

# Bocconi



## CONVEGNO OASI 2019

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

## IL GOVERNO DEL RAPPORTO STATO-REGIONI: I PIANI DI RIENTRO

**Giovanni Fattore**  
CERGAS, SDA Bocconi  
29 novembre 2019



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management

# Agenda

1. Cosa sono e come funzionano
2. Quali effetti hanno prodotto
3. Come potrebbero essere migliorati
4. Una riflessione conclusiva



# Cosa sono i Piani di Rientro

- Politica pubblica (MEF e MinSal) motivata da
  - Nuovo quadro Costituzionale nei rapporti tra Stato e Regioni
  - Necessità di mettere sotto controllo la spesa pubblica in alcune regioni
  - Cercare di garantire i LEA e il diritto alla salute in tutte le regioni
- Autonomia differenziata
  - Regioni non in Piano di Rientro
  - Regioni in Piano di Rientro (deficit > 5%) (sanzionate con addizionali IRPEF, IRAP; blocco quota premialità del fondo; blocco del turnover del personale; piani operativi)
  - Regioni Commissariate (ulteriormente sanzionate con sostituzione della responsabilità politica attribuita a commissari)
- Nel tempo hanno coinvolto: **Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Sicilia, Liguria, Piemonte, Puglia, Sardegna.**



# Come funzionano i PdR: strumenti, i processi di verifica e monitoraggio

- Le Regioni in PdR devono concordare piani operativi che, insieme ad informazioni contabili (CE/SP) e adempimenti LEA, sono oggetto di verifica in tavoli trimestrali
- Lo Stato Centrale ha una governance “doppia” (MEF e MinSal)
- Oggettive differenze nelle metriche disponibili (e quindi nell’incisività delle azioni d’intervento) per la parte economico-finanziaria (MEF) rispetto a quella sanitaria (MinSal)



# Come funzionano i PdR: il processo di affiancamento (*Knowledge Transfer*)

- Inizialmente previsti
  - Servizi di supporto (da parte di Agenas, dell'Advisory contabile gestionale e AIFA)
  - Partneriati (affiancamento delle regioni in PdR da un'altra Regione)
- Il supporto dello Stato centrale sulla gestione sanitaria è stato complessivamente meno efficace e i partneriati non sono stati attivati
- E' in sostanza mancato un lavoro di *knowledge transfer* verso le regioni in PdR (anzi nel tempo in diverse di queste regioni si è indebolita la capacità di governo delle aziende)
  - Mancanza di risorse dedicate
  - Mancanza di incentivi per la formazione dei partneriati
  - Tensione dovuta al duplice ruolo di MEF/MinSal di verifica/monitoraggio da un lato e di supporto dall'altro



# Quali effetti hanno prodotto i PdR?

## Indicatori

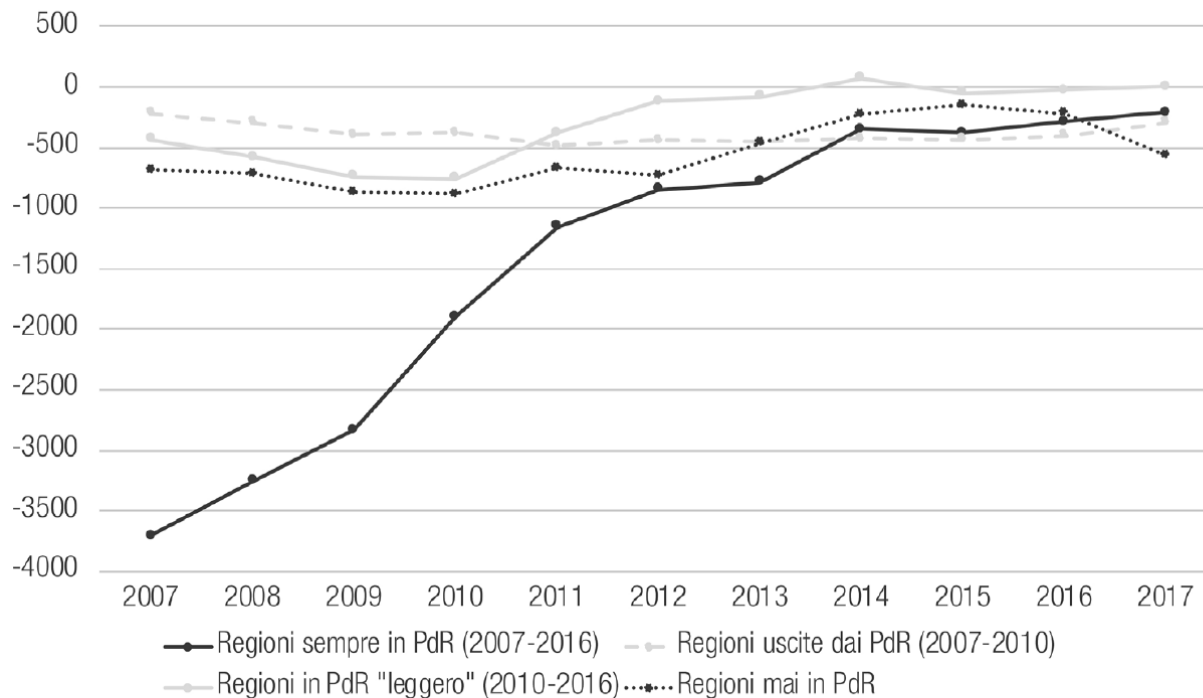
- Andamento dei disavanzi
- Andamento del punteggio LEA
- Indicatori selezionati da PNE + mobilità extra-regionale
  - PNE 6: Proporzione di interventi di PTCA entro 2 giorni dal ricovero per IMA
  - PNE 42: Proporzione di interventi chirurgici entro 2 giorni per frattura del femore su pazienti con età >65
  - PNE 302: Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

