Maria Rita Materazzi

La Regione Marche e la Sanità

Un'esperienza vissuta da dentro

affinità elettive

© Copyright 2018 by

affinità elettive
Edizioni ae di Valentina Conti
vicolo Stelluto, 3 – 60121 Ancona
www.edizioniae.it
e-mail: info@edizioniae.it
Cell. 333 7778153

Tutti i diritti riservati
ISBN 978-88-7326-.....

Finito di stampare
nel mese di aprile 2018
presso Universal Book di Rende (CS)

Introduzione

Da più di venti anni mi interesso di politiche sanitarie e dei cambiamenti del Servizio Sanitario Nazionale e regionale, prima in Regione, poi nelle Aziende Sanitarie, e ora nel Volontariato.

I miei compiti in Regione hanno riguardato in particolare l'elaborazione di proposte in materia di organizzazione, programmazione e gestione finanziaria della sanità regionale raccordate alle relative funzioni amministrative proprie della responsabilità dirigenziale. Nelle Aziende sanitarie gli incarichi sono stati di livello gestionale. Nel Volontariato, attualmente, i miei interessi sono rivolti alla salute di genere. Di conseguenza, nel corso degli anni, oltre ad acquisire discrete conoscenze dirette del settore, ho anche accumulato molta documentazione specifica.

Quest'anno in cui ricorre il quarantennale del Servizio Sanitario Nazionale (1978-2018) e sono passati quasi cinquant'anni dalla co-

stituzione delle Regioni (1970), ho deciso di dare un po' di ordine a questo materiale delineando uno scenario di lungo periodo[1], con l'unico obiettivo di fornire un contributo, parziale e modesto, di memoria su quelle che a mio avviso sono state le più importanti scelte regionali.

Va subito precisato che le dinamiche esaminate sono solo quelle macro.

Per tale ragione ho costruito questo scritto mettendo in parallelo le politiche nazionali, determinate dalle grandi riforme e dalle più rilevanti modifiche normative, con i principali atti di programmazione e legislazione regionali, suddivisi per legislatura nel tentativo di rilevare anche, per quanto possibile, una connotazione (di legislatura) delle politiche regionali rispetto ai mutamenti di sistema.

Non sempre c'è totale coincidenza tra gli intervalli temporali, ma tutto sommato questa ripartizione risponde sufficientemente allo scopo.

[1] Ho utilizzato parzialmente, negli anni, la documentazione in parola per relazioni e altre analisi, alcune pubblicate, ma non per un lavoro sistematico di lungo periodo sulla sanità regionale. Ringrazio Paolo Pascucci, dipendente della Regione Marche, funzionario della Biblioteca del Consiglio Regionale, per la disponibilità assicurata nella ricerca del materiale che non era già in mio possesso.

Con l'analisi regionale mi sono fermata al 2015, nona legislatura, in quanto ritengo non corretto un esame parziale dei programmi, non essendo quella attuale arrivata al termine. Sugli andamenti statali qualche sporadico commento ai dati più recenti è stato effettuato a chiarimento dell'argomento trattato. In ogni caso nel 2020 questo lavoro si presta a essere aggiornato e già da subito a essere integrato nelle parti che non ho approfondito o che potrei non aver sviluppato sufficientemente, avendo rivolto l'attenzione ad altri aspetti di mio maggiore interesse. La sanità privata ad esempio non è stato trattata, è una lacuna che va sicuramente ripresa in successive analisi.

In linea generale, rispetto alle trasformazioni del servizio sanitario nazionale registrate nel periodo considerato, va evidenziato che nel settore persistono alcuni "nodi", ovvero caratteri strutturali, mai definitivamente acquisiti dal sistema, che tornano regolarmente a essere ritenuti causa o effetto delle criticità rilevate e sui quali c'è un dibattito sempre aperto. Tali nodi sono:

• il carattere universalistico dell'assistenza sanitaria; messo in crisi sia dalle differenze sanitarie tra le Regioni nell'accesso

alle cure, nella qualità dell'offerta e nella disponibilità di risorse, sia dalle differenze socio-economiche e culturali;

• il carattere nazionale o locale del Servizio Sanitario; messo in crisi più dalle riforme annunciate che da quelle realizzate; comunque, elemento che fornisce grande vivacità al dibattito politico;

• le risorse finanziarie se relazionate ai livelli di assistenza (Lea) o i livelli di assistenza condizionati dal vincolo di bilancio, sempre che i livelli di assistenza corrispondano ai bisogni di salute; i Lea sono stati appena ridefiniti ma i precedenti risalgono al 2001;

• la sostenibilità economica messa in crisi dai costi dei farmaci innovativi, dalle tecnologie e dall'andamento demografico;

• le relazioni istituzionali, Stato-Regioni da un lato e Regioni-Enti Locali dall'altro, valga per tutti l'esempio relativo all'ampio contenzioso costituzionale tra Regioni e Stato sulla legittimità delle leggi regionali;

• la natura giuridica dei gestori e i rapporti con la politica, meglio dire con la rappresentanza democratica.

Tutto questo è vero nonostante il settore sia stato interessato da consistenti cambiamenti strutturali determinati da ben tre riforme e una modifica costituzionale (2001).

Un'altra modifica costituzionale (2016) non è andata a buon fine, non avendo il referendum confermativo (art. 138, comma 2 della Costituzione) raggiunto la maggioranza dei voti. Inoltre non da oggi viene prospettata la necessità di una Quarta riforma sanitaria (più o meno da subito dopo l'approvazione della terza).

Il permanere delle problematiche sopra elencate, nonostante l'intensa attività riformatrice, viene attribuito da alcuni analisti del settore, tra l'altro, al lungo periodo di elaborazione delle riforme per cui le stesse, una volta adottate, si calano in contesti differenti quanto a congiuntura economica, situazione politico-istituzionale e condizioni sociali.

Concordo su tali considerazioni che mi sembrano confermate da numerosi riscontri; qui mi limito a riportare il seguente unico esempio, essendo l'ultimo caso, quello più attuale: la modifica costituzionale, cancellata dal referendum del 4 dicembre 2016, prevedeva una significativa riduzione delle competenze regionali. A distanza di pochi mesi dal referendum tre Regioni (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto) hanno firmato con il Governo un accordo per un ampliamento dell'autonomia a norma del 3° comma dell'art. 116 della Costituzione. E

altre Regioni stanno manifestando la volontà di aggiungersi, comprese le Marche.

Non mi soffermo sull'evidenza che questi casi creano ulteriori diseguaglianze tra le Regioni, perché ovvia, ma sottolineo il fatto che non essendo passata la riforma costituzionale siamo già in un contesto di ampie competenze alle Regioni, quelle competenze che la riforma del 2016 voleva limitare e che, si sosteneva, fossero la causa della realizzazione di 21 sistemi regionali differenti: di contro oggi, con molta probabilità, verranno ulteriormente estese, almeno in molte Regioni (Nord e Centro?). E sul fatto che tutte le Regioni cui verrà riconosciuta una forma accresciuta di autonomia siano nella condizione di poter assicurare ai propri cittadini il miglioramento prospettato, qualche dubbio mi resta.

Ciò anche nella considerazione che le riforme, in passato, sono state utilizzate da molte Regioni più per risolvere normali problemi di organizzazione e di funzionamento che per raggiungere reali cambiamenti strutturali dei sistemi sanitari.

Il periodo 1970-1990:
la prima riforma sanitaria e le prime quattro legislature regionali

Il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), come noto, è stato istituito dalla legge 833 del 1978 ed è stato avviato il 1° gennaio del 1980. La legge è stata approvata dopo un lungo e complesso iter parlamentare ed è il risultato finale di un processo di cambiamento dell'ordinamento iniziato un decennio prima con il riordino degli ospedali.

La riforma ha fissato alcuni obiettivi unanimemente riconosciuti di grande civiltà e tuttora confermati, tra questi, prioritario, l'obiettivo di rendere universale e uniforme l'assistenza sanitaria a tutta la popolazione nell'ambito del diritto costituzionalmente garantito della tutela della salute.

In coerenza con i principi di uniformità e globalità assistenziale è stato stabilito l'ampliamento della offerta sanitaria verso settori fino al momento poco coperti dagli Enti pre-riforma (Enti mutualistici) quali la prevenzione e la riabilitazione, oltre alla cura, e verso i servizi

sanitari di primo livello con il potenziamento di forme di integrazione socio-sanitaria.

In tal modo è stato possibile affermare il concetto di tutela della salute fondato non sulla cura della malattia ma sulla conservazione dello stato di salute.

Il processo di formazione della legge di riforma è stato contestuale all'ampio e approfondito dibattito sul decentramento delle funzioni dallo Stato alle Regioni da poco costituite e con l'adozione dell'atto medesimo (D. Lgs. 616/77), approvato appena un anno prima.

In tale ambito politico-culturale la riforma:

• valorizza i livelli territoriali attribuendo alle Regioni le funzioni legislative in materia di organizzazione dell'assistenza sanitaria sia pure nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato;

• sceglie il metodo della programmazione pluriennale per lo Stato e per le Regioni come metodo di governo dei processi di trasformazione e di sviluppo del sistema;

• introduce gli indicatori socio-sanitari ai fini della misurazione dell'efficacia degli interventi;

• attribuisce le responsabilità gestionali agli Enti Locali, completando così il riordino territoriale dello Stato;

• unifica tutte le attività di rilievo sanitario nell'Unita Sanitaria Locale che, quale strumento operativo dell'Associazione dei Comuni (composta dai Comuni e Comunità Montane del territorio), provvede all'erogazione dei servizi;

• istituisce una unica fonte di finanziamento del settore sanitario (Fondo Sanitario Nazionale) per rafforzare il principio di uniformità dell'assistenza che se orientata alla tutela della salute aggiunge obiettivi anche economici.

A livello regionale, con le elezioni dell'aprile 1970 prende avvio la prima legislatura.

Nelle Marche l'attività legislativa in materia sanitaria degli anni antecedenti la legge 833 è comprensibilmente poco rilevante essendo in itinere sia la riforma sia il trasferimento delle funzioni dallo Stato alle Regioni.

Nello Statuto, adottato nel dicembre del 1970, il Consiglio Regionale inserisce il diritto alla salute tra i principi fondamentali e rafforza la rispettiva norma della Costituzione, prevedendo di rimuovere gli ostacoli che possono comprometterla e anche di rendere effettivo tale diritto mediante l'attuazione di idonei strumenti, con particolare riguardo alla salubrità, alla sicurezza

dell'ambiente e del posto di lavoro, alla tutela della maternità e della prima infanzia.

In sostanza, nello Statuto della Regione Marche, sono presenti fin dal 1970 gli obiettivi di prevenzione e riabilitazione, oltre alla cura.

In coerenza al disposto statutario, nelle Mozioni programmatiche della prima e della seconda legislatura il Consiglio Regionale sollecita lo Stato a provvedere alla riforma del settore, auspicando il trasferimento di funzioni in materia secondo le previsioni costituzionali e affermando la necessità di un intervento non più limitato alla cura della malattia ma alla tutela della salute.

I comportamenti rivendicativi delle Regioni nei confronti dello Stato erano molto frequenti al tempo, essendo una stagione di forti attese sulle potenzialità del nuovo livello istituzionale: il trasferimento di competenze in materia sanitaria avrebbe rafforzato il ruolo regionale.

La produzione legislativa della Regione Marche è, di contro, molto intensa negli anni successivi alla 833.

A livello centrale, negli stessi anni, alle disposizioni emanate per l'avvio del Ssn (costituzione delle Associazioni dei Comuni e delle Uu.Ss.Ll.) seguono numerosi atti finalizzati al contenimento della spesa

e al ripiano dei disavanzi. Le misure per il contenimento della spesa non erano molto differenti da quelle adottate anche in anni più recenti: blocco degli organici, divieto di affidare consulenze professionali, tetti di spesa generali e specifici.

Tornando alla legislazione regionale, va evidenziato che negli anni Ottanta (seconda e terza legislatura) vengono approvate una quarantina di leggi in materia sanitaria e un Piano Sanitario che per molti anni resta l'unico atto di programmazione generale del settore (il successivo è stato infatti approvato nel 1998).

