un processo avviato fin dai primi anni settanta, anche se la regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale (Ssn) si è venuta definendo progressivamente nell'ultimo quindicennio. Si tratta dell'impegno più rilevante per l'ente di governo di livello intermedio, almeno dal punto di vista finanziario, considerando che ad esso sono destinate oltre l'80% delle risorse stanziare nei bilanci regionali.

I servizi sanitari devono garantire un diritto fondamentale quale quello alla salute e possono costituire un argomento particolarmente sensibile per i cittadini. Essi forniscono inoltre alla classe politica l'opportunità di gestire risorse pubbliche molto cospicue, che possono essere utilizzate a fini di costruzione del consenso e del potere, anche in forme clientelari (Ferrera, 1996). Basti pensare che nel 2007 la spesa sanitaria corrente delle Regioni è risultata di oltre 102 milioni di euro (Corte dei Conti, 2008), mentre nel 2006 il personale dipendente del Ssn ammontava a 652.587 unità (Ministero della Salute, 2008).

La sanità, infine, è un terreno ricco di scelte ideali e di valore. Senza

arrivare alle decisioni che toccano le concezioni della vita, della malattia e della morte, le politiche sanitarie consentono ai policy-maker e alle forze politiche di affermare i propri principi in merito al ruolo dello Stato e dell'individuo, del settore pubblico e di quello privato, dei criteri di mercato e della pianificazione nell'economia e nella società.

Si può quindi comprendere come la regionalizzazione del sistema sanitario abbia rappresentato un'opportunità, per gli amministratori regionali, di qualificare il proprio indirizzo di governo di fronte ai cittadini, rafforzando al contempo la legittimità istituzionale del proprio ente di governo. Tale opportunità è divenuta concreta soprattutto a partire dalla metà degli anni novanta, dopo che i decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 hanno chiamato le Regioni a definire il proprio assetto istituzionale, nell'ambito di una cornice di regole nazionali volte ad introdurre nel Ssn meccanismi di concorrenza tra le organizzazioni sanitarie e, all'interno di queste, metodi e tecniche di gestione tipici delle imprese private secondo i principi del *new public management*. La regionalizzazione quindi, in Italia come altrove (Maino, 2001) si è intrecciata con i processi di aziendalizzazione del Ssn e con l'adozione della cosiddetta «concorrenza amministrata» (Enthoven, 1985), poi evoluta verso forme di «cooperazione amministrata» (Light, 1997; Vicarelli, 2002).

Sono così emerse alcune tendenze o veri e propri modelli di governance dei Ssr, mediante processi di differenziazione organizzativa e nella regolazione che appaiono lontani dall'essere conclusi. Tuttavia, come vedremo, ai fenomeni di divergenza si sono affiancate negli ultimi anni tendenze alla convergenza su specifiche soluzioni istituzionali, che travalicano il colore politico dei governi regionali.

2. Il decentramento nel Servizio sanitario nazionale

Il decentramento politico, inteso come il trasferimento di autorità da un ente territoriale di governo di livello superiore a quelli di livello inferiore dotati di un vertice politico scelto su base elettiva (Rondinelli, 1981), è un indirizzo di politica sanitaria tipico degli anni novanta, soprattutto nei paesi dotati di servizio sanitario nazionale, come Italia, Grecia, Spagna, Norvegia e Svezia. Nello stesso senso vanno intesi anche i fenomeni di *devolution* intervenuti nel Regno Unito, che hanno interessato Scozia, Galles e Irlanda del Nord (cfr. Saltman e al., 2006).

Il decentramento si è tradotto principalmente in un trasferimento di poteri e responsabilità agli enti di governo di livello intermedio, come le Regioni in Italia, le Contee in Svezia o le Comunità autonome in Spagna. Si ritiene infatti che queste siano in grado non solo di conoscere i bisogni e la domanda di prestazioni sanitarie meglio del governo centrale, ma allo stesso tempo siano più adatte, rispetto agli enti locali, a programmare in modo razionale l'offerta di servizi presente sul territorio, conseguendo economie di scala e mettendo in campo strategie di cooperazione tra le organizzazioni operanti nei diversi ambiti assistenziali.

In quest'ottica la regionalizzazione del Ssn si configura contemporaneamente come un processo di decentramento dallo Stato alle Regioni, ma anche di accentrimento dai Comuni all'ente di governo intermedio. Con le riforme del 1992-93, infatti, gli enti locali sono stati privati dei poteri di gestione di cui godevano dal 1978 (a partire dalla nomina dei membri dei Comitati di gestione delle Usl) e, in larga misura, delle possibilità di intervento in campo sanitario.

Ai nostri fini, il concetto di decentramento politico può essere declinato distinguendo tra trasferimento di poteri, attribuzione delle relative responsabilità e assegnazione di un grado significativo di autonomia finanziaria e impositiva (Mills, 1990). Nel caso italiano si è verificato innanzitutto un trasferimento di poteri, molto rilevanti, sull'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, da esercitarsi nel rispetto dei principi delle leggi statali. Questo esito, delineatosi negli anni novanta, è stato confermato e rafforzato dalla riforma del titolo V della Costituzione introdotta con la legge costituzionale 3/2001.