## Metodologia

- Trend temporali degli indicatori considerati..
- ..mettendo a confronto con il gruppo di controllo (regioni mai in PdR) i tre seguenti gruppi di «trattamento»:
  - regioni sempre in PdR,
  - regioni uscite dai PdR nel 2010
  - regioni in PdR «leggero»



# Trend del risultato di esercizio 2007-2017 per gruppi di regioni (in mln di euro)



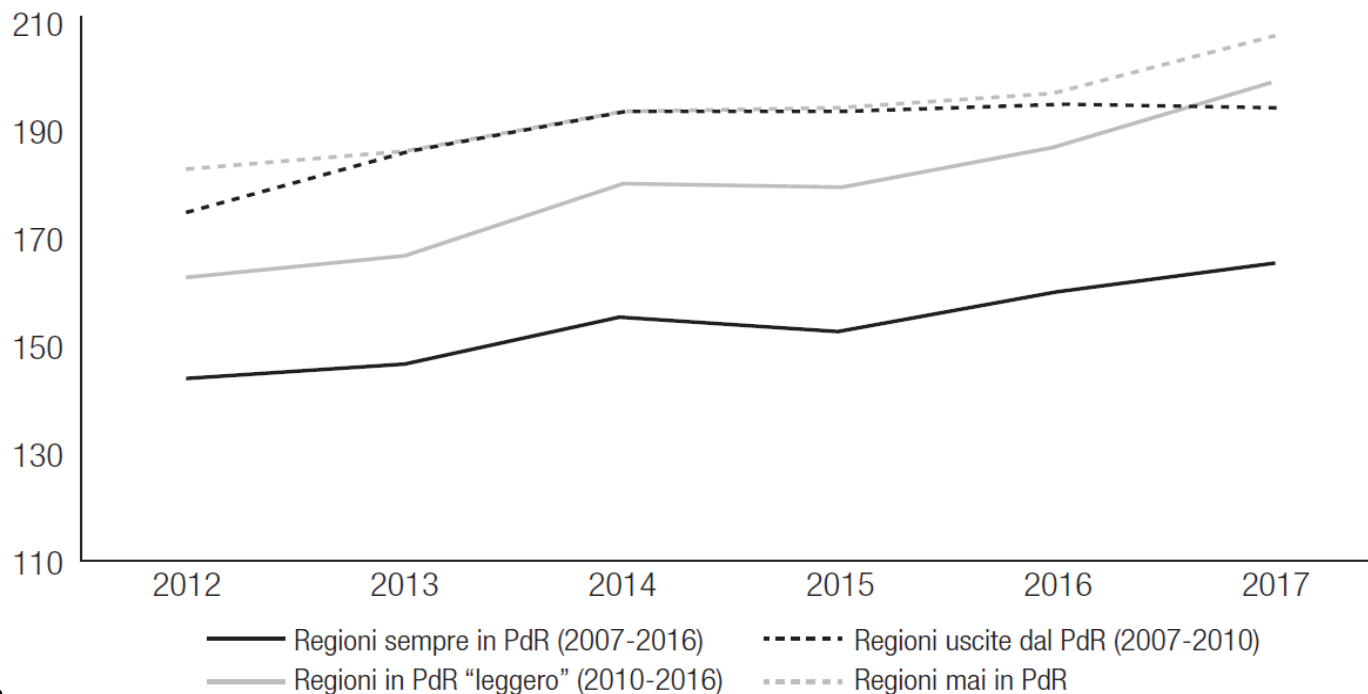
Università Bocconi

CERGAS  
 Centro di Ricerche sulla Gestione  
 dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze (2019), *Il Monitoraggio della Spesa Sanitaria*, Rapporto n. 6, Roma

SDA Bocconi  
 School of Management

# Trend punteggi medi griglia LEA 2012-2017 per gruppi di regioni



**Università Bocconi**

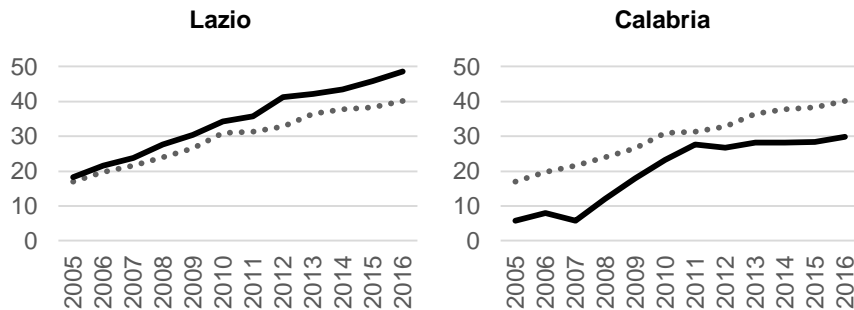
**CERGAS**  
 Centro di Ricerche sulla Gestione  
 dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

