

Osservatorio sui sistemi sanitari

Osservatorio sui sistemi sanitari

Esiste un modello sanitario piemontese?*

Davide Servetti**

SOMMARIO: 1. Modelli e sistemi sanitari; – 2. Modelli sanitari regionali. Una nozione polimorfa; – 3. Il modello piemontese dopo il riordino del 1992-1993: cenni essenziali; – 4. Il Servizio sanitario piemontese negli anni 2007-2017: rilettura sintetica di un decennio complesso ed elementi di base per la comprensione del modello; – 5. Il modello piemontese: aveva visto giusto lo Statuto? Il carattere “attuativo” delle principali scelte di assetto e di organizzazione del SSR; – 6. Una intelligente attuazione non comporta alcun deficit di innovazione o alcuna carenza di specificità. Un Piemonte che “adatta”, un Piemonte che “insegna”; – 7. Una componente qualificante, peculiare, esemplare del modello piemontese le reti sanitarie; – 8. Tra Regione e Comuni: processi di aggregazione inter-aziendale ed infra-aziendale, programmazione locale, integrazione socio-sanitaria; – 9. Alcune considerazioni conclusive.

ABSTRACT:

Il presente lavoro espone i risultati della ricerca intitolata “Caratteri giuridico-istituzionali e organizzativi del sistema sanitario e socio sanitario della Regione Piemonte: individuazione e analisi di un modello regionale di tutela del diritto alla salute” promossa e sostenuta dal CEIMS – Centro d’Eccellenza Interdipartimentale per il Management Sanitario dell’Università del Piemonte Orientale e da Federsanità ANCI Piemonte, con il patrocinio della SODIS – Società italiana di Diritto sanitario. Il rapporto della ricerca è stato presentato in occasione del XV Convegno nazionale del Diritto sanitario, Alessandria 16-17 novembre 2017

1. Modelli e sistemi sanitari

Il quesito dal quale prende le mosse il presente rapporto necessita di alcune precisazioni preliminari. Domandarsi se esista o meno un *modello sanitario piemontese*, infatti, com-

* Contributo referato dalla Direzione della Rivista.

** Dottore di ricerca in Diritto costituzionale nell’Università del Piemonte Orientale, Segretario scientifico del Centro d’ecceellenza interdipartimentale per il management sanitario (CEIMS), davide.servetti@uniupo.it

porta che si rifletta anzitutto sul significato e sulla funzione della figura dei *modelli sanitari regionali* o, meglio, attesa la pacifica esistenza nel nostro paese di ventuno¹ servizi sanitari regionali, sul senso che può avere attribuire la qualità di *modello* a uno, ad alcuni o alla totalità di essi oppure, che è ancora diverso, ricondurre ciascuno di essi entro una tipologia di modelli.

Come noto, di *modelli* si può anzitutto parlare a livello di sistemi sanitari nazionali, con ricorso a classificazioni variabili, spesso afferenti al campo di studi delle scienze economiche e sociali². Così, le proposte classificatorie più diffuse pongono al centro le due dimensioni macrostrutturali che connotano alle fondamenta la configurazione e il funzionamento dei sistemi sanitari, quella del finanziamento e quella della produzione dei servizi, disegnando la propria tipologia in base alla prevalenza degli attori pubblici o di quelli privati all'interno di tali dimensioni³. Talora, classificazioni di questo genere concentrano l'attenzione primariamente su fonti e schemi di finanziamento e, sempre avvalendosi della dicotomia pubblico/privato, danno luogo a tipologie più articolate centrate su tale variabile⁴. Altre proposte, ambendo ad una visione più complessa in grado di evidenziare all'interno dei principali modelli la logica che li governa, affiancano alle predette dimensioni macrostrutturali, quelle dei valori e dei principi ispiratori, da un lato, e i processi di regolazione, dall'altro⁵.

¹ Come viene spesso ricordato, la corrispondenza alle venti regioni italiane di ventuno servizi sanitari origina dalla autonoma configurazione che assumono da sempre i due sistemi provinciali della Regione Trentino Alto Adige: per uno studio che, a breve distanza dalla riforma sanitaria del 1998-99 e dalla revisione costituzionale del 2001, propose un'analisi complessiva cfr. R. BALDUZZI (a cura di), *I Servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, Giuffrè, 2005; puntualmente, sui sistemi trentino e bolzanino, si v. all'interno del volume poc'anzi citato i contributi di M. COSULICH (*I servizi sanitari regionali a due anni dalla riforma costituzionale. Il Trentino*, pp. 135 ss.) e G. PARODI (*Il sistema sanitario della Provincia autonoma di Bolzano*, pp. 373 ss.).

² Per una recente rassegna di alcune importanti tipologie classificatorie, cfr. G. BERTIN, *I sistemi sanitari regionali: una proposta di classificazione*, in Id., C. CIPOLLA (a cura di), *Verso differenti sistemi sanitari regionali*, Venezia, ed. Ca' Foscari, 2013, pp. 25-30.

³ Così S. YAYA, G. DANHOUNDO, *Introduction: special issue on innovations in health care system reform in OECD countries*, in *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 20, 2015, n. 1, p. 3, richiamando fonti OECD basate su studi consolidati (es. J. FIGUERAS, E. MOSSIALOS, M. MCKEE, F. SASSI, *Health care systems in Southern Europe: is there a Mediterranean paradigm?*, in *International Journal of Health Sciences*, 1994, n. 5: v. G. BERTIN, *I sistemi*, cit., pp. 25-26) e prendendo a riferimento i sistemi sanitari degli stati appartenenti a tale organizzazione internazionale, distinguono tre modelli principali esistenti: *i) public integrated model*, nel quale il finanziamento e la gestione dei servizi sono prevalentemente di tipo pubblico; *ii) public contract model*, nel quale il finanziamento è prevalentemente pubblico ma la gestione avviene da parte di attori prevalentemente privati; *iii) private insurance-provider model*, nel quale il finanziamento proviene prevalentemente da assicurazioni private e i gestori sono a loro volta prevalentemente soggetti privati.

⁴ Si veda la tassonomia proposta in OECD, *Proposal for a taxonomy of health insurance*, Parigi, 2004.

⁵ Così ad es. H. ROTHGANG, C. WENDT, L. FRISINA, *Healthcare system types: a conceptual framework for comparison*, in *Social Policy & Administration*, 43, 2009, n. 1, la cui metodologia classificatoria conferma i tre modelli storici principali usualmente considerati: *i) servizio sanitario nazionale*, ove «i valori di riferimento si rifanno all'equità ed alla costruzione delle condizioni che consentono un accesso al sistema dei servizi uguale per tutti. Il finanziamento segue la logica della tassazione pubblica (diretta e indiretta). I fornitori dei servizi sono pubblici e la regolazione è di tipo gerarchico. Lo stato svolge la funzione di pianificazione e di controllo del sistema»; *ii) sistema assicurativo sociale*, ove «l'equità è perseguita consentendo un accesso uguale ai servizi attraverso la diffusione a tutti di fondi assicurativi. Il finanziamento è in capo alla società che regola i contributi secondo il reddito degli individui. Anche i fornitori sono di tipo societario

Ogni classificazione origina necessariamente dalla comparazione tra sistemi sanitari nazionali esistenti, tanto che è frequente contrassegnare ciascun idealtipo con il riferimento ad uno o più sistemi paradigmatici del medesimo⁶. Il che conferma che lo studio dei modelli, trovando nella comparazione il proprio punto di avvio e, spesso, anche parte determinante dell'approdo finale (nel momento in cui i modelli astratti divengono strumenti euristici e valutativi dei sistemi reali), deve fare i conti con i contesti di sviluppo di ciascun sistema/modello tanto sul piano spaziale quanto su quello temporale. Questa circostanza viene ricordata in particolare da chi affronta il tema da un punto di vista di analisi comparata delle politiche pubbliche sanitarie, nel cui ambito un'importanza fondamentale ha l'assunzione di una prospettiva storica di evoluzione dei sistemi e dei modelli⁷.

Entro questa prospettiva risulta difficile negare una priorità, tra le variabili fondanti le diverse tipologie classificatorie, a quella del finanziamento del sistema, in grado di manifestare i valori fondamentali che lo ispirano e di conformarne la struttura al cui interno possono secondariamente combinarsi, secondo soluzioni anche notevolmente differenziate, le variabili attinenti alla produzione e gestione dei servizi o alla organizzazione della governance. È infatti con riferimento a tale variabile principale che la storia dei sistemi sanitari dei paesi più avanzati ci consegna essenzialmente tre opzioni fondamentali: l'opzione per un sistema di assicurazioni private, organizzato attraverso contratti individuali e volontari basati su premi commisurati al rischio attuariale del singolo; l'opzione per un sistema di assicurazioni sociali, più o meno vincolato dalla conformazione delle categorie professionali e produttive e più o meno orientato all'universalità e alla globalità della copertura; l'opzione per un sistema (c.d. "a servizio sanitario nazionale") finanziato dalla fiscalità generale, necessariamente governato dall'attore pubblico e decisamente orientato ad una protezione universalistica e globale della salute⁸.

e includono soggetti pubblici e privati. La regolazione si rifà ad una logica di governance ibrida, basata sulla negoziazione fra le corporazioni, all'interno di una cornice normativa definita e di un insieme di controlli statali; *iii*) sistema sanitario privato, ove «il valore di riferimento non è più l'equità di accesso, ma la corrispondenza fra i servizi erogati e la possibilità di pagamento. La base del finanziamento è assicurativa ed il premio versato è messo in relazione al tipo di rischio e alle modalità di risposta. I fornitori di servizi sono privati di tipo profit. La regolazione pubblica è limitata e ci si affida alle dinamiche della concorrenza» (le citazioni letterali sono tratte da G. BERTIN, *I sistemi sanitari regionali*, cit., p. 26, il quale così descrive brevemente la tipologia proposta nello studio di H. ROTHGANG, C. WENDT, L. FRISINA, *Healthcare system types*, cit.).

⁶ F. TARONI, *L'analisi comparativa delle politiche sanitarie tra diffusione delle leggi e apprendimento sociale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 2009, p. 21, richiamando la tipologia tradizionale dei tre modelli storici che fa da sfondo anche allo studio citato nella nota precedente, parla di tre modelli "puri" e li riferisce a USA, Germania, Canada. Anche L. SANG-YI, C. CHANG-BAE CHUNG, L. YONG-GAB, S. NAM-KYO, *The national health insurance ad one type of new typology: the case of South Korea and Taiwan*, in *Health Policy*, 85, 2008 parte dalla tipologia tradizionale, aggiungendo un quarto tipo nato proprio dalla difficoltà di ricomprendere in essa alcuni sistemi sanitari orientali: riferimenti sintetici in G. BERTIN, *I sistemi sanitari regionali*, cit., p. 27.

⁷ Su questa complessità spazio-temporale dell'analisi comparativa cfr. le considerazioni di F. TARONI, *L'analisi comparativa delle politiche sanitarie*, cit., pp. 18-25.

