

La decentralizzazione in sanità in un vicolo cieco

Mauro M, Marengo A, Guglielmo A

Health decentralization at a dead-end: towards new recovery plans for Italian hospitals

Health Policy 2017; 121: 582-587

INTRODUZIONE

Negli ultimi quaranta anni molti Paesi hanno avviato nei propri sistemi sanitari dei processi di decentralizzazione, cercando di introdurre una *governance* multilivello. Queste politiche di devoluzione hanno però mostrato alcuni limiti, perché nel tempo sono emerse problematiche di sostenibilità finanziaria, di equità nell'accessibilità ai servizi, di disuguaglianze negli *outcome* di salute con ampie differenze nelle *performance* interregionali. Alcuni autori affermano che la nuova ondata di pensiero a favore di politiche di ri-centralizzazione rappresenti un cambio strutturale e di lungo termine, mentre altri ritengono che sia in realtà solo un tentativo di taglio rapido dei costi in linea con le politiche di *austerity* imposte dall'Unione Europea.

In Italia il processo di devoluzione in sanità è iniziato nel 2001 con il trasferimento alle Regioni della responsabilità fiscale, finanziaria e manageriale in ambito sanitario. Alcune Regioni con maggiori capacità manageriali e gestionali e migliori *performance* sanitarie sono state in grado di affrontare la *devolution*, mentre altre non sono riuscite ad ottenere risultati ottimali. Ciò ha determinato forti differenze tra Regione e Regione nella spesa sanitaria, che hanno provocato deficit di budget sanitario in 10 Regioni su 21: nel 2006 il governo centrale ha dunque dovuto prendere provvedimenti vincolando le Regioni in questione a Piani di Rientro regionali, volti a ridurre la spesa sanitaria e, nei casi più gravi, prevedendo anche commissari nominati dal governo per fare in modo che venissero centrati i target finanziari posti. In questo quadro, la recente normativa relativa ai piani di rientro per le aziende ospedaliere, e non più solo per le Regioni, rappresenta un ulteriore passo voluto dal governo nazionale verso una maggiore cen-

tralizzazione che corregga gli effetti più negativi delle politiche di devoluzione avviate all'inizio degli anni duemila.

METODO

Le autrici descrivono le misure introdotte con il decreto governativo sui Piani di Rientro per le Aziende Ospedaliere (AO), evidenziandone benefici attesi, problematiche di implementazione, nonché gli argomenti a favore e a sfavore.

RISULTATI

Obiettivi e contenuto della riforma

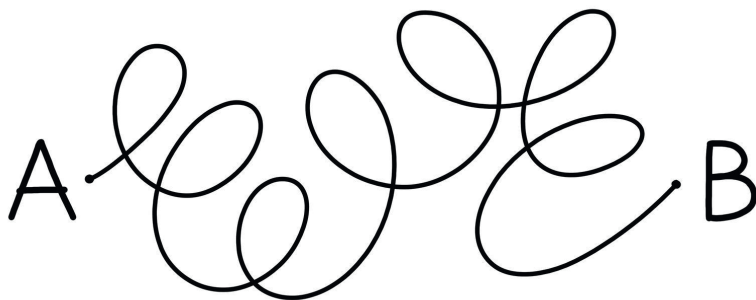
Con la legge 208/2015 sono stati introdotti i Piani di Rientro per le AO. La bozza di decreto è stata inviata alla Conferenza Stato Regioni a febbraio 2016 con le linee guida per migliorare le performance cliniche, economiche e finanziarie delle AO, di quelle Ospedaliere-Universitarie (AOU) e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). Il 21 giugno 2016 è quindi stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (n. 164 del 15-7-2016) il decreto attuativo del Ministero della Salute (Decreto 21 giugno 2016. Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le AO, le AOU, gli IRCCS o gli altri enti pubblici).

I Piani di Rientro aziendali hanno due obiettivi:

- permettere un monitoraggio delle tendenze di spesa delle varie tipologie di ospedale;
- avviare un intervento forte per migliorare l'assistenza, assicurando che tutti gli ospedali del territorio italiano forniscano le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso l'identificazione delle Aziende che risultano dai dati prodotti carenti in alcune aree clinico-assistenziali.

Il decreto regola due diversi Piani di Rientro, entrambi con un orizzonte temporale di tre anni.

