



Realizzato da:

Deloitte.

Con il contributo economico di:



STUDIO SULLE DINAMICHE DI SPESA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DEL LAZIO

SINTESI RAPPORTO UNINDUSTRIA-DELOITTE

A fronte della grave e perdurante situazione finanziaria della sanità del Lazio, Unindustria - Unione degli Industriali e delle imprese di Roma, Frosinone, Rieti, Viterbo - ha conferito a Deloitte l'incarico di svolgere uno studio sulle dinamiche di spesa del servizio sanitario della regione.

L'obiettivo è di approfondire, a distanza di sei anni dalla sottoscrizione del Piano di rientro con il Governo nazionale, le ragioni che hanno condotto al fallimento degli interventi sin qui realizzati e individuare i passaggi chiave di un percorso di risanamento strutturale.

L'analisi si è incentrata sugli esiti del Piano e sull'assetto regolamentare e organizzativo della sanità laziale, soffermandosi sulle aree di maggior criticità e individuando puntuali misure correttive.

In ciò confrontando il SSR del Lazio con quello della Lombardia, regione che si distingue nel panorama nazionale per capacità di programmazione e di controllo dell'equilibrio economico finanziario del sistema.

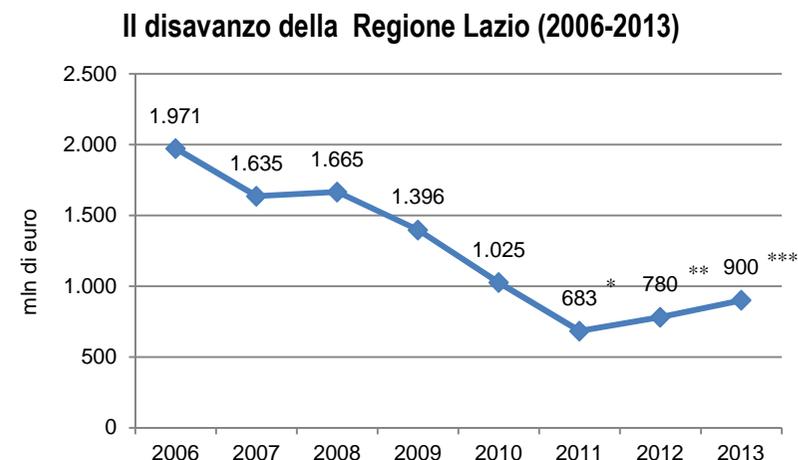
Il disavanzo e la manovra per il rientro della Regione Lazio: i risultati raggiunti

La generazione di un preoccupante livello del disavanzo sanitario ha portato la Regione Lazio a siglare – il 28 febbraio 2007 – un accordo con il Governo centrale per la definizione del Piano di Rientro. Tuttavia, gli esiti delle manovre messe in atto si sono rivelati fallimentari. Il disavanzo iniziale – quasi 2 miliardi di euro nel 2006 – si è nei primi anni ridotto per poi mostrare una preoccupante tendenza al rialzo. Gli organi di verifica continuano a segnalare persistenti e gravi inadempienze agli obiettivi del Piano, la spesa pro capite resta la più elevata in Italia, l'aliquota Irap e l'addizionale Irpef, ulteriormente aumentate nel 2011, non vengono ridotte.

Le cause del fallimento:

- il Piano di rientro è stato interpretato come **recovery plan**, anziché strumento di programmazione: le misure attuate rispondono all'esigenza contingente di ridurre il disavanzo annuale, con interventi frammentari e senza visione complessiva
- gli obiettivi del Piano raggiunti riguardano le **politiche di immediata applicazione** (contenimento della spesa farmaceutica e per l'assistenza convenzionata), mentre gli obiettivi legati a fattori più strutturali (contenimento dei costi diretti di produzione, riduzione della spesa per beni e servizi) sono ancora lontani dal raggiungimento
- la copertura del disavanzo annualmente generato è tuttora garantita da **aliquote Irap e addizionale Irpef sui livelli massimi**, con una spesa per cittadini e imprese pari a 800 milioni di euro nel 2011
- gli interventi sugli operatori privati accreditati stanno alimentando un **contenzioso** che assume crescente peso sul bilancio regionale e quindi sul disavanzo

