

**SPENDING REVIEW
L'IMPATTO SUL SISTEMA SANITARIO**

settembre 2012

**Marzio Scheggi
responsabile scientifico
dell'Istituto Health Management**

PREMESSA

Il 14 agosto scorso è stata pubblicata sulla gazzetta ufficiale la legge 7 agosto 2012, n. 135, con la quale è stato convertito in legge il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, definito “spending review”.

È questo l'ultimo in ordine di tempo dei provvedimenti adottati dal Governo Monti per rispondere al mandato che ad esso è stato conferito dal Presidente Napolitano: assicurare l'equilibrio dei conti pubblici e rilanciare la crescita economica. Rigore e sviluppo sono state in effetti le parole chiave alle quali si è ispirata l'azione di governo, nel rispetto di un vincolo che è stato oggetto anche recentemente di un richiamo forte del Capo dello Stato: l'equità.

Su queste direttrici si è mossa l'azione del Governo, con una incalzante produzione di provvedimenti che affrontano innumerevoli questioni, in molti settori, con l'evidente intento di trasformare in modo complessivo e radicale tutte le espressioni della vita politica, economica e sociale del Paese:

- ✓ il decreto legge 6 dicembre 2011, n. 201, “*Disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici*”, decreto definito “salva Italia”, convertito dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214;
- ✓ il decreto legge 24 gennaio 2012, n. 1, “*Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività*” definito “*cresci Italia*” convertito dalla legge 24 marzo 2012, n. 27;
- ✓ il decreto legge 9 febbraio 2012, n. 5, “*Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo*”, definito “*semplifica Italia*” convertito dalla legge 4 aprile 2012, n. 35.
- ✓ la legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 “*Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale*”
- ✓ il decreto legge 22 giugno 2012 n. 83, “*Misure urgenti per la crescita del Paese*”;
- ✓ la legge 28 giugno 2012, n. 92, “*Disposizioni in materia di riforma del mercato del lavoro in una prospettiva di crescita*”.
- ✓ il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 “*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*”

Nonostante l'impegno posto in questa azione di risanamento e di rilancio dell'economia, impegno che traspare dalla stessa mole dei provvedimenti adottati (l'insieme dei quali supera 500 pagine di testo) non unanime appare su questo Governo il consenso delle forze politiche, delle parti sociali e dell'opinione pubblica.

E non sarebbe né giusto né opportuno non dare la necessaria attenzione al dissenso manifestato dai partiti e dalle forze sociali, perché ciò che spiega quel dissenso è un profondo disagio sociale, che certamente viene strumentalizzato da certi soggetti, ma che comunque non può e non deve essere sottovalutato.

Due possono essere le ragioni fondamentali di questo mancato consenso:

- ✓ la mancata esplicitazione, forse anche per un problema di comunicazione, del disegno strategico complessivo che raccorda tra loro ed integra in un percorso unitario i diversi provvedimenti prima richiamati, che mettono mano ad una infinita gamma di interventi, di diversissimo impatto economico e sociale, tra i quali non si coglie un ordine nitido e chiaro di priorità;
- ✓ la percezione che le norme finora varate colpiscano i più deboli, da un lato tagliando servizi finora garantiti, dall'altro aumentando ulteriormente una pressione fiscale che ha superato ormai nel nostro paese ogni ragionevole ed immaginabile limite.

E queste carenze si colgono in maniera particolarmente vistosa nel decreto del quale si parla, molti dei provvedimenti contenuti nel quale ripropongono o inaspriscono misure che hanno costituito oggetto delle innumerevoli manovre finanziarie che si sono susseguite in questi ultimi anni: dal ridimensionamento delle dotazioni organiche delle amministrazioni pubbliche, al blocco del turnover e delle retribuzioni dei dipendenti pubblici, dalla drastica riduzione dei trasferimenti agli enti locali, alla riduzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Analizzando nel merito le norme in questione si rilevano in esse elementi evidenti di irrazionalità sul piano organizzativo e di contraddizione profonda rispetto a quei principi di autonomia, decentramento e responsabilizzazione che informano il processo di riordino dell'amministrazione pubblica avviato con la legge delega 23 ottobre 1992, n. 421 ed al quale era stata impressa una significativa accelerazione con la legge delega 4 marzo 2009, n. 15 e con il successivo decreto legislativo attuativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Sul piano organizzativo è del tutto irrazionale prevedere una riduzione generalizzata ed indistinta del 10% per istituzioni che già per loro natura presentano sicuramente diversissimi livelli di impegno delle risorse umane, diversissimi livelli di efficienza organizzativa (per retaggi culturali e non solo derivanti dalla storia e dalla tradizione che ciascuna di esse ha sviluppato) e che sicuramente presentano diversissimi livelli di efficienza nelle loro diverse articolazioni organizzative.

Ma il limite più grave che connota il provvedimento nel suo complesso è che manca in esso un respiro strategico di ridisegno complessivo dei meccanismi di gestione delle risorse pubbliche, un ripensamento profondo della spesa pubblica non tanto nella sua entità, quanto nella sua articolazione.

Nonostante le intenzioni a più riprese dichiarate di non voler procedere per tagli lineari, ma rivedendo organicamente tanto la struttura della spesa quanto i meccanismi che la generano (questo è il senso vero del termine *spending review*), l'impianto complessivo del provvedimento non si discosta di molto dalle manovre finanziarie che si sono susseguite negli ultimi anni.

Il decreto è in sostanza una mera riduzione della spesa pubblica, anziché un programma di razionalizzazione e qualificazione della spesa pubblica, che deve essere certamente ridotta, ma non attraverso l'applicazione di aliquote percentuali ai diversi fattori produttivi o ai diversi settori di intervento.

Per ridurre la spesa pubblica conciliando sostenibilità economica ed equità sociale occorre avere la fantasia ed il coraggio di ripensare organicamente il ruolo dello Stato dell'economia e riformulare, con il più ampio consenso possibile dei diversi livelli istituzionali di governo e delle parti sociali, la definizione stessa di spesa pubblica. Si tratta di ridefinire quali servizi devono essere assicurati dalle amministrazioni pubbliche (Stato, Regioni, Province, Comuni) e quali devono essere invece finanziati dai diretti utilizzatori, spostandone l'onere dal pagamento dei tributi al pagamento del servizio fruito. Questo ripensamento deve partire da una riconsiderazione di quali sono le funzioni essenziali che lo Stato deve assolutamente garantire, e quali sono invece i servizi l'onere dei quali deve ricadere, proprio in una logica di equità sociale, sui diretti fruitori. Adam Smith nel libro quinto di quel capolavoro assoluto che è "La ricchezza delle Nazioni", pietra miliare dell'economia politica, dopo avere analizzato le funzioni delle quali lo Stato deve assumersi l'onere, precisa che *"Le spese per la difesa della società e quelle per sostenere la dignità del Sovrano sono fatte entrambe per il vantaggio generale di tutta la società. È perciò ragionevole che esse debbano essere sostenute dal contributo generale di tutta la società, e che i diversi membri contribuiscano in proporzione alle loro rispettive possibilità."* Per tutte le altre spese, come la giustizia, l'istruzione, i trasporti, Adam Smith afferma che esse dovrebbero essere sostenute, in tutto o in parte, da coloro che ne traggono diretti vantaggi, o che comunque le determinano, in base al principio che "È ingiusto che tutta la società debba contribuire ad una spesa il cui beneficio è limitato ad una parte soltanto."

L'applicazione attenta ed oculata di questo principio può portare ad una organica rimodulazione della spesa pubblica, riducendone complessivamente l'entità, liberare ingenti risorse e determinare altresì positivi effetti in termini di qualità dei servizi forniti.

Si tratta in definitiva di fare delle scelte, e prendere coscienza che non è accettabile che la scarsità delle risorse determini livelli mediocri o addirittura indecenti nella qualità di servizi che rientrano nelle prerogative proprie e irrinunciabili dello Stato.

Razionalizzare e qualificare la spesa pubblica non vuol dire ridurre in modo lineare la spesa pubblica, facendo venir meno tra l'altro le risorse essenziali per gestire funzioni che inderogabilmente competono allo Stato, né vuol dire soltanto individuare tutti i risparmi possibili attraverso una minuziosa e sistematica ricerca delle spese effettivamente superflue o eccessive, operazione questa tanto doverosa quanto insufficiente. Razionalizzare e qualificare la spesa pubblica vuol dire ripensare in modo sistematico se siano possibili modalità diverse per ottenere gli stessi risultati (o risultati addirittura migliori).

Gli interventi di razionalizzazione e qualificazione della spesa pubblica non devono assumere il carattere di interventi straordinari correttivi della finanza pubblica finalizzati ad assicurare il rispetto dei vincoli di bilancio. Tali interventi devono rappresentare lo strumento attraverso il quale, nell'ambito del processo ordinario di pianificazione, programmazione e controllo si ricercano le modalità più efficienti ed efficaci per garantire i servizi essenziali secondo standard di qualità resi preventivamente oggettivi e misurabili, fermo restando il vincolo categorico del pareggio di bilancio, dal quale non si può e non si deve prescindere in nessun caso.

Rigore e sviluppo non devono essere intesi come contrapposti, ma come elementi complementari in un disegno strategico che prenda finalmente coscienza della priorità dello sviluppo economico, come condizione ineludibile per assicurare alla popolazione quei servizi che costituiscono componenti irrinunciabili di una società civile.

L'opportunità di ripensare in modo sostanziale, prima ed ancor più che il peso dello Stato nell'economia, il ruolo dello Stato nell'economia, costituisce fatto acquisito da decenni. In un mio articolo scritto nel 2008 e contenente alcune indicazioni su quelle che ritenevo (e tuttora ritengo) priorità strategiche per un rilancio della crescita economica del nostro Paese indicavo tra queste priorità modificare radicalmente l'intervento dello Stato nell'economia.

Da quell'articolo riprendo alcuni passaggi perché davvero non saprei aggiungere molto a quanto già scritto sull'argomento, citando tra l'altro fonti autorevoli e consolidate.

Su questo tema, nel lontano 1995, nella prefazione ad un volume dedicato alla pubblicazione dei risultati di una ricerca svolta dall'Università Bocconi sul tema "Il controllo della spesa pubblica" il prof. Elio Borghonovi evidenziava come uno dei punti di convergenza dell'analisi fosse *"L'esigenza di collocare il tema della spesa pubblica all'interno di un nuovo sistema di rapporti tra Stato ed enti locali che sia veramente fondato sui principi del decentramento e della responsabilizzazione e nel quale entrino nuovi elementi di razionalità economica, che possono derivare sia dalla applicazione di nuovi schemi concettuali al rapporto Stato Enti locali, sia da una nuova visione di politica economica. Essa rinuncia all'utopia di uno Stato impegnato a garantire equità e redistribuzione della ricchezza da un lato ed equilibrio economico generale e controllo dell'indebitamento dall'altro, e propone una più realistica impostazione secondo la quale lo Stato definisce i livelli dei servizi che intende garantire in modo uniforme sul territorio nazionale e il corrispondente finanziamento e cerca di tenere sotto controllo le variabili macroeconomiche che influenzano i rapporti con l'economia mondiale e che possono favorire od ostacolare i processi di integrazione economica e politica, rinviando problemi di compatibilità tra bisogni collettivi, risorse e consumi alle Regioni e agli enti locali, che possono dare una dimensione più concreta al principio della equità economica e sociale."*

L'impostazione di politica economica sinora seguita è caratterizzata da una logica di mera redistribuzione della ricchezza, che sembra costituire l'obiettivo centrale dell'intervento dello Stato.

Questa impostazione traspare dalla struttura stessa del bilancio dello Stato, riprodotta in figura 1 (dati relativi all'esercizio 2011, riportati nella relazione generale sulla situazione economica del Paese).

I dati riportati evidenziano come l'incidenza della spesa per trasferimenti è pari al 52,4% del totale della spesa a carico del bilancio dello Stato, l'incidenza della spesa per interessi sul debito è pari al 15,6%, mentre l'incidenza della spesa per servizi direttamente gestiti è solo del 22,2%. Diminuire la spesa pubblica deve significare recuperare il ruolo dello Stato alle funzioni essenziali che ad esso competono, e che trovano lucida formulazione nelle parole di Adam Smith: devono essere a carico dello Stato gli interventi che interessano la collettività nel suo insieme e non una parte di essa: questo implica ripensare il ruolo dello Stato in moltissimi settori, dall'istruzione ai trasporti, all'assistenza, alla sanità.

Sempre nel citato articolo pubblicato nel 2008 scrivevo:

In una moderna economia di mercato il ruolo dello Stato non deve essere quello di redistribuire la ricchezza prodotta dalle imprese, come attualmente avviene, ma di garantire le condizioni affinché le imprese stesse siano messe in grado di produrre maggiore ricchezza, e di ridistribuirla esse stesse sotto forma di retribuzioni ai dipendenti, di corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi, di imposte corrisposte ai soggetti istituzionali locali e centrali.

Questo significa in sostanza che l'impegno esclusivo dello Stato deve essere quello di assicurare alle imprese le condizioni, in termini di giustizia, sicurezza, infrastrutture, necessarie per il loro sviluppo, una tra tutte ridurre gli oneri fiscali e contributivi che incidono sul costo del lavoro. (A questo riguardo non può non suscitare sconcerto la recente dichiarazione del ministro del lavoro Elsa Fornero al meeting di Rimini, che ha affermato che l'imposizione fiscale e contributiva sul lavoro è eccessiva e che il cosiddetto cuneo fiscale deve essere ridotto. Il Paese non ha bisogno di esperti di livello internazionale per prender coscienza di problemi con cui convive da decenni, ha bisogno di persone che prospettino soluzioni concrete a problemi dei quali è fin troppo consapevole.)

