



Regione Lombardia

**DECISIONI IN MATERIA SANITARIA E MECCANISMI DI
FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE**

Piano di attività ORAC 2020 - Obiettivo 8

Già nel 2019 ORAC aveva iniziato una istruttoria sui Bilanci delle aziende sanitarie in relazione alla “Regolazione delle posizioni debitorie/creditorie pregresse”.

E' dunque sembrato opportuno inserire nel Piano di Attività 2020 un punto relativo agli strumenti decisionali in materia sanitaria e al modello di finanziamento delle strutture sanitarie lombarde.

A tal fine è stata analizzata la complessa normativa di riferimento, sono stati quantificati alcuni settori specifici di finanziamento e si sono organizzate ripetute audizioni con i principali responsabili della DG Welfare e della DG Bilancio, oltre ad opportuni contatti e sinergie con l'Agenda di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS).

Le analisi e le raccomandazioni riportate nel seguito sono dunque riferite agli strumenti decisionali e allo specifico meccanismo di finanziamento delle aziende sanitarie.

Anche in base a lavoro sin qui svolto, ORAC si appresta ad analizzare e valutare il sistema sanitario lombardo nel suo complesso nell'ambito del Piano di Attività 2021.

PARTE I - Strumenti e sedi decisionali in materia di regolazione e gestione della sanità

1. Riforma degli anni '90 e livelli di governo

L'attuale assetto della sanità italiana deriva dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) n. 833 del 1978, modificata dalle leggi di riforma del 1992-93 (decreti legislativi n. 502 e n.517), oltre a leggi integrative successive (in particolare con il d.lgs. n. 229 del 1999).

Le principali novità introdotte dalle riforme sono: esclusione dei Comuni dalla gestione dei servizi sanitari, affidamento della gestione alle Regioni, trasformazione delle vecchie USL in aziende (ora ASL e AO), introduzione per le strutture sanitarie del meccanismo di rimborso a prestazione (DRG), regolamentazione del processo di Accreditamento.

Sostanzialmente si individuano due livelli: il livello nazionale (Parlamento e Governo) e quello regionale.

Al livello nazionale spetta principalmente:

- legislazione in materia di organizzazione e regolamentazione generale
- approvazione annuale dell'ammontare del Fondo Sanitario Nazionale
- approvazione del Piano Sanitario Nazionale

- verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza che le Regioni sono tenute ad assicurare sul territorio (a fronte del finanziamento ricevuto)
- indicazioni strategiche e controlli generali

Al livello regionale spetta principalmente:

- gestione dei servizi sul territorio (numero e governo delle ASL, AO)
- ripartizione del Fondo Sanitario Regionale
- approvazione del Piano Sanitario Regionale
- legislazione regionale in materia di organizzazione e gestione sanitaria
- fissazione dei valori dei rimborsi a prestazione (DRG)
- gestione del processo di Accreditamento

Sede istituzionale di confronto tra Stato e Regioni è la Conferenza Stato-Regioni che assume decisioni tramite Accordi in materia sanitaria comune.

Pur nella sinteticità della rappresentazione dell'evoluzione del quadro normativo, va tuttavia citata la riforma costituzionale del 2001, che ha previsto la ripartizione della potestà legislativa tra Stato e Regioni nel novellato art. 117 della Costituzione, determinando, e prima dell'intervento della legislazione statale della "crisi" (a partire dalla legge finanziaria 2008) e degli interventi della giurisprudenza della Corte costituzionale, un ampliamento del campo di intervento per i legislatori regionali. Esso riserva alla legislazione esclusiva statale (lett. m) "la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", e (lett. q) la "profilassi internazionale". Alla potestà legislativa concorrente è demandata la materia della "tutela della salute": alle Regioni spetta la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, che è riservata alla potestà legislativa dello Stato.

2. Uso ed evoluzione degli strumenti decisionali in Lombardia

Come per le altre Regioni, i principali strumenti di governo a disposizione della Regione Lombardia sono: Leggi regionali, Regolamenti, Piano Sociosanitario, Deliberazioni della Giunta regionale e Decreti della dirigenza.

Il Piano Sociosanitario e le leggi regionali sono strumenti partecipati e sottoposti al voto del Consiglio regionale, mentre le Delibere di Giunta e i Decreti della Direzione sono pubblici, ma per loro natura meno pubblicizzati e conosciuti. Per alcune Delibere di Giunta è prevista la trasmissione in Commissione, principalmente come informativa. Va peraltro rimarcato che le delibere della Giunta e i decreti dirigenziali sono strumenti che consentono un iter decisionale più rapido e l'adeguamento più flessibile delle regole di funzionamento, sicché il loro utilizzo, se responsabile e corretto, risponde ad un legittimo principio di impiego della fonte per concretizzare scelte amministrative che mal sopporterebbero di essere demandate ai tempi dell'attività legislativa.

Progressivamente dall'inizio degli anni duemila sono state assunte delibere annuali su alcuni aspetti del sistema sanitario. A partire dalla legge di riforma del 2015 sono state introdotte particolari Delibere di Giunta sul sistema sanitario denominate "Regole di

sistema” che dovrebbero specificare anno per anno le regole di funzionamento del sistema sociosanitario regionale.

È dunque interessante analizzare la presenza, il numero e alcune caratteristiche dei Piani Sanitari Regionali, delle Leggi regionali e delle Delibere di Regole, che costituiscono i principali strumenti decisionali in materia di sanità.

Piano Sanitario regionale

Sia la normativa nazionale (dal 1993) che quella regionale (dal 1997) concepiscono il Piano come strumento base per definire la strategia sanitaria nella Regione. Anche la riforma sanitaria regionale del 2015 ha confermato questa caratteristica prevedendo all'art. 4: *“Il Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale, approva il piano sociosanitario lombardo (PSL) quale strumento unico e integrato di programmazione coordinata del Servizio Sanitario Lombardo”*.

L'importanza del Piano risiede principalmente nel:

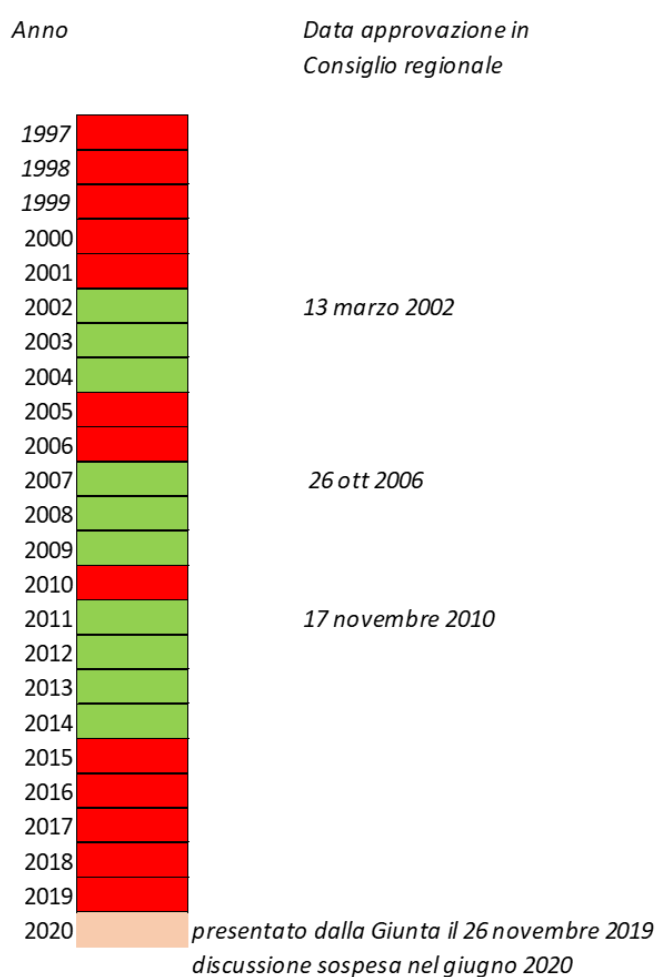
- contenere e motivare le strategie sanitarie regionali su un arco pluriennale (prima tre, ora cinque anni)
- prevedere una procedura che coinvolga tutti gli operatori e associazioni del settore
- richiedere discussione, votazione e approvazione in Consiglio regionale
- assicurare in tal modo massima trasparenza e pubblicizzazione delle decisioni strategiche in materia di sanità.