L'attività consiliare in questione si muove principalmente lungo due direzioni:

- le leggi finalizzate ad assicurare l'organizzazione e il funzionamento dei servizi, come quelle relative all'istituzione delle Associazioni dei Comuni e all'organizzazione delle Unità Sanitarie Locali nonché quelle relative allo stato giuridico del personale dipendente, alla contabilità e al finanziamento;
- le leggi che provvedono all'istituzione e al potenziamento di singoli servizi e singole strutture sanitarie (per ricordare le principali: diabetologia, allergologia, nefrodialisi, oncoematologia, salute mentale).

Il Piano Sanitario Regionale del 1982 (L.R. 37/82), più precisamente il Piano Socio-Sanitario per il triennio ottobre 1982-settembre 1985, resta di fatto vigente fino al 1998, non essendo stati adottati altri Piani fino a tale data e non avendo i Consigli regionali successivi provveduto alla sua abrogazione. Circostanza nel complesso normale perché dei Piani frequentemente ci si dimentica.

Questo Piano è un esempio da manuale di un atto di programmazione pluriennale degli anni Ottanta perché è approvato con legge, è puntuale e molto dettagliato, è ben scritto, sono ben specificate la gerarchia delle fonti e le competenze. Ma anche i contenuti sanitari risultano molto significativi: tra gli obiettivi sono previsti la tutela della salute, il superamento degli squilibri, l'aumento della produttività della spesa.

La realizzazione degli obiettivi specifici è assicurata dai progetti obiettivo (tutela della maternità e dell'infanzia, lotta alle tossicodipendenze, tutela della salute delle persone anziane, tutela della salute dei lavoratori).

Ampio rilievo è attribuito al distretto socio-sanitario del quale vengono definite puntualmente le prestazioni di competenza, il dimensionamento degli ambiti territoriali di riferimento (10.000 abitanti), i modelli organici, le integrazioni con altri servizi e

quanto deve essere rigorosamente realizzato nel triennio di vigenza del Piano.

L'impostazione stabilita per il Distretto è applicata per tutte le altre funzioni assistenziali.

La parte ospedaliera, strutturata per ambiti di utenza, è accompagnata da una buona analisi quantitativa, anche al fine di far meglio accettare ai territori interessati la conversione (chiusura) di molti piccoli ospedali. Misura necessaria a fronte di una offerta molto polverizzata, quantitativamente sovradimensionata ma qualitativamente insufficiente, rappresentata da ben 68 stabilimenti ospedalieri di cui 43 al di sotto di 130 posti letto.

Il Piano stabilisce di concentrare le funzioni ospedaliere di ciascuna Unità Sanitaria Locale in un unica struttura di almeno 130 posti letto, dimensionata sulla base del fabbisogno e dotata di tutte le specialità necessarie a garantire una uniforme assistenza sul territorio regionale.

Il confronto tra le previsioni e lo stato di fatto comporta però che si debba procedere a una ampia e difficile razionalizzazione che vede, da un lato, la necessità di procedere a nuove costruzioni o ampliamenti di strutture, ciò che avviene in 9 casi, e dall'altro, alla trasformazione (chiusura) di 44 stabilimenti.

In sostanza i contenuti del piano chiaramente evidenziano la particolarità della situazione in cui lo stesso è stato elaborato e adottato. In particolare è il primo piano socio-sanitario della Regione Marche; deve affrontare i problemi di una fase di transizione tra la vecchia organizzazione e la nuova; deve provvedere ai gravosi squilibri nell'offerta dei servizi definendo significativi interventi e di razionalizzazione (ospedali) e di potenziamento funzionale (assistenza territoriale, prevenzione e riabilitazione).

Il Piano in fase attuativa ha dato luogo alla riconversione di ben 15 strutture ospedaliere trasformate in Residenze Sanitaria Assistenziali.

Il decennio Novanta:
la seconda e la terza riforma del Ssn e due legislature regionali

Le ragioni alla base della riforma del 1992/93 sono molteplici. Di norma vengono evidenziati i problemi di ordine finanziario, e certamente rivestono un forte peso gli imponenti disavanzi delle Regioni maturati nel corso degli anni '80, ma non si può sottovalutare che il riordino prende avvio in applicazione dei principi di razionalizzazione e ammodernamento della Pubblica Amministrazione contenuti nella L. 421/1992 e che gli indirizzi in materia sanitaria portano a un assetto profondamente innovativo: è infatti prevista la costituzione di aziende dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, tenute a operare secondo criteri di efficienza, economicità ed efficacia.

Con riferimento alla situazione finanziaria occorre precisare che il Ssn, oggetto per decenni di intenso quanto contrastato dibattito politico, viene istituito alla fine degli anni '70, periodo molto difficile dal punto

di vista economico per gli effetti della grave crisi del 1973-74.

Il Governo negli anni '80 compie manovre di forte restringimento della spesa pubblica (e sanitaria), sia per i noti fenomeni inflattivi, sia per contrastare la crescita dei debiti sanitari delle Regioni. Debiti sanitari dovuti certamente alle politiche espansive delle Regioni, ma anche alla costante sottostima del fabbisogno finanziario (come peraltro ancora oggi): sottostima che, tra l'altro, consentiva allo Stato, in sede di ripiano dei disavanzi, di effettuare uno stretto controllo sulle Regioni riappropriandosi di fatto di parte delle funzioni trasferite.

Ma è sotto l'aspetto della qualità dei servizi e dell'equilibrio territoriale che il sistema non garantiva risultati: nonostante gli elevati livelli di spesa, emergeva un'offerta di servizi qualitativamente insoddisfacente e territorialmente squilibrata. Le Regioni del Sud, nel periodo, aumentano il gap negativo in qualità e quantità dell'assistenza sanitaria erogata rispetto alle Regioni del centro-Nord (Dirindin).

Le criticità emerse non sembrano attribuibili all'applicazione della legge istitutiva quanto al fatto che nel decennio '80 la stessa è rimasta in gran parte inattuata proprio

nelle parti fondamentali come la programmazione.

Ciò ha avuto conseguenze su diversi fronti, in particolare quello della valutazione dei bisogni di salute della popolazione e quello del riparto dei finanziamenti alle Regioni.

In mancanza di criteri, il riparto del fondo sanitario veniva effettuato a spesa storica con ripiano ex post dei debiti, disincentivando, di fatto, le Regioni a ricercare più elevati livelli di efficienza (e, per alcuni aspetti, anche di efficacia, considerato che la mobilità sanitaria passiva non veniva pagata dalle Regioni di provenienza dell'assistito alle Regioni che erogavano la prestazione).

Occorre attendere il '95 per una redistribuzione del fondo sanitario regionale tra le Regioni sulla base di criteri calcolati a quota capitaria pesata sulla popolazione per età, con alcuni riferimenti alla condizione socio-economica e valutazione della mobilità attiva e passiva.

In sostanza, nel decennio in esame, per motivazioni diverse, il debito sanitario cumulato delle Regioni raggiunge importi elevatissimi, tali che il Governo, all'inizio degli anni '90, decide di risponderne solo in parte (80%) e obbliga le Regioni a stipu-

lare mutui corrispondenti al 20% del proprio debito sanitario. La Giunta regionale delle Marche decide di non provvedere in tal senso e la parte del debito di competenza regionale non risolta all'inizio degli anni '90 pesa in misura significativa sul deficit sanitario degli anni successivi fino a quando ha trovato soluzione, circa 10 anni dopo, con l'ultima possibilità da parte della Regione di accendere mutui a ripiano dei disavanzi sanitari (L. 405/01) dopo le modifiche legislative del 2001.

La riforma dettata dalla Legge delega 421/92 e dai decreti legislativi 502/92 e 517/93, come già accennato, è stata adottata in anni in cui il Paese registrava la più pesante recessione economica dal dopoguerra. Il riordino determina un reale, marcato rinnovamento del sistema. Le modifiche riguardano in misura estesa parti importanti della legge istitutiva del Ssn: obiettivi, organizzazione, funzionamento, relazioni istituzionali e funzionali, strutture.

Molto schematicamente e richiamando unicamente gli aspetti più significativi, va evidenziato che la riforma punta a:

• la responsabilizzazione finanziaria delle Regioni trasferendo nei bilanci regionali i disavanzi del settore;

• l'efficienza gestionale attraverso l'organizzazione aziendale;

• la competizione tra le Aziende sanitarie assicurata dalla remunerazione a tariffa delle prestazioni sanitarie;

• la riduzione della spesa pubblica favorita dalla parziale privatizzazione dell'assistenza;

• i livelli di assistenza subordinati all'entità delle risorse stabilite nelle leggi Finanziarie;

• il ridimensionamento del ruolo dei Comuni conseguente al trasferimento delle funzioni gestionali e di quelle programmatorie alle Regioni, che acquisiscono anche le nuove competenze relative al governo delle Aziende Sanitarie (come quelle di indirizzo, di organizzazione e di finanziamento delle Aziende).

L'avvio del processo di aziendalizzazione e le nuove modalità di remunerazione a tariffa, in particolare delle prestazioni ospedaliere (Drg), nel tempo modificano radicalmente i comportamenti di tutti i soggetti che intervengono nel sistema (Stato, Regioni, Enti Locali, personale, direttori generali, organizzazioni sindacali, medici di medicina generale, altri medici convenzionati, assistiti, cittadini, farmacie, aziende farmaceutiche e fornitori in genere).

Alcuni risultati in termini di spesa vengono raggiunti, rallenta la crescita della spesa sanita-

ria pubblica, mentre quella privata si mantiene su variazioni superiori alla media europea.

Analizzata a prezzi costanti (riferiti al 1985, riportati in euro) la spesa di parte corrente del Ssn scende di 5 milioni di euro tra il 1991 e il 1995. Poi dal 1995 torna a crescere anche in valori reali con un tasso medio annuo del 4,6%, contro una media del 7,6% della seconda metà degli anni '80. Soltanto nel 1999 la spesa sanitaria pubblica reale torna ai valori del 1991 (Rapporto Oasi 2002 Cergas Bocconi, Jommi).

Tra il 1994 e il 2000 la degenza media in ospedale passa da 8,9 giornate a 6,9 e contemporaneamente aumenta il numero delle giornate di ricovero in day hospital rispetto al ricovero ordinario, dal 2,9% all'11,8%. La complessità dei casi trattati in ricovero ordinario (peso medio del Drg) cresce da 0,79 a 1,1 (Rapporto Oasi 2002 Cergas Bocconi, Cantù).

D'altra parte, però, l'autonomia gestionale delle Aziende sanitarie (molto enfatizzata al tempo) e gli elementi di competizione tra le stesse introdotti con il pagamento a tariffa delle prestazioni, spingono i direttori generali a privilegiare quelle scelte aziendali che determinano un aumento dell'attività e l'ampliamento della tipologia delle prestazioni offerte, al fine di accrescere le risorse finanziarie a disposizione dell'azienda amministrata (riscuoti da coloro che vengono da altre Aziende e, se diversifichi l'offerta, non paghi per i residenti del territorio che andrebbero fuori).

I ricoveri ordinari in Italia tra il 1994 e il 1999 aumentano del 213,3%, passando da 5.965.813 a 12.727.449 (Rapporto Oasi 2002 Cergas Bocconi, Cantù). Solo dopo il 2000 il dato inizia a flettere come conseguenza sia dell'emanazione dei livelli di assistenza sia della definizione di politiche regionali più incisive sul fronte del controllo dei volumi di attività .

Nel periodo, in parte con fondate motivazioni, considerata la costante sottostima del fabbisogno finanziario del settore (vedere dati relativi alla spesa sanitaria), lo Stato continua a ripianare *ex post* la quasi totalità dei disavanzi sanitari delle Regioni tenendo poco conto perfino dei vincoli organizzativi imposti da diverse leggi Finanziarie dal 1991 in poi (valga per tutti l'esempio delle strutture ospedaliere con meno di 130 posti letto che dovevano essere oggetto di riorganizzazione e che, di contro, continuavano nella quasi totalità dei casi a funzionare).

