

10 La razionalizzazione della spesa per approvvigionamenti e personale: le Regioni in Piano di Rientro a confronto

di Carlo De Pietro, Marta Marsilio e Marco Sartirana¹

10.1 Il punto sui PDR

I Piani di Rientro (PDR), sottoscritti tra il 2007 (Lazio, Molise, Abruzzo, Sicilia, Campania, Sardegna, Liguria), il 2009 (Calabria) e il 2010 (Puglia, Piemonte), si configurano come un vero programma di ristrutturazione industriale finalizzato al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario di quei Servizi Sanitari Regionali (SSR).

A seguito della sottoscrizione del Piano di Rientro, le Regioni hanno formalizzato i propri programmi contenenti le principali strategie e azioni finalizzate a raggiungere gli obiettivi concordati con il Ministero dell'Economia e della Salute. Tali documenti sono stati identificati come «programmi attuativi» nel triennio 2010-2012 e come «programmi operativi» (PO) per il triennio 2013-2015.

10.2 Obiettivi e metodologia di analisi

Il presente capitolo ha l'obiettivo di mappare iniziative e azioni adottate dalle Regioni in Piano di Rientro per la gestione e razionalizzazione delle due principali voci di spesa dei SSR: l'approvvigionamento di beni e servizi non sanitari e il personale.

10.2.1 La funzione acquisti

Negli ultimi anni, la funzione acquisti delle Aziende sanitarie è stata caratterizzata da rilevanti processi evolutivi e ha assunto, in misura crescente, un ruolo strategico per il raggiungimento degli obiettivi di razionalizzazione della spesa pubblica. La

¹ Il capitolo è frutto di un lavoro comune di ricerca e riflessione. I §§ 10.1, 10.2.1, 10.2.3, 10.3.1, 10.4.1, 10.5.1, 10.6.1, 10.7.1 e 10.8.1 sono in ogni caso da attribuirsi a Marta Marsilio, il § 10.9 a Marco Sartirana, i paragrafi restanti a Carlo De Pietro.

rilevanza dei processi di acquisto deriva, innanzitutto, dalle dimensioni economiche della spesa di beni e servizi nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Nel 2012, la spesa totale per beni e servizi è stata pari a più di 35 miliardi, ovvero circa il 32% della spesa corrente del SSN (seconda voce dopo quella relativa al personale; dati CE Consolidato 2013, AGENAS). D'altra parte, al di là dell'evidente rilevanza economica, si tratta anche di una funzione con immediati impatti di politica industriale su diversi settori produttivi per i quali il SSN rappresenta uno dei clienti principali (industria del farmaco, delle grandi tecnologie biomediche, ecc.). Si tratta di settori ad alto contenuto innovativo, che consentono alle imprese di sperimentare, sviluppare o affinare *know how*. In questi ambiti, il *public procurement* può essere utilizzato anche come volano di innovazione, con impatti potenzialmente molto rilevanti sullo sviluppo economico del Paese.

In questo contesto, è importante ricordare i principali trend che hanno caratterizzato la ricerca di soluzioni di razionalizzazione di tale voce di spesa, riconducibili essenzialmente a due aspetti:

- ▶ l'introduzione di logiche di accentramento degli acquisti in ottica inter-aziendale o regionale, tramite la costituzione di centrali d'acquisto o la stipula di convenzioni tra le Aziende sanitarie (Brusoni e Marsilio, 2007; Brusoni et al., 2008; Marsilio e Mele 2010; Amatucci e Mele, 2011; Amatucci e Marsilio 2013). Tale scelta è stata guidata dalla volontà di ridurre la spesa per beni e servizi, sia in termini diretti (riduzione del prezzo dell'oggetto dell'acquisto, grazie a un aumento del volume contrattato e del potere contrattuale della stazione appaltante), sia in termini indiretti negli oneri amministrativi collegati (riduzione della tempistica, aumento dell'efficienza nel processo, riduzione del personale dedicato, ecc.);
- ▶ i recenti provvedimenti di spending review promossi dai governi Monti (d.l. 52/2012 e d.l. 95/2012), Letta (l. 228/2012) e Renzi (d.l. 66/2014), finalizzati alla razionalizzazione della spesa delle pubbliche amministrazioni, con misure dirette anche agli enti del SSN, sintetizzate nella Tabella 10.1 e nel Box 10.1.

Tabella 10.1 **I provvedimenti di spending review per l'acquisto di beni e servizi del SSN**

Spending review	Principali obiettivi
d.l. 52/2012	Rafforzamento centralizzazione acquisti attraverso CONSIP e MEPA (Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione).
d.l. 95/2012 l. 228/2012	Riduzione 10% importi contrattuali delle Aziende sanitarie. Rinegoziazione contratti rispetto a prezzi di riferimento.
d.l. 66/2014	Riduzione 5% importi contrattuali delle Aziende sanitarie. Allineamento a prezzi di riferimento. Rafforzamento centralizzazione acquisti attraverso 35 soggetti aggregatori.

Box 10.1 I contenuti della spending review sull'acquisto di beni e servizi del SSN

Rispetto alle azioni promosse dai governi a partire dal 2012, nel tentativo di individuare le modalità per razionalizzare e ridurre la spesa pubblica, si citano di seguito quelle con un maggiore impatto per i processi di spesa delle Aziende sanitarie.

Il d.l. 52/2012 (noto anche come «1^a Spending Review») ha rafforzato il ruolo della gestione centralizzata degli acquisti delle pubbliche amministrazioni, prevedendo l'obbligatorietà di utilizzo delle convenzioni stipulate dalle Centrali Acquisto regionali di riferimento, ovvero, qualora non siano operative convenzioni regionali, delle convenzioni quadro stipulate dalla CONSIP. Inoltre, ha rafforzato l'utilizzo di sistemi telematici, introducendo l'obbligo di utilizzo per tutte le amministrazioni pubbliche non statali (quindi anche le Aziende SSN), dei sistemi telematici di acquisto (MEPA o altri mercati elettronici conformi alla normativa nazionale), nelle gare di forniture di beni e servizi per acquisti di importo inferiore alla soglia di rilievo comunitario (oggi 207.000 euro, IVA esclusa).

Il d.l. 95/2012 («2^a Spending Review»), oltre a ribadire e rafforzare il ruolo della CONSIP, ha previsto interventi ad hoc per la razionalizzazione della spesa per beni e servizi in sanità attraverso la *riduzione* (del 5%, innalzato al 10% dalla legge di stabilità per il 2013, l. 228/2012) *degli importi* e delle connesse prestazioni relativi a contratti di appalto in essere di servizi e fornitura di beni e servizi, a esclusione dei farmaci (art. 15 c. 13 lett. a) e l'obbligo della rinegoziazione dei contratti che prevedono differenze significative dei prezzi unitari rispetto a quelli *di riferimento* (art. 15 c. 13 lett. b).

Il d.l. 66/2014 (decreto Spending Review del governo Renzi), ha previsto ulteriori misure a rafforzamento della traiettoria già delineata nei decreti precedenti. In particolare, all'art. 8 è prevista un'ulteriore riduzione della spesa delle pubbliche amministrazioni, inclusi gli enti del SSN, attraverso la riduzione del 5% degli importi dei contratti in essere e l'allineamento ai prezzi di riferimento o ai prezzi delle convenzioni CONSIP. Inoltre, tale decreto prevede una forte spinta al contenimento della numerosità delle centrali di acquisto. Il documento del 18 marzo 2014 «Proposte per una revisione della spesa pubblica» presentato dal Commissario straordinario, tra le prime misure per l'«efficientamento» aveva indicato una riduzione delle centrali appaltanti dalle 32.000 attuali a trenta/quaranta. L'art. 9 traduce tale indicazione con l'istituzione dell'elenco dei «soggetti aggregatori» di cui fanno parte di diritto CONSIP S.p.A. e una centrale di committenza per ciascuna Regione. Il riconoscimento di altri soggetti «aggregatori» sarà effettuato sulla base di requisiti tra cui il carattere di stabilità dell'attività di centralizzazione, nonché i valori di spesa ritenuti significativi per le acquisizioni di beni e di servizi con riferimento ad ambiti, anche territoriali, da ritenersi ottimali ai fini dell'aggregazione della domanda. Il decreto prevede che «il numero complessivo dei soggetti aggregatori presenti sul territorio nazionale non può essere superiore a 35».

10.2.2 La funzione personale

La gestione del personale è centrale e critica rispetto all'azione dei PDR. Centrale perché riguarda la principale voce di spesa dei SSR. Critica perché le politiche e le azioni che riguardano il personale non possono, per loro natura, rispondere soltanto a logiche tecnocratiche, ma sono, invece, eminentemente politiche, coinvolgendo tutti gli operatori che prestano la propria opera nelle Aziende sanitarie pubbliche, prevedendo il contributo formale o informale delle rappresentanze sindacali e professionali, mobilitando, infine, consenso sul mercato politico-elettorale (sia direttamente presso gli operatori e le loro famiglie, sia indirettamente presso gli utenti dei servizi sanitari). Letto in tal senso, i vincoli posti dalla normativa nazionale e dai PDR possono risultare utili per il manage-

ment delle Aziende sanitarie e delle Regioni, in quanto gli attori locali li possono percepire come vincoli imposti dall'esterno.

In particolare, nel caso del personale i vincoli più importanti sono quelli posti dalle norme di finanza pubblica che hanno definito misure di risparmio per il pubblico impiego. La più importante tra tali norme è quella, reiterata negli anni, che prevede che la spesa per il personale delle Aziende pubbliche al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4% (al netto degli effetti dei rinnovi contrattuali e delle indennità per vacanza contrattuale). Tale prescrizione, da ultimo confermata fino al 2015 dal d.l. 95/2012 convertito con modificazioni in l. 135/2012, di fatto congela la dinamica della spesa per il personale e, anzi, chiede sforzi aggiuntivi di contenimento, se si considerano il sensibile invecchiamento che ha caratterizzato gli organici SSN negli ultimi anni (si veda De Pietro, 2009), l'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento dei bisogni e della domanda di servizi sanitari, ecc. Questa misura di contenimento appare talmente severa da non poter essere rispettata con le sole politiche del personale, ma richiede, invece, una decisa razionalizzazione del sistema di offerta.

Per rispettare tale prescrizione nazionale e per perseguire gli obiettivi specifici dei PDR, le misure previste dagli stessi Piani e dai successivi PO provano a controllare sia le *quantità di personale* che i *livelli retributivi*, con una sostanziale ridondanza di vincoli, ridondanza strumentale all'obiettivo di rendere più probabile il contenimento effettivo della spesa.

Con riguardo al controllo delle quantità di personale, le misure tipiche sono: (i) il blocco (totale o parziale) del turn over; (ii) la limitazione dello straordinario (per il personale non dirigente) e delle prestazioni aggiuntive (per il personale con qualifica dirigenziale); (iii) la limitazione delle forme contrattuali atipiche, quali co.co.co., co.co.pro, incarichi dirigenziali ex art. 15 sepies d.lgs. 502/1992, prestazioni libero professionali, consulenze, somministrazione di lavoro interinale, ecc.; (iv) la limitazione delle prestazioni erogate dagli specialisti ambulatoriali, i cosiddetti «sumaisti»; (v) la limitazione delle esternalizzazioni; (vi) la verifica delle limitazioni certificate e delle inidoneità concesse.