A fronte della rilevanza di tale strumento, l'effettiva adozione del Piano Socio-Sanitario in Lombardia è risultata carente. L'obbligo inizia dal 1993 (legge nazionale), ma anche se vogliamo rappresentarne il rispetto a partire dal 1997 (prima riforma regionale) la situazione rimane quella rappresentata in **Fig. 1**, ove il colore rosso e verde indicano rispettivamente assenza e presenza del Piano nel tempo.

Come si può notare, dall'inizio del periodo considerato Regione Lombardia è stata priva di un Piano per oltre il 63% del tempo e negli ultimi vent'anni per il 50%.

Va salutata molto positivamente la recente predisposizione da parte della Giunta del nuovo Piano 2019-2023 e la sua presentazione in Consiglio regionale. Nel giugno 2020 la votazione del Piano da parte della III Commissione Consiliare è stata peraltro sospesa in attesa di una riformulazione, anche in considerazione delle nuove esigenze dettate dalla crisi pandemica da Covid-19.

Fig. 1 – Presenza del Piano Socio Sanitario in Lombardia, anni 1997-2020



Fonte: elaborazioni su dati Piattaforma EDMA (Enterprise Document Management) di Regione Lombardia

È inoltre opportuno introdurre qualche considerazione sui tempi, forma e contenuto di ciascun Piano, al fine di meglio comprendere come tale strumento sia stato inteso e predisposto nel tempo.

La **Tabella 1** riporta per ciascun Piano le date di approvazione (in Giunta e in Consiglio), le dimensioni del documento (numero di pagine) e la presenza o meno di una analisi della distribuzione delle principali strutture sul territorio (aziende sanitarie e ospedaliere con i relativi indicatori di funzionamento, medicina di base, farmaceutica, strutture sociosanitarie, ecc.).

Tab. 1 – Alcune caratteristiche dei Piani Sanitari della Lombardia

Piani	approvazione in Giunta	approvazione in Consiglio	numero di pagine	analisi quantitativa sistema sanitario
2002-2004	05/10/2001	13/03/2002	199	SI
2007-2009 *	24/05/2006	26/10/2006	187	SI
2010-2014	17/11/2010	30/06/2010	41	NO
2019-2023	26/11/2019		55	NO**

* presentato come 2006-2008 , trasformato in 2007-2009
** presente qualche pagina sui consumi complessivi

Al di là delle scelte di merito, dalla tabella emerge che sino al 2009 lo strumento *Piano Sanitario regionale*, quando presente, ha avuto una formulazione in linea con la sua accezione istituzionale originaria e i contenuti sono stati rispondenti alla funzione prevista dalla normativa nazionale e regionale di delineare strategie sanitarie pluriennali.

Nell'ultimo decennio emerge una sottoutilizzazione dello strumento *Piano Sanitario regionale*, anche con il ridimensionamento dell'analisi quantitativa, e si è fatto ricorso ad altri documenti dell'Amministrazione, meno partecipati e pubblicizzati del PSR.

Come sopra evidenziato, a partire dal 2015 con l'ultima riforma, il Piano non è stato presentato e ci si è concentrati esclusivamente su delibere annuali di Giunta che indicassero anno per anno regole di funzionamento del sistema sanitario. Tale scelta, protratta per sei anni, è stata interrotta, verosimilmente anche su sollecitazione di una mozione presentata in Consiglio e approvata all'unanimità.

Insomma, da molti anni il Piano o non c'è stato o, quando presente, è stato concepito come una struttura troppo esile e generica per essere un vero quadro di riferimento per le Delibere.

La stessa proposta di Piano 2019-2023 ora in discussione ha una sua singolare caratteristica: ogni settore di intervento molto opportunamente si conclude con un riquadro intitolato "Monitoraggio e valutazione", in cui si cita il ruolo di indici di valutazione dei risultati attesi, ma la definizione di tali indici è sistematicamente rinviata al futuro, cioè a un tempo in cui il Piano rischia di aver esaurito il suo scopo. Comunque l'assenza di indici immediatamente applicabili comporta l'impossibilità di valutare l'efficacia del Piano nel tempo e dunque qualsiasi intervento correttivo/integrativo risultasse necessario.

Leggi regionali.

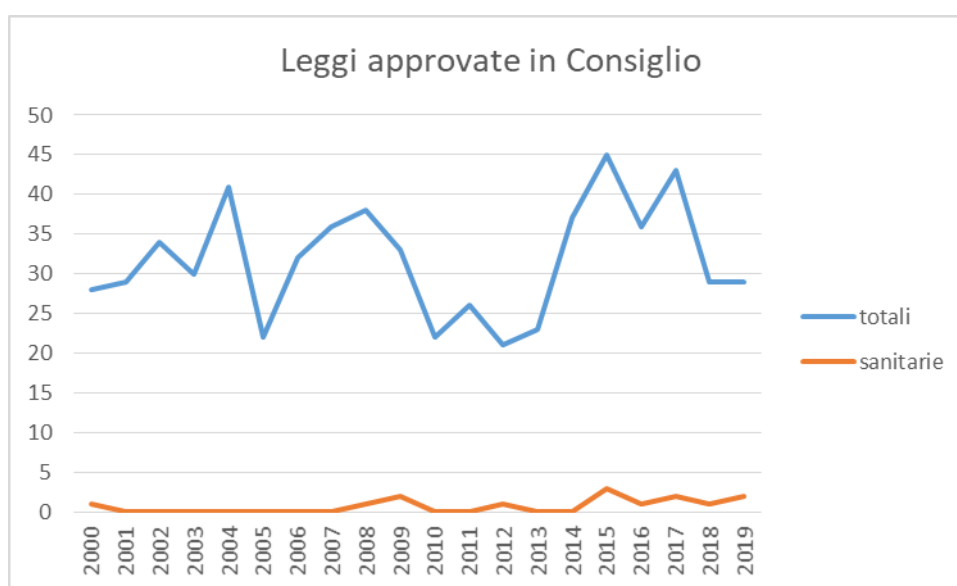
All'assenza o all'impoverimento del Piano Sanitario regionale avrebbe potuto sopperire un corrispondente rafforzamento dello strumento *Legge regionale*, in modo da restituire centralità alla fase di dibattito e confronto fra i gruppi consiliari, di maggioranza e opposizione e all'interno di essi.

L'analisi del numero di leggi regionali in materia di sanità discusse e approvate in Consiglio mostra che esse sono al massimo una o due l'anno, con anni in cui il numero si azzerava. Praticamente le uniche leggi in materia sanitaria affrontate in Consiglio sono quelle di riforma generale del sistema e poco altro.

In **Fig. 2** è rappresentato l'andamento del numero totale (in blu) di leggi approvate in Consiglio e del numero di leggi in materia sanitaria (in rosso). Come si può vedere malgrado la sanità costituisca oltre l'80% del bilancio regionale e per dimensioni e importanza sia al centro dell'attenzione a livello politico, istituzionale, sociale e di opinione pubblica, il numero di leggi che si occupano di sanità è bassissimo.

Per la precisione nel periodo considerato il numero medio per anno di leggi in Consiglio è stato di 31,7 mentre quello relativo a leggi in materia sanitaria di 0,7.