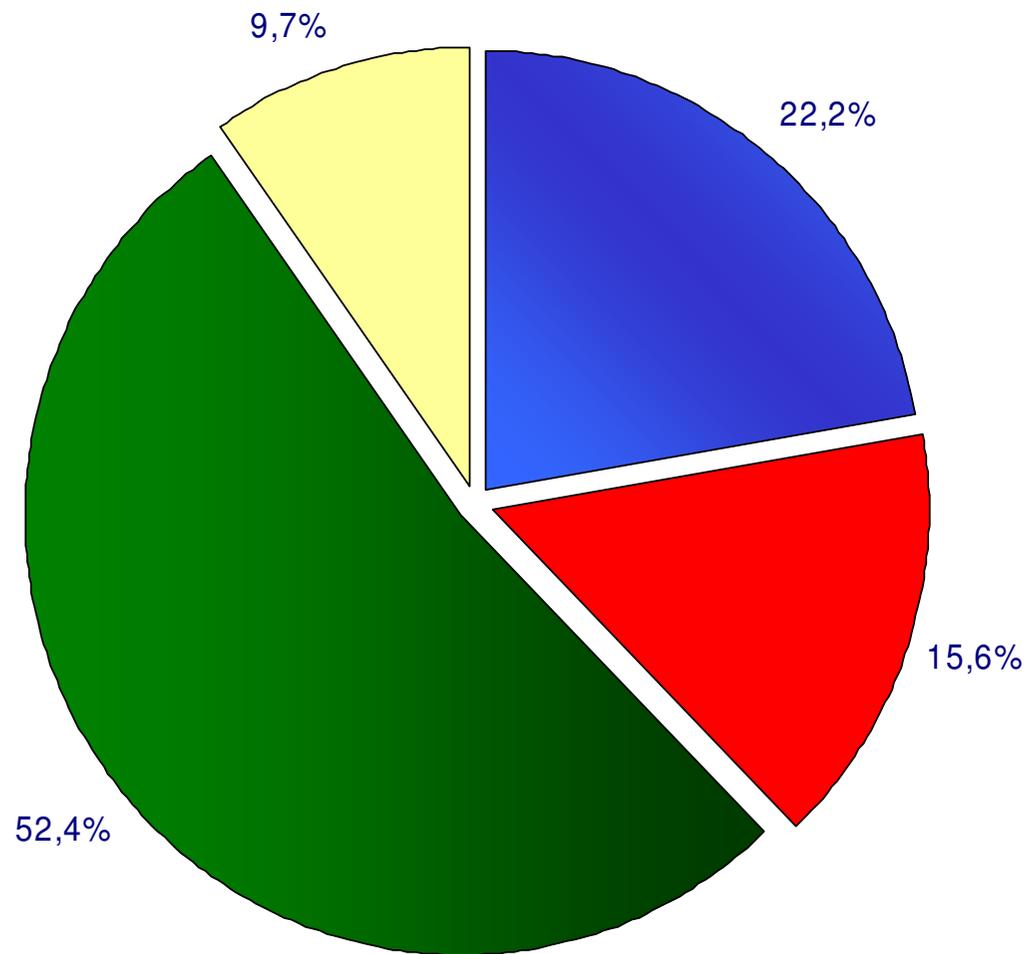
Tornando all'analisi dei dati riportati nel grafico riprodotto in figura 1, questi evidenziano che la finanza dello Stato è ancora oggi in buona sostanza una finanza trasferita, nella quale 249 miliardi (il 52,4% della spesa complessiva) vengono trasferiti ad altre amministrazioni pubbliche o, se pur in misura minima, a imprese e famiglie.

L'analisi della composizione dei trasferimenti evidenzia come i trasferimenti agli enti previdenziali (94 miliardi di euro, pari al 37,7%) costituiscano la componente di gran lunga più rilevante, seguita dai trasferimenti alle Regioni per il Servizio Sanitario Nazionale (68 miliardi di euro, pari al 27,5%) ed agli enti locali (42 miliardi di euro, pari al 17,0%).

figura 1 - le spese a carico del bilancio dello Stato - anno 2011

valori assoluti espressi in miliardi di euro
fonte:MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
relazione generale sulla situazione economica del Paese

TRASFERIMENTI	249
SERVIZI	105
INTERESSI	74
ALTRE SPESE	46
TOTALE	474



Occorre una profonda riforma della spesa pubblica, che deve essere razionalizzata e qualificata, e non semplicemente ed indiscriminatamente ridotta, assumendo a base alcuni principi chiave:

- ✓ il principio della competenza, secondo il quale la spesa per determinate funzioni e servizi deve ricadere su coloro che di tali servizi sono i diretti fruitori, in accordo con quanto sostiene Adam Smith quando afferma che *non è giusto che tutta la società debba contribuire ad una spesa il cui beneficio è limitato ad una parte soltanto*;
- ✓ il principio della misurabilità, secondo il quale le prestazioni erogate da una qualsiasi amministrazione pubblica devono essere misurabili sia in quantità che in qualità, in accordo con quanto sostengono Kaplan e Norton, che hanno introdotto l'assioma "non è governabile ciò che non è misurabile";
- ✓ il principio della responsabilizzazione, secondo il quale coloro che sono responsabili del governo e della gestione di una amministrazione pubblica devono essere chiamati a rispondere dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati nell'ambito delle rispettive funzioni; tra tali risultati deve essere incluso il rispetto del pareggio di bilancio (o del budget assegnato), con il conseguente addebito dell'eventuale disavanzo di gestione;
- ✓ il principio della valorizzazione del merito, in accordo con il dettato costituzionale secondo cui *Il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e alla qualità del suo lavoro (articolo 36, comma 1)*. Occorre porre in essere da subito meccanismi che consentano di erogare una retribuzione differenziata, a parità di funzioni, in relazione all'impegno concretamente dimostrato nel raggiungimento degli obiettivi assegnati, tenendo conto dei risultati conseguiti rispetto a tali obiettivi. Questo aspetto è stato per decenni oggetto di sterili disquisizioni accademiche, ed è invece l'architrave portante di una corretta concezione del lavoro quale fondamento dell'economia e della società;
- ✓ il principio della trasparenza, secondo il quale ogni amministrazione pubblica è tenuta a render conto ai cittadini in genere ed agli utenti di essa in particolare dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati, in una tensione costante rivolta al miglioramento del proprio operare nelle diverse dimensioni secondo le quali esso può essere valutato: la qualità dei servizi, l'economicità della gestione, la rispondenza alle aspettative degli utenti.

La strategia da adottare non è quella di intervenire dall'alto con provvedimenti che riducano la spesa, ma responsabilizzare tutte le articolazioni, centrali e periferiche, dell'amministrazione pubblica, ai diversi livelli di governo, affinché adottino criteri, strumenti e procedure che consentano il rispetto del principio di economicità. In tutte le amministrazioni pubbliche devono essere adottati sistemi integrati di performance management, dando applicazione tra l'altro ad una specifica indicazione contenuta nella lettera che Mario Draghi e Jean Claude Trichet inviarono al Governo la scorsa estate, nella quale si legge testualmente: *Negli organismi pubblici dovrebbe diventare sistematico l'uso di indicatori di performance.*

In questa direzione si era mosso il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che apriva scenari per molti versi stimolanti di innovazione e razionalizzazione gestionale delle amministrazioni pubbliche, secondo tre direttrici portanti:

- ✓ la misurazione della performance;
- ✓ la valutazione dei risultati ed il riconoscimento del merito;
- ✓ la trasparenza nei confronti dei cittadini.

Per quanto concerne il sistema di misurazione della performance il comma 2 dell'articolo 3 del decreto citato prevedeva che *Ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti, secondo modalità conformi alle direttive impartite dalla Commissione Nazionale per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche* istituita ai sensi dell'articolo 13 dello stesso decreto.

Per quanto concerne il riconoscimento del merito il comma 2 dell'articolo 18 dispone che *Le amministrazioni pubbliche promuovono il merito e il miglioramento della performance organizzativa e individuale, anche attraverso l'utilizzo di sistemi premianti selettivi, secondo logiche meritocratiche, nonché valorizzano i dipendenti che conseguono le migliori performance attraverso l'attribuzione selettiva di incentivi sia economici sia di carriera.*

Lo stesso decreto indica all'articolo 20 una serie di strumenti utilizzabili per premiare il merito e la professionalità, strumenti non solo di natura economica come il bonus annuale delle eccellenze, il premio annuale per l'innovazione, le progressioni economiche, ma anche di natura diversa, come l'attribuzione di incarichi e responsabilità, l'accesso a percorsi di alta formazione e di crescita professionale, in ambito nazionale e internazionale.

Per quanto concerne infine l'altra direttrice portante che ispira il decreto citato, quella della trasparenza nei confronti dei cittadini, il comma 1 dell'articolo 11 precisa che: *La trasparenza è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità. Essa costituisce livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione.*

Lo stesso articolo 11 indica gli strumenti attraverso cui dar conto ai cittadini dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati (il concetto di performance è definibile come misura del grado in cui una organizzazione consegue i suoi obiettivi) in quella stessa logica di pianificazione, programmazione e controllo di gestione che è definita nel decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286 (*Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche*).

Il comma 8 dello stesso articolo 11 dispone che ogni amministrazione ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito istituzionale, in apposita sezione di facile accesso e consultazione, e denominata "*Trasparenza, valutazione e merito*" una serie di dati e documenti che consentano di valutare i risultati raggiunti, tra i quali in particolare

- a) il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, documento programmatico nel quale devono essere indicate le iniziative che l'amministrazione intende intraprendere per la trasparenza e l'integrità ed il relativo stato di attuazione;
- b) il Piano della performance, documento programmatico triennale che deve essere adottato entro il 31 gennaio di ogni anno, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;

- c) la Relazione sulla performance un documento di valutazione da adottare entro il 30 giugno, che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

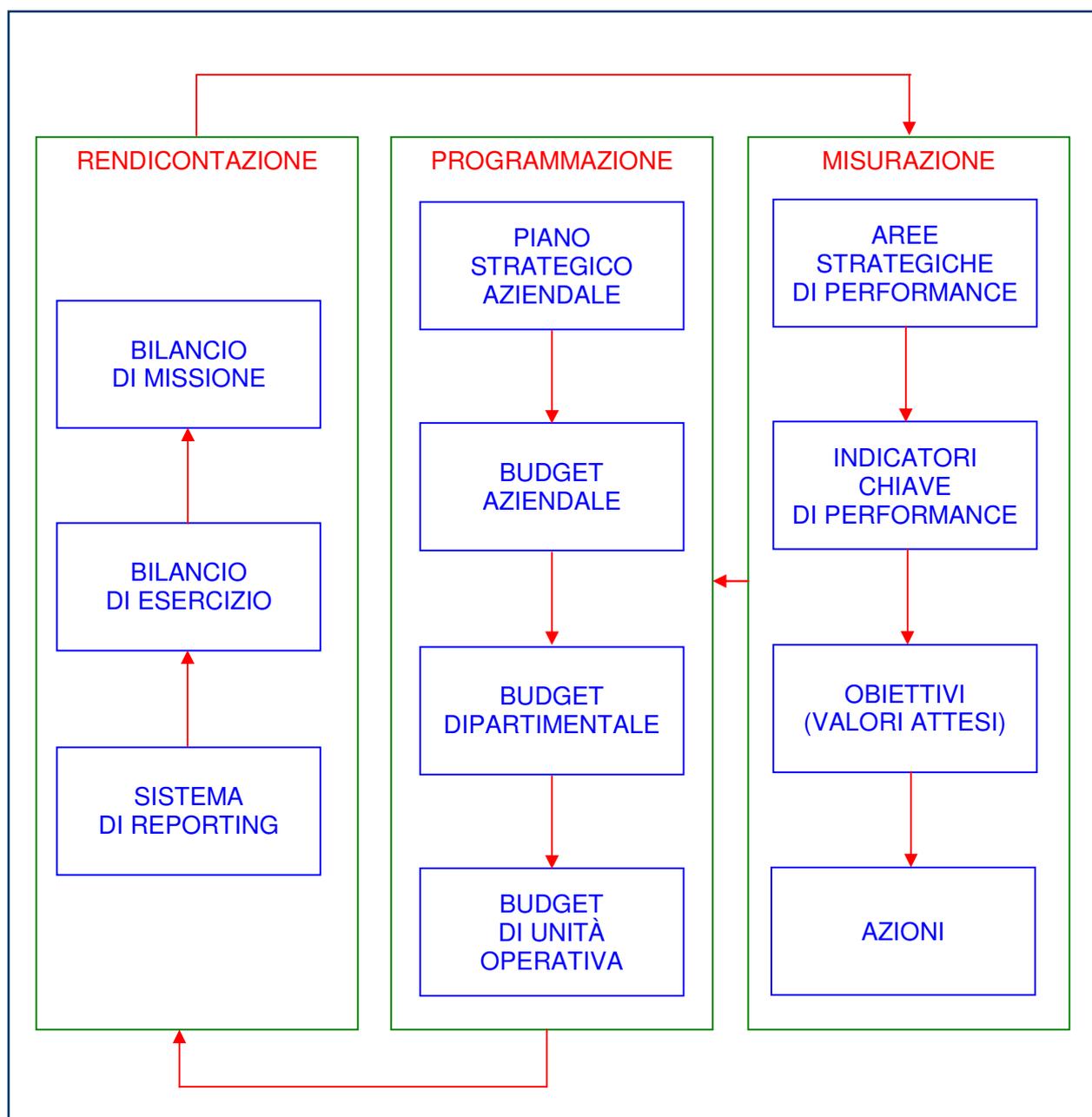
Gli strumenti che il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 indica (piano e relazione sulla performance, piano e relazione sulla trasparenza e l'integrità) potrebbero essere integrati nell'ambito di uno strumento di più ampio respiro, strumento elettivo di trasparenza e rendicontazione che dovrebbe essere reso obbligatorio per legge per tutte le amministrazioni pubbliche: il bilancio sociale. Il bilancio sociale (altrimenti denominato bilancio di missione) potrebbe dar conto dei risultati raggiunti dalle singole amministrazioni pubbliche rispetto alle aspettative dei propri stakeholder, adottando al proprio interno un sistema di misurazione delle performance funzionalmente integrato nell'ambito del processo di pianificazione, programmazione e controllo che ogni amministrazione pubblica si deve dare, e che deve concernere non solo il rispetto del pareggio di bilancio, reso obbligatorio per legge, ma anche il miglioramento continuo della qualità dei servizi resi all'utenza.

