

“Le Performance Regionali”

*Performance e monitoraggio
degli effetti
dell'Autonomia differenziata
in Sanità*



**XI edizione
2023**

D. d'Angela
B. Polistena
F. Spandonaro



DIPARTIMENTO DI
ECONOMIA E FINANZA



Università
San Raffaele
Roma



“Le Performance Regionali” ***XI edizione (2023)***

***Performance e monitoraggio degli effetti
dell'Autonomia differenziata in Sanità***



Il monitoraggio degli effetti dell'Autonomia differenziata in Sanità

Con la riforma del Titolo V della Costituzione (L. Cost. 3/2001), la Repubblica ha adottato un assetto federalista, la cui più compiuta applicazione si può affermare sia sinora stata quella in campo sanitario.

Nel disegno costituzionale riformato, una particolare rilevanza viene assunta dalla modifica dei criteri di solidarietà che regolano i rapporti fra Regioni.

Anche l'affermazione precedente trova una compiuta dimostrazione proprio in campo sanitario. Infatti, sin dalla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (L. n. 833/1978), la riduzione delle disparità territoriali è stato obiettivo prioritario delle politiche sanitarie; obiettivo normativamente confermato e rafforzato dalla definizione dei cosiddetti "Livelli Essenziali ed Uniformi di Assistenza" (LEUA, D.Lgs. 502/92), che dovevano essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Il perseguimento dell'obiettivo è stato supportato da una politica di finanziamento basata, seppure con alterne vicende relativamente ad alcuni aspetti "tecnici", sulla determinazione del bisogno sanitario: una strategia di finanziamento, quindi, che scinde completamente le risorse disponibili, da quelle regionalmente garantite, essendo quest'ultime legate ai soli specifici "bisogni" della popolazione regionale.

L'assetto del finanziamento non è cambiato neppure dopo la "perdita" dell'uniformità nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA, DPCM 29.1.2001), mantenendo il principio di ripartire l'ammontare di risorse definito a priori in base a istanze macro-economiche e politiche unicamente in base ai bisogni sanitari della popolazione. In altri termini, le risorse che si possono rendere disponibili per il SSN sono decise a priori, in base alla congiuntura economica e alla garanzia di erogazione dei LEA, e vengono poi ripartite fra le Regioni in base ai relativi "bisogni". Un assetto che intrinsecamente implica che eventuali maggiori disponibilità (e simmetricamente eventuali minori disponibilità) a livello nazionale automaticamente si trasformino in un beneficio (simmetricamente "sacrificio") distribuito su tutte le Regioni.

A ben vedere, il meccanismo che lega le disponibilità delle Regioni (al netto delle risorse proprie regionali destinabili ai cosiddetti extra-LEA) all'evoluzione economica e politica nazionale, rimane "in piedi" anche dopo la riforma costituzionale.

Infatti, malgrado l'art. 119 del "nuovo" titolo V della Costituzione, esplicitamente affermi che la perequazione regionale per i territori con minore capacità fiscale per abitante, sia limitata a garantire la possibilità per le «...Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite...», ovvero esprima una "garanzia" di finanziamento regionale che si "ferma" a quanto necessario per erogare i LEA (nel frattempo oggetto del DPCM 29.1.2001), il meccanismo perequativo contenuto nel coevo D.Lgs. n. 56/2000, continuava a prevedere un riparto proporzionale ai bisogni, annullando (a meno di una quota pari al 10%) gli effetti delle differenti capacità fiscali.

In altri termini, per molto tempo il livello del finanziamento è rimasto "esogeno", e quindi anche le eventuali variazioni del livello di finanziamento regionale: ne segue che tutte le Regioni ancora beneficiano (o soffrono) di aumenti (o riduzioni) del livello complessivo delle risorse destinate alla Sanità; le "posizioni relative" regionali, almeno in via teorica, non si modificano (al netto del 10% sopra citato): anzi, sempre l'art. 119 del Titolo V, prevede la possibilità che il livello centrale destini "risorse aggiuntive" per «... rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona...».

Volendo sintetizzare, la normativa, in tal modo, è rimasta fedele al principio originario,

“Le Performance Regionali”

ovvero quello di ridurre prioritariamente le disparità esistenti. È necessario attendere la L. n. 42/2009, per vedere sancita la volontà di superare questo approccio, riportando il meccanismo di finanziamento nell'alveo di una lettura “letterale” dell'art. 119 citato; in conseguenza di ciò, a seguire si è generata l'esigenza di definire i costi standard dei LEA (a cui dà, in qualche modo, una risposta, per quanto opinabile il D.Lgs n. 68/2011; Spandonaro, in *Quotidiano sanità* 2010); con questa “formula” si intende individuare i livelli minimi di finanziamento da garantire alle singole Regioni, affinché possano onorare “le funzioni pubbliche loro attribuite...” come previsto dall'art. 119.