Fig. 2 – *Andamento del numero totale di leggi e del numero di leggi in materia sanitaria discusse in Consiglio regionale*



Fonte: elaborazioni su dati Piattaforma EDMA (Enterprise Document Management) di Regione Lombardia

Peraltro, la copiosa produzione di Delibere di Giunta non arriva nell'Aula consiliare e solo una percentuale minoritaria di esse viene presentata in Commissione, molto spesso nella forma di semplice informativa, senza possibilità emendative.

Anche in materia di disciplina sanitaria si tratta, a ben vedere, del noto fenomeno nazionale della sensibile riduzione dell'uso della fonte legislativa primaria e delle tradizionali forme di governo regionale tipicamente assembleari, a fronte dell'impiego – ove corretto e responsabile - di più agili e immediati strumenti amministrativi.

Delibere annuali di Giunta sulle Regole

Le Delibere di Giunta chiamate usualmente *Regole* sono uno strumento di governo del sistema sanitario perfezionato a livello istituzionale nella riforma del 2015 e affiancano il Piano Sociosanitario regionale.

Tuttavia, possono essere individuati alcuni periodi precedenti in cui si è fatto uso di questo strumento o di strumenti ad esso assimilabile.

La situazione può essere così schematizzata:

- dal 1996 al 2004 la Giunta ha approvato delibere di finanziamento del sistema
- dal 2004 il contenuto delle delibere comprende anche indicazioni di gestione
- dalla riforma del 2009 (legge n. 33, art.19) si prevedono ufficialmente delibere annuali di finanziamento
- dalla riforma del 2015 l'uso delle delibere di Regole viene istituzionalizzato e ne vengono regolamentati i tempi di predisposizione e approvazione.

In sintesi, le Delibere di Regole come strumento di governo del sistema, da affiancare al Piano Sociosanitario regionale, sono previste e regolamentate ufficialmente solo dalla riforma del 2015, mentre negli anni precedenti si è progressivamente instaurata la prassi di prevedere delibere che specificino finanziamenti e indicazioni di sistema.

Solitamente, le Delibere annuali delle Regole sono approvate dalla Giunta tra il mese di ottobre e il mese di dicembre di ogni anno, con prevalenza nel mese di dicembre. Il termine di approvazione del 30 novembre, previsto dalla riforma del 2015, non è stato quasi mai rispettato.

Inoltre, la Giunta ha quasi sempre ~~per~~ approvato nel corso dell'esercizio altre deliberazioni aventi ad oggetto "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio xxxx", oppure "Secondo/Terzo provvedimento in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio xxxx".

Per l'anno 2019, ad esempio, sono state approvate complessivamente quattro delibere (il 17 dicembre 2018, il 25 marzo 2019, il 23 luglio 2019 e il 23 luglio 2019).

L'analisi della composizione e del contenuto delle Delibere sulle Regole non è agevole, perché, contrariamente a quanto il nome farebbe supporre, il loro contenuto è molto articolato e vario.

Nel primo periodo post-riforma 2009 (2010-2013) le Regole sono state più asciutte e chiare, probabilmente perché vigente un Piano sociosanitario.

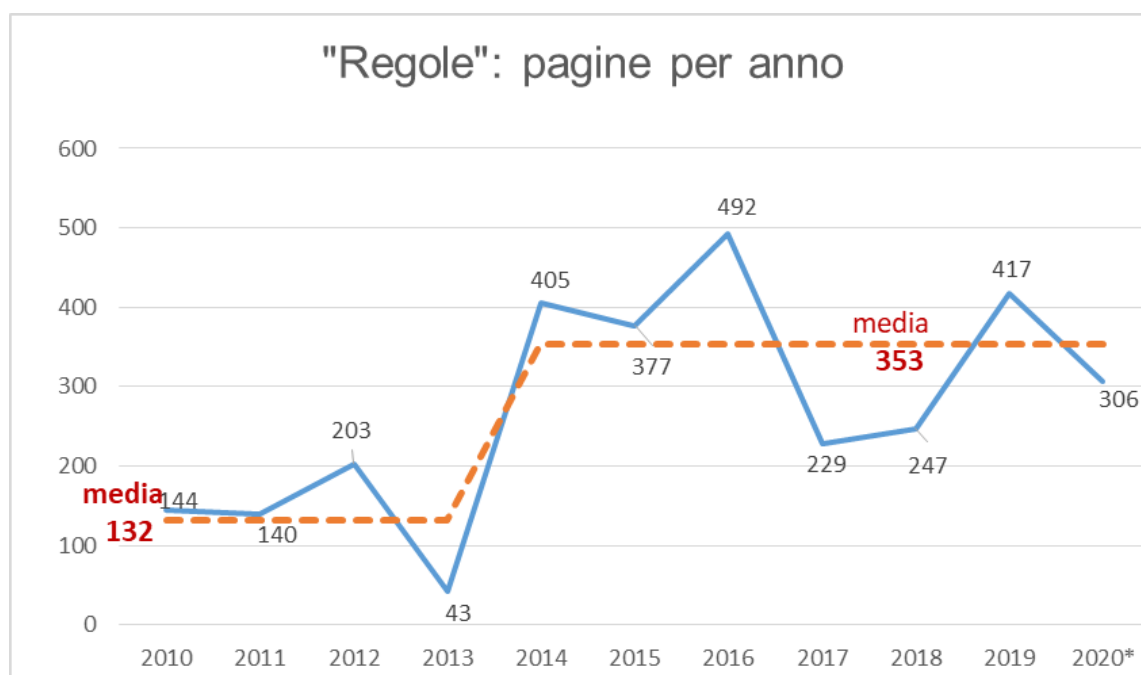
Nel secondo periodo (2014-2020), in assenza di Piano sociosanitario, le dimensioni sono molto aumentate, parallelamente a una minore chiarezza delle finalità, misure e scadenze. Particolarmente nel secondo periodo esse sono composte da un grande numero di pagine,

molti allegati, molte parole e relativamente pochi numeri. Sono presenti inoltre allegati e sub-allegati e si fatica ad individuare quali siano le regole, le priorità e le modifiche e quali, invece, le conferme o la semplice ripetizione e descrizione dell'esistente.

In merito a quest'ultimo aspetto si osserva, infatti, che nelle Delibere talvolta sono ribadite regole già formulate in precedenza, talaltra le regole già precedentemente espresse sono state integrate/modificate/riformulate, rinviando - per quanto non espressamente modificato con il provvedimento stesso - a quanto stabilito nei precedenti provvedimenti aventi il medesimo oggetto. Prassi, questa, che andrebbe corretta, prevedendosi, ad esempio, l'obbligo di maggior chiarezza circa la regola vigente e quella superata, che andrebbe abrogata espressamente, oppure attraverso la pubblicazione di un testo coordinato delle regole vigenti con indicazione della fonte originaria.

Per dare una idea del volume di queste delibere e della loro dispersione è sufficiente osservare la **Fig. 3** che mostra il numero di pagine per anno: mediamente sono 132 nel primo periodo mentre salgono a 353 pagine nel secondo periodo, senza tenere conto delle delibere che si aggiungeranno nel corso del 2020 (l'analisi si ferma ad aprile).

Fig. 3 – Numero di pagine delle Delibere sulle Regole, 2010-2020



(*) per il 2020 dati ad aprile

Ognuna delle Delibere delle Regole contiene, nella parte iniziale, una rappresentazione dei finanziamenti disponibili e la loro allocazione nell'anno.