Razionalizzare e qualificare la spesa pubblica significa adottare, a tutti i livelli di responsabilità istituzionale, nei diversi comparti e nelle diverse articolazioni organizzative della pubblica amministrazione, un modello che integri in modo strutturale ed organico il processo di pianificazione, programmazione e controllo di gestione con il sistema di misurazione dei risultati raggiunti, rendendo possibile l'individuazione tempestiva degli scostamenti tra risultati ed obiettivi, delle cause che li determinano e degli interventi correttivi che devono essere apportati per riallineare risultati ed obiettivi.

La logica di questo modello è sintetizzata nel diagramma di seguito riprodotto, nel quale vengono poste in evidenza le interazioni tra le diverse componenti del sistema:

- ✓ il sistema di misurazione, strutturato secondo l'approccio universalmente noto come balanced scorecard;
- ✓ il sistema di pianificazione, programmazione e controllo, che va dal piano strategico aziendale al budget delle singole articolazioni organizzative;
- ✓ il sistema di rendicontazione, nel quale si integrano sistema di reporting, bilancio di esercizio e bilancio di missione.

DALLA MISURAZIONE AL GOVERNO
DELLE PERFORMANCE DELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE



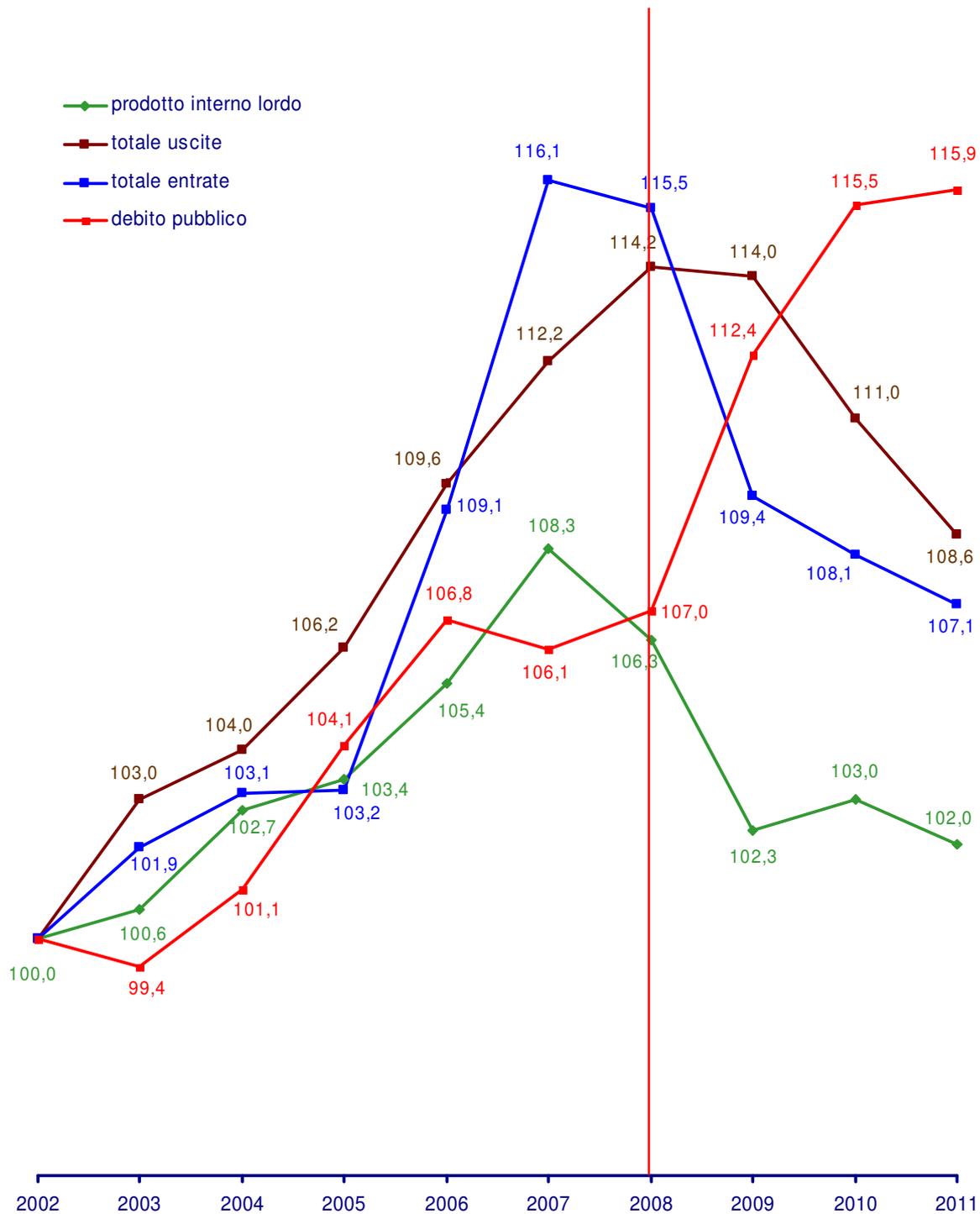
In tema di spesa pubblica l'azione del Governo si muove nella logica di una riduzione della spesa basata sull'individuazione di tutti gli sprechi attualmente in essere nei vari settori dell'amministrazione pubblica, e nella individuazione per ciascuno di questi delle razionalizzazioni possibili adottando modalità alternative di organizzazione dei servizi e di acquisizione dei fattori produttivi.

Fermo restando che l'applicazione sistematica del principio di economicità (produrre un dato risultato col minimo possibile di risorse, o il massimo risultato con un prefissato volume di risorse) dovrebbe costituire il *modus operandi* di una qualsiasi amministrazione pubblica e non essere oggetto di un intervento estemporaneo come rischia di essere quella che è stata definita "spending review", occorre rilevare due incongruenze sostanziali:

- 1) la prima è nel fatto che l'approccio adottato va nella direzione opposta rispetto a quello indicato nel citato lavoro dell'Università Bocconi sul tema del controllo della spesa pubblica, la sostanziale conclusione del quale era *L'esigenza di collocare il tema della spesa pubblica all'interno di un nuovo sistema di rapporti tra Stato ed enti locali che sia veramente fondato sui principi del decentramento e della responsabilizzazione e nel quale entrino nuovi elementi di razionalità economica, che possono derivare sia dalla applicazione di nuovi schemi concettuali al rapporto Stato Enti locali, sia da una nuova visione di politica economica.* E va nella direzione opposta rispetto a scelte che costituivano i riferimenti centrali del grande disegno riformatore che fu avviato dalla legge 23 ottobre 1992, n. 421, e che produsse splendidi risultati: la responsabilizzazione dei diversi livelli di governo in una logica di federalismo;
- 2) la seconda è nel fatto che questa enfasi posta sulla riduzione della spesa, attraverso sostanziali riduzioni delle risorse disponibili (anche in settori dove forse sarebbe invece opportuno investire maggiori risorse piuttosto che ridurre quelle attualmente esistenti) rischia di far perdere di vista un fatto di estremo rilievo: il problema del Paese non è la riduzione della spesa (semmai la qualificazione della spesa, domandandosi prima di tutto cosa è spesa pubblica e cosa spesa pubblica non è) ma il rilancio dell'economia. A questo riguardo illuminante appare il grafico riprodotto in figura 2, che dimostra con assoluta evidenza come il problema vero non è la dimensione relativa della spesa pubblica, ma il fatto che sono in netto calo sia il prodotto interno lordo sia le entrate (nonostante l'incremento delle aliquote dell'IVA e gli inasprimenti fiscali).

figura 2 - i più significativi aggregati macroeconomici
nel decennio 2002 - 2011

numeri indice - valori atualizzati
fonte: MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
relazione generale sulla situazione economica del Paese



I provvedimenti che sono stati finora adottati dal Governo Monti si muovono su due direttrici fondamentali (peraltro non originali rispetto alle innumerevoli manovre adottate): tagliare le spese ed aumentare le entrate. A prescindere dal merito di provvedimenti che sembrano iniqui e scoordinati tra loro, i dati riportati nel grafico di seguito riprodotto evidenziano che nella situazione che stiamo vivendo il problema centrale non è certo quello della riduzione della spesa.

I valori riportati nel grafico rappresentano l'andamento nel decennio osservato di quattro variabili fondamentali: le entrate, le uscite, il prodotto interno lordo e il debito pubblico. Gli indici sono calcolati rapportando i valori registrati nei diversi anni al valore del primo anno, e sono determinati facendo riferimento non ai valori correnti ma ai valori attualizzati, in modo da filtrare l'effetto dell'inflazione.

L'andamento osservato negli ultimi anni risente indubbiamente di una crisi economica internazionale che rende ancor più fragile un'economia che comunque già presentava evidenti segni di debolezza, e rende oggi di fatto drammatica una situazione che poteva e doveva essere affrontata quando autorevoli economisti sollecitavano interventi strutturali che richiedevano una fantasia ed un coraggio politico che evidentemente coloro che avevano allora la responsabilità del governo del Paese non hanno avuto.

I dati riportati nel grafico indicano con estrema chiarezza che il problema non è quello del contenimento della spesa pubblica, che nel periodo osservato non solo ha rallentato la sua crescita, ma addirittura accenna ad una diminuzione. Il problema è quello del crollo delle entrate, conseguente al vero e proprio crollo del prodotto interno lordo, ed allo spettro di un debito pubblico che presenta una preoccupante accelerazione.

La soluzione non va pertanto cercata in una ulteriore riduzione della spesa, che deve essere riqualificata e razionalizzata (il che può anche significare nel complesso ridurla, ma questa riduzione deve essere conseguente ad azioni di riqualificazione, e non l'effetto di irrazionali ed iniqui tagli lineari).

La soluzione va cercata da un lato attivando tutte le iniziative possibili (piani straordinari di investimenti, incentivi alle imprese, semplificazione amministrativa, riduzione della pressione fiscale) idonei a promuovere lo sviluppo, dall'altro aggredendo il debito pubblico con un piano straordinario che ne consenta una riduzione immediata e consistente.

Le priorità assolute che devono essere affrontate subito sono due:

- 1) abbattere il debito pubblico
- 2) rilanciare lo sviluppo, creando posti di lavoro e dando risposta ad attese che stanno creando nel Paese una situazione di profonda inquietudine.

Tutto il resto può essere oggetto di una più approfondita riflessione che eviti di fare scelte affrettate, e che sia inquadrato in un ripensamento organico e strutturale di ruolo, funzioni ed organizzazione dello Stato. Questa è la vera “spending review” della quale c’è estremo bisogno, non i tagli lineari che ancora una volta sono oggetto del decreto legge in questione.

La politica deve trovare il modo di superare contrapposizioni ideologiche per trovare, attraverso un confronto aperto e sereno, la capacità di dare risposta a quelle priorità, nello spirito indicato dal Presidente Napolitano nei tanti richiami che ha rivolto alle forze politiche ed al governo stesso.

Solo così sarà possibile salvare il Paese da una involuzione che non merita.

