



L'AZIENDALIZZAZIONE DELLA SANITÀ IN ITALIA

RAPPORTO OASI 2003

A cura di Eugenio Anessi Pessina ed Elena Cantù

EXECUTIVE SUMMARY

1. *Introduzione*

L'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane (OASI) del CeRGAS Bocconi si propone di analizzare i cambiamenti in atto nella sanità italiana secondo l'approccio economico-aziendale. OASI realizza un monitoraggio continuo delle variabili che incidono sull'evoluzione del SSN e delle scelte organizzative e gestionali formulate dalle singole aziende sanitarie. A questo scopo utilizza diversi strumenti di ricerca tra loro integrati (analisi documentale, questionari, interviste, studi di casi, *desk research*). Mantiene inoltre un rapporto costante con gli operatori del settore attraverso il «Network OASI», composto da circa 300 persone con posizioni di responsabilità nelle regioni e nelle aziende. Il Network permette di diffondere e condividere le esperienze e di sviluppare elementi critici di interpretazione e valutazione della realtà sanitaria italiana.

I risultati dell'attività di ricerca vengono divulgati principalmente attraverso il Rapporto Annuale, che presenta un'analisi dei sistemi sanitari nazionale e regionali, fornendo dati quantitativi, indicazioni qualitative e di tendenza. In ogni Rapporto, alcuni capitoli sono dedicati ad approfondimenti su temi di particolare interesse e attualità; altri propongono riflessioni e aggiornamenti su temi già analizzati in precedenti Rapporti. Nei Rapporti Annuali confluiscono anche i risultati di eventuali ricerche su commessa, naturalmente nei limiti di quanto concordato con i committenti. Finora sono stati pubblicati quattro Rapporti Annuali (2000, 2001, 2002, 2003).

Le strategie di divulgazione comprendono inoltre l'organizzazione e la presentazione di relazioni a convegni, la pubblicazione di articoli su quotidiani e riviste specializzate, l'utilizzo del sito internet, (<http://www.oasi.cergas.info>).

Questo documento riassume metodi, contenuti e risultati del Rapporto Annuale 2003.

2. *Il modello di analisi*

Nell'approccio economico-aziendale, la pubblica amministrazione (o qualunque suo sottosistema, compreso quello sanitario, che peraltro comprende anche aziende private) viene interpretata non come sistema unitario, ma come sistema di aziende dotate di autonomia. Di conseguenza:

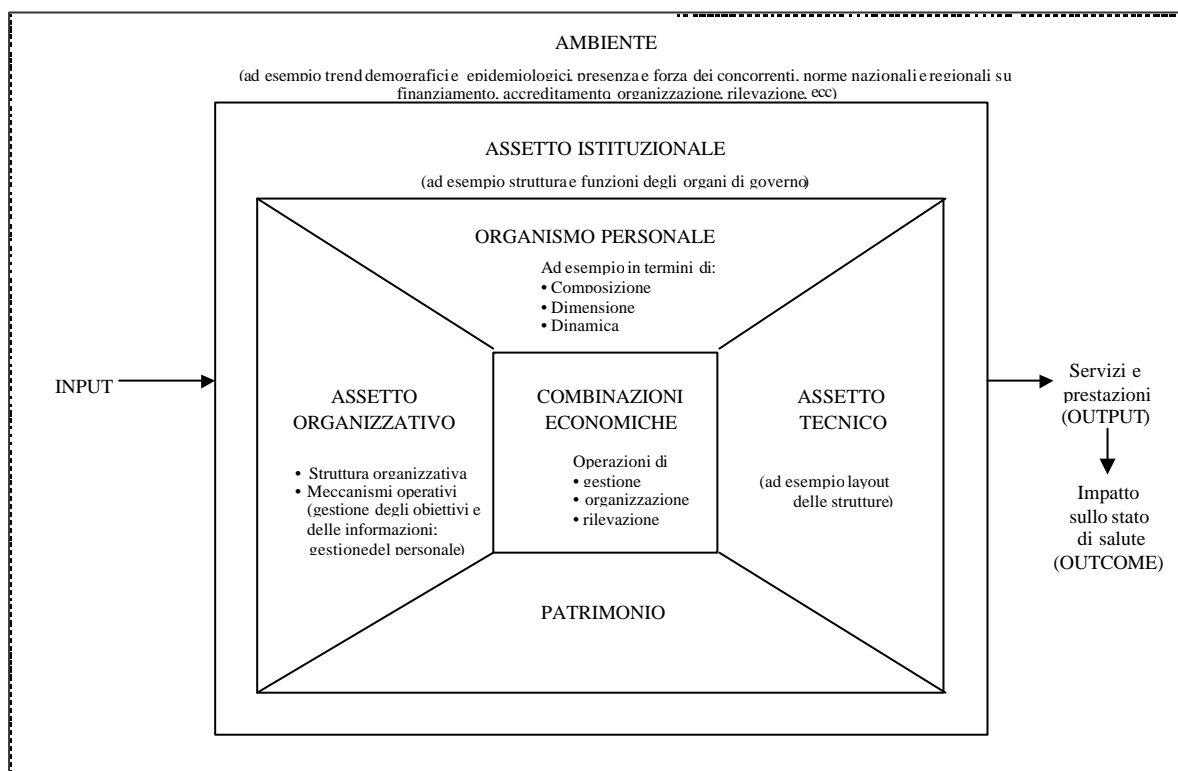
- dal punto di vista interpretativo, la funzionalità complessiva del sistema dipende dai livelli di funzionalità raggiunti da ciascuna azienda e dall'interazione tra le aziende stesse;
- dal punto di vista normativo, la funzionalità complessiva del sistema si può migliorare modificando le modalità di funzionamento delle singole aziende e mettendole in grado di migliorare i propri risultati, nel rispetto delle proprie specificità organizzative, gestionali e di ambiente. Anche nella definizione delle politiche pubbliche non bisogna cercare di imporre comportamenti uniformi: bisogna invece creare le condizioni e fornire gli incentivi perché le singole aziende migliorino le proprie modalità di funzionamento.

OASI si propone quindi di analizzare le scelte adottate dalle singole aziende sanitarie e i loro riflessi sulla funzionalità delle aziende stesse, dove per funzionalità si intende il rapporto (logico prima

ancora che quantitativo) tra qualità e quantità delle risorse utilizzate e qualità e quantità dei risultati prodotti, espressi in termini di grado di raggiungimento delle finalità istituzionali.

A questo scopo è necessario individuare analiticamente le variabili che determinano il grado di funzionalità di una qualsiasi azienda e, più in particolare, di un'azienda sanitaria. Le variabili da analizzare sono rappresentate schematicamente nella Figura 1.

Figura 1. Rappresentazione della struttura e dello spazio d'azione di un'azienda sanitaria



Adattato da Airoidi, Brunetti e Coda, *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino, 1994, p. 86.

3. Principali contenuti del Rapporto OASI 2003

La struttura del Rapporto Annuale OASI riflette la Figura 1. Il Rapporto 2003, in particolare, si articola in cinque parti: (i) il quadro di riferimento, (ii) i sistemi sanitari regionali, (iii) gli assetti istituzionali, (iv) l'organizzazione, (v) la rilevazione. La Tabella 1 presenta sinteticamente i contenuti, le metodologie e gli autori dei singoli capitoli.

Tabella 1. Contenuti e metodi del Rapporto 2003

Cap.	Titolo	Autori	Contenuto	Metodi	Oggetto di analisi
	Prefazione	Borgonovi e Longo			
I. Il quadro di riferimento					
1	Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati	Anessi Pessina			
2	La struttura del SSN italiano	Cantù e Carbone	Struttura dei sistemi sanitari regionali, risorse utilizzate dalle aziende sanitarie (es. personale), output prodotti (es. numero di prestazioni)	Elaborazione di (i) dati ministeriali e (ii) dati raccolti attraverso schede inviate a tutte le regioni	Tutte le regioni e aziende
3	La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione	Jommi	Andamento della spesa sanitaria a livello nazionale, regionale e di confronto internazionale. Analisi delle diverse fonti dei dati e delle loro interrelazioni	Elaborazioni su database OCSE (2002), Relazione generale sulla situazione economica del Paese, dati Ministero della salute	Tutte le regioni. Confronto con Paesi UE e USA
II. I sistemi sanitari regionali					
4	La regione come Capogruppo del SSR: modelli e strumenti a confronto in sei regioni	Longo, Carbone e Cosmi	Principali caratteristiche dei sistemi di P&C di gruppo	Analisi documentazione regionale; interviste ai responsabili delle UO regionali competenti e ai DG e/o responsabili di staff di alcune aziende	6 regioni: Lom, Ven, Emr, Tos, Cam, Sic
5	I sistemi di finanziamento e di controllo della spesa in cinque regioni: un aggiornamento al 2003	Cantù e Jommi	Sistemi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie (parte corrente)	Analisi normativa e documentazione regionale; interviste ai responsabili delle UO regionali competenti	5 regioni: Lom, Ven, Tos, Mar, Sic
6	L'informativa esterna di bilancio nelle aziende sanitarie pubbliche	Anessi Pessina	Caratteristiche ed evoluzione della normativa regionale di contabilità	Analisi normativa e documentazione regionale	Tutte le regioni
7	Scelte regionali per il governo della medicina generale	Heller e Tedeschi	Orientamento strategico delle scelte regionali per la medicina generale: verso la funzione di produzione oppure di governo della domanda sanitaria?	Analisi dei PSSR (e successive linee guida) e degli accordi regionali con le organizzazioni sindacali dei MMG	4 regioni: Lom, Ven, Emr, Tos
8	Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica: un quadro delle iniziative adottate nel 2002	Jommi, Otto e Paruzzolo	Analisi sistematica delle iniziative regionali di governo dell'assistenza farmaceutica, con riferimento particolare a quella erogata dalle farmacie territoriali	Analisi documentazione regionale; interviste ai responsabili delle UO regionali competenti	Tutte le regioni
III. Gli assetti istituzionali					
9	Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica	Del Vecchio	Traiettorie evolutive degli assetti istituzionali dei SSR e delle loro aziende	Analisi critica delle tendenze in atto alla luce dell'impostazione economico-aziendale	
10	La mobilità dei Direttori Generali	Carbone	Mobilità dei DG dal punto di vista delle aziende (e delle relative regioni) e da quello delle persone che ricoprono la carica di DG	Costruzione e analisi di un database dei DG	Tutte le ASL e AO, 1996-2003
11	L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione: gli assetti istituzionali	Carbone e Pinelli	Atto aziendale, collegio di direzione, nucleo di valutazione	Questionario	Tutte le ASL e AO (tasso di risposta 55%), 2002