Il processo di responsabilizzazione delle Regioni si è concentrato soprattutto sul governo della spesa, una questione cruciale anche in riferimento agli impegni assunti dall'Italia con l'adesione all'Unione monetaria europea. A questo riguardo i passi più significativi sono stati compiuti a partire dal 2000, mediante lo strumento degli Accordi Stato-Regioni. Tra questi, possiamo ricordare quelli del 3 agosto 2000 e dell'8 agosto 2001, specificatamente dedicati al controllo della spesa sanitaria, l'Intesa stipulata il 23 marzo 2005 e il «Patto per la salute» siglato il 26 settembre 2006, poi recepito nella legge 296/06 (la Finanziaria 2007).

Gli Accordi e la Conferenza Stato-Regioni hanno assunto un ruolo centrale nell'ambito delle forme assunte dopo il 2000 dalla governance del Ssn. Essi infatti rispondono all'esigenza di assicurare meccanismi di stretto coordinamento e di concertazione tra Stato e Regioni. Lungi

dall'esautorare lo Stato da ogni potere e responsabilità, infatti, il nuovo equilibrio dei poteri tra i livelli di governo richiede lo sviluppo e il rafforzamento delle sedi di confronto e di collaborazione tecnica e politica.

Infine, l'attribuzione alle Regioni di autonomia finanziaria e impositiva è risultata assai problematica. Dopo l'istituzione dell'addizionale regionale Irpef e dell'Irap nel 1998, l'approvazione del decreto 56/2000, che aveva delineato un percorso ricco di novità nei rapporti tra Stato e Regioni in campo finanziario e fiscale e le disposizioni introdotte dalla riforma costituzionale del 2001 all'art. 119, sono sorti numerosi conflitti e difficoltà che hanno ostacolato il processo di decentramento. In ogni caso tutta la materia sarà probabilmente soggetta a revisione nell'ambito dei progetti di riforma istituzionale attualmente (agosto 2008) in discussione, volti ad introdurre forme di «federalismo fiscale».

3. Processi di differenziazione nei servizi sanitari regionali

I decreti del 1992-93 e i provvedimenti successivi chiamano le Regioni ad un massiccio intervento normativo. A livello nazionale, infatti, si stabiliscono solo alcune regole di carattere generale che hanno lo scopo di dare il via ai processi di aziendalizzazione delle strutture sanitarie e a introdurre forme di concorrenza nell'offerta di servizi. Spetta poi alle Regioni dare concreta attuazione alle riforme, con ampi margini di autonomia.

In particolare, è la normativa volta ad introdurre la competizione amministrata che obbliga le Regioni a definire l'assetto organizzativo e regolativo del proprio Ssr. Ciò fornisce la possibilità di pervenire ad esiti molto diversi in termini di configurazione dell'offerta e nella complessa regolazione del Ssr. Questa infatti richiede la definizione e l'attivazione di una pluralità di strumenti e meccanismi, per ciascuno dei quali le Regioni hanno a disposizione opzioni in grado di incentivare una regolazione di tipo competitivo o, invece, di favorire l'affermazione di meccanismi di allocazione delle risorse e di coordinamento delle attività basati sulla cooperazione o sulla «programmazione negoziata».

Per quanto riguarda la configurazione dell'offerta, le Regioni possono optare per un grado elevato di integrazione tra le funzioni di finanziamento e produzione, mantenendole entrambe all'interno delle Asl,

come accadeva per le vecchie Usl. Oppure, possono separare le due funzioni, mantenendo la prima in capo alle Asl e attribuendo la seconda alle Aziende ospedaliere (Aosp), che riuniscono le strutture di produzione di servizi (ospedali, laboratori e ambulatori) scorporate dalle Asl. L'unica Regione che ha scelto la separazione pressoché completa tra acquirenti e produttori è la Lombardia. Le altre Regioni hanno optato per assetti misti o prevalentemente integrati dell'offerta pubblica, costituendo un numero limitato di Aosp e in qualche caso addirittura nessuna (tab. 1).

Tabella 1 - Percentuale di posti letto in strutture private accreditate e in strutture pubbliche e private non integrate con le Asl (anno 2006)

	Numero di Aosp al 30/06/08	% posti letto privati per acuti	% posti letto privati totali	% posti letto totali in strutture non Asl
Piemonte	8	11	20	58
Valle d'Aosta	0	0	0	0
Lombardia	29	15	21	99
Prov. aut. Bolzano	0	5	14	16
Prov. aut. Trento	0	5	19	30
Veneto	2	5	6	35
Friuli-Venezia Giulia	3	10	11	73
Liguria	3	0	2	55
Emilia-Romagna	5	13	19	50
Toscana	4	10	14	44
Umbria	2	8	8	54
Marche	2	11	16	42
Lazio	5	20	30	73
Abruzzo	0	15	20	23
Molise	0	8	13	32
Campania	8	24	29	67
Puglia	2	14	16	47
Basilicata	2	3	3	41
Calabria	4	30	37	65
Sicilia	17	21	21	74
Sardegna	2	19	20	31
<i>Italia</i>	<i>98</i>	<i>15</i>	<i>20</i>	<i>62</i>

Fonte. Elaborazioni da Ministero della Salute (2008).