Le verifiche degli organi di controllo restituiscono l'immagine di un sistema sanitario che, dopo sei anni dall'introduzione del Piano di rientro, non mostra apprezzabili margini di miglioramento sul piano della capacità di programmazione, governo della spesa, acquisizione di competenze economico-gestionali, affidabilità dei dati contabili, trasparenza del sistema nel suo complesso



* Tavolo di Monitoraggio, luglio 2012

** Dato stimato dal Advisor contabile della Regione Lazio, novembre 2012

*** Dato tendenziale, stimato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, dicembre 2012

Regione Lazio e Regione Lombardia: due SSR a confronto

La Lombardia ha optato sin dal 1997 per un modello fondato sulla separazione della funzione di fornitura di servizi sanitari da quella di acquisto dei servizi stessi (**modello separato**): le ASL hanno «scorporato» la produzione diretta di servizi sanitari dalle loro funzioni, limitandosi all'acquisto da strutture pubbliche e private - entrambe accreditate. L'attività delle ASL si è così potuta focalizzare, oltre che sull'acquisto, sulla programmazione e sul controllo delle attività sanitarie (c.d. PAC - Programmazione, Acquisto e Controllo).

Le caratteristiche del SSR lombardo:

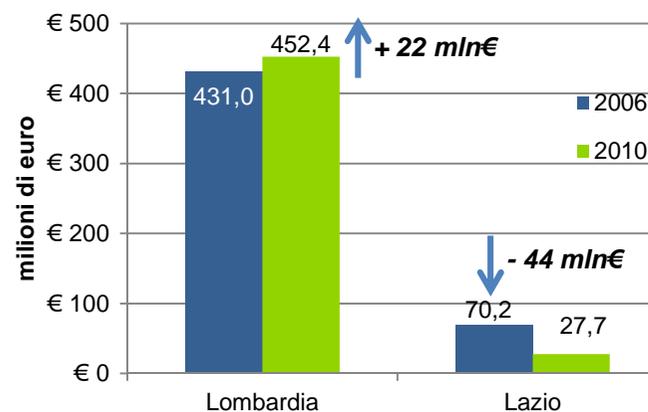
- rigido controllo della spesa
- capacità di programmazione strategica
- capacità di attrazione di pazienti non residenti

Contrariamente al caso lombardo, la Regione Lazio ha mantenuto in capo alle ASL sia il finanziamento sia la produzione diretta dei servizi ma, accanto alla fornitura diretta, è prevista anche l'erogazione da parte di strutture - pubbliche e private - dalle quali le ASL acquistano le prestazioni (**modello ibrido**).

Le caratteristiche del SSR del Lazio:

- difficoltà di delineare una visione strategica
- mancanza di strumenti di governo della spesa
- mancanza di trasparenza e di regole chiare nel rapporto con gli erogatori
- scarsa capacità di attrarre pazienti da altre regioni

Saldo della mobilità interregionale (2006-2010)



Fonte: MEF-RGS, 2006-2010

Riguardo alla **rete di offerta**, entrambe le regioni presentano un elevato numero di posti letto privati accreditati, ma il Lazio si distingue per l'attività delle case di cura accreditate, rivolta prevalentemente alla riabilitazione e lungodegenza (in Lombardia queste ultime coprono una quota maggiore delle prestazioni per acuti). Altre peculiarità del Lazio sono:

- l'alta degenza media preoperatoria (2,51 gg contro 1,66 gg)
- la concentrazione di grandi Policlinici universitari
- il forte deficit di posti letto in Residenze Sanitarie Assistenziali
- la frammentazione dei centri di specialistica ambulatoriale
- la consistente presenza di case di cura private non accreditate

Una nuova idea di SSR per la Regione Lazio: la proposta di intervento

1. MODELLO ORGANIZZATIVO

In Lombardia il rapporto con le strutture erogatrici - istituzionalizzato e consolidato - si fonda su:

- un sistema trasparente di ripartizione delle risorse
- una tempistica che consente alle strutture di pianificare l'attività