12	Il voucher socio sanitario: la sperimentazione nei servizi di assistenza domiciliare integrata in Lombardia	Ceda e Fosti	Introduzione del voucher socio-sanitario in Lombardia	Analisi normativa e documentazione regionale e studio di casi	Due ASL (Lecco e Provincia di Milano 3)
IV. L'organizzazione					
13	L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione: organizzazione e personale	De Pietro, Lega e Pinelli	Istituzione di dipartimenti e distretti, sistemi di gestione del personale, funzioni gestionali innovative	Questionario	Tutte le ASL e AO (tasso di risposta 55%), 2002
14	Il percorso assistenziale: uno strumento innovativo di gestione	Tozzi	Esperienze di introduzione dei percorsi assistenziali, analizzate in termini di finalità perseguite, strumenti utilizzati per integrare professionisti e ambiti di cura, processo di cambiamento	Studio di casi	Due ASL (Empoli e Napoli 3)
15	Lo sviluppo della funzione marketing	Giovoni, Mallarini e Rappini	Monitoraggio e approfondimento delle prime esperienze di sviluppo della funzione marketing in alcuni contesti regionali e aziendali all'avanguardia	Questionari; approfondimenti tramite studio di casi	28 aziende, prevalentemente lombarde
16	Le retribuzioni nella sanità pubblica: una prima analisi quali-quantitativa in due aziende	De Pietro	Livelli retributivi complessivi e loro determinanti	Studio di casi	AO Cannizzaro di Catania e ASL 5 di Pisa
17	Orientare all'innovazione l'ospedale: aspetti strategici, organizzativi e gestionali	Lega	Analisi delle condizioni che possono favorire l'innovazione nell'ospedale moderno	Analisi critica delle tendenze in atto alla luce dell'impostazione economico-aziendale	
V. La rilevazione					
18	L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione: sistemi di contabilità generale e di programmazione e controllo	Anessi Pessina e Pinelli	Caratteristiche dei sistemi di contabilità generale e di P&C	Questionario	Tutte le ASL e AO (tasso di risposta 55%), 2002
19	Lo stato delle dotazioni informatiche e delle strategie ICT	Buccoliero e Marsilio	Stato delle dotazioni informatiche (hardware e software) aziendali; linee di evoluzione strategica di tali dotazioni e della funzione aziendale preposta all'Information Technology.	Questionario inviato ai responsabili dei sistemi informativi	57 AO e 71 ASL, 2003
20	Architettura del sistema contabile: analisi di due aziende sanitarie	Calciolari	Caratteristiche del sistema di contabilità generale e analitica	Studio di casi	Due ASL dell'Italia settentrionale



4. Principali risultati del Rapporto OASI 2003

I principali risultati del Rapporto riguardano:

- assetti di sistema (§ 4.1);
- risorse strutturali, servizi erogati, livelli di spesa (§ 4.2);
- processo di regionalizzazione (§ 4.3);
- processo di aziendalizzazione (§ 4.4).

4.1. Assetti di sistema

Il Rapporto 2003 conferma l'avvio di una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema. La finalità principale è l'integrazione tra le diverse aziende, per ricercare sinergie ed eliminare duplicazioni; a ciò si aggiunge, in alcuni casi, l'esigenza di restituire influenza a *stakeholder* diversi dalla regione (per esempio, gli enti locali). Le modalità prevalenti sono tre: interventi sulla struttura istituzionale, con ridefinizione di ASL e AO e/o creazione di nuovi soggetti istituzionali; interventi sui meccanismi che legano tra loro le diverse aziende; accentramento a livello regionale delle decisioni strategiche e di alcune funzioni amministrative.

L'accentramento regionale è affrontato nel § 4.3. Quanto alle prime due modalità: nel biennio 1994-95, la maggior parte delle regioni aveva provveduto al riassetto del proprio SSR in attuazione del Dlgs 502/92; dopo il 1995, le revisioni erano state rare, con l'unica eccezione della Lombardia (Box 1); dall'anno scorso, gli interventi di «ingegneria istituzionale», già avviati o comunque proposti, si sono moltiplicati (Tabella 2). Rispetto al passato, i nuovi interventi si caratterizzano per eterogeneità: le regioni, forti del «federalismo fiscale e sanitario», stanno procedendo in modo autonomo, introducendo rilevanti elementi di innovazione rispetto all'«ortodossia del SSN» e di differenziazione rispetto ad altre regioni.

Box 1. Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31/12/95 al 30/04/03

LOMBARDIA

1997: Definizione dei nuovi ambiti territoriali delle ASL (LR 31/97), che sono passate da 44 a 14.

1997: Costituzione di 11 nuove AO (Del CR 742/97)

1998: Costituzione dell'ASL di Vallecamonica-Sebino (LR 15/98)

2002: Costituzione di 2 nuove AO: Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (Del CR 401/02)

2003: Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio (Del CR 747/03). La regione ha quindi completato il riassetto del SSR in base al modello di separazione acquirente-fornitore: attualmente solo l'ASL della Valcamonica continua a gestire direttamente due ospedali (Edolo ed Esine)

VENETO

1996: Accorpamento delle ULSS 11 Venezia e 12 Mestre (DGR 6368/96)

MARCHE

1996: Costituzione dell'AO Umberto I Torrette di Ancona (DGR 3959/96)

UMBRIA

1998: Incorporazione dell'ASL di Orvieto nell'ASL di Terni (LR 3/98)

LAZIO

1999: Costituzione dell'AO Universitaria S. Andrea (DPCM 22 luglio 1999), che ha inizialmente svolto solo attività ambulatoriale, mentre dal 2002 eroga anche prestazioni di ricovero

CAMPANIA

1997: Costituzione dell'AO «Cotugno» tramite scorporo dall'AO «Monaldi Cotugno» di Napoli (Del GR 8048/97 e 22782/97)

PUGLIA

1996: Costituzione dell'AO SS. Annunziata di Taranto (Decreto Pres GR 53/96)

1997: Costituzione dell'AO Ospedali Riuniti di Foggia (Decreto Pres GR 44/97)

2002: Soppressione di 4 AO (su 6: restano solo AO Ospedali Riuniti di Foggia e AO Policlinico di Bari), con riaccorpamento dei relativi presidi nelle ASL in cui sono ubicati (DGR 1429/02).

Tabella 2. Principali iniziative di ingegneria istituzionale (2002-03)

Regione	Iniziative sul piano della struttura istituzionale	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
Piemonte	(*) Accorpamento ASL su scala tendenzialmente provinciale (*) Istituzione nuove AO (*) Distinzione tra ASL (prive di presidi ospedalieri) e ASI (Aziende Sanitarie Integrate, che manterrebbero la gestione diretta di alcuni presidi ospedalieri)	Rafforzamento dei «quadranti» come momento di coordinamento e raccordo per le politiche delle aziende
Lombardia	Costituzione di 2 AO; trasferimento di presidi ospedalieri dalle ASL alle AO (*) Trasformazione AO in Fondazioni (*) Ipotesi di creazione di società o cooperative di cure primarie	Contratti interaziendali per corresponsabilizzare ASL, AO e aziende private accreditate operanti nello stesso territorio
Emilia-Romagna	(*) Accorpamento 3 ASL bolognesi	Individuazione di tre «macro-aree», le cui aziende dovranno coordinare strategie e processi di acquisto, nonché valutare l'opportunità di unificare la gestione del trattamento economico e delle procedure concorsuali per il personale
Veneto		Accentramento di alcuni servizi amministrativi a livello regionale o di «Area Vasta»
Toscana	Consorzi di «Area Vasta» (*) Società della Salute	Programmazione strutture e servizi ospedalieri a livello di «Area Vasta»
Marche	(*) Creazione ASL unica regionale (*) Riduzione numero AO (da 4 a 2)	
Lazio	(*) Costituzione in AO dei presidi a gestione diretta della ASL RM/C	
Molise	(*) Creazione ASL unica regionale	
Puglia	Soppressione di 4 AO	
Calabria	(*) Accorpamento ASL (da 11 a 3) (*) Scorpo dei presidi ospedalieri a gestione diretta e loro attribuzione a 5 AO	
A livello nazionale	Sperimentazioni gestionali (cfr. Rapporto OASI 2002) (*) Trasformazione IRCCS di diritto pubblico in Fondazioni	

(*) Iniziativa prevista ma non ancora realizzata

In questo quadro di rinnovamento istituzionale, diventerà sempre meno significativo descrivere l'assetto dei SSR in termini delle loro «classiche» aziende pubbliche (ASL e AO), equiparate e private accreditate. La Tabella 3 sintetizza comunque l'evoluzione di ASL e AO dal periodo antecedente le riforme fino ad oggi, evidenziando in particolare: (i) la riduzione nel numero delle ASL; (ii) l'eterogeneità interregionale nel numero e dimensione media delle ASL; (iii) l'eterogeneità interregionale nel numero e dimensione media delle AO, che condiziona tra l'altro il numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL e l'estensione dei meccanismi di «quasi mercato».

Per completare la descrizione degli assetti di sistema, va infine ricordato che le regioni, oltre a individuare le «aziende del gruppo», devono definire alcuni fondamentali strumenti di governo del SSR. Più specificamente, alle regioni spetta: tracciare le politiche complessive del sistema (PSR, sistemi di finanziamento e di accreditamento); ridisegnare il proprio apparato amministrativo, con eventuale costituzione di un'Agenzia Sanitaria Regionale; progettare norme generali per l'organizzazione, il funzionamento e la contabilità delle aziende. Un quadro aggiornato è presentato in Tabella 4.