Il sistema sanitario italiano vede poi una presenza assai variabile dei produttori privati accreditati, for profit e non-profit. Come mostra la tabella 1, che distingue tra posti letto per acuti e complessivi (comprensivi cioè di lungodegenza e riabilitazione) riportando i dati del 2006, l'offerta privata è particolarmente consistente in diverse Regioni meridionali (Calabria, Campania, e anche Sicilia), in Lazio e Lombardia. Risulta significativa o assai significativa anche in Regioni quali Piemonte, Abruzzo, Emilia-Romagna, Sardegna e nella Provincia di Trento, soprattutto se si tiene conto della lungodegenza e della riabilitazione. È estremamente limitata, non andando oltre il 5-6% del totale, in Veneto, Basilicata e Liguria.

Pur essendo principalmente il risultato di un radicamento plurisecolare (Paci, 1989; Vicarelli, 1997; 2005), la presenza del settore privato sul territorio può essere incentivata o meno dalle Regioni attraverso l'accreditamento istituzionale, necessario ai produttori pubblici e (soprattutto) privati per essere finanziati dal Ssn.

L'accreditamento può essere utilizzato per ampliare l'offerta a disposizione dei cittadini, favorendo l'ingresso nel sistema di un numero più ampio di soggetti, come accaduto fino a qualche anno fa in Lombardia. Oppure, se prevalgono le preoccupazioni relative al contenimento della spesa, che può risultare più difficile in presenza di un numero più elevato di produttori privati remunerati a tariffa, l'accesso di nuovi soggetti può essere strettamente limitato e subordinato alle esigenze della programmazione regionale, come fanno Emilia-Romagna, Marche e Toscana.

In realtà, in molte Regioni, soprattutto nel Centro-Sud, per lungo tempo e in parte anche oggi non è riconoscibile un preciso indirizzo in materia di accreditamento. Sono state accreditate, in via provvisoria, le strutture private convenzionate (come all'inizio è successo dovunque) e i nuovi accreditamenti sono stati concessi per lo più caso per caso, con un collegamento non sempre chiaro ed esplicito con la programmazione regionale.

D'altro canto, la maggior parte delle Regioni non ha ancora definito e attuato compiutamente il passaggio dal sistema degli accreditamenti provvisori a quello degli accreditamenti definitivi e in alcuni casi il ritardo sembra particolarmente rilevante, come nel caso di Campania, Lazio o Molise, almeno a quanto risultava da una ricerca condotta nel 2007 (Brusoni e al., 2007). Dalla stessa ricerca emergevano, quali esperienze più avanzate e «capofila» per le altre Regioni, quelle condotte da Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana.

Il grado di integrazione dell'offerta è un elemento rilevante perché le strutture di produzione sono remunerate attraverso meccanismi differenti. I presidi ospedalieri e gli ambulatori Asl sono finanziati prevalentemente mediante forme di budget interno o sulla base del costo dei fattori produttivi¹, mentre la Regione finanzia a sua volta le Asl attraverso meccanismi basati sulla quota capitaria. Le Aosp e i produttori privati sono remunerati secondo tariffe a prestazione o a episodi di ricovero, classificati secondo il sistema dei Drg (Diagnosis-related group – raggruppamenti omogenei di diagnosi). A differenza dei meccanismi di finanziamento utilizzati per le Asl, questi sistemi tariffari forniscono incentivi potenzialmente molto forti alla competizione, finalizzata ad attrarre un numero maggiore di pazienti, in modo da incrementare i volumi di attività con tariffe più remunerative².

Se prendiamo i ricoveri ospedalieri, seguendo l'indicazione di Mapelli (2000 e Formez 2007) o di Cantù e Carbone (2007), la percentuale di posti letto nelle strutture pubbliche e private non integrate con le Asl (Aosp, privati accreditati e altri tipi di produttori quali gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Irccs e gli ospedali classificati) può essere utilizzata come indicatore dell'estensione potenziale dei sistemi di concorrenza amministrata o dei «quasi-mercati» (Le Grand e Bartlett, 1993). A fronte di una media italiana che vede, nel 2006, il 62% dei posti letto in strutture non a gestione Asl (tab. 1), il panorama si presenta assai diversificato. Si va da situazioni a separazione pressoché completa (Lombardia) o prevalente, con due terzi o più dei posti letto al di fuori delle Asl (Sicilia, Lazio, Friuli-Venezia Giulia, Campania, Calabria) fino a Regioni a prevalente integrazione produttiva, nelle quali i posti letto a disposizione dei produttori autonomi dalle Asl sono un terzo o meno del totale (Veneto, Molise, Sardegna, Abruzzo, più le Province autonome e la Valle d'Aosta nella quale la totalità dell'offerta che opera per conto del Ssn è gestita dalle Asl).

Una struttura dell'offerta di tipo de-integrato crea le condizioni favorevoli per la regolazione di mercato, ma non è sufficiente ad instaurarla. A questo riguardo sono determinanti le regole che presiedono ai rapporti tra produttori e finanziatori, con particolare riferimento alla

¹ In base alla normativa sarebbe possibile applicare la remunerazione a tariffe anche alle strutture a gestione diretta Asl, ma questo per lo più non accade (Cerbo e Langiano, 2004; Neri, 2006; Cantù e Carbone, 2007).

² Per una descrizione dei principali sistemi di remunerazione delle prestazioni sanitarie si rimanda a Fabbri e Ugolini (1999).

definizione dei volumi di prestazioni erogate da Aosp e privati nei confronti del Ssn, e dei corrispettivi di spesa.