Inoltre, le risorse assegnate alle strutture riguardano la sola assistenza ai residenti (di qui l'incentivo ad attrarre pazienti non residenti)

Nel Lazio:

- manca un provvedimento che definisca in modo chiaro la ripartizione di tutte le risorse disponibili
- il processo di assegnazione delle risorse è diluito lungo tutto l'anno (spesso alla fine)
- è adottato il criterio della spesa storica, decurtata di una certa %, anziché ricorrere ad una vera programmazione
- le risorse assegnate comprendono l'assistenza ai non residenti (mobilità attiva)

PROPOSTE

- **Separazione tra le funzioni di acquisto e di fornitura dei servizi sanitari:** completamento del processo di aziendalizzazione delle ASL e trasformazione degli attuali 49 presidi a gestione diretta in Aziende Ospedaliere (maggiore responsabilità delle strutture pubbliche nel governo della spesa; competizione tra strutture pubbliche e tra queste e le private accreditate)
- **Riconoscimento della sanità privata come parte integrante e non accessoria del SSR:** parità di diritti e di doveri, estensione dei servizi erogabili dai privati accreditati
- **Definizione di un sistema chiaro e trasparente di regole annuali di funzionamento del SSR** (programmazione strategica) a dicembre dell'anno precedente
- **Definizione dei budget delle strutture erogatrici al netto della mobilità attiva** per incentivare l'attrazione di pazienti non residenti, considerando la presenza di importanti centri di eccellenza

2. GOVERNO DELLA SPESA

In Lombardia è stato affinato nel tempo un sistema di controllo della spesa e di valutazione dei dirigenti tale da garantire il rispetto dell'equilibrio economico-gestionale.

Strumenti adottati:

- benchmarking tra le diverse strutture sulle varie voci di costo
- limiti invalicabili per le principali voci di costo – personale, beni e servizi, altri oneri – fissati con il decreto di assegnazione delle risorse e oggetto di monitoraggio in corso d'anno
- articolato ed efficace sistema di valutazione delle performance dei DG, con meccanismi premianti/sanzionatori
- Nuclei Operativi di Controllo Contabile (NOCC)

Nel Lazio il raggiungimento degli obiettivi economici da parte dei Direttori Generali non è legato a sistemi premianti/sanzionatori e il processo di valutazione dei DG, macchinoso e ridondante, è considerato più come un adempimento formale ai fini del Piano di rientro che come strumento indispensabile per il controllo dell'equilibrio economico-finanziario del sistema.

PROPOSTE

- Adozione nel Lazio di **moderni sistemi di controllo di gestione** e attivazione di **benchmark tra strutture pubbliche** per monitorare costantemente e governare in corso d'anno l'andamento dei costi
- **Predisposizione in tempi utili dei documenti programmatici** e istituzione di un **ufficio dedicato** al controllo e monitoraggio della spesa
- Adozione di un **sistema di valutazione dei DG** che induca la direzione strategica delle strutture pubbliche a raggiungere prestabiliti livelli di performance: individuazione di obiettivi imprescindibili (equilibrio economico) e soglie minime per ogni ambito di valutazione

3. AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

In Lombardia:

- l'accREDITamento è il prerequisito richiesto sia alle strutture private sia a quelle pubbliche per far parte dei potenziali fornitori del SSR
- le procedure di autorizzazione e di accREDITamento sono state semplificate, per ridurre l'onere a carico dei richiedenti e per facilitare l'ingresso di nuovi soggetti erogatori
- sono previsti termini perentori per le verifiche da parte delle ASL
- è previsto l'accREDITamento di eccellenza

Nel Lazio:

- l'iter per l'autorizzazione e l'accREDITamento è complesso
- vige il blocco delle autorizzazioni per nuovi centri di specialistica ambulatoriale privati non accREDITati e per l'ampliamento dell'offerta di centri già autorizzati
- il processo di accREDITamento, previsto per le sole strutture private, è rimasto incompiuto dal 2003 e solo di recente la Regione ha accelerato le procedure per il passaggio dall'accREDITamento provvisorio a quello definitivo
- i privati accREDITati possono accedere ad un numero limitato di prestazioni di specialistica ambulatoriale
- i requisiti richiesti alle imprese sono tendenzialmente più stringenti che in Lombardia, ma slegati dalla qualità e complessità delle cure