LE MISURE ADOTTATE NEL SETTORE SANITARIO

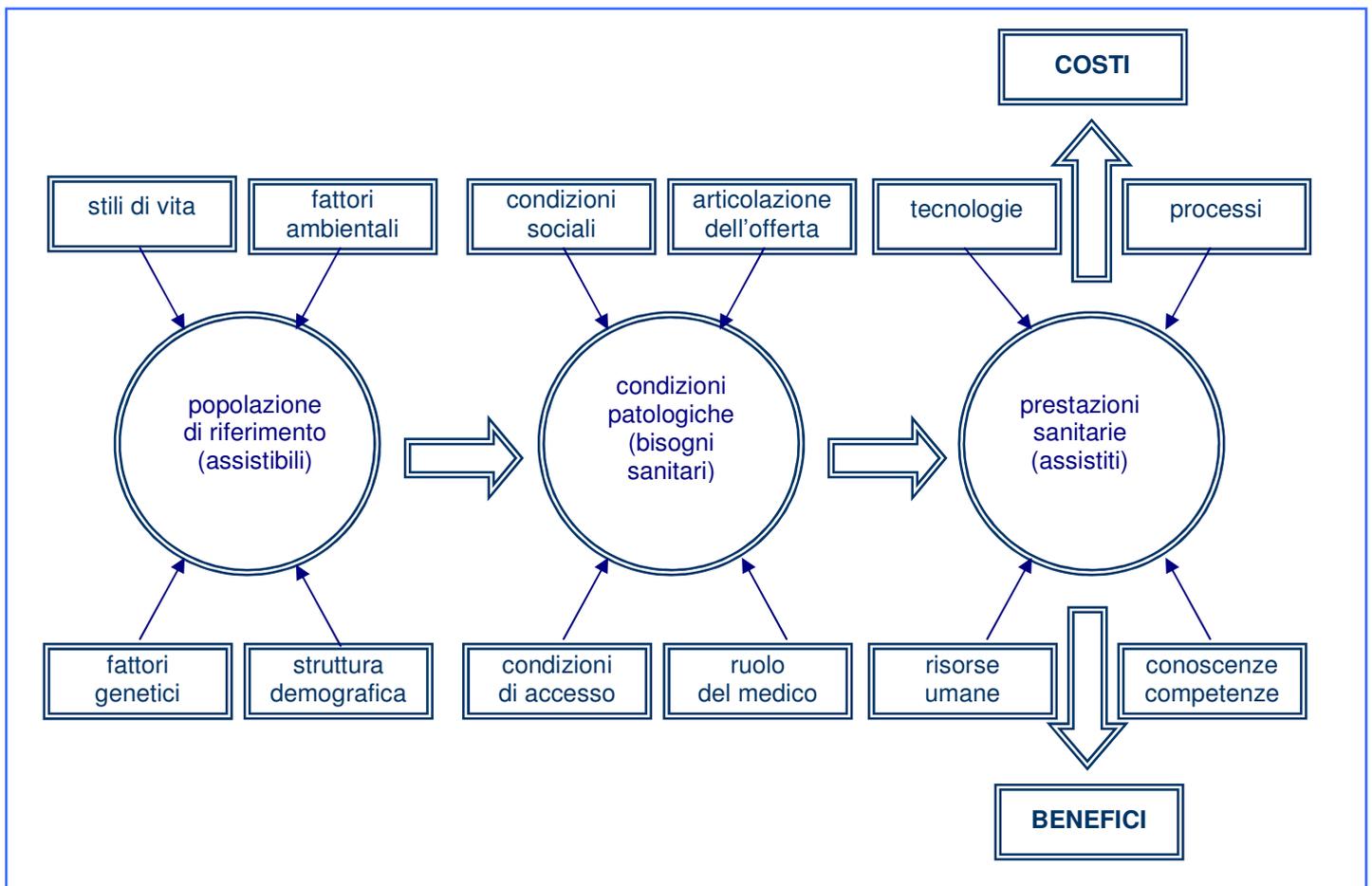
L'articolo 15 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 dispone per il settore sanitario una serie di misure alcune delle quali appaiono particolarmente dirompendi in relazione all'impatto che esse hanno sull'equilibrio complessivo del sistema e sulla sua sostenibilità:

- 1) riduzione del livello del fabbisogno del servizio sanitario nazionale, e del correlato finanziamento, previsto dalla vigente legislazione, nella misura di 900 milioni di euro per l'anno 2012, di 1.800 milioni di euro per l'anno 2013, di 2.000 milioni di euro per l'anno 2014 e di 2.100 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015;
- 2) riduzione dello standard di posti letto per 1000 abitanti, che dovrà essere portato dall'attuale valore di 4 posti letto per 1000 abitanti a 3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;
- 3) riduzione della spesa farmaceutica, che dovrà passare dall'attuale 13,6% del finanziamento complessivo del servizio sanitario nazionale, al 13,1% nel 2012 ed all'11,35% dal 2013;
- 4) rideterminazione, attraverso un decreto adottato dal ministro della salute di concerto con il ministro dell'economia che dovrà essere emanato entro il 15 settembre 2012, delle tariffe massime che le Regioni e le Province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate per remunerare le prestazioni di assistenza ospedaliera ed ambulatoriale;
- 5) riduzione del 5 per cento degli importi e delle connesse prestazioni relativi a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi, con esclusione degli acquisti dei farmaci;
- 6) obbligo di utilizzo, per l'acquisto di beni e servizi relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma CONSIP, degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa CONSIP, ovvero, se disponibili, dalle centrali di committenza regionali,
- 7) riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto di tutti i contratti vigenti nell'esercizio 2012 per la fornitura da soggetti privati accreditati do prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza ospedaliera in misura percentuale tale da ridurre la spesa complessiva annua a livello delle singole Regioni e Province autonome rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014;
- 8) estensione agli anni 2013, 2014 e 2015 dell'obbligo attualmente vigente per gli anni 2010, 2011 e 2012, di riduzione delle spese di personale, nella misura dell'1,4 % rispetto alle spese sostenute nell'anno 2004.

Su queste misure una prima considerazione concerne la mancanza assoluta di qualsiasi elemento di originalità, di sostanziale innovazione, tale da agire sui meccanismi che determinano livelli di spesa che in alcune Regioni paiono ancora eccessivi (a questo riguardo sarebbe ingeneroso disconoscere i risultati per certi versi prodigiosi conseguiti da Regioni come il Lazio e la Campania, che hanno drasticamente ridotto il disavanzo dei propri servizi sanitari regionali).

Le misure adottate dal decreto in oggetto replicano, confermano o inaspriscono provvedimenti che sono stati oggetto nel tempo di innumerevoli manovre finanziarie, e non tengono in nessun conto due aspetti fondamentali:

- 1) l'estrema variabilità che certi fenomeni presentano non solo tra le diverse realtà territoriali del Paese, ma addirittura tra le diverse Aziende in cui si articolano i diversi sistemi sanitari regionali;
- 2) la molteplicità delle variabili che determinano risultati e costi di un sistema sanitario, e la complessità delle interazioni che tra queste variabili si registrano, aspetti che in maniera peraltro parziale e riduttiva sono rappresentati nel diagramma di seguito riprodotto.



Se l'obiettivo è quello di ridurre i costi del sistema sanitario mantenendo invariati i livelli di assistenza che questo è chiamato a garantire ai cittadini (come esplicitamente si dichiara nella denominazione adottata per il decreto legge del quale si parla "*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*"), non si può certo immaginare di ottenere risultati coerenti con gli obiettivi, muovendosi in una logica di tetti di spesa qual è quella che permea l'impianto del provvedimento.

Una delle critiche più severe, e per certi versi più fondate, rivolta al Ministro Tremonti in merito alle misure adottate nell'ambito delle manovre finanziarie che si sono succedute nelle estati 2010 e 2011, è stata quella di applicare tagli lineari alla spesa, con il rischio, se non con la certezza, di penalizzare le Regioni e le Aziende virtuose e premiare le Regioni e le Aziende che avevano utilizzato in maniera a dir poco disinvolta le risorse pubbliche.

Come commentare allora una norma che dispone: "*A tutti i singoli contratti, e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012 per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, stipulati ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla Regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014.*" (decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, articolo 15, comma 14)

La norma citata è solo uno degli esempi possibili, tra le tante norme disposte dal decreto legge in questione, di un approccio che è di basso profilo dal punto di vista tecnico, i cui punti di debolezza denotano una insufficiente conoscenza del settore sanitario, della complessità delle variabili in gioco, delle relazioni che tra queste intercorrono e degli effetti finali che queste determinano sia in termini di costi (risorse fisico tecniche e finanziarie necessarie per il funzionamento del sistema) sia in termini di risultati (ovvero condizioni di salute della popolazione e di risposta ai bisogni che essa esprime), complessità che in maniera peraltro riduttiva, è rappresentata nel diagramma prima riprodotto.

Affrontare il tema del governo della spesa sanitaria, ed ancor più di una sua possibile riduzione, chiama in causa molteplici competenze: epidemiologica, statistica, economica, sociologica, implica una conoscenza profonda del sistema e del suo divenire, così come esso è stato delineato da un processo di riordino avviato dalla legge delega 23 ottobre 1992, n. 421, che ha fatto intravedere una nuova dialettica tra responsabilità politica e governo tecnico del sistema, che ha fatto ritenere possibile passare finalmente dal controllo formale sugli atti al controllo sostanziale sui risultati, nel rispetto dell' autonomia che la legge costituzionale attribuisce alle Regioni, e che la legge che disciplina l'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale attribuisce alle Aziende sanitarie.

Nel decreto legge in questione non si trova traccia né di quelle competenze, né di quelle conoscenze che sarebbero necessarie per affrontare in modo corretto un tema tanto complesso quanto sensibile, dal punto di vista etico e sociale, qual è quello della sanità. E questo letteralmente sconcerata, considerata la levatura oggettivamente elevata di molti dei Ministri in carica, ed in particolare del presidente Monti, alla cui autorevolezza si deve quel recupero di credibilità che il nostro Paese ha consolidato, e che è stato oggi riconosciuto da una delle più severe agenzie di rating.

Ed ancor più sconcerata il fatto che nonostante le dichiarazioni forti che sul tema della sanità erano state fatte dal segretario del PD, la formulazione dell'articolo 15 in corso di conversione in legge sia rimasta praticamente identica a quella approvata dal Governo il 6 luglio scorso, salvo alcune limature, peraltro marginali, ad alcune percentuali. L'impianto della norma è rimasto sostanzialmente immutato, ed è un impianto concettualmente sbagliato, oltre che profondamente iniquo sul piano sociale.

Questa ovviamente è la convinzione di chi scrive, convinzione che trae il suo fondamento da analisi che saranno qui riproposte con riferimento a quelle norme, tra quelle sopra richiamate, delle quali appare particolarmente iniquo l'impatto sulle classi deboli del Paese.

LA RIDUZIONE DEL FINANZIAMENTO DEL SSN

Il comma 22 dell'articolo 15 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, dispone che: il livello del fabbisogno del servizio sanitario nazionale e del correlato finanziamento, previsto dalla vigente legislazione, è ridotto di 900 milioni di euro per l'anno 2012, di 1.800 milioni di euro per l'anno 2013, di 2.000 milioni di euro a decorrere dall'anno 2014 e di 2.100 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015.

Su questo tema credo di non poter aggiungere molto a quanto esposto nell'articolo recentemente pubblicato su Panorama della Sanità ("Il governo della spesa sanitaria: rigore ed equità") e ripubblicato nel sito web dell'Istituto aggiornandolo agli ultimi dati pubblicati nella relazione generale sulla situazione economica del Paese. In quell'articolo affermavo tra l'altro

Il modello di programmazione razionale ipotizzato nella legge 833/1978, istitutiva del servizio sanitario nazionale, e ribadito nella normativa di riordino (che trova nel decreto legislativo 502/1992 come successivamente modificato dai decreti 517/1993 e 229/1999 la sua compiuta formulazione) prevedeva che la determinazione del fondo sanitario nazionale costituisse oggetto del piano sanitario nazionale, che avrebbe dovuto fissare i livelli essenziali ed uniformi di assistenza per il triennio di validità del piano, nonché la quota capitaria di finanziamento disaggregata per livelli di assistenza.

Anche in relazione alle difficoltà che si sono frapposte all'implementazione dello stesso processo di programmazione quel modello non ha mai avuto concreta applicazione, e ed il finanziamento del servizio sanitario nazionale è stato definito annualmente dalla legge finanziaria.

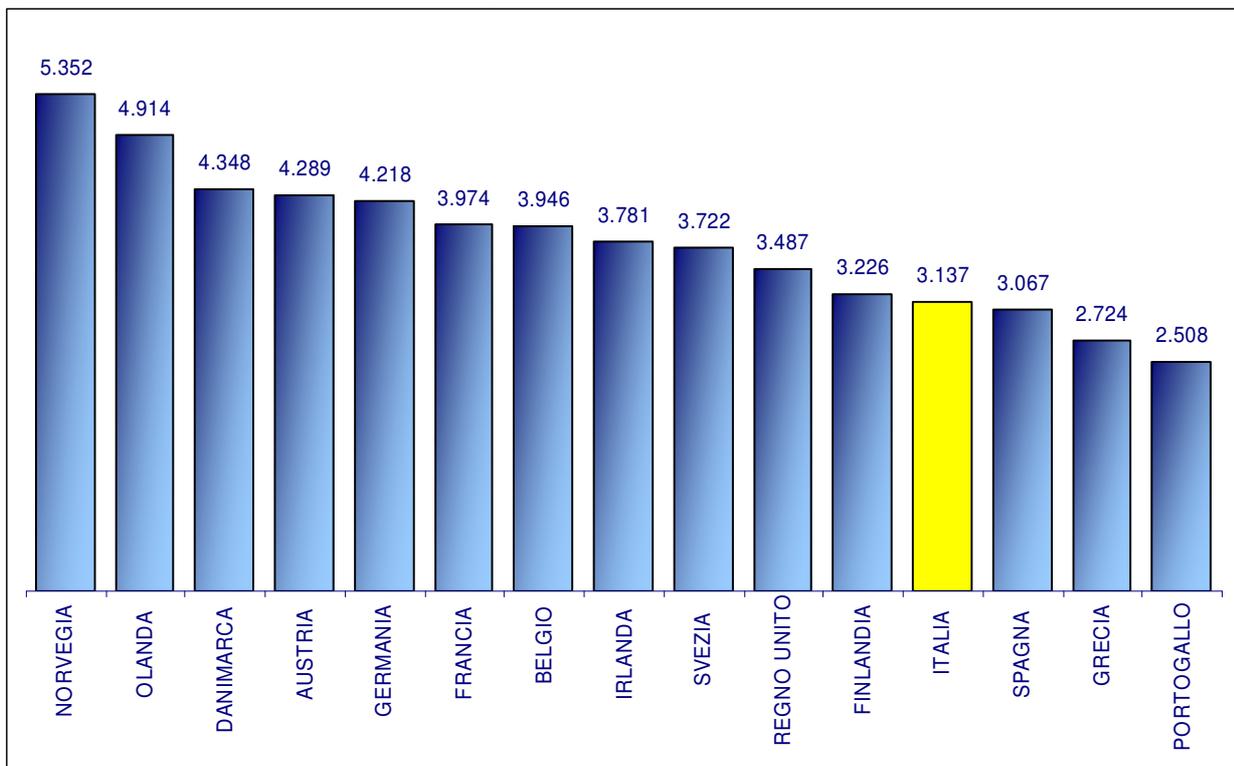
Del tutto irrisolto appare il problema centrale che è quello di una corretta misurazione dei bisogni di assistenza sanitaria che caratterizzano le diverse realtà regionali, che sono tra loro profondamente diverse.