⁸ Come si è accennato nella nota 6, tali modelli ("assicurativo-privato", "mutualistico", "a servizio sanitario nazionale") sono in genere ricondotti ai paradigmi statunitense, tedesco, britannico/canadese (lo sviluppo storico del sistema britannico, che ha attraversato importanti trasformazioni rispetto all'originario modello del National Health Service del

Come evidente, all'interno di questi modelli, le logiche dello Stato e del mercato giocano reciprocamente ruoli profondamente diversi ed è proprio il confronto tra i sostenitori dell'uno o dell'altro che connota una parte rilevante della discussione sulle trasformazioni dei sistemi sanitari. Se è vero che, storicamente, si conoscono molte vicende di transizione da sistemi di assicurazione sociale a sistemi "a servizio sanitario nazionale", mentre non sono noti, nell'ambito dei sistemi sanitari avanzati, casi di transizione inversa nonostante rilevanti tentativi compiuti in questa direzione⁹, è altrettanto vero che queste spinte, pur non riuscendo a mutare il paradigma, possono condizionare le prassi e le logiche di funzionamento dei sistemi universalistici a base fiscale, a favore di un aumento degli spazi di azione degli operatori privati.

La storia del SSN italiano rientra in questa casistica ed è alla luce delle vicende del 1992-1993 (e più estesamente degli anni Novanta del Novecento) che ha acquisito (ma anche rapidamente mutato) significato la discussione sui modelli sanitari regionali.

2. Modelli sanitari regionali. Una nozione polimorfa

Nel 1992, il decreto legislativo n. 502 di riforma del SSN aveva introdotto una terza fondamentale innovazione di sistema, accanto alla regionalizzazione "forte" e all'aziendalizzazione. Essa poteva riconoscersi nelle previsioni di cui all'art. 9 del decreto, originariamente rubricato "Forme differenziate di assistenza". Tale disposizione avrebbe consentito la costruzione di un "secondo pilastro" di finanziamento delle prestazioni sanitarie, tale da reintrodurre forme di mutualismo sostitutive del canale di pagamento e accesso alle prestazioni gestito nelle forme ordinarie del SSN. Come è stato messo in luce nella dottrina giuridica, l'istituto in questione, la cui formulazione normativa presentava qualche voluta ambiguità atta ad accrescere questo potenziale¹⁰, avrebbe creato un doppio circuito di finanziamento e, a cascata, anche di erogazione delle prestazioni in grado di "svuotare" nel tempo il "pilastro" del sistema sanitario universalistico finanziato dalla fiscalità generale¹¹. L'attivazione di tali forme differenziate di assistenza veniva posta nella disponibilità delle Regioni, oltre che di quei «soggetti singoli o consortili, ivi comprese le mutue volontarie»¹² che sarebbero divenuti i maggiori attori di questo cambiamento.

1948, induce gli osservatori ad indicare, oggi, il sistema canadese come quello che meglio esprime le caratteristiche del modello).

⁹ Sul punto v. F. TARONI, *L'analisi comparativa delle politiche sanitarie*, cit., p. 22.

¹⁰ Ad iniziare da quella che riguardava la locuzione utilizzata in rubrica, "Forme differenziate di assistenza", che nel testo diveniva "forme di assistenza differenziata".

¹¹ Ripercorre questa vicenda e ne esamina nel dettaglio i profili giuridici e di politica sanitaria R. BALDUZZI, *Le «sperimentazioni gestionali» tra devoluzione di competenze e fuoriuscita dal sistema*, in *Quaderni regionali*, 2004, n. 2.

¹² Art. 9, d.lgs. 502/1992 nel testo originale.

In uno scenario del genere, la differenziazione tra servizi sanitari regionali avrebbe potuto imboccare la via di una vera e propria “fuoriuscita” dal modello nazionale, con la creazione di modelli sanitari “alternativi” a base essenzialmente assicurativa.

Una simile prospettiva, tuttavia, venne preclusa e superata dal decreto legislativo integrativo e correttivo n. 517 del 1993, il quale serrò l’ingresso a canali di finanziamento alternativi e concorrenti alla fiscalità generale, così sottraendo questa dimensione fondamentale ai processi di caratterizzazione e differenziazione dei servizi sanitari regionali e portando la “questione” dei modelli essenzialmente sul piano della organizzazione e gestione dei servizi. Il decreto n. 517, infatti, modificò il 502/1992, eliminando quell’art. 9 e sostituendolo con una disposizione dedicata ai fondi sanitari integrativi, previsti quali forme di reperimento di prestazione *aggiuntive* e non sostitutive di quelle garantite dal SSN¹³.

La figura delle «sperimentazioni gestionali», locuzione con la quale l’originario art. 9, comma 4, del decreto designava i percorsi di realizzazione delle forme differenziate di assistenza avviati dalle Regioni, subì invece una radicale trasformazione. Ad essa fu dedicato un art. 9-*bis* nel quale tali sperimentazioni (già previste nella legge delega) venivano descritte come forme e processi organizzativi volti allo svolgimento integrato sia di opere sia di servizi, finalizzati al miglioramento della qualità delle prestazioni e imputabili anche a soggetti misti pubblico-privato, nonché assoggettati all’autorizzazione e alla verifica della Conferenza Stato-Regioni.

Nell’esperienza applicativa, che ha visto peraltro una riformulazione della disposizione nel 1999 e nel 2001¹⁴, le sperimentazioni gestionali hanno consentito l’adozione di forme organizzative dei servizi sanitari (e socio-sanitari) differenziate rispetto a quelle stabilite nella legislazione nazionale. Frutto di un compromesso per consentire forme controllate di gestione pubblico-privata dei servizi, l’istituto è stato utilizzato al fine di sostenere una importante presenza degli erogatori privati e pubblico-privati in sanità soprattutto all’interno del sistema lombardo, nell’ambito di un modello di SSR (disegnato dalla l.r. 31/1997) improntato alla separazione tra soggetti regolatori/acquirenti e soggetti erogatori/gestori dei servizi, favorevole ad un certo tasso di competizione tra ospedali pubblici e privati, ispirato all’idea del “quasi-mercato” e ad una interpretazione marcatamente liberale del principio della libertà di scelta del paziente.

A partire dalla riforma regionale del 1997, il SSR lombardo, facendo leva su tali scelte di fondo, si è dunque caratterizzato come un modello dai tratti deliberatamente distinti e peculiari. Benché la Regione abbia presto iniziato un percorso di correzione progressiva del suo

¹³ La disposizione è stata poi ulteriormente revisionata dal d.lgs. 229/1999, che confermato la scelta di fondo sulla natura integrativa e non sostitutiva di tali strumenti.

¹⁴ Con il d.lgs. 229/1999 e con il d.l. 347/2001 (conv. l. 405/2001): due modifiche ispirate a logiche diverse: *funditus* R. BALDUZZI, *Le «sperimentazioni gestionali»*, cit. La modifica più significativa apportata nel 2001 risiedette nell’eliminazione della previsione (rafforzata nel 1999) dell’autorizzazione da parte della Conferenza Stato-Regioni, sostituita con quella da parte della singola Regione.

impianto¹⁵ (culminato nella recente e profonda revisione di cui alla l.r. 23/2015¹⁶), il sistema lombardo ha rappresentato e continua per alcuni caratteri propri¹⁷ a rappresentare il caso più significativo degli spazi di differenziazione delle sanità regionali. Si è trattato e si tratta però di un modello sostanzialmente “eccentrico” nel panorama nazionale, riconoscibile e riconosciuto per la sua eccezionalità che, all’interno delle analisi comparative tra SSR e delle connesse tipologie classificatorie, conduce sempre a considerarlo come uno dei modelli-tipo, ma anche come caso singolare. Forte di questa sua riconoscibilità rispetto al governo del rapporto pubblico-privato in sanità, nonché della sua elevata capacità di offerta di prestazioni, tale modello, benché non riprodotto in alcuna delle altre Regioni italiane, ha costituito un punto di riferimento anche all’interno di altri contesti regionali (e nel dibattito nazionale) per i fautori di politiche sanitarie più o meno ispirate ai medesimi principi di fondo.

Se la questione dei rapporti con il privato ha senz’altro segnato la discussione sui modelli sanitari regionali, trovando in quello lombardo la dimostrazione della possibilità di non “fuoriuscire” dal sistema del SSN e contemporaneamente informare a logiche parzialmente divergenti l’organizzazione e la gestione del SSR, sono anche altri i significati che tale discussione ha assunto nella sanità italiana.

La combinazione tra regionalizzazione “forte” e aziendalizzazione, sancita con la riforma del 1992-1993 e ridefinita in un quadro dotato di maggiore coerenza e organicità nel 1999, offre infatti alle Regioni italiane la possibilità di manovrare in significativa autonomia le leve di governo dei propri SSR, ad esempio: *a*) praticando i notevoli spazi di conformazione delle aziende sanitarie alle caratteristiche particolari dei rispettivi territori (dimensioni regionali, rapporto tra aree urbane e rurali, sistema dei trasporti e della mobilità, sistema degli enti locali, ecc.), sia regolando i rapporti di direzione e autonomia tra livello regionale ed aziendale (maggiore accentramento regionale/decentramento aziendale) nonché i rapporti tra aziende (coordinamento gerarchico/cooperazione paritaria, previsione di moduli convenzionali, creazione di strutture interaziendali, ecc.); *b*) modellando diversamente l’assetto dell’apparato di governo regionale e degli organi direttivi aziendali (previsione di un’agenzia regionale per la sanità, individuazione di figure o organismi particolari all’interno delle aziende, ecc.); *c*) governando con maggiore o minore autonomia alcuni fattori di produzione delle prestazioni (HTA, politiche del personale, rete della logistica, servizi farmaceutici, ecc.); *d*) incidendo sul peso e sulle proporzioni reciproche dei “macro-livelli” (rapporto servizi ospedalieri e territoriali, ruolo della prevenzione); *e*)

¹⁵ Sulle ragioni e sui modi di questa precoce modifica della direzione di marcia, cfr. B. PEZZINI, *Ventuno modelli sanitari? Quanta diseguaglianza possiamo accettare (e quanta diseguaglianza riusciamo a vedere). Il cosiddetto modello lombardo*, in R. BALDUZZI (a cura di), *I Servizi sanitari regionali*, cit.

¹⁶ Per una prima analisi della nuova organizzazione del SSR lombardo v. V. GHETTI, *La riforma sociosanitaria e altre trasformazioni nella governance del welfare lombardo*, in www.lombardiasociale.it, 2016.

¹⁷ Di questi, la forte presenza del privato sanitario resta quello di maggiore continuità, mentre la logica della separazione tra aziende “acquirenti” e aziende “erogatrici” ha subito una forte attenuazione a seguito della riforma del 2015: sul punto v. V. GHETTI, *La riforma sociosanitaria*, cit., pp. 16-20.

disegnando i rapporti tra politiche sanitarie e altre politiche regionali (rapporto tra sanità e sociale, rapporto tra funzioni di tutela della salute e funzioni di tutela ambientale); *f*) selezionando priorità o target specifici di salute (livelli aggiuntivi, contrasto a determinati fattori di rischio, creazione di reti cliniche o di percorsi diagnostico-terapeutici particolari in base a patologie o specialità mediche).

Anche da un rassegna non organica e non esaustiva come questa, emerge come i profili sui quali può incidere la Regione nel governo del proprio SSR siano vari e numerosi. Tra questi profili, molti sono di ordine organizzativo ed è effettivamente con riferimento alla dimensione organizzativa o della governance dei servizi che si muovono diverse analisi sui modelli sanitari regionali¹⁸.