Tabella 3. Evoluzione nel numero di aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere

	ASL						AO				
	Numero			Popolazione media 01/01/02	N. medio presidi a gest. diretta (1) 2003	PL utilizzati medi per presidio ASL (1) 2001	Numero		N. medio stabilimenti (2) per AO 2003	PL utilizzati medi per AO 2001	PL utilizzati medi per stabilimento (2) AO 2001
	Pre 502/92	31 dic 1995	01 mag 03				31 dic 1995	01 mag 2003			
Pie	63	22	22	194.987	2,2	180	7	7	1,9	710	382
Vda	1	1	1	121.138	1,0	457	-	-	-	-	-
Lom	84	44	15	610.322	0,1	151	16	29	3,9	914	265
Bz	4	4	4	117.003	1,8	287	-	-	-	-	-
Tn	11	1	1	481.000	11,0	156	-	-	-	-	-
Ven	36	22	21	217.143	3,0	216	2	2	1,5	1742	1161
Fvg	12	6	6	198.097	1,8	149	3	3	2,3	908	454
Lig	20	5	5	322.726	2,0	180	3	3	1,0	939	939
Emr	41	13	13	309.436	2,9	243	5	5	1,0	1034	1034
Tos	40	12	12	295.931	2,8	257	4	4	1,0	1018	1018
Umb	12	5	4	210.676	2,3	168	2	2	1,5	685	457
Mar	24	13	13	113.423	2,4	131	3	4	1,3	317	254
Laz	51	12	12	443.396	4,2	144	3	4	2,0	1109	475
Abr	15	6	6	213.908	3,8	212	-	-	-	-	-
Mol	7	4	4	81.664	1,5	212	-	-	-	-	-
Cam	61	13	13	445.433	3,9	128	7	8	1,1	540	480
Pug	55	12	12	340.761	2,3	132	4	2	1,5	777	424
Bas	7	5	5	120.738	2,4	141	1	1(*)	2,0	831	416
Cal	31	11	11	185.423	3,0	143	4	4	2,3	502	223
Sic	62	9	9	563.810	5,3	91	17	17	1,5	432	283
Sar	22	8	8	205.893	4,9	133	1	1	1,0	529	529
TOT	659	228	197	294.129	2,8	165	81	96	2,2	758	368

(1) Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 Dlgs 502/92).

(2) Per stabilimenti di AO si intendono tutte le sedi fisiche ubicate ad indirizzi differenti.

(*) Secondo i dati ministeriali in Basilicata sono presenti due AO; la Regione ne considera invece una sola perché il C.R.O.B. di Rionero (PZ) è in corso di riconoscimento come sede distaccata di IRCCS di diritto pubblico.

Fonte: Dati OASI e elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute.



Tabella 4. Principali norme regionali

Piemonte

Legge di riordino del SSR – LR 39/1994 (in fase di definizione la nuova legge regionale)
Ultimo piano sanitario approvato – PSR 97-99 (LR 61/97)
Piano sanitario in fase di definizione – PSR 02-04 approvato con DGR 22/10/2001, n. 44-4195, attualmente all'esame del Consiglio Regionale
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 80-1700/2000
Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 10/1995; LR 64/1995; PSR 97-99 (LR 61/1997)
Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 8/1995 modificata da LR 64/1995, 94/1995 e 69/1996
Recepimento LEA – Del GR 57-5740/2001
Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – LR 10/98 (AReSS)

Valle d'Aosta

Legge di riordino del SSR – LR 5/2000
Ultimo piano sanitario approvato – PSR 02-04 (LR 18/01)
Linee guida regionali per l'atto aziendale – LR 5/2000
Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 5/2000
Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 19/1996 modificata da LR 5/2000 e 18/2001
Recepimento LEA – Del GR 5191/2002
Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – Non istituita

Lombardia

Legge di riordino del SSR – LR 31/1997 modificata da LR 15/1998, 15/1999, 1/2000, 2/2000, 18/2000, 3/2001, 6/2001, 17/2001, 26/2001, 28/2001, Del CR 401/2002 e Del CR 747/2003
Ultimo piano sanitario approvato – PSR 02-04 (Del CR 462/02)
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Non definite
Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 31/1997 modificata da LR 15/1998, 3/2001, 6/2001, 26/2001, 28/2001 e 17/2001
Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 31/1997 modificata da LR 15/1998, 2/1999, 15/1999, 1/2000, 2/2000, 18/2000, 3/2001, 6/2001 e 17/2001
Recepimento LEA – Del GR 8077/2002; Del GR 8866/2002
Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – Non istituita

Provincia di Bolzano

Legge di riordino del SSR – LP 7/2001
Ultimo piano sanitario approvato – PSP 00-02 (Del GP 3028/99)
Piano sanitario in fase di definizione – Schema di PSP 03-05 in fase di elaborazione
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GP 3576/2002
Legge di organizzazione aziende sanitarie – LP 7/2001; LP 22/1993 e Del GP 3028/1999
Legge di contabilità aziende sanitarie – LP 14/2001
Recepimento LEA – No
Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – Non istituita

Provincia di Trento

Legge di riordino del SSR – LP 10/1993 modificata da LP 10/1995
Ultimo piano sanitario approvato – PSP 93-95 (Del GP del 6/12/95, n. 38)
Piano sanitario in fase di definizione – Bozza di PSP 02-04 approvato con DDL 87 del 2002 e all'esame del Consiglio Provinciale (legislatura in scadenza a novembre 2003)
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Non definite
Legge di organizzazione aziende sanitarie – LP 10/1993 modificata da LP 10/1995
Legge di contabilità aziende sanitarie – LP 10/1993 modificata da LP 13/1993, 10/1995 e 3/1998
Recepimento LEA – Del GP 3276/2002
Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – Non istituita

Veneto

Legge di riordino del SSR – LR 56/1994 modificata da LR 3/1996
Ultimo piano sanitario approvato – PSR 96-98 (LR 5/96)
Piano sanitario in fase di definizione – Schema di PSSR 03-05, approvato in via preliminare dalla Giunta regionale a giugno 2003
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 3415/2002



Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 56/1994 modificata da LR 3/1996; Del GR 5271/1998; Del GR 1742/1999; Del GR 740/1999; Del GR 1180/2000

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 55/1994 modificata da LR 5/1996, 6/1996, 14/1998 e 46/1999

Recepimento LEA – Del GR 492/2002, Del GR 2227/2002, Del GR 3972/2002

Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – LR 32/01 (ARSS)

Friuli Venezia Giulia

Legge di riordino del SSR – LR 41/1993; LR 12/1994; LR 13/1995

Ultimo piano sanitario approvato – PSR 00-02 (Del GR 734/01)

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Non definite

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 12/1994; Del GR 5016/1996

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 49/1996 modificata da LR 32/1997, 3/1998, 13/1998

Recepimento LEA – Del GR 2747/2002

Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – LR 37/95 (ARS)

Liguria

Legge di riordino del SSR – LR 42/1994 modificata da LR 30/1998 e 25/2000

Ultimo piano sanitario approvato – PSR 99-01 (Del CR 8/00)

Piano sanitario in fase di definizione – Bozza di PSR 03-05 in fase di approvazione da parte del Consiglio regionale

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 1528/2000

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 42/1994 modificata da LR 2/1997, 30/1998 e 25/2000 (quest'ultima indicata come totalmente sostitutiva della 42/1994); Del GR 8/2000 (PSR)

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 10/1995 modificata da LR 53/1995, 26/1996, 2/1997 e 25/2000

Recepimento LEA – Del GR in via di approvazione

Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – Non istituita

Emilia Romagna

Legge di riordino del SSR – LR 19/1994 modificata da LR 11/2000 e LR 44/1995 modificata da LR 3/1999 e da LR 18/1999, istitutiva dell'ARPA

Ultimo piano sanitario approvato – PSR 99-01 (Del CR 1235/99)

Linee guida regionali per l'atto aziendale – LR 11/2000; Del GR 1882/2000

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 19/1994 modificata da LR 11/2000

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 50/1994 modificata da LR 11/2000

Recepimento LEA – Del GR 295/2002

Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – LR 50/94 modificata con LR 11/00 (ASR)

Toscana

Legge di riordino del SSR – LR 22/2000

Ultimo piano sanitario approvato – PSR 02-04 (Del CR 60/02)

Linee guida regionali per l'atto aziendale – LR 22/2000 (statuto aziendale)

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 22/2000

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 22/2000

Recepimento LEA – Del GR 561/2002, Del GR 859/2002, Del GR 337/2003

Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – LR 71/98; LR 22/00 (ARS)

Umbria

Legge di riordino del SSR – LR 3/1998 e LR 29/2000

Ultimo piano sanitario approvato – PSR 03-05 (Del GR 314/03)

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Non definite

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 3/1998 e LR 29/2000

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 51/1995 modificata da LR 29/2000

Recepimento LEA – Del GR 292/2002

Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – Non istituita

Marche

Legge di riordino del SSR – LR 22/1994 modificata da LR 31/1995, 9/1996 e 26/1996

Ultimo piano sanitario approvato – PSR 03-06 (Del CR 97/03)

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Non definite

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 26/1996

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 47/1996

Recepimento LEA – Del GR 2265/2002



Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali– LR 26/96 (ARS)

Lazio

Legge di riordino del SSR – LR 18/1994 modificata da LR 14/1995, 8/1996, 40/1997, 37/1998

Ultimo piano sanitario approvato – PSR 02-04 (Del CR 114/02)

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 2034/2001

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 55/1993 modificata da LR 18/1994, 19/1994; 5/1995 e Del GR 3140/1995

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 45/1996

Recepimento LEA – Del GR 1431/2002

Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – LR 16/99 (ASP)

Abruzzo

Legge di riordino del SSR – LR 37/1999 (PSR 99-01)

Ultimo piano sanitario approvato – PSR 99-01 (LR 37/99)

Piano sanitario in fase di definizione – Bozza di PSR 03-05 in fase di preparazione

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 176/2001

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 37/1999 (PSR 99-01) integrata da LR 93/2000

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 146/1996 modificata da LR 123/1999

Recepimento LEA – In preparazione

Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – LR 37/99 e Del GR 2311/99 (ASR)

Molise

Legge di riordino del SSR – LR 11/1997

Ultimo piano sanitario approvato – PSR 97-99 (Del CR 505/96)