Una valutazione indiretta, e comunque relativa, della congruità tra spesa sanitaria e bisogni di salute, può scaturire dal confronto con gli altri Paesi dell'Unione Europea. I dati necessari per effettuare questo confronto, esteso ai 15 Paesi che hanno aderito all'Unione Europea dal 1995 (la cosiddetta Europa dei 15), sono stati rilevati dalla banca dati European health for all database (HFA-DB), World Health Organization Regional Office for Europe. e fanno riferimento all'anno 2009, ultimo anno per il quale risultavano disponibili dati aggiornati al momento della stesura di queste considerazioni.

I dati riportati nei grafici in figure 3 e 4 evidenziano che la spesa sanitaria pro capite sia in termini di valore assoluto, sia in termini di incidenza percentuale sul prodotto interno lordo si collochi nel nostro Paese al di sotto del valore medio osservato nei Paesi posti a confronto, e agli ultimi posti sia per quanto concerne la spesa complessiva sia per quanto concerne la spesa pubblica.

E questo nonostante il nostro Paese sia, dopo la Germania, quello nel quale più elevata è la percentuale di persone di età ≥ 65 anni, come evidenziato dai dati riportati nel grafico riprodotto in figura 5, ed essendo ampiamente dimostrato che i consumi sanitari tendano ad aumentare in modo esponenziale nelle classi di età più avanzate.

figura 3 – spesa sanitaria complessiva pro capite – valori espressi in PPP\$



fonte: European health for all database, World Health Organization Regional Office for Europe

figura 4 – spesa sanitaria pubblica pro capite – valori espressi in PPP\$

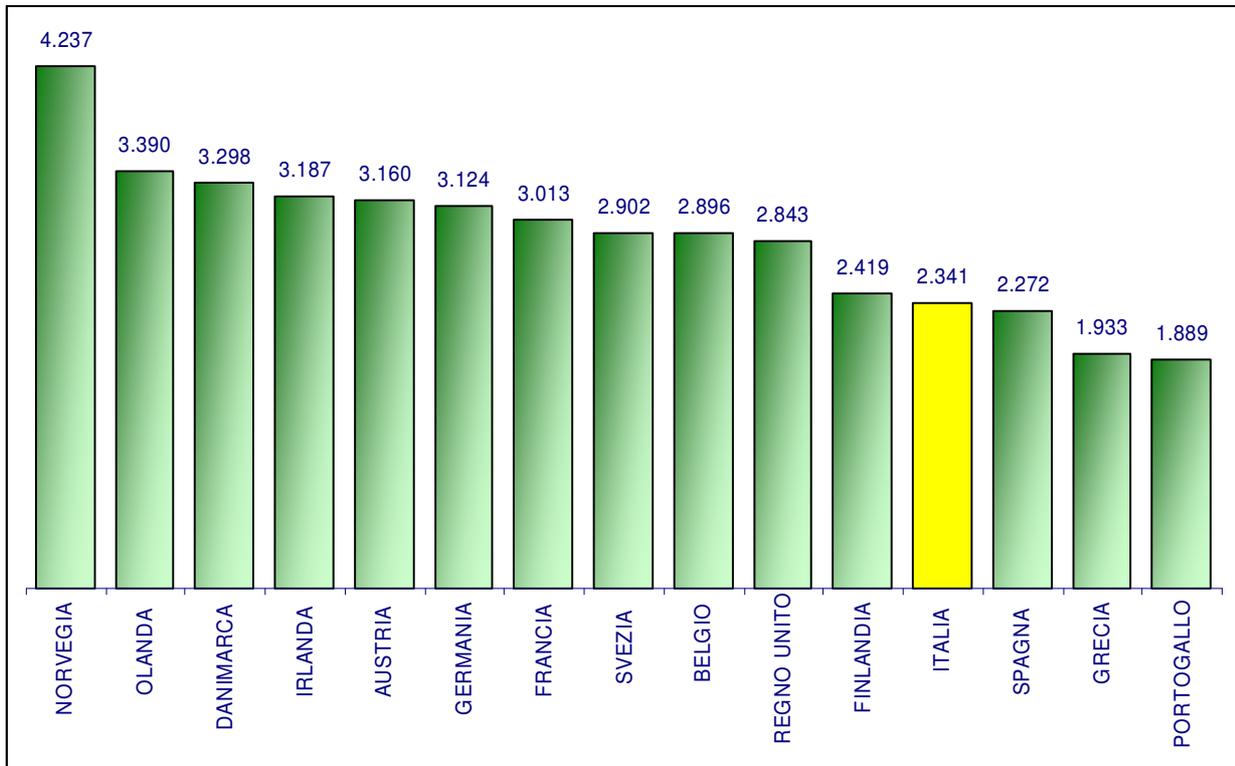
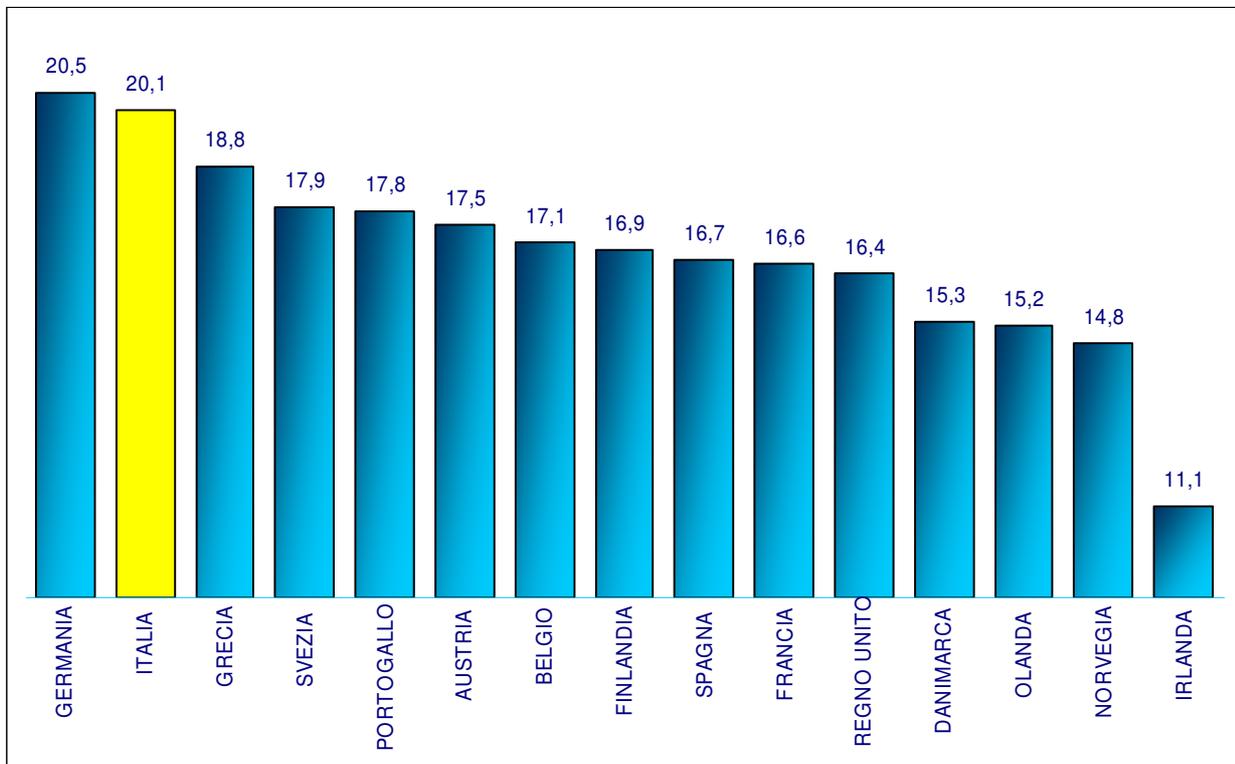


figura 5 – incidenza percentuale di anziani



LA RIDUZIONE DELLO STANDARD DI POSTI LETTO PER 1000 ABITANTI

Il comma 13 lettera c) del decreto legge in esame dispone che: sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati, entro il 31 ottobre 2012, con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano adottano, nel rispetto della riorganizzazione di servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio adeguandoli agli standard europei, entro il 31 dicembre 2012, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. La riduzione dei posti letto è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50 per cento del totale, ed è conseguita attraverso la soppressione di unità operative complesse. Nell'ambito del processo di riduzione, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano operano una verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in più sedi, e promuovono l'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare.

Su questa norma possono essere formulate due riserve: una prima riserva concerne la concreta fattibilità del percorso ipotizzato, una seconda ed ancor più sostanziale riserva concerne l'opportunità di applicare alle diverse articolazioni territoriali del Servizio Sanitario nazionale lo standard di 3,7 posti letto per 1000 abitanti.

Per quanto concerne la concreta fattibilità del percorso ipotizzato le riserve accennate scaturiscono da due elementi: il primo concerne il fatto che l'adozione da parte delle Regioni e province autonome dei provvedimenti che ad esse competono per la riduzione dello standard di posti letto è subordinato all'approvazione, entro il 31 ottobre 2012, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, standard che ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, avrebbero dovuto essere adottati entro il 30 giugno 2005. Immaginare che ciò che non è stato realizzato in sette anni sia realizzabile in pochi mesi appare quanto meno ottimistico. Il secondo elemento che fa ritenere poco realistica la previsione che sia possibile che le Regioni adottino i provvedimenti in questione entro il 31 dicembre prossimo è l'impatto letteralmente dirimpente che l'applicazione di una riduzione quale quella prospettata comporta, sia per le implicazioni che essa ha in termini occupazionali (né altrimenti avrebbe senso la riduzione stessa) sia per l'impatto che l'applicazione della norma potrebbe avere sulle strutture private accreditate. A questo riguardo nelle tavole di seguito riprodotte è rappresentata una simulazione effettuata applicando lo standard in questione alle dotazioni di posti letto quali risultano dall'ultimo annuario statistico sanitario (che tra l'altro riporta dati riferiti all'anno 2009, pur essendo stato pubblicato nel 2012).

L'applicazione dell'indice ipotizzato, di 3,7 posti letto per 1000 abitanti, comporta l'eliminazione di 26.715 posti letto a livello nazionale complessivo, con valori particolarmente elevati in alcune Regioni (6.344 posti letto in meno in Lombardia 5.277 in Lazio, 3.561 in Emilia Romagna, 2.314 in Piemonte, 1.403 in Veneto).

L'entità complessiva dei posti letto che dovrebbero essere eliminati dipende ovviamente non solo dallo scostamento dell'attuale indice di posti letto per 1000 abitanti rispetto allo standard, ma anche dalla dimensione assoluta dei valori, che saranno più elevati nelle Regioni più grandi.

L'entità relativa degli scostamenti degli indici di posti letto per 1000 abitanti rispetto allo standard ipotizzato e la riduzione percentuale di posti letto derivante dall'applicazione dello standard ipotizzato sono riportate in figura 6 e figura 7.

Tavola 1 - posti letto pubblici e privati nelle varie Regioni – valori assoluti e indici per 1000 abitanti