PROPOSTE

- **AccREDITamento anche per le strutture pubbliche**
- **Accesso all'accREDITamento per tutte le attività sanitarie**
- **Semplificazione dei processi** (ottimizzazione di attori, ruoli, tempi)
- **Sblocco delle autorizzazioni** per consentire l'ingresso nel settore di nuovi operatori
- Introduzione di **meccanismi sanzionatori** per il rispetto dei tempi da parte degli uffici regionali
- **Rimodulazione dei requisiti** affinché siano più legati all'effettiva attività svolta che a rigidi fattori strutturali

4. CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI

In Lombardia:

- è applicato un articolato sistema di controllo della qualità sulle strutture pubbliche e private (piano dei controlli predisposto annualmente dalle ASL, Nuclei Operativi di Controllo che esaminano ogni anno il 10% delle Schede di Dimissione Ospedaliera e il 3,5% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, customer satisfaction, ...)
- sono previsti meccanismi di incentivo alla qualità delle cure e al miglioramento delle performance: i budget assegnati alle strutture sono modulati, entro un range definito, sulla base degli esiti della verifica di performance (qualità, efficienza, appropriatezza, soddisfazione dell'utente)

Nel Lazio:

- la funzione di controllo è stata recentemente rivista e affidata all'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (Asp Lazio); il controllo è diversificato: per i centri pubblici è previsto un controllo incrociato delle ASL, con il supporto dell'Asp, per i privati provvede direttamente l'Asp.
- la quota di controlli sulle SDO è del 3,2% nel 2007; nessun controllo sulla specialistica ambulatoriale

PROPOSTE

- **Potenziamento dell'attività di controllo su tutte le prestazioni sanitarie.** Adozione di un Piano dei controlli con il coinvolgimento di unità dedicate presso le ASL
- **Estensione dei controlli alle prescrizioni di specialistica ambulatoriale** per contrastare il fenomeno delle iperprescrizioni e accorciare le liste di attesa
- **Introduzione di incentivi alla qualità e al continuo miglioramento delle prestazioni delle strutture di ricovero:** ad es., prevedere un margine aggiuntivo sulle risorse assegnate se la verifica delle performance restituisce esiti superiori agli standard prestabiliti

5. TARIFFE

Le tariffe per il rimborso delle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale risultano – in base al confronto realizzato su quelle a maggiore volume di attività – tendenzialmente più basse nel Lazio rispetto alla Lombardia, denotando uno scarso incentivo alla qualità delle prestazioni. Fanno eccezione le RSA per le quali, tuttavia, è prevista nel Lazio la definizione non solo della tariffa sanitaria ma anche di quella alberghiera. Si rileva inoltre nel Lazio un ritardo nell'aggiornamento del nomenclatore della specialistica ambulatoriale

PROPOSTE

- **Aggiornamento del nomenclatore** per la specialistica ambulatoriale, anche in considerazione dei cambiamenti introdotti dalle innovazioni tecnologiche
- **Determinazione della sola quota sanitaria per le tariffe RSA**, riconoscendo la possibilità di una differenziazione di prezzo sulla base dei servizi offerti

6. DISPONIBILITÀ E AFFIDABILITÀ DEI DATI

Lo studio ha riscontrato una notevole difficoltà di reperimento di dati aggiornati, affidabili e omogenei, sia di natura contabile sia sulla rete dell'offerta. Gli stessi organi di verifica segnalano una persistente carenza informazioni, nonché errori ed imprecisioni negli atti regionali, raccomandando più attente valutazioni dei dati forniti. Sui dati contabili e patrimoniali, fondamentali per il controllo della spesa e il contenimento dei costi, la Corte dei Conti evidenzia scritture contabili errate, incomplete, irregolari

PROPOSTE

- Completa **ricognizione dei dati**
- Riprogettazione dei **flussi informativi**
- Potenziamento della capacità di **gestione delle banche dati**
- **Utilizzo coordinato** della piattaforma web da parte delle ASL, per un'informativa trasparente e omogenea

Quali precondizioni per una corretta attività programmatoria ed un rigido controllo della spesa

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Il presente studio individua nel modello di SSR adottato dalla Regione Lombardia gli elementi chiave per un reale cambio di passo del sistema sanitario del Lazio, un modello che introduce meccanismi competitivi nel sistema, a vantaggio della qualità delle cure e dell'efficienza economico-gestionale.