L'attività regionale, negli anni '90-'95, per quanto riguarda le politiche sanitarie, attraversa di nuovo una fase transitoria, essendo il periodo a cavallo della riforma del '92 (ulteriormente modificata nel 1993).

In tale contesto il Consiglio regionale è impegnato principalmente a dare attuazione alle disposizioni statali che riguardano:

- i provvedimenti contenitivi della spesa e gli atti finalizzati alla continuità amministrativa e ai commissariamenti delle Uu.Ss.Ll.;
- i primi atti della riforma appena varata.

La legge più significativa di questa legislatura, in esecuzione del D. lgs 502/92, è rappresentata dalla L.R. 22/94 che prevede:

- la soppressione delle unità sanitarie locali, come in precedenza disciplinate;
- l'istituzione di nuove unità sanitarie locali come Aziende dotate di personalità giuridica;
- i nuovi ambiti territoriali delle stesse (che passano da 24 ante riforma a 13);
- l'istituzione di 3 Aziende Ospedaliere (ulteriore elemento di novità stabilito dalla nuova riforma), e precisamente l'Azienda Ospedaliera San Salvatore di Pesaro, l'Azienda dei Bambini G. Salesi di Ancona e l'Azienda Cardioreumatologica G.M. Lancisi di Ancona (l'Azienda Ospedaliera Torrette Umberto 1° di Ancona verrà istituita solo nel 1996 dalla L.R. 26).

Sul fronte assistenziale il Consiglio adotta, comunque, alcune leggi rivolte ad ampliare quantitativamente l'offerta e a determinare un miglioramento qualitativo dei servizi: lottta alle neoplasie, diritti della partoriente e del bambino ospedalizzato, istituzione del servizio di oncoematologia pediatrica, istituzione di un osservatorio epidemiologico, tutela sanitaria delle attività sportive, istituzione del servizio di unità spinale.

I primi segni concreti di rinnovamento del sistema, dopo la riforma del '92, emergono principalmente nel corso della nuova legislatura, la sesta, che registra anche un cambiamento politico: nel 1995 la coalizione di centro-sinistra vince le elezioni e governa per la prima volta la Regione.

Appena eletti, Giunta e Consiglio regionale si trovano ad affrontare una difficile situazione rispetto alle problematiche in esame, lasciata in sospeso dalla precedente legislatura: la costituzione delle nuove aziende sanitarie, avvenuta con la nomina dei direttori generali sul finire della legislatura (febbraio 1995) è stata effettuata in assenza di normativa regionale di riferimento per la gestione. In sostanza le Aziende sono giuri-

dicamente esistenti, ma funzionano con le regole degli Enti soppressi (Uu.Ss.Ll.).

Situazione resa ancor più complessa dalla decadenza dei direttori in questione, a metà del 1996, in attuazione delle sentenze del Tar relative ai numerosi ricorsi motivati dalla poca chiarezza della relativa specifica normativa statale (ricorsi presentati in quasi tutte le regioni con analogo risultato).

L'emanazione della nuova disciplina per il funzionamento e l'organizzazione delle Aziende assume, quindi, carattere di priorità ed è prevalentemente contenuta nelle leggi seguenti:

• L.R. 26/96 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale": definisce i principi, l'assetto istituzionale, l'organizzazione, il funzionamento, la programmazione e il finanziamento delle Aziende, istituisce l'Azienda Ospedaliera "Torrette-Umberto 1°" quale presidio in cui insiste il triennio clinico della facoltà di Medicina e Chirurgia, istituisce l'Agenzia regionale sanitaria quale Azienda con compiti di supporto tecnico per la programmazione sanitaria, controllo di gestione, verifica della qualità delle prestazioni;

• L.R. 47/96 "Norme in materia di programmazione,contabilità e controllo delle Aziende Sanitarie": stabilisce i nuovi strumenti di programmazione aziendale ed emana le norme in materia di controllo di gestione, di contabilità, di bilanci; presupposti, questi, per il passaggio alla contabilità analitica prevista dalla riforma.

Nel 1998 l'adozione del Piano Sanitario regionale (Psr), dopo 16 anni dal primo, rappresenta un altro fondamentale tassello del processo di trasformazione del sistema.

In effetti questo Piano si caratterizza per la notevole portata innovativa in termini di ruolo dei soggetti istituzionali – dalla Regione agli Enti Locali, dalle Aziende Sanitarie all'Università – per i modelli organizzativi (dipartimenti), per gli strumenti di regolazione delle prestazioni (autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali), per la promozione della qualità a tutti i livelli e per il rilievo dato all'appropriatezza tecnica e organizzativa.

La centralità dei bisogni di salute e la valorizzazione della domanda rispetto all'offerta sono individuati tra i principi fondamentali insieme a sussidiarietà, riequilibrio territoriale, programmazione come processo. Per tutte le attività assistenziali viene previsto il funzionamento in rete. Il governo della salute è affidato al Distretto che gestisce anche tutto il complesso delle attività sanitarie extra-ospedaliere. Le attività distrettuali sono previste in

forte potenziamento e costituiscono la Rete per l'Assistenza Territoriale. Il settore della Prevenzione, considerato il più critico, diventa punto irrinunciabile del Psr (Rete della Prevenzione). Le relative azioni programmatiche sono integrate da uno specifico Progetto Obiettivo finalizzato alla tutela della salute dei lavoratori. Per la "Rete Ospedaliera" vengono marcati gli aspetti di integrazione e rigettati i metodi competitivi (aspetto da precisare in quanto nella prima fase dell'attuazione della riforma tra le Regioni si era sviluppato un vivace dibattito tra modelli organizzativi competitivi – la Lombardia – e quelli cooperativi).

Come era da attendersi, data l'eccessiva frammentazione dell'offerta ospedaliera, sono state previste importanti azioni riorganizzative.

La classificazione dei presidi ospedalieri viene declinata in tre classi:

• Ospedali Regionali, dotati di alte specialità (Umberto 1° - Torrette di Ancona, San Salvatore di Pesaro, Ospedale Lancisi, Ospedale Salesi);

• Ospedali di Rete, l'ossatura principale degli ospedali destinati all'acuzie;

• Poli, con funzioni di supporto agli ospedali di Rete; questi presidi devono integrarsi sia con gli ospedali di Rete sia con le funzioni distrettuali.

Il problema degli Ospedali di Ancona, considerata la necessità di integrare nella rete sia l'Università sia l'Inrca, è trattato in uno specifico progetto: Progetto Ancona.

Un altro punto forte che completa il quadro degli strumenti realizzati nella legislatura in parola per sostenere lo sviluppo qualitativo del sistema è l'avvio negli anni 1995/96 del programma pluriennale degli investimenti relativo agli interventi per la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del settore sanitario pubblico.

A giugno 2000, con la sottoscrizione da parte del Ministero della Sanità e della Regione Marche dell'Accordo di Programma di 438 miliardi e 240 milioni complessivi di lire (grosso modo 223 milioni di euro), di cui alla Dgr 410 del 28 febbraio 2000, giunge a conclusione l'iter di uno dei più importanti piani di finanziamento degli investimenti della Regione Marche.

Gli interventi sono molto numerosi e pur nel rispetto delle finalità dichiarate da parte ministeriale delle diverse linee di finanziamento, gli investimenti accompagnano e favoriscono gli obiettivi programmatici regionali quali:

• equilibrio territoriale delle strutture ospedaliere ridisegnato secondo le azioni

del Psr (Ospedali di Rete e Poli Ospedalieri) e conseguente diversificazione degli investimenti in interventi strutturali e in interventi per il rinnovamento tecnologico;

• adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi, tecnologici e operativi;

• completamento della rete dei servizi territoriali extra-ospedalieri;

• riconversione in strutture residenziali per anziani non autosufficienti e disabili dei presidi nei quali è stata disattivata la funzione ospedaliera;

• completamento dell'Ospedale regionale di Torrette-Umberto 1°;

• realizzazione *ex novo* di alcune strutture ospedaliere (Camerino, Osimo, Jesi);

• realizzazione di progetti mirati come il sistema dell'emergenza e la rete radioterapica;

• adeguamento delle strutture sanitarie-alla legge 626/94.

Sempre in questo periodo vengono avviati:

• il programma di interventi urgenti per la lotta contro l'Aids;

• l'utilizzo dei fondi per la ricostruzione degli stabilimenti distrutti dalla frana di Ancona;

• il programma di investimenti straordinari per la sicurezza dei presidi ospedalieri minori;

• lo svincolo dei finanziamenti a completamento della ricostruzione post frana;

• la prima e la seconda fase del programma di investimenti ex art. 20 L.67/88.

Infine, subito prima della fine della legislatura 1995-2000, il Consiglio Regionale approva la legge regionale 20/2000 relativa alla autorizzazione, accreditamento e accordi delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private.

L'Agenzia Sanitaria Regionale, costituita nel 1997, fornisce importanti contributi tecnici alla definizione degli adempimenti programmatici e all'implementazione del governo clinico, come la promozione della qualità, la formazione del personale sanitario, la definizione dei criteri e l'attuazione delle procedure per l'autorizzazione e accreditamento.

A livello centrale, nel 1999 giunge in porto la Riforma Ter (anche in questo caso Legge Delega e D.Lgs. 229/99).

Le motivazioni che portano a questo nuovo intervento legislativo (noto anche come Riforma Bindi) non risultano tanto legate a questioni di sostenibilità economica quanto a:

• la necessità di rimettere ordine nella normativa che, a causa delle continue mo-

difiche introdotte dalle leggi Finanziarie del dopo riforma aveva creato notevoli problemi di incertezza delle norme e di coerenza tra le stesse, consentendo alle Regioni,nella formulazione delle politiche sanitarie, un marcato spontaneismo in particolare nella realizzazione dei modelli organizzativi e di funzionamento (valga per tutti il caso della Lombardia che realizza, rispetto alle norme in vigore, un modello oltremodo competitivo);

• l'intento di riconnettersi con i principi fondamentali della legge istitutiva del Ssn per "cancellare le anomalie della controriforma del '92 e contrastare la privatizzazione strisciante" del Ssn (Bindi citata in Taroni 2008).

Obiettivi, questi, che emergono, già prima dell'approvazione della Riforma Ter, nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 "Un Patto di Solidarietà per la salute".

La riforma assume la definizione dei livelli di assistenza come uno dei punti fondamentali del cambiamento sia per rendere esplicita la garanzia offerta dal Ssn ai cittadini sia per assicurare la compatibilità finanziaria: livelli di assistenza uniformi ed essenziali e non minimi come nella 502/92, intendendo con ciò che vengono posti a carico del Ssn le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche

condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute sia a livello individuale sia collettivo ,a fronte di risorse economiche ben definite. I livelli di assistenza sono fissati contestualmente alle risorse finanziarie e queste devono essere fissate in rapporto al Piano Sanitario Nazionale.

Ulteriore importante elemento di novità introdotto dal d.lgs 229 è "la libera professione intramuraria".

La Riforma Bindi non ha trovato la stessa unanimità di consensi della legge istitutiva del Ssn anche se per tantissimi aspetti ne ha rilevato le idealità.

A seguito delle elezioni politiche nazionali del 2000 si instaura una coalizione di centro destra, molto orientata verso la riforma federalista dello Stato e molto meno nei confronti della corretta attuazione della Riforma Bindi.

Gli anni 2000-2005:
la riforma costituzionale e la VII legislatura regionale

Per quanto il processo di regionalizzazione delle funzioni sanitarie risultasse considerevolmente avanzato già prima della modifica del Titolo V della Costituzione (L. 3/2001), la riforma ha toccato anche le competenze in materia di tutela della salute.

Tenendo conto che la competenza esclusiva dello Stato in materia sanitaria resta, dopo la Riforma, unicamente sui livelli essenziali di assistenza e sulla determinazione dei principi fondamentali, la modifica dell'art. 117 della Costituzione ha comportato una ulteriore e significativa spinta alla regionalizzazione.

Le differenze tra i sistemi regionali che sono successivamente emerse rappresentano, pertanto, una caratteristica, e non l'effetto non voluto (o anomalo) del sistema.

La misura sulla compatibilità delle differenze trova il limite unicamente nei vincoli posti dalla legislazione statale in materia di definizione dei principi fondamentali.