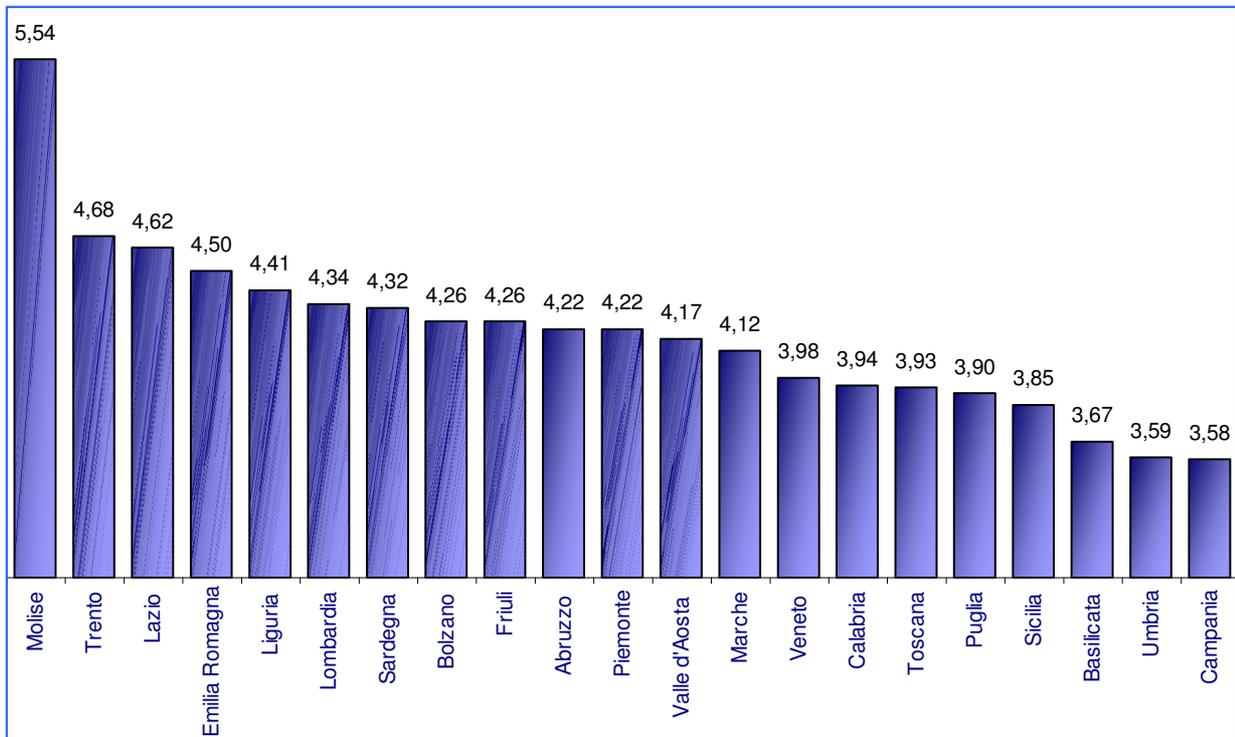
Regione	popolazione	posti letto effettivi			indici per 1000 abitanti		
		pubblici	privati	totale	pubblici	privati	totale
Piemonte	4.457.335	15.067	3.739	18.806	3,38027	0,83884	4,21911
Valle d'Aosta	128.230	455	80	535	3,54831	0,62388	4,17219
Lombardia	9.917.714	34.474	8.565	43.039	3,47600	0,86361	4,33961
Bolzano	507.657	1.881	282	2.163	3,70526	0,55549	4,26075
Trento	529.457	2.020	457	2.477	3,81523	0,86315	4,67838
Veneto	4.937.854	18.406	1.267	19.673	3,72753	0,25659	3,98412
Friuli	1.235.808	4.647	613	5.260	3,76029	0,49603	4,25632
Liguria	1.616.788	6.818	316	7.134	4,21700	0,19545	4,41245
Emilia Romagna	4.432.418	16.277	3.683	19.960	3,67226	0,83092	4,50319
Toscana	3.749.813	12.657	2.091	14.748	3,37537	0,55763	3,93300
Umbria	906.486	2.991	265	3.256	3,29955	0,29234	3,59189
Marche	1.565.335	5.509	938	6.447	3,51937	0,59923	4,11861
Lazio	5.728.688	19.506	6.967	26.473	3,40497	1,21616	4,62113
Abruzzo	1.342.366	4.522	1.147	5.669	3,36868	0,85446	4,22314
Molise	319.780	1.578	193	1.771	4,93464	0,60354	5,53818
Campania	5.834.056	14.440	6.447	20.887	2,47512	1,10506	3,58019
Puglia	4.091.259	13.416	2.544	15.960	3,27919	0,62181	3,90100
Basilicata	587.517	2.031	126	2.157	3,45692	0,21446	3,67138
Calabria	2.011.395	5.389	2.540	7.929	2,67924	1,26281	3,94204
Sicilia	5.051.075	14.980	4.453	19.433	2,96571	0,88159	3,84730
Sardegna	1.675.411	5.781	1.465	7.246	3,45050	0,87441	4,32491
totale	60.626.442	202.845	48.178	251.023	3,34582	0,79467	4,14049

fonte: Ministero della Salute – annuario statistico sanitario – 2009

tavola 2 – posti letto effettivi, posti letto teorici e posti letto da eliminare per Regione

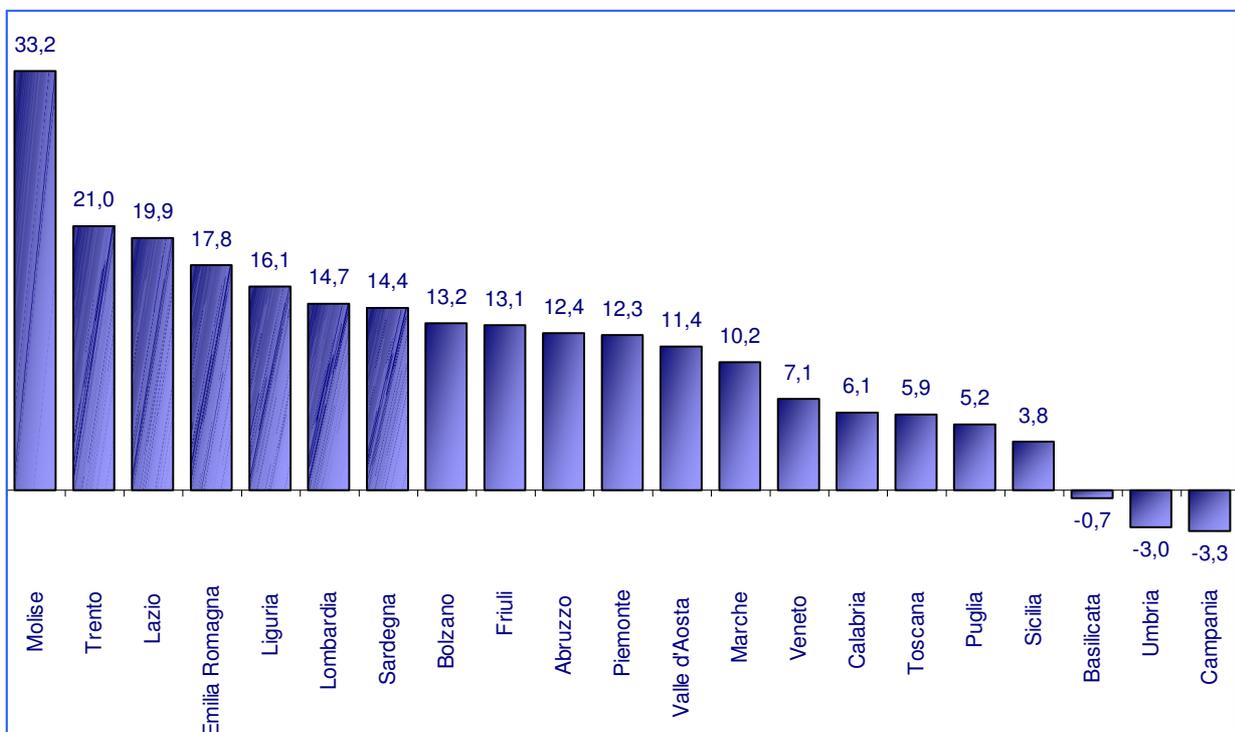
Regione	posti letto effettivi			posti letto teorici			posti letto da eliminare		
	pubblici	privati	totale	pubblici	privati	totale	pubblici	privati	totale
Piemonte	15.067	3.739	18.806	13.910	2.582	16.492	1.157	1.157	2.314
Valle d'Aosta	455	80	535	425	49	474	30	31	61
Lombardia	34.474	8.565	43.039	31.302	5.393	36.695	3.172	3.172	6.344
Bolzano	1.881	282	2.163	1.739	139	1.878	142	143	285
Trento	2.020	457	2.477	1.761	197	1.958	259	260	519
Veneto	18.406	1.267	19.673	17.705	565	18.270	701	702	1.403
Friuli	4.647	613	5.260	4.303	269	4.572	344	344	688
Liguria	6.818	316	7.134	6.242	-260	5.982	576	576	1.152
Emilia Romagna	16.277	3.683	19.960	14.497	1.902	16.399	1.780	1.781	3.561
Toscana	12.657	2.091	14.748	12.220	1.654	13.874	437	437	874
Umbria	2.991	265	3.256	3.040	313	3.353	-49	-48	-97
Marche	5.509	938	6.447	5.181	610	5.791	328	328	656
Lazio	19.506	6.967	26.473	16.868	4.328	21.196	2.638	2.639	5.277
Abruzzo	4.522	1.147	5.669	4.171	795	4.966	351	352	703
Molise	1.578	193	1.771	1.284	-101	1.183	294	294	588
Campania	14.440	6.447	20.887	14.790	6.796	21.586	-350	-349	-699
Puglia	13.416	2.544	15.960	13.005	2.132	15.137	411	412	823
Basilicata	2.031	126	2.157	2.039	134	2.173	-8	-8	-16
Calabria	5.389	2.540	7.929	5.146	2.296	7.442	243	244	487
Sicilia	14.980	4.453	19.433	14.608	4.080	18.688	372	373	745
Sardegna	5.781	1.465	7.246	5.258	941	6.199	523	524	1.047
totale	202.845	48.178	251.023	189.494	34.814	224.308	13.351	13.364	26.715

figura 6 – posti letto per 1000 abitanti – valori effettivi



fonte – Ministero della salute – annuario statistico sanitario – edizione 2012 – dati 2009

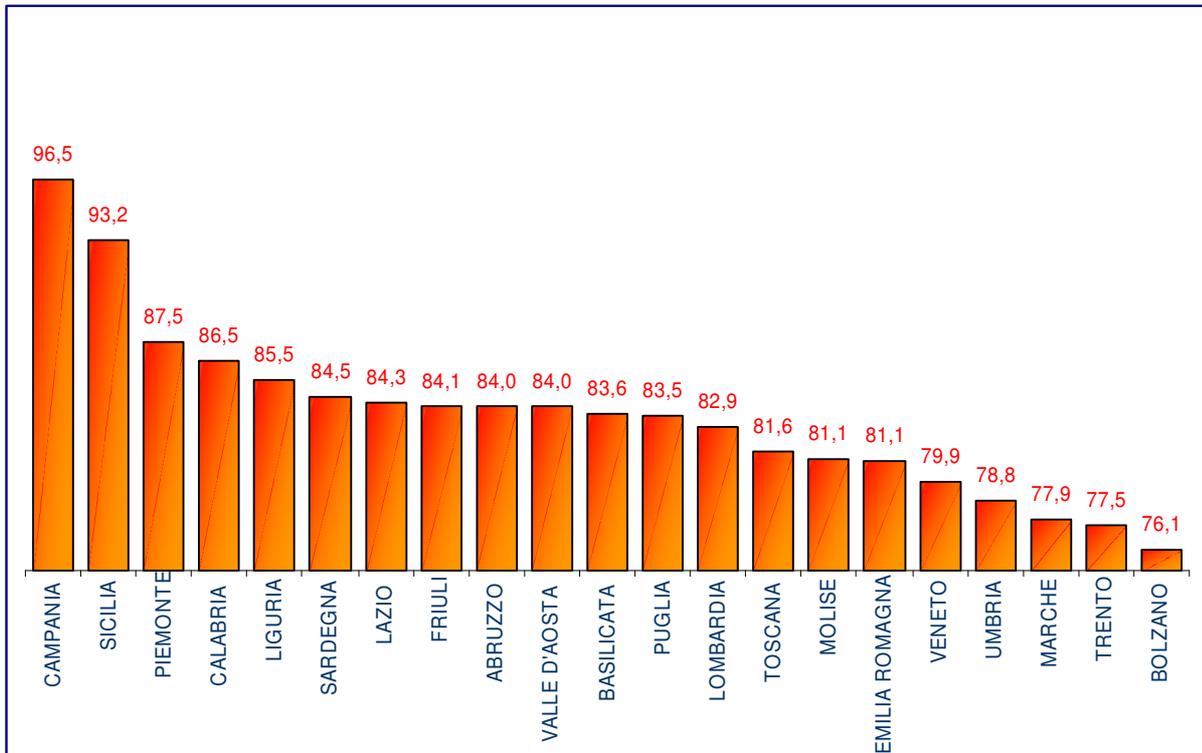
figura 7 – riduzione percentuale dei posti letto



L'applicazione indifferenziata di uno standard di 3,7 posti letto per 1000 abitanti è un errore per almeno tre ordini di considerazioni:

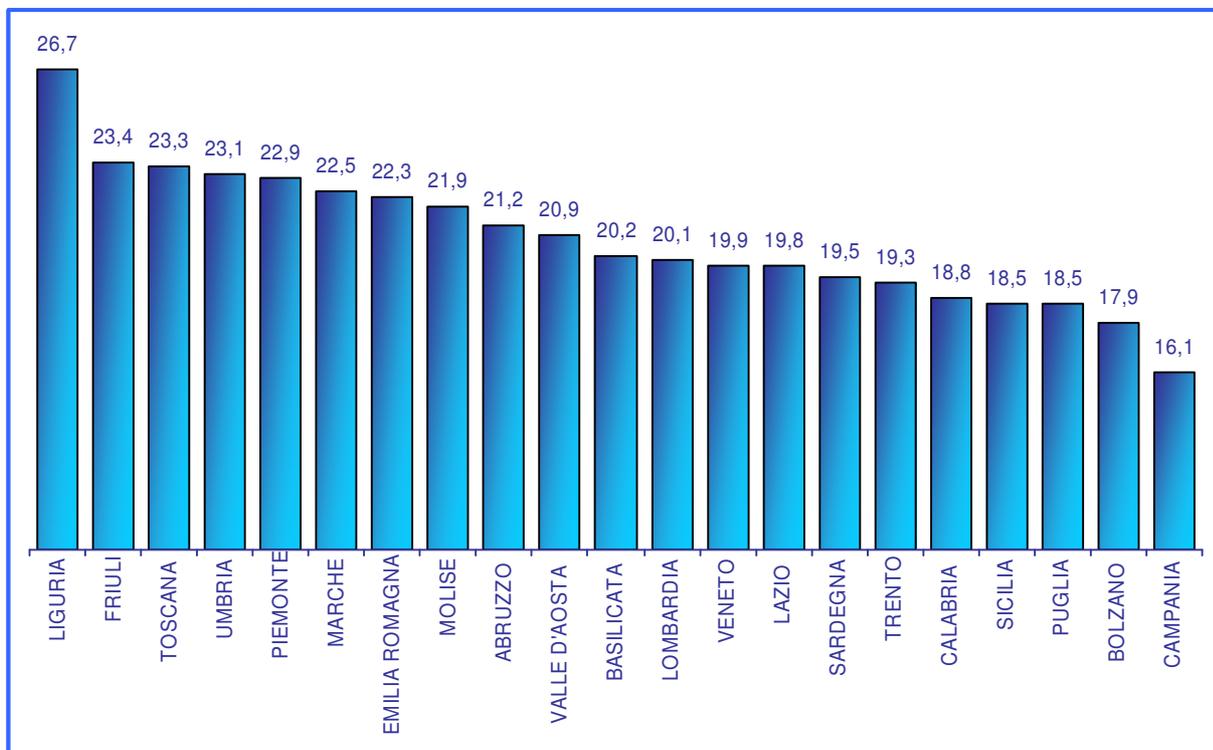
- 1) nel settore sanitario non ha alcun senso parlare di fabbisogno standard, come ampiamente sottolineato nel lavoro "l'applicazione del federalismo al settore sanitario", perché diversissimi sono i contesti non solo dal punto di vista demografico ed epidemiologico (come dimostrano i grafici riprodotti in figura 8 e figura 9, che rappresentano la variabilità nelle diverse Regioni dei due indicatori ai quali è correlato il bisogno di assistenza sanitaria: il tasso standardizzato di mortalità e l'incidenza percentuale di anziani), ma anche dal punto di vista geomorfologico, con evidenti implicazioni per quanto concerne la distribuzione territoriale dei servizi;
- 2) l'organizzazione territoriale dei servizi è prerogativa esclusiva delle Regioni, come esplicitamente indicato dal comma 1 dell'articolo 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che dispone: "*Spettano alle Regioni e alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera*". Competenza esclusiva dello Stato è invece la determinazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza sanitaria, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 117, lettera m) della costituzione, che individua, tra le competenze esclusive dello stato *la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*. Questa prerogativa si esprime mediante il piano sanitario nazionale, ai sensi del comma 3 dell'articolo 1 del citato decreto legislativo 502, che precisa *che L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel documento di programmazione economico finanziaria*;
- 3) la riduzione di posti letto conseguente all'applicazione dello standard ipotizzato andrebbe a colpire in maniera significativa Regioni come Emilia Romagna, Veneto, Lombardia, Piemonte, che hanno sistemi sanitari che da anni assicurano al tempo stesso l'equilibrio economico finanziario ed una qualità dei servizi indiscussa, risultati che riesce difficile immaginare possano essere garantiti con un taglio così pesante (6.344 posti letto in Lombardia, 3.561 in Emilia Romagna, 2.314 in Piemonte, 1.403 in Veneto).