Con riguardo al controllo dei livelli retributivi, le misure tipiche includono: (i) la corretta costituzione e il corretto utilizzo dei fondi previsti per la contrattazione aziendale integrativa, anche a seguito della ridefinizione (in riduzione) delle dotazioni organiche; (ii) la riduzione del numero di incarichi di struttura complessa o semplice per i dirigenti e delle indennità di coordinamento o delle posizioni organizzative per il personale del comparto.

10.2.3 Metodologia di indagine

La metodologia di indagine adottata per il presente capitolo si basa sulla mappatura delle azioni adottate dalle Regioni in Piano di Rientro rispetto agli ap-

Tabella 10.2 **Programmi Operativi 2013-2015**

Regione	PO 2013-2015	Ambito «Beni e servizi»	Ambito «Personale»
Abruzzo	30/12/2013 Decreto commissariale n. 112	4. Area di intervento «core». 4.1 Beni e servizi e 4.2 Assistenza farmaceutica pp. 68-78	4. Area di intervento «core». 4.5 Personale pp. 95-108
Campania	21/03/2014 Decreto Commissario ad acta N. 18	4. Area Razionalizzazione dei fattori produttivi Programma 9: Razionalizzazione della spesa pp. 109-124	4. Area Razionalizzazione dei fattori produttivi Programma 10: Gestione del personale pp. 125-143
Molise	21/06/2014 Decreto Commissario ad acta N. 21	3. Razionalizzazione dei fattori produttivi Programma 9: Razionalizzazione della spesa pp. 69-78	3. Razionalizzazione dei fattori produttivi Programma 10: Gestione del personale pp. 79-86
Piemonte	31/12/2013 DGR n. 25-6992	3. Area Razionalizzazione dei fattori produttivi Programma 9: Razionalizzazione della spesa pp. 111-132	3. Area Razionalizzazione dei fattori produttivi Programma 10: Gestione del personale pp. 133-149
Sicilia	GU 13 giugno 2014 n. 24	3.4.2 Obiettivo specifico: Interventi di monitoraggio e gestione nell'acquisto di beni e servizi pp. 159-171	3.2.6 Obiettivo specifico: La gestione del personale pp. 113-133

provvisionamenti e alla gestione del personale, attraverso la disamina testuale dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015. Rispetto al quadro delineato nell'introduzione, le uniche due Regioni che hanno superato le verifiche dopo il primo triennio 2010-2012 e avuto accesso alle risorse correlate all'attuazione degli adempimenti previsti dai PDR sono la Sardegna e la Liguria; di conseguenza, esse non sono più sottoposte alle procedure previste dai PDR e non saranno oggetto della presente analisi.

Inoltre, considerati gli iter temporali diversi che hanno caratterizzato il confronto tra le Regioni e i tavoli ministeriali competenti per la valutazione dei programmi operativi proposti, al momento della stesura del presente documento² risultavano approvati i Programmi Operativi delle seguente regioni: Abruzzo, Campania, Molise, Piemonte e Sicilia³. Per questo motivo, gran parte delle analisi proposte nelle pagine successive riguardano tali cinque Regioni.

La Tabella 10.2 riporta la data di approvazione del PO e le aree di tali PO oggetto di analisi. Di seguito, per ciascuna Regione, si presentano le azioni previste per gli acquisti di beni e servizi e per il personale.

² La raccolta documentale è aggiornata al 23 giugno 2014.

³ La regione Lazio aveva approvato il PO 2013-2015 con Decreto del Commissario ad acta U00480 del 6 dicembre 2013; tuttavia, dato che tale decreto era stato trasmesso senza la sottoscrizione dei due sub-Commissari uscenti, è stata redatta una nuova riedizione del PO 2013-2015, inviata ai ministeri competenti il 21 marzo 2014. Per la regione Calabria, l'ultima riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA è del 4 aprile 2014; per la regione Puglia, è del 27 novembre 2013.

In relazione agli acquisti, l'analisi è finalizzata a far emergere le principali azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa per beni e servizi non sanitari, con l'indicazione di eventuali indicatori di performance, con particolare rilievo per quelli di natura quantitativa (espressivi di risparmi in termini percentuali o in valore assoluto). Con riferimento ai farmaci, sono state esaminate le azioni relative al contenimento della spesa per acquisti o distribuzione dei farmaci mentre per i dispositivi medici (DM) sono state analizzate le azioni di HTA (*health technology assessment*). In particolare, vengono indicati obiettivi quantificati in termini di target obiettivo o di valorizzazione dei risparmi attesi. Nel caso nel PO si faccia riferimento ad azioni e tempi da intraprendere per il raggiungimento di tali obiettivi, si indica l'acronimo IP – indicatore di processo.

In relazione al personale, i paragrafi seguenti riportano le principali misure previste dai PO 2013-2015. Tale descrizione è poi integrata, al § 10.9, da un'analisi retrospettiva sulle modifiche che le Regioni in Piano di Rientro hanno vissuto nella numerosità degli organici SSR e in altre variabili chiave relative alla gestione del personale. Tale analisi retrospettiva è presentata per dare evidenza di quanto già fatto nei primi anni dei PDR e della situazione sulla quale i PO intendono operare per il triennio 2013-2015.

10.3 L'analisi del PO della Regione Abruzzo

10.3.1 Beni e servizi

Razionalizzazione della spesa per beni e servizi (4.1.1)⁴

Il PO si pone l'obiettivo di ridurre del 10% all'anno la spesa per beni e servizi. Le azioni previste riguardano, sostanzialmente, l'adeguamento delle Aziende sanitarie alle indicazioni contenute nei decreti nazionali di spending review. Operativamente, ogni Azienda è chiamata a predisporre un conto economico programmatico coerente con l'obiettivo di riduzione del 10% della spesa. Tale obbligo informativo è in capo ai Direttori generali e il raggiungimento di tale obiettivo rappresenta un vincolo per l'autorizzazione all'assunzione di personale. Inoltre, le Aziende sono tenute a effettuare un ricognizione di tutti i contratti in essere (valore, durata, tipologia, volumi, prezzi) e monitorare e rendicontare semestralmente le azioni di contenimento della spesa effettuate.

Da tali azioni sono previsti alcuni risultati (in termini di scostamento rispetto al numero e valore dei contratti rinegoziati, al risparmio conseguito, allo scostamento percentuale del risparmio rispetto alla riduzione programmata del 10%, di scostamento della spesa per dispositivi medici rispetto al tetto previsto, di

⁴ I numeri tra parentesi indicano i paragrafi dei documenti originali (cfr. tabella 10.1) che si riferiscono alle diverse azioni del PO.

numero e valore dei contratti transitati dalla piattaforma CONSIP), senza, tuttavia, l'indicazione di specifici target.

Gare centralizzate (4.1.2)

La Regione si pone l'obiettivo di aumentare la centralizzazione degli acquisti, promuovendo unioni di acquisti, gare aggregate regionali con delega a CONSIP e adesione alle convenzioni CONSIP. Sul fronte operativo, si prevede di rafforzare gli organi (comitati direttivi ed esecutivi per la centralizzazione degli acquisti) e gli strumenti di programmazione degli acquisti centralizzati. Gli obiettivi attesi sono lo svolgimento delle gare, l'ampliamento delle categorie merceologiche oggetto di gare centralizzate e la rilevazione degli acquisti tramite CONSIP e MEPA. Tuttavia, per tali obiettivi non sono indicati specifici valori target.

Distribuzione diretta e per conto (4.2.1)

Il PO prevede di attivare nel 2014 la distribuzione diretta e per conto (finora non adottata nel SSR) e di ottenere benefici economici dovuti alla riduzione dei prezzi di acquisto in gare centralizzate rispetto ai prezzi scontati dalle farmacie pubbliche e private. Non vengono, tuttavia, fornite stime dei risparmi attesi.

Modalità di approvvigionamento farmaci (4.2.2)

La Regione intende rafforzare il ricorso ad acquisti centralizzati per i principi attivi. L'obiettivo è di attivare un monitoraggio delle modalità di acquisto a livello aziendale e definire il fabbisogno per bandire una nuova gara entro la fine del 2015. Anche in questo caso, non sono fornite stime dei risparmi attesi.

La Tabella 10.3 riassume i principali indicatori esplicitati nel PO per ciascuna azione.

Tabella 10.3 **Sintesi obiettivi e indicatori PO 2013-2015, Regione Abruzzo**

Azione	Obiettivi	Indicatori		
		2013	2014	2015
4.1.1 Razionalizzazione	Ricognizione e monitoraggio azioni		IP	
	Riduzione spesa	10%	10%	10%
	Risparmi attesi (mln/€)	21,8	21,8	21,8
4.1.2 Gare centralizzate	Aumento del ricorso alla centralizzazione		IP	
4.2.1 Distribuzione diretta e per conto	Distribuzione per costo (DPC) per farmaci inclusi nel prontuario ospedale-territorio (PHT)		IP	
4.2.2. Approvvigionamento farmaci	Riduzione variabilità numero dei principi attivi		IP	
	Adozione soluzioni costo/efficacia		IP	

10.3.2 Personale

Tra il 2006 e il 2012, il SSR ha ridotto di 1.922 «teste» i dipendenti a tempo indeterminato (-12%), con una riduzione estremamente marcata per i ruoli professionale (-22%), amministrativo (-18%) e tecnico (-14%), e più contenuta per il ruolo sanitario (-5%). Tali riduzioni, tra il 2006 e il 2011, sono state solo molto parzialmente compensate dai contratti a tempo determinato, passati da 804 a 895. Tra il 2008 e il 2012 il costo per il personale (comprensivo di IRAP) è diminuito di 9,8 milioni di euro (-1%).

Considerati i risultati già ottenuti, per il triennio 2013-2015 il PO ipotizza una piena sostituzione del turn over, a condizione che i risparmi previsti sulla spesa per beni e servizi descritti al paragrafo precedente siano realizzati.

Definizione del fabbisogno di personale (4.5.1)

Il PO chiede di rideterminare le dotazioni organiche delle Aziende SSR e ridefinire, di conseguenza, i fondi contrattuali (promuovendone il progressivo allineamento agli importi medi nazionali), avviando poi un monitoraggio annuale sulla loro consistenza e sul loro utilizzo. L'impatto economico di tale azione sarà stimabile una volta ridefinite le dotazioni organiche. La rideterminazione terrà conto delle indicazioni nel frattempo emanate dal gruppo di lavoro istituito presso il Ministero della Salute per definire gli standard previsti dall'art.12 Patto per la Salute 2010-2012 sul numero di strutture operative complesse e semplici, nonché sul numero di coordinamenti e posizioni organizzative. Crono-programma e indicatori di risultato sono i seguenti:

- ▶ verifica conformità dotazioni organiche aziendali rispetto alle linee di indirizzo regionali entro il 15 ottobre 2013;
- ▶ adozione da parte della Regione delle linee di indirizzo per la determinazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale entro il 30 novembre 2013;
- ▶ monitoraggio regionale annuale sui fondi contrattuali e sul loro utilizzo, con le Aziende che inviano dati e informazioni entro il 31 marzo di ciascun anno, a partire dal 2014.

Vincoli per l'assunzione di personale (4.5.2)

Come accennato, il PO 2013-2015 non stabilisce blocchi del turn over per il personale, previo nulla osta da parte dell'Organo commissariale, a condizione di rispettare la normativa nazionale e di mantenere la spesa di ciascuna Azienda entro gli importi 2012.

Parallelamente, il PO individua criticità negli alti tassi di assenza e di limitazioni/esoneri. Per questo, indica alcune possibili misure, quali il legare il premio di produttività ai tassi di assenza di reparto, la definizione di modelli di turni sulle 24 ore più graditi al personale, ecc.