Nel secondo periodo, la lettura di questa utile e doverosa indicazione, tuttavia, è proposta in modo poco agevole nel senso che non sono presenti quadri sinottici complessivi e facilmente interpretabili. Anzi quanto meno per le Regole 2019 le somme aritmetiche in alcuni punti sono errate, come appare dalla discussione del 4 giugno 2019 in Consiglio Regionale; al di là della sua reale portata, l'episodio (derubricato a errori di stampa, di

trascrizione o imprecisioni) è sintomatico delle modalità con cui le Delibere vengono predisposte.

Il loro contenuto è troppo variegato: le regole ci sono ma si vedono con difficoltà, ci si sofferma su aspetti che poco hanno a che fare con la finalità propria, e alcune problematiche sono solo enunciate e rinviate a Delibere o Decreti futuri in tempi non sempre definiti.

Tutto ciò a scapito di una pur doverosa comprensibilità della politica sanitaria della Giunta e della trasparenza nelle quantificazioni e a volte della tempistica.

Le informazioni e gli indirizzi essenziali si perdono nell'accavallarsi di aspetti marginali se non estranei, come, ad esempio l'inserimento di indicazioni dettagliate su come accostare i loghi delle aziende a quello di Regione (Regole per l'anno 2016) o sui poster adoperati dalla Regione (Regole per l'anno 2019), che potrebbero essere più propriamente oggetto di atti specifici di indirizzo.

Dunque, spesso le Delibere di Regole sono poco definite e misurabili, e ciò obbliga a procedere con successive ulteriori delibere o con Decreti della Direzione Welfare.

Si osserva, infine, che mentre a partire dalla DGR n. VII/15324 del 28 novembre 2003 (Regole per l'anno 2004), le Regole annuali sono di norma condivise in maniera più o meno ampia con i principali stakeholders di riferimento, al contrario, le Delibere infrannuali che introducono ulteriori regole per l'anno in corso non sono oggetto di partecipazione e condivisione.

3. Valutazioni sull'uso degli strumenti decisionali e indicazioni

Il settore sanità-salute è uno dei più rilevanti in tutti i paesi industrializzati: per valore economico è secondo solo a quello previdenziale ma per complessità, soggetti partecipanti e distribuzione delle strutture e servizi sul territorio è senza dubbio il primo.

Per le Regioni italiane questa considerazione è ancora più vera nel senso che oltre l'80% del bilancio in ciascuna regione è formato da sanità.

Oltre l'aspetto economico va considerato inoltre l'impatto sociale legato al numero di operatori coinvolti (diretti e indiretti) e alle aspettative degli utenti e dei cittadini in genere.

Decisioni, scelte, norme e regole di funzionamento hanno un riflesso vastissimo e richiedono la massima attenzione alle sedi e agli strumenti decisionali assunti.

L'analisi degli ultimi due decenni mostra che il rispetto dei termini di legge, nazionale e regionale, nella presentazione del Piano Sociosanitario Regionale (PSR) è stato scarso. Ciò malgrado il PSR sia il più importante strumento di programmazione pluriennale e le sue modalità di predisposizione e approvazione garantiscano il coinvolgimento dei tanti soggetti interessati e il massimo della informazione. Va peraltro positivamente sottolineato che nell'ultimo anno l'attuale Amministrazione ha colmato questa lacuna.

A partire dal 2009 dal punto di vista operativo l'assenza del PSR si è accompagnata all'istituzione di particolari Delibere di Giunta (chiamate Regole) che di fatto l'hanno spesso sostituito. I termini di presentazione di tali Delibere sono stati rispettati solo un anno su dieci

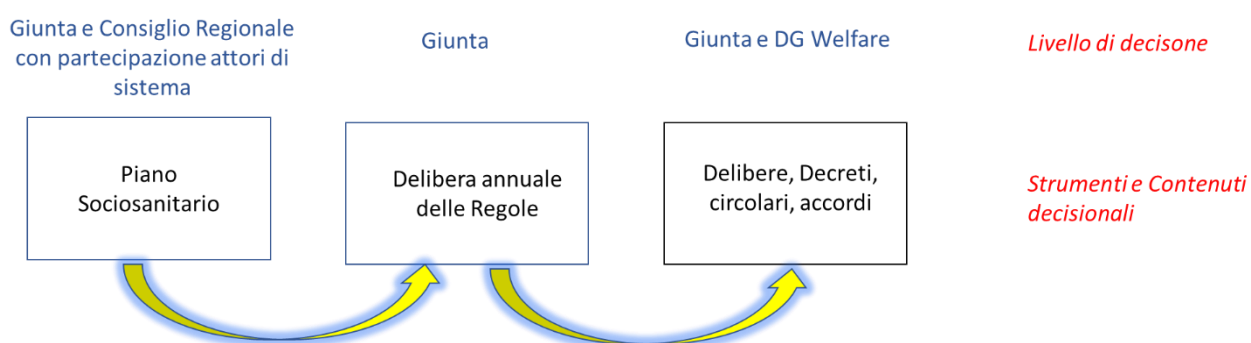
ma in questo caso i ritardi sono stati solo di poche settimane e dunque il fatto riguarda più la forma che la sostanza.

Mentre in un primo periodo tali Delibere sono state precise nelle quantificazioni e chiare per obiettivi e tempistiche, a partire dal 2014 hanno perso queste positive caratteristiche, rinviando spesso a provvedimenti successivi e lasciando indefiniti i criteri di verifica dei risultati.

È bene inoltre ricordare che rispetto al PSR o alle leggi regionali lo strumento Delibera implica una sede decisionale diversa: non il Consiglio regionale ma la Giunta. Il rinvio a Delibere successive o a Decreti di Direzione, pur corrispondendo alla forma di governo suggerita dalla L. cost. n. 1 del 1999 e sancita dallo Statuto regionale, restringe il livello pubblico di partecipazione e di trasparenza del momento decisionale, sicché appare legittimo pretendere, come misura compensativa, un grado di chiarezza e precisione dell'atto particolarmente elevato.

La **Fig. 4** sintetizza questo fenomeno, sviluppatosi negli ultimi due decenni in misura e con accelerazioni variabili nei diversi periodi. I livelli di Partecipazione e Trasparenza sono in progressiva diminuzione dal primo livello ai successivi.

Fig. 4 – Il progressivo spostamento del livello decisionale



È certo interesse generale migliorare il processo decisionale ed assicurare il rigoroso rispetto dei tempi e dei contenuti previsti per i diversi strumenti dalla normativa nazionale e regionale in materia di sanità, garantendo maggiore capacità di conoscenza, consapevolezza di governo e chiarezza delle strategie.

Alla luce di quanto sopra evidenziato si riportano le seguenti **Raccomandazioni**:

1. rispettare i tempi di presentazione, discussione e presentazione del Piano sanitario regionale
2. predisporre Piani sanitari che forniscano una completa programmazione sociosanitaria precisa nelle quantificazioni, nella tempistica, negli strumenti e nei controlli
3. rispettare il termine di approvazione delle regole di sistema secondo quanto definito normativamente, in modo che le aziende conoscano con congruo anticipo le regole di gestione per l'anno successivo
4. emanare regole annuali complete ed esaustive, riservando l'approvazione di ulteriori atti nell'anno solamente ai casi di necessità ed urgenza; sistematizzare i contenuti delle regole di sistema, in modo che sia chiara la distinzione tra le regole di sistema vigenti e le regole valide soltanto per l'anno successivo, tenendo separati gli atti di indirizzo non espressamente rientranti nelle previsioni normative; indicare con chiarezza quali siano le nuove determinazioni, quelle soppresse e quelle modificate e/o integrate
5. valorizzare il ruolo del Consiglio regionale, prevedendo regolari flussi di informazioni e procedure snelle di analisi e valutazione delle principali Delibere in materia sanitaria, così da consentire la verifica anche *ex post* dell'efficacia delle politiche sanitarie regionali.
6. valutare il giusto spazio da riservare allo strumento di leggi-quadro regionali
7. rafforzare i contenuti, le misurazioni, la tempistica e i criteri di valutazione sia del Piano che delle Delibere annuali, specificandone contestualmente le modalità, riservando i rinvii a ulteriori Delibere e Decreti della Direzione Welfare solo per gli aspetti di dettaglio
8. valutare l'opportunità di istituire nuovi periodici appuntamenti di misura, riflessione, verifica, ascolto, informazione, coinvolgimento, trasparenza quali: Stati generali della sanità e della salute, particolari sessioni del Consiglio dedicate a problematiche sanitarie di particolare rilievo, rafforzandone gli strumenti di conoscenza, analisi e valutazione delle politiche attuate, al fine di apportare, attraverso appositi atti di indirizzo o scelte legislative, i correttivi e le implementazioni.