Tali circostanze non sono certo ininfluenti rispetto alla tempestività (8 agosto 2001) con la quale Governo e Regioni giungono a un accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni che impegna il Governo a presentare l'atto concernente la definizione dei "Livelli Essenziali di Assistenza" entro novembre 2001, adottato con Dpcm il 29 novembre 2001. Dopo 23 anni dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale i livelli di assistenza vedono la luce.

A seguire, il 12 dicembre dello stesso anno, viene emanato anche il decreto ministeriale che stabilisce gli indicatori e i parametri per il monitoraggio dei Lea. Negli anni successivi tutti i ministri in carica hanno previsto nei propri programmi la revisione dei Lea per i necessari aggiornamenti, ma soltanto nel 2017, dopo ben 16 anni, è stato adottato il nuovo atto.

I Lea devono rispondere all'obiettivo di garantire a tutti i cittadini, da nord a sud, le stesse prestazioni assistenziali sanitarie e parità di accesso. In sostanza, tale insolita sollecitudine sta proprio nella preoccupazione della Conferenza Stato-Regioni di vedere aggravate, a fronte della modifica del Titolo V, le già pesanti disparità regionali, in particolare nelle regioni del sud, per le inefficienze del sistema.

Dopo la riforma costituzionale del 2001 inizia in molte Regioni, e tra queste anche nelle Marche, una nuova stagione di revisione degli assetti istituzionali delle Aziende Sanitarie. Questi interventi, spesso caratterizzati da una eccessivo spontaneismo delle soluzioni, sono stati la risposta alla responsabilizzazione delle Regioni sulla spesa cui ha fatto seguito il tentativo di risolverne gli effetti cambiando la struttura gestionale. Purtroppo solo a distanza di anni è emersa la consapevolezza, da parte di alcuni, che a fronte dei nuovi poteri regionali in primo luogo occorresse rafforzare l'istituzione Regione.

Nelle Marche, dal 2000 al 2005, tra i principali interventi regionali finalizzati alla rinnovamento del sistema, devono essere ricordati nell'ordine:

• nel 2001, il rilevante risultato conseguito dalla Regione, ancora una volta, nel campo del finanziamento degli investimenti da parte dello Stato, avendo ottenuto di entrare con la città di Ancona nel programma di investimenti destinato alle aree metropolitane ex art. 71 L. 448/98; tale opportunità ha portato un finanziamento di ben 26 milioni di euro (l'esito non era per niente scontato considerato che i fondi erano inizialmente destinati alle aree di almeno 400.000 abitanti); inol-

tre, nello stesso periodo sono state ottenute risorse per gli incendi dell'ospedale di Torrette, erogati dallo Stato senza il contributo di parte regionale (13 milioni e cinquecento mila euro), poi ancora risorse per l'attività libero-professionale e quelle per la realizzazione di strutture per le cure palliative (Hospice);

• la chiusura della partita dei disavanzi (non più coperti dallo Stato) tramite, da un lato, la stipula di un mutuo specificamente autorizzato dal Governo (ultima possibilità di accedere ai mutui per la copertura dei disavanzi di cui si dirà in seguito) e, dall'altro, l' aumento dell'aliquota Irpef per i cittadini delle Marche (purtroppo la più alta di tutto il Paese nonostante il disavanzo cumulato nelle Marche non fosse tra i più alti d'Italia);

• la L.R.13/2003 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale";

• il piano sanitario regionale 2003-2006: un'alleanza per la salute (D.A. 97/2003).

Il Consiglio regionale adotta la L.R. 13 il 20 giugno 2003 e il Piano Sanitario Regionale il successivo 30 giugno: due atti particolarmente importanti per i contenuti delle scelte e per i cambiamenti che determinano nel sistema regionale. Va poi sottolineata la circostanza che sono stati approvati ambedue nel giro di 10 giorni.

Un binomio normativo fondamentale che nelle "Linee di indirizzo. La nuova sanità delle Marche" emanate dall'Assessore alla Sanità è così evidenziato: "Il Governo delle Marche conferma un servizio sanitario pubblico uguale per tutti, senza ticket sui farmaci nel quale sono salvaguardati i principi di solidarietà ed un sistema di garanzie che assicurano a tutti i cittadini, indistintamente, il diritto alla salute. Il centro del sistema è il cittadino e la qualità della sua vita".

Per aggiungere qualche nota di maggior dettaglio va precisato che il riordino realizza un assetto particolarmente nuovo anche nel panorama italiano, infatti istituisce un'unica Azienda Sanitaria territoriale denominata "Azienda Sanitaria Unica Regionale" (Asur) nella quale confluiscono per fusione le 13 Aziende Sanitarie Locali (Asl) esistenti ante riorganizzazione.

L'Asur si articola in 13 Zone Territoriali, i cui ambiti territoriali corrispondono a quelli delle precedenti Aziende, che, in breve, hanno il compito di assicurare i livelli di assistenza alla popolazione di riferimento e sono dotate di autonomia gestionale e organizzativa.

La legge non trascura la riorganizzazione delle Aziende Ospedaliere: prevede, infatti, la fusione per incorporazione all'interno

dell'Azienda Umberto 1° di altre due Aziende Ospedaliere di Ancona, l'Azienda G.M Lancisi e l'Azienda G. Salesi, istituendo in tal modo l'Azienda Ospedali Riuniti Umberto 1°, G.M. Lancisi, G. Salesi. Le Aziende ospedaliere incorporate vengono trasformate in Presidi di Alta Specializzazione (senza personalità giuridica). L'Azienda ospedaliera San Salvatore non viene toccata dalla legge di riordino se non per l'ovvio rispetto delle norme generali in essa contenute.

Ne consegue che nel 2003 la struttura aziendale è rappresentata da una Azienda Sanitaria Territoriale (Asur), da due Aziende Ospedaliere e un Irccs (Inrca).

La legge, inoltre, assicura una ampia partecipazione ai Comuni e alla rappresentanza dei cittadini, prevedendo una Conferenza regionale permanente socio-sanitaria, 13 Conferenze dei Sindaci (una per ogni Zona) un Comitato dei Sindaci per ogni Distretto, i Comitati di partecipazione dei Cittadini in ogni Azienda e in ogni Zona.

In relazione all'ultimo punto, il legislatore ha previsto, già dalla seconda riforma sanitaria, al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze dei cittadini utenti, che Stato e Regioni dovessero svolgere una serie di adempimenti e tra questi disciplinare forme

di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato.

I decreti legislativi del '92/'93 hanno regolato le norme relative all'informazione, alla valutazione e ai controlli "dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie". Un intero Titolo, il IV, è indirizzato alla Partecipazione e Tutela dei diritti dei cittadini (art. 14).

Dalla puntuale determinazione delle previsioni sembra potersi ritenere che il legislatore abbia voluto, accanto all'aziendalizzazione, porre un elemento di tutela rispetto a forme gestionali che avrebbero potuto causare, nel raggiungimento degli obiettivi finanziari, la riduzione dello stato di attuazione dei diritti stabiliti dalla legge 833/78.

Il nuovo articolo 14 della riforma del '99 integra il 502 obbligando le regioni a prevedere "forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale".

La Regione Marche nella legge di riorganizzazione (L.R. 13/2003) all'art. 24 – Orga-

nismi di partecipazione dei cittadini – attua dal punto di vista normativo l'articolo 14 della riforma prevedendo l'istituzione dei Comitati di partecipazione dei cittadini alla tutela della salute in ogni Azienda e in ogni Zona territoriale (poi Area Vasta), con il compito di:

- contribuire alla programmazione e alla pianificazione socio-sanitaria regionale aziendale e territoriale;
- svolgere attività di verifica e controllo sulla gestione dei servizi sanitari;
- monitorare le condizioni di accesso e di fruibilità dei servizi sanitari.

I Comitati prendono avvio con molta lentezza e non danno grandi risultati fino a quest'ultima legislatura in cui è cresciuta in misura significativa la consapevolezza, sia da parte regionale sia dei cittadini, della rilevanza delle politiche di *empowerment*.

Il Piano Sanitario Regionale 2003-2006 è un atto di programmazione importante, chiaramente dimensionato sulla domanda di salute, e lo stesso titolo lo rivela: "Un'alleanza per la salute - un *welfare* marchigiano universale, equo, solidale e di qualità".

Il Piano prevede di sviluppare un modello complessivo di *welfare* a favore delle

fasce deboli della popolazione e dei soggetti socialmente fragili: gli anziani, i disabili, le varie forme di esclusione sociale, la salute mentale.

Il Distretto è il luogo in cui si attua l'integrazione socio-sanitaria, in cui si sviluppa la capacità di presa in carico e in cui si definiscono i percorsi di assistenza.

La promozione della salute riguarda diversi versanti: l'infanzia e l'età evolutiva, gli anziani, la sicurezza (stradale, domestica, sul lavoro nei comportamenti individuali, alimentare), la qualità della vita, la qualità ambientale, la prevenzione primaria e secondaria.

In sostanza, come in tutte le Regioni del Centro-Nord, la fase principale della trasformazione del sistema sanitario marchigiano si è verificata nel periodo 1995-2005.

Il processo è stato realizzato con il fondamentale contributo al cambiamento dei medici dipendenti del Ssn, dei medici convenzionati, degli altri professionisti della sanità, degli infermieri, del personale tecnico, amministrativo e degli operatori in genere. Anche solo per titoli occorre ricordare che la normativa in esame per i professionisti inseriti nell'apparato aziendale ha comportato (e comporta):

• l'attribuzione di nuove responsabilità e il coinvolgimento a livello di programmazione e di organizzazione aziendale;

• la valutazione dell'attività in termini di efficacia (capacità di migliorare lo stato di salute) e di efficienza (capacità di massimizzare il prodotto dell'assistenza sanitaria a fronte di risorse stabilite);

• le responsabilità gestionali delle risorse umane e della formazione, delle tecnologie;del controllo di gestione, dei rischi,della sicurezza nei luoghi di lavoro, della qualità dei processi;

• la responsabilità dell'erogazione dei livelli di assistenza appropriati e dei nuovi criteri di finanziamento per budget.

La spesa sanitaria e i disavanzi

Si è ritenuto di approfondire, molto brevemente, l'andamento della spesa sanitaria e dei disavanzi in un'unica parte, per rendere più significativo il confronto tra periodi e con altre regioni.

Il motivo, poi, per il quale l'argomento in questione è stato trattato a questo punto del lavoro è dovuto alla considerazione che gli anni che vanno dal 1995 al 2005, anche sotto questi aspetti, registrano i risultati più significativi, e, comunque si pongono le azioni per il raggiungimento degli obiettivi degli anni successivi: nelle Marche si passa da disavanzi importanti fini ai primi anni duemila all'avanzo già dal 2007. Inoltre, un esame quantitativo dei dati prima di passare ad analizzare le politiche degli ultimi anni, marcatamente condizionate dalla dinamica della spesa, dovrebbe consentire di inquadrare con maggiore puntualità le decisioni assunte a livello nazionale e a livello regionale.

Non per tutte le variabili sono disponibili i dati dall'anno '90, i dati precedenti non sempre assicurano la confrontabilità per le differenze nei criteri di rilevazione e, per questo motivo, non sono stati considerati. Qui non si è tentato di rispettare un intervallo quinquennale, ma di pre]ndere le annualità significative per gli andamenti della spesa.

Per quanto riguarda i disavanzi regionali va precisato che l'introduzione della Contabilità economico patrimoniale rende scarsamente significativo il confronto diretto dei dati prima e dopo il 2000. In effetti con la nuova contabilità vengono aggiunte voci di spesa non previste nella Contabilità Finanziaria come accantonamenti, variazioni delle rimanenze, sopravvenienze, insussistenze. Soprattutto, tra gli accantonamenti incidono in misura molto importante quelli relativi ai rinnovi dei contratti di lavoro. Differenti imputazioni in Contabilità di partite dell'entità di quelle appena richiamate possono determinare variazioni rilevanti.