In questo scenario, è particolarmente rilevante osservare che tutto ciò avviene nell'ambito di una intensa interazione tra livello nazionale e regionale e a questo proposito è essenziale almeno ricordare che il quadro di regole nel quale si sviluppano queste dinamiche è presidiato dalla fonte costituzionale e da una corposa e rilevante giurisprudenza del giudice delle leggi. Basti richiamare la rilevanza del principio di implicazione reciproca tra garanzia del diritto alla salute e organizzazione dei servizi sanitari che condiziona in profondità l'assetto della materia sanitaria e con riferimento al quale si è consumata anche la vicenda, piuttosto nota, della riconduzione alla materia di potestà legislativa concorrente "tutela della salute" di una ipotetica materia "organizzazione sanitaria" rivendicata da alcune Regioni alla potestà residuale¹⁹.

¹⁸ Per due esempi, rispettivamente, più e meno recenti: G. BERTIN., C. CIPOLLA (a cura di), *Verso differenti sistemi*, cit.; FORMEZ, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Roma, 2007. L'ambito di studi è praticato soprattutto dalle discipline economiche e sociologiche, ma non mancano lavori di taglio giuridico-istituzionale (es. E. CATELANI, G. CERRINA FERRONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, Giappichelli, 2011; S. ANTONIAZZI, *Governance territoriale e nuovi modelli di organizzazione sanitaria*, in P. BILANCIA (a cura di), *Modelli innovativi di governance territoriale*, Milano, Giuffrè, 2011). Significativo che sia con riferimento alle scelte di governance e, soprattutto, di dimensionamento e organizzazione delle aziende sanitarie che si parli di "modelli sanitari regionali" all'interno della *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013*.

¹⁹ Il principio di necessaria implicazione tra garanzia dei diritti (in particolare, di quelli sociali: *amplius* A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, in *Enciclopedia giuridica*, Roma, Treccani, 1989; B. PEZZINI, *La decisione sui diritti sociali: indagine sulla struttura costituzionale dei diritti sociali*, Milano, Giuffrè, 2001) e sistemi organizzativi ad essa finalizzati costituisce un punto fermo in materia di tutela della salute (R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. Cassese (dir.), *Dizionario di diritto pubblico*, Milano, Giuffrè, 2006; M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERRONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute*, cit.). In ambito sanitario, tale principio è specificamente rinvenibile in numerose decisioni della Corte concernenti il riparto di competenze Stato-Regioni, ove si è affermato che tanto i livelli essenziali di assistenza (*ex pluribus* sentt. 88/2003 e 134/2006 red. De Siervo) quanto i principi fondamentali della materia (*ex pluribus* sentt. 355/1993, red. Baldassarre; 181/2006 e 371/2008, red. Quaranta) possono sostanziarsi in norme di carattere organizzativo o direttamente incidenti sull'organizzazione sanitaria (la quale, proprio in ragione del principio ricordato, non è ricostruibile come materia a sé stante ma «è parte integrante della "materia" costituita dalla "tutela della salute"»: sent. 371/2008). Del resto, la possibilità che previsioni di natura organizzativa accedano alla determinazione dei l.e.a., per un verso, si giustifica alla luce dello stesso principio di appropriatezza (clinica e organizzativa) individuato dalla legge quale criterio principale di selezione delle prestazioni ivi includibili (art. 1, c. 7, d.lgs. 502/1992), per altro, conferma che la necessaria implicazione in discorso viene ad integrare decisamente le condizioni di effettività del diritto (R. BALDUZZI, *I livelli essenziali in sanità*, in G. BERTI, G.C. DE MARTIN (a cura di), *Le garanzie di effettività dei diritti nei sistemi policentrici*, Milano, Giuffrè, 2003; ID., *Livelli essenziali di assistenza vs. livelli minimi*, in G. BARBERIS, I. LAVANDA, G. RAMPÀ, B. SORO (a cura di), *La politica economica tra mercati e regole*, Sove-

Il rapporto tra livello nazionale e regionale, prima che il confronto tra singoli SSR, costituisce in effetti una dimensione di assoluto rilievo per comprendere i modelli sanitari regionali. Dopo il tentativo del 1992-1993, spentosi in partenza, di introdurre un “secondo pilastro” di finanziamento, tale per cui lo sviluppo dei *modelli* regionali può ragionarsi soltanto entro i confini del *modello* universalistico e a fiscalità generale del SSN; e dopo il chiarimento della questione di fondo del rapporto tra pubblico e privato (intesa sia sul piano delle relazioni tra SSR ed erogatori privati sia sul piano delle logiche di funzionamento delle stesse aziende pubbliche), rimasta parzialmente ambigua nei primi anni dell’aziendalizzazione e ridefinita in termini inequivoci dalla razionalizzazione del 1999 (specialmente attraverso l’introduzione del sistema c.d. delle 3A e dell’istituto dell’*intra-moenia*, oltre che più in generale con la definizione del rapporto tra fondi integrativi e garanzia dei livelli essenziali), tale per cui sembra derubricato il tema dell’alterazione del paradigma pubblicistico del SSN²⁰, almeno per tramite dell’autonomia regionale in sanità; oggi, il confronto tra sviluppo dei modelli regionali e sviluppo delle politiche sanitarie nazionali può essere osservato proficuamente con riferimento all’approccio di base che i primi adottano nei confronti delle seconde. È infatti interessante notare come la caratterizzazione dei propri modelli da parte delle Regioni possa avvenire, rispetto ai profili di organizzazione e funzionamento dei SSR sopra ricordati, per un verso, sia utilizzando lo “strumentario” presente nella legislazione nazionale sia creando da sé alcuni “congegni organizzativi”, per un altro, sia praticando maggiori iniziativa e autonomia nei tempi e modi di adozione delle proprie politiche sia muovendosi in maggiore coerenza e rispondenza agli indirizzi nazionali (non di rado facendosi in tal caso parte diligente e attiva nel concorso alla determinazione di questi ultimi).

Simili coordinate interpretative offrono una chiave di lettura interessante per comprendere la natura e le tendenze evolutive dei singoli SSR e, viste le vicende che lo riguardano, specialmente di quello piemontese e del suo “modello”.

ria Mannelli, Rubettino, 2005). Se è vero che il principio di necessaria implicazione tra garanzia del diritto alla salute e organizzazione sanitaria si è spesso rivelato funzionale alla soddisfazione delle istanze di unità del sistema, tuttavia esso legittima altresì una lettura “forte” della regionalizzazione del SSN (R. BALDUZZI, *Sul rapporto tra regionalizzazione e aziendalizzazione in campo sanitario*, in *Quaderni regionali*, 2008, n. 3), tale per cui ciascuna Regione partecipa attivamente e secondo il proprio autonomo indirizzo di governo alla determinazione delle modalità di protezione del diritto alla salute, potendo caratterizzare il proprio “modello” di tutela del diritto alla salute a partire dalle scelte di organizzazione del SSR. E la circostanza va ovviamente apprezzata nella sua portata sistemica alla luce dell’assoluta preponderanza delle politiche sanitarie (e sociali) tra quelle assegnate dalla Costituzione (e dal bilancio pubblico) alle cure delle Regioni (E. ROSSI, E. STRADELLA, *La politica regionale in materia di assistenza sociale e sanitaria*, in P. BAGNOLI, M. CARLI, A. PIZZORUSSO (a cura di), *Il tempo della Regione – La Toscana. Il Volume – Un primo bilancio dopo quarant’anni*, Firenze, Giunti, 2011).

²⁰ Ciò che ha ridimensionato, ma non ha comunque eliminato il problema della c.d. visione economicistica diffusasi quale “effetto collaterale” dell’aziendalizzazione: spunti ricostruttivi in R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2013, pp. 70 ss.

3. Il modello piemontese dopo il riordino del 1992-1993: cenni essenziali

Nella “prima stagione” del SSN, quella regolata dalla legge n. 833 nella sua versione originaria e caratterizzata dall’assetto istituzionale che essa disegnava nel distribuire le competenze tra Regioni e Comuni, il Piemonte può annoverarsi tra le Regioni che più hanno saputo valorizzare le scelte di fondo della Riforma sanitaria, ponendosi tra quelle di “avanguardia” nel processo di attuazione della stessa. Le indicazioni forse più significative di questa rispondenza della politica sanitaria regionale ai principi e alle finalità del SSN possono ricavarsi dalla vicenda della programmazione sanitaria regionale, uno strumento di governo del sistema che il Piemonte ha saputo utilizzare efficacemente (peraltro, con una buona regolarità cronologica) investendovi una grande parte delle scelte di costruzione del proprio SSR, con aspetti innovativi anche nei contenuti (ad es. con riferimento alla questione della integrazione tra sanitario e sociale)²¹.

La “cesura” del 1992-1993 comporta alcune discontinuità anche rispetto a questa tradizione. Una di esse riguarda senz’altro la “separazione” tra servizi sanitari e sociali che la Regione sceglie, nei primi anni di attuazione della riforma *bis*, di gestire tendenzialmente nel segno dell’autonomia tra i due settori e complessi organizzativi e perciò in un rapporto con i Comuni che fatica a trovare spazi di integrazione.

Negli anni Novanta (con le l.r. 39/1994 e 61/1997) la Regione attua l’aziendalizzazione del SSR e adotta tendenzialmente soluzioni organizzative coerenti con la legislazione nazionale, come dimostra ad esempio la scelta di costituire, accanto ad aziende sanitarie locali dotate di presidi ospedalieri di dimensioni piccole e medie, anche aziende ospedaliere cui ricondurre i nosocomi maggiori.

Analoghe considerazioni si possono svolgere – ed è aspetto molto significativo – con riferimento al rapporto tra pubblico e privato. Caratterizzato da una presenza di strutture private proporzionalmente meno rilevante che in altre Regioni (anche limitrofe, come Liguria e Lombardia), il Piemonte gestisce tale rapporto senza optare per politiche particolarmente nette (a favore o disfavore) degli operatori privati, benché cresca l’interesse sul finire degli anni Novanta e l’inizio dei Duemila per una prospettiva di sviluppo che potrebbe mutare questa tendenza a favore di un maggior ruolo del settore. È in questo contesto che si sviluppa un progetto di riassetto del sistema piemontese verso una prospettiva “lombarda” di separazione tra soggetti “acquirenti” e soggetti “erogatori” di servizi sanitari. Esso si

²¹ Non potendo ripercorrere, nell’economia del presente rapporto, questa vicenda, si consenta di rinviare a D. SERVETTI, *Il modello dei PePS nella programmazione delle politiche per la salute in Piemonte: profili evolutivi e questioni aperte della programmazione integrata*, workingpaper del progetto RoPHS-Report on the Piedmont Health System, Alessandria, 2012.

sedimenta in un d.d.l. presentato durante la VII Consiliatura (il n. 348), il quale, dopo un *iter* complicato, non verrà approvato e andrà incontro a decadenza²².

Non appare disconnessa dalla prospettiva “lombarda” di sviluppo del SSR piemontese (giacché simili modelli favoriscono e hanno spesso bisogno, per essere sostenibili, di una certa quota di sovrapproduzione di prestazioni da valorizzare grazie alla mobilità inter-regionale), anche la tendenza al potenziamento e alla crescita quantitativa dell’offerta di servizi (specialmente ospedalieri) che si registra negli stessi anni e che, per altro verso, si ricollega altresì al “vuoto programmatorio” che si produce in attesa di un nuovo piano sanitario che non arriverà.