PARTE II - Modello di finanziamento delle strutture sanitarie

1. Norme in materia di finanziamento e di assetto delle aziende sanitarie regionali

Come già ricordato, la riforma del '92-'93 (e le sue successive integrazioni) ha stabilito le regole generali per il Servizio Sanitario nazionale e per quelli regionali.

Le aziende sanitarie costituiscono uno strumento di programmazione ed erogazione delle prestazioni e dei servizi; alle Regioni spetta anche l'organizzazione delle aziende sul territorio, come numero e tipologia, e l'individuazione di quelle ospedaliere cui dare autonomia di azienda.

In materia di finanziamento delle aziende ospedaliere la riforma ha introdotto un nuovo meccanismo di rimborso a prestazione (DRG o ROD), lasciando alle Regioni la possibilità di modulazione numerica e in base alla tipologia di strutture.

Ogni Regione, con leggi proprie, ha assunto un proprio modello organizzativo e spesso lo ha cambiato nel tempo, variando il numero e l'estensione delle aziende sanitarie e di quelle ospedaliere e a volte alcune loro funzioni.

Ad esempio, in molte regioni le aziende sanitarie contengono al loro interno uno o più presidi ospedalieri e anche la scelta del numero delle aziende ospedaliere autonome varia da regione a regione.

Nel corso degli anni il numero di aziende sanitarie si è in genere molto ridotto soprattutto nel tentativo di razionalizzare le risorse e di ottenere economie di scala. Ad esempio, alcune regioni hanno scelto il modello di un'unica azienda sanitaria (Marche, Molise, Veneto, Sardegna), mentre altre ne mantengono una o poco più per provincia (Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna) o hanno scelto una suddivisione per territori più estesi (Toscana).

Relativamente alle aziende ospedaliere, oltre al nuovo meccanismo base di finanziamento a prestazione, è previsto che le Regioni possano erogare forme di finanziamento non a prestazione ma relative a particolari funzioni assistenziali, fermo restando che il loro valore non superi il 30% del finanziamento totale (art. 8-sexies, comma 1-bis, decreto legislativo n. 502).

2. Il modello di sistema adottato in Lombardia e lo schema dei finanziamenti

L'assetto organizzativo del sistema sanitario regionale lombardo è frutto delle leggi di riforma che si sono succedute dagli anni '90 ad oggi, partendo dalla legge n. 31 del 1997, passando al Testo Unico della legge n. 33 del 2009, sino all'ultima riforma della legge n. 23 del 2015. Quest'ultima peraltro è stata assunta come sperimentazione da verificare assieme al Ministero della Salute entro agosto 2020 (art. 1-bis, legge regionale n. 23 del 2015).

La separazione tra soggetti con compito di programmazione/acquisto e soggetti con compito di erogazione delle prestazioni è stata considerata il principale strumento per raggiungere le finalità enunciate dalla l.r. 31 del 1997 (la libera scelta del cittadino, la sussidiarietà e la

solidarietà sociale, l'equiparazione fra pubblico e privato per la prestazione di un servizio pubblico ecc.).

Questo modello s'ispira solo in parte alla riforma del *National Health Service* inglese del 1990, che portò ad un sistema comunemente chiamato di *quasi mercato*, perché si creò una sorta di competizione interna fra i vari soggetti del sistema: le *Health Authorities* (soggetti programmatori e acquirenti), *Trust* (proprietari degli ospedali erogatori), Medici di famiglia (con possibilità di budget legato agli assistiti) e cittadini (con libertà di cambiare medico di famiglia portandosi dietro il proprio budget). La competizione era reale e la separazione fra i soggetti fu effettiva, non formale.

Nel sistema sanitario della Lombardia la separazione fra programmazione ed erogazione è stata più amministrativa-formale che reale, come si dimostrerà più avanti, in occasione dell'esame del finanziamento non tariffato e discrezionale, trasmesso direttamente da Regione agli erogatori.

Attualmente fanno parte del sistema sanitario lombardo 8 ATS (soggetti programmatori), 27 ASST (aziende ospedaliere pubbliche erogatrici), 5 IRCCS pubblici, 14 IRCCS privati, oltre a molte centinaia di Strutture Private Accreditate (anch'esse soggetti erogatori).

Comunque, dal punto di vista delle regole e dei flussi di finanziamento interni al sistema, il modello lombardo tiene conto, almeno in parte, della impostazione teorica generale di separazione tra programmatori ed erogatori.

Lo Schema di **Fig. 1** riporta i principali flussi legati al finanziamento di tutti i soggetti, diviso secondo le principali tipologie di finanziamento: finanziamento per il funzionamento dei soggetti programmatori (ATS), finanziamento a prestazione (DRG), finanziamento per funzioni non tariffate e altri finanziamenti discrezionali.

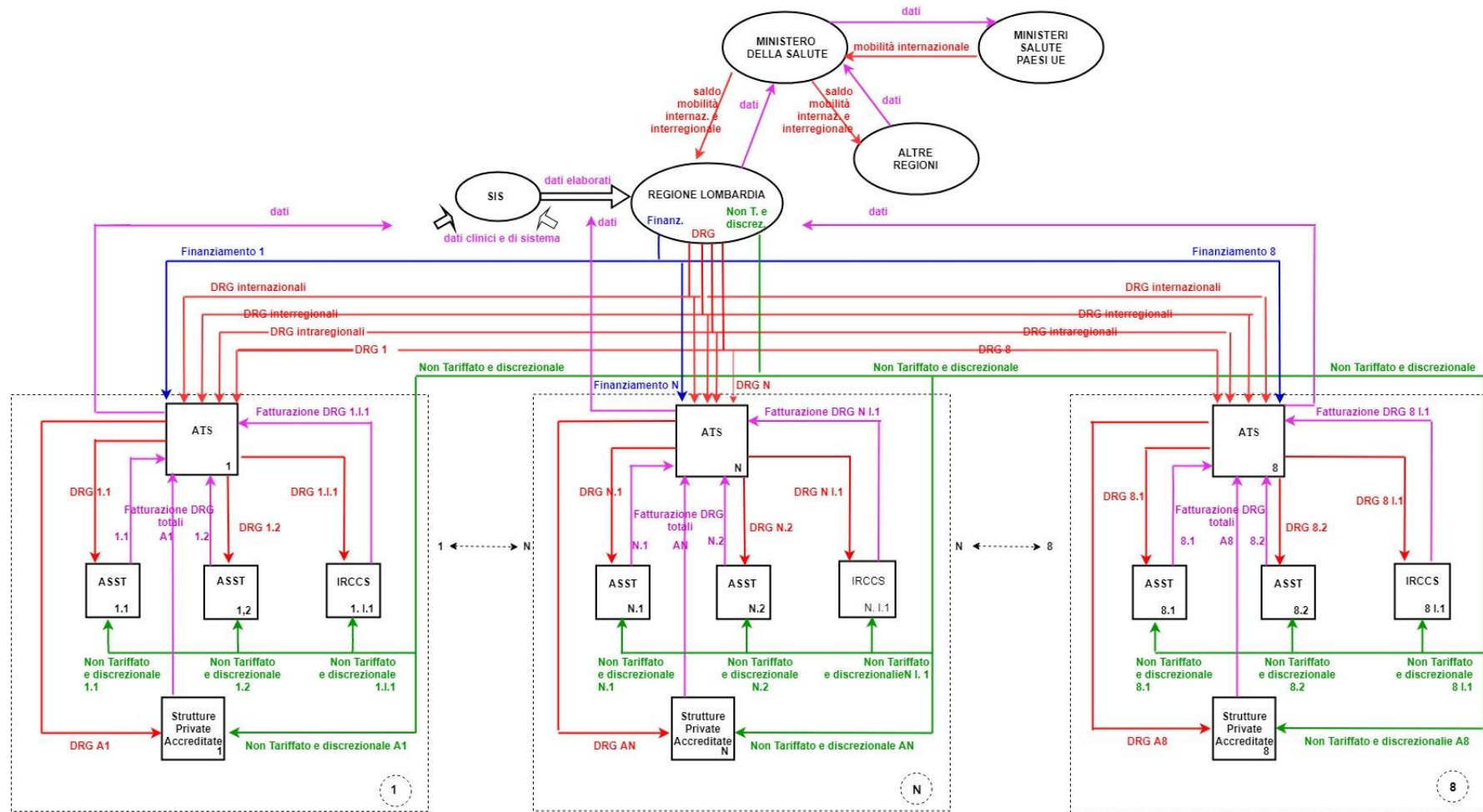
Il finanziamento a DRG ha diverse provenienze. I soggetti erogatori di prestazioni, infatti, le erogano a tutti i cittadini che le richiedono, indipendentemente dalla loro residenza, mentre i soggetti che li rimborsano cambiano in funzione della residenza degli utenti.