Di conseguenza ci si limita a mettere in evidenza alcune tendenze generali e a effettuare confronti con i dati di altre Regioni o della media nazionale all'interno di serie storiche facenti capo alla stessa fonte. Per le fonti si è stati obbligati ricorrere a dati già elaborati (Cergas Bocconi, Ceis Sanità-Università

di Tor Vergata, Agenas) per l'impossibilità di utilizzare i dati del Ministero della Salute, che non vengono pubblicati.

La spesa sanitaria pubblica pro capite in euro delle Marche a confronto con le regioni limitrofe del Centro-Nord (che per la specifica situazione delle Marche risulta essere il confronto più significativo) e con la media italiana registra la tendenza che segue (Tab. 1):

- fino al 2000 il dato Marche è più alto di quello medio italiano, vale a dire che la spesa per la sanità regionale è più alta ma la differenza nel tempo tende a ridursi (+14,2% nel '90, +5,5% nel '95, +2,4% nel 2000);
- dal 2001 il dato pro capite marchigiano, sebbene di poco, è più basso di quello medio nazionale; nel 2005 risulta notevolmente più basso (-6,3%); negli anni successivi lo scarto viene sempre mantenuto negativo (tra il 2 e il 3%);
- rispetto alle Regioni vicine la dinamica è più o meno analoga, nel 1990 le Marche registravano una spesa pro capite di poco più bassa (-2,6%) di quella dell'Emilia Romagna e più alta della Toscana (+5,8%) e dell' Umbria (+8,9%); nel 1995 il dato marchigiano si mantiene più alto di quello dell'Umbria, più o meno pari a quello della Toscana e più

basso del 10% rispetto all'Emilia Romagna; nel 2000 il dato Marche è più basso rispetto a tutte e tre le Regioni, seppure con scostamenti non molto significativi; negli anni successivi lo scarto si amplia passando nel 2015 a una differenza negativa di 205 euro pro capite rispetto all'Emilia Romagna, 156 euro alla Toscana e 89 rispetto all'Umbria.

In conclusione dal 1990 al 2015 la spesa sanitaria pro capite delle Marche passa dall'essere più alta, sia della media nazionale sia di Toscana e Umbria, a più bassa anche in misura considerevole rispetto a quella delle tre Regioni in esame e della media. Tale andamento è dovuto a differenti fattori, ma i più importanti sono rappresentati dalla sottostima della quota capitaria pesata (alcuni indicatori del modello di riparto dei finanziamenti penalizzano le Marche) e dai valori della mobilità passiva posti in detrazione del finanziamento.

Dai più recenti dati Agenas emerge, inoltre, che la mobilità passiva manifesta di nuovo una tendenza all'aumento e che l'equilibrio di bilancio delle Marche poggia in misura elevata sulla contrazione della spesa del personale dipendente di ruolo e a tempo determinato. Due indicatori, questi ultimi, preoccupanti sul fronte della qualità dei servizi.

Tab. 1 - Spesa sanitaria pubblica procapite nei Ssr per la gestione corrente (al lordo della mobilità interregionale) valori assoluti in euro

	1990	1995	2000	2005	2010	2014	2015
MARCHE	834	886	1237	1544	1795	1806	1816
ITALIA	730	840	1208	1648	1836	1869	1873
EMILIA R.	856	975	1282	1699	1920	2002	2021
TOSCANA	788	891	1240	1647	1899	1970	1972
UMBRIA	766	865	1251	1629	1806	1863	1905

Fonte: Elaborazione dati Ministero della Salute Rapporto Oasi Cergas Bocconi, vari anni. La mobilità interregionale è quella programmata inserita nella proposta di riparto.

Dal confronto dei dati relativi ai disavanzi emerge una dinamica che si presenta sostanzialmente analoga tra le Regioni in esame (Tab. 2 e Grafico 3): dal momento in cui l'obbligo del pareggio diventa inderogabile, tutte e quattro le Regioni considerate vanno in avanzo e questo accade grosso modo nel 2007 con le disposizioni sui Piani di Rientro.

Tab. 2 - Disavanzo della Sanità in valore assoluto e in milioni di euro

	MARCHE	EMILIA R.	TOSCANA	UMBRIA	ITALIA
1992	+94,98	+482,76	+214,50	+38,86	+1.588,13
1995	+55,16	+288,15	+148,84	+18,67	+1.037,70
2001	+125,00	+16,00	+88,00	+7,00	+4.122,00
2005	+18,00	+16,00	+15,00	+8,00	+5.735,00
2007	-15,00	-26,00	-42,00	-7,00	+3.709,00
2010	+2,00	-29,00	+16,00	-9,00	+2.196,00
2015	-60,00	+8,00	-38,00	-3,00	-346,00

Il segno - indica un avanzo mentre il segno + indica un disavanzo. Fonti: anni '92 e '95 da Rapporto Ceis-Sanità Univ. Tor Vergata, 2007; dal 2001 elaborazioni su dati Ministero della Salute e Istat; da Rapporto Oasi Cergas Bocconi, 2016. La serie storica è stata ricostruita dal 2001. Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2016). I dati di fonte diversa non sono confrontabili e sono stati distinti. Valori al lordo della copertura parziale dei disavanzi fino al 2011.

Con la legge 405/01, alle Regioni è stato attribuito l'onere di coprire i disavanzi sanitari. Con l'accordo Governo-Regioni del 16 dicembre 2004 sono state definite le iniziative considerate idonee per la copertura degli stessi. Il principio di piena responsabilità delle Regioni sulla copertura dei disavanzi è stato

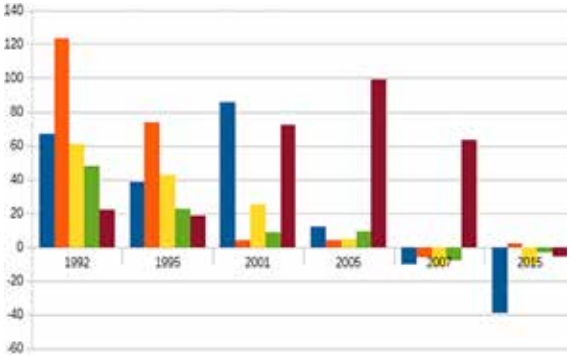
poi in parte derogato dalle leggi Finanziarie degli anni successivi (Jommi e Lecci, 2005).

Nelle Marche le severe misure finanziarie di cui si è detto sopra, finalizzate al riequilibrio di bilancio, producono una marcata riduzione del disavanzo già dal 2005 (-86% nel 2005 rispetto al 2001) a fronte di un valore molto alto del 2001. La Regione Marche, a copertura, ha stabilito la più alta tariffa Irpef del Paese, l'aumento dell'Irap e la maggiorazione del bollo auto.

Sul fronte nazionale emerge che, tra il 2001 e il 2005, il dato è ancora in crescita: da 4.122 milioni di euro a 5.735 milioni (+39%, circa la metà fa capo al Lazio e alla Campania; il Lazio da solo tra il 2001 e il 2011 ha raggiunto una somma altissima: 13.692 milioni di euro e soltanto nel 2012 risolve il problema).

Il disavanzo di gestione, come anche sopra segnalato, può dipendere da una spesa eccessiva ma anche da un finanziamento insufficiente rispetto ai livelli di assistenza da assicurare. La sottostima delle risorse assegnate alla Sanità rispetto al fabbisogno, per anni, ha rappresentato il carattere peculiare delle relazioni Stato-Regioni: prassi confermata dai frequenti ripiani periodici dei disavanzi.

Grafico 3 - Disavanzo della Sanità Pro capite, valori in Euro



Dal confronto internazionale con alcuni Paesi europei culturalmente e socialmente più simili all'Italia emerge che la spesa pubblica italiana destinata alla Sanità (Tab. 3) in percentuale del Pil al 1990 risultava attestata grosso modo sui livelli di Francia e Germania, sensibilmente più alta di quella del Regno Unito e della media europea (15 Paesi). Tra il 1990 e il '95 l'incidenza sul Pil in Italia si riduce di un punto mentre in Germania e in Francia aumenta di circa due punti, nella media UE di un punto e in questo periodo anche il Regno Unito arriva a superare il dato italiano. Negli anni successivi il valore della spesa pubblica/Pil in Italia torna ad aumentare e lo scarto si riduce pur restando notevole: 1,5 punti

di differenza con la Germania, 1,8 con la Francia, 0,8 con il Regno Unito e 0,9 rispetto alla media, nel 2009[2].

Tra il 1990 e il 2009 la spesa pubblica in rapporto al Pil cresce di 1,3 punti in Italia, 2,6 in Germania, 2,8 in Francia 3,3 nel Regno Unito e 2,6 nella media UE. L'Italia registra una crescita decisamente molto bassa.

L'incidenza della copertura pubblica della spesa sanitaria dipende, ovviamente, dalle differenze costitutive dei servizi sanitari, ma dal punto di vista quantitativo risultano percentuali molto significative di spesa pubblica in tutti i Paesi: nel 2012, la copertura pubblica della spesa sanitaria è pari al 78,2% in Italia, 82,5% nel Regno Unito, 76,3% in Germania e 77,0 % in Francia.

Anche nei Paesi in cui vige un sistema di copertura totale si riscontra una spesa sanitaria privata che dipende sia dalla compartecipazione alla spesa, sia da quella parte di servizi che il servizio sanitario non offre. Si ritiene comunque che i dati sulla spesa complessiva

[2] In apertura di questa parte del lavoro si è precisato che la fonte dei dati è rappresentata da serie storiche già pubblicate, in questo caso dati Ocse rilevati dal Rapporto Oasi, Cergas Bocconi. Questa serie storica dal 2010 non è più stata pubblicata. Si è ritenuto, comunque, utile esaminare i dati relativi anche se fino al 2009.

forniscano informazioni meno influenzate dalle politiche di finanza pubblica e più vicini al fabbisogno quantitativo del settore.

Tab. 3- Spesa sanitaria pubblica in percentuale del Pil

	ITALIA	GERMANIA	FRANCIA	UK	UE (15)
1990	6,1	6,3	6,4	4,9	5,7
1995	5,1	8,2	8,3	5,7	6,7
2000	5,8	8,2	8,0	5,6	6,6
2005	6,8	8,2	8,8	6,7	7,1
2009	7,4	8,9	9,2	8,2	8,3

Fonte: Elaborazioni su dati Ocse, da Rapporto Oasi Cergas Bocconi 2011

Nel 2014 il dato della spesa sanitaria totale sul Pil dell'Italia registra una differenza negativa più ampia rispetto ai valori della spesa pubblica sul Pil sopra descritti: -2,1 punti percentuali nei confronti della Germania e -2,3 punti rispetto alla Francia; di contro, il valore risulta analogo a quello del Regno Unito (Tab. 4). I valori più bassi dell'Italia, sempre rispetto a Germania e Francia, riguardano tutto il periodo considerato e si attestano intorno a 2 punti percentuali, fatta eccezione per il 1990 in cui i due dati sono inferiori di

1 punto e per il 1995 in cui sono nettamente sopra i 3. In relazione al Regno Unito l'andamento della spesa nei due Paesi, negli anni è più discontinuo: fino al 2005 il dato italiano è nettamente più alto di quello del Regno Unito; poi quest'ultimo è più alto fino al 2012, dopo sono sostanzialmente uguali.

Tab. 4 - Spesa sanitaria totale in percentuale del Pil

	ITALIA	GERMANIA	FRANCIA	UK	UE (15)
1990	7.7	8.3	8,4	5,9	7,5
1995	7,3	10,1	10,4	6,8	8,6
2000	8,1	10,3	10,1	7,0	8,7
2005	8,9	10,7	11,1	8,2	9,6
2009	9,5	11,6	11,8	9,8	10,6
2012*	9,2	11,3	11,8	9,4	n.d.
2013*	9,1	11,3	11,7	9,1	n.d.
2014*	9,2	11,3	11,5	9,1	n.d.

Fonte: anni 1990, 1995, 2000, 2005, 2009 elaborazioni su dati Ocse 2011, * anno 2012 e seguenti elaborazioni su dati Who 2015, da Rapporto Oasi Cergas Bocconi, vari anni.