Quello del d.d.l. n. 348 rappresenta l’unico vero tentativo di “allontanamento” dal modello nazionale che è possibile registrare nella storia della sanità piemontese, anche tenendo conto di quanto si riferirà nel prosieguo con riferimento alla proposta di riassetto della fine del 2010.

La scelta di restare coerente con il modello nazionale trova del resto, proprio sul finire della VII Consiliatura, significativa corrispondenza anche nello Statuto del 2005, dove l’art. 9, comma 3, – trattandosi di una delle pochissime norme statutarie in tema di salute e sanità, ha una sua rilevanza notarla – afferma in termini piani ma chiari la riconduzione del SSR piemontese al quadro del SSN.

4. Il Servizio sanitario piemontese negli anni 2007-2017: rilettura sintetica di un decennio complesso ed elementi di base per la comprensione del modello

Il decennio che quest’anno volge al termine si apre con una riforma della sanità piemontese particolarmente incisiva. La legge n. 18 del 2007, infatti, veicola due cambiamenti strutturali. Il primo è quello sul quale il legislatore piemontese sembra puntare maggiormente, investendolo di una dichiarata funzione di impulso e di governo dello sviluppo futuro del SSR: la riconfigurazione delle procedure, dei soggetti e degli atti della programmazione socio-sanitaria regionale. Il secondo cambiamento coincide con il riassetto delle aziende sanitarie regionali, avviato con i commissariamenti dell’anno precedente, il quale rappresenta la più importante operazione di fusione aziendale condotta all’interno dell’organizzazione sanitaria piemontese dopo quella del 1994, che aveva attuato l’aziendalizzazione

²² Sull’impostazione di base e i contenuti del d.d.l. 348 v. A. GIORGIS, F. PALLANTE, *L’organizzazione ospedaliera, l’assistenza farmaceutica e l’integrazione sociosanitaria nella Regione Piemonte a due anni dalla revisione costituzionale e dall’attribuzione al legislatore del compito di determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, in R. BALDUZZI (a cura di), *I Servizi sanitari regionali*, cit.

delle 63 USSL piemontesi allora esistenti²³ mediante un forte processo di aggregazione territoriale e organizzativa²⁴.

La riforma della programmazione, che denota simbolicamente la volontà del legislatore regionale di riprendere la tradizione che il Piemonte aveva sviluppato negli anni di costruzione del SSR successivi alla l. 833 del 1978, delinea un sistema programmatico improntato: *a)* al coordinamento tra gli strumenti pianificatori regionale e locali; *b)* alla cooperazione tra i livelli istituzionali regionale, aziendale e comunale, specialmente attraverso la valorizzazione degli organismi di raccordo esistenti; *c)* alla integrazione tra servizi sanitari e sociali, specialmente attraverso l'incentivazione della coincidenza dei rispettivi ambiti territoriali e l'introduzione di procedure di consultazione o intesa sui rispettivi atti programmatici; *d)* alla partecipazione ai processi programmatici da parte degli utenti, delle organizzazioni sindacali e del terzo settore, di altri soggetti istituzionali come le Università; *e)* alla valutazione periodica, intesa sia come valutazione di impatto sulla salute delle decisioni strategiche interne e (soprattutto) esterne al sistema sanitario, sia come valutazione di efficacia e di effettività delle scelte programmatiche.

Si tratta di un disegno manifestamente ambizioso.

Per un verso, esso nasce quando se ne è già testata la sostanza con riferimento al principale degli strumenti programmatici: il Piano socio-sanitario regionale 2007-2010, che viene approvato dal Consiglio regionale a pochi mesi dalla legge (D.C.R. 24.10.2007, n. 137-40212) dopo circa un anno e mezzo di gestazione caratterizzato da una intensa fase consultiva, nonché dopo dieci anni dall'approvazione del precedente piano²⁵.

Per altro verso, il sistema programmatico della legge n. 18 verrà realizzato solo in parte e risulta oggi la componente meno effettiva della riforma del 2007²⁶.

Diversa sorte è quella del riassetto delle aziende sanitarie, il quale mostra oggi la propria solidità con riferimento alle aziende sanitarie non metropolitane e può ritenersi essere stato coerentemente sviluppato – non senza difficoltà – tanto con la revisione delle aziende torinesi del 2012 (AOU Città della salute e della Scienza) e 2016 (ASL Città di Torino) quanto con la riorganizzazione degli ambiti distrettuali interni alle ASL come da ultimo risultante dagli atti aziendali approvati nel 2015.

²³ Originariamente, gli ambiti delle USSL (istituite con tale denominazione dalla l.r. 20 del 1982) furono fatti coincidere (in forza del rinvio operato alla l.r. 3 del 1980) con quelli delle unità locali dei servizi. Tali ambiti erano stati individuati in epoca antecedente alla riforma sanitaria nazionale del 1978, con la l.r. 41 del 1976, che ne definiva 76: di qui la numerazione identificativa delle USSL tenuta ferma fino al 1994 nonostante le successive aggregazioni che ne portarono il numero effettivo a 63.

²⁴ La prima istituzione delle nuove aziende sanitarie regionali è avvenuta con la l.r. 39 del 1994, la quale aveva ricomposto gli ambiti territoriali delle vecchie USSL in 22 aziende USL (che con la l.r. 61 del 1997 assumeranno la denominazione di ASL-Aziende sanitarie locali) e aveva altresì costituito 7 aziende ospedaliere.

²⁵ Piano sanitario regionale 1997-1999, approvato con la legge n. 61 del 1997 e successivamente prorogato.

²⁶ Specialmente sul piano della programmazione locale. Si tornerà nel § 8 su questi aspetti; per un quadro più analitico benché non aggiornato alla situazione attuale, volendo v. D. SERVETTI, *Il modello dei PePS*, cit.

Se l'VIII consiliatura (2005-2010) termina con una attuazione della riforma del 2007 e del PSSR 2007-2010 ancora in corso per importanti profili (dall'adozione dei Profili e Piani di salute disegnati nella legge n. 18 alla revisione della rete ospedaliera prefigurata nel piano regionale), la IX reca da subito tre novità, di diversa natura e portata, in grado di modificare notevolmente lo scenario: a seguito delle elezioni regionali del marzo 2010, muta l'orientamento politico-amministrativo della Regione; il 29 luglio 2010 viene firmato il piano di rientro tra Regione e Ministero dell'Economia e Finanze; nell'estate del 2011 si manifesta la crisi del debito pubblico e inizia, come noto, una fase di revisione e di contrazione della spesa pubblica che coinvolge tutti i livelli di governo e tutti i comparti.

L'interazione di questi tre fattori principali apre una fase di particolare incertezza.

La nuova Giunta mostra di voler affrontare i problemi finanziari del SSR assumendosi la responsabilità del piano, nell'ambito della procedura di affiancamento che chiama anzitutto la Regione, con margini di decisione almeno inizialmente non esigui, a proporre i contenuti del percorso di rientro dal disavanzo e di riqualificazione dei servizi. D'altro canto, il rinnovato esecutivo regionale ha un proprio programma di riforma del SSR, il quale prevede tra l'altro un riassetto aziendale particolarmente penetrante, in particolare attraverso lo scorporo di tutti i presidi ospedalieri (anche quelli minori) dalle aziende sanitarie locali e la loro attribuzione alle aziende ospedaliere, così da separare la gestione della rete territoriale da quella della rete ospedaliera, imputandole a due tipi di aziende regionali distinti. Il progetto si intreccia con la elaborazione del c.d. *addendum* al piano di rientro, il quale reca il programma attuativo del piano stesso. L'*addendum* (adottato con D.G.R. 28 febbraio 2011 n. 44-1615 e poi rettificato, a seguito di rilievi ministeriali, con D.G.R. 29 aprile 2011, n. 49-1985), infatti, fa proprio il predetto riassetto aziendale, nel frattempo approvato (in forma di proposta della Giunta al Consiglio) con D.G.R. 29 dicembre 2010, n. 51-1358²⁷. Il percorso di tale riorganizzazione dunque assume la doppia veste di atto esecutivo del programma politico-amministrativo della nuova Giunta e di strumento attuativo del piano di rientro, secondo l'argomento, del tutto condivisibile in principio, per cui un mero aggiustamento dei conti attraverso riduzioni di spesa temporanee senza una revisione dei fattori organizzativi generatori della spesa stessa non sarebbe in grado di raggiungere realmente l'obiettivo del riequilibrio del bilancio sanitario regionale.

Questa doppia natura del progetto non giocherà a favore, tuttavia, né dell'esecuzione del programma di mandato né dell'attuazione del piano di rientro. La riorganizzazione prefigurata nella D.G.R. del dicembre 2010, infatti, raccoglie presso il Consiglio regionale rilievi critici di legittimità²⁸ e di merito, che porteranno a modificarla (D.G.R. 3 febbraio 2012, n.

²⁷ La delibera contiene anche una parte immediatamente esecutiva, che dispone il commissariamento delle aziende sanitarie regionali i cui direttori generali siano in scadenza di contratto.

²⁸ Se inizialmente si revoca in dubbio la legittimità della riforma in quanto essa verrebbe meno alle norme statali di principio aventi ad oggetto i requisiti dei nosocomi elevabili ad autonoma azienda ospedaliera (si veda l'interrogazione del consigliere Lepri e la relativa risposta dell'assessore Cavallera nella seduta del 18 gennaio 2011 del Consiglio regionale),

12-3345) nell'ambito del percorso di elaborazione del nuovo PSSR. Quest'ultimo (approvato con D.C.R. 3 aprile 2012, n. 167-14087) segnerà il definitivo abbandono di quel progetto di riorganizzazione del SSR, pur prevedendo due modifiche all'assetto delle aziende sanitarie regionali di rilievo: la prima è l'individuazione della nuova azienda ospedaliera "Città della salute e della scienza di Torino"²⁹, con la quale si dà seguito a un processo di razionalizzazione delle aziende torinesi già auspicato, pur in forma diversa, nel precedente PSSR e destinato a proseguire; la seconda è l'individuazione di sei nuovi enti di area vasta, denominati "federazioni sovrazionali"³⁰.

Questa prima fase (2010-2012) di "intreccio" tra iniziative regionali di politica sanitaria e attuazione del piano di rientro si conclude con un esito, su entrambi i fronti, diverso da quello auspicato.

Sul primo, come si è visto, declina il progetto di "separazione" tra ospedali e territorio. Di questo disegno restano peraltro elementi di non secondaria rilevanza (dotati di una autonomia propria rispetto all'idea dello scorporo dei presidi ospedalieri dalle ASL, tale da renderli funzionali anche all'assetto aziendale esistente e futuro). Si tratta *in primis* dell'adozione del modello "hub/spoke" (già noto a molte esperienze regionali), il quale, finalizzato a riconfigurare i rapporti interni alla rete ospedaliera e già presente sia nell'*addendum* sia nel PSSR 2012-2015, successivamente sarà previsto anche nel Patto per la salute 2014-2016 e verrà confermato dai provvedimenti regionali di revisione della rete ospedaliera del 2014 e 2015 (i quali rivedranno, invece, la classificazione dei nosocomi stabilita nel PSSR). Il PSSR 2012-2014 lascerà tracce anche su altri temi, come quello della rete dell'emergenza (la cui struttura è assunta a fattore condizionante la riorganizzazione di quella ospedaliera) e delle cure primarie (nel cui sistema viene introdotta la figura dei CAP – Centri di assistenza primaria).