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 153/2001

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 2/1997

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 11/1997 e 12/1997

Recepimento LEA – Atto in corso di perfezionamento

Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – Proposta di legge della Giunta presentata in Consiglio

Campania

Legge di riordino del SSR – LR 32/1994 modificata da LR 13/1997 e 12/1998

Ultimo piano sanitario approvato – PSR 02-04 (LR 10/02)

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 1234/2001

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 32/1994 modificata da LR 13/1997 e 12/1998

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 32/1994 modificata da LR 13/1997, 2/1998, 12/1998 e 18/2000; LR 10/2002

Recepimento LEA – Sì (circolare)

Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – LR 25/96 (ARSan)

Puglia

Legge di riordino del SSR – LR 36/1994 modificata in attuazione del D.lgs. 229/1999 e del D.lgs. 517/1999 Del GR 1429/2002 (Piano di riordino rete ospedaliera)

Ultimo piano sanitario approvato – PSR 02-04 e PSR 02-07 (Del GR 2087/01)

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 830/2002

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 36/1994 integrata da Del GR 229/1996

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 38/1994 modificata da LR 19/1995, 16/1997, 14/1998 e 20/2002

Recepimento LEA – Sì (circolare)

Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – LR 24/01 (AReS)

Basilicata

Legge di riordino del SSR – LR 50/1994 e LR 39/2001

Ultimo piano sanitario approvato – PSR 97-99 (Del CR 478/96)

Piano sanitario in fase di definizione – Bozza di PSR 03-05 in fase di preparazione da parte dell'Assessorato alla Sanità

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 2489/2000

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 39/2001

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 34/1995 modificata da LR 6/1996

Recepimento LEA – Del GR 366/2002

Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – Non istituita



Calabria

Legge di riordino del SSR – LR 26/1994 e LR 2/1996 modificata da LR 11/1996

Ultimo piano sanitario approvato – PSR 95-97 (LR 9/95)

Piano sanitario in fase di definizione – Bozza di PSR 03-05 è stata approvata dalla Giunta regionale il 16-4-03, ora all'esame del Consiglio regionale

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 122/2001

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 2/1996 modificata da LR 11/1996

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 43/1996 e LR 29/2002

Recepimento LEA – Del GR 122/2001

Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – Non istituita

Sicilia

Legge di riordino del SSR – LR 30/1993

Ultimo piano sanitario approvato – PSR 00-02 (Decreto Presidenziale 11/05/00)

Piano sanitario in fase di definizione – Bozza di PSR 04-06 in fase di elaborazione

Linee guida regionali per l'atto aziendale – DA 34120/2001

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 30/1993

Legge di contabilità aziende sanitarie – DA 24469/1998 e LR 8/2000 modificata da LR 26/2000, 2/2002 e 4/2003

Recepimento LEA – Decreto 27/2006/2002

Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – Non istituita

Sardegna

Legge di riordino del SSR – LR 5/1995 modificata da LR 10/1997 e 30/1998

Ultimo piano sanitario approvato – PSR 83-85 (LR 10/85)

Piano sanitario in fase di definizione – Proposta di PSR 03-05 all'approvazione del CR

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 22-42/2001 all'approvazione CR

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 5/1995 modificata da LR 10/1997

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 10/1997

Recepimento LEA – Del GR 43-9/2002

Leggi regionali di istituzione e disciplina delle agenzie sanitarie regionali – DDL all'approvazione del CR (Del GR n. 2_7 del 22/01/01)

4.2. Risorse strutturali, servizi erogati, livelli di spesa

RISORSE STRUTTURALI

L'analisi delle **STRUTTURE OSPEDALIERE** del SSN ha evidenziato i seguenti aspetti.

Il numero di strutture di ricovero pubbliche (AO, presidi a gestione diretta ASL, istituti psichiatrici residuali) ed equiparate (IRCCS, policlinici universitari a gestione diretta, ospedali classificati o assimilati, istituti qualificati presidio dell'ASL, enti di ricerca) si è fortemente ridotto: da 1068 nel 1995 a 778 nel 2001. Questa forte riduzione non corrisponde però interamente al numero di strutture dismesse o convertite in strutture extraospedaliere, perché riflette anche (i) l'accorpamento funzionale di più stabilimenti in un unico presidio e (ii) l'aggregazione di presidi a gestione diretta in AO (soprattutto in Lombardia). Il numero delle strutture private accreditate è rimasto invece sostanzialmente invariato.

I presidi a gestione diretta ASL hanno mediamente dimensioni limitate (165 posti letto, contro i 368 degli stabilimenti di AO) (cfr. Tabella 3).

I posti letto per degenza ordinaria disponibili nel SSN (pubblici e privati accreditati) sono passati da circa 357.000 nel 1995 a poco meno di 263.000 nel 2001, confermando una tendenza che si rileva anche negli altri principali Paesi europei. Il decremento è stato costante nelle strutture pubbliche ed equiparate, mentre i posti letto accreditati sono inizialmente aumentati (fino al 1997) per poi decrescere e stabilizzarsi tra il 2000 e 2001. E' invece cresciuto il numero di posti letto in Day Hospital, passato da poco più di 15.000 nel 1995 a circa 24.500 nel 2001. Nel 2001, la dotazione di posti letto per acuti a livello nazionale era pari a 4,45 ogni mille abitanti, quella per non acuti a 0,51. Lo standard obiettivo di 5 posti letto risultava quindi rispettato nel complesso, ma non nella ripartizione tra acuti e non (4+1). La distribuzione territoriale dei posti letto era abbastanza differenziata, con metà delle regioni al di sopra dello standard complessivo e l'altra metà al di sotto. Solo due regioni (Lazio e Trento) avevano una dotazione di posti letto per non acuti superiore allo standard dell'1 per mille, mentre ben 15 non raggiungevano lo 0,5 per mille.

Considerevoli, infine, sono le differenze regionali in termini di rilevanza del privato accreditato. In 8 regioni la percentuale di posti letto in strutture private accreditate è inferiore al 10%, mentre risulta particolarmente elevata in Calabria (34,2%), Lazio e Campania (30,8%).

Per ciò che riguarda l'**ASSISTENZA TERRITORIALE**, nel 2001 sono stati rilevati 875 distretti, con una media di 4,4 distretti per ASL e di circa 66.000 abitanti per distretto. Rispetto agli anni precedenti, il numero dei distretti si sta riducendo; è invece significativamente cresciuto il numero complessivo di strutture territoriali, passato da circa 16.000 nel 1997 a circa 24.500 nel 2001. Le strutture territoriali si caratterizzano inoltre per il forte peso del privato accreditato: 49% per ambulatori e laboratori, 62% per le strutture residenziali, 39% per quelle semiresidenziali. Fa eccezione (6%) solo la categoria residuale delle «altre strutture territoriali» (centri di dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno infantili, centri distrettuali). Ancora una volta esistono peraltro forti differenze interregionali.

Il **PERSONALE DIPENDENTE** del SSN si è ridotto, nel periodo 1997-99, di circa il 4% (da 651.000 a 628.500 unità), per poi tornare ad aumentare nel 2000 (635.000) e nel 2001 (648.500). Anche in termini di dimensione e composizione dell'organismo personale si rilevano differenze significative tra le regioni. Per esempio, Bolzano e Friuli Venezia Giulia presentano il valore più elevato del rapporto infermieri per medico e odontoiatra (3,6), seguite da Veneto (3,4) e Trento (3,3). Gli ultimi cinque posti sono occupati da regioni meridionali, con la Sicilia che presenta il rapporto più basso (1,9).

Relativamente alla **MEDICINA GENERALE**, infine, nel periodo 1997-01 si sono rilevati un decremento nel numero di MMG, seppur complessivamente contenuto (-0,97%) e limitato ad alcune regioni, e un significativo incremento dei PLS (+8,03%). Nel 2001, il carico potenziale (basato sulla popolazione assistibile) ed effettivo (basato sul numero di scelte) dei MMG era rispettivamente pari a 1065 e 1097. Il divario era invece molto più significativo per i PLS (1075 assistibili contro 783 scelte), ad indicare che per molti bambini viene scelto un MMG anziché un PLS.

SERVIZI EROGATI

Passando dall'esame delle risorse strutturali a quello dei servizi erogati, va innanzi tutto ricordata la limitata disponibilità di dati, soprattutto per l'attività specialistica e l'assistenza sanitaria di base. Quanto ai ricoveri, le rilevazioni ministeriali per il periodo 1995-2001 evidenziano:

- Un aumento dei casi trattati, ad eccezione del 2000, in cui i ricoveri si sono ridotti di circa lo 0,5%. Nel 2001 sono state rilevate 12.939.571 dimissioni. E' difficile stabilire in che misura l'iniziale aumento dei ricoveri sia stato determinato dalla maggiore completezza e correttezza delle rilevazioni o dal nuovo sistema di finanziamento a tariffa per prestazione, che poteva incentivare le aziende ad aumentare i volumi di prestazioni. Sicuramente la diffusione, a partire dal 1999-2000, di tetti o target di spesa e di volume fissati dalle regioni ha comunque limitato tale incentivo. Nel 2001 il tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari a livello nazionale era pari a 163 per mille abitanti (di cui 157 per acuti e 6 per non acuti), di poco superiore allo standard obiettivo di 160 per mille (art. 1 L. 662/96).
- Un iniziale incremento delle giornate di degenza, che si sono però ridotte del 24% all'anno a partire dal 1999. Nel 2001 sono state rilevate 81.425.592 giornate di degenza.
- Un'incidenza relativamente limitata del privato (accreditato e non) nei ricoveri per acuti (12,6% nel 2001), seppur con le significative eccezioni di Campania (22%), Calabria (20%), Lombardia (18%) e Lazio (17%). Il peso del privato è molto più significativo nei ricoveri per riabilitazione (47,4%) e lungodegenza (42,2%).
- Una costante riduzione della degenza media per acuti in regime ordinario (6,8 nel 2001), con valori più elevati nel pubblico (6,9) che nel privato (5,9). Il privato presenta invece una degenza media uguale al pubblico per la riabilitazione (24,7) e decisamente più elevata per la lungodegenza (36,8 contro 28,9).
- Un costante incremento del peso medio dei ricoveri, che però resta molto più elevato al Nord (tranne Bolzano) e al Centro rispetto al Sud.
- Un costante incremento dei ricoveri in DH, in assoluto e in percentuale sul totale dei ricoveri per acuti (25% nel 2001).