**SDA Bocconi**  
 School of Management

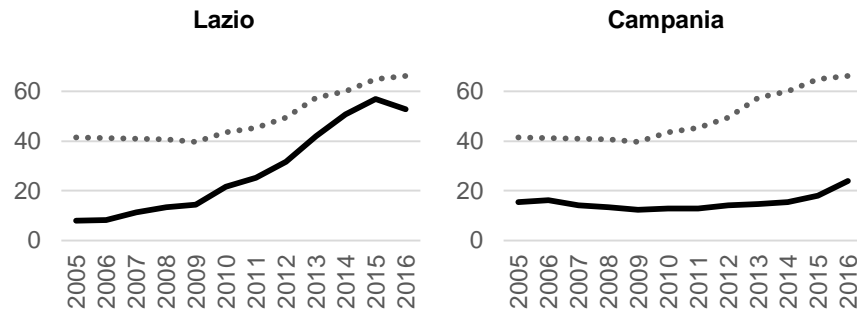


# Eterogeneità degli effetti prodotti

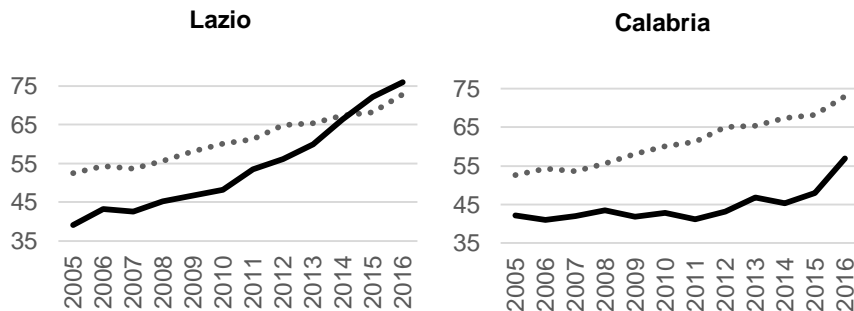
% PTCA entro 2 gg per IMA



% di interventi entro 2 gg per frattura al femore



% di colecistectomie con degenza inferiore a 3 gg



..... Regioni mai in PdR — Regione in PdR



Università Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management

# Quali effetti hanno prodotto i PdR?

- I **deficit economico-finanziari** sono stati praticamente **azzerati**
- La **performance complessiva** sotto il profilo sanitario delle regioni in PdR è **migliorata** rispetto a diverse dimensioni (con importanti differenze tra regioni e regioni); ma **NON si è registrata una convergenza** tra regioni in PdR e regioni non in PdR
- Con i **commissariamenti** ha prevalso una logica **sanzionatoria**; è mancato sostegno all'opera dei commissari (ad esempio non sono stati dotati di un team dedicato)
- L'azione di **affiancamento** è stata nettamente **inferiore** al previsto (e necessario); nel tempo le regioni in PdR **hanno perso capacità propria** di governo



# Come migliorare i PdR?

- **Chiarire le condizioni di uscita** dal regime dei PdR e dei commissariamenti
- **Articolare il sistema dei commissariamenti** in modo da avere intensità diverse e risorse professionali direttamente gestite dai commissari
- **Rafforzare il ruolo e gli strumenti di MinSal** affinché le performance sanitarie contino di più
- **Investire** sostanzialmente sugli interventi di *knowledge transfer* (verticali e orizzontali)
- **Articolare le metriche per le performance sanitarie**, distinguendo tra indicatori per la valutazione di medio-lungo periodo (con indicatori di esito, efficacia e efficienza) e indicatori funzionali al monitoraggio di breve periodo (relativi alle risorse impiegate, le azioni svolte, il grado di sforzo)
- Mettere a punto **sistemi** distinti di **verifica degli adempimenti, monitoraggio delle azioni e valutazione degli effetti**



# Una riflessione finale

Non illudersi che le misure siano sufficienti per governare *nei* sistemi complessi; si governa anche (se non principalmente) con logiche “soft”, indirizzi, interventi culturali, simboli, esempi, buone pratiche, l’ethos e il pathos, nonché dando autonomia e fiducia alle persone



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management

## Team di Ricerca



*Francesco Longo*



*Simone Ghislandi*



*Giovanni Fattore*



*Luigi Preti*



*Gianmario Cinelli*



*Michela Bobini*



*Carolina Maffini*

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**  
**giovanni.fattore@unibocconi.it**

CERGAS Bocconi

Via Röntgen 1 | 20136 Milano – Italia |

Tel +39 02 5836.2581 | [www.cergas.unibocconi.it](http://www.cergas.unibocconi.it)



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management