In questo senso tutte le Regioni hanno previsto la definizione di target o tetti di produzione o di spesa a carico del Ssn, con una prevalenza dei secondi nel corso del tempo. I tetti possono essere posti sull'attività dei singoli produttori o invece sull'insieme degli erogatori operanti sul territorio. La prima soluzione è funzionale ad una programmazione dell'attività di ogni struttura di produzione, pubblica e privata, in un'ottica di cooperazione o di integrazione, e non di concorrenza, tra le organizzazioni sanitarie. La seconda lascia maggiore spazio allo sviluppo di comportamenti competitivi da parte dei singoli erogatori, come spiegheremo meglio illustrando il caso lombardo dove sono stati a lungo adottati tetti posti sull'attività complessiva degli erogatori.

La definizione dei tetti sui singoli produttori per le Aosp e i privati può avvenire in modo unilaterale, solitamente da parte della Regione, o, come prevede il decreto 229/1999, attraverso accordi contrattuali stipulati dalle Asl o dalle Regioni stesse. In caso di sfondamento dei tetti, è prevista l'attivazione di meccanismi di abbattimento tariffario o il mancato pagamento delle prestazioni in eccedenza rispetto a quanto stabilito. Quanto poi le Regioni e le Asl siano in grado di applicare effettivamente tali disposizioni, soprattutto nei confronti dei privati, dipende poi dalla loro forza negoziale rispetto alle controparti e dalla capacità di controllarne effettivamente il comportamento.

Per indirizzare il comportamento degli erogatori, in forma più specifica e sofisticata rispetto alla semplice determinazione di tetti o target, possono essere utilizzati anche i sistemi tariffari. Nella stessa ricerca già citata in relazione all'accreditamento (Cantù e Carbone, 2007), le Regioni con un investimento più alto su tali sistemi sono risultate quelle centrali e settentrionali, con l'eccezione di Valle d'Aosta, delle Province autonome di Trento e Bolzano e dell'Abruzzo, nelle quali peraltro l'elevato grado di integrazione dell'offerta rende questi strumenti meno rilevanti. In Regioni quali Calabria, Campania, Sicilia, un investimento limitato su questi meccanismi di governo, quale risulta dalla stessa ricerca, può rappresentare un fattore molto critico ed essere spiegato, almeno in parte, con la carenza di sistemi informativi affidabili e tempestivi (Cantù e Carbone, 2007).

Infine, nel Ssn i cittadini possono scegliere liberamente la struttura di cura che preferiscono, pubblica o privata, nell'ambito di quelle accreditate. Nella seconda metà degli anni novanta alcune Regioni hanno

posto alcuni limiti alla libertà di scelta dei cittadini. Alla luce della garanzia del principio di libertà di scelta e di movimento da parte dei pazienti, garantito dall'ordinamento italiano e affermato anche dalla Corte di giustizia europea, tali limiti hanno perso via via significato e costituiscono un elemento di differenziazione sempre meno rilevante tra i Ssr.

4. I modelli regionali emergenti

A partire dalle scelte specifiche compiute dalle Regioni è possibile identificare alcuni modelli di governance dei sistemi sanitari regionali ai quali possono esse accostate, con maggiore o minore aderenza, le diverse realtà esaminate³. È possibile quindi identificare:

- ♦ un modello basato sulla competizione tra le organizzazioni sanitarie, caratteristico della Lombardia;
- ♦ un modello basato sulla cooperazione o sull'integrazione (virtuale o effettiva) tra le organizzazioni sanitarie, cui possono essere accostate le Regioni centro-settentrionali e quelle del Nord-Est. Tale modello presenta due varianti, a seconda che le Regioni sviluppino maggiormente i meccanismi di programmazione negoziata o preferiscano affidarsi ad una programmazione centralizzata più unilaterale, associata a strumenti di governo manageriale;
- ♦ un terzo modello, di carattere residuale-incrementale, in cui sono ancora ampiamente utilizzati i tradizionali meccanismi burocratici di governo, presente in diverse Regioni meridionali.

Nelle pagine seguenti verranno esaminate nel dettaglio le caratteristiche di tali modelli e le tendenze emergenti al loro interno.

4.1 Il modello lombardo e la sua evoluzione

Tra il 1996 e il 1997 la Lombardia ha iniziato un processo di trasformazione dei servizi sanitari orientato alla piena separazione tra acquirenti e fornitori, sul modello inglese. Attualmente esiste una sola Asl

³ La letteratura che ha cercato di identificare i modelli regionali emergenti ha conosciuto un certo sviluppo nella seconda metà degli anni novanta, per ritornare poi ad essere oggetto di interesse in tempi più recenti. A questo proposito possiamo ricordare, tra gli altri, France, 1999; Mapelli, 2000; Neri, 2006; Formez, 2007.

lombarda che gestisce un presidio ospedaliero, mentre le 29 Aosp hanno incorporato gli ospedali e anche gran parte dei servizi specialistici ambulatoriali. Nel medio-lungo termine le Asl dovrebbero progressivamente abbandonare anche la gestione diretta dei servizi territoriali, assumendo il ruolo di soggetti incaricati esclusivamente delle funzioni di «Programmazione, Acquisto e Controllo (Pac)» delle prestazioni fornite dai produttori.