Va da sé che, in questo modo, sia “saltato” il legame esistente fra livello delle disponibilità a livello nazionale e livello di finanziamento delle singole Regioni. Solo quanto necessario per coprire il costo (efficiente) atteso per l'erogazione dei LEA rimane certamente garantito per ogni Regione.

Ovviamente, è possibile che a fronte di una congiuntura economica (e una volontà politica) favorevole, siano rivisti in senso espansivo i LEA, ma va da sé che non si tratta di una opzione automatica: e anzi, si tratta di una opzione “complessa”, in quanto ogni aumento dei LEA implica in prospettiva un aumento della perequazione e, quindi, anche interessi regionali confliggenti. In definitiva, si riduce, o forse si annulla, la funzione “redistributiva” del sistema di finanziamento/riparto, che rimane limitata all'eventuale disponibilità di “risorse aggiuntive” centrali, ex art. 119, destinate a «... rimuovere gli squilibri economici e sociali ...».

In questo contesto di ripensamento del ruolo del finanziamento/riparto, come sino a quel momento interpretato, ai fini della “riduzione delle disparità territoriali”, si inserisce da ultimo il dibattito politico innestatosi sul tema del riconoscimento di “forme e condizioni particolari di autonomia per le Regioni”, note anche come forme di “autonomia differenziata”.

Si tratta di una opzione esplicitamente prevista dall'art. 116, terzo comma, della Costituzione: il recente disegno di legge “Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione” ha chiarito come essa possa/debba realizzarsi rispettando un doppio passaggio normativo e con l'obiettivo di fondo di non creare nocumento alle Regioni economicamente e organizzativamente più deboli: anzi, l'aspettativa del legislatore è che la maggiore autonomia riconoscibile ad alcune Regioni rappresenti un «... traino ...» anche per le altre.

Le condizioni per l'autonomia differenziata, in estrema sintesi, appaiono essere due: la definizione dei LEP (Livelli Essenziali delle Prestazioni) e la stima dei costi delle “ulteriori” funzioni attribuite alle Regioni richiedenti.

L'individuazione dei LEP risulta essenziale, nella misura in cui il loro rispetto è la condizione prima per poter ambire a forme di autonomia differenziata; come argomentato, la loro valorizzazione, mediante i costi standard, definisce altresì l'ammontare di risorse che devono continuare a essere garantite alle singole Regioni.

L'individuazione dei LEP è operazione complessa, come ha dimostrato la lunga gestazione in campo sanitario, e anche le difficoltà incontrate nella gestione degli aggiornamenti dei LEA: ciò non di meno, limitandoci alla Sanità, seppure con alcune criticità legate alla definizione dei costi standard (Spandonaro, in *Quotidiano sanità* 2010), la questione appare ormai “risolta”.

Altrettanto complessa è la questione del costo delle ulteriori funzioni attribuite alle Regioni, al fine del relativo trasferimento dal livello centrale a quello regionale: la stima dei costi standard si è infatti dimostrata complessa già per i LEA e dovrà essere sviluppata

per molti altri settori di intervento; inoltre, incombe sul trasferimento il rischio della perdita di alcune economie di scala: o meglio, le stime sono rese complesse dalla difficoltà di pesare la compensazione fra diseconomie di scala ed economie di “specializzazione” generate, queste ultime, grazie ad una presunta maggiore efficienza regionale.

Anche per questo aspetto, in campo sanitario l’impatto dell’autonomia differenziata appare modesto, almeno se ci limitiamo a considerare le bozze delle richieste regionali; infatti, le richieste di maggiore autonomia sono in larga misura legate alla possibilità di legiferare con maggiore autonomia su temi organizzativi, relativamente al personale, alle compartecipazioni, alla definizione dei tetti e di alcuni aspetti della politica farmaceutica, così come delle forme di sanità integrativa; almeno ad una prima analisi, non sembrano quindi esserci funzioni che prevederanno significativi trasferimenti di risorse dal livello centrale a quello regionale.

In campo sanitario, il punto di maggiore interesse, e potenziale impatto, dell’autonomia differenziata è quello relativo agli effetti sul livello di efficacia/efficienza complessivo del servizio sanitario: in altri termini, sulla capacità di innescare un processo virtuoso (il “traino” richiamato nel disegno di legge), evitando il rischio della generazione di forme di competizione “non voluta” fra le Regioni.

