

# RIVEDERE LA GOVERNANCE DELLA SANITÀ

La lezione dell'epidemia

DI ANDREA CRISANTI

La recente pandemia di SARS-Cov2 ha messo a nudo difetti, contraddizioni e anche pregi del sistema sanitario italiano. È diventato urgente stimolare un dibattito per ripensare la struttura, l'organizzazione e la governance del nostro sistema sanitario.

Le prestazioni del nostro sistema sanitario nazionale sono erogate dalle regioni che di fatto hanno un controllo quasi totale sulla disponibilità e mobilitazione delle risorse. Questa regionalizzazione ha sicuramente il merito teorico di rispondere con rapidità e flessibilità a esigenze che originano da tessuti demografici, produttivi e territoriali differenti. La pandemia ha tuttavia messo in evidenza che le differenze profonde sul piano organizzativo, amministrativo e delle prestazioni erogate dalle regioni hanno avuto un impatto drammatico nella risposta all'emergenza. Le differenze nella organizzazione e struttura del sistema sanitario a livello locale hanno influenzato la flessibilità e la capacità di risposta alle esigenze della popolazione. Al di là di singoli esempi virtuosi il quadro che emerge è quello di una frammentazione esasperata, di iniziative non coordinate e spesso controproducenti per gli effetti combinati di una incapacità di condividere e implementare azioni e direttive coerenti sul territorio nazionale. Di fatto le regioni non rispondono a nessuno di come utilizzano le risorse e della qualità delle prestazioni erogate.

Questo documento è un contributo sintetico che esamina alcuni aspetti fondamentali della struttura e governance del sistema sanitario nazionale e propone una ridefinizione dei ruoli della sanità regionale che, mantenendo l'indipendenza di iniziativa di indirizzo e di definizione di budget, passa da centro di spesa a centro di controllo e verifica.

## **Le ASL e il rapporto con la Regione**

Il sistema sanitario è organizzato in unità operative aziende sanitarie locali (ASL) cui è affidato il compito di gestire e mobilitare le risorse assegnate. L'analisi della distribuzione delle ASL sul territorio regionale svela una prima anomalia strutturale che potenzialmente può essere una causa di malfunzionamento. Le ASL differiscono per numero e dimensioni nelle diverse regioni, ad esempio nel caso del Lazio la ASL-C comprende numerosi ospedali e copre un territorio di un milione e mezzo di assistiti. Viceversa la ASL-G sempre nel Lazio ha un bacino di circa trecentomila assistiti. Non esistono criteri o direttive che in qualche modo forniscano indicazioni sulla dimensione e struttura delle singole ASL, né tantomeno criteri che definiscano le competenze necessarie per selezionare i dirigenti preposti alla gestione di ASL che, per diverse dimensioni e complessità, richiedono necessariamente competenze ed esperienze

differenti. Inoltre non tutte le regioni utilizzano gli stessi criteri per scegliere i direttori generali. In alcune regioni i direttori generali vengono scelti da un elenco a cui si accede sulla base del curriculum che documenti cinque anni di esperienza come dirigente e il superamento di un corso di formazione per direttori generali. Il direttore generale viene scelto da una commissione nominata dalla regione in risposta ad un avviso pubblico. Il direttore generale a sua volta nomina il direttore sanitario e il direttore amministrativo in accordo con i vertici sanitari

della Regione. A complicare la situazione alcuni ospedali che hanno lo status di Azienda Ospedaliera hanno un Direttore Generale indipendente che non fa capo a nessuna ASL. Questo sistema crea un controllo capillare da parte delle forze politiche che gestiscono la regione su un gruppo ristretto di dirigenti i quali (a meno di cambiamenti politici) durante gli anni girano da una ASL all'altra. I direttori generali in questo sistema hanno una limitata autonomia gestionale e inevitabilmente diventano gli esecutori di direttive politiche che a cascata influenzano la capacità operativa e la qualità delle prestazioni erogate dalla ASL. Il direttore generale a sua volta svolge un ruolo importantissimo nella scelta dei direttori delle Unità Complesse (i primari ospedalieri) la cui nomina è spesso il risultato di mediazioni, di pressioni politiche e clientelari che poco hanno a che vedere con il merito e le capacità dei medici prescelti. Il miglioramento della gestione e della qualità della governance delle ASL non può prescindere dalla ridefinizione dei ruoli del direttore generale, il quale deve essere nominato attra-

verso un sistema che non coinvolga in nessun modo le autorità politiche regionali, e della regione stessa che si deve limitare a quello di verifica e controllo degli obiettivi di spesa e della qualità delle prestazioni. *In altre parole, il*

*confine tra politica ed amministrazione deve essere alzato al livello della direzione regionale della sanità, lasciando le direzioni generali delle ASL nell'alveo dell'amministrazione e dunque dotate di autonomia per le scelte gestionali, nel rispetto dell'indirizzo politico-amministrativo e quindi degli obiettivi forniti dalla Regione.*