Crono-programma e indicatori di risultato si sostanziano nel monitoraggio trimestrale di tali andamenti.

Monitoraggio consistenza e costi del personale (4.5.3)

La Regione intende implementare un nuovo flusso informativo relativo al personale dalle Aziende.

Ulteriori interventi di contenimento dei costi del personale per recepimento di normativa nazionale (4.5.4)

Le misure previste sono:

- ▶ limitare il ricorso a forme di lavoro flessibile e, comunque, contenerne la spesa entro il 90% di quella sostenuta nel 2009;
- ▶ limitare il ricorso a studi e incarichi di consulenza e, comunque, contenerne la spesa entro l'80% di quella 2009;
- ▶ limitare il ricorso alle esternalizzazioni di servizi e, comunque, rispettare la normativa, con particolare attenzione alla distinzione tra appalto di servizi e somministrazione di lavoro;
- ▶ limitare (ex art. 4, c. 1, lettere e-bis ed e-ter, d.l. 158/2012, convertito con modificazioni in l. 189/2012) attribuzione e rinnovi di contratti ex art. 15-septies, c. 1 e 2, d.lgs. 502/1992 e ss. mm. e ii.;
- ▶ insediare, entro dicembre 2013, una Commissione regionale paritetica per l'ALPI (attività in libera professione intramuraria) per verificare il suo corretto svolgimento;
- ▶ assicurarsi, attraverso monitoraggio trimestrale, che, entro la fine del 2013, la spesa per le prestazioni dei medici SUMAI resti entro i limiti previsti dall'art. 15 d.l. 95/2012. Ciò dovrebbe comportare un risparmio di 1,4 milioni all'anno rispetto all'andamento tendenziale 2013-2015;
- ▶ definire, entro fine 2013, indirizzi regionali in tema di spese relative alla formazione del personale ex art. 6 d.l. 78/2010 e di costi connessi al funzionamento di commissioni e altri organismi;
- ▶ disciplinare, entro fine 2014, le modalità di verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari per la corresponsione della retribuzione di risultato.

Rapporti con Università pubbliche e protocolli (4.5.5)

Il PO prevede di stipulare entro fine 2014 un nuovo Protocollo d'Intesa con l'Università degli Studi di Chieti e L'Aquila.

10.4 L'analisi del PO della Regione Campania

10.4.1 Beni e servizi

Ottimizzazione acquisto beni e servizi (9.1)

Tale intervento si articola a sua volta in tre macro azioni.

Riorganizzazione Centrale Acquisti (9.1.1)

Tale azione delinea l'iter per rendere operativo il passaggio sancito nel 2012 del ruolo di SoReSa SpA (Società Regionale per la Sanità) da «Centrale Acquisti» a «Centrale di Committenza», potenziandone il ruolo nella gestione delle procedure contrattuali e nella definizione di convenzioni/accordi quadro. L'obiettivo è di gestire nel 2015, in forma centralizzata, i quattro quinti del fabbisogno regionale (a fronte degli attuali due quinti).

Riduzione della spesa sanitaria (9.1.2)

La Regione ha avviato la progettazione di un «sistema informativo gestionale e contabile», finalizzato a integrare il monitoraggio e controllo della spesa di tutti gli enti del SSR. In attesa che tale sistema entri a regime entro fine 2015, SoReSa ha attivato una piattaforma (denominata «Spending Review») per il monitoraggio degli adempimenti previsti dei decreti nazionali di razionalizzazione della spesa (riduzione importi contrattuali e adeguamento ai prezzi di riferimento).

Riduzione della spesa sanitaria – dispositivi medici (9.1.3)

Per governare l'andamento della spesa per i dispositivi medici e il rispetto dei tetti previsti a livello nazionale, si prevede una reportistica ad hoc per il monitoraggio dei volumi/spesa, sulla base dei flussi esistenti a livello di NSIS.

Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto (9.2)

Si delinea la necessità di riprogettare la gestione della modello logistico, anche attraverso una sua centralizzazione. Il PO prevede la redazione di uno studio di fattibilità che interessi la gestione della logistica tanto a livello macro (acquisto-stoccaggio-trasporto), quanto a livello micro (reparto-paziente), in particolare per farmaci e dispositivi medici.

Assistenza farmaceutica (9.3)

A fronte di una significativa eterogeneità nella distribuzione dei farmaci del PHT (Prontuario Ospedale Territorio) e dei relativi costi sostenuti dalle Aziende sanitarie, si prevede una progressiva omogeneizzazione del sistema di distribuzione e remunerazione dei farmaci, con il rafforzamento della DPC (distribuzione per conto) e l'elaborazione di un sistema unico di remunerazione di tale modalità di distribuzione.

Health technology assessment (9.4)

Si attribuiscono obiettivi finalizzati all'implementazione e diffusione dell'HTA, senza, però, specifiche azioni correlate alla razionalizzazione della spesa.

Nella Tabella 10.4 sono riassunti per ciascuna azione i principali indicatori esplicitati nel PO.

Tabella 10.4 Sintesi obiettivi e indicatori PO 2013-2015, Regione Campania

Azione	Obiettivo	Indicatori		
		2013	2014	2015
9.1.1 Riorganizzazione centrale acquisti	Riorganizzazione centrale acquisti		IP	
9.1.2 Razionalizzazione della spesa sanitaria	Realizzazione del sistema informativo gestionale e contabile		IP	
	Monitoraggio costi/volumi DM		IP	
9.2 Logistica	Studio di fattibilità sistema logistico farmaco e DM		IP	
9.3 Assistenza farmaceutica	Omogeneizzazione del sistema di distribuzione e remunerazione dei farmaci del PHT		IP	
	Risparmi attesi (mln/€)	1	2	3

10.4.2 Personale

Le azioni previste sono nove, con obiettivi tutti inseriti tra quelli affidati ai Direttori generali e ai Commissari straordinari:

- ▶ Azione 10.1.1 «Attivazione sblocco del turn over e politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2013-2015». Le azioni che hanno fatto seguito alla sottoscrizione del PDR del 2007 hanno portato a una riduzione del personale in servizio di oltre 7.200 unità dal 2007 al 2012, pari al 13% del totale. Ciò, insieme alla rideterminazione delle dotazioni organiche e, dunque, dei fondi contrattuali, ha reso possibile restare nei tetti stabiliti dalle leggi finanziarie dello Stato (-1,4% rispetto alla corrispondente spesa 2004). Per questo, il PO prevede «una riduzione percentuale progressiva del blocco del turn over»;
- ▶ Azione 10.1.2 «Personale Convenzionato per la specialistica ambulatoriale». Il PDR 2010-2012 aveva vietato la trasformazione dei contratti da tempo determinato a interminato e il conferimento di nuovi incarichi o ulteriori ore di attività ai medici Sumaisti. Gli obiettivi di risparmio, tuttavia, non sono stati raggiunti: la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale è, infatti, passata da 188 milioni nel 2009 a 209 milioni nel 2012. Il PO 2013-2015 prevede risparmi annuali del 2% nel 2013 rispetto alla spesa 2012, del 2% nel 2014 rispetto al 2013, del 5% nel 2015 rispetto al 2014. Tali risparmi sono previsti a decorrere dallo sblocco del turn over riferito allo stesso arco temporale;
- ▶ Azione 10.1.3 «Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa». Per il triennio 2013-2015, la Regione continuerà il monitoraggio su costituzione e/o rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa aziendale, in particolare applicando l'art. 9 c. 2 bis, l. 122/2010, che stabilisce che

sino a fine 2013 l'ammontare delle risorse destinate al trattamento accessorio del personale non può superare il corrispondente importo 2010 ed è automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio;

- ▶ Azione 10.1.4 «Prestazioni aggiuntive». Ne è previsto un progressivo abbattimento;
- ▶ Azione 10.1.5 «Interventi derivanti dal d.l. 6 luglio 2012, n. 95». Dal 2013 le Aziende sanitarie devono verificare il rispetto della riduzione del costo del personale dell'1,4% rispetto al 2004;
- ▶ Azione 10.1.6 «Ridefinizione delle strutture organizzative e Programmazione delle Risorse Umane». Terrà conto della disponibilità dei fondi contrattuali e degli standard per le strutture semplici e complesse nonché le funzioni di coordinamento e le posizioni organizzative previsti dall'art.12 Patto per la Salute 2010-2012. Il PO prevede che le Aziende si dotino di nuovi atti aziendali entro fine 2013, le dotazioni organiche siano ridefinite entro fine 2014 ed entro la stessa data venga implementato un database regionale per il monitoraggio della transizione alle configurazioni organizzative definite nei nuovi atti aziendali;
- ▶ Azione 10.1.7 «Gestione del servizio mensa e/o dell'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostitutiva (buoni pasto) ». Il PO prevede che entro fine 2013 siano applicati i CCNL in relazione a risorse finanziarie disponibili e orario di lavoro, siano elaborate linee guida per la fruizione del servizio mensa, siano predisposti i regolamenti aziendali;
- ▶ Azione 10.1.8 «Verifica sull'esercizio di mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza ed eventuale riallocazione». È disposta la restituzione, qualora sussistessero le condizioni, dei dipendenti allo svolgimento dei compiti del profilo professionale d'inquadramento. Le Aziende dovranno trasmettere alla Regione gli esiti della verifica per avviare il processo di mobilità verso attività compatibili nei casi d'inefficienza alle mansioni e d'impossibilità di ricollocazione;
- ▶ Azione 10.1.9 «Contenimento costi apparati amministrativi e consulenze». La Regione monitorerà i costi relativi a commissioni e altri organismi, spese di missione, consulenze sanitarie e non, svolte presso le Aziende. Queste dovranno dotarsi di sistemi di contabilità analitica che tengano conto di costi diretti e indiretti di tali attività.

La valorizzazione dei risparmi previsti riguarda le prime due azioni. Pur prevedendo nuove assunzioni, le limitazioni al turn over sono associate a risparmi, rispetto ai valori tendenziali, di 44 milioni di euro nel 2014, 95 nel biennio 2013-2014 e 146 nel triennio 2013-2015. La stima dei risparmi conseguibili sul personale SUMAI è di circa 4 milioni per il 2013, 8 per il biennio 2013-2014, 18 per il triennio 2013-2015.

10.5 L'analisi del PO della Regione Molise

10.5.1 Beni e servizi

Il programma n. 9 dell'Area «Razionalizzazione dei fattori produttivi» contiene le azioni di «Razionalizzazione della spesa».

Preso atto che la costituzione di un'unica Azienda sanitaria regionale (ASReM) non ha di fatto inciso sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi, l'azione 9.1.1 prevede l'attivazione di una Centrale Acquisti Regionale (CAR). La CAR afferirà alla direzione generale per la salute, con conseguente disattivazione delle funzioni di gestione delle gare in capo all'ASReM. In attesa che la CAR entri in funzione, è previsto che vengano comunque attivate e gestite a livello regionale alcune procedure di gara. Inoltre, l'ASReM ha individuato altre azioni per contenere la spesa di alcune attività di supporto (centro stampa, archiviazione cartelle cliniche, archivio documentale, lavanolo).

La stima complessiva dei risparmi è riportata nella Tabella 10.5.

