***Suggestioni per l’evoluzione degli assetti istituzionali del SSN***

***Mario Del Vecchio e Francesco Longo, CERGAS/SDA Bocconi***

Conosciamo le innovazioni di servizio che servono al SSN: presa in carico cronicità, sviluppo di servizi socio-assistenziali per la LTC distinti da quelli sanitari, concentrazione delle casistiche e delle tecnologie in pochi poli ospedalieri specializzati, equipe cliniche itineranti e digitalizzazioni dei servizi. Gli assetti istituzionali possono rendere più o meno probabili ed efficaci queste innovazioni, sono quindi strumentali rispetto ai fini del SSN. Gli assetti istituzionali, intesi come le “regole del gioco” che definiscono ruoli, responsabilità e finalità dei diversi attori che compongono il settore della salute, stabilendo “chi può fare cosa” e introducendo i meccanismi di coordinamento tra i diversi soggetti istituzionali rappresentano una condizione imprescindibile per l’introduzione di innovazioni tecnologiche e gestionali. A questo proposito proponiamo tre suggestioni di possibili evoluzioni per il SSN: la ridefinizione dei ruoli di Stato e Regioni in uno scenario di rafforzamento reciproco, la valorizzazione e il pieno sviluppo del modello aziendale, la diversificazione delle forme giuridiche per le aziende.

***Stato-Regioni***

Nel processo di regionalizzazione del SSN le competenze tra Stato e Regioni sono spesso state allocate in assenza di una coerente prospettiva di sistema, sulla base di dinamiche ed esigenze contingenti, generando talvolta sovrapposizioni di responsabilità o, viceversa, un vuoto nelle funzioni di governo. In troppi casi la definizione di standard di servizio o di metriche per la misurazione e l’apprezzamento (regole di accreditamento, principi contabili, metriche per gli obiettivi delle aziende, format dei servizi territoriali, ecc.) sono stati affidati alla responsabilità delle singole regioni, quando invece dovrebbero rappresentare standard e unità di misura omogenei per l’intero sistema nazionale. In altri casi, invece, il centro è intervenuto definendo in modo rigido e standardizzato alcuni obblighi nell’allocazione e nei mix di risorse (input based control) invece di concentrarsi sulla definizione di output e outcome dei SSR. In molti casi, poi, sono mancati, e mancano ancora, precisi standard nazionali come avviene nel rapporto medici/infermieri o nel settore della LTC e delle RSA in cui si registrano differenziali di dotazioni infrastrutturali per abitanti anche del 1000% tra nord e sud del paese e in cui non esistono regole nazionali sulle caratteristiche e i livelli attesi dei servizi. Analoghe riflessioni valgono per l’ambito delle tecnologie, dei Sistemi Informativi, della telemedicina, delle modalità di presa in carico della cronicità. Alla base vi è un eccesso di “dialettica istituzionale”, se non contrapposizione, tra Stato e Regioni, alimentata anche da una interpretazione errata di come può e deve essere costruita “l’omogeneità o uniformità programmatoria del SSN”. La definizione di standard programmatori uniformi e convergenti per il SSN richiede, certamente, una maggiore unitarietà di governo, ma ciò non deve essere necessariamente il risultato di un maggiore accentramento. La spinta verso l’accentramento istituzionale porta con sé un conflitto con le Regioni e conduce inevitabilmente a sovrapposizioni, ridondanze e gap programmatori, come purtroppo registriamo nel SSN. Una auspicabile maggiore uniformità di governo può essere più efficacemente ottenuta con maggiore concertazione tra Regioni e tra Regioni e Stato. Il dialogo istituzionale consente, tra l’altro, di valorizzare le esperienze e le competenze più avanzate, creando le condizioni per un processo permanente di bench-learning, dove i sistemi regionali più maturi operano da front runner per l’intero SSN e non più come attori divergenti.

*Autonomia delle Regioni.*

Una lunga serie di interventi normativi mirati al contenimento della spesa pubblica, ha, di fatto, creato forme di regionalismo differenziato nel SSN. L’istituzione dei Piani di Rientro (PdR) ha ridotto il livello di autonomia di alcune Regioni, visto che l’ingresso nei PdR ne limitava le prerogative di governo e introduceva meccanismi sanzionatori specifici. Successivamente, a seguito della crisi dei debiti sovrani del 2011, le politiche di razionamento della spesa, attuate attraverso la fissazione di vincoli e tetti sulle singole voci di conto economico, si sono estese a tutte le Regioni, limitandone l’autonomia. L’insieme degli interventi ha, di fatto, generato un regionalismo differenziato che prevede quattro livelli di autonomia: i) le Regioni a Statuto Speciale, che non sono soggette ai vincoli di spesa e non possono entrare nei Piani di Rientro, anche nel caso in cui ne sussistano le condizioni; ii) le Regioni in autonomia ordinaria, soggette ai vincoli sui singoli valori di spesa; iii) le Regioni in Piano di Rientro; iv) le Regioni Commissariate. Tuttavia, tale regionalismo differenziato si è sviluppato attraverso una sommatoria di singoli interventi normativi al di fuori di un *framework* concettuale e legislativo organico.