Sul secondo versante, quello del piano di rientro, il tavolo di verifica degli adempimenti, nel dicembre 2011, dà un giudizio negativo che, oltre alla mancata erogazione da parte

più articolata è la questione della quale viene investita la Commissione regionale di garanzia statutaria con riferimento alla delibera (D.G.R. 44-1615) di adozione dell'*addendum* al piano (che faceva propria la riorganizzazione *proposta* nella D.G.R. 51-1358) con la quale la minoranza consiliare denunciava un'invasione da parte della Giunta delle competenze sulla programmazione sanitaria riservate dalla l.r. 18/2007 al Consiglio (cfr. Parere della Commissione 28 aprile 2011, n. 1).

²⁹ L'azienda (risultante dalla fusione dell'AOU San Giovanni Battista, dell'AO C.T.O. Maria Adelaide e dell'AO O.I.R.M. Sant'Anna) verrà prima costituita in azienda ospedaliera (d.p.g.r. 19 giugno 2012, n. 45) e poi trasformata in azienda ospedaliero-universitaria (d.p.g.r. 6 dicembre 2013, n. 71).

³⁰ Ente introdotto poche settimane prima con la l.r. 28 marzo 2012, n. 3 di modifica della l.r. 18/2007. Le federazioni, prendendo il posto delle aree di coordinamento sovrazonale, sono pensate come enti di area vasta per l'esercizio di funzioni amministrative trasversali alle aziende sanitarie "federate" che vanno oltre quelle della programmazione degli acquisti di beni e servizi, abbracciando anche la gestione del patrimonio, gli affari legali, la logistica, le reti informative, ed altri compiti individuati nella legge istitutiva. Costituendosi come società consortili a responsabilità limitata di diritto privato, esse rispondono quindi ad una logica assai diversa rispetto allo schema della cooperazione interaziendale che aveva caratterizzato (e tornerà a caratterizzare) l'area vasta nell'esperienza della sanità piemontese, benché non vengano dotate di personale proprio e siano chiamate invece ad operare avvalendosi di personale «assegnato funzionalmente alla Regione, dalle aziende sanitarie e dagli enti locali» (così l'art. 23, l.r. 18/2007 nel testo introdotto dalla l.r. 3/2012).

dello Stato della seconda tranche del contributo integrativo previsto dal piano, comporterà la necessità di una rielaborazione dei contenuti del percorso di riduzione del disavanzo e riqualificazione dei servizi cui si porrà mano efficacemente soltanto nel 2013.

Ai due fattori “regionali” che si sono finora considerati va associato quello “nazionale” coincidente con il periodo più complesso della gestione della crisi del debito sovrano italiano e i conseguenti, numerosi e rilevanti, provvedimenti normativi. L’esame di questo terzo fattore va oltre, naturalmente, le finalità di questo rapporto. Tuttavia, fermo il fatto che, tra il 2010 e il 2011 (gli anni dell’avvio del piano di rientro piemontese) muta radicalmente il quadro macro-economico generale (e quindi anche quello di riferimento del piano stesso), non è fuori luogo segnalare che la crisi e la fase politica e di politiche pubbliche che essa generò tra il 2011 e il 2013 richiederanno a Governo e Parlamento l’adozione di provvedimenti normativi che avranno ricadute determinanti anche sull’evoluzione della sanità piemontese negli anni di sottoposizione al piano. Tra di essi, ha avuto una incidenza indiretta, ma per non perciò meno rilevante, l’introduzione del controllo della Corte dei conti sul bilancio regionale nelle forme del c.d. giudizio di parificazione, che incrocerà più volte la vicenda della riduzione del deficit sanitario³¹; mentre, tra i provvedimenti direttamente rilevanti, vengono in primo piano il d.l. 95/2012 (conv. l. 135/2012) e il d.l. 158/2012 (conv. l. 189/2012), i quali offriranno un impulso decisivo per la revisione della rete ospedaliera (posti letto) e territoriale (cure primarie), senza considerare altri aspetti non minori come ad esempio le norme sull’acquisto di beni e servizi. Il primo dei due provvedimenti, inoltre, reca un’innovazione normativa che inciderà sulla stessa procedura del piano di rientro piemontese. L’art. 15, comma 20, del decreto, rende applicabile alle Regioni in piano di rientro, che non abbiano superato positivamente le verifiche ministeriali al termine del periodo di riferimento, la facoltà, già prevista in via eccezionale dal d.l. 78/2010 (conv. l. 122/2010), di proseguire il piano mediante programmi operativi di durata triennale, senza necessità di commissariamento³².

³¹ Da questo punto di vista l’operazione di conoscenza e trasparenza sui conti regionali che prese le mosse a seguito dell’emersione nel 2010 del deficit sanitario regionale (la cui risaleza nel tempo veniva espressamente attestata dal testo dell’accordo del 29 luglio 2010, che fa riferimento all’esito del Tavolo di verifica degli adempimenti per l’anno 2004, oltre che dallo stesso PSSR 2007-2010, il quale ne dava tuttavia una configurazione diversa da quella successivamente impostasi) ha presto portato ad un chiarimento complessivo dello stato finanziario della Regione, che l’assessore alla sanità pro tempore manifestò all’opinione pubblica con toni inequivoci già nel 2012 e che venne poi definito nella sua portata proprio nell’ambito dei successivi giudizi di parificazione. A questo proposito, peraltro, va segnalato che il disavanzo prodotto dal sistema sanitario abbia concorso solo in parte alla creazione di quello totale riferibile al complesso delle spese regionali, essendosi anche verificata negli anni una comunicabilità problematica e irregolare tra poste di bilancio, sanitarie e non sanitarie, che ha aumentato le criticità finanziarie e ne ha ridotto la comprensibilità delle cause.

³² Precisamente, l’art. 15, c. 20, d.l. 95/2012 (conv. l. 135) stabilisce che «Si applicano, a decorrere dal 2013, le disposizioni di cui all’articolo 11, comma 1, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, qualora al termine del periodo di riferimento del Piano di rientro ovvero della sua prosecuzione, non venga verificato positivamente, in sede di verifica annuale e finale, il raggiungimento degli obiettivi strutturali del piano stesso, ovvero della sua prosecuzione». A sua volta l’art. 11, comma 1, d.l. 78/2010 (conv. l. 122/2010) prevedeva che «Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, le regioni sottoposte ai piani di rientro per le quali, non viene verificato positivamente in sede di verifica annuale e

L'anno successivo, il Piemonte si avvarrà di questo percorso e il 10 settembre 2013 sottoporrà ai tavoli ministeriali una bozza dei Programmi operativi per il triennio 2013-2015, che verrà poi approvata con D.G.R. 30 dicembre 2013, n. 25-6992.

Si entra così in quella che possiamo identificare come “seconda fase” (2013-prima metà 2014) del piano di rientro piemontese.

Questa transizione porta con sé la revisione di alcune scelte pregresse, tra le quali spicca la soppressione delle neo-istituite federazioni sovrazionali (l.r. 13 novembre 2013, n. 20), le cui difficoltà di attivazione si ritenne avessero generato criticità superiori ai vantaggi attesi. Ciò non conduce ad un immediato allineamento tra provvedimenti regionali e obiettivi di piano, come attesta la problematicità della D.G.R. 12 maggio 2014 n. 28-7588 (e delle presupposte nn. 11-7572 e 12-7573 approvate in pari data) concernente la ridefinizione della rete ospedaliera pubblica e privata, la quale, dopo pochi mesi, verrà sottoposta a diversi rilievi presso i tavoli ministeriali, per essere poi sospesa dalla nuova amministrazione regionale³³. E tuttavia, con l'approvazione dei Programmi operativi, la Regione definisce una linea più aderente agli impegni del percorso di riduzione del disavanzo e di riqualificazione dei servizi, precludendo a quella che può considerarsi la “terza fase” (l'ultima) del piano di rientro (seconda metà 2014-2016).

Questa fase vede l'intervento di alcuni fatti nuovi: le elezioni regionali del 25 maggio 2014 portano una discontinuità di indirizzo politico amministrativo, insediandosi una nuova maggioranza consiliare e una nuova Giunta; nel luglio del 2014 viene conclusa in Conferenza Stato-Regioni l'intesa sul Patto per la salute 2014-2016; tra il 2014 e il 2015 si completa l'iter di approvazione del regolamento sugli standard ospedalieri previsto dal d.l. 95/2012 (conv. l. 135/2012). Non da ultimo, nel 2015 il quadro macro-economico inizia a dare segnali di miglioramento.

Per il percorso di risanamento e riqualificazione piemontese, il punto di riferimento restano i Programmi operativi 2013-2015, ma il loro completamento (che richiederà un anno ulteriore rispetto al termine previsto) riceve alcuni impulsi decisivi proprio dai fattori

finale il raggiungimento al 31 dicembre 2009 degli obiettivi strutturali del Piano di rientro e non sussistono le condizioni di cui all'articolo 2, commi 77 e 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, avendo garantito l'equilibrio economico nel settore sanitario e non essendo state sottoposte a commissariamento, possono chiedere la prosecuzione del Piano di rientro, per una durata non superiore al triennio, ai fini del completamento dello stesso secondo programmi operativi nei termini indicati nel Patto per la salute per gli anni 2010-2012 del 3 dicembre 2009 e all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. La prosecuzione e il completamento del Piano di rientro sono condizioni per l'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, già previste a legislazione vigente e condizionate alla piena attuazione del Piano – ancorché anticipate ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189, e dell'articolo 6-bis del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito con modificazioni dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2 in mancanza delle quali vengono rideterminati i risultati d'esercizio degli anni a cui le predette risorse si riferiscono.

³³ Si veda a questo proposito la D.G.R. 4 agosto 2014, n. 46-233, che sospende gli effetti della menzionata delibera del 12 maggio 2014 e di altri atti precedenti; con essa viene altresì revocata la D.G.R. 7 aprile 2014, n. 56-7410, in materia di incarichi di direzione di distretto e di struttura complessa.

poc'anzi ricordati, nonché dall'“onda lunga” dei provvedimenti nazionali del 2012 richiamati più sopra.