Tabella 10.5 **Sintesi obiettivi e indicatori PO 2013-2015, PO 2013-2015, Regione Molise**

Azione	Indicatori		
	2013	2014	2015
Gare centralizzate ASReM (mln/€)	1,16	5,1	1,5
Altre azioni ASReM (mln/€)	0,18	0,3	0,4
Attivazione CAR (mln/€)	IP	IP	2,6

10.5.2 Personale

Il PO prevede, entro febbraio 2014, la ridefinizione delle dotazioni organiche che potrà verosimilmente portare alla ricollocazione del personale anche attraverso il trasferimento ad altra sede lavorativa, nonché a una riduzione del numero di contratti a tempo determinato. Sempre entro febbraio 2014, l'ASReM dovrà verificare che la destinazione di servizio del personale sia conforme alla qualifica di appartenenza e sottoporre «a controllo il personale assegnato a mansioni diverse da quelle per le quali è avvenuto il reclutamento per verificarne il permanere delle condizioni che ne hanno legittimato la diversa destinazione di servizio». Inoltre, i fondi contrattuali saranno oggetto di un rendiconto analitico trimestrale dalla ASReM alla Regione e comunque dovranno essere allineati alla media nazionale. È previsto il divieto di prorogare o conferire incarichi dirigenziali ex art. 15 septies d.lgs. 502/1992.

Tali misure dovrebbero portare a risparmiare 17 milioni sul triennio 2013-2015 (compresi 2,6 milioni relativi alle cessazioni dei responsabili di struttura complessa per l'integrazione tra il Presidio Ospedaliero «Cardarelli» della AS-ReM e la Fondazione di Ricerca e Cura «Giovanni Paolo II»).

10.6 L'analisi del PO della Regione Piemonte

10.6.1 Beni e servizi

Pianificazione poliennale degli acquisti (9.1)

Il modello organizzativo della Regione per la gestione degli acquisti centralizzati in sanità è stato oggetto, nel 2013, di importanti modifiche che hanno sancito il superamento dell'esperienza delle Federazioni e l'individuazione del livello interaziendale (con gare espletate da Aziende capofila), affiancato dalle funzioni svolte a livello regionale dalla SCR (Società di Committenza Regione Piemonte), come il modello di coordinamento più efficiente. A fine di consolidare tale nuovo assetto, nel PO vengono ridefiniti ambiti di competenza, responsabilità e modalità operative delle Aziende sanitarie e della SCR, identificando strumenti di intermediazione sovra-aziendale (Tavoli di coordinamento regionale e sovrazonale) finalizzati alla pianificazione dei fabbisogni, alla standardizzazione degli stessi e al monitoraggio degli acquisti.

Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto (9.2)

Il PO prevede la riorganizzazione e l'integrazione dei processi logistici a livello sovrazonale e la costituzione di anagrafica comune di tutte le tipologie di prodotti utilizzati nel SSR. Tali azioni sono considerate fondamentali per ridurre le scorte, i volumi di acquisto e il personale dedicato ai magazzini.

Centralizzazione acquisti – Attivazione e-procurement regionale – Adesione a CONSIP (9.3)

Si conferma la volontà di estendere e rafforzare l'aggregazione degli acquisti, tanto a livello regionale e/o sovrazonale, che attraverso il MEPA per gli approvvigionamenti non inclusi nella programmazione sanitaria regionale.

Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria (9.4)

Il PO prevede una raccolta comune delle segnalazioni delle inadempienze contrattuali per le convenzioni centralizzate della SCR, in modo da aggregare tali segnalazioni e raggiungere le soglie per applicare le penali ai fornitori.

Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (d.l. 98/2011 e d.l. 95/2012) (9.5)

In questo intervento vengono indicate molte azioni di coordinamento tra Regione e Aziende finalizzate a razionalizzare i processi di acquisto. Inoltre, è previsto un monitoraggio trimestrale per verificare gli adempimenti in ottemperanza ai decreti di spending review a livello nazionale, con l'individuazione di problematiche inerenti l'applicazione di tali disposizioni e la predisposizione di interventi correttivi. Tali obiettivi sono stati inseriti tra i parametri di valutazione dei Direttori generali delle Aziende sanitarie. In merito a questa azione, è stata accantonata, prudenzialmente, una quota parte dei risparmi previsti, in attesa che le attività di monitoraggio previste dal PO entrino a regime.

Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto (9.6)

Il PO prevede l'incremento del consumo dei farmaci distribuiti tramite DPC e la riduzione della spesa per tale modalità di distribuzione. Inoltre, il PO prevede un incremento della distribuzione diretta di farmaci in dimissione a seguito di ricovero e di visita specialistica ambulatoriale (a tassi del 5% annuo), prevedendone l'obbligo per il primo ciclo di terapia in dimissione. Infine, si conferma la volontà di rafforzare la gestione centralizzata degli acquisti di farmaci, prevedendo un ruolo chiave per la SCR.

Health technology assessment (9.7)

Si intende razionalizzare la gestione dei servizi manutentivi e dei ricambi delle tecnologie biomediche promuovendo un monitoraggio dei costi di manutenzione e gestione e l'attivazione a livello sovrazonale di reti integrate dei servizi di Ingegneria Clinica, con il coordinamento regionale.

Efficientamento e razionalizzazione delle risorse energetiche (9.8)

Si prevede il ricorso a contratti di rendimento energetico.

La Tabella 10.6 riassume per ciascuna azione i principali indicatori esplicitati nel PO.

Tabella 10.6 **Sintesi obiettivi e indicatori PO 2013-2015, Regione Piemonte**

Azione	Obiettivi	Indicatori		
		2013	2014	2015
9.1 Pianificazione acquisti	Riduzione volume acquisti economia/acquisti totali	- 5%	- 7%	- 10%
	Unificazione anagrafica prodotti	IP		
9.2 Logistica	Integrazione reti logistiche	3 magazzini area sovra zonale		
	Aumento volume acquisto aggregato/acquisto totale 2012	+ 20%	+ 25%	+ 30%
9.3 Centralizzazione	Risparmi (mln/€)	17,8	33,2	47,2
	Incremento ricorso al MEPA rispetto al 2012	+ 20%	+ 20%	+ 20%

Tabella 10.6 (segue)

Azione	Obiettivi	Indicatori		
		2013	2014	2015
9.4 Controllo e monitoraggio della spesa sanitaria	Riduzione delle inadempienze contrattuali	10%		20%
	Riduzione spesa per presidi diabetici	10%	15%	20%
9.5 Attuazione spending review nazionale	Attuazione normativa nazionale (mln/€)	- 30,0	- 21,0	- 15,0
	Risparmi da DPC (mln/€)	1,6	1,6	1,6
9.6 Assistenza farmaceutica:	Aumento della spesa per farmaci distribuiti direttamente	5%	5%	5%
	Risparmi a distribuzione diretta (mln/€)	0,4	0,8	1,2
	Incremento del numero di lotti farmaci aggiudicati per singolo confronto concorrenziale rispetto al 2012	+10%	+15%	+15%
9.7 Health technology assessment	Razionalizzazione spesa per servizi manutentivi		IP	
9.8 Efficientamento risorse energetiche	Riduzione del costo energetico		- 10% in almeno 5 Aziende	- 10% in almeno 10

10.6.2 Personale

Regolamenti per la mobilità (10.1.1)

La riorganizzazione del SSR richiede una nuova allocazione del personale e dunque il PO prevede che (i) entro fine 2013 sia definita un'apposita disciplina della mobilità del personale in ambito regionale; (ii) nel 2014 sia attuata tale disciplina; (iii) nel 2015 si proceda al suo monitoraggio.

Attività libero professionale intramuraria (...) (10.1.2)

Entro fine 2013 è previsto l'avvio di un monitoraggio che attesti l'assenza di costi per le Aziende legati allo svolgimento della libera professione intramoenia e che valuti il rapporto tra i suoi volumi e quelli dell'attività istituzionale.

Fondi contrattuali (...) (10.1.3)

Entro settembre 2014 è previsto l'avvio di un monitoraggio regionale su costituzione, ammontare e utilizzo dei fondi contrattuali.

Contenimento della spesa per il personale 2010-2015 (10.1.4)

Il PDR 2010-2012 prevedeva una riduzione degli organici SSR (personale dipendente, contratti atipici e consulenze) di 1.626 unità rispetto al 30 settembre 2010. Il personale a tempo indeterminato doveva scendere da 57.788 al 30 settembre 2010 a 56.993 unità al fine 2011; quello a tempo determinato da 643 a 422; le altre forme contrattuali e consulenze da 1.719 a 1.109. Per il 2012 il piano di rientro non prevedeva ulteriori riduzioni.

In particolare, era stato fatto divieto a tutte le Aziende e per tutto il 2011 di assumere personale, a eccezione della copertura, nella misura del 50%, dei posti e della spesa corrispondente al personale cessato dopo il 2010 per medici, personale di assistenza (infermieri, ostetriche e operatori socio-sanitari) e tecnici di radiologia. Inoltre, tutte le Aziende erano sottoposte a limitazioni delle prestazioni aggiuntive per il 2011 e il 2012: per il personale del comparto il PDR ne stabiliva il blocco totale; per i medici le limitava al 50% di quelle 2010.

Per le Aziende del SSR in disequilibrio finanziario, il blocco del turn over era ancora più incisivo e la misura del 50% di sostituzione del personale si limitava ai soli servizi di emergenza urgenza (118, punti di primo intervento, pronto soccorso, DEA, terapia intensiva e semintensiva).

Nonostante tali misure, nel 2012 la riduzione della spesa di almeno l'1,4% rispetto a quella 2004 non è stata raggiunta (la spesa totale è stata di 3.104 milioni, mentre la riduzione dell'1,4% prevedeva fosse di 3.046 milioni).

Per il 2013, la Regione ha, dunque, stabilito il blocco totale del turn over, fatte salve autorizzazioni in deroga concesse dalla Direzione Sanità. Per gli anni 2014 e 2015, le Aziende potranno procedere alle assunzioni a tempo indeterminato e determinato per la copertura dei posti che si renderanno vacanti dall'1 gennaio 2014, nel rispetto dei tetti di spesa annuali stabiliti dalla Regione ed entro il limite del 50% dei posti che si renderanno vacanti per medici, veterinari, altri dirigenti sanitari, personale del comparto dei ruoli sanitario e professionale e OSS. L'obiettivo per il triennio 2013-2015 è una riduzione di 1.798 unità degli organici SSR.

Riduzione delle consulenze e delle prestazioni aggiuntive (10.1.5)

La Regione ha previsto la riduzione del 5% ogni anno, dal 2013 al 2015, del numero di contratti atipici e la risoluzione o il non rinnovo alla scadenza dei contratti atipici relativi alla dirigenza PTA, al ruolo tecnico escluso gli OSS e al ruolo amministrativo. In ogni caso, le Aziende dovranno procedere alla riduzione dei contratti atipici, così da ottenere, nel triennio 2013-2015, una riduzione complessiva pari almeno al 18% del costo tendenziale 2013.

Riduzione della spesa per SUMAI (10.1.6)

Le Aziende non possono aumentare, per il 2011 e il 2012, le ore dei medici specialisti convenzionati rispetto a quelle in essere a fine 2009. Di più, nel 2013 la Regione ha disposto che: (i) ogni Azienda riducesse, nel 2013, il costo dei medici specialisti convenzionati del 4% rispetto al 2012; (ii) per gli anni 2014 e 2015 sia effettuata un'ulteriore riduzione annua del 2% sempre rispetto al 2012.

La valorizzazione delle manovre previste porta a risparmi stimati, per il triennio 2013-2015, di 125 milioni di euro rispetto al tendenziale 2013, di cui 118 attraverso l'azione «Contenimento della spesa per il personale 2010-2015».