Ogni ATS ha un suo territorio di riferimento e per i cittadini lombardi che appartengono ad un altro territorio è l'altra ATS a dover rimborsare il costo della prestazione, generando così dei flussi che coinvolgono tutte le ATS (mobilità intraregionale).

Questi flussi intraregionali (intra ATS) si sovrappongono ai flussi dovuti a prestazioni di cittadini di altre regioni curati nel territorio di quella ATS o di cittadini del territorio di quella ATS curati in altre regioni (mobilità interregionale) e ai flussi, più limitati, dovuti allo stesso meccanismo fra i diversi paesi dell'UE (mobilità internazionale).

L'ammontare della mobilità intraregionale vale circa 1,5 miliardi di euro l'anno, quella interregionale circa 1,2 miliardi, mentre quella internazionale è di poche decine di milioni. Il particolare modello scelto fa sì che tutti questi flussi passino per le ATS, anche se alla fine destinate alle ASST, IRCCS e altre strutture erogatrici.

Fig. 1 – Schema dei principali flussi di finanziamento del sistema sanitario lombardo



- dati e fatturazioni
- Finanziamento Non Tariffato e discrezionale
- Finanziamento a prestazione
- Finanziamento ATS
- 1 ..N...8 territorio di competenza ATS

Oltre ai flussi dovuti al finanziamento a prestazione, esistono altre tipologie di finanziamento, in particolare quello per funzioni non tariffate e altri discrezionali, cioè non legati alle prestazioni effettivamente erogate ed economicamente definite. Questo particolare tipo di finanziamenti segue una via diversa: direttamente da Regione ai soggetti erogatori.

Nello Schema, per semplicità, si sono riportate solo 3 ATS su 8: la prima, la ennesima e la ottava. Inoltre, all'interno di ogni territorio di ATS si sono riportate solo 2 ASST, 1 IRCCS e un soggetto che contiene tutte le strutture accreditate, ma è evidente che gli erogatori sono molti di più in ogni territorio di ATS.

Malgrado la forte semplificazione adottata in figura, appare evidente la complessità del sistema e l'intreccio contabile e amministrativo conseguente.

Ad esempio, la scelta di adottare la mobilità fra ATS, produce complicazioni contabili, e non sempre appare assicurare miglioramenti in termini di programmazione.

In questa situazione ogni episodio al di fuori della "normalità" rischia di mettere in crisi l'intero sistema; è quello che è successo con la vicenda nota come "Regolazioni debitorie/creditorie pregresse", nata dalla necessità di prendere atto di alcuni accorpamenti aziendali e da una serie di finanziamenti paralleli ai canali propri del sistema (per lo più nel periodo 2011-2015), che Regione ha indirizzato alle singole aziende sanitarie pubbliche come "anticipazioni" miranti principalmente ad affrettare il pagamento dei creditori.

Ebbene, anche se l'intenzione era meritoria, la sovrapposizione temporanea di ulteriori canali di finanziamento e le conseguenze degli accorpamenti aziendali hanno determinato una moltiplicazione di flussi contabili, non periodicamente riconciliati, e costretto perciò ad una forzata attività di regolarizzazione estremamente complicata, che terminerà solo nel 2022-23. Di questa vicenda si è occupato recentemente ORAC con una sua specifica istruttoria ma anche la Corte dei conti e, a livello tecnico, il Ministero dell'Economia e quello della Salute.

Nella relazione finale in proposito ORAC ha osservato: *"Il sistema di finanziamento in atto tra Regione, ATS, ASST e IRCCS, peraltro diversificato per tipologia (DRG, non tariffato, mobilità intraregionale, mobilità interregionale, altro) comporta fisiologicamente una interazione contabile estremamente complessa fra i diversi soggetti; il modello scelto è forse eccessivamente complicato e questa vicenda mostra come possa essere messo in difficoltà da forzature anche solo temporanee. È auspicabile che ci si interroghi sulle modalità tecniche di una sua possibile semplificazione. ORAC ha inserito questa problematica nel suo Piano di Attività 2020."*

Oltre all'estrema complessità dei canali di finanziamento e ai loro percorsi, va sottolineata una ulteriore caratteristica. La centralizzazione dei finanziamenti sulle ATS, decisa in coerenza con la scelta del modello di separazione acquirenti-erogatori di prestazioni, provoca un altro rischio di cui è necessario tenere conto.

Infatti, in tal modo la programmazione è delegata ad un livello territoriale più basso (il territorio della singola ATS), con il rischio sia di perdere la visione complessiva dell'intera regione sia di creare forti difficoltà nelle zone di "confine" tra le ATS, anche perché le aziende sanitarie e ospedaliere erogatrici di servizi sono molto numerose ed alcune con bacini di utenza che si sovrappongono agli 8 territori.

In altre parole, da una parte la Regione sembra rinunciare all'azione centrale di governo complessivo e dall'altra le singole ATS si trovano a gestire (anche a livello di contratti) situazioni non sempre facilmente separabili.

Infine, lasciando le considerazioni generali sul modello adottato e volendosi addentrare nel vivo della realtà operativa, è giusto porsi il problema delle reali condizioni di forza contrattuale tra Direttore Generale dell'ATS (acquirente) e suoi omologhi di ASST (erogatori).

Entrambi sono nominati da Regione. Spesso le grandi ASST sono considerate (a torto o a ragione) più importanti delle ATS e un ambito punto di arrivo professionale. Sono condizioni che mettono in dubbio i ricercati vantaggi derivanti dalla separazione tra soggetti programmatori e soggetti erogatori.

Appare perciò importante ragionare sulla effettiva forza contrattuale delle realtà acquirenti rispetto a quelle fornitrici, perché anche questo aspetto è utile a valutare il livello di funzionalità del modello.

Limitandoci alle caratteristiche generali del modello di finanziamento va ribadito che esso è basato sulla separazione tra i soggetti acquirenti dei servizi e soggetti erogatori.