Tra il 2014 e il 2015, si registra così una sequenza di atti regionali che incide sui principali settori del sistema:

- la ristrutturazione della rete ospedaliera, con la D.G.R. 19 novembre 2014, n. 1-600 (“Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale”), cui seguirà la D.G.R. integrativa 23 gennaio 2015, n. 1-924;
- l'individuazione e la ripartizione delle risorse economiche per l'esercizio 2014, con la D.G.R. 22 dicembre 2014, n. 38-812 (“Preso d'atto delle disponibilità finanziarie di parte corrente per il Servizio sanitario regionale relative all'esercizio 2014 e determinazione delle risorse da assegnare agli Enti del SSR ai fini degli obiettivi economico-finanziari per l'anno 2014”);
- la nomina dei nuovi direttori generali delle 16 aziende sanitarie regionali, con le delibere di Giunta del 27 aprile 2015;
- il riassetto della rete territoriale, con la D.G.R. 29 giugno 2015, n. 26-1653 (“Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.”);
- la ridefinizione dei rapporti con le strutture private e relativi volumi di prestazioni e tetti di spesa, con le D.G.R. 6 luglio 2015, n. 67-1716 (“Articolazione dei posti letto per attività di ricovero in acuzie e post-acuzie e per prestazioni di assistenza territoriale da contrattare con le strutture private accreditate con il SSR erogatrici di attività di ricovero ed individuazione dei correlati tetti massimi di spesa”) e 5 agosto 2015, n. 13-2022 (“Approvazione degli schemi di contratto/accordo contrattuale per il triennio 2014-2016 da stipulare *ex art. 8 quinquies* D. lgs. n. 502/1992 con le Case di cura private ed i presidi *ex artt. 42 e 43* L. 833/78”);
- la revisione degli atti aziendali, i quali verranno approvati entro il termine del 2015 in base alle linee guida definite con la D.G.R. 27 luglio 2015, n. 42-1921;
- l'assegnazione degli obiettivi ai direttori generali, con la D.G.R. 5 agosto 2015, n. 12-2021 (“Art. 3 bis, commi 5 ss. d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i. Assegnazione obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2015”), i quali rappresentano una “mappa” essenziale per la comprensione del percorso intrapreso dal SSR. Si tratta di un complesso di atti che, unitariamente considerato, costituisce di fatto una riforma organica della sanità piemontese. Significativo, a questo riguardo, che l'avvio coincida con una incisiva riorganizzazione della rete ospedaliera, la quale ridisegna i rapporti tra le diverse classi di ospedale, ridistribuisce al loro interno discipline cliniche, funzioni assistenziali e strutture operative, genera una forte contrazione del numero di strutture complesse, completa il processo di riduzione dei posti letto conformemente ai nuovi standard nazionali. L'implementazione dei provvedimenti sopra menzionati, e di altri che con essi hanno dato attuazione dei Programmi operativi, consentirà nel 2016, insieme a una operazione di ristrutturazione complessiva del debito regionale che è andata oltre il solo settore sanitario,

di considerare raggiunti gli obiettivi del piano di rientro, il cui percorso termina ufficialmente con il verbale di verifica degli adempimenti firmato il 21 marzo 2017.

5. Il modello piemontese: aveva visto giusto lo Statuto? Il carattere “attuativo” delle principali scelte di assetto e di organizzazione del SSR

Come si è già ricordato, lo Statuto della Regione Piemonte prevede al terzo comma dell’art. 9 che «Il sistema sanitario regionale opera nel quadro del sistema sanitario nazionale». Si tratta di una previsione che non mostra, in apparenza, segni particolari e che si potrebbe considerare quasi innocua. Per un verso, la sua adozione all’interno dello Statuto del 2005, in un contesto storico nel quale la revisione del titolo V, parte II, della Costituzione aveva rinvigorito in diverse realtà regionali ambiziosi progetti di rafforzamento dell’autonomia regionale nel nome del federalismo, al più potrebbe segnalare, per la sobrietà del disposto normativo, una controtendenza piemontese. Per un altro, se ai sensi dell’art. 1, d.lgs. 502/1992 riformato nel 1999, il Servizio sanitario nazionale è costituito (prevalentemente) dal complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali, può non far specie che il Piemonte ritenga che il proprio operi nell’ambito del primo.

C’è però di più. Non tanto nella disposizione statutaria, che risulta utile richiamare per focalizzare il tema in questa sede, quanto nell’effettività di una costante che caratterizza l’evoluzione del modello piemontese, la quale si è manifestata anche nell’ultimo decennio che si è poc’anzi ripercorso.

Il sistema sanitario piemontese, infatti, mostra uno sviluppo autenticamente coerente con le scelte di fondo rinvenibili nella (corposa) disciplina sanitaria statale che, ai sensi dell’assetto costituzionale delle competenze, si configura prevalentemente quale disciplina recante i principi fondamentali in materia di tutela della salute.

Se si osservano sommariamente l’assetto istituzionale del SSR e le linee principali dell’organizzazione delle aziende regionali, se ne ha una prima conferma piuttosto evidente: il dimensionamento tendenzialmente provinciale delle aziende sanitarie locali; la scelta di adottare i tre “tipi” aziendali previsti nella normativa statale (le aziende sanitarie locali, composte da presidi ospedalieri e distretti; le aziende ospedaliere, che consentono una gestione autonoma dei nosocomi maggiori; le aziende ospedaliero-universitarie per la coesistenza delle funzioni di ricerca e didattica con quelle di assistenza); la struttura della governance aziendale, con la “triade” di vertice, i direttori di distretto, le conferenze aziendali e i comitati di distretto dei sindaci; il distretto come modulo organizzativo principale dei servizi territoriali, di prevenzione, di continuità assistenziale, delle cure primarie e dell’integrazione socio-sanitaria; il ruolo tendenzialmente integrativo delle strutture sanitarie private.

Questa coerenza strutturale potrebbe corrispondere – e già sarebbe significativo – soltanto alla scelta di non intraprendere vie organiche di differenziazione, come quella di ampie sperimentazioni gestionali, le quali, si badi, nella sanità italiana (pur restando un fenome-

no limitato) non hanno connotato soltanto esperienze dichiaratamente propense ad una “specialità” rispetto al paradigma del SSN (v. Lombardia), bensì anche realtà regionali fortemente sostenitrici del modello nazionale (v. Toscana³⁴).

Il carattere “attuativo” del modello piemontese emerge, infatti, nell’ambito almeno di altri due fenomeni maggiori (ed uno minore) che possono osservarsi nel lungo periodo e anche in quello “medio-breve” dell’ultimo decennio.

In primo luogo, le spinte di allontanamento dal modello delineato dalla legislazione statale, per ragioni diverse e in misura non eguale nel tempo, hanno prodotto tentativi di riforma non andati a buon fine. L’esempio più risalente e di maggiore portata è quello del disegno di legge n. 348 della VII consiliatura, il quale puntava originariamente ad “agganciare” l’esperienza lombarda della separazione tra regolatore/programmatore/committente e produttore/gestore dei servizi, in un quadro di maggiore favore per la “competizione” pubblico privato. Quello più recente è riconducibile al disegno di forte separazione organizzativa tra servizi territoriali e servizi ospedalieri perseguito dalla riconfigurazione delle ASL e delle AO di cui alla D.G.R. 29 dicembre 2010, n. 51-1358.

In secondo luogo, i cambiamenti e le innovazioni interni del SSR hanno spesso preso le forme dell’attuazione di istituti, schemi organizzativi, moduli assistenziali elaborati o, almeno, “codificati” a livello nazionale. Ciò, in alcuni casi, è corrisposto anche ad una espressa configurazione dei provvedimenti normativi e programmatori regionali come attuativi di quelli statali.

Gli esempi a questo proposito sono numerosi e può essere utile individuarne qualcuno con riferimento: al PSSN 2007-2010; al PSSN 2012-2015; alla riforma, “frazionata” ma organica, degli anni conclusivi del piano di rientro.

Nel Piano socio-sanitario del 2007 sono davvero numerosi i raccordi con la programmazione nazionale. Così accade nella sezione dedicata alla prevenzione con riferimento al piano nazionale di settore, così in quella dedicata alla rete ospedaliera, dove è forte il condizionamento dell’Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, almeno sul tema annoso e cruciale dei posti letto. Degne di menzione sono anche altre previsioni concernenti i servizi territoriali, come il recepimento del modulo “organizzativo-assistenziale” della Casa della salute (frutto dell’adesione alla sperimentazione promossa nel 2006 dal Ministero della salute³⁵) o l’adozione del c.d. Sportello unico socio-sanitario (frutto della rielabora-

³⁴ Il riferimento è alle Società della salute, istituite con l.r. Toscana 60/2008, a seguito della sperimentazione avviata con D.C.R. Toscana 155/2003.

³⁵ Cfr. le linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini intitolato “Un *New Deal* per la salute” (presentato dal Ministro della Salute nel 2006), al cui interno la “Casa della salute”, già testata in alcune realtà regionali, veniva indicata come un modello di riferimento per la riorganizzazione delle cure primarie. Le Case della salute fanno quindi ingresso nella nostra legislazione attraverso una scarna disposizione della finanziaria per il 2007 (art. 1, comma 806, lett. a), l. 296/2006), che, qualificandole come modello assistenziale sperimentale, destina alcune risorse a cofinanziamento dei progetti regionali finalizzati a darne attuazione. Alla definizione della figura provvederà il decreto del Ministro della salute del 10 luglio 2007, che inserisce questa sperimentazione tra i progetti attuativi del Piano sanitario nazionale 2006-2008 e definisce la Casa della salute come una «struttura polivalente in grado di erogare in

zione delle indicazioni considerate prioritarie da diversi atti nazionali, nonché oggetto di apposito finanziamento statale³⁶).

Non sono da trascurare anche i diversi “addentellati” tra programmazione nazionale e regionale presenti nel PSSR 2012-2015. Il maggiore, anche se in genere poco evidenziato³⁷, riguarda forse la stessa ristrutturazione della rete ospedaliera ivi prevista secondo il modello “hub/spoke” (e in armonia con la riorganizzazione della rete dell’emergenza), la quale sviluppa indirizzi già fissati, anche alla luce di altre esperienze regionali, dal Piano sanitario nazionale 2006-2008³⁸. Se, in ordine agli aspetti macro-organizzativi, è probabilmente questo l’elemento di maggior coerenza tra i due livelli pianificatori, non mancano diversi rimandi settoriali (es. punti nascita, malattie rare, percorsi di riabilitazione, vaccinazioni). Certamente nel periodo del piano di rientro il “dialogo” tra livello nazionale e regionale assume forme peculiari. È chiaro che i rapporti di gerarchia e competenza mutino, nella misura in cui l’accordo di piano vincola (con l’efficace leva dei finanziamenti integrativi in mano statale) la Regione al rispetto di un percorso fatto di obiettivi e, soprattutto, di azioni esecutive dei medesimi determinati da una intensa e difficile negoziazione. Si è visto quanto è stata faticosa per il Piemonte la “prima fase” del piano proprio in ragione di un disallineamento tra adempimenti concordati in sede di cooperazione e provvedimenti regionali adottati in autonomia e più volte valutati problematicamente ai tavoli di verifica. E si è rilevato anche come, attraverso una “seconda fase” non priva di problemi, si sia raggiunto un riallineamento che, con la “terza fase”, ha consentito di uscire dal piano. È vero che i Programmi operativi costituivano essi stessi il portato di una “stretta” dell’indirizzo statale sull’autonomia regionale, ma ritenere che lo scenario sia migliorato perché la Regione ha, infine, scelto di “obbedire” alle prescrizioni ministeriali darebbe luogo ad un giudizio semplicistico e non fondato. Nella “terza fase” del piano, infatti, la Regione ha trovato all’interno della stessa legislazione e programmazione statale gli strumenti necessari per applicare (e adattare) al SSR piemontese gli adempimenti previsti dai Programmi operativi. Da un lato, ciò è accaduto perché tali Programmi, adottati nella “seconda fase”, offrivano essi stessi uno strumentario in parte rinnovato a seguito dei provvedimenti normativi statali del 2012. Dall’altro, all’esito positivo del percorso si è arrivati proprio perché le stesse delibere regionali del 2014-2015 hanno interpretato e fatto propri gli indirizzi

uno stesso spazio fisico l’insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l’unitarietà e l’integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie», nonché in grado di rappresentare il centro «di riferimento per l’erogazione dell’insieme delle cure primarie».