Gli ospedali, i cui conti economici presentino risultati sotto una certa soglia, dovranno prevedere un Piano di Rientro di tipo A, che riguarda cioè l'efficienza dell'Azienda, focalizzandosi sulla gestione del budget finanziario e sulle strategie di miglioramento applicabili dal punto di vista della gestione economica. Sono previsti però anche Piani di Rientro di tipo B, per quegli



ospedali che presentino alcune aree clinico-assistenziali, identificate dal governo centrale, che non soddisfano una serie di criteri relativi ai volumi, alla qualità e agli *outcome* di salute. Ogni Regione deve identificare le Aziende che sul proprio territorio necessitano di andare in Piano di Rientro di tipo A e/o B e queste Aziende devono presentare, entro 90 giorni, un piano triennale in accordo con quanto esposto nel decreto, avviando poi le azioni per migliorare le carenze finanziarie o cliniche individuate. La Regione deve a sua volta assicurare la corretta applicazione delle misure previste nel Piano.

La posizione degli stakeholder

Le autrici riportano che la maggior parte dei manager ospedalieri e delle Regioni, sebbene con alcune eccezioni, hanno supportato l'implementazione dei Piani, vedendo in essi l'opportunità di ridurre i deficit finanziari regionali e migliorare l'assistenza fornita. Altri stakeholder, come i sindacati e le associazioni di pazienti, hanno invece richiesto di essere attivamente coinvolti nella predisposizione dei Piani stessi, dato il timore di tagli lineari, licenziamenti o chiusura e riorganizzazione di reparti. D'altra parte un processo di coinvolgimento di queste parti sociali non è stato attivato.

Risultati attesi e potenziali limiti

Secondo alcune stime, circa il 49% degli ospedali dovrebbe essere coinvolto nelle misure dei Piani di Rientro e dal punto di vista della maggiore efficienza si dovrebbe poter avere un risparmio in tre anni di circa 1,4 miliardi di euro. Misure importanti, da cui si attendono risultati in termini di efficientamento quali, per esempio, la riorganizzazione dei reparti ospedalieri sotto i 15 posti letto per incentivare economie di scala ed efficienza tecnica, nonché la razionalizzazione delle risorse umane e delle tecnologie biomediche.

Secondo le autrici vi sono però alcuni limiti insiti nel decreto. Intanto esso non affronta le debolezze manageriali esistenti: i direttori generali che hanno causato i deficit o le carenze clinico-assistenziali sono anche coloro che dovranno garantire il successo dei Piani. Inoltre le analisi finanziarie degli ospedali si basano su report disomogenei, nei quali l'affidabilità e la comparabilità dei dati non sono scontate. Infine, il monitoraggio delle performance ospedaliere ha mostrato molte differenze intraregionali e non solo interregionali legate a debolezze manageriali. Un programma a tre anni non sarebbe dunque un orizzonte temporale abbastanza ampio e ciò determina il rischio che questo decreto non abbia effetti ampi e di sistema.

CONCLUSIONI

Il decreto sui Piani di Rientro ospedalieri è una misura che va letta nel contesto dei processi di ricentralizzazione che si stanno discutendo anche in altri Paesi europei per rimediare alle problematiche finanziarie generate dai processi di devoluzione avviati all'inizio degli anni duemila. Nello specifico del caso italiano, l'obiettivo ultimo dei Piani di Rientro è portare le Regioni a ridurre o eliminare i loro deficit di bilancio in ambito sanitario tramite una serie di cambiamenti che dovrebbero aumentare l'efficienza gestionale delle Aziende. Secondo le autrici per ottenere questi risultati ambiziosi sarebbe stato necessario avere già avviato, in passato, riforme ospedaliere strutturali a livello regionale poiché la sola direttiva centrale, calata dall'alto, potrebbe non bastare ad attivare percorsi virtuosi. Senza un lavoro congiunto con le Regioni per risolvere le debolezze manageriali entro gli ospedali, secondo Mauro e colleghe si otterrà forse un contenimento dei costi di breve periodo, ma non un cambiamento di lunga durata. È dunque necessario avviare percorsi di trasferimento delle conoscenze tramite una cooperazione interregionale per aumentare l'efficacia di misure di pianificazione come quelle previste dal decreto che, in quanto emanato dall'alto, potrebbe non riuscire ad incidere fortemente sulle realtà locali.

Alessandra Lo Scalzo

Area Innovazione, Sperimentazione e Sviluppo
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali,
Agenas