10.7 L'analisi del PO della Regione Sicilia

10.7.1 Beni e servizi

Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria in termini di prezzi e quantità (3.4.2.1)

Il PO 2013-2015 dà prosecuzione alle principali linee di azione già attivate nel 2010-2012 in merito a monitoraggio dei prezzi e consumi di beni e servizi, revisione e potenziamento del sistema di centralizzazione degli acquisti, rafforzamento del monitoraggio degli acquisti in economia.

In particolare, per il 2013-2015 è prevista la «pulizia» delle anagrafiche aziendali, al fine di classificare in modo univoco i beni, l'estensione delle analisi sistematiche (prezzo, tipologia, consumi) ad altre categorie di beni (oltre alle precedenti analisi su stent e protesi d'anca) e la diffusione e utilizzo delle analisi effettuate favorendo un confronto tra le performance delle Aziende del SSR, allo scopo di far emergere *best practice* ed eventuali anomalie.

Rispetto agli appalti di servizi non sanitari (pulizia, ristorazione degenti e dipendenti, lavanderia), sono previste azioni finalizzate a far emergere situazioni anomale, come contratti scaduti e prorogati in modo continuativo e la sopravvivenza di contratti di appalto stipulati prima del riordino del SSR del 2009.

Inoltre, si ribadisce la necessità di attivare un monitoraggio dell'adempimento di quanto previsto dalla normativa nazionale in tema di razionalizzazione degli acquisti (riduzione degli importi contrattuali e dei tetti di spesa sui dispositivi medici).

Pianificazione poliennale sugli acquisti, modello organizzativo e governo dei fabbisogni (3.4.2.2)

Rispetto alla centralizzazione, il PO intende:

- ▶ estendere il numero delle procedure gestite centralmente, a livello regionale o di bacino attraverso il modello dell'Azienda capofila;
- ▶ ridurre i tempi di espletamento delle procedure, inserendo tale obiettivo tra quelli di valutazione dei Direttori generali;
- ▶ semplificare l'interazione tra assessorato, comitato di bacino e Aziende, individuando una struttura regionale dedicata con funzione di raccordo sugli approvvigionamenti;
- ▶ promuovere l'analisi di modelli alternativi per superare alcune criticità che il modello ha riscontrato.

Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto (3.4.2.3)

La Regione intende completare uno studio finalizzato all'ottimizzazione della gestione della logistica del farmaco e dei dispositivi medici attraverso eventuali

sinergie ottenibili da un processo di centralizzazione e gestione condivisa della logistica, ovvero l'identificazione di scenari alternativi.

La Tabella 10.7 riassume per ciascuna azione i principali indicatori esplicitati nel PO.

Tabella 10.7 **Sintesi della valorizzazione degli obiettivi del PO 2013-2015, Regione Sicilia**

Azione	Obiettivi	2013	2014	2015
3.4.2.2 Pianificazione acquisti,	Revisione del modello, riduzione tempistiche, estensione spettro gare centralizzate		IP	
	Riduzione premi assicurativi-gara regionale (mln/€)	4	8	8
3.4.2.3 Logistica	Individuazione migliore assetto		IP	
3.4.2.1 Controllo e monitoraggio della spesa	Individuazione best practice e anomalie		IP	
Adempimenti nazionali spending review	Diminuzione 5% costo per acquisizione DM delle Aziende (mln/€)	10	10	10
	Diminuzione 10% costo per acquisizione beni e servizi non sanitari (mln/€)	75	75	75
Altri interventi	Diminuzione 10% compensi organi direttivi e collegio sindacali (mln/€)	0,7	0,7	0,7

10.7.2 Personale

Monitoraggio del personale dipendente e non del SSR (3.2.6.1)

Dal 2012, la Regione raccoglie un flusso informativo trimestrale sul personale a qualsiasi titolo impiegato presso il SSR. La base dati regionale è oggi completa, affidabile, omogenea e sistematicamente alimentata. Ciò è strumentale, tra le altre cose, a perseguire la riduzione della spesa entro il -1,4% di quella 2004.

Rideterminazione delle dotazioni organiche (3.2.6.2)

Il PO prevede che (i) entro ottobre 2014 la Regione definisca linee guida per la rimodulazione delle dotazioni organiche aziendali; (ii) entro marzo 2015 siano definiti nuove dotazioni organiche aziendali e nuovi atti aziendali; (iii) entro giugno 2015 la Regione approvi dotazioni organiche e atti aziendali.

Misure di contenimento del personale a tempo determinato (...)(3.2.6.3)

La Regione ha già avviato una riduzione graduale della spesa per contratti a tempo determinato o co.co.co., in coerenza con l'art. 9 c. 28 del d.l. 78/2010 che sancisce una riduzione della spesa dal 2011 di almeno il 50% rispetto a quella 2009. Gli indicatori di risultato per tale intervento consistono in una riduzione

della spesa pari al: (i) 5% tra 2012 e 2013; (ii) 15% tra 2012 e 2014; (iii) 44% tra 2012 e 2015; (iv) 20% tra 2009 e 2013; (v) 29% tra 2009 e 2014; (vi) 50% tra 2009 e 2015. I risparmi previsti sono di 6,5 milioni nel 2013, 19,5 nel 2014 e 57,2 nel 2015. Il PO, però, stima che tali risparmi siano parzialmente compensati per il 50% dai costi sorgenti per assunzioni a tempo indeterminato necessarie a garantire i LEA.

Misure di contenimento del turn over di personale a tempo indeterminato (3.2.6.4)

Per il triennio 2013-2015, le assunzioni potranno essere pari al massimo: (i) al 30% delle cessazioni per medici e altri dirigenti sanitari; (ii) al 50% per il comparto sanitario ad eccezione di infermieri, OSS e tecnici della riabilitazione; (iii) al 30% per il comparto PTA.

Rideterminazione e monitoraggio della consistenza dei fondi del trattamento accessorio del personale dipendente (3.2.6.5)

Entro giugno 2015, i fondi contrattuali devono essere rivisti in funzione della modulazione delle dotazioni organiche. Il risparmio previsto è di 8,6 milioni.

Misure di contenimento per (...) incarichi ex art. 15 septies (3.2.6.6)

Nel 2012, nel SSR, 95 persone hanno ricoperto un incarico ex art. 15 septies, per un costo di 7,2 milioni. La Regione, in ottemperanza al d.l. 95/2012 convertito con modificazioni dalla l. 135/2012, ha disposto il divieto per le Aziende di conferire o rinnovare tali incarichi a personale non dipendente SSR. Gli indicatori di risultato previsti sono: (i) riduzione dei fondi di competenza rispetto al 2012 e, in proporzione, al mancato rinnovo degli incarichi in scadenza pari al 6, al 24 e al 43% rispettivamente per il 2013, 2014 e 2015; (ii) riduzione del numero di incarichi ex art. 15 septies rispetto al 2012 per mancato rinnovo pari al 12, al 36 e al 49% per i tre anni del programma. I risparmi previsti sono pari a 0,4 milioni nel 2013, 1,7 milioni nel 2014 e 3,1 milioni nel 2015.

Misure di contenimento dei costi per consulenze (3.2.6.7)

Il costo sostenuto dal SSR per consulenze (esclusi i co.co.pro., le consulenze ex art. 55 c. 2 CCNL 1998-2001 medici e veterinari e le collaborazioni di boristi e tirocinanti), nel 2012, è stato di 2 milioni di euro, con una riduzione del 57% rispetto al 2009. In ottemperanza al d.l. 78/2010, art. 6 c. 7, nonché al d.l. 101/2013, art. 1 c. 5, il PO prevede una riduzione della spesa in modo che nel 2015 essa non sia superiore al 18% di quella 2009. I risparmi previsti, rispetto al 2012, sono di 0,4 milioni nel 2013, 0,7 nel 2014 e 1,2 nel 2015.

Prestazioni aggiuntive (3.2.6.8)

Le prestazioni aggiuntive, spesso, sono state lo strumento per scongiurare le limitazioni all'offerta di servizi che il blocco del turn over avrebbe potuto com-

portare. Il PO ne prevede, in ogni caso, una riduzione rispetto al 2012, pari al 2% nel 2013, al 4% nel 2014 e al 6% nel 2015 (con risparmi proporzionali).

Libera professione (3.2.6.9)

Il PO prevede un monitoraggio regionale su volumi, contenuti, punti di erogazione e costi della LPI. Tale intervento non comporta risparmi.

10.8 Un confronto tra i diversi PO

10.8.1 Beni e servizi

Rispetto alla razionalizzazione della spesa per beni e servizi, emergono alcune principali linee di azione che accomunano i PO:

- ▶ il rafforzamento della centralizzazione degli acquisti;
- ▶ il potenziamento dei flussi informativi a supporto del monitoraggio e razionalizzazione della spesa;
- ▶ la revisione e razionalizzazione del sistema di logistica dei beni, in particolar modo quelli sanitari;
- ▶ la razionalizzazione della spesa relativa all'assistenza farmaceutica;
- ▶ l'adozione di azioni finalizzate all'attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (d.l. 98/2011 e d.l. 95/2012).

La centralizzazione degli acquisti rappresenta, in tutti i PO, uno dei principali *driver* di razionalizzazione della spesa. Tuttavia, analizzando obiettivi e target, solo il Piemonte e il Molise hanno valorizzato risparmi attribuibili alla centralizzazione. In entrambi i casi, essi contribuiscono, in misura rilevante, al conseguimento dei risparmi complessivi attesi dal programma. Negli altri casi, pur a fronte di una certa maturità degli assetti organizzativi adottati per la gestione centralizzata degli acquisti come per la Sicilia e la Campania, i PO indicano solo obiettivi di natura qualitativa e processuale.

Inoltre, la letteratura ha evidenziato come, a fronte del progressivo accentrimento del livello di acquisto, sia di fondamentale importanza l'attivazione di adeguati strumenti di pianificazione e programmazione del fabbisogno delle aziende sanitarie, al fine di coordinare l'attività di programmazione delle gare e l'identificazione del livello ottimale di aggregazione. Tuttavia, sotto questo profilo, due regioni, la Campania e il Molise, non prevedono alcun esplicito riferimento a meccanismi di coordinamento del fabbisogno.

Il Piemonte ha previsto l'attivazione di tavoli di coordinamento regionale e sovrazonale. La Sicilia si pone l'obiettivo di semplificare le procedure di coordinamento tra il livello regionale, di bacino e aziendale e rafforzare il ruolo di

raccordo a livello regionale, andando a individuare una struttura organizzativa dedicata. L'Abruzzo dichiara di voler rafforzare gli strumenti operativi a supporto di un maggior ricorso a procedure centralizzate, con comitati per la centralizzazione degli acquisti, delegando a CONSIP lo svolgimento di quelle regionali.

Nessuno dei PO analizzati contiene alcun riferimento agli impatti di natura diversa da quella economica (organizzativi, di politica industriale, di *clinical governance*, di innovazione, ecc.), che alcuni studi hanno evidenziato assumere una rilevanza fondamentale, soprattutto nel medio-lungo periodo, nelle iniziative di accentramento degli acquisti in ambito sanitario. Si evidenzia, a questo proposito, che solo il Piemonte ha previsto, come obiettivo, il contenimento delle procedure di acquisto in economia, modalità di acquisto che è spesso stata utilizzata dalle aziende sanitarie per «eludere» l'obbligo di acquistare i prodotti/servizi selezionati a livello centralizzato. Una sottovalutazione e un mancato «governo» di tali dimensioni «non economiche» rischia di compromettere nel tempo l'efficacia stessa delle politiche di accentramento.