³⁶ Cfr. decreto del Ministro della solidarietà sociale del 12 ottobre 2007.

³⁷ La notazione è però presente in IRES PIEMONTE, *Reti sanitarie: una lettura evolutiva verso la definizione di nuovi confini dell’assistenza*, in *Piemonte Economico Sociale 2016*, Torino, 2016, p. 190.

³⁸ Più “sfuggenti” invece sono i riferimenti del PSSR 2012-2015 alla questione dei posti letto, i cui parametri nazionali (a seguito del Patto per la salute 2010-2012) risultavano già modificati rispetto al quadro di riferimento con il quale si era confrontato il PSSR 2007-2010.

statali, trasformandoli in azioni di politica sanitaria regionale. Qui le evidenze sono macroscopiche e basterà ricordare quelle dal peso sistemico maggiore.

La prima attiene senz'altro alla (pesante) revisione della rete ospedaliera³⁹, che combina: una più decisa imposizione alle aziende del modello dipartimentale declinato in base a criteri di intensità di cura (che il SSR piemontese aveva da tempo recepito dalla riforma *ter* del 1999 e che però aveva riscontrato una diffusione piuttosto lenta ed ostacolata prima dalla crescita e poi dalla rigidità della dotazione di strutture operative e di posti letto negli ospedali piemontesi); il modello “hub-spoke” già previsto nel PSSR 2012-2014 e rivisitato nella D.G.R. 1-600 del 2014; la riduzione delle strutture complesse prevista nel piano di rientro, che diventa componente essenziale dei nuovi atti aziendali; la riduzione dei posti letto che, però, a differenza delle premesse, il Piemonte ha avuto modo di gestire in uno scenario in cui tutte le Regioni (e non solo quelle in piano) venivano chiamate all'adeguamento agli standard nazionali.

Inoltre, fin dall'impostazione della D.G.R. 1-600 del 2014, il riordino della rete ospedaliera è stato coordinato con quello della rete territoriale, il quale mostra un andamento analogo rispetto al rapporto con la programmazione statale, come risulta evidente dalla centralità che nella D.G.R. 26-1653 del 2015 assumono le figure delle AFT e UCCP (già previste dalla contrattazione con i medici di medicina generale, ma poi decisamente istituzionalizzate con il d.l. 158/2012, conv. l. 189/2012 e sviluppate con il Patto per la salute 2014-2016)⁴⁰. Su ciascuno di questi argomenti ci si potrebbe intrattenere oltre, poiché una analisi più approfondita ne condurrebbe a notare, in punto di fatto, risultati raggiunti, risultati mancati e, certamente, risultati ai quali il sistema sta lavorando e che richiederanno tempo per essere centrati. Quel che però, in questa sede, si intende sottolineare è che l'esito complessivamente positivo dell'uscita dal piano di rientro e di riconfigurazione di una politica sanitaria regionale organica e riconoscibile è stato ottenuto valorizzando i caratteri “attuativi” del modello piemontese.

³⁹ Sul riassetto della rete ospedaliera, che in questa sede è opportuno richiamare soltanto per sommi capi, è possibile ricavare elementi descrittivi e spunti di analisi (aggiornati alla revisione del 2015) in R. GULLSTRAND, I. PIGONI, O. DE SIEBERT, F. ENRICHENS, *La razionalizzazione della rete ospedaliera piemontese: un complesso processo di cambiamento*, in *Politiche Piemonte*, 38, 2015; IRES PIEMONTE, *Reti sanitarie: una lettura evolutiva*, cit., pp. 188-191. Per un'accurata analisi della rete ospedaliera piemontese precedente all'ultimo riordino, cfr. C. TRINGHERO, V. DEMICHELI, *La rete ospedaliera territoriale*, in G. CLERICO, R. ZANOLA (a cura di), *La sanità in Piemonte*, Milano, Giuffrè, 2014.

⁴⁰ Per un quadro sintetico del riordino della rete territoriale del 2015 si veda G. VIBERTI, V. DEMICHELI, *La governance dei servizi sanitari territoriali in Piemonte alla prova dei fatti*, in *Politiche Piemonte*, 38, 2015. Maggiori elementi informativi sono presenti in IRES PIEMONTE, *Reti sanitarie: una lettura evolutiva*, cit., pp. 191-196. Per uno studio più approfondito, ma precedente all'ultimo riordino, cfr. G. VIBERTI, *La rete dei servizi territoriali*, in G. CLERICO, R. ZANOLA (a cura di), *La sanità in Piemonte*, cit. Per un focus sul distretto e sulle Case della salute nel sistema piemontese, aggiornato alle ultime iniziative regionali (come la D.G.R. 27 marzo 2017, n. 16-4816), cfr. G. VIBERTI, *Distretti e Case della Salute: un progetto per supportare la rete delle Cure Primarie*, in *Politiche Piemonte*, 47, 2017.

6. Una intelligente attuazione non comporta alcun deficit di innovazione o alcuna carenza di specificità. Un Piemonte che “adatta”, un Piemonte che “insegna”

Considerare il modello piemontese caratterizzato da una attitudine ad una piena attuazione di quello nazionale e rilevare una maggior forza delle politiche sanitarie regionali nel momento in cui esse valorizzano e rielaborano indirizzi statali non significa che il modello piemontese sia pianamente adesivo, privo di capacità innovativa o carente di proprie specificità.

Ci sembra nel tempo sempre più persuasiva l'opinione per cui uno dei punti di forza della regionalizzazione (e, quindi, anche dell'aziendalizzazione, visto il legame stretto tra le due determinato dalle riforme degli anni Novanta⁴¹) risieda non tanto nella possibilità dei SSR di farsi eccentrici rispetto alle logiche e alla struttura del SSN, quanto nella capacità di adattamento di questo modello (in costante evoluzione) al proprio contesto territoriale. Il Piemonte può considerarsi quasi un caso di scuola di questa dinamica, anche solo ricordando sommariamente le non poche peculiarità territoriali che esso ha gestito avvalendosi dello “strumentario” del SSN: la divisione tra l'area metropolitana e gli altri “quadranti”; la complessa morfologia territoriale; il tessuto municipale frammentato (con un numero di 1202 Comuni, secondo in termini assoluti soltanto alla Lombardia e superiore più del doppio al “terzo in classifica”, il Veneto); la presenza storicamente importante dei piccoli ospedali; un quadro di fattori di rischio ambientali particolarmente critico e in rapida evoluzione, ecc.

Da questo punto di vista, non è fuori luogo chiedersi, nella logica della presente analisi, se manifesti un maggior tasso di autonomia un atto regionale che persegue un modello originale e differenziato di governance aziendale o quello, apparentemente di portata più limitata, che decida la distribuzione dei punti nascita in base alla geografia, ai flussi di mobilità, alla sicurezza del paziente, alla conformazione della rete dell'emergenza e alla collocazione delle unità di terapia intensiva neonatali; piuttosto che quello che punta alla riconversione di un piccolo ospedale in un CAP o in una Casa della salute, con relativa chiusura di posti letto, ma anche ampliamento dei servizi di prossimità e di prima risposta al bisogno sanitario. Il fatto che simili scelte, fondate su di una adesione di base al modello nazionale, non siano per nulla semplici o banali tende ad essere dimostrato sia dalla vivacità della discussione pubblica (e delle resistenze) da esse suscitate sia dai tempi lunghi e dai percorsi progressivi che esse spesso comportano nella realtà dell'amministrazione regionale e locale.

⁴¹ Su tale legame cfr. R. BALDUZZI, *Sul rapporto tra regionalizzazione*, cit.

Ciò chiarito rispetto all'approccio al tema dell'autonomia regionale in sanità, va detto che il Piemonte, rispetto alle proprie specificità ed eccellenze, mostra anche una certa generosità nei confronti del contesto nazionale.

Anche qui occorre una considerazione preliminare. Il SSN ha acquisito ormai le forme di un sistema nazional-regionale integrato, retto da un governo tendenzialmente condiviso tra i due livelli. A seconda delle fasi politiche (e anche economiche) il peso dell'attore statale e di quelli regionali può variare, ma il sistema avanza solo attraverso scelte assunte nell'ambito dei meccanismi di cooperazione: se i patti per la salute tardano, se l'aggiornamento dei LEA con intesa non arriva, rischia di arretrare l'intero sistema; se questi strumenti funzionano, quando occorre con la forza motrice della legge statale (come è accaduto nel 2012), il SSN si evolve e regge al tempo, spesso grazie alle (talora, nonostante le) differenze regionali.

In questo quadro, nel quale i margini di autonomia possono diventare ampi proprio in ragione delle diversità territoriali che essi aiutano a tenere insieme, può realizzarsi tra l'altro un apprendimento reciproco tra realtà regionali, in via diretta, attraverso processi di emulazione tra Regioni, o in via mediata, attraverso individuazione delle buone pratiche a livello nazionale (presso il quale esse possono altresì essere rielaborate e migliorate). Di questo meccanismo, il Piemonte è uno dei protagonisti con riferimento a settori e temi di primo rilievo. Basti qui ricordare l'oncologia, l'emergenza, la prevenzione primaria e secondaria, le malattie rare. Si tratta, non a caso, di aree di attività organizzate attraverso il modello della "rete sanitaria" che rappresenta una delle componenti (e delle forze) sostanziali più caratteristiche e longeve del modello piemontese.

Prima di concentrare brevemente l'attenzione su questa componente, occorre considerare anche il terzo elemento, minore si è detto, che suffraga la lettura del modello piemontese qui proposta. Si tratta del governo delle funzioni di area vasta, "livello" territoriale che in sanità risulta poco presidiato dalle norme statali e per molti versi appare privo di uno schema dominante nel confronto tra sistemi regionali, i quali presentano più varianti sul punto⁴². Rinviando per l'approfondimento alle informazioni e agli spunti analitici contenuti in un recente rapporto regionale⁴³, ai nostri fini è sufficiente constatare che il Piemonte, in assenza di uno schema di riferimento, abbia nel tempo mostrato una certa oscillazione nel dare soluzione al problema. Tale oscillazione è visibile sia nella individuazione delle funzioni da portare a questo livello (sovra-aziendale e sub-regionale)⁴⁴ di gestione sia nel-

⁴² Di particolare interesse, sia per la rilevanza che l'area vasta ha assunto in questi sistemi sia per le diverse soluzioni organizzative, sono ad esempio le esperienze toscana, emiliano-romagnola, marchigiana e sarda.

⁴³ IRES PIEMONTE, *Reti sanitarie: una lettura evolutiva*, cit., pp. 181-185.

⁴⁴ Fermo un nucleo caratteristico di funzioni, attinente all'acquisto di beni e servizi, nel tempo sono ascese a o discese da questo livello altre attività di natura amministrativa c.d. trasversali, come quelle riconducibili all'amministrazione del patrimonio o ai servizi legali.

la configurazione delle connesse forme organizzative e degli ambiti territoriali⁴⁵. Peraltro, le conseguenze di ciò vanno valutate altresì alla luce del fatto che l'area vasta abbia un ruolo non limitato all'esercizio delle funzioni amministrative trasversali, rappresentando anche un "bacino" rilevante per alcuni profili dell'organizzazione della rete ospedaliera e dell'emergenza.