La implementazione lombarda è stata particolare: il modello teorico è stato realizzato, ma i principali soggetti che dovrebbero competere continuano ad essere di proprietà e gestiti dallo stesso soggetto (Regione) e non si vedono elementi di reale competizione.

In tal modo il sistema è divenuto più fermo e incentrato su sé stesso (ATS-ASST), con rischi di disattenzione verso realtà pure importanti (medicina di base, ad esempio).

Dall'analisi del modello di finanziamento adottato in Lombardia emergono alcuni limiti:

- intreccio dei flussi contabili molto complesso, di difficile gestione e dunque maggiormente esposto ad eventuali errori o ritardi
- sistema complessivamente rigido e con difficoltà ad assorbire cambiamenti o variazioni anche solo temporanee
- le sedi di programmazione sono spostate e suddivise, rendendo difficile una consapevole azione di governo complessivo
- l'aumento della complessità contabile e dei flussi informativi non favorisce comprensione dei fenomeni e trasparenza.

Ad aumentare la complessità del sistema e la difficoltà di controlli tempestivi va citata anche la problematica delle maggiorazioni tariffarie.

Alle Regioni è data la facoltà di modulare il valore del rimborso delle prestazioni (DRG) in funzione della natura del soggetto erogatore la prestazione. In altre parole, la regione può pagare diversamente la stessa prestazione a seconda di chi la eroga; ad esempio alcune regioni assicurano maggiorazioni tariffarie agli IRCCS per finanziarne anche per questa via la ricerca, in altri casi sono state aumentate le tariffe per i soggetti pubblici rispetto ai privati o sono stati introdotti altri criteri di maggiorazione.

La facoltà di usare in vario modo le maggiorazioni tariffarie è dunque fra gli strumenti di cui il livello regionale centrale dispone per programmare e governare il sistema degli erogatori;

è certamente una opportunità, ma inevitabilmente innalza il livello di complessità del sistema.

Nel caso della Lombardia l'esperienza ne mostra la difficoltà di applicazione e la carenza di controlli tempestivi.

Va ricordato, infatti, quanto meno il caso di "anticipazioni" legate a maggiorazioni tariffarie nel periodo 2012-2018 senza operare controlli a consuntivo; solo dopo sei anni si sono ricostruiti i conti, appurando che le anticipazioni erano superiori al dovuto per oltre 33 milioni.

Anche questo episodio mostra come la complessità del sistema dei finanziamenti, unita a lacune di trasparenza e precarietà dei controlli, rischia di ridurre la capacità di governo regionale.

3. Finanziamenti non tariffati e discrezionali

Le tipologie di finanziamento per le aziende sanitarie ospedaliere sono individuate sia dalla legge nazionale che da quella regionale.

A livello nazionale il Decreto Legislativo n. 502 (e sue integrazioni) prevede all'art. 8-*sexies* che le forme di finanziamento siano sostanzialmente due: rimborso a prestazione (DRG) e remunerazione per funzioni. Queste ultime sono individuate tramite sette caratteristiche (programmi sperimentali, malattie rare, emergenza ecc.) e per esse è messo un limite quantitativo massimo del 30% dell'intero finanziamento (comma 1-*bis*).

Relativamente alla remunerazione per funzioni la legge regionale n. 23/2015 specifica all'art. 27, comma 3: *"Annualmente la Giunta regionale, nell'ambito delle risorse di parte corrente di cui al comma 1, costituisce un fondo per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili e ne determina le modalità di riparto. La Regione persegue, laddove possibile, la trasformazione delle funzioni non tariffabili in prestazioni o servizi tariffabili, con conseguente riduzione del fondo"*.

Dunque, si ribadisce il carattere eventuale delle funzioni non tariffate (FnT) e la tendenza, ove possibile, alla loro diminuzione nel tempo in favore di modalità tariffate.

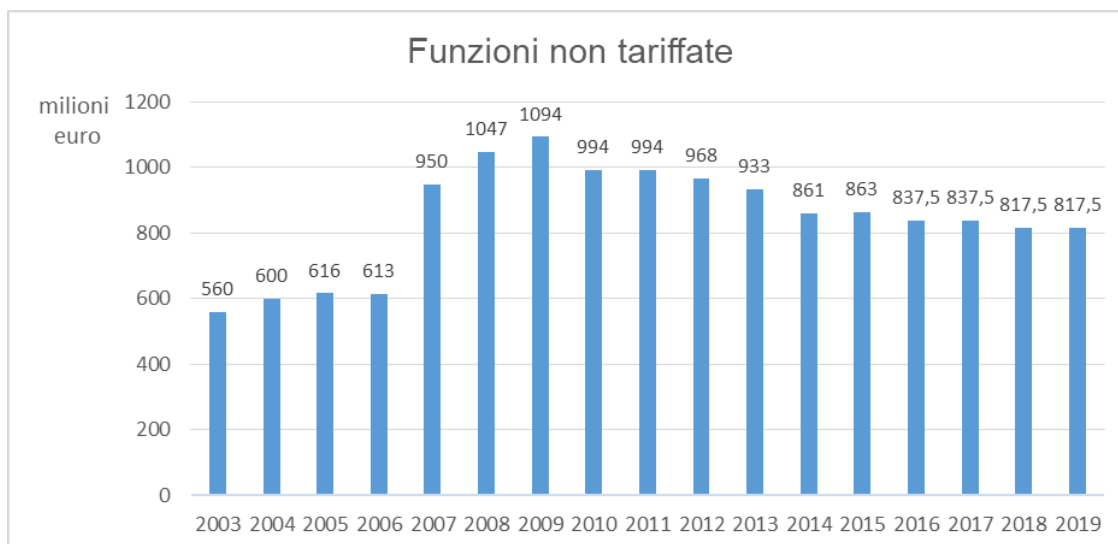
Inoltre, va notato che l'attuale assetto del sistema sanitario lombardo prevede che il finanziamento a prestazione per gli erogatori passi tramite le ATS (individuate come soggetti di programmazione sul territorio), mentre il finanziamento non tariffato sia direttamente quantificato e trasmesso da Regione ai soggetti erogatori (ASST, IRCCS, Aziende Accreditate private), secondo quanto mostrato nello Schema di **Fig. 1**. Questo sdoppiamento di canali e di soggetti certamente non produce un rafforzamento della programmazione.

Il finanziamento non a prestazione è peraltro composto da due componenti: il finanziamento di funzioni non tariffabili (FnT) propriamente dette e il finanziamento di progetti specifici e contributi indistinti di funzionamento, anche essi discrezionali.

Il valore delle sole FnT è variato nel tempo: da 500-600 milioni dei primi anni duemila a 1,1 miliardi di euro nel 2009 per poi stabilizzarsi tra 8-900 milioni negli ultimi anni (**Fig.2**).

Il valore della seconda componente (progetti, contributi e altri finanziamenti discrezionali) deve invece essere ricostruito a partire dall'analisi del bilancio di ogni Azienda Ospedaliera (ASST): negli anni 2016-2018 il suo valore complessivo è passato da 1,3 a 1,6 miliardi di euro.

Fig. 2 – Valore Funzioni non Tariffate, 2003 - 2019



Fonti: DGR vari anni, Consiglio Regionale-Missione Valutativa 2013, Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario 2017

Al fine di rendersi conto dell'entità di ogni tipologia di finanziamento è utile esaminare i bilanci delle 27 ASST lombarde suddividendo i finanziamenti in tre gruppi: finanziamenti a prestazione (DRG, ambulatoriale, neuropsichiatria, prestazioni sanitarie), finanziamenti discrezionali (FnT, progetti, contributi vari) e altri (entrate proprie, proventi finanziari, libera professione); per ciascuna tipologia di finanziamento è inoltre calcolabile la percentuale rispetto al totale.