**L**a pandemia ha messo in evidenza che le differenze profonde sul piano organizzativo, amministrativo e delle prestazioni erogate dalle regioni hanno avuto un impatto drammatico nella risposta all'emergenza. Le differenze nella organizzazione e struttura del sistema sanitario a livello locale hanno influenzato la flessibilità e la capacità di risposta alle esigenze della popolazione

### I distretti sanitari

Le singole ASL sono poi organizzate sul territorio in distretti la cui direzione è affidata con incarico fiduciario a persone scelte dal Direttore Generale. Le competenze del distretto comprendono le specialità ambulatoriali, la medicina legale, la piccola diagnostica radiologica, consultori, centri prelievi, centri di sanità pubblica. Progressivamente le funzioni dei distretti sono state impoverite e trascurate a scapito di investimenti effettuati su grandi ospedali. I distretti dovrebbero essere potenziati utilizzando piccoli ospedali in dismissione dando la possibilità ai medici generici e specialisti convenzionati di aggregarsi e sfruttare meglio le competenze specifiche e ridurre le liste di attesa. Nel caso delle ecografie non è raro che vi siano liste di attesa di diversi mesi. Questo accade perché negli ambulatori ospedalieri le prestazioni per esterni sono effettuate solo di mattina. Questi ritardi creano un incentivo per ricorrere a prestazioni da privati contribuendo a creare divisioni sociali. Inoltre

il progressivo impoverimento della medicina territoriale ha contribuito a creare un sovraccarico di lavoro per i servizi di pronto soccorso con effetti negativi sul loro funzionamento come testimoniato dall'elevata proporzione di codici bianchi che ogni giorno affollano queste strutture. L'attività ambulatoriale, dove possibile, dovrebbe essere portata fuori dall'ospedale e collocata nei distretti estendendo l'orario di apertura al pubblico. I distretti dovrebbero svolgere una funzione di filtro potenziando il ruolo dei medici di base, che operano sempre più distanti dal contatto con i pazienti, affiancati da attività diagnostica e assistenza infermieristica. I distretti così organizzati dovrebbero inoltre sfruttare nuove opportunità tecnologiche potenziando assistenza in telemedicina al fine di assistere malati residenti in località remote o con difficoltà a spostarsi. L'obiettivo è quello di assistere per quanto possibile il malato a domicilio o comunque vicino a casa, riducendo la necessità di recarsi al pronto soccorso e ottimizzando l'accesso a prestazioni ospedaliere.

### Gestione del Bilancio

Il bilancio delle singole ASL viene concordato annualmente con l'assessore alla sanità. La gestione del bilancio è sicuramente una delle maggiori cause di accumulo di deficit e di prestazioni inadeguate erogate dalle ASL. L'acquisto di attrezzature, reagenti e materiale segue una procedura macchinosa e tortuosa (la gara) che richiede una serie di pareri favorevoli e diversi mesi per essere finalizzata

indipendentemente se si decide di acquistare una risonanza magnetica di milioni di euro o la biancheria dei letti. La complessità di queste procedure e la necessità di avere sempre a disposizione farmaci, diagnostici e attrezzature scoraggia il rinnovo di gare e di appalti in scadenza che vengono prorogati senza poter rinegoziare costi al ribasso. Lo svolgimento degli appalti pubblici per gli acquisti di beni e servizi sanitari comporta indubbiamente ritardi che a volte incoraggiano gli affidamenti diretti o la proroga dei contratti esistenti.

In questo settore è dunque necessario agire con vere semplificazioni, potenziando le centrali di committenza regionali che si occupano di gran parte della spesa sanitaria delle regioni.

Attualmente non esistono metriche di valutazione univoche che permettano di valutare il conseguimento degli obiettivi assistenziale e di bilancio. Inoltre non esiste nessuno strumento di controllo e verifica da parte di soggetti terzi e indipendenti che valuti l'entità e la qualità della spesa. La regione e l'autorità politica ha pieni poteri sulla gestione del budget della sanità e di fatto controlla sé stessa e quindi agisce in totale regime di irresponsabilità. Non esiste una ricetta semplice che possa separare chi spende e chi controlla e allo stesso tempo velocizzare le procedure di acquisto a prezzi competitivi. I recenti progressi informatici e di vendita come quelli utilizzati da piattaforme web tipo Amazon ci offrono tuttavia un esempio da esplorare. La soluzione prevede la creazione di una piattaforma informatica dedicata al servizio sanitario nazionale attraverso la quale tutte le ASL e qualsiasi altro centro di spesa

collegato possano acquistare (previa autorizzazione del Direttore generale), a prezzi negoziati centralmente, qualsiasi prodotto o bene di cui abbiano bisogno. Il controvalore verrebbe immediatamente sottratto dal budget disponibile. Alle regioni spetterebbe poi il compito di verificare che gli acquisti effettuati siano congrui con gli obiettivi assistenziali. In questo modo sarebbe possibile evitare le gare, favorire la concorrenza in regime di trasparenza e responsabilità definite.