Proposta

*A) Allocazione delle prerogative di governo tra Stato e Regioni nel SSN.*

Stato e Regioni individuano in alcune istituzioni tecniche nazionali (AGENAS, AIFA, ISS, ecc.) i luoghi dove, in una prospettiva di concertazione, si raccolgono le evidenze, si costruiscono le agende dei problemi, si suggeriscono gli standard nazionali di servizio, di programmazione e le relative metriche di misurazione degli output e degli outcome, anche al fine di promuovere e valutare i percorsi di convergenza nel SSN. Sulla base dell’istruttoria tecnica garantita dalle agenzie preposte, l’organo istituzionale di concertazione dei quadri programmatori, degli standard e degli obiettivi diventa la conferenza Stato- Regioni, che, come da prassi, definirà i parametri da rispettare anche in funzione delle risorse complessivamente disponibili. I temi più urgenti su cui definire regole e obiettivi omogenei a livello nazionale sono quelli relativi a: le grandi tecnologie, gli hub ospedalieri e le alte specialità, le dotazioni infrastrutturali per abitante e standard di servizio per RSA, riabilitazione e strutture intermedie (OSCO, post e sub acuti, ecc.), le regole di accreditamento, la contabilità e le modalità di definizione degli obiettivi aziendali. Questo esercizio potrebbe rendere progressivamente più nitido l’ambito delle competenze principalmente affidate al livello nazionale (seppur sostenuto da un processo concertativo con le Regioni), più orientato alla definizione di obiettivi sanitari ed epidemiologici, a standard di dotazioni e di servizio e a meccanismi di misurazione dei medesimi, rispetto a quello delle competenze regionali che deve guardare al governo delle aziende sia in termini di scelte organizzative e gestionali che di allocazione e mix di fattori produttivi, nel rispetto dei budget complessivi

*B) Autonomia delle Regioni.*

L’autonomia regionale viene promossa e sostenuta in base al principio di correlazione tra autonomia e responsabilità. Le prerogative di governo regionali sono definite in funzione delle *performance* finanziarie, sanitarie (di attività e di esito) e delle competenze organizzative accumulate, anche valutando l’omogeneità dei risultati a livello infra-regionale. Vengono così individuati cinque distinti livelli differenziali di autonomia e responsabilizzazione regionale:

1. **Autonomia piena.** Le Regioni che raggiungono *performance* elevate non sono sottoposte a vincoli di sistema del SSN e devono soltanto rispettare vincoli di spesa complessivi, sono, inoltre, libere di definire gli assetti istituzionali delle proprie aziende sanitarie, assetti che devono comunque rispettare alcuni criteri generali definiti a livello nazionale.
2. **Autonomia ordinaria**. Le Regioni esercitano le prerogative di governo stabilite nel rispetto dei vincoli esistenti di carattere economico-finanziario e gestionale.
3. **Autonomia condizionata.** Nei casi in cui sussistono criticità limitate e circoscritte, le Regioni sviluppano interventi di razionalizzazione e riqualificazione mirati, ossia riferiti a specifiche aziende sanitarie, macro-livelli di assistenza o aree territoriali.
4. **Piano di rientro.** Le Regioni, mantenendo in carica i propri organi politici e dirigenziali del SSR, concertano con lo Stato piani di ristrutturazione dei servizi e di razionalizzazione della spesa e sono, inoltre, sottoposte a uno stringente processo di monitoraggio e verifica trimestrale, vengono altresì supportate con processi esterni di *knowledge transfer* e *capacity building*.
5. **Commissariamenti.** Nei contesti regionali con criticità gravi e diffuse, sono predisposti commissariamenti organici con la nomina da parte dello Stato di una figura esterna che, affiancato da una struttura commissariale robusta, possa effettivamente esercitare prerogative di governo sull’assessorato e le aziende sanitarie pubbliche, anche attraverso il potere di selezionare e di nominare il management aziendale e regionale. Il commissariamento dovrebbe durare per un periodo programmato di tempo, con l’obiettivo di risalire progressivamente ai precedenti livelli di autonomia.

***Valorizzazione e sviluppo delle Aziende***

L’aziendalizzazione è un processo interrotto e non portato a regime, che rende inefficace il suo razionale istituzionale basato sul concetto di autonomia e responsabilità. Autonomia nella scelta e nell’allocazione dei fattori produttivi, nei modelli organizzativi e di servizio e responsabilità sulla sostenibilità e sul raggiungimento dei risultati di servizio e di salute attesi. Nei fatti nessuna delle due polarità è stata sviluppata: non esiste autonomia sostanziale per il management e quindi non esiste la responsabilità sui risultati rilevanti, se non quella legata al rispetto degli adempimenti delle procedure sovraordinate (es. rispetto dei tetti di spesa per singoli silos di input). Il mancato sviluppo del binomio autonomia-responsabilità rende l’aziendalizzazione un assetto distinguibile solo dalla presenza di un organo decisionale monocratico, che però applica nei fatti le stesse logiche amministrative di un ente pubblico, sottoposto a vincoli sovraordinati strettissimi. Risulta addirittura difficile valutare se l’aziendalizzazione funzioni nel SSN, non avendola mai pienamente realizzata. Ha prevalso la logica di breve periodo, l’orientamento al rispetto dei tetti di spesa e non anche agli outcome, l’effetto annuncio e la dominante cultura amministrativa ha potuto rapidamente re-invadere tutto il campo, raggiungendo il suo apice con la rinascita di organi di controllo esterni sovraordinati, che agiscono addirittura ex ante, come l’ANAC (l’opposto dell’aziendalizzazione). Il SSN è di fronte a un bivio: crediamo ad una gestione prevalentemente di diritto amministrativo (come gli enti locali) o aziendale, come le grandi imprese pubbliche (ENI, FS, Leonardo, A2A, HERA, ecc.): se optiamo per l’aziendalizzazione servono tre scelte nitide:

* Il management è autonomo nella scelta del mix e nell’allocazione dei fattori produttivi, nel vincolo del rispetto del budget di risorse complessive ed è responsabilizzato sui risultati di servizio e di salute e non sugli adempimenti amministrativi (con compensi adeguati al ruolo e alle responsabilità);
* Gli organi di controllo esterno devono essere di numerosità e di rango inferiore degli organi e degli staff di supporto decisionale del management (meno controllori e più decisori);
* Il management può e deve essere supportato da board di indirizzo che rappresentano gli stakeholder locali, se questi accettano di giocare nel perimetro della sostenibilità possibile, rispondendo in solido economicamente, istituzionalmente e giuridicamente.

***Nuove tipologie di Aziende per il SSN***

Le riforme del SSN degli anni novanta hanno previsto due tipologie di aziende sanitarie pubbliche: le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere. Tale configurazione istituzionale era coerente con il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. L’SSN era incentrato sulle aziende sanitarie locali, che assicuravano l’assistenza sanitaria ospedaliera e distrettuale in un determinato territorio. A partire dagli anni duemila, a causa dei numerosi interventi di ingegneria istituzionale realizzati per esigenze di razionalizzazione della spesa o rafforzamento del ruolo di governo delle Regioni, le aziende sanitarie pubbliche appaiono come un insieme profondamente eterogeneo. Le aziende erogatrici sono fortemente differenti in termini di numerosità e dimensione, tipologia di assistenza prevalente (territoriale o ospedaliera), livello di produzione diretta dei servizi sanitari anche all’interno dei due modelli istituzionali di riferimento. Una forte eterogeneità caratterizza anche le aziende costituite per rafforzare il ruolo di governo del livello regionale. Si pensi al fatto che Azienda Zero in Veneto, ARCSS in Friuli Venezia Giulia o Alisa in Liguria siano tutte formalmente costituite come aziende del SSN, ma con ruoli e funzioni sostanzialmente molto diversi dalle aziende di erogazione di servizi sanitari. Di conseguenza, la possibilità di scegliere il proprio assetto istituzionale all’interno di due soli “modelli” aziendali appare inattuale.

Proposta

Per rispondere in maniera più adeguata alle esigenze di gestione degli SSR, si propongono due linee di innovazione istituzionale:

a)  il SSN definisce un elenco di soluzioni istituzionali plurali per le diverse tipologie di aziende, in funzione della loro missione e dimensione tra cui le regioni possono scegliere, con le prerogative e i meccanismi decisionali coerenti al loro livello di autonomia in cui si collocano;

b)  le Regioni pienamente autonome hanno la facoltà di ampliare le fattispecie disponibili di aziende sanitarie pubbliche.

Le Regioni dovrebbero avere la facoltà di definire le proprie aziende sanitarie pubbliche a partire da un insieme più ampio e variegato di fattispecie. Di conseguenza, dovrebbero essere definite tipologie di aziende nuove, modificando l’ordinamento attuale del SSN (d.lgs. 502/1992 e d.lgs. 229/99), in modo da poter tipizzare diversi modelli aziendali coerentemente all’evoluzione dei sistemi sanitari regionali. In particolare, potrebbe essere necessario delineare una fattispecie per le aziende che centralizzano alcuni servizi (acquisti, logistica, sistemi informativi) e distinguere due diverse tipologie di aziende sanitarie locali, sulla base dell’intensità del livello di produzione diretta dei servizi. I diversi modelli aziendali potrebbero essere sviluppati differenziando quattro elementi di configurazione istituzionale: i) missioni e finalità; ii) organi di governo; iii) poteri di nomina; iv) forme giuridiche. La predisposizione di un quadro di fattispecie “chiuso” garantirebbe la comparabilità delle varie esperienze e, di conseguenza, favorirebbe meccanismi di apprendimento reciproco tra i contesti locali.

Le Regioni con un livello di “autonomia piena” dovrebbero avere invece la facoltà di costituire tipologie di aziende nuove, non previste dall’ordinamento del SSN. Di fatto, le Regioni con un livello di autonomia massima potrebbero avviare autonomamente delle sperimentazioni di nuovi modelli. Tali sperimentazioni, dovrebbero avere una durata limitata, e in caso di esito positivo dovrebbero innescare ulteriori modifiche all’insieme chiuso di modelli aziendali di riferimento.