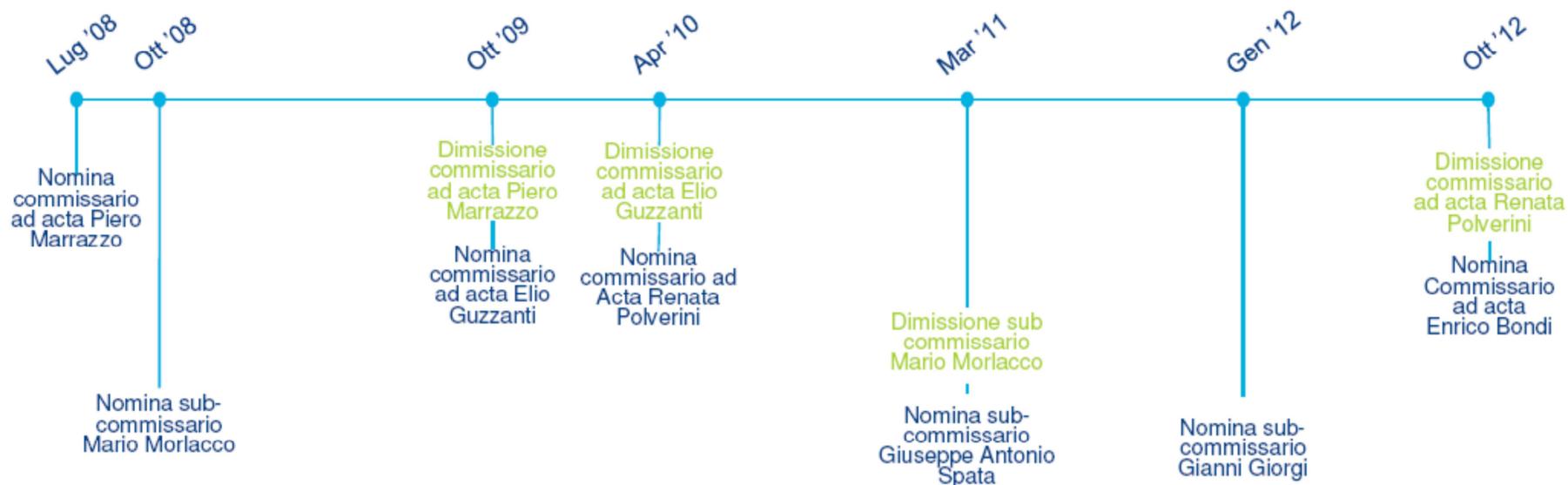
Dall'analisi svolta emergono tuttavia alcune indicazioni di fondo valide a prescindere dal benchmark prescelto.

Si tratta di fattori critici per il successo di ogni agenda politica, quali la capacità di impostare e gestire nel tempo il processo di cambiamento, il coinvolgimento di tutti gli attori verso gli obiettivi individuati, la visione di lungo periodo.

La considerazione conclusiva del lavoro è dunque che, qualunque sia il modello scelto per il SSR del Lazio, l'efficacia del percorso di risanamento non potrà prescindere da:

- una **chiara definizione dell'approccio** al tema dei servizi sanitari (modello separato/modello integrato)
- l'adozione di **strumenti di policy coerenti** con l'approccio scelto
- **un forte e continuo presidio dell'intero processo di cambiamento** (commitment), con attività di monitoraggio e di spinta al continuo miglioramento
- la **stabilità e continuità di governo**, per garantire una visione di lungo periodo

L'avvicendamento della struttura commissariale nella Regione Lazio (2008 – 2012)



LA VERSIONE INTEGRALE DEL RAPPORTO È NELLA CHIAVETTA USB UNINDUSTRIA

PER INFORMAZIONI:

guborsani@deloitte.it
silvia.conte@un-industria.it