## Rapporti con Università

Le facoltà di Medicina e Chirurgia per attività didattica e di ricerca devono operare all'interno di strutture assistenziali del sistema sanitario nazionale il cui accesso è regolato da convenzioni e accordi anche questi differenti da regione e regione e purtroppo anche all'interno della stessa regione. Questa frammentazione genera differenze che impattano sulla capacità di ricerca delle singole università e sulla loro competitività scientifica e spesso creano conflitti gestionali di difficile soluzione. Inoltre bisogna riconoscere che le finalità didattiche e di ricerca si conciliano poco con il modo di operare del sistema sanitario che deve necessariamente adottare terapie e processi validati là dove invece l'università deve sperimentare soluzioni diagnostiche e terapie innovative che non si conciliano facilmente con l'elenco delle prestazioni ammesse. Il risultato è che la ricerca clinica in Italia è poco competitiva e le strutture assistenziali sono emarginate dai processi internazionali di sviluppo di farmaci e vaccini e terapie innovative.

La soluzione in questo caso è unica. Bisogna ritornare al passato quando la gestione della parte assistenziale delle Facoltà di Medicina era sotto il controllo del Ministero della Ricerca. Le strutture assistenziali universitarie devono ritornare autonome sotto il profilo della gestione, del budget e del personale. Solo in questo modo si potrà sganciare la potenzialità innovativa e creativa dei ricercatori dai lacci della burocrazia e della politica che domina attualmente la gestione delle ASL.

## Rapporto pubblico-privato

Il rapporto pubblico privato nel settore della sanità è disciplinato da una legislazione che, pur separandone gli ambiti, presenta numerose ambiguità e offre numerose opportunità per generare e tollerare conflitti di interesse su diversi livelli. Occorre un maggiore equilibrio nella distribuzione delle competenze. Il sistema sanitario privato deve essere messo in una effettiva competizione con il servizio sanitario nazionale in termini di qualità di prestazione, tempi di attesa e costi delle prestazioni. Alcuni ospedali privati non sono dotati, per esempio, di reparti di rianimazione o di pronto soccorso poiché troppo onerosi da mantenere. Se un malato viene operato in un ospedale privato e poi necessita della rianimazione l'ospedale privato incassa i profitti della prestazione chirurgica e trasferisce i costi della degenza in rianimazione al sistema sanitario nazionale. È evidente che l'accreditamento deve presupporre o la completezza dei percorsi assistenziali oppure deve contemplare e contrattualizzare il

passaggio in cura ad una struttura pubblica con attribuzione di una quota dei rimborsi (drg) attribuiti per la prestazione erogata dalla struttura privata.

Infine si è diffusa la pratica del Project Financing per costruire ospedali pubblici con fondi privati. però spesso accade che la pubblica amministrazione sia in realtà la parte contrattuale più debole, non avendo le competenze per la gestione di contratti assai complessi quali quelli di Project Finance. Anche qui la soluzione potrebbe essere trovata nel rafforzamento del ruolo delle centrali di committenza regionali che hanno la competenza necessaria e che potrebbero, se del caso, essere assistite nella predisposizione del project financing da una advisor professionale esterno, scelto anch'esso attraverso una procedura ad evidenza pubblica. I difetti del sistema, quindi, devono essere evitati con

una attenta elaborazione della fattibilità e delle modalità di gestione che devono essere improntate a criteri imprenditoriali.

La soluzione più semplice e trasparente per risolvere il problema del rapporto tra pubblico e privato è determinare una sana

collaborazione e una seria concorrenza tra i due sistemi nell'interesse del paziente.

Ovviamente un tale sistema prevede una attenta ricognizione degli OSP (obblighi di servizio pubblico) e dei loro costi (tipo appunto i reparti di rianimazione o di primo soccorso) e i sistemi di finanziamento che necessariamente dovrebbero

essere basati su una logica assicurativa anche per quanto concerne il finanziamento pubblico.

Tutto questo dovrebbe essere accompagnato da una revisione verso l'alto della remunerazione della dirigenza medica.

**È evidente che l'accreditamento delle strutture private deve presupporre o la completezza dei percorsi assistenziali oppure deve contemplare e contrattualizzare il passaggio in cura ad una struttura pubblica con attribuzione di una quota dei rimborsi (drg) attribuiti per la prestazione erogata dalla struttura privata**



ANDREA CRISANTI

*Professore ordinario di Microbiologia,  
Università di Padova*