figura 8 – tasso standardizzato di mortalità



fonte: ISTAT

figura 9 – incidenza percentuale di anziani



La logica nella quale si muove il decreto legge in oggetto non è solo irrazionale dal punto di vista degli assunti fondamentali dell'epidemiologia e della statistica sanitaria, ma è altresì incoerente con l'evoluzione in senso federalista che costituiva una delle direttrici portanti del processo di riordino del settore sanitario e più in generale delle amministrazioni pubbliche avviato dalla legge delega 23 ottobre 1992, n. 421. Le parole chiave di quel processo di riordino dovevano essere autonomia nella gestione e responsabilizzazione sui risultati, intesi questi come qualità delle prestazioni erogate, rispondenza di queste ai bisogni ed alle aspettative degli utenti, economicità nella gestione.

Il grande salto di qualità che fu percepito nell'impostazione del riordino del SSN fu proprio il passaggio da una logica di controllo formale sugli atti, che connotava il precedente impianto normativo, ad un controllo sostanziale sui risultati, resi misurabili attraverso un sistema di indicatori che hanno costituito materia di innumerevoli gruppi di lavoro, di altrettanti provvedimenti di legge, e che non sono mai stati applicati nel senso e con le finalità che in quegli stessi provvedimenti erano chiaramente definiti.

La percezione che si ha analizzando i contenuti di questo decreto legge è che quei concetti di autonomia nella gestione ed al contempo responsabilizzazione sui risultati siano sostituiti da un neocentralismo che riconduce allo Stato compiti e prerogative che ad esso non competono, né sul piano istituzionale, né sul piano razionale, perché solo a livello regionale possono essere letti ed interpretati i bisogni effettivi che la popolazione esprime ed individuato l'assetto organizzativo e territoriale dei servizi più rispondente tanto a quei bisogni quanto all'inderogabile vincolo dell'equilibrio economico.

E questo nell'ambito di un sistema di programmazione che integri al suo interno un sistema di misurazione dei risultati che ne supporti le valutazioni e le scelte. Questo significa "spending review", in una accezione anni luce lontana da quella che traspare dai contenuti del decreto legge in esame.

Ogni Regione deve trovare al proprio interno, nel rispetto dei vincoli sopra richiamati, la soluzione più rispondente alle caratteristiche demografiche, epidemiologiche, socioeconomiche e geomorfologiche rifuggendo da formule come quelle finora applicate in materia di standard (una fra tutte le percentuali di riparto delle risorse per macrolivelli di assistenza, che l'intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 ha fissato nella misura del 5%, 51% e 44% rispettivamente per la prevenzione, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera.

In relazione alle specifiche esigenze del proprio territorio una Regione potrebbe ritenere opportuno destinare una quota maggiore di risorse alla prevenzione (ad esempio il 10% delle risorse complessive) ed all'assistenza distrettuale (ad esempio il 55% delle risorse disponibili), lasciando all'assistenza ospedaliera solo il 35% delle risorse complessive.

In questa capacità di interpretare i bisogni che la popolazione esprime ed adottare gli assetti organizzativo – funzionali più rispondenti è il senso stesso del federalismo, nell'accezione intesa dallo studio dell'Università Bocconi citato in premessa, così come nell'accezione intesa nel saggio di Ivan Cavicchi, *“salute e federalismo”*, la tesi principale del quale, come afferma l'autore, è che *“il federalismo è un'occasione per sviluppare un'idea di salute quale emancipazione dell'uomo, ma a condizione di innovare profondamente l'intero apparato concettuale del pensiero riformatore”*.

Nello sviluppo del ragionamento certo non semplice che permea il lavoro citato, si contrappongono, nel capitolo 5, *le verità di ragione* (quali ad esempio i livelli assistenziali, gli standard) alle *verità di fatto* (gli atti concreti di un medico, gli effetti delle terapie, i risultati degli esami diagnostici, il grado di benessere di una persona), e la conclusione del ragionamento è tanto coerente quanto condivisa da chi scrive: *“in genere un sistema sanitario nazionale ricorre a degli standard come a delle vere e proprie verità a priori, le uniche in grado di valere indistintamente per territori molto diversi tra loro sotto molti punti di vista e per situazioni di bisogno molto differenziate. La standardizzazione di un bisogno è una specie di verità di ragione. La sua razionalità sta nel valere per tutti, cioè nel soddisfare due soggetti: l'individuo e la comunità. Ora, una forma federale della medicina non avrebbe alcun senso se usasse le stesse verità di ragione di un sistema sanitario nazionale.”*

Le considerazioni sviluppate finora, e gli autorevolissimi riferimenti citati provano con assoluta evidenza quanto il concetto stesso di standard sia improponibile per quanto concerne i bisogni di salute e le risorse fisico tecniche necessarie per soddisfare quel bisogno. Ben diverso è il discorso per quanto concerne i costi che devono essere sostenuti per rispondere ad un dato bisogno. A questo proposito ben più articolato e complesso è il discorso rispetto ai cosiddetti prezzi di riferimento che il comma 13 lettera b del decreto legge in oggetto stabilisce siano messi a disposizione delle Regioni e delle Aziende sanitarie dal 1 luglio 2012. I prezzi di riferimento di cui si parla al comma 13 sono in sostanza quegli stessi che dovevano essere resi disponibili ai sensi dell'articolo 6 della legge

23 dicembre 1994, n. 724, articolo del quale si riportano integralmente i commi 2 e 3, incontrovertibile dimostrazione di quanto poco originali e innovative siano le disposizioni che costituiscono oggetto del decreto legge 95:

- 2. Le Regioni attivano osservatori di controllo dei prezzi di beni e servizi, con particolare attenzione alle attrezzature tecnico- medicali, ai farmaci e al materiale diagnostico. Le Regioni, ogni sei mesi a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, inviano una relazione al Ministro della sanità e ai Presidenti delle Camere per l'inoltro alle competenti Commissioni permanenti.*
- 3. Per il raggiungimento dell'obiettivo di cui al comma 1, le Regioni possono individuare forme di centralizzazione degli acquisti da parte del Servizio sanitario nazionale, fissare prezzi di riferimento per categorie di beni e servizi e promuovere il pagamento dei fornitori entro il termine massimo di novanta giorni.*

Di prezzi di riferimento e di acquisti centralizzati si parla da circa 20 anni, essendo di tutta evidenza che un elettrocardiografo con date caratteristiche non può costare 10.000 euro in una data azienda sanitaria e 20.000 euro in un'altra, così come un ricovero ordinario per ernia inguinale bilaterale non può costare 10.000 euro in una data azienda sanitaria e 20.000 euro in un'altra. Logico e legittimo quindi anche nel settore sanitario parlare di costi standard, quanto illogico, e per certi versi anche illegittimo, parlare di fabbisogno standard, e definire conseguentemente degli standard di risorse fisico tecniche (quali i posti letto ospedalieri) che devono essere in ogni realtà territoriale dimensionati tenendo conto di tutte le variabili che entrano in gioco nel processo che trasforma un dato bisogno sanitario in domanda espressa di prestazioni e questa in domanda soddisfatta, i costi sostenuti ed i benefici conseguenti.

Un ulteriore conferma dell'irrazionalità che la fissazione di uno standard quale quello ipotizzato al comma 13, lettera c) presenta è data dal fatto che l'avere una dotazione di posti letto eccedente quello standard non implica di per sé una minore economicità nella gestione del sistema sanitario regionale.

Il dato relativo alla dotazione di posti letto è addirittura per certi versi opinabile, non sempre di univoca interpretazione stante il sottile distinguo che da sempre si opera tra posti letto effettivi, posti letto previsti, posti letto utilizzati.

Quello che fa la differenza ai fini della sostenibilità economica dei sistemi sanitari regionali è l'utilizzo dei posti letto in dotazione, che può essere valutato ad esempio rapportando il numero dei medici in servizio al numero dei posti letto utilizzati ed al numero delle giornate di degenza erogate:

I risultati di questa analisi sono riportati in tavola 3, nella quale si riportano anche, per ciascuna Regione, l'incidenza percentuale dei costi sostenuti per l'assistenza ospedaliera privata, e il risultato di esercizio espresso in termini percentuali. I dati riportati sono tutti riferiti all'anno 2008, ultimo anno per il quale sono disponibili nel sito web del Ministero della salute dati di struttura e di attività degli ospedali pubblici.

Gli indicatori riportati nella tavola sono i seguenti:

med_pl	rapporto tra numero di medici e numero di posti letto
gdg_md	rapporto tra numero di giornate di degenza e numero di medici
%AOA	incidenza della spesa per assistenza ospedaliera accreditata

Per ciascuno di tali indicatori sono riportati nella tavola sia i valori assoluti che gli indici calcolati rapportando tali valori ai relativi valori medi, e sono state evidenziati in rosso i valori che si discostano in senso negativo rispetto al valore medio (ad esempio i rapporti tra medici e posti letto superiori al valore medio e di converso i rapporti tra giornate di degenza e medici inferiori al valore medio).

Gli indicatori in questione sono posti in relazione con il risultato di esercizio (RE, espresso in termini percentuali sulle entrate)

I dati utilizzati hanno chiari limiti, che ne rendono non univoca l'interpretazione ma pur con questi limiti pongono in evidenza che il fattore determinante ai fini dell'equilibrio economico complessivo del sistema non è la quantità di posti letto disponibili, ma l'efficienza nell'utilizzo degli stessi. Nelle Regioni infatti in cui gli indicatori di produttività (numero di medici per posto letto e numero di giornate di degenza per medico) si discostano maggiormente dai relativi valori medi l'andamento economico risulta decisamente negativo.