Un “rischio” che evidentemente non si può a priori logicamente escludere, almeno per alcune richieste di “autonomia”: si pensi al caso delle politiche retributive del personale dove, in presenza di una evidente carenza di offerta (per gli infermieri e per alcune specializzazioni e posizioni fra i medici), le Regioni con maggiori risorse potrebbero attirare le risorse migliori, generando un effetto spiazzamento per le altre.

Quanto precede induce a ritenere opportuno implementare un sistema di monitoraggio degli effetti (prospettici) della autonomia differenziata.

In altri termini, la migliore garanzia di uno sviluppo equilibrato della opzione prevista dall’art. 116 della Costituzione, rimane la misurazione continua e sistematica dei suoi effetti prodotti.

PROPOSTA PER MISURARE DEGLI EFFETTI DELL'AUTONOMIA DIFFERENZIATA IN SANITÀ

Il sistema di misurazione della *Performance* del livello di tutela della salute a livello regionale, sviluppato sin dal 2012 da C.R.E.A. Sanità, rappresenta un esempio operativo di monitoraggio, da cui è possibile prendere spunto per implementare un sistema di monitoraggio degli effetti della autonomia differenziata.

Ricordiamo che il sistema di valutazione delle *Performance* prevede, la costituzione di un *Expert Panel multistakeholder* (Istituzioni, *Management* Aziendale, Professioni sanitarie, Utenti e Industria medicale), attualmente composto da oltre 100 componenti, che provvede a:

- Individuare le Dimensioni di *Performance* (ad oggi Equità, Esiti, Appropriatezza, Innovazione, Esiti e Sociale)
- Individuare gli indicatori che le rappresentano
- Elicitare le preferenze e le costanti di scambio (attribuzione di “pesi” agli indicatori, e quindi alle Dimensioni)
- Determinare l'indice unico di *Performance* regionale.

Nella progettualità 2023, il *Panel multistakeholder* si è, inoltre, interrogato su come il sistema di misurazione della *Performance* potesse essere opportunamente utilizzato per svolgere un ruolo di supporto nel monitoraggio degli effetti dell'autonomia differenziata.

Tre necessità sono emerse come specificamente rilevanti:

- 1) effettuare una analisi dinamica delle *Performance*
- 2) allargare a nuove aree il sistema di misurazione
- 3) implementare per tempo adeguati sistemi informativi.

Sul primo punto, osserviamo come il progetto “Le *Performance* Regionali” abbia negli anni dimostrato come la *Performance* sia una “categoria” multidimensionale, multi-prospettiva e dinamica.

Questo implica che, di anno in anno, gli indicatori sottostanti la misura della *Performance* possono cambiare.

Di fatto, ai fini del monitoraggio degli effetti della autonomia differenziata in Sanità, l'elemento chiave (in ossequio al vigente disegno federalista) è la verifica che non si generino arretramenti regionali (almeno rispetto ai LEA, ma si ritiene più in generale anche rispetto alla *Performance* complessiva), ovvero che tutte le Regioni procedano in un processo di miglioramento, evitando peggioramenti attribuibili a una autonomia più competitiva che cooperativa.

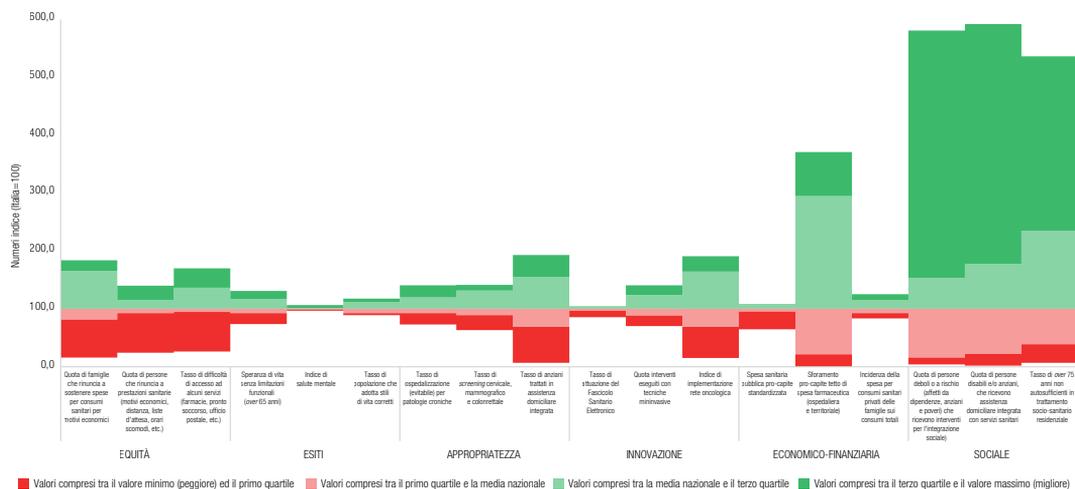
Questa esigenza richiede di operare il monitoraggio osservando le variazioni di un nucleo di indicatori “*permanent*”, onde permettere l'apprezzamento delle dinamiche in essere.