Interessante risulta inoltre l'esame delle quote pro capite di spesa sanitaria complessiva e di quella pubblica in dollari a parità di potere d'acquisto ($Ppa).

Lo scarto rispetto a Francia e Germania della spesa pro capite totale si amplia nei periodi considerati raggiungendo nell'ultimo anno (2014) un dato ragguardevole (Tab. 5): l'Italia registra una spesa pro capite a parità di potere d'acquisto più bassa rispetto alla Germania (-37,5%), alla Francia (-28,2%) e al Regno Unito (-4,1%). All'inizio del periodo la differenza negativa risultava già significativa con la Germania (-23,2%), non eccessiva con la Francia (-6,2%) e ampia rispetto al Regno Unito (+41,1%%), ma in senso positivo vale a dire che la spesa italiana risultava più alta e tale era anche rispetto alla media UE (+4,2%).

È tra il 1990 e il 1995 che si verifica una notevole crescita della spesa da parte degli altri Paesi, mentre in Italia aumenta poco (+13% in 5 anni contro il +45,3% della Francia, il +40% del Regno Unito e il +28,5% della Germania). La spesa pro capite italiana torna ad aumentare tra il 1995 e il 2000 (+47,8%) ma non si avvicinerà più a Francia e Germania che, anche negli anni successivi, continuano a registrare variazioni positive sostenute.

Da notare che nel 2012 e nel 2013, rispetto al 2009, la spesa pro capite italiana si abbassa. È vero che cambia la fonte dei dati da Ocse a Who, ma resta fermo che negli altri Paesi la quota cresce (+9.5 % in Germania, +7,1% in Francia, +0,2% Regno Unito, -3.1% in Italia).

Tab. 5 - Spesa sanitaria totale pro capite in $ Ppa

	ITALIA	GERMANIA	FRANCIA	UK	UE (15)
1990	1.355	1.764	1.445	960	1.300
1995	1.531	2.267	2.100	1.346	1.732
2000	2.064	2.669	2.553	1.828	2.191
2005	2.516	3.364	3.306	2.735	2.923
2009	3.137	4.218	3.978	3.487	3.739
2012*	3.040	4.617	4.260	3.495	n.d.
2013*	3.014	4.793	4.383	3.577	n.d.
2014*	3.239	5.182	4.508	3.377	n.d.

Fonte: elaborazione su dati Ocse per gli anni '90, '95, 2000, 2005, 2009; * dal 2012 dati Who; da Rapporto Oasi Cergas Bocconi, vari anni.

La spesa sanitaria pubblica pro capite in dollari a parità di potere d'acquisto registra andamenti analoghi alla spesa pro capite totale, ma le differenze dal 1995 in poi risultano più marcate. In Italia la spesa pro capite totale cresce sempre un po' meno della pubblica, a eccezione del 1995, la cui variazione è stata del 13% contro il modestissimo 0,6% della parte pubblica (Tab. 6). In Germania e Francia la spesa delle assicurazioni private gioca un ruolo più importante (Tab. 7). In Italia, di contro, si ricorre in misura elevata alla spesa *out-of-pocket* e poco alla spesa per assicurazioni private.

Tab. 6 - Spesa sanitaria pubblica pro capite in $ Ppa

	ITALIA	GERMANIA	FRANCIA	UK	UE
1990	1.077	1.344	1.106	802	1.005
1995	1.084	1.851	1.673	1.129	1.344
2000	1.496	2.129	2.026	1.447	1.674
2005	1.917	2.576	2.606	2.239	2.227
2009	2.443	3.242	3.100	2.934	2.881
2012*	2.377	3.523	3.280	2.883	n.d.

Fonte: elaborazione su dati Ocse per gli anni '90, '95, 2000, 2005, 2009; da Rapporto Oasi Cergas Bocconi, vari anni; per il 2012 elaborazione su dati Who 2014 applicando la % di copertura pubblica della spesa sanitaria dei diversi Paesi alla spesa sanitaria procapite totale.

Tab. 7 - Spesa sanitaria pubblica pro capite, *out-of-pocket* e assicurazione privata in $ Ppa, anno 2014

	SPESA SANIT. PUBBLICA PRO CAPITE	OUT OF POCKET	ASSICURAZ. PRIVATA
ITALIA	76%	21%	3%
GERMANIA	77%	13%	10%
FRANCIA	78%	6%	16%
UK	83%	10%	7%

Fonte: elaborazioni su dati Who, da Rapporto Oasi Cergas Bocconi, 2016

I rapporti annuali sul settore sanitario più recenti confermano le tendenze osservate: il servizio sanitario italiano costa meno di quello degli altri Paesi e negli ultimi anni va verso una marcata contrazione delle risorse.

Dal 10° Rapporto Crea Tor Vergata emerge che il tasso di crescita del finanziamento nominale sin dal 2006 presenta un trend decrescente raggiungendo il suo valore minimo nel 2011 (+1,63%).

Le variazioni del finanziamento pro capite reale già nel 2008 e poi nel 2012 sono negative (rispettivamente -1,06% e -1,01%).

In termini reali il finanziamento pro capite del 2012 decresce di 8,40 euro rispetto a quello dell'anno precedente e di circa 23,50 euro rispetto al 2010 (elaborazioni Crea - Sanità su dati Ministero della Salute-Istat).

La Sanità nella Pubblica Amministrazione è il settore che ha dato il maggior contributo al risanamento della finanza pubblica: nell'ultimo triennio la spesa sanitaria in rapporto alla PA è diminuita dell'1% mentre il resto della PA aumenta del 4% (11° Rapporto Crea).

Dal 2005 al 2012 il deficit sanitario si è ridotto dell'80% e in questi anni si concentra soprattutto in Lazio e Sardegna (Rapporto sopra citato). Ma l'Italia ha perso anche lo storico vantaggio in termini di salute.

"I risultati di salute della popolazione e di apettativa di vita sono buoni ma l'Italia resta indietro su assistenza agli anziani e prevenzione… L'aspettativa di vita in Italia… è il quarto valore più alto dell'area Ocse ma dopo i 65 anni si vive peggio che in altri Paesi e l'aspettativa di vita in buona salute è tra le più basse… Tra i motivi un'offerta inferiore di assistenza a lungo termine agli anziani rispetto alla maggior parte dei Paesi Ocse (Report Ocse 2015).

Anche la recente "Revisione Ocse sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia" ha ribadito che il Ssn si trova ad affrontare due sfide: la prima è garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa in campo sanitario non vadano a intaccare la qualità dei servizi erogati, la seconda è quella di sostenere le Regioni che hanno una infrastruttura più debole, affinché possano erogare servizi di qualità pari alle Regioni con le performance migliori".

Le ultime due legislature: dal 2005 al 2015

I principali caratteri delle politiche sanitarie nazionali di questi anni risultano essere:

1) nelle relazioni Stato-Regioni si consolida il metodo pattizio che, avviato in via transitoria a cavallo della Riforma Costituzionale del 2001 per superare le numerose questioni giuridiche legate al trasferimento delle competenze, tende a sostituire gli ordinari strumenti normativi con differenti atti negoziali quali Accordi, Intese e Patti per Salute; l'ultimo Piano sanitario nazionale che, come noto, costituisce il più importante atto di coordinamento delle politiche regionali risale al 2006 e dopo la Legge 3/2001 non sono state emanate le leggi di principio sulla tutela della salute previste dall'art. 117 che avrebbero dovuto assicurare una maggiore uniformità dei sistemi regionali;

2) le politiche sanitarie sono assorbite dalle politiche di bilancio e, a livello regionale, le azioni vincolate agli obiettivi di

finanza pubblica si traducono in politiche di tagli in un contesto che guarda soprattutto ad aggiustamenti di breve periodo;

3) la situazione mantenuta emergenziale sotto l'aspetto finanziario, da un lato, e interventi che prevedono il rispetto di tetti di spesa e vincoli di destinazione per concedere alle Regioni i finanziamenti integrativi, dall'altro, consentono allo Stato di esercitare un marcato controllo sulle politiche regionali.

Anche nelle Marche il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio della sanità diventa la principale politica sanitaria dal 2005 in poi.

L'esigenza di conseguire il risultato contabile è di tutta evidenza, in particolare se messa in relazione alla pesantezza delle procedure di rientro, che contemplano un intervento diretto del Governo sulle politiche regionali sanitarie e fiscali. D'altra parte, proprio a fronte della limitatezza delle risorse, deve essere effettuato un rigoroso coordinamento delle azioni programmatiche e assunte decisioni con prospettiva di medio periodo a livello di cambiamento organizzativo.

Tra i provvedimenti legislativi in materia di sanità della Regione Marche del periodo 2005-2010, in totale 8, tre riguardano an-

cora una modifica dell'assetto istituzionale aziendale che, come detto, rappresenta la risposta più sperimentata dalle Regioni ai problemi determinati dai vincoli di bilancio (occorrerebbe verificare se ha poi corrisposto alle aspettative).

Le Leggi sono:

- L.R. 21/ 2006 "Disposizioni in materia di riordino della disciplina dell'Istituto Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Inrca) di Ancona;
- L.R. 21/ 2009 "Istituzione dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord";
- L.R. 17/2010 "Modifiche alla legge regionale 20 giugno2003 n.13: Riorganizzazione del Servizio Sanitario regionale".

Per quanto riguarda l'Inrca cambia ben poco: l'Istituto è confermato come Irccs; la personalità giuridica non diviene quella della fondazione ma è mantenuto come Ente pubblico, cui è stato aggiunto, tra gli organi, il "Consiglio di Indirizzo e Verifica" con compiti di indirizzo e controllo. Nel 2010 diventa sede dell'Associazione "Italia Longeva: Rete Nazionale di Ricerca sull'Invecchiamento e la Longevità Attiva", Associazione costituita da Ministero della Salute, Regione Marche e Inrca, le cui finalità

sociali sono quelle contenute nella denominazione.

L'istituzione dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord nasce dalla fusione per incorporazione dell'Azienda Ospedaliera San Salvatore di Pesaro e del presidio ospedaliero di rete "Santa Croce di Fano". Per il resto applica la normativa inerente le Aziende Ospedaliere.

Le modifiche alla legge 13/2003 riguardano principalmente

• il recepimento della normativa concernente l'accordo con il Miur relativamente alle facoltà di medicina che insistono nelle Aziende Ospedaliere del Ssr ;

• una prima disciplina sulle Aree Vaste, come nuovo livello intermedio tra Asur e Zone, con compiti di coordinamento, ottimizzazione dei servizi e programmazione integrata.

In sostanza, i livelli gestionali in questi anni sono tre (Asur, Aree Vaste, Zone) contro l'unico livello gestionale previsto dal d. lgs. 502 per le Aziende Sanitarie territoriali. E vero che solo l'Asur è dotata di personalità giuridica e quindi direttamente equiparabile al soggetto giuridico della normativa ora richiamata, però la diversificazione dei

compiti di organizzazione e funzionamento in tre livelli non favorisce la semplificazione dei processi né la razionalizzazione dell'offerta assistenziale: principali obiettivi alla base dell' istituzione dell'Asur.

Nel 2007 il Consiglio Regionale adotta il Piano Sanitario Regionale 2007-2009 "Il Governo, la sostenibilità,l'innovazione,lo sviluppo del Servizio sanitario regionale per la salute dei cittadini marchigiani".

Il Piano evidenzia fin dall'inizio che l'intervento programmatico nasce in un contesto di forti vincoli a livello finanziario e strutturale e che gli interventi previsti potrebbero essere fortemente condizionati dalle risorse disponibili.

Sono quindi previste manovre sia sul versante dei costi sia su quello dei ricavi.

Alla luce di tali vincoli il piano fonda il suo sviluppo sulle seguenti strategie:

• il superamento degli squilibri di sistema;

• la programmazione in continuità e coerenza con il nuovo assetto istituzionale stabilito dalla L.R. 13, sopra detta;

• l'individuazione di linee di sviluppo che consentano il governo dei cambiamenti sia nel breve che nel medio periodo;

• la predisposizione di linee d'intervento volte a trasformare i vincoli economico-fi-

nanziari in opportunità di sviluppo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate.