In tal modo si ricava il peso dei finanziamenti discrezionali rispetto alla remunerazione oggettiva delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini ed è possibile disporre di ulteriori elementi di valutazione di fenomeni altrimenti nascosti dall'estrema complessità dei finanziamenti e dei canali mostrati nello Schema di Fig. 1.

Questa analisi, effettuata per il periodo 2016-2018, porta a dire che per l'insieme delle 27 ASST lombarde i finanziamenti discrezionali rispetto al totale dei finanziamenti valgono il 24,6% nel 2016, il 24,7% nel 2017 e il 25,7% nel 2018.

Se i valori complessivi, pur elevati, restano al di sotto della soglia del 30%, così non è per tutte le ASST; in particolare quelle che raggiungono o superano la soglia sono 6 nel 2016, 8 nel 2017, 9 nel 2018, di cui 2 arrivano al 38%.

Ricordando l'impostazione generale del sistema sanitario lombardo (separazione tra ruolo di ATS e ruolo di ASST) il valore del finanziamento discrezionale proveniente direttamente da Regione appare comunque alto e poco coerente.

I confronti con regioni di pari sviluppo sanitario non sono agevoli, perché i modelli sono diversi, e nessuna altra regione ha adottato il modello lombardo. Emergono comunque alcuni dati e la singolarità della situazione lombarda.

Una ricerca del 2013 promossa dal Consiglio Regionale (Servizio Studi e Valutazione Politiche Regionali – Ufficio Analisi Leggi e Politiche Regionali) ha confrontato Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto mostrando, fra l'altro, che il valore percentuale (sulla spesa regionale) delle FnT della Lombardia è sei volte quello dell'Emilia-Romagna e del 50% superiore a quello del Veneto.

Un confronto con Aziende Ospedaliere di Veneto e Liguria per gli anni 2016-2018 conferma che le percentuali di finanziamenti discrezionali delle ASST lombarde sono molto più alte.

4. Il risultato di gestione delle Aziende sanitarie lombarde

Pur con tutta la prudenza necessaria è possibile affermare che il ricorso a quote rilevanti di finanziamento discrezionale (FnT + altri contributi discrezionali) rischia di produrre effetti non sempre immediatamente visibili ma di impatto certamente significativo sulle modalità di governo del sistema e sulla sua trasparenza.

L'alto ricorso ai finanziamenti discrezionali si affianca infatti alla scelta di far presentare sempre a saldo zero il risultato economico di tutte le aziende sanitarie; e anche questa caratteristica non è seguita da nessuna altra regione italiana.

In altre parole, in Lombardia, malgrado si sia scelto un modello di sistema dichiaratamente basato sulla separazione tra programmatori ed erogatori nel nome dell'efficienza, esaminando i risultati di gestione delle aziende sanitarie non è possibile individuare quelle più efficienti e quelle meno né (per ciascuna azienda) l'andamento nel tempo del risultato di gestione, perché tutte presentano bilanci sempre rigorosamente senza utili né perdite.

Tale scelta non esalta la trasparenza di gestione, non rende agevole conoscere i reali andamenti aziendali, rende difficile comparare anche con altri operatori risultati ottenuti e risorse impiegate, oltre a rendere teorici il "quasi mercato" e la concorrenza fra erogatori.

Questa preoccupazione è presente anche in un documento del 2019 (Parere preventivo funzioni non tariffate 2019) della Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario lombardo (ACSS) che in premessa così evidenzia: *"ACSS in particolare ha sottolineato la necessità di rivedere, in un'ottica di trasparenza, l'intero processo di attribuzione al fine di rafforzare il concetto delle funzioni non tariffate come una forma di finanziamento legato allo svolgimento di attività definite e misurabili, ma non tariffabili, e non come un contributo indistinto alla gestione."*

E più avanti nella stessa relazione ACCS sottolinea che: *"Esiste infatti il concreto rischio che un abuso dell'istituto delle funzioni le trasformi semplicemente in una riproposizione del finanziamento a piè di lista o che queste vengano applicate indiscriminatamente, anche laddove sarebbe opportuna la definizione di tariffe."*

A supporto di questo timore contribuisce l'osservazione che la seconda componente del finanziamento non a prestazione (sopra definita "altri contributi discrezionali") è composta

da diverse voci: altri contributi da Regione, contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti, miglioramento qualità ecc.

In questa componente ed in particolare nella voce “contributo al finanziamento PSSR” potrebbe configurarsi un vero ripiano di gestione.

Infatti, la quantificazione di questa specifica voce subisce variazioni in corso d'anno, in funzione del reale andamento di gestione: una cifra iniziale che poi viene “asestata” in corso d'anno più volte al fine di portare il bilancio delle singole aziende in pareggio. Sostanzialmente un ripiano progressivo del deficit in corso d'anno chiamato con altro nome e deciso con modalità non sempre trasparenti.

Non c'è alcun beneficio concreto in questa scelta; l'unico effetto è rendere difficoltoso ad un osservatore esterno la quantificazione del risultato di gestione aziendale e dunque la valutazione complessiva dei risultati, persino per gli operatori e i decisori istituzionali al di fuori di un insieme particolarmente ristretto.

5. Valutazioni sul modello di finanziamento del sistema. Indicazioni

Il modello organizzativo scelto da Regione Lombardia per il sistema sanitario regionale risale alla fine degli anni '90 ed è stato perfezionato, nella sua dimensione attuale, dalla riforma sanitaria del 2015.

Tale riforma è stata assunta come sperimentale e da verificare dopo il primo quinquennio, tramite tavolo tecnico con il Ministero della Salute da tenersi a partire da agosto 2020.

L'analisi ORAC mostra che la separazione tra soggetti acquirenti di servizi (ATS) e soggetti fornitori (ASST, IRCCS, aziende private) ha creato una ragguardevole complessità contabile e amministrativa, ma anche che i teorici vantaggi in termini di mercato derivanti da una tale separazione sono stati ridotti da due fattori: la separazione è stata più amministrativa che reale, la gestione di una rilevante parte del finanziamento (Funzioni non tariffate, altro finanziamento discrezionale) va nel senso contrario, complicando la valutazione dei reali esiti di gestione.

In particolare, la notevole complessità contabile, amministrativa e per alcuni aspetti persino di comunicazione ha introdotto seri rischi di rigidità del sistema.

Lo ha dimostrato la lunga vicenda delle Regolazioni debitorie/creditorie pregresse (non ancora perfezionata). Anche alcuni aspetti della gestione della recente pandemia da Covid-19 inducono a riflettere sull'efficacia e sulla rapidità della comunicazione e della programmazione all'interno del sistema.

La preoccupazione maggiore è che queste criticità possano limitare gli strumenti di governo della Giunta e quelli di conoscenza del Consiglio.

Alla luce delle analisi effettuate vengono formulate le seguenti **Raccomandazioni**:

1. riflettere sul divario tra modello teorico scelto e sua materiale implementazione, confrontando aspettative e risultati realmente ottenuti
2. cogliere l'occasione del tavolo con il Ministero della Salute per valutare l'attuazione della legge regionale di riforma, al fine di una semplificazione del modello e dei flussi di finanziamento, migliorandone governo e trasparenza
3. riflettere sull'attuale scelta di contabilizzazione della mobilità intraregionale a livello di ATS, valutando se tale soluzione garantisca o meno le esigenze di programmazione complessiva
4. limitare i finanziamenti discrezionali e non tariffati, rispettandone natura e vincoli
5. ridurre la pratica delle anticipazioni e limitarle ai casi realmente necessari; in ogni caso limitarle nel tempo e comunque operare controlli tra anticipazioni e consuntivo ogni anno
6. cambiare il sistema dei ripiani progressivi alle aziende, facendo emergere i reali risultati delle singole aziende sanitarie anche per renderne apprezzabili e confrontabili le gestioni.