Questa scelta è coerente con un sistema di regole orientato a promuovere un regime di concorrenza tra i produttori pubblici e privati, posti in condizione di tendenziale parità. Per ottenere questo risultato, oltre alla separazione tra soggetti produttori e finanziatori nell'offerta pubblica, tra il 1996 e il 2002 è stato ampliato significativamente il numero dei soggetti accreditati. Inoltre, l'ambito di applicazione dei meccanismi tariffari è stato progressivamente esteso fino a raggiungere dimensioni che non hanno riscontro in altre Regioni, comprendendo anche le prestazioni ambulatoriali di tipo psichiatrico, quelle delle aree consultoriale e materno-infantile.

Molta enfasi viene posta sul principio della libertà di scelta della struttura di cura. Il sistema lombardo si fonda infatti su un'ampia fiducia nella capacità del cittadino di scegliere tra i diversi produttori di servizi, in modo da cogliere adeguatamente i benefici forniti dalla presenza di un'offerta pluralistica e competitiva. Il cittadino è pienamente libero di recarsi in ogni struttura accreditata, pubblica e privata, presente su tutto il territorio regionale.

Per garantire la piena libertà di scelta fino al 2002 non veniva fissato preventivamente un limite al numero massimo di prestazioni che potevano essere fornite da ogni singolo produttore, ma esisteva solo un tetto complessivo posto sull'attività e la spesa realizzata a livello regionale, articolato solitamente per Asl.

Si tratta del cosiddetto «tetto di sistema». Questo prevede, in caso di sfondamento, una decurtazione proporzionale della remunerazione applicata a tutti i produttori, in modo da rientrare nei limiti complessivi predefiniti. Le decurtazioni non vengono calcolate sul volume di prestazioni fornite dalla singola struttura, in quanto questo non è definito a priori, ma sul volume complessivo di prestazioni prodotte a livello regionale o su quello relativo all'insieme di erogatori localizzati in ciascuna Asl.

Il tetto di sistema contiene incentivi assai differenti da quelli presenti negli accordi contrattuali per singolo produttore. Esso consente di premiare gli erogatori che sono stati in grado di attrarre il numero più

elevato di pazienti, secondo il principio noto come *«money follows the patient»*, tipico dei sistemi competitivi che si basano sulla libertà di scelta. La capacità di attirare un numero elevato di pazienti, e quindi di erogare un maggiore numero di prestazioni, viene infatti considerata indicatore di una migliore qualità dei servizi forniti.

Per orientare l'azione degli erogatori e regolare il rapporto tra domanda e offerta, la Regione deve affidarsi largamente alle revisioni tariffarie. Oltre a consentire un adeguamento ai mutamenti nei costi di produzione, le variazioni tariffarie servono a disincentivare gli effetti distorsivi che possono derivare dai meccanismi di mercato e a stimolare invece l'incremento dei tipi di prestazioni erogate in numero insufficiente rispetto a quanto ritenuto opportuno. Il pericolo appare tanto più fondato all'interno di un assetto caratterizzato da un grado elevato di de-integrazione organizzativa, con una presenza significativa di produttori privati. Acquista quindi una grande importanza il sistema dei controlli sull'attività svolta dagli erogatori, che è stato potenziato nel corso degli anni con un investimento tra i più elevati nel contesto italiano, anche se probabilmente ancora insufficiente rispetto alle necessità del sistema.

Nonostante ciò, in un contesto di crescente responsabilizzazione delle Regioni nel governo della spesa, le preoccupazioni relative alla difficoltà di controllare la crescita dei costi, anche in presenza di vertenze giudiziarie promosse e vinte da alcuni erogatori privati che hanno impedito l'applicazione delle decurtazioni a consuntivo sulla loro remunerazione, la Lombardia ha intrapreso negli ultimi anni una significativa revisione della propria politica. Dal 2002, infatti, essa ha limitato fortemente i nuovi accreditamenti subordinandoli alle esigenze della programmazione regionale. Inoltre, sempre a partire dal 2002 il meccanismo del tetto di sistema è stato progressivamente abbandonato a favore di quello fondato sugli accordi contrattuali tra le Asl e i singoli erogatori, con la predeterminazione, per ciascun produttore, dei volumi massimi di spesa e la previsione di abbattimenti tariffari in caso di sfondamento.

Se quindi i meccanismi competitivi sono stati attenuati negli ultimi anni, è però altrettanto vero che vi sono alcuni elementi che sembrano confermare un orientamento teso a promuovere la liberalizzazione e la «privatizzazione» del sistema. Vanno in questo senso soprattutto gli interventi di trasformazione di strutture ospedaliere pubbliche in organizzazioni di tipo «ibrido», come società a capitale misto a maggioranza pubblica, associazioni in partecipazione, fondazioni di diritto

pubblico e privato, avviate avvalendosi dello strumento delle sperimentazioni gestionali e delle opportunità offerte dal decreto 288/03 sulla riforma degli Irccs. Tali esperienze rientrano nell'ambito delle collaborazioni pubblico-privato, che prevedono il coinvolgimento di soggetti privati nella proprietà e nella gestione delle strutture, con l'adozione di un regime giuridico di carattere privatistico. Anche altre Regioni hanno dato vita a simili interventi di trasformazione (Assr, 2003), ma in Lombardia esse sembrano rientrare in un disegno di trasformazione complessiva dell'offerta pubblica, seppure a lungo termine.