Gli obiettivi generali non appaiono nuovi nel contesto programmatico regionale: appropriatezza, riduzione dei tempi di attesa, orientamento ai Lea, integrazione socio-sanitaria, promozione della salute, governo clinico, prevenzione e sicurezza. Obiettivi, come detto, non nuovi, che richiedono ulteriori aggiustamenti e una diversa graduazione delle azioni programmatiche in relazione alla disponibilità delle risorse.

Va sottolineato, con particolare apprezzamento, che tra gli obiettivi è compresa la medicina di genere. Tra le azioni finalizzate allo sviluppo del sistema è prevista l'Area Vasta quale ambito ottimale d'intervento che emerge da una forte cooperazione tra le Zone e viene potenziata da una dimensione assistenziale "a rete".

Tra le Reti il Piano evidenzia:

- le Reti Cliniche:
- le Reti dei Servizi Specialistici;
- le Reti dei Servizi Territoriali;
- le Reti per la prevenzione collettiva.

Con l'Accordo di Programma firmato tra Governo e Regione il 14 maggio 2010 vengono deliberati 211,5 milioni di euro di

investimenti per le Aziende sanitarie, tra cui il finanziamento per il nuovo ospedale a sud di Ancona, che dovrà derivare dalla fusione dell'Inrca e dell'Ospedale di rete di Osimo (un altro pezzetto di Asur, oltre quello di Fano, che viene accorpato a un Presidio Ospedaliero, in questo caso Irrcs).

Il successivo accordo di programma per gli investimenti verrà firmato nel 2016.

Nella Legislatura 2010-2015 il Consiglio Regionale, su proposta della Giunta, adotta una nuova modifica dell'assetto istituzionale. Con la legge regionale 17 del 2011, l'articolazione dell'Asur per Zone è sostituita da quella per Aree Vaste. Il territorio regionale viene suddiviso in 5 Aree Vaste, i cui confini coincidono con quelli provinciali. Le funzioni non si differenziano in misura sostanziale rispetto a quelle delle Zone.

Sempre nel 2011, la Regione con il nuovo Piano sanitario 2012-2014 "Sostenibilità, appropriatezza, innovazione, sviluppo" (DA 38/2011) conferma la volontà di realizzare una più accentuata integrazione socio-sanitaria adottando un atto non più sanitario ma socio-sanitario (come il 1° piano del 1982).

La sostenibilità finanziaria resta il vincolo fondamentale: "il sistema deve tendere verso due direzioni il controllo della domanda,

con l'obiettivo di conciliare la libera scelta del cittadino con l'appropriatezza tecnica dovendo spesso adottare scelte di priorità e dall'altro ricorrere alla via della razionalizzazione dell'offerta".

La promozione dell'integrazione, della cultura della rete, della collaborazione professionale e del governo clinico sono ampiamente valorizzati anche al fine del contenimento dei tempi di attesa e di riduzione della mobilità passiva.

Per quanto riguarda il livello ospedaliero il Piano definisce le linee d'intervento per la rimodulazione dei posti letto secondo il Patto per la salute 2010-2012 e per l'implementazione delle reti cliniche.

Il modello assistenziale scelto si sviluppa per le diverse discipline sia in Area Vasta sia in ambito regionale individuando livelli differenziati di complessità e prevedendo la costituzione di Dipartimenti funzionali trasmurali di Area Vasta.

Le Reti sono organizzate secondo la logica dell'*hub & spoke*.

Il parametro dei posti letto, previsto dal Patto sopra indicato, è pari al 4°/00 di cui 0,7°/00 di lungodegenza e riabilitazione. Questo tetto comporta un taglio di circa 150 posti letto di acuzie.

Il livello territoriale, modificato dalla riduzione dei Distretti sanitari-Ambiti sociali da 36 a 23, è ugualmente costituito in Rete: Rete delle Cure Primarie e Rete delle Cure Domiciliari. Il governo della domanda è assicurato dalla presa in carico dell'assistito. La continuità assistenziale indirizza il paziente nel percorso di cura.

Dall'attuazione del piano Sanitario 2012-2014 prendono avvio alcuni importanti atti di Giunta dei quali ricordiamo per importanza sia quelli relativi alla rimodulazione dell'offerta ospedaliera sia quelli finalizzati alla definizione dei requisiti per la riconversione dei piccoli ospedali in Case della Salute.

Relativamente alla riorganizzazione dei posti letto ospedalieri, va precisato che nell'agosto 2012 lo Stato, con la legge 135 detta *Spending Review*, modifica di nuovo il tetto dei posti letto (a Patto della Salute ancora in corso che a sua volta li aveva appena ridefiniti) e al fine del contenimento dei costi stabilisce un nuovo standard al 3,7°/00 comprensivo di 0,7°/00 di riabilitazione e lungodegenza post acuzie. A tale nuovo tetto deve fare seguito l'adeguamento delle dotazioni organiche e delle Unità Operative. Per le Marche, ciò comporta, da un lato,

una ulteriore riduzione di 310 posti letto rispetto al Piano Sanitario, attestando i posti letto al numero di 5.792 unità comprensivo dei posti letto del Privato Accreditato (valore da intendersi insuperabile) e, dall'altro, alla soppressione di 18 Unità Operative. Considerato poi che le Marche si presentano come una regione caratterizzata da una forte polverizzazione ospedaliera (33 strutture pubbliche con una dotazione media di 166 p.l. contro una media nazionale di 315 p.l.) per ridurre la frammentazione ospedaliera la Giunta regionale in attuazione del Piano e della legge statale prevede la riconversione di almeno una struttura ospedaliera per Area Vasta.

In sostanza il provvedimento della Giunta regionale, al termine di tutte le previsioni programmatorie, stabilisce in 5.701 il totale dei posti letto (3,64°/00, meno 0,06°/00 rispetto al 3,7°/00 stabilito dalla legge in quanto la Regione registra la mobilità passiva) distribuito in 4.535 per acuti (2,90°/00) e 1.166 posti letto di lungodegenza post acuzie e riabilitazione (0,74°/00). Operazioni che significano 790 posti letto in meno per acuti, 240 posti letto in più per Lungodegenza post acuzie e riabilitazione, complessivamente -550 posti letto totali.

Per quanto riguarda la riorganizzazione dei sistemi di cura ospedale-territorio, nel 2013 la

Giunta regionale, sempre in attuazione del Piano, provvede alla individuazione delle strutture che nelle Aree Vaste verranno trasformate in Case della Salute: 13. La riconversione dovrà essere effettuata in stretta sinergia con le Reti Cliniche per garantire la continuità assistenziale collegata alla riconversione del Sistema dell'Emergenza Urgenza.

La Casa della Salute viene individuata come un nuovo nodo della Rete Territoriale dedicato alla post acuzie e alla fragilità, caratterizzato da differenti livelli di complessità nelle diverse realtà locali: da livelli alti (intensivo) a livelli estensivi (medio) e Lunga assistenza (basso). Possono essere previsti i posti letto cui provvedono secondo il livello di complessità o i Mmg o i medici ospedalieri del Presidio più vicino. In sostanza la Casa della Salute dovrebbe rafforzare la Rete Territoriale e le Cure Intermedie, ponendosi in un'area tra intensività e estensività per la cronicità, garantendo i servizi integrati socio-sanitari e l'assistenza domiciliare, i servizi ambulatoriali e la prevenzione, la continuità assistenziale e della presa in carico.

Infine nel 2015 il Parlamento affronta la discussione sulla nuova modifica del Titolo V della Costituzione e approva alcune modifiche alla precedente riforma costituzio-

nale del 2001. Le modifiche riguardano in primo luogo la soppressione della legislazione concorrente sulla tutela della salute, per i numerosi problemi di contenzioso con il livello centrale emersi relativamente alle materie di competenza concorrente.

Parte molto significativa della legislazione concorrente passa allo Stato, come le funzioni inerenti le "disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare". Nulla cambia in ordine alla competenza esclusiva dello Stato in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni. Resta alle Regioni la potestà legislativa in materia di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali.

Inoltre se dovesse emergere l'esigenza di garantire l'unità giuridica o economica del Paese, ovvero la tutela dell'interesse nazionale, competenza questa che sembra portarsi dietro quella della realizzazione di programmi o riforme economico sociali d'interesse nazionale, la legge statale, unicamente su iniziativa governativa, può intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva.

Il 4 dicembre del 2016 il referendum, a norma dell'art. 138, comma 2 della Costituzione, non conferma le decisioni parlamentari e la Riforma non viene promulgata.

Prima di chiudere l'esame della documentazione di questo lungo periodo di tempo, anche se l'attenzione è stata rivolta esclusivamente alle principali politiche nazionali e regionali, occorre sottolineare di nuovo che quelli qui considerati sono gli atti formalmente adottati dagli organi istituzionali.

In pochi casi sono state analizzate le azioni relative all'attuazione che rientrano, principalmente, nella sfera gestionale aziendale. La Regione svolge compiti importanti, in termini di indirizzo, valutazione e controllo delle Aziende, ma non è stato possibile affrontarli, in questa sede, per la complessità determinata dall'intervallo eccessivamente lungo (40 anni) e in presenza di soggetti gestori giuridicamente differenti (Uu.Ss.Ll., Aziende, Asur, Zone, Aree Vaste).

Una analisi più approfondita potrebbe essere effettuata dall'aziendalizzazione in poi, anche se è davvero difficile trovare una documentazione completa in tal senso, essendo molti degli interventi compiuti non necessariamente formalizzati.

Considerazioni finali

Questo breve lavoro non può prevedere per le finalità che si è assunto una qualche forma di conclusione. Ci si limita, pertanto, a effettuare alcune considerazioni finali, liberamente, non rispettando uno schema rigoroso, includendo le dinamiche marchigiane nel contesto del sistema sanitario delle Regioni.

L'insieme dei provvedimenti emanati in urgenza dal Governo centrale negli ultimi anni evidenzia una contrazione di risorse finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale senza precedenti. La sanità è sempre più sotto attacco in ogni Legge di Stabilità (vedi quella del 2016) e si rimettono in discussione anche Patti per la Salute faticosamente raggiunti. Il Servizio sanitario si rivela infatti il settore pubblico che, da un lato, meglio si presta ad assicurare ritorni economici immediati per la grande dimensione finanziaria e, dall'altro, in quanto crea meno problemi politici per la

scarsa visibilità delle prestazioni sottratte, nel breve periodo. Inoltre da anni è stato il settore della Pubblica Amministrazione destinatario di un numero eccessivo di provvedimenti da parte del Governo, che hanno agito contemporaneamente su un'ampia gamma di fattori, dalle risorse disponibili, rimaste rigorosamente in mano allo Stato, al sistema di finanziamento, ai parametri per la dotazione dei posti letto e delle Unità Operative, ai tetti di spesa, ai vincoli di capacità produttiva, alle percentuali di turnover del personale dipendente, al rinnovo dei contratti di lavoro a termine, alla libera professione, alle sanzioni per i professionisti inadempienti, alla riduzione dei servizi appaltati, a Consip e molto altro. Tutto ciò nonostante la Riforma del Titolo V.

Il Governo nazionale, sfruttando la leva finanziaria, ha pertanto mantenuto un forte controllo sull'organizzazione e il funzionamento dei Servizi Sanitari Regionali, riducendo il livello di autonomia delle Regioni.

In sostanza sono state decentrate le responsabilità e limitate le possibilità di azione. Tale sistema di relazioni concentra sugli "esecutivi" statali e regionali le funzioni decisionali, assorbendo le competenze dei livelli istituzionali assembleari (Parlamento e Consigli Regionali).

La crisi poi ha ulteriormente subordinato le politiche agli obiettivi di finanza pubblica che, a livello regionale, sempre più si sono tradotte in "tagli" e in aumenti di "entrate proprie" per aggiustamenti di breve periodo ai fini dell'equilibrio di bilancio.

Con queste premesse la regionalizzazione della sanità e l'aziendalizzazione hanno assunto significati completamente differenti da quelli istitutivi.

A livello locale il sistema vive un clima di perenne instabilità sia per i conflitti istituzionali (Stato-Regioni, Regioni-EeLl) sia per le difficoltà finanziarie e gestionali.