Le valutazioni relative ai bisogni e al loro grado di soddisfacimento sono chiaramente più complesse. A titolo indicativo si può richiamare l'indagine ISTAT sul grado di soddisfazione rispetto alla qualità dell'assistenza medica, infermieristica e dei servizi igienici per il 2000. I giudizi positivi («molto soddisfatti») si attestano tra il 25,9% (per i servizi igienici) e il 35,8% (per l'assistenza medica), con livelli di gradimento più elevati nell'Italia settentrionale, ma un generalizzato peggioramento rispetto a quanto rilevato l'anno precedente.

LIVELLI DI SPESA

L'andamento della spesa sanitaria pubblica corrente nell'ultimo decennio si può scomporre in tre fasi ben distinte. Nel periodo 1992-95, i tassi di crescita sono stati modesti se non addirittura negativi (mediamente, 0,1% annuo per la spesa pubblica e 3,1% per quella complessiva), per effetto delle politiche di contenimento adottate, soprattutto nei confronti della spesa farmaceutica convenzionata (l'Italia è l'unico Paese UE in cui per quattro anni consecutivi la spesa farmaceutica è diminuita). Nel periodo 1996-2000, i ritmi sono stati decisamente più sostenuti (mediamente, 7,6% e 7,0%), con un picco proprio nel 2000 (+11,1% per la spesa pubblica); ancora una volta, il contributo più significativo è venuto dalla spesa farmaceutica convenzionata. Nell'ultimo biennio, infine, la crescita ha nuovamente rallentato: la spesa pubblica è aumentata dell'8,6% nel 2001 (nonostante l'abolizione delle compartecipazioni alla spesa sull'assistenza farmaceutica) e soltanto del 3,7% nel 2002.

Rispetto al 2002 sono però necessarie tre osservazioni. Primo, il dato 2002 non è ancora definitivo. Secondo, la crescita della spesa sanitaria pubblica è stata comunque superiore a quella del PIL: l'incidenza stimata della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL ha così raggiunto il 6,3%. Nei più recenti confronti internazionali (dati 2000), peraltro, l'Italia continua a presentare una spesa sanitaria complessivamente inferiore alla media UE sia in termini pro-capite (€1626 contro 1706) che

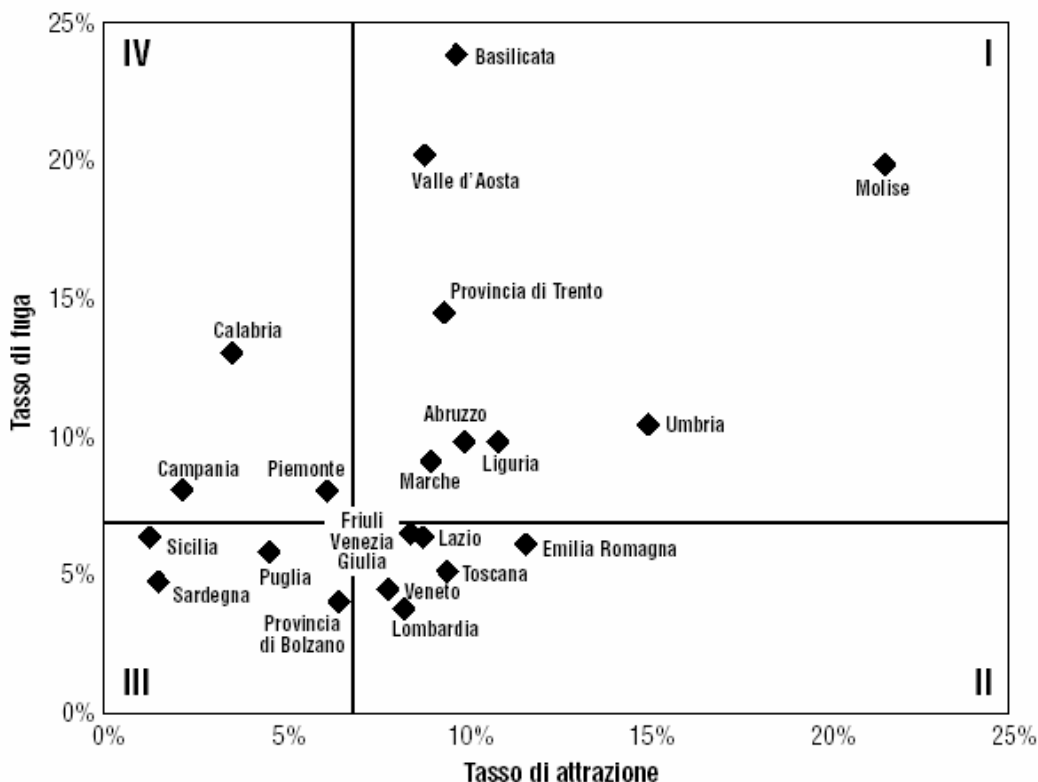
in rapporto al PIL (8,1%, di cui 5,9% pubblica, contro rispettivamente 8,7% e 6,5%). Terzo, la spesa sanitaria pubblica di parte corrente resta superiore al relativo finanziamento, che pure nel 2002 ha raggiunto il target di riferimento di medio periodo sancito dall'Accordo Stato-regioni dell'8/8/01 (6% del PIL). Il disavanzo medio pro-capite 2002 è stimato in circa €66, quello cumulato 1998-2002 in circa €20 miliardi, ossia €340 pro-capite (Tabella 5).

A livello regionale, la spesa sanitaria pubblica pro capite è mediamente più alta nel Centro-Nord. Fino al 2001, le regioni del Sud avevano mostrato tassi di crescita più elevati, con conseguente riduzione della variabilità interregionale; nel 2002 si è però assistito a un'inversione di tendenza. La variabilità interregionale è comunque inferiore se si considerano i dati al netto della mobilità, che presenta generalmente saldi positivi al Nord e negativi al Sud (la Figura 2 posiziona le regioni in base agli indici di attrazione e fuga). Rispetto ai disavanzi (Tabella 5), infine, le regioni più esposte in valori assoluti sono Lombardia, Lazio e Campania, che insieme rappresentano il 47% del disavanzo complessivo per il 2002 e di quello cumulato 1998-2002. In termini pro-capite, però, il disavanzo della Lombardia si ridimensiona significativamente, mentre spicca quello dell'Abruzzo; più in generale, sono le regioni del Centro-Sud a presentare disavanzi più elevati, mentre al Nord solo Veneto e Piemonte presentano disavanzi cumulati superiori alla media nazionale.

Tabella 5. Indicatori relativi ai disavanzi sanitari (2002, cumulato 1998-2002)

	Disavanzo (milioni Euro)		Disavanzo procapite (Euro)		Incidenza disavanzo sul totale nazionale		Incidenza disavanzo sul finanziamento	
	2002	Cumulato 98-02	2002	Cumulato 98-02	2002	Cumulato 98-02	2002	Cumulato 98-'02
Piemonte	-121	-1.549	-28	-361	3,2%	7,9%	-2,1%	-6,2%
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Lombardia	-570	-2.124	-62	-234	14,9%	10,8%	-4,7%	-4,0%
Bolzano	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Trento	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Veneto	-350	-1.644	-77	-364	9,1%	8,4%	-5,9%	-6,3%
Friuli VG	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Liguria	-83	-404	-52	-248	2,2%	2,1%	-3,6%	-3,9%
Emilia R	-229	-768	-57	-193	6,0%	3,9%	-4,1%	-3,1%
Toscana	-146	-492	-41	-139	3,8%	2,5%	-3,0%	-2,3%
Umbria	-52	-89	-61	-106	1,3%	0,5%	-4,5%	-1,8%
Marche	-96	-561	-65	-384	2,5%	2,9%	-5,0%	-6,8%
Lazio	-795	-3.870	-149	-734	20,7%	19,7%	-12,1%	-13,3%
Abruzzo	-156	-595	-122	-465	4,1%	3,0%	-9,5%	-8,3%
Molise	-13	-78	-39	-237	0,3%	0,4%	-3,1%	-4,3%
Campania	-514	-3.153	-89	-545	13,4%	16,0%	-7,5%	-10,6%
Puglia	17	-1.052	4	-257	-0,4%	5,4%	0,3%	-4,9%
Basilicata	4	-7	6	-12	-0,1%	0,0%	0,5%	-0,2%
Calabria	-158	-905	-77	-441	4,1%	4,6%	-6,7%	-8,7%
Sicilia	-440	-1.647	-87	-324	11,5%	8,4%	-7,3%	-6,3%
Sardegna	-133	-727	-80	-440	3,5%	3,7%	-6,6%	-8,3%
Totale	-3.835	-19.664	-66	-341	100,0%	100,0%	-5,1%	-6,0%
<i>Nord</i>	<i>-1.354</i>	<i>-6.488</i>	<i>-52</i>	<i>-252</i>	<i>35,3%</i>	<i>33,0%</i>	<i>-3,9%</i>	<i>-4,2%</i>
<i>Centro</i>	<i>-1.089</i>	<i>-5.011</i>	<i>-97</i>	<i>-451</i>	<i>28,4%</i>	<i>25,5%</i>	<i>-7,5%</i>	<i>-7,9%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>-1.392</i>	<i>-8.165</i>	<i>-67</i>	<i>-391</i>	<i>36,3%</i>	<i>41,5%</i>	<i>-5,6%</i>	<i>-7,5%</i>

Figura 2. Posizionamento delle regioni in base agli indici di attrazione e di fuga (2001)



Un ultimo commento riguarda la scarsissima trasparenza dell'informazione economico-finanziaria relativa alle singole aziende e ai «gruppi sanitari pubblici regionali». Questo per quattro motivi fondamentali:

- la limitata accessibilità dei dati: le regioni tendono a considerare il bilancio come un esclusivo strumento di comunicazione «infragrupo» e interpretano gli obblighi di pubblicazione in modo formale; i dati di bilancio scaricabili dal sito del Ministero della salute si fermano al 1999; la Sezione Sanità della Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese ha ripreso a essere regolarmente pubblicata solo nel 2002, dopo che nel 2000 non era stata pubblicata e nel 2001 era stata pubblicata in ritardo;
- la mancata esplicitazione dei criteri di allocazione dei fondi (soprattutto quelli «straordinari») alle aziende, che impedisce un corretto apprezzamento del «valore della produzione» e del complessivo equilibrio economico-finanziario delle aziende stesse. In particolare, non è mai chiaro se l'azienda abbia raggiunto l'equilibrio grazie all'attività svolta (come valorizzata dalle regole regionali su quota capitaria, tariffe, funzioni non tariffate) oppure solo grazie a un intervento di copertura da parte della regione;
- l'insoddisfacente tempestività e affidabilità dei sistemi contabili aziendali. Rispetto alla tempestività, la maggior parte delle normative regionali prevede l'approvazione del bilancio entro il 30/4, ma i tempi sono tipicamente più lunghi. In particolare, solo il 25% delle aziende aveva deliberato il bilancio d'esercizio 2001 entro il 30/4/2002; a fine giugno, fine agosto e fine ottobre vi avevano complessivamente provveduto il 57, 78 e 84%. Rispetto all'affidabilità, numerose regioni stanno valutando l'opportunità di imporre un obbligo di certificazione alle proprie aziende e alcune hanno già legiferato in tal senso; paradossalmente, queste iniziative sembrano spesso finalizzate a tutelare più la regione stessa, che pure già nomina propri rappresentanti nei collegi sindacali delle aziende, che il lettore esterno;

- l'eterogeneità della normativa contabile emanata dalle diverse regioni. A quest'ultimo riguardo si segnalano però, finalmente, alcune spinte all'armonizzazione: molte regioni hanno preso coscienza delle diseconomie di scala che l'autonoma iniziativa regionale comporta in questo campo; le regioni trainanti fanno sempre più riferimento all'impostazione del codice civile e dei principi contabili; all'affermazione dell'impostazione civilistica potrà concorrere anche l'obbligo di certificazione dei bilanci. L'auspicio a questo punto è che non si perdano di vista le specificità della sanità pubblica.

4.3. Processo di regionalizzazione

Rispetto al ruolo delle regioni, il processo di «accentramento» regionale, già segnalato nel Rapporto dell'anno scorso, si è ulteriormente intensificato e concentrato sulla dimensione economico-finanziaria, in risposta alle complessive difficoltà della finanza pubblica, al «blocco» delle addizionali introdotto dalla legge finanziaria 2003, alla forte crescita della spesa sanitaria pubblica corrente verificatasi negli ultimi anni. In alcune regioni, l'equilibrio economico-finanziario è diventato per alcuni aspetti un vero e proprio obiettivo «politico»: serve infatti a testimoniare la sostenibilità del modello regionale di SSR e a giustificare le richieste di ulteriore autonomia.

Quanto detto trova chiaro riscontro non solo nelle già descritte iniziative di revisione degli assetti di sistema, ma anche nelle caratteristiche dei sistemi di programmazione e controllo (P&C) di gruppo attivati dalle diverse regioni, nell'evoluzione dei sistemi di finanziamento, nelle politiche sulla farmaceutica.

- Per quanto riguarda i sistemi di P&C di gruppo, il tema può essere affrontato in termini sia di contenuti che di processo (Figura 3). In termini di contenuti, esiste una prevalente se non esclusiva focalizzazione sugli aspetti di natura economico-finanziaria, tra l'altro limitatamente alla parte corrente (le decisioni di investimento vengono trattate quasi come esogene) e ai flussi di competenza (mancano logiche e strumenti di programmazione delle politiche di cassa). Molte regioni affiancano agli aspetti economico-finanziari anche la programmazione dei volumi e dei mix di attività; altre dimensioni come accessibilità, equità, appropriatezza vengono invece eventualmente recuperate solo assegnando ai DG una gamma di obiettivi più ampia di quella riferita alle rispettive aziende. In ogni caso, in fase di controllo il *focus* diventa quasi esclusivamente economico-finanziario, a dimostrazione dell'assoluta centralità di questa dimensione. In termini di processo, prevale un flusso decisionale di tipo *top-down*, reso talvolta più partecipativo attraverso qualche meccanismo di ascolto o debole concertazione con le aziende. La regione percepisce infatti i vincoli economico-finanziari come imposti dall'esterno e si limita a ripartirli tra le aziende. Anche dove sono stati introdotti i contratti interaziendali, è la regione a mantenere saldamente le redini della programmazione economico-finanziaria con ogni produttore, mentre il ruolo del contratto è soprattutto quello di indirizzare e influenzare i mix di produzione ed eventualmente promuovere qualità e appropriatezza.

Figura 3. Caratteristiche dei sistemi di P&C di gruppo in sei regioni

			OGGETTO PREVALENTE	
			Economico finanziario	Integrato (eco-fin + obj sanitari)
NATURA DEL PROCESSO	Top down	Senza ascolto	Sicilia, Veneto	Campania
		Con ascolto		Lombardia
		Con negoziazione	Toscana	
	Concertativo			Emilia-Romagna
	Bottom up	16		

- I sistemi di finanziamento, analogamente, si stanno caratterizzando per il rafforzamento degli strumenti di controllo accentrato della spesa (principalmente tetti) e per un più intenso ruolo della programmazione rispetto ai meccanismi competitivi (adozione di tetti per singolo produttore anziché di sistema, di tetti per le strutture pubbliche anziché solo per quelle private, di tariffe differenziate per tipologia di struttura). Le regioni, in altri termini, sembrano sempre meno convinte che l'equilibrio del sistema si possa prevalentemente ricercare definendo le fondamentali «regole del gioco» e poi lasciando che le aziende perseguano liberamente le proprie specifiche convenienze secondo gli incentivi ed entro i limiti stabiliti da tali regole.
- L'assistenza farmaceutica convenzionata, infine, è stata la voce più colpita dalle misure di contenimento della spesa. Nel 2002 vi sono state rilevanti iniziative nazionali in tal senso (taglio dei prezzi, applicazione del sistema dei prezzi di riferimento); anche le regioni hanno però significativamente intensificato il proprio intervento, sia tramite azioni dirette (reintroduzione delle compartecipazioni alla spesa, attivazione di particolari modalità distributive, costituzione di centri regionali di governo del comportamento prescrittivo, diffusione di programmi di informazione sul corretto uso dei farmaci), sia rafforzando il proprio ruolo di indirizzo delle aziende sanitarie. Si segnala peraltro che spesso le Regioni gestiscono le nuove competenze secondo le tradizionali logiche burocratiche, come testimoniano per esempio l'aumento delle indicazioni vincolanti nei confronti delle aziende e la diffusione di logiche sanzionatorie nei rapporti con i MMG.

Sempre con riferimento alle regioni si possono poi rilevare altri due aspetti significativi.

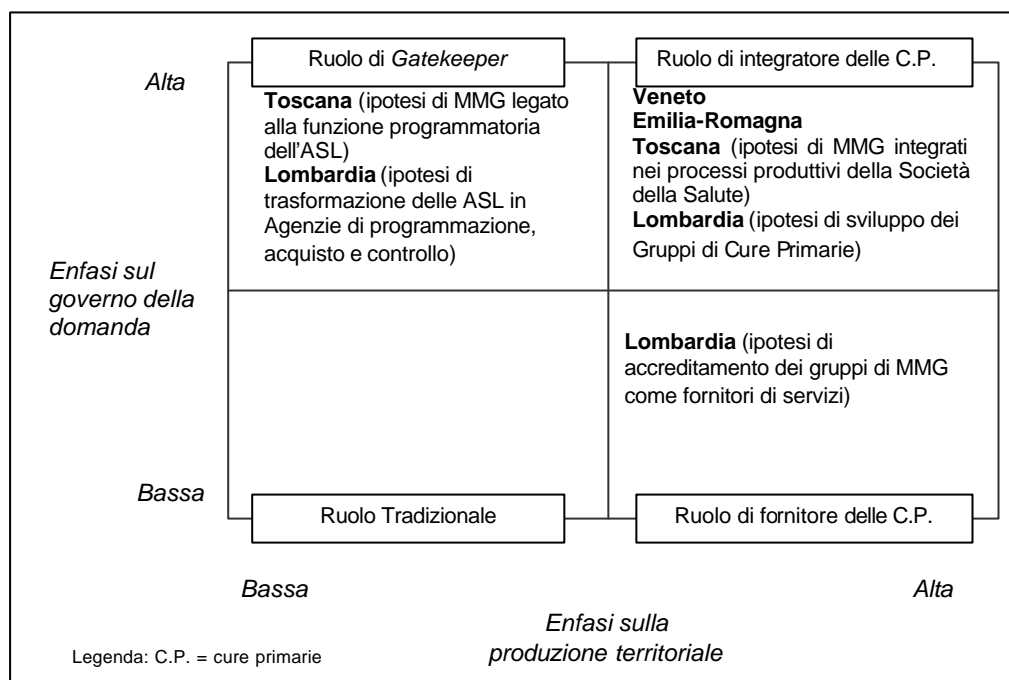
Primo, prosegue il processo di differenziazione, ormai evidente:

- nelle caratteristiche dei sistemi di P&C di gruppo (per esempio, rilevanza attribuita anche a obiettivi diversi da quelli economico-finanziari, accentuazione della connotazione *top-down*, introduzione e ruolo eventualmente attribuito ai contratti interaziendali: cfr. Figura 3);
- nelle politiche sulla farmaceutica (per esempio, introduzione di sistemi di compartecipazione alla spesa oppure focalizzazione su altri ambiti di intervento, tra cui l'adozione di particolari modalità distributive dei farmaci);
- nelle scelte di governo della medicina generale (in particolare, ruolo da attribuire ai MMG, con enfasi sul governo della domanda e/o sulla produzione territoriale, anche rispetto al ruolo presente e prospettico delle ASL: cfr. Figura 4). Rispetto alla medicina generale è significativo anche il dibattito in corso sulla sostituzione della Convenzione nazionale (già scaduta) con contratti regionali in grado di commisurare meglio l'adeguatezza dei servizi sanitari rispetto a domanda dei cittadini e risorse disponibili.