La gestione degli acquisti, in particolar modo se gestiti a livello centralizzato, richiede un adeguato supporto informativo, in grado di mappare l'intero processo di approvvigionamento dalla raccolta dei fabbisogni alla pianificazione strategica e alle condizioni contrattuali attive nelle Aziende sanitarie (valore, volumi, durata, prezzi), al fine di identificare gli standard di servizio più elevati a livello regionale e avere un *benchmark* dei rapporti prezzo/qualità per singolo bene/servizio. L'importanza dell'alimentazione periodica di tali flussi informativi è valorizzata in tutti i PO, ad eccezione di quello del Molise.

La Campania ha in corso di attivazione un sistema informativo gestionale contabile molto ambizioso. L'Abruzzo prevede un monitoraggio semestrale dei contratti in essere delle Aziende sanitarie. La Sicilia individua, nella messa a regime del proprio avanzato sistema di controllo della spesa, il pilastro di tutte le azioni del PO finalizzate al contenimento della spesa. Il PO del Piemonte si concentra su alcuni specifici flussi legati all'attività della SCR.

Oltre che alla gestione operativa degli acquisti, alcune Regioni (Piemonte, Campania e Sicilia) riconoscono un ruolo strategico nella razionalizzazione della spesa anche alla gestione della logistica dei beni, in particolare di farmaci e dispositivi medici. Tuttavia, il livello di maturità e innovazione organizzativa relativo a questo ambito risulta ancora a uno stadio di iniziale progettualità e studio di fattibilità di soluzioni operative alternative. Nessuno dei PO valorizza, infatti, i risparmi derivanti da tale azione. L'adozione di soluzioni logistiche integrate richiede un'importante attività preliminare di standardizzazione delle anagrafiche aziendali, processo che richiede un elevato sforzo organizzativo e temporale. È interessante notare come il Piemonte, l'unica Regione che prevede di attivare entro il triennio alcuni (3 su 5) magazzini di area sovrazonale, ha parallelamente attivato un progetto finalizzato a uniformare le anagrafiche

prodotti a livello aziendale, in particolare quella dei dispositivi medici come condizione necessaria per i flussi logistici di area sovrazonale.

Un altro ambito al quale si riconoscono margini di razionalizzazione della spesa è quello dell'assistenza farmaceutica. Questa linea prevede interventi nella riorganizzazione della distribuzione dei farmaci del PHT attraverso due principali direttrici: (i) l'aumento del ricorso alla distribuzione diretta per i farmaci a seguito di ricovero e di visita specialistica ambulatoriale (cosiddetto primo ciclo di terapia) e (ii) l'avvio o il potenziamento dell'aumento della distribuzione per conto. Alcune Regioni hanno anche indicato una valorizzazione dei risparmi attesi da tali interventi, contando su economie di scala per i farmaci distribuiti direttamente e un'omogeneizzazione dei prezzi dei farmaci distribuiti «per conto».

Tra gli altri interventi di razionalizzazione presenti nei PO, si evidenziano alcune azioni riconducibili all'Health Technology Assessment, con particolare riferimento a un maggior monitoraggio e controllo dei servizi di manutenzione delle tecnologie. Si evidenziano, infine, alcuni interventi razionalizzazione delle risorse energetiche, di alcune attività amministrative di supporto e la riduzione dei compensi di alcuni organismi direttivi e sindacali.

Infine, si propongono alcune riflessioni sul rilievo riconosciuto nei PO all'attuazione della normativa nazionale in materia di razionalizzazione della spesa per beni e servizi (si veda il Box 10.1). Tutte le Regioni hanno previsto, nei PO, specifiche azioni finalizzate a monitorare le attività poste in essere delle Aziende sanitarie per il rispetto della normativa nazionale in tema di spending review (d.l. 98/2011 e d.l. 95/2012). Tale corpus di azioni incide significativamente anche nella valorizzazione riportata nei PO, andando, in alcuni casi (Sicilia e Abruzzo), a costituire la parte di risparmi attesi nettamente prevalente. Di fatto, quindi, è possibile affermare che l'applicazione delle azioni di razionalizzazione identificati a livello nazionale nei singoli PO rappresenta uno dei capitoli principali degli stessi. Solo in un caso nel PO si esplicita un ruolo di coordinamento regionale (oltre il mero monitoraggio e la valorizzazione dei risparmi attesi dall'azione) nell'individuazione di azioni di supporto alle Aziende nell'applicazione dei dettati nazionali. La Regione Piemonte infatti, ha rivisto in maniera prudenziale le stime formulate dalle Aziende nei CE in attesa di rendere operativi alcuni strumenti di supporto finalizzati a individuare le problematiche inerenti l'applicazione di tali disposizioni e al fine di predisporre interventi correttivi che garantiscano il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Di seguito, si propone una lettura sinottica delle azioni indicate nei PO, indicando il grado di dettaglio con cui sono stati declinati gli obiettivi attesi. In grigio scuro sono indicate le azioni per le quali sono stati forniti indicatori quantitativi e una correlata valorizzazione economica; in grigio intermedio le azioni per le quali sono stati forniti indicatori quantitativi, ma senza una correlata valorizzazione economica; in grigio chiaro le azioni per cui sono stati forniti solo indicatori di processo (Tabella 10.8).

Tabella 10.8 **Letture sinottica delle azioni di razionalizzazione della spesa per beni e servizi**

	Abruzzo	Campania	Molise	Piemonte	Sicilia
Centralizzazione					
Logistica	-		-		
Flussi informativi	-		-		
Attuazione normativa			-		
Assistenza farmaceutica			-		-
Altro					
HTA					
Consumi energetici	-	-	-		-
Interventi su servizi tecnici di supporto (centro copie, archiviazione, ecc.)	-	-		-	-
Riduzione compensi organi direttivi e collegi sindacali					

10.8.2 Personale

Come già osservato al § 10.2.2, le misure dei PO riguardano (soprattutto) gli organici e (in misura ridotta) le retribuzioni. In più, colgono l'occasione per una «manutenzione straordinaria» complessiva della gestione del personale, (i) investendo nella predisposizione di flussi informativi più articolati ed efficaci dalle Aziende alle Regioni (per esempio, misura 4.5.3 Abruzzo, azioni 10.1.6 e 10.1.9 Campania, ecc.) e (ii) considerando anche aspetti minori e «lateralmente» che però sono percepiti come critici, per esempio la corretta gestione della Libera Professione Intramuraria.

Per tali misure e, soprattutto, per quelle relative alla spesa, lo strumentario è messo a disposizione dalla normativa nazionale, ripresa a piene mani nei PO per giustificare le azioni di contenimento e definirne precisamente l'entità (per esempio, riduzione della spesa complessiva del personale rispetto a quella 2004, limiti al rinnovo o al conferimento degli incarichi dirigenziali a tempo determinato ex art. 15-septies d.l. 502/1992, ecc.).

D'altro canto, in tale ricorso alla normativa nazionale si confermano – pur in una situazione attentamente monitorata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze – ampi spazi di discrezionalità. In tal senso, le norme richiamate nei diversi PO appaiono citate in modo selettivo e alcune misure esplicitamente indicano obiettivi che, sebbene tendano a quelli definiti nelle norme nazionali, nell'immediato li soddisfano solo parzialmente. La maggiore ragione di ciò resta la necessità di contemperare obiettivi di contenimento della spesa pubblica e obiettivi di mantenimento dei LEA (si veda, per esempio, la misura 3.2.6.3 della Sicilia).

A conferma di ciò, numerose misure dei PO non fanno altro che ribadire obblighi di legge e contrattuali, evidentemente non sempre rispettati nei SSR. Si pensi,

per uscire dai temi del contenimento degli organici, al fenomeno delle limitazioni e inidoneità riconosciute al personale, dove diversi PO ribadiscono quanto previsto dalla normativa, e cioè che tali inidoneità siano oggetto di verifiche nel tempo e, dove non più presenti, al personale siano riaffidati i compiti previsti dal profilo professionale di appartenenza. Oppure, si pensi alla necessità di controllare l'equilibrio tra volumi di attività rese in regime istituzionale SSN e in regime LPI.

Un ulteriore aspetto riguarda la natura indiscriminata e «lineare» di numerose misure, per i quali i PO prevedono un'applicazione a ciascuna Azienda del SSR, dunque senza entrare nel merito delle condizioni di funzionamento delle singole organizzazioni, delle competenze manageriali presenti, dei risultati gestionali che hanno già ottenuto, ecc. Gli stessi limiti – di un'azione omogenea e per lo più insensibile a fabbisogni e competenze specifiche dei singoli contesti – sono ravvisabili in diverse delle norme nazionali, sia tra quelle che riguardano in generale le pubbliche amministrazioni o il pubblico impiego, sia tra quelle rivolte specificamente al SSN. Un esempio – minore, ma significativo – riguarda gli standard definiti dal tavolo di lavoro appositamente istituito presso il Ministero della Salute e previsti dall'art.12 Patto per la Salute 2010-2012 sul numero di strutture operative complesse e semplici nonché sul numero di coordinamenti e posizioni organizzative. Nel caso delle funzioni di coordinamento e delle posizioni organizzative, le Regioni in PDR risultano averne in complesso meno che la media SSN. Gli standard definiti dal tavolo di lavoro, se applicati, potrebbero paradossalmente mettere in difficoltà Regioni quali la Lombardia, l'Umbria, la Toscana e o l'Emilia-Romagna, che, negli scorsi anni, avevano saputo utilizzare tali istituti contrattuali per riconoscere responsabilità organizzative, sviluppare politiche retributive articolate, accompagnare processi di sviluppo organizzativo nelle Aziende e che, proprio per tali motivi, risultano oggi avere più funzioni di coordinamento o posizioni organizzative della media SSN. Al contrario, Regioni quali la Sicilia potrebbero essere spinte a conferire nuovi coordinamenti e nuove posizioni organizzative per la semplice necessità di avvicinarsi alla media SSN, anche quando le condizioni organizzative nelle Aziende del SSR non fossero ancora mature per tale misura.

Due ultimi elementi utili da rilevare nei PO riguardano (i) le quantificazioni dei risparmi previsti, che in genere riguardano le misure di contenimento della spesa e (ii) l'inserimento degli obiettivi PO tra quelli che le Regioni definiscono per i Direttori generali delle Aziende del SSR.

10.9 Analisi retrospettiva sull'impatto dei Piani di Rientro nell'area del personale

Questo paragrafo guarda ad alcuni dati relativi a l'impatto dei PDR, dalla loro introduzione a oggi, nell'ambito del personale. In particolare, verifica le variazioni intervenute tra il 2006 (anno precedente l'introduzione dei primi PDR) e il

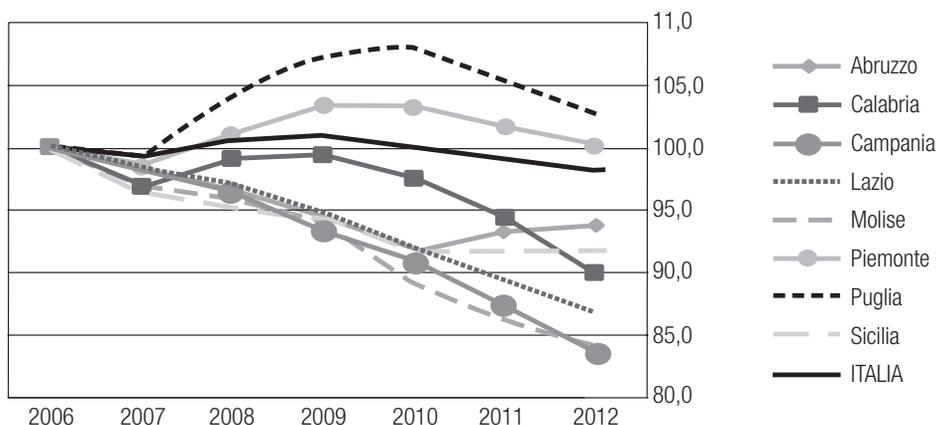
2012 (l'ultimo per il quale sono disponibili i dati del Conto Annuale, *database* sul personale delle Pubbliche Amministrazioni gestito dalla Ragioneria Generale dello Stato, www.contoannuale.tesoro.it) relative a:

- ▶ l'entità degli organici dei SSR delle Regioni in Piano di Rientro;
- ▶ il costo medio per dipendente nei diversi SSR;
- ▶ l'entità e le modalità delle nuove assunzioni di personale.