In questo quadro le Regioni non sono certo prive di responsabilità.

A fronte della rilevante autonomia stabilita dalla Riforma Costituzionale sono stati realizzati nei fatti 21 servizi sanitari regionali che, per la complessità di funzionamento e di organizzazione del sistema, registrano, peraltro, efficienza e dinamicità differenti, rafforzando anche il già rilevante divario Nord-Sud. In questo contesto emerge una gamma ampia di situazioni che risultano molto diversificate anche sotto l'aspetto programmatico e nei relativi interventi attuativi.

In assenza di programmazione il rischio è di adottare interventi che colgono solo

l'aspetto della restrizione delle risorse. Ma ciò può accadere anche se il disegno programmatico non è chiaro, se gli strumenti attuativi sono inadeguati, se manca la prospettiva alle decisioni, se sono stati accumulati ritardi insostenibili nella realizzazione dei processi riorganizzativi.

Se il processo decisionale è carente, se gli interventi si conformano unicamente all'equilibrio di bilancio, sono le strutture principali sotto l'aspetto organizzativo a essere maggiormente colpite, mentre restano in funzione quelle parti di offerta che dovrebbero essere rimosse o profondamente riconvertite. Va considerato che provvedimenti anche recenti del governo centrale hanno riguardato ancora i piccoli ospedali, già oggetto di numerose prescrizioni fin dai primi anni '90 ma sempre rimasti in funzione.

Lo spostamento dell'asse assistenziale verso i servizi territoriali e la definizione di percorsi integrati ospedale-territorio, in molte Regioni, resta un buon modello ripetutamente scritto nei Piani Sanitari ma scarsamente attuato; anche la Regione Marche non è esente da responsabilità.

Le Reti Cliniche, in parecchie situazioni, sono state più utilizzate per far funzionare reparti da chiudere che per assicurare al paziente percorsi diagnostico-terapeutici

integrati e di qualità. Eppure tutte le misure di cui sopra dovrebbero essere date per acquisite da tempo.

Altro argomento sempre all'ordine del giorno è quello della sostenibilità economica del sistema.

Le stime di crescita della popolazione anziana, con il conseguente aumento della disabilità e della cronicità, da un lato, e lo sviluppo tecnologico e i progressi terapeutici, dall'altro, determinano una pressione crescente sulla spesa pubblica. Per queste ragioni tutti i Paesi si confrontano con i problemi di sostenibilità economica dei servizi sanitari finanziati con risorse pubbliche.

Numerose indagini anche molto recenti evidenziano una grave situazione di difficoltà del sistema in Italia con la spesa in discesa in termini reali già dal 2011. La stessa Corte dei Conti ha certificato che i tagli alla sanità tra il 2015 e il 2018 ammontano a 10,5 miliardi di euro. Il dato italiano si colloca sotto la media Ocse sia in termini di spesa pro capite sia in rapporto al Pil e lo scarto è notevole se il confronto viene effettuato con Francia e Germania.

Nella nota di aggiornamento al Def del 2018 il rapporto tra spesa sanitaria e Pil in Italia al 2020 è previsto scendere al 6,3%,

ben al di sotto la soglia fissata come limite dall'Oms per i servizi sanitari, pari al 6,5%. Valore questo previsto per l'Italia nel 2018. La spesa diretta dei cittadini (*out of pocket*) ha raggiunto il 20% ed è tra la quote più alte rispetto ai Paesi europei contigui. "I risultati di salute della popolazione e di aspettativa di vita sono buoni ma l'Italia resta indietro su assistenza agli anziani e prevenzione" (Rapporto Ocse 2015).

In sostanza il Ssn italiano costa meno di quello di altri Paesi, soprattutto europei, da cui consegue che la sostenibilità finanziaria del sistema, quantomeno, non dovrebbe costituire un problema diverso da quello affrontato dagli altri. Le differenze però emergono non solo dal lato finanziario, ma anche in quello della qualità dell'assistenza e dell'equità dell'accesso ai servizi, in particolare in alcune regioni, soprattutto meridionali.

A fronte di una situazione di tale complessità, tra scarse risorse finanziarie e conflitti istituzionali, diversità organizzative e di funzionamento, universalismo apparente e scarsa equità, certo le cause non possono essere risolte da un'altra riforma che preveda di riportare la sanità in capo alla competenza statale, con l'obiettivo di una ulteriore riduzione della spesa, come frequentemente

prospettato dalla burocrazia statale, e neanche da differenziati livelli di autonomia tra le Regioni. Si ritiene, al contrario, che il processo di riorganizzazione del sistema dovrebbe trovare un positivo cambiamento da un più corretto equilibrio tra l'unitarietà del sistema e autonomia regionale nonché da un più equo ma concreto equilibrio dei poteri tra Stato e Regioni nell'ambito della normativa vigente. Occorre che tutti i soggetti istituzionali, e non, si impegnino su una corretta attuazione della specifica legislazione statale e regionale, tornando a privilegiare a tutti i livelli il processo di programmazione e la progettualità .

Infine, le politiche dovrebbero essere maggiormente orientate verso un adeguamento quali-quantitativo dei servizi sanitari in particolare territoriali e della prevenzione e in direzione di una maggiore equità del sistema, favorendo le azioni di empowerment, sempre che si voglia restare un buon servizio sanitario in ambito europeo.

Riferimenti bibliografici

Alessandrini P. (a cura di), *I Servizi Sanitari*, in *Rapporto Marche + 20 Sviluppo nuovo senza fratture*, Regione Marche, Ancona 2014.

AA.VV., *Meridiano Sanità: le coordinate della salute*, *Rapporto Finale*, Ambrosetti, Milano 2006.

Anessi Pessina E., Longo F., *Trent'anni di storia delle aziende del Ssn: quali coerenze tra evoluzione delle missioni e sviluppo degli strumenti governo?*, in *Rapporto Fondazione Smith*, Cergas Bocconi, Egea, Milano 2008.

Armeni P., Ferrè F., Sammariva S., *Il Confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale*, in *Rapporto Oasi 2014*, Cergas Bocconi, 2015, Egea, Milano 2014.

Bindi R., *Intervento alla 1^ Conferenza Nazionale della Sanità*, Roma 1999.

Cantù E., *La struttura del Ssn italiano*, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, *Rapporto Oasi*, Cergas Bocconi, Egea, Milano 2002.

Cislaghi C., Giuliani F., *La spesa sanitaria in Italia: incertezze, evidenze e prospettive*, in *Rapporto Sanità 2013*, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna 2013.
Clini Claudia, *Il processo evolutivo dell'ordinamento sanitario della Regione Marche*, Tecnoprint, Ancona 2012.
Clini Giancarlo, *Il processo evolutivo dell'ordinamento sanitario della Regione Marche*, Tecnoprint, Ancona 2012.
Colombo F., Mennini F. S., *L'evoluzione della spesa sanitaria nei Paesi Ocse*, in Atella V., Donia Sofio A., Mennini F. S., Spadonaro F. (a cura di), *Rapporto CEIS- Sanità*, IEP, Roma.
Commissione AA.CC della Camera dei Deputati e del Senato della Repubblica e della Conferenza dei Presidenti dei Consigli Regionali, *Indagine conoscitiva sulle riforme costituzionali e sullo stato di attuazione del vigente Titolo V della Costituzione*, Roma 2006.
Cuocolo L., *La tutela della Salute tra neoregionalismo e federalismo*, Giuffrè, Milano 2005.
D'Angelo D., Spadonaro F., *La valutazione delle performance: un esercizio sui Servizi Sanitari Regionali*, in *10° Rapporto Sanità*, Crea Sanità, Università di Tor Vergata, Roma 2014.
Di Stanistao F., Liva C. (a cura di), *Accreditamento dei Servizi Sanitari in Italia*, Centro Scientifico Editore, Torino 1997.

Di Stanislao F., Tocchini M., Di Bari P., Luzi R., Cardoni V., Materazzi R., *L'accreditamento nella Regione Marche*, in *Atti del Convegno Qualità e Accreditamento*, Bologna 1998.
Di Stanislao F., Noto G., *La funzione Qualità nelle Aziende Sanitarie: dal miglioramento del sistema di produzione all'innovazione del sistema di organizzazione,* 2002.
Dirindin N., Vineis P., *Elementi di Economia Sanitaria*, Il Mulino, Bologna 2004.
Dirindin N., Vineis P., *In buona salute: dieci argomenti per difendere la sanità pubblica*, Einaudi, Torino 2004.
Dirindin N., *Salvaguardare il sistema di welfare,riconvertire le risorse*, in «Politiche Sanitarie», anno 13, n° 2, Il pensiero Scientifico Editore, 2012.
Fiorentini G., *Interventi micro e riforme macro nel Servizio Sanitario Nazionale*, in G. Fiorentini (a cura di), *Servizi Sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna 2004.
France G., *I livelli essenziali di assistenza. Un caso italiano di "policy innovation"*, in G. Fiorentini (a cura di), *Servizi Sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna 2003.
Francia L., Gitto L., Mennini F.S., *Evoluzione della spesa in Italia e nei Paesi Ocse*, in *Rapporto CEIS-Sanità 2007*, Roma.
Giordani C., Ploner E., *Il finanziamento: investimenti e disavanzi*, in *10° Rapporto Sanità*, Crea Sanità, Università di Tor Vergata, Roma 2014.

Jommi C., Lecci F., *La spesa sanitaria: composizione e evoluzione*, in *Rapporto Oasi,* Egea, Milano 2002.
Mastrobuono I., Casati G., Scomparini L., Guzzanti E., *Indagine sul processo di aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale*, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, 1998.
Materazzi M. R., *Intervento al Forum "La Sanità che cambia"*, in «Rivista Le Cento Città», n. 29, Ancona 2006.
Materazzi M. R., *I cambiamenti strutturali del Servizio Sanitario Nazionale e i problemi di sostenibilità finanziaria*, in «Rivista Argomenti», n. 20, Franco Angeli, Bologna 2007.
Muraro G., *Sanità e Federalismo*, in «Politiche Sanitarie», n. 1, Il Pensiero Scientifico Editore, 2000.
Noto G., Di Stanislao F., *Dai profili di assistenza alla Clinical Governance: l'esperienza della Regione Marche*, in «Mecosan» XII, 2003.
Pagliariccio G., *Morire senza salute*, Dissenzi Edizioni, Viareggio 2016.
Pesaresi F., *Integrazione e continuità delle cure in Europa*, in *Rapporto Sanità 2001*, Fondazione Smith Kline, Il Mullino, Bologna 2001.
Pesaresi F., *Tendenze internazionali nell'assistenza dell'anziano non autosufficiente*, in *Rapporto Sanità 2005*, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna 2005.

Ploner E., Polistena B., *La spesa: confronti internazionali ed efficienza delle Aziende*, in *10° Rapporto Sanità*, Crea Sanità, Università di Tor Vergata, Roma 2014.
Principe M., *La sanità nelle Manovre Finanziarie*, in *Rapporto Sanità 2013*, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna 2013.
Taroni F., *I livelli essenziali di assistenza: sogno, miraggio o nemesi*, in G. Fiorentini (a cura di), *Servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna 2000.
Taroni F., Nobilio L., *Concentrazione e persistenza della spesa sanitaria: evidenze empiriche e implicazioni per le politiche sanitarie*, in G. Fiorentini (a cura di), *Servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna 2004.
Taroni F., *Il Governo del Sistema*, in *Rapporto Fondazione Smith Kline 1978-2008 trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale e di Fondazione Smith Kline*, Il Mulino, Bologna 2008.
Taroni F., *Cronache dalla crisi*, in *Rapporto Sanità 2013*, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna 2013.

Indice

Introduzione 5

Il periodo 1970-1990:
la prima riforma sanitaria
e le prime quattro legislature regionali 11

Il decennio Novanta:
la seconda e la terza riforma del Ssn
e due legislature regionali 19

Gli anni 2000-2005:
la riforma costituzionale
e la VII legislatura regionale 37

La spesa sanitaria e i disavanzi 47

Le ultime due legislature:
dal 2005 al 2015 63

Considerazioni finali 77

Riferimenti bibliografici 85