Ai fini della sintesi della valutazione, la proposta è quella di elaborare tre indicatori:

- il primo, basato sulle variazioni dell'“area” delle *Performance* peggiori regionali;
- il secondo, sul numero di miglioramenti o peggioramenti di tali *Performance*;
- ed il terzo, sulla diversa dinamica registrata dagli indicatori nelle Regioni a cui sarà stata riconosciuta un'autonomia differenziata in Sanità, rispetto alle restanti.

Nel primo caso l'aspettativa è che, coerentemente con la logica del rispetto dei LEA e del miglioramento complessivo della *Performance* (effetto “*traino*”) l'area generata (area rossa nel grafico seguente) fra il valore medio nazionale e i risultati peggiori regionali (ovvero il risultato delle Regioni posizionate in corrispondenza del valore minimo o pri-

mo quartile della distribuzione) diminuisca negli anni (ovvero crescano i livelli minimi di *Performance* regionali sui singoli indicatori). In particolare, la dinamica dell'area rossa negli anni verrà determinata considerando come base il valore medio nazionale dell'anno "zero".



In modo complementare, è possibile “contare” i casi di “peggioramento”, sempre nell’ottica di monitorare che non ci siano Regioni che perdono “contatto” con un auspicato processo di evoluzione (in senso positivo) dei servizi.

Passando alla seconda necessità evidenziata, avendo già citato la multidimensionalità della *Performance*, si ritiene che utilizzando i processi di elicitazione delle preferenze sviluppati nell’ambito del progetto “Le *Performance* Regionali”, sia possibile raffinare ulteriormente l’indicatore, elaborando una “area standardizzata” in base ai pesi attribuiti alle diverse Dimensioni o ai diversi indicatori prescelti.

Aggiungiamo che il *Panel* ha ritenuto che alcune aree specifiche di monitoraggio meritino di essere prese in considerazione; nello specifico:

- assistenza ospedaliera ed extra-ospedaliera
- equità di accesso alle cure
- livello di integrazione socio-sanitaria
- sistemi di prevenzione (adozione stili di vita corretti, *screening* etc.)
- digitalizzazione dei servizi assistenziali
- accesso alle tecnologie innovative
- assistenza domiciliare
- efficientamento dei processi gestionali

Infine, la terza necessità emersa dal *Panel*, richiede un adeguato investimento per migliorare i sistemi informativi: infatti, spesso i sistemi di monitoraggio adottati nell’ambito del SSN sono stati costruiti (anche) sulla base della disponibilità dei flussi informativi che, peraltro, sono stati originariamente sviluppati per altre necessità, per lo più di tipo amministrativo.

“Le Performance Regionali”

L'importanza di monitorare il rispetto dei LEA, anche attraverso una estensione degli attuali sistemi istituzionali (NSG etc.) alle altre aree identificate, e degli effetti della autonomia differenziata richiede, invece, un investimento per sviluppare nuovi e adeguati sistemi informativi, in particolare a copertura di alcune aree che rimangono ampiamente carenti: senza pretesa di esaustività, il digitale, il socio-sanitario, la comunicazione tra professionisti e tra professionisti e pazienti/careviger.

Nello specifico si richiama la necessità di poter elaborare nuovi indicatori per:

- la mobilità passiva, distinta per forma assistenziale (ospedaliera ed ambulatoriale), con focus su cronici/fragili e bassa complessità (anziani, malati rari etc.)
- il disagio economico per le spese sanitarie private, esteso anche alla componente non diretta (viaggi per raggiungere la struttura, alloggio, vitto etc.)
- le liste d'attesa
- la diffusione della medicina digitale e la digitalizzazione dei servizi, normalizzata rispetto al bisogno
- la *customer satisfaction*, espressa in termini di qualità percepita dagli utenti per le prestazioni erogate
- la efficienza/efficacia del Servizio Emergenza-Urgenza Territoriale (118)
- la formazione del personale, in particolare extra-ospedaliero
- l'integrazione socio-sanitaria.

I tre indicatori proposti per il monitoraggio degli effetti dell'autonomia differenziata in Sanità, auspicabilmente integrato con indicatori ritenuti qualificanti (prima citati), ma di cui non si dispone ad oggi di flussi informativi esaustivi, potrebbero così rappresentare un supporto alla programmazione socio-sanitaria, attraverso l'indicazione non solo del “verso” degli effetti ma anche degli eventuali ambiti di azione, nei diversi “livelli” (nazionale, regionale e locale).