In ragione delle diverse modalità di consultazione del *database*, i dati su organici e modalità di assunzione fanno riferimento all'insieme lì denominato «Servizio Sanitario Nazionale»; i dati sul costo medio per dipendente si riferiscono, invece, al sottoinsieme denominato «Unità Sanitarie Locali», che, oltre alle ASL, comprende anche le AO e le AOU⁵. Verranno presentati i dati relativi a tutte le otto Regioni che hanno (o hanno avuto) Piani di Rientro, dunque allargando l'analisi anche a Calabria, Lazio e Puglia. Per comparazione, i risultati riportano anche i valori per l'intero SSN.

La Figura 10.1 mostra l'evoluzione degli organici tra il 2006 (anno di riferimento con valore posto pari a 100) e il 2012.

Figura 10.1 **Evoluzione del personale SSN a tempo indeterminato 2006-2012 (2006 = 100)**



Fonte: Nostre elaborazioni su dati Conto Annuale MEF RGS⁶

⁵ L'insieme denominato nel *database* «Servizio Sanitario Nazionale» contiene, oltre ad ASL, AO e AOU, anche l'AGENAS, le ARPA, le agenzie sanitarie regionali, gli ex IPAB, gli IRCCS di diritto pubblico, gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, i Policlinici Universitari già a gestione diretta e l'INMP. L'insieme denominato «Unità Sanitarie Locali» contiene le ASL, le AO e le AOU, due aziende regionali per l'emergenza-urgenza, tre ESTAV e l'ISPO della Regione Toscana.

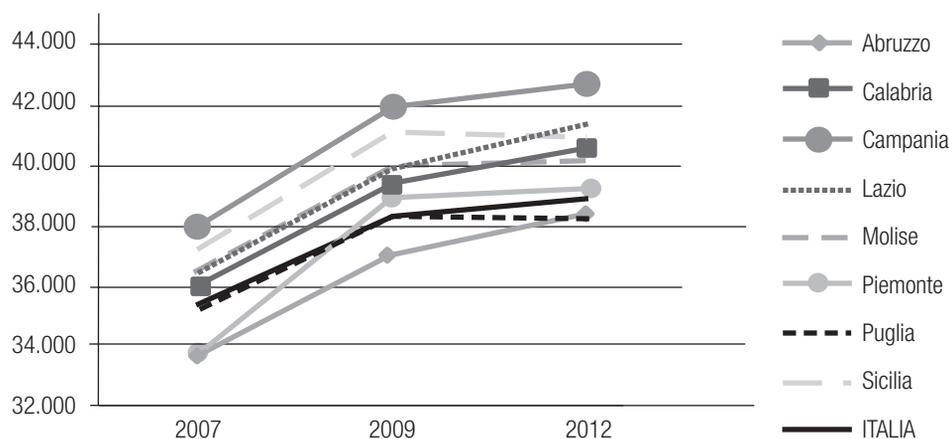
⁶ Le rilevazioni non sono perfettamente comparabili negli anni, in ragione della progressiva introduzione di nuove Aziende del *database*, della revisione nella classificazione delle Aziende, della crescente affidabilità dei dati inviati dalle Aziende, ecc.

Nella maggior parte delle Regioni analizzate, gli organici si sono ridotti sensibilmente (Campania e Molise -16%, Lazio -13%, Calabria -10%, Sicilia -8%, Abruzzo -7%). La riduzione è, in generale, apprezzabile sin dall'avvio dei Piani di Rientro. Il dato relativo al SSN, nel suo complesso, mostra come nei sei anni il personale si sia ridotto, ma in misura molto minore (-1,7%). La contrazione nelle Regioni in PDR è stata, infatti, parzialmente compensata da un incremento del 36% degli organici nelle restanti Regioni.

Un'ulteriore evidenza relativa agli organici riguarda il ricorso ai contratti «flessibili». L'analisi, infatti, mostra come la contrazione del personale a tempo indeterminato non è stata compensata da un incremento di contratti di lavoro flessibili (Tabella 10.9). Il personale a tempo determinato o interinale nelle Regioni in PDR si è ridotto del 27%, passando da oltre 19.000 a meno di 14.000 unità. Tale trend è, peraltro, riscontrabile anche sul totale del SSN, che, nei medesimi anni, ha visto una riduzione complessiva dei contratti a tempo determinato o interinale del 18%.

La seconda dimensione riguarda l'evoluzione delle retribuzioni medie. I risultati sono riportati nella Figura 10.2⁷.

Figura 10.2 **Evoluzione delle retribuzioni medie del personale SSN 2006-2012, valori in euro**



Fonte: Nostre elaborazioni su dati Conto Annuale MEF RGS⁸

⁷ Per una definizione delle retribuzioni lorde medie disponibili nel Conto Annuale (che non comprendono alcune voci retributive, quali gli arretrati relativi ad anni precedenti), si veda De Pietro e Filannino (2008).

⁸ Dalle medie per Regione sono state escluse alcune Aziende per le quali il Conto Annuale non riportava gli organici. È stata altresì eliminata, per l'anno 2006, la ASL di Frosinone perché non riportava straordinari e altre indennità.

Tabella 10.9 **Evoluzione del personale SSN in servizio (a tempo indeterminato e determinato/interinale) 2006-2012, valori assoluti**

	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	T. ind.	T. det. e int.												
Abruzzo	15.818	883	15.525	780	15.288	737	14.900	974	14.486	1.323	14.760	884	14.825	685
Calabria	22.760	955	22.070	1.570	22.549	2.016	22.637	1.698	22.202	1.054	21.468	935	20.469	1.098
Campania	55.877	1.991	54.967	2.141	54.045	1.811	52.207	1.953	50.826	1.714	48.872	1.396	46.929	1.544
Lazio	55.292	2.621	54.400	2.436	53.638	2.807	52.456	3.169	50.915	3.414	49.463	3.294	48.086	2.944
Molise	4.106	173	3.978	266	3.937	286	3.865	297	3.661	405	3.535	382	3.463	373
Piemonte	57.079	1.551	56.300	2.137	57.645	2.078	59.041	1.886	58.934	1.632	58.014	1.044	57.221	871
Puglia	36.472	5.061	36.163	5.509	38.000	4.893	39.153	3.709	39.406	3.244	38.480	2.231	37.502	1.791
Sicilia	49.884	5.808	48.129	5.460	47.450	6.188	47.004	4.959	45.729	4.940	45.651	4.815	45.756	4.509
TOT REG in PdR	297.288	19.043	291.532	20.297	292.552	20.816	291.263	18.645	286.159	17.727	280.243	14.982	274.251	13.814
ITALIA	684.846	38.413	680.610	40.059	688.302	41.852	692.219	39.521	687.110	39.152	681.009	34.547	673.335	31.457

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Conto Annuale MEF RGS

La Tabella 10.10 mostra come tra il 2006 e il 2012 le retribuzioni medie sono cresciute, in termini nominali, più nelle Regioni in PDR che nell'insieme del SSN (con una prima fase, fino al 2009, di crescita significativa, e una seconda fase di crescita molto più limitata). Per valutare correttamente tali incrementi dei valori nominali, è opportuno peraltro considerare che negli stessi anni l'inflazione cumulata è stata pari a circa il 15% e il prodotto interno lordo è cresciuto del 5% (<http://dati.istat.it/>, 31 luglio 2014).

Nel SSN, tra 2006 e 2012 la variazione cumulata è stata del +9,8%; nelle Regioni oggetto di analisi l'incremento è stato superiore: in Piemonte addirittura del 16,3%, sebbene esso sia intervenuto soprattutto prima del PDR. Unica eccezione è la Puglia, con un incremento leggermente inferiore a quello nazionale.

Le spiegazioni di tali andamenti potrebbero essere diverse (un più rigido blocco del *turnover* che ha comportato un innalzamento dell'anzianità di servizio media e pertanto retribuzioni superiori, l'esternalizzazione di servizi *no core* svolti da personale con qualifiche inferiori, ecc.) e la loro verifica richiederebbe approfondimenti ulteriori. Appare tuttavia rilevante disporre di queste informazioni, così da poter valutare l'impatto dei PDR non solo sull'entità degli organici, ma anche sul loro costo medio.

L'altra informazione significativa che emerge riguarda le differenze retributive tra Regioni. Per esempio, Campania, Lazio e Sicilia garantiscono ai dipendenti SSR una retribuzione media, rispettivamente, di 42.717, 41.332 e 40.978 euro, a fronte di una media SSN di 38.895 euro. Tra le Regioni in PDR, solo Abruzzo e Puglia presentano livelli inferiori (di poco) a quelli medi SSN. Ancora, Lazio e Campania presentavano nel 2012 una spesa per straordinari per dipendente più che doppia rispetto alla media SSN: rispettivamente, 1.783 e 1.778 euro a fronte di un valore medio SSN di 771 euro. Tali differenze potrebbero essere riconducibili a (i) differenti *skill mix* nei diversi SSR (per esempio, rapporti numerici diversi tra infermieri e medici; per un'analisi dettagliata, si veda De Pietro e Filannino, 2008), (ii) più rigide politiche di blocco del *turnover* o più estensive iniziative di esternalizzazione intervenute negli anni precedenti all'introduzione dei PDR, (iii) scelte retributive effettuate negli anni dai diversi SSR.

L'analisi degli straordinari mostra come né nelle Regioni analizzate, né a livello nazionale si sia fatto ricorso a questo istituto in maniera sistematica per compensare la riduzione degli organici. Il costo medio degli straordinari, complessivamente modesto, è cresciuto infatti in misura contenuta tra 2006 (733 euro per dipendente) e 2012 (771 euro).