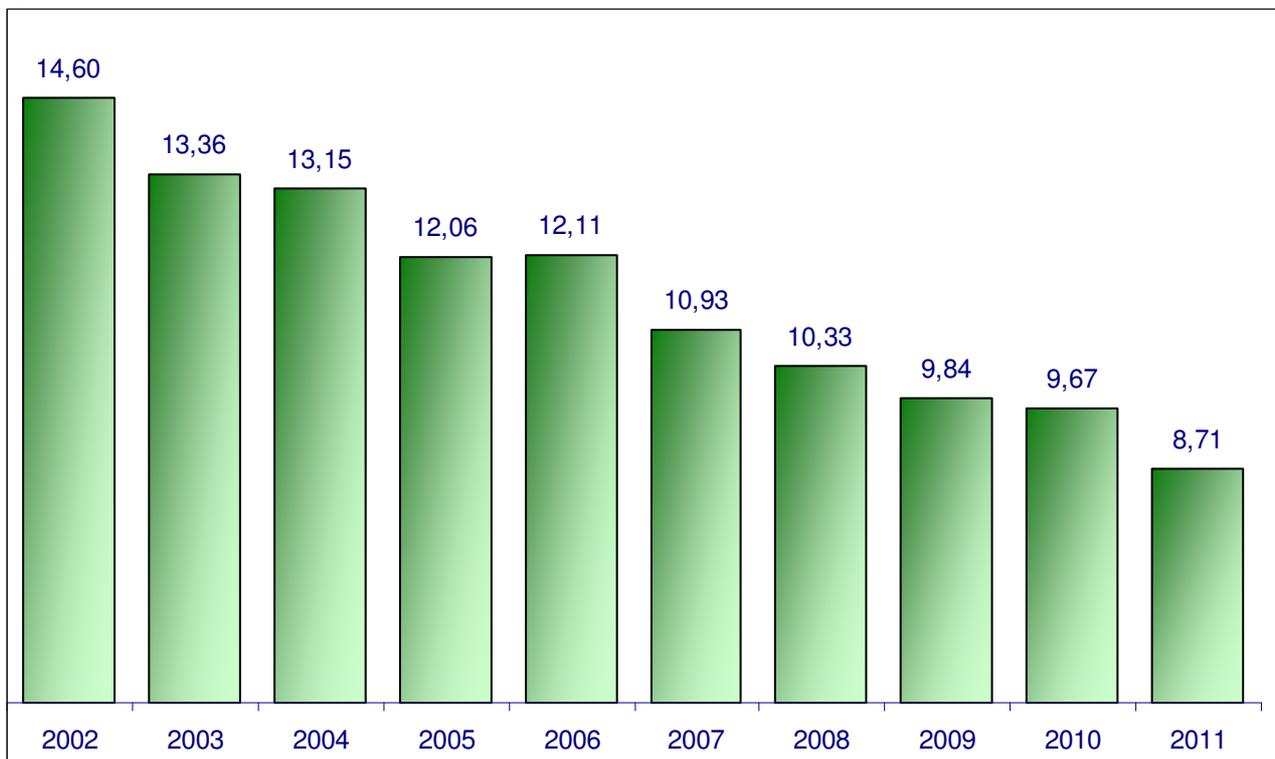
tavola 3 – indicatori di struttura e di attività degli ospedali pubblici, incidenza della spesa per assistenza ospedaliera accreditata, e risultati di esercizio per Regione – dati riferiti all'anno 2008

REGIONE	med_pl	gdg_md	%AOA	med_pl	gdg_md	%AOA	RE
PIEMONTE	0,651	467	6,486	1,04357	0,96914	1,08014	0,066
VALLE D'AOSTA	0,645	464	0,411	1,03391	0,96218	0,06838	-4,781
LOMBARDIA	0,560	546	13,506	0,89825	1,13387	2,24929	0,025
BOLZANO	0,462	624	1,978	0,74092	1,29499	0,32935	1,359
TRENTO	0,467	565	5,041	0,74866	1,17265	0,83954	-1,005
VENETO	0,492	603	6,524	0,78794	1,25187	1,08657	0,785
FRIULI	0,567	505	2,484	0,90851	1,04809	0,41365	0,921
LIGURIA	0,566	571	6,647	0,90791	1,18465	1,10704	-3,511
EMILIA ROMAGNA	0,534	573	7,296	0,85534	1,18928	1,21506	0,338
TOSCANA	0,700	415	3,198	1,12151	0,86079	0,53252	-0,050
UMBRIA	0,696	456	2,536	1,11588	0,94679	0,42235	0,540
MARCHE	0,556	525	3,461	0,89057	1,09063	0,57635	1,335
LAZIO	0,758	381	14,217	1,21554	0,79175	2,36777	-17,426
ABRUZZO	0,598	498	5,696	0,95896	1,03330	0,94857	-5,369
MOLISE	0,603	478	11,526	0,96644	0,99247	1,91951	-12,589
CAMPANIA	0,838	359	6,982	1,34394	0,74576	1,16284	-8,395
PUGLIA	0,611	474	10,331	0,97893	0,98437	1,72059	-5,116
BASILICATA	0,555	491	0,592	0,89001	1,02008	0,09867	-2,811
CALABRIA	0,788	370	6,460	1,26301	0,76800	1,07591	-5,855
SICILIA	0,794	363	7,467	1,27210	0,75366	1,24349	-3,143
SARDEGNA	0,660	388	3,257	1,05812	0,80567	0,54241	-6,501

Considerazioni del tutto analoghe possono essere sviluppate per quanto concerne l'incidenza percentuale dei costi dell'assistenza farmaceutica sui costi complessivi dell'assistenza sanitaria, incidenza che deve essere ulteriormente ridotta rispetto a quanto previsto dalle indicazioni stabilite in precedenti norme, ed assumere il valore del 13,1% nel 2012 e dell'11,35% dal 2013 in poi.

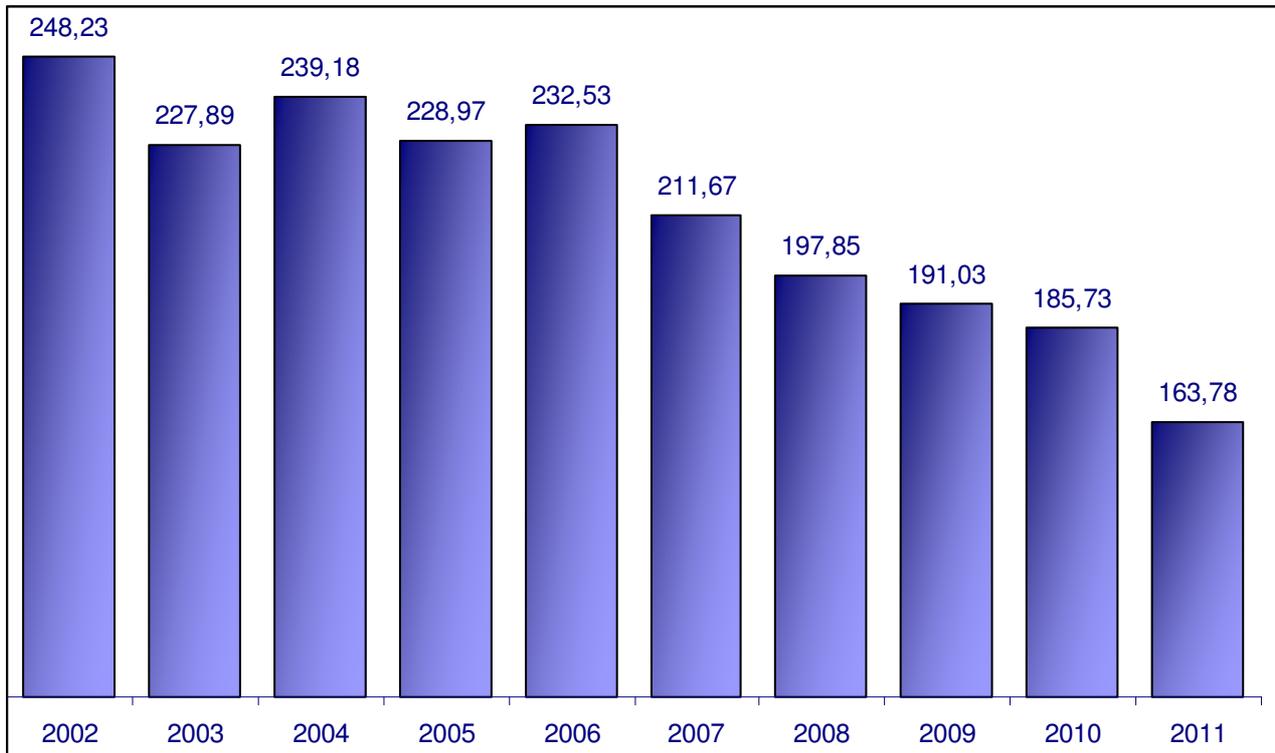
Si tratta anche qui di un puro e semplice taglio lineare che si pone in continuità con quelli finora effettuati nel settore, e gli effetti dei quali sono rappresentati nelle figure, nelle quali si rappresenta l'andamento nel decennio 2002 – 2011 della spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata, valutata sia in termini relativi (percentuale che questa spesa rappresenta rispetto alla spesa sanitaria complessiva), sia in termini assoluti (spesa pro capite, espressa questa in valori attualizzati al fine di tener conto degli effetti inflattivi).

figura 10– incidenza percentuale della spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata



fonte – relazione generale sulla situazione economica del Paese – edizione 2012

figura 11 –spesa procapite per l'assistenza farmaceutica convenzionata - valori attualizzati



fonte – relazione generale sulla situazione economica del Paese – edizione 2012

L'assistenza farmaceutica territoriale alla quale si riferisce il decreto legge 95 è in realtà comprensiva della spesa sostenuta per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica utilizzando forme alternative di distribuzione (diretta e per conto) che determinano uno spostamento della spesa dal regime della convenzionata a quello degli acquisti diretti da parte della aziende sanitarie, e che spiegano almeno in parte l'andamento osservato. Non risultano ad oggi disponibili i dati relativi all'intero 2011 del rapporto dell'Osservatorio Farmaci (OSFAR) del Cergas Bocconi, la più autorevole fonte di dati per una corretta valutazione dell'andamento della spesa farmaceutica nelle sue diverse componenti, e si rinvia alla pubblicazione di tale rapporto una analisi più attenta e completa analisi del fenomeno.

Resta invece totale la riserva sulla razionalità di uno standard indifferenziato per Regione, che costituisce secondo il parere di chi scrive un non senso epidemiologico da un lato, e non trova giustificazioni negli effetti che una minore spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale corrisponda ad una maggiore efficienza economica complessiva, come dimostrano ampiamente i grafici riprodotti nelle figure 10 e 11, dai quali risulta evidente l'assenza di qualsiasi correlazione tra entità della spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata, spesa complessiva e risultati di esercizio.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Molte altre considerazioni potrebbero essere formulate su altri contenuti specifici del decreto legge in esame, ma al di là dei contenuti specifici ciò che preoccupa di più è la tendenza, che trova riscontro anche nel recentissimo decreto legge approvato dal governo nel Consiglio dei Ministri del 5 settembre scorso, ad una inversione rispetto a quelle che costituivano le direttrici portanti del disegno di riordino del Servizio Sanitario Nazionale avviato con la legge delega 23 ottobre 1992, n. 421, e progressivamente (ma non compiutamente) attuato con i decreti legislativi 502/92, 517/93, 229/99:

- 1) una netta distinzione delle competenze e delle prerogative attribuite ai diversi livelli istituzionali di governo del sistema sanitario (Stato, Regioni, Comuni, Aziende)
- 2) il passaggio da una logica di controllo dei comportamenti ad una logica di responsabilizzazione sui risultati, conseguiti nell'ambito di una autonoma determinazione della combinazione di fattori, nel rispetto delle competenze e delle prerogative proprie dei diversi livelli di governo.

La logica nella quale si muovono provvedimenti adottati è quella di un totale rigida regolamentazione degli atti e dei comportamenti, che snatura il senso stesso di quella aziendalizzazione che costituiva una grande opportunità e che non è stata né compresa nei suoi significati né attuata in tutte le sue implicazioni e che affida a regole e standard il raggiungimento di un risultato che dovrebbe essere affidato alle capacità organizzative e gestionali del top management.

Il quadro normativo che ridisegnava in una logica aziendale il servizio sanitario nazionale era stato colto dalle menti più illuminate come una grande opportunità ed aveva indotto a ritenere che quelle direttrici portanti sopra richiamate potessero indurre ad una profonda, radicale innovazione. Tra questi Elio Borgonovi, che nell'editoriale di Mecosan del trimestre aprile – giugno 1993 scriveva tra l'altro: *il futuro del sistema sanitario non è affidato alle norme, ma alla professionalità ed ai comportamenti delle centinaia di migliaia di persone che in esso operano, e che reagiscono ai comportamenti di milioni di cittadini che usano i servizi ed ai giudizi dell'opinione pubblica. Ma il cambiamento delle professionalità e dei comportamenti si ottengono:*

- 1) *cambiando le persone fisicamente*
- 2) *introducendo sistemi forti di premi e punizioni*
- 3) *realizzando una mirata e intensa azione di formazione.*

Il dettaglio al quale giungono i provvedimenti adottati toglie qualsiasi autonomia decisionale ai responsabili del sistema sanitario nazionale di livello regionale e aziendale, facendo appunto venir meno il senso stesso di azienda, concetto sul quale faceva chiarezza lo stesso Borgonovi nell'editoriale pubblicato nel numero di gennaio – marzo di Mecosan, del quale un passaggio in particolare appare meritevole di una attenta riflessione: *non si ha azienda solo perché si costituisce una entità denominata tale, ma si ha azienda solo se i suoi risultati operativi (livelli quali – quantitativi dei servizi erogati) ed economici (equilibrio economico) dipendono in misura rilevante da fattori controllabili da scelte attuate dai suoi organi. Diversamente non si ha azienda ma solo una “struttura operativa”.*

E tali sono ormai gran parte delle aziende sanitarie italiane, ben lontane oggi dall'esprimere quella “*autonomia imprenditoriale*” che ad esse veniva attribuita dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 con una formulazione tanto sintetica quanto ricca di implicazioni *In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il loro funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali.*

Il progressivo spostamento verso l'alto dell'effettivo potere decisionale ha portato alla riduzione del numero delle aziende sanitarie, alla loro aggregazione in aree vaste, sino alla costituzione di aziende uniche regionali e comunque ad una centralizzazione a livello regionale di una serie di competenze e prerogative nelle quali si esprimeva quella autonomia imprenditoriale evocata dal decreto legislativo 229. A questo fenomeno, che è stato definito regionalizzazione del servizio sanitario nazionale, sembra seguire un processo di nazionalizzazione che vede sottratta alle Regioni la facoltà di decidere autonomamente quali siano le combinazioni ottimali dei fattori produttivi per raggiungere il miglior risultato possibile, in termini di risposta ai (diversissimi) bisogni di salute che esprimono le diverse realtà locali.

È una direzione contraria a quel federalismo indicato come l'unica strada percorribile per responsabilizzare veramente i diversi attori sull'utilizzo ottimale delle risorse disponibili, adottando gli strumenti di oggettiva misurazione e trasparente rendicontazione ampiamente previsti dal citato decreto legislativo 27 ottobre 2009, ed è altresì una direzione economicamente, socialmente e politicamente errata.