Nello stesso tempo, si rileva però una relativa convergenza sia nei sistemi di finanziamento, sia nella normativa contabile.

Secondo, il processo di sviluppo manageriale delle regioni resta più arretrato di quello delle aziende. Ne sono conferma il ritardo con cui si completa la programmazione di gruppo (febbraio o marzo per le regioni più mature, maggio o giugno per le altre); i ritardi, le parzialità e la frammentazione dei sistemi di misurazione e di *reporting*; la settorialità con cui gli assessorati si relazionano alle aziende; l'incapacità (a parte qualche prima presa di coscienza culturale) di sostenere la crescita di logiche e strumenti manageriali interni alle aziende attraverso processi di *benchmarking*, consulenza di gruppo, creazione di un mercato della dirigenza del gruppo; la coesistenza di (o il *trade-off* tra) strumenti di programmazione aderenti alla lettera del dettato normativo (per esempio rispetto degli obblighi di pareggio del bilancio a preventivo), ma poco realistici e credibili, e strumenti realistici, credibili e responsabilizzanti, che però non possono essere ufficializzati, perché le previsioni elaborate sono considerate illegittime sotto il profilo giuridico.

Figura 4. Posizionamento tendenziale del ruolo di MMG in quattro Regioni



4.4. Processo di aziendalizzazione

Rispetto alle aziende, un primo effetto evidente di quanto descritto nel § 4.3 è il rafforzamento delle logiche autorizzative. Molte aziende aspettano la definizione dei vincoli economico-finanziari imposti dalla regione per subordinarvi tutta l'attività di programmazione e di gestione; hanno inoltre riproposto nel nuovo sistema di contabilità generale le logiche autorizzative proprie della contabilità finanziaria. Più in particolare:

- Il 51% delle aziende risulta aver completato il processo di *budgeting* 2002 almeno un mese dopo aver deliberato il bilancio di previsione;
- Il 36% delle aziende ha *avviato* il processo di *budgeting* 2002 solo contestualmente o dopo aver deliberato il bilancio di previsione;
- La contabilità generale è stata ormai adottata dalla totalità delle aziende; quella finanziaria sopravvive, affiancata alla generale, solo in rari casi; il 45% delle aziende risponde però che il preventivo economico «svolge una funzione autorizzatoria analoga a quella del tradizionale bilancio finanziario, ossia definisce per ogni conto o aggregato di conti un tetto di costo o spesa che non può essere superato se non con particolari procedure», mantenendo di fatto le procedure di spesa tradizionali.

Paradossalmente, la focalizzazione della regione sulla dimensione economico-finanziaria potrebbe essere interpretata come un rafforzamento complessivo dell'autonomia aziendale: la regione presidia con forza il versante economico-finanziario; gli altri *stakeholder* (professionisti, utenti, enti locali) non hanno strumenti incisivi di indirizzo e controllo; temi quali gli orientamenti strategici di fondo, la combinazione dei fattori produttivi, il case mix e i volumi di attività, gli standard di qualità e accessibilità rientrano così quasi completamente nella piena disponibilità decisionale delle singole aziende. Queste ultime, però, da un lato vengono fortemente limitate nella propria azione dai vincoli finanziari regionali, in termini sia sostanziali (senza risorse finanziarie è difficile perseguire gli altri obiettivi), sia di processo (i vincoli finanziari vengono spesso tradotti in vincoli puntuali di

comportamento); dall'altro tendono a vedere nella Capogruppo regionale il proprio principale referente istituzionale (come dimostra anche il sistema di intense relazioni informali che lega regioni e aziende), quindi a condividerne la focalizzazione sugli aspetti economico-finanziari.

L'azione delle aziende risulta poi indebolita dai ritardi nei provvedimenti di assegnazione delle risorse finanziarie e dei correlati obiettivi; dalle continue modifiche agli assetti istituzionali (es. scorpori o accorpamenti), che rischiano di porre in secondo piano o addirittura paralizzare lo sviluppo manageriale delle aziende stesse; dall'instabilità dei DG. I primi due aspetti sono già stati approfonditi nei paragrafi precedenti. Quanto al terzo, i fenomeni di mobilità dei DG, ma anche la sola possibilità che si producano dei cambiamenti nei vertici delle aziende, hanno riflessi significativi sui processi aziendali. Nel primo caso, il nuovo DG può modificare le decisioni dei suoi predecessori, in termini di politiche adottate e incarichi dirigenziali. Nel secondo caso, tutti gli attori coinvolti tendono a riposizionarsi in vista dei possibili cambiamenti. In molte regioni, la durata effettiva del mandato (la media nazionale è stata di 3 anni e 3 mesi nel periodo 1996-2003: cfr. Tabella 6), l'occasionalità della nomina (il 45% delle persone che hanno ricoperto l'incarico di DG sono rimaste in carica, in una o più aziende, per un massimo di 2 anni: cfr. Figura 5), i ritardi nella formazione di un corpo professionale di manager della sanità (come testimonia l'elevatissima percentuale di DG che hanno ricoperto l'incarico in una sola regione: cfr. Figura 5) continuano a impedire un'azione efficace.

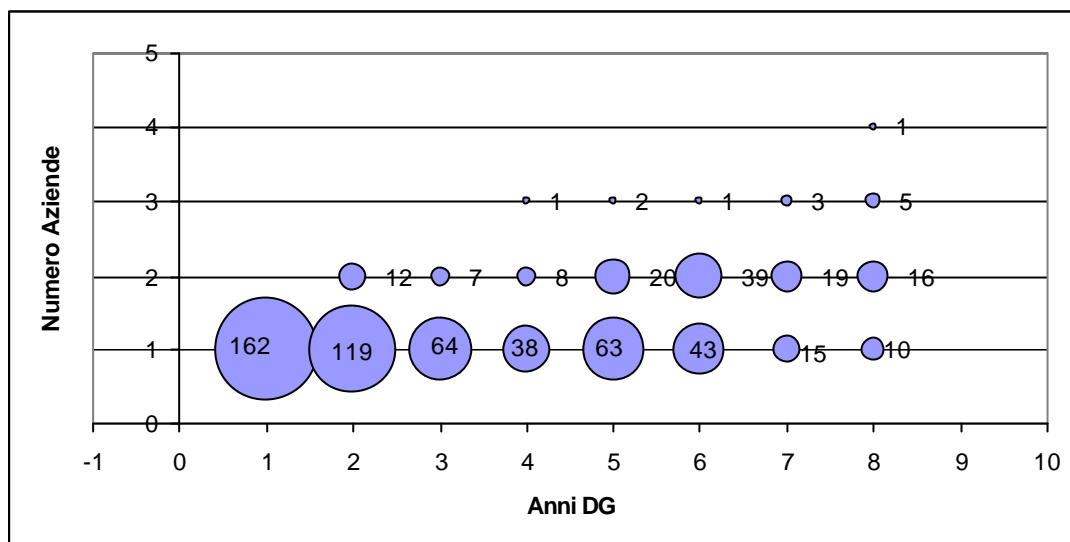
Tabella 6. Durata media in carica di un DG in una data azienda (1996-2003)

Regione	AO	ASL	Totale complessivo
Abruzzo		3,3	3,3
Basilicata	8,0	4,1	4,8
Bolzano		6,0	6,0
Calabria	2,1	1,5	1,7
Campania	4,3	3,2	3,6
Emilia Romagna	4,3	3,1	3,4
Friuli Venezia Giulia	3,4	3,6	3,5
Lazio	2,6	2,4	2,4
Liguria	3,6	2,7	3,0
Lombardia	3,2	3,4	3,3
Marche	3,9	2,9	3,2
Molise		3,5	3,5
Piemonte	3,0	3,1	3,1
Puglia	3,9	3,0	3,3
Sardegna	4,0	2,7	2,8
Sicilia	3,1	2,5	2,9
Toscana	4,2	3,2	3,5
Trento		4,0	4,0
Umbria	5,3	2,4	3,3
Valle D'Aosta		2,0	2,0
Veneto	4,0	3,3	3,3
Totale complessivo	3,5 (1)	3,1 (1)	3,2 (1)
	3,9 (2)	3,1 (2)	3,3 (2)

(1) Valore medio calcolato come media aritmetica di tutte le durate medie aziendali.

(2) Valore medio calcolato come media delle durate medie regionali.

Figura 5. Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di aziende in cui hanno ricoperto la carica (n=648) (1996-2003)



In questo contesto le aziende, che pure in molti casi hanno raggiunto un grado apprezzabile di «maturità gestionale» e di adeguamento di strutture e meccanismi operativi alle proprie specifiche esigenze, restano spesso «in mezzo al guado», adottando un atteggiamento un po' «rinunciatorio» o «rassegnato», senza sfruttare appieno i margini di autonomia loro concessi per perseguire più decisamente le proprie finalità istituzionali.

Rispetto alle strutture organizzative, per esempio, il modello dipartimentale è ormai presente nel 92% delle aziende ed esteso a tutte le UO sanitarie ospedaliere nel 77%. Sulla carta, il modello dipartimentale è generalmente configurato come «forte». Questa impostazione è confermata sia dalle modalità di nomina del responsabile del dipartimento, dove prevale l'investitura diretta e fiduciaria da parte della DG, in piena autonomia (54% delle aziende) o all'interno di una rosa di nomi indicata dal Comitato di dipartimento (38%), sia dal generalizzato coinvolgimento dei direttori di dipartimento nel Collegio di direzione. D'altra parte, però, solo metà delle aziende attribuisce al responsabile di dipartimento un ruolo significativo nel sistema di budget, chiedendogli di negoziare con le proprie UO i relativi budget e con la DG il budget complessivo di dipartimento. Il dibattito corrente, peraltro, sta addirittura mettendo in discussione l'utilità e la superiorità del modello dipartimentale tradizionale, proponendo soluzioni alternative che prevedono una separazione tra responsabilità di gestione della componente professionale (i medici) e della «piattaforma logistica» (posti letto, tecnologie, personale infermieristico e ausiliario).