4.2 Il modello dell'integrazione

È possibile poi identificare un modello di governance basato sui principi di cooperazione o di integrazione, virtuale o effettiva, tra le organizzazioni sanitarie. In questo modello, cui possono essere accostate le Regioni centro-settentrionali e quelle del Nord-Est, le politiche regionali perseguono la costruzione di reti di offerta di servizi nelle quali ciascuna struttura sanitaria, pubblica o privata, rappresenta un nodo insostituibile di una rete, e sia in un rapporto di complementarità e non di competizione con gli altri nodi. L'integrazione virtuale o effettiva tra le organizzazioni sanitarie e la logica di rete ad essa sottesa devono consentire di ridurre il più possibile gli sprechi, le ridondanze e le duplicazioni di servizi, assicurando da un lato l'appropriatezza clinica e organizzativa, dall'altro il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione delle risorse. A tal fine, risulta fondamentale il ruolo giocato dalla programmazione regionale e territoriale.

Il principio di razionalizzazione è alla base della scelta di costituire un numero limitato di Aosp. Queste infatti rappresentano dei poli provinciali o regionali nei quali è concentrata la produzione delle prestazioni di alta specializzazione e di elevata complessità, quali ad esempio quelle di oncologia, cardiocirurgia, neurochirurgia, i centri trapianti. La concentrazione di tali servizi all'interno di poche strutture di grandi dimensioni è finalizzata a conseguire le economie di scala rese possibili dalla produzione di volumi molto elevati di prestazioni, nonché ad ottenere miglioramenti nella qualità del servizio.

Il modello dell'integrazione presenta due varianti. La prima, caratteristica di Emilia-Romagna e Toscana, enfatizza il ruolo della programmazione negoziata attraverso l'uso degli accordi contrattuali tra committenti e produttori (Aosp e privati accreditati) e mediante il vasto impiego di strumenti negoziali nei rapporti con gli enti locali. Nella

programmazione negoziata il governo del sistema sanitario regionale si realizza attraverso la definizione e la realizzazione di accordi, piani, programmi regionali e locali elaborati attraverso processi, formali e informali, di negoziazione e di concertazione con tutti gli attori coinvolti nella progettazione e nella gestione degli interventi sanitari e socio-sanitari. In queste Regioni «la concorrenza, di fatto, è bandita a favore di “contratti-programma” tra Asl/Aosp/case di cura/specialisti privati, che garantiscono il controllo sulla dinamica della spesa, grazie anche alla forte integrazione dei presidi ospedalieri nelle Asl [...]. Le quote di produzione sono note in anticipo, così come gli abbattimenti tariffari in caso di superamento e ciò riduce, se non annulla, il rischio dei produttori» (Mapelli, 2000, p. 273). I nuovi accreditamenti sono molto limitati e strettamente funzionali alle esigenze della programmazione regionale; l'impiego dei meccanismi tariffari è più contenuto che nel caso lombardo. La contrattazione e la concertazione avvengono sia in ambito regionale che territoriale, ma tendono a valorizzare soprattutto questo secondo livello.

Tale orientamento riguarda anche le strutture private, che tenderanno ad essere coinvolte nella costruzione di reti integrate di servizi territoriali e ospedalieri, in un'ottica di complementarità con il sistema pubblico, come si vede bene nel caso emiliano (Fiorentini e Ugolini, 2003). A tale fine viene impiegato il contratto, che diviene uno strumento di programmazione congiunta finalizzata al perseguimento degli obiettivi della politica sanitaria regionale.

L'altra variante del modello, della quale è tipico rappresentante il Veneto, attribuisce minore importanza alla concertazione e alla negoziazione territoriale e si affida maggiormente alla programmazione centralizzata di livello regionale. In tali contesti il ricorso agli accordi contrattuali con le Aosp è assente o comunque assai limitato, dato che il loro finanziamento è definito direttamente dalla Regione mediante la determinazione di budget.

Il governo dell'offerta pubblica, costituita in parte rilevante o prevalente dalle strutture Asl, è assicurato dal vasto impiego di strumenti di programmazione *top-down* cui si associa lo sviluppo di meccanismi di controllo di tipo manageriale all'interno delle singole Aziende. I contratti con le strutture private sono definiti prevalentemente a livello regionale, con uno scarso ruolo delle Asl. Il Formez (2007), in una ricerca condotta su nove Regioni da Vittorio Mapelli, parla a questo proposito di modello «accentrato» di governance e vi include, oltre al Veneto, anche il Lazio e la Basilicata (quest'ultima in transizione verso la variante della programmazione negoziata).

4.3 Il modello residuale-incrementale

È possibile poi identificare un terzo modello, tipico di alcune Regioni meridionali, definibile come residuale-incrementale per la scarsa capacità di optare chiaramente per un assetto regolativo e per la tendenza ad oscillare tra il modello della concorrenza e quello dell'integrazione. La ricerca Formez (2007) si esprime a questo riguardo in termini di modello burocratico, ponendo l'accento sul prevalente affidamento su strumenti di governo gerarchico di tipo tradizionale, sulla debolezza dei meccanismi di programmazione e controllo di carattere manageriale e sull'assenza di accordi contrattuali. Tipico rappresentante di questo modello sarebbe la Campania (Formez, 2007).