Da ultimo, il Conto Annuale permette alcune analisi sulle nuove assunzioni di personale a tempo indeterminato tra 2006 e 2012. Nell'insieme del SSN, le nuove assunzioni, rispetto al totale dei dipendenti, si sono attestate a un valore medio del 3,3% all'anno, ma nelle Regioni in PDR questo valore è stato inferiore (dal 2007 in poi le medie annuali sono state dello 0,8% in Molise, 1,5% in Campania,

Tabella 10.10 Evoluzione delle voci retributive del personale SSN 2006-2012, valori in euro

Regione	Anno	Stipendio, anzianità e tredicesima	Straordinari	Indennità varie	Altro	Totale	Variazione 2006-2012
Abruzzo	2006	27.211	548	2.691	3.225	33.674	13,8%
	2009	29.767	725	3.149	3.318	36.960	
	2012	30.401	756	4.214	2.958	38.329	
Calabria	2006	28.590	921	3.803	2.704	36.019	12,7%
	2009	30.906	887	4.385	3.258	39.436	
	2012	31.114	792	5.381	3.318	40.604	
Campania	2006	28.739	1.505	3.481	4.233	37.958	12,5%
	2009	31.838	1.859	4.355	3.889	41.940	
	2012	31.969	1.778	5.540	3.431	42.717	
Lazio	2006	28.659	1.483	3.384	2.915	36.440	13,4%
	2009	31.132	1.509	4.094	3.123	39.858	
	2012	31.334	1.783	5.124	3.091	41.332	
Molise	2006	28.767	588	3.861	3.159	36.376	10,4%
	2009	31.566	750	4.348	3.128	39.793	
	2012	31.501	537	5.311	2.826	40.175	
Piemonte	2006	25.094	432	3.918	4.264	33.709	16,3%
	2009	29.431	448	4.596	4.403	38.877	
	2012	29.646	436	5.066	4.064	39.212	
Puglia	2006	28.021	756	3.062	3.281	35.120	8,8%
	2009	30.199	897	3.524	3.732	38.352	
	2012	29.966	933	4.011	3.296	38.205	
Sicilia	2006	29.031	589	3.506	4.012	37.138	10,3%
	2009	32.488	502	4.267	3.767	41.024	
	2012	32.028	579	5.050	3.321	40.978	
ITALIA	2006	27.580	733	3.314	3.808	35.435	9,8%
	2009	29.913	766	3.813	3.818	38.310	
	2012	30.095	771	4.514	3.514	38.895	

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Conto Annuale MEF RGS

2,1% in Abruzzo, 2,1% in Lazio, 2,4% in Sicilia). Tali dati confermano quanto sopra riportato sull'andamento degli organici dei SSR.

Più interessanti risultano le differenze interregionali con riferimento alle modalità di tali assunzioni. In particolare, quasi tutte le Regioni in PDR hanno fatto largo ricorso a strumenti alternativi a quello concorsuale, e cioè a stabilizzazioni o, in misura inferiore, mobilità da altre amministrazioni.

10.10 Conclusioni

I Piani di Rientro e ora i Programmi Operativi hanno dimostrato di essere un esercizio potente di manutenzione straordinaria e, almeno in parte, di «efficientamento» dei SSR coinvolti. Pur in misura e con modalità diverse, le Regioni coinvolte avevano mostrato, in passato, chiari segni di debolezza nella conduzione dei propri sistemi sanitari e i PDR hanno costituito un'«occasione obbligata» per adottare misure che, altrimenti, probabilmente avrebbero continuato a eludere, con il rischio di peggiorare progressivamente la situazione. Anche i recuperi di efficienza sono stati rilevanti, quale conseguenza delle forti pressioni esercitate dai Piani. Ciò è evidente, per esempio, nel caso degli organici dei SSR, sottoposti a una repentina e decisa cura dimagrante. Ovviamente, questa ricerca di maggiore efficienza sottende importanti rischi, qualora le pressioni sul SSR risultassero troppo elevate e avviassero, dunque, le aziende e i sistemi assistenziali su traiettorie di progressivo indebolimento organizzativo. Questo rischio appare tanto più importante, quanto più le dimensioni dell'economicità e dell'efficienza nei PDR e PO prevalgono su quelle dell'efficacia e della equità, che pure sono valori fondanti il nostro SSN.

Un secondo elemento che è utile evidenziare riguarda il dibattito circa potenzialità e rischi dell'autonomia di Regioni e Aziende. In tal senso, i PDR e i PO costituiscono certamente un'importante limitazione alla loro autonomia. D'altro canto, essi possono, però, intendersi quale occasione per un'efficace collaborazione interistituzionale (Cuccurullo *et al.*, 2010: 229) e possono essere sfruttati dalla politica regionale e dal management delle Aziende come vincolo esterno che coagula positivamente attenzione e risorse sulla necessità di ristrutturare il proprio SSR. Inoltre, si tratta sì di un vincolo, ma che non esclude il management regionale e aziendale e anzi ne fa un attore imprescindibile per governare il sistema sanitario, le sue strutture e le sue persone in una fase di cambiamenti necessari, e di tensioni che richiedono competenze gestionali solide.

Un terzo punto riguarda l'eccezionalità o meno dei Piani di Rientro e dei PO. Su alcuni temi – tra cui, certamente, quelli della gestione degli acquisti e del personale – tali Piani rappresentano uno strumento ulteriore che rafforza quanto già previsto e prescritto da norme nazionali, tipicamente derivanti da necessità di finanza pubblica (leggi finanziarie, provvedimenti di «spending review», ecc.).

In questo senso, il capitolo ha mostrato come i Piani di Rientro fungano spesso da strumenti attraverso i quali le prescrizioni nazionali «aumentano la probabilità» di essere rispettate, grazie in primo luogo a sistemi di monitoraggio interistituzionale più stringenti e a un insieme di misure, che, a costo di una certa ridondanza, rafforzano il perseguimento di quegli obiettivi nazionali.

Con riferimento specifico agli acquisti di beni e servizi, PDR e PO rispondono certamente a criteri di *command and control*, ma sono anche stati capaci di accompagnare iniziative o soluzioni specifiche di ciascuna Regione, per esempio con riferimento alle modalità perseguite per una maggiore centralizzazione degli acquisti. D'altro canto, tale area si caratterizza per diverse importanti misure di carattere generale, che non riguardano soltanto il SSN (si pensi a CONSIP e MEPA o alle riduzioni lineari degli importi contrattuali) e che a volte sembrano privilegiare in modo poco prudente soluzioni burocratico-razionali quali, per esempio, la riduzione drastica del numero di centrali appaltanti per le pubbliche amministrazioni.

Per quel che riguarda la gestione del personale, il § 10.9 ha mostrato come i PDR abbiano accompagnato misure importanti di razionamento del più importante fattore produttivo per l'erogazione dei servizi sanitari. Tale razionamento, pur dichiarato quale misura di «efficientamento» del sistema di offerta, in realtà non è stato neutro né sui livelli erogativi né sulla motivazione del personale, che hanno risentito entrambi e negativamente di tali vincoli all'offerta.

Se nelle prime fasi le misure sul personale, benché chiare nelle indicazioni e rilevanti nell'entità, non erano riuscite a sortire gli effetti voluti, negli anni seguenti i PDR e ora i PO hanno aumentato progressivamente la credibilità delle misure proposte e, in complesso, ne hanno migliorato l'efficacia, grazie anche all'attenzione data a sviluppare flussi informativi e sistemi di monitoraggio. I tempi delle verifiche sono stati ridotti, la possibilità di entrare nel merito dei processi decisionali è dunque aumentata, il confronto tra le esperienze dei diversi sistemi regionali è servito a definire misure più specifiche e a considerare le condizioni istituzionali e organizzative necessarie per la loro attuazione.

Il confronto tra quanto successo per la funzione «acquisti» e quella «personale» permette un'ulteriore considerazione, relativa alla misurabilità degli impatti e al ruolo del management. Le misure di contenimento degli organici (blocco del turn over, ecc.) sono stabilite da norme di carattere generale (per esempio, leggi finanziarie) e sono, per loro natura, facilmente misurabili e verificabili. Per questo, nonostante la sensibilità politica della gestione del personale, i PDR – dopo i primissimi anni caratterizzati da dati poco omogenei e non disponibili, nonché da resistenze anche marcate da parte del management aziendale e regionale – hanno mostrato molta «efficacia» rispetto agli obiettivi di quelle misure (riduzione della spesa). Al contrario, nella gestione degli acquisti – e cioè laddove davvero si dovevano rimodellare i processi (accorpamento dei lotti, riduzione della variabilità dei prodotti, sviluppo di criteri di classificazione omogenei, ecc.)

– tali misure sono state meno intelligibili, i loro risultati meno verificabili e, in generale, l'efficacia dell'azione è rimasta più dubbia. Ciò sembra indicare, quindi, uno straordinario – e forse necessario – taglio degli input (ma in parte inevitabilmente, anche dei servizi), ma non un processo di reingegnerizzazione del sistema né dunque una dinamica di crescita culturale e manageriale degli SSR.

Se, in complesso, dunque, il bilancio complessivo dei Piani di Rientro sembra positivo, restano, però, evidenti criticità tra le quali almeno le seguenti: (i) nel caso di alcuni SSR, i Piani di Rientro hanno incontrato grandi difficoltà a procedere e a instradare le Regioni su un percorso di effettivo «rientro», sollevando dubbi sul fatto che tale modalità di collaborazione interistituzionale sia la più efficace in qualunque contesto locale; (ii) come già accennato, le pressioni esercitate da Piani di Rientro e PO su alcuni SSR e l'enfasi sulla dimensione della sostenibilità economico-finanziaria potrebbero pregiudicare la loro tenuta rispetto alle dimensioni dell'efficacia, dell'accessibilità ai servizi e dell'equità, che invece dovrebbero mantenere la loro centralità in quanto traduzione di diritti fondamentali; infine (iii) come notavano Cuccurullo *et al.* (2010: 257-8), i Piani di Rientro «potevano rappresentare un'occasione per rendere più incisiva la percezione collettiva dell'importanza di cambiare, nella politica, nella dirigenza, nei professionisti, nella cittadinanza, a tutti i livelli e latitudini dei SSR. Un'occasione per ridefinire una visione di sistema, un'ambizione collettiva attorno a cui aggregare motivazione, senso di appartenenza, identità con il sistema. Per fare ciò occorre usare i PdR non solo come documento tecnico per identificare colpevoli, capri espiatori e spazi di razionalizzazione (e razionamento), ma soprattutto come strumento di valorizzazione delle potenzialità, di prefigurazione di scenari a cui tendere. (...) La sensazione è che l'urgenza economica e le necessità burocratiche nei rapporti Stato-Regioni abbiano preso il sopravvento (...). Il canovaccio di fondo è rimasto quello dell'approccio razionale-burocratico al cambiamento»: probabilmente la situazione complessiva è migliorata rispetto a qualche anno fa, ma la sensazione trasmessa dai PO 2013-2015 resta ancora in buona parte quella descritta nel Rapporto Oasi di quattro anni fa.

Bibliografia

- Amatucci F. e Marsilio M. (2012), «I processi di approvvigionamento dei dispositivi medici», in Tarricone R. (a cura di), *Politiche per la salute e scelte aziendali. Impatti sull'innovazione e diffusione delle tecnologie mediche*, Milano, Egea, pp. 187-232.
- Amatucci F. e Mele S. (2011), *I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie: elementi di innovazione e modelli di accentramento*, Milano, Egea.
- Brusoni M., Cappellaro G. e Marsilio M. (2008), «Processi di accentramento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto», in Anessi

- Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Milano, Egea, pp. 203-33.
- Brusoni M. e Marsilio M. (2007), «La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea, pp. 373-408.
- Cuccurullo C., Ferré F. e Lega F. (2010), «I Piani di Rientro della spesa sanitaria: un'analisi comparativa», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Milano, Egea, pp. 225-262.
- De Pietro C. (2009), «L'invecchiamento del personale SSN», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, Milano, Egea, pp. 469-491.
- De Pietro C. e Filannino C. (2008), «Composizione e retribuzioni del personale SSN nel 2006», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di): *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Milano, Egea, pp. 235-63.
- Marsilio M. e Mele S. (2010), «La centralizzazione degli acquisti in sanità: esperienze internazionali a confronto», *Mecosan*, 75, pp. 3-23.