Anche le cd «funzioni innovative» sono ormai sufficientemente consolidate, almeno in termini strutturali: più del 90% delle aziende ha istituito UO dedicate a controllo di gestione, sistemi informativi, valutazione e politiche del personale, qualità, mentre marketing e ingegneria clinica si attestano intorno al 55%. Quanto ai contenuti e alle criticità di queste funzioni:

- all'ingegneria clinica è stato dedicato un capitolo del Rapporto 2002, a cui si rimanda;
- la qualità sarà affrontata in un prossimo Rapporto;
- per il marketing, si rileva il superamento almeno parziale delle tradizionali resistenze culturali allo sviluppo di tale funzione, con l'emergere di un'idea di marketing sociale e istituzionale (in alcune ASL) o di marketing come strumento competitivo e di attrazione (in alcune AO). Restano però rari e relativamente recenti gli esempi di marketing inteso come processo finalizzato a creare, e quindi comunicare, differenze nel sistema di offerta di servizi coerentemente alle caratteristiche della domanda e delle sue aspettative. Sono inoltre frequenti discontinuità e incoerenze: la fase di

programmazione è scollata da quella di controllo; le leve del marketing mix sono progettate e gestite separatamente; l'UO dedicata al marketing è isolata dal resto dell'organizzazione, sebbene le competenze necessarie a sviluppare un processo di marketing siano estremamente ampie, variegata e diffuse in tutta l'azienda;

- per i sistemi informativi, emergono come particolarmente critici gli insufficienti investimenti in *Information Technology*; una definizione spesso inadeguata dei profili e delle responsabilità della funzione; una significativa frammentazione delle basi dati e del complessivo sistema informatico, soprattutto nell'area clinica, ma anche in quella amministrativa, malgrado l'apprezzabile incidenza (14%) raggiunta dalle soluzioni ERP;
- controllo di gestione e politiche del personale svolgono un ruolo particolarmente significativo nel processo di aziendalizzazione e vengono quindi trattate più diffusamente nel seguito.

Il dato relativo alla diffusione della funzione «politiche del personale» può essere fuorviante. In molti casi, infatti, le UO in questione si dedicano prevalentemente alla più tradizionale «amministrazione» del personale. Più in generale, si rileva una diffusa percezione della criticità di questa funzione, unita a una buona capacità di gestire con logiche aziendali gli istituti contrattuali più innovativi (es. incarichi dirigenziali, posizioni organizzative, libera professione intramuraria), che infatti presentano prassi assai differenziate (Tabella 7 e Tabella 8). Istituti contrattuali innovativi a parte, tuttavia, resta molto difficile incidere sulle logiche consolidate di gestione del personale, dove gli spazi di miglioramento restano amplissimi. Per esempio, un'analisi (per ora limitata a due aziende) ha evidenziato una sostanziale uniformità nei livelli retributivi medi delle singole classi o figure professionali, contraddicendo la tesi secondo cui nel SSN si sono ormai create rilevanti differenze retributive interregionali e interaziendali. Tra gli aspetti critici vanno inoltre segnalate l'elevata percentuale di aziende (46%) che non ha ancora proceduto ad alcuna valutazione triennale dei dirigenti da parte dei Collegi tecnici (più molte altre che l'hanno attivata per un numero esiguo di dirigenti) e la limitata percentuale di ASL (37%) che hanno attivato sperimentazioni di budget per la medicina generale (sintomo di una gestione ancora problematica e parziale dei MMG).

Tabella 7. Diffusione dei contratti di dirigente a tempo determinato (ex art. 15 septies Dlgs 502/92)

	Percentuale di art. 15 septies sul totale dei dirigenti				
	0%	(0%, 1]	(1%, 2%]	(2%, 3%]	> 3%
AO	17,6%	52,9%	13,7%	9,8%	5,9%
ASL	32,7%	48,5%	12,9%	4,0%	2,0%
NORD	28,3%	50,5%	13,1%	6,1%	2,0%
CENTRO	14,8%	48,1%	25,9%	7,4%	3,7%
SUD	38,5%	50,0%	0,0%	3,8%	7,7%
Totale	27,6%	50,0%	13,2%	5,9%	3,3%

Tabella 8. Istituzione delle posizioni organizzative del comparto

Tipo	n. aziende rispondenti (a)	n. aziende che hanno istituito ppoo (b)	% aziende che hanno istituito ppoo (c=b/a)	n. ppoo istituite (d)	n. medio ppoo per azienda (e=d/b)	n. ppoo sull'organico complessivo (f)
AO	55	48	87%	1.305	27	1,10%
ASL	100	84	84%	2.537	30	1,40%
Totale	155	132	85%	3.842	29	1,30%

Il controllo di gestione, infine, è la «funzione innovativa» più diffusa e consolidata. Nel 2002, il budget era stato adottato dall'89% delle aziende ed era giunto mediamente alla quarta edizione,

seppur con un ritardo tuttora evidente del Sud rispetto alle altre aree del Paese. Come più volte segnalato nei Rapporti OASI, tuttavia, la capacità del budget di svolgere le proprie funzioni di guida, coordinamento, responsabilizzazione è fortemente indebolita dal ritardo con cui il budget stesso viene approvato. Il processo si avvia tardi: spesso (36%) solo contestualmente o dopo aver deliberato il preventivo economico, ancora più spesso (53%) a esercizio già iniziato. Il suo completamento, inoltre, richiede mediamente più di 3 mesi. Tutto ciò inevitabilmente comporta una chiusura molto ritardata: al 30/4/2002, per esempio, il processo era stato completato solo dal 59% delle aziende. Grossi limiti si riscontrano anche nei correlati sistemi di rilevazione e di *reporting*. Rispetto alla rilevazione, spicca la separazione organizzativa, procedurale e informatica tra contabilità generale e analitica; è diffuso inoltre un impiego acritico della configurazione di «costo pieno». Quanto al reporting (Tabella 9), solo il 61% delle aziende dispone di un sistema adeguato sotto i profili della frequenza (almeno trimestrale) e della tempestività (ritardi inferiori ai 2 mesi).

Tabella 9. Distribuzione delle aziende per caratteristiche del sistema di reporting

		Ritardi nella produzione dei report					Totale
		≤ 1 mese	1,5 mesi	2 mesi	3 mesi	>3 mesi	
Frequenza dei report	Solo mensile o < 1 mese	9%	5%	0%	0%	0%	14%
	In parte mensile e in parte trimestrale	7%	3%	1%	0%	0%	11%
	Solo trimestrale	21%	16%	16%	3%	0%	56%
	In parte semestrale o > 6 mesi	3%	3%	1%	1%	0%	8%
	Solo semestrale o > 6 mesi	1%	1%	5%	2%	2%	11%
	TOTALE	41%	28%	23%	6%	2%	100%

5. Conclusioni

Allo stadio attuale del processo di aziendalizzazione, il problema non sembra più tanto la presenza di sistemi manageriali, né la sensibilizzazione «culturale» ai problemi di efficacia ed efficienza, quanto la *qualità* dei sistemi manageriali stessi e soprattutto la loro effettiva capacità di incidere sui processi decisionali. Il SSN, infatti, si caratterizza ormai:

- per l'elevata diffusione di strutture e strumenti di natura «aziendale» (per esempio dipartimenti, UO dedicate alle funzioni innovative, istituti contrattuali innovativi, sistemi di contabilità generale e analitica, sistemi di programmazione e controllo della gestione) e
- per l'elevata eterogeneità delle soluzioni adottate (per esempio rispetto all'istituzione del collegio di direzione, alla dimensione e composizione del nucleo di valutazione, all'utilizzo di posizioni organizzative, all'assunzione di personale dirigente a tempo determinato, all'estensione del modello dipartimentale alle attività amministrative, ecc);

ma anche per:

- la tradizionale focalizzazione sugli aspetti di struttura, organizzativa e informativa, rispetto a quelli di processo (i dipartimenti sono stati istituiti ma il coinvolgimento dei loro responsabili nel processo di *budgeting* è ancora limitato; i report vengono prodotti ma non sempre con caratteristiche accettabili di frequenza e tempestività; l'UO dedicata al marketing è isolata dal resto dell'organizzazione, ecc.);
- il permanere di comportamenti mimetici (l'atto aziendale è adottato in massa dalle aziende solo in presenza di indicazioni regionali; la dipartimentalizzazione è spesso solo formale, ecc.);

- una progressiva erosione dell'autonomia aziendale, con accentramento a livello regionale sia delle decisioni strategiche che di alcune funzioni amministrative, accompagnata peraltro dallo scarso sviluppo manageriale delle regioni stesse.

Che il rinnovamento del SSN debba passare attraverso l'aziendalizzazione, ossia attraverso un profondo recupero di efficacia e di efficienza (nonché di equità), resta indubbio. Però:

- occorre ancora una volta sgombrare il campo dagli equivoci (*repetita, si dice, iuvant*): l'aziendalizzazione non è negazione dell'autonomia professionale o della centralità del paziente, né minimizzazione dei costi o addirittura massimizzazione dei «profitti»; è un approccio (logico ancor prima che tecnico) che richiede a ogni istituto di perseguire le proprie finalità utilizzando al meglio le proprie risorse;
- per usare uno slogan, sembra necessario passare a una «fase 2» del processo di aziendalizzazione: non più affinamento fine a se stesso degli strumenti manageriali, né loro semplice introduzione «mimetica», ma loro utilizzo per conseguire la finalità propria dell'azienda sanitaria pubblica (tutelare la salute dei pazienti) con il miglior impiego delle risorse messe a disposizione dalla collettività.

Come già sottolineato nel primo Rapporto OASI, tuttavia, per realizzare tutto questo è necessario garantire alle aziende sufficienti condizioni di:

- possibilità: i vincoli oggi non derivano più tanto dalla normativa, quanto dalla scarsità di risorse finanziarie e dall'incertezza istituzionale;
- capacità: qui si è realizzato uno sviluppo significativo e diffuso delle professionalità, ma mancano azioni regionali di supporto;
- volontà, a sua volta fortemente condizionata dai sistemi di incentivi offerti alle aziende e alle singole persone;
- potere per chi dirige l'azienda di muovere le necessarie leve gestionali, seppur in un sistema di *governance* che salvaguardi le aspettative di tutti i portatori di interessi istituzionali.