In alcuni casi, come Lazio, Campania e Sicilia, nella seconda metà degli anni novanta si erano delineati assetti regolativi, in parte tuttora mantenuti, favorevoli alla concorrenza. Giocava in tal senso in primo luogo la struttura dell'offerta, caratterizzata da un grado elevato di separazione tra acquirenti e produttori dei servizi. A ciò si associava la presenza di un insieme di regole che, se non favoriva esplicitamente la competizione, quanto meno non la ostacolava. Ciò appare vero soprattutto per Campania e Sicilia. Per queste e anche per altre Regioni meridionali si ha spesso l'impressione che lo spazio attribuito alla concorrenza non sia tanto il risultato di un indirizzo deliberato e consapevole, quanto piuttosto dell'assenza o scarsa operatività degli strumenti che altrove vengono utilizzati per stemperarne o annullarne gli effetti. Facciamo riferimento, oltre che ai contratti tra acquirenti e produttori, ad un impiego dei meccanismi tariffari finalizzato a prevenire i comportamenti opportunistici da parte degli erogatori, ad un indirizzo coerente volto a contenere il numero dei nuovi accreditamenti subordinandoli alle esigenze della programmazione regionale.

Nel Lazio durante il governo di centro-destra (2000-2005) sono state compiute alcune scelte, come l'adozione del tetto di sistema, che rendevano piuttosto esplicito l'orientamento verso la concorrenza. L'indirizzo però è cambiato con il mutamento nella coalizione di governo, i cui provvedimenti, tra cui l'abolizione del tetto di sistema, sono volti alla promozione di un assetto regolativo ispirato a forme di cooperazione tra le organizzazioni sanitarie. Anche la Campania sembra muoversi nello stesso senso, con la decisione di promuovere l'impiego degli accordi contrattuali.

Va comunque osservato che negli anni più recenti le politiche sanitarie di Lazio, Sicilia e Campania sono state condizionate dalla questio-

ne del debito, particolarmente pesante soprattutto nelle prime due Regioni. Il meccanismo dei piani di rientro concordati con il governo centrale, definito con l'Intesa del 23 marzo 2005⁴, prevede una serie di obblighi da rispettare che finiscono inevitabilmente per vincolare pesantemente i governi regionali. Questi ultimi peraltro stanno mostrando in alcuni casi, come quello del Lazio, evidenti difficoltà nella gestione del problema.

Un'analoga tendenza a muoversi verso il modello dell'integrazione è osservabile anche in altre Regioni come Sardegna, Calabria e Puglia. In quest'ultimo caso, gli interventi di razionalizzazione compiuti dal governo di centro-destra di Fitto (2000-2005) sono stati particolarmente incisivi e hanno portato ad una forte razionalizzazione dell'offerta pubblica e centralizzazione della governance a livello regionale.

5. Considerazioni finali

Dopo avere fornito alcune informazioni sulle scelte regionali e avere identificato i modelli emergenti di governance, è possibile formulare alcune considerazioni sui processi di differenziazione regionale del Ssn e sulle tendenze in atto in questo momento.

In primo luogo, va rilevato che dopo una fase in cui hanno prevalso le tendenze alla divergenza nelle soluzioni adottate dalle Regioni, negli ultimi anni sono venuti in primo piano alcuni elementi di convergenza tra i sistemi regionali, anche tra quelli ispirati a principi assai diversi. Nella regolazione più che nell'organizzazione dei Ssr è visibile, in qualche modo, una tendenza ad una convergenza verso il modello ispirato alla cooperazione o all'integrazione tra le organizzazioni sanitarie, nell'una o nell'altra variante a seconda dei casi. La tendenza riguarda sia il sistema dei quasi-mercati della Lombardia, che le Regioni centrali e meridionali incluse nel modello residuale o burocratico.

La presenza di elementi di convergenza tra le Regioni non significa che non esistano più significative differenze nella regolazione dei Ssr, che peraltro sono presenti anche tra le due varianti del modello dell'integrazione. Oltre al risultato di processi di apprendimento dall'esperienza, probabilmente l'adozione di soluzioni regolative simili

⁴ Fino al 2008 oltre a Lazio, Campania e Sicilia le Regioni che hanno sottoscritto piani di rientro con il Ministero dell'Economia e il Ministero della Salute sono state Abruzzo, Liguria e Molise.

tra loro rappresenta una risposta a problemi comuni alla maggioranza delle Regioni, in particolare la necessità di controllare la crescita della spesa sanitaria a fronte della crescente responsabilizzazione degli enti di governo intermedio.

Il contenimento e la razionalizzazione della spesa sono probabilmente all'origine di altre tendenze diffuse nelle Regioni italiane, come gli interventi di centralizzazione degli acquisti di beni (ad esempio dei farmaci) e delle gare d'appalto ad un livello sovraziendale, quale quello individuato dalle «Aree vaste» costituite in Toscana e, più di recente, in Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e Veneto. Peraltro, ad analoghi obiettivi di razionalizzazione mediante processi di centralizzazione delle funzioni di governo, corrispondono altre innovazioni organizzative, come la costituzione di Aziende sanitarie uniche regionali nelle Marche e in Molise.

In tale contesto, la corrispondenza tra orientamento politico dei governi regionali e scelte compiute nella governance dei Ssr è blanda, si è attenuata nel corso degli anni e presenta da sempre rilevanti eccezioni. Ad esempio Veneto e Lombardia, governate ininterrottamente dal centro-destra a partire dal 1995, hanno due assetti istituzionali profondamente diversi, con il Veneto che appare più simile alle Regioni rosse del Centro-Nord.

Esistono però altri ambiti delle politiche sanitarie dove il peso della *politics* resta più forte. Questo accade nel caso le scelte regionali tocchino questioni che hanno assunto un alto valore simbolico. Ad esempio, per contenere la spesa farmaceutica territoriale all'interno del tetto del 13% fissato nel 2001, le Regioni del centro-destra hanno optato per la reintroduzione dei ticket sui farmaci, aboliti a livello nazionale nel 2000, mentre quelle di centro-sinistra hanno rifiutato il ricorso a questo strumento privilegiandone altri come i programmi di distribuzione diretta dei farmaci da parte delle Asl e delle Aosp.

E proprio i ticket costituiscono, a quanto pare, uno dei motivi di scontro tra il governo e la Regione Lazio, data la volontà del primo di imporre l'utilizzo delle compartecipazioni alla spesa farmaceutica quale strumento per la riduzione del debito, nell'ambito delle procedure di commissariamento della Regione in via di definizione in questo momento (agosto 2008), a fronte del mancato rispetto degli impegni presi nel piano di rientro.

Peraltro, tale episodio solleva problematiche più generali relative ai rapporti tra Stato e Regioni nei nuovi equilibri in via di strutturazione all'interno del Ssn. Le procedure predisposte per la gestione dei piani

di rientro forniscono infatti al governo centrale penetranti poteri di indirizzo e controllo sull'operato delle Regioni, che rischiano inevitabilmente di minare seriamente l'autonomia dei governi regionali. Mentre sono in preparazione progetti di riforma improntati al federalismo fiscale, quindi, rischiano di innescarsi processi di ricentralizzazione potenzialmente molto incisivi. In questo caso, una differenza rispetto ad analoghi fenomeni registrati nel passato sarebbe che essi non riguarderebbero la totalità delle Regioni, ma solo quelle che non si fossero dimostrate all'altezza delle sfide poste da un assetto fortemente decentrato.

Riferimenti bibliografici

- Assr, 2003, *Commissione per le Sperimentazioni ed Innovazioni Gestionali. Ricognizione e Valutazione delle Sperimentazioni ed Innovazioni Gestionali in Italia*, Roma, Assr.
- Brusoni M., Luzzi L., Merlino L., Predestini A., 2007, *Accreditamento istituzionale e miglioramento della qualità: molti approcci per un obiettivo comune*, in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2007*, Egea, Milano, pp. 215-45.
- Cantù C. e Carbone C., 2007, *I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie?*, in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2007*, Egea, Milano, pp. 247-70.
- Cerbo M. e Langiano T., 2004, *L'impatto a livello nazionale del sistema di remunerazione*, in Falcitelli N. e Langiano T. (a cura di), *Politiche innovative nel Ssn. I primi dieci anni dei Drg in Italia*, Il Mulino, Bologna, pp. 85-115.
- Corte dei Conti, 2008, *Relazione sul rendiconto generale dello Stato 2007*, Corte dei Conti, Roma.
- Enthoven A.C., 1985, *Reflections on the Management of the National Health Service*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, Londra.
- Fabbri D. e Ugolini C., 1999, *Pagamento prospettico, modelli sanitari regionali e funzioni di controllo delle prestazioni ospedaliere*, in Fabbri D. e Fiorentini G., *Regolamentazione e finanziamento dei servizi pubblici*, Carocci, Roma, pp. 89-114.
- Ferrera M., 1996, *La partitocrazia della salute*, in Cotta M. e Isernia P. (a cura di), *Il gigante dai piedi di argilla*, Il Mulino, Bologna, pp. 53-72.
- Florentini G. e Ugolini C., 2003, *I contratti per servizi ospedalieri e le organizzazioni dei produttori privati: problemi di integrazione virtuale e contendibilità*, in Fiorentini G. (a cura di), 2003, *I servizi sanitari in Italia 2003*, Il Mulino, Bologna, pp. 173-207.
- Formez, 2007, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Quaderni Formez, n. 57, Formez, Roma.

- France G. (a cura di), 1999, *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato*, Giuffrè, Milano.
- Le Grand J. e Bartlett W. (a cura di), 1993, *Quasi-Markets and Social Policy*, Macmillan, Londra.
- Light D.W., 1997, *From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from the British Experience*, «The Milbank Quarterly», n. 3, pp. 297-341.
- Maino F., 2001, *La politica sanitaria in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Mapelli V., 2000, *Tre riforme sanitarie e ventuno modelli regionali*, in Bernardi L. (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2000*, Il Mulino, Bologna, pp. 299-344.
- Mills A., 1990, *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience*, World Health Organization, Ginevra.
- Ministero della Salute, 2008, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2006*, Ministero della Salute, Roma.
- Neri S., 2006, *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna. Concorrenza, cooperazione, programmazione*, Franco Angeli, Milano.
- Paci M., 1989, *Pubblico e privato nei moderni sistemi di Welfare*, Liguori, Napoli.
- Rondinelli D.A., 1981, *Government Decentralization in Comparative Perspective: Theory and Practice in Developing Countries*, «International Review of Administrative Science», n. 47, pp. 133-45.
- Saltman R.B., Bankauskaite V., Vrangbaek K. (a cura di), 2006, *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes*, Open University Press, Buckingham.
- Vicarelli G., 1997, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Il Mulino, Bologna.
- Vicarelli G., 2002, *La sovranità dissolta? Modelli di regolazione dei sistemi sanitari europei*, «Politiche Sanitarie», 3, pp. 84-92.