7. Una componente qualificante, peculiare, esemplare del modello piemontese: le reti sanitarie

Un interessante studio di taglio economico ed organizzativo dei primi anni Duemila censiva la presenza in Piemonte di sedici reti sanitarie, osservando come questa modalità organizzativa di determinati attività e percorsi assistenziali, basata sulla cooperazione tra aziende del SSR e, soprattutto, tra strutture e professionisti appartenenti ad aziende diverse, costituisse una eccellenza e una peculiarità del modello piemontese⁴⁶.

La presenza e il ruolo delle reti sanitarie piemontesi (il cui primo caso di successo è identificato nella rete dei trapianti nata all'inizio degli anni Ottanta del Novecento) è quindi radicato e riconosciuto non da oggi, come dimostra anche il fatto che alcune di esse abbiano costituito un modello di riferimento nel panorama nazionale⁴⁷, come è avvenuto ad esempio per la rete del 118⁴⁸ o per quella oncologica.

La fortuna dei modelli organizzativi a rete, non sono in sanità, ha generato una certa tendenza ad un uso del termine particolarmente ampio⁴⁹, che può richiedere una precisazione. Certamente è corretto ricorrere al concetto anche con riferimento alle "grandi"

⁴⁵ Il rapporto IRES citato nel testo ne conta, dal 1998 ad oggi, cinque. Tra di esse la forma più strutturata è stata quella delle Federazioni di cui alla l.r. 3/2012, costituite in società consortili a responsabilità limitata ad adesione obbligatoria da parte delle singole aziende sanitarie ricomprese nell'ambito sovrazonale, la cui breve attività, tuttavia, rende difficile tracciarne un bilancio. Certamente, la preferenza del sistema piemontese va a forme più leggere di cooperazione, alle quali corrispondono sostanzialmente le Aree interaziendali di coordinamento ad oggi esistenti.

⁴⁶ G. DONNA, *Le reti sanitarie: il caso piemontese*, in N. DIRINDIN (a cura di), *Cooperazione e competizione nel servizio sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2003, ove (pp. 171 e 177-201) sono ricordate le seguenti: rete oncologica regionale; rete dello screening tumorale; rete dei trapianti; rete "Patatrac/Tempore"; rete 118, rete Npnet; rete delle cure domiciliari; rete delle cure palliative; rete di assistenza perinatale; rete di neuropsichiatria infantile; rete di nefrologia, dialisi e trapianto del rene; rete di salute mentale; rete epidemiologica; rete veterinaria; rete città sane; rete degli ospedali per la promozione della salute. Molte di queste rappresentano reti cliniche "propriamente intese" (cfr. *infra* nel testo), alle quali possono aggiungersi oggi – la rassegna è esemplificativa e non esaustiva – la rete delle malattie rare, la rete interospedaliera per l'emergenza coronarica, la rete dietetica e della nutrizione clinica, la rete endocrino-diabetologica.

⁴⁷ Per un confronto interregionale di modelli di rete sanitaria, nel quale emergono peraltro la complessità e le peculiarità dell'esperienza piemontese, è utile la consultazione dei materiali informativi e giungo delle analisi prodotti in occasione del convegno "Le reti sanitarie" tenutosi presso l'Università di Milano il 7 2010 (reperibili online al seguente indirizzo: <http://www.sitilombardia.it/le-reti-sanitarie/>; si veda in particolare il contributo di Maria Michela Gianino sul Piemonte).

⁴⁸ Per un quadro sintetico aggiornato del sistema 118 in Piemonte, cfr. IRES PIEMONTE, *Reti sanitarie: una lettura evolutiva*, cit., pp. 197-200.

⁴⁹ Cfr. ad es. IRES PIEMONTE, *Reti sanitarie: una lettura evolutiva*, cit., dove si sottolinea che l'evoluzione dei modelli organizzativi reticolari in sanità ha risposto essenzialmente a due finalità, una di garanzia di una presa in carico globale del

reti organizzative come la rete ospedaliera o quella territoriale, giacché al loro interno il rapporto tra aziende o strutture organizzative diverse viene conformato alla cooperazione, allo scambio di informazioni e risorse, a meccanismi sussidiari i cui vantaggi si ritrovano nella capacità della rete di creare valore sia a livello di sistema sia a livello di singola azienda o unità, fuori da una logica di competizione che porta invece alla duplicazione delle funzioni, all'aumento dei costi, alla lentezza nella circolazione delle conoscenze, all'inadeguatezza delle singole risposte al bisogno ecc.: tutti svantaggi particolarmente deleteri e privi di giustificazione nel settore sanitario. E nella medesima ottica è del tutto comprensibile parlare di riorganizzazione “a rete” della logistica o delle farmacie.

Tuttavia le potenzialità di questo modello organizzativo si esprimono in modo specifico e particolarmente vantaggioso specialmente con riferimento alle reti c.d. cliniche, ovvero quando al centro dei meccanismi di collaborazione tra strutture organizzative autonome e tra i professionisti che vi operano è posta una determinata patologia o un determinato rischio od evento dannoso per la salute e quindi un correlato percorso di diagnosi, cura e assistenza. È infatti in questo caso che la rete clinica (che certo assume una valenza strettamente organizzativa dei percorsi, ma ancor prima possiede una valenza professionale) offre la possibilità superare i “confini” territoriali e le “barriere” burocratico-amministrative fisiologici dell'organizzazione aziendale, sia al loro esterno (rete inter-aziendale) sia al loro interno (rete infra-aziendale), consentendo: la cooperazione su temi e problemi comuni da parte di soggetti distanti e rispondenti ad organizzazioni gerarchiche autonome; uno scambio di informazioni cliniche e una condivisione dell'*expertise* essenziali per la qualità e sicurezza delle prestazioni, per lo sviluppo delle conoscenze, per la formazione dei professionisti; una presa in carico globale del paziente caratterizzato da un determinato bisogno di salute e una risposta integrata e multidisciplinare al medesimo; un forte incentivo ad operare per protocolli e procedure; il perseguimento di un proficuo equilibrio tra formalizzazione e informalità dei rapporti tra professionisti.

Non è difficile scorgere questi vantaggi dietro alla crescita delle reti cliniche piemontesi, il cui grado di istituzionalizzazione è presenta diverso. A questo riguardo, è significativo notare come alcune reti abbiano attraversato già diverse trasformazioni passando da una struttura leggera e informale ad una organizzativamente più stabile, com'è accaduto ad esempio per la rete epidemiologica o per la rete oncologica (in quest'ultimo caso con l'istituzione di un dipartimento non solo interaziendale ma anche interregionale: esempio significativo di un modello piemontese che declina originalmente gli ordinari strumenti dell'aziendalizzazione⁵⁰).

paziente con determinati bisogni di salute, l'altra di gestione burocratico-amministrativa del sistema sanitario a favore di meccanismi cooperativi e non competitivi (p. 208).

⁵⁰ Per un approfondimento sull'evoluzione della rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta si rinvia a IRES PIEMONTE, *Reti sanitarie: una lettura evolutiva*, cit., pp. 200-208. I segnali che anche all'interno di un modello di rete ormai istituzionalizzato e solido possa proseguire il corso delle sperimentazioni e dei processi di innovazione, peraltro, non

8. Tra Regione e Comuni: processi di aggregazione inter-aziendale ed infra-aziendale, programmazione locale, integrazione socio-sanitaria

Considerando le specificità del modello piemontese, non è possibile trascurare ed è necessario almeno richiamare per cenni un insieme di temi e di problemi che ruotano intorno al rapporto tra Regione e Comuni.

Tra i caratteri peculiari che hanno inciso sull'evoluzione del modello sono senz'altro annoverabili tre variabili attinenti alla geografia (fisica, economica, sociale e amministrativa) del territorio regionale: la presenza della grande e polarizzante area metropolitana torinese, a fronte della struttura tendenzialmente policentrica del restante territorio regionale, con un ruolo non omogeneo dei diversi capoluoghi di provincia nei confronti dei centri del proprio territorio e, talora, anche di quelli di altre province; la notevole variabilità della morfologia del territorio, con la compresenza di zone montane, collinari, di pianura; la frammentazione dell'amministrazione locale, con un elevato numero dei Comuni e una elevatissima presenza di piccoli Comuni.

Queste variabili, la cui tendenza, alla luce dell'evoluzione del sistema politico ed economico-sociale, è ad aumentare il proprio peso specifico anziché diminuirlo, hanno senz'altro aumentato la complessità del rapporto tra Regione e amministrazioni locali generata da due fattori di cambiamento che caratterizzano in generale gli sviluppi del SSN: la trasformazione della *governance* del sistema sanitario conseguente all'aziendalizzazione, con la sostanziale estromissione dei Comuni dalle funzioni di organizzazione e gestione dei servizi nel 1992-1993 ed un parziale recupero nel 1999 del loro ruolo sul piano della programmazione e valutazione dei medesimi e sul piano della cooperazione gestionale nel settore integrazione socio-sanitaria nel 1999⁵¹; il progressivo e importante processo di aggregazione delle circoscrizioni delle aziende sanitarie locali e dei distretti sanitari, che, pur mutevole da Regione a Regione (costituendo tale dimensionamento una fondamentale leva di governo regionale del proprio servizio⁵²), si evidenzia in tutte le realtà regionali⁵³.

mancano. Un esempio che evidenzia come questi si leghino spesso a bisogni di salute territorialmente caratterizzati è quello riconoscibile nell'UFIM (Unità funzionale interaziendale mesotelioma) attiva ad Alessandria e a Casale Monferato.

⁵¹ Elementi ricostruttivi e per l'approfondimento in R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale*, cit., pp. 58-76; E. GRIGLIO, *La Sanità «oltre» le regioni. Il superamento della dimensione territoriale statica e la riscoperta del ruolo dei comuni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Bologna, Il Mulino, 2009.

⁵² Ciò che rende il rapporto tra Regioni e Comuni uno dei profili di possibile caratterizzazione dei diversi modelli: sul punto v. E. GRIGLIO, *La Sanità «oltre» le regioni*, cit., spec. pp. 246-256.

⁵³ Per uno studio recente sul fenomeno delle fusioni aziendali in sanità, v. C. CARBONE, M. DEL VECCHIO, F. LEGA, A. PRENESTINI, *I processi di fusione aziendale nel SSN: evidenze per il management e i policy maker*, in *Rapporto OASI 2015*, Milano, 2015.

Sul primo versante, va ricordato che l'aziendalizzazione ha prodotto una rottura dell'imputazione unitaria delle funzioni amministrative sanitarie e sociali ai Comuni, che le esercitavano entrambe attraverso le proprie USSL. In Piemonte il cambio di passo è stato più netto poiché si è transitati da una politica, nella prima stagione del SSN, di marcata valorizzazione della integrazione tra i due settori⁵⁴ ad una scelta di tendenziale separazione tra sanitario e sociale, favorita dalle "mani libere" lasciate ai Comuni nell'opzione verso la delega delle funzioni sociali alle aziende USL, che interessò pochissimi distretti. Nacque così l'esperienza multiforme degli enti gestori dei servizi sociali, composti in maggioranza da consorzi di funzioni e altre forme di cooperazione intercomunale⁵⁵.

Sul secondo versante, gli sviluppi territoriali del SSR, con l'aumento delle dimensioni delle ASL e dei distretti, hanno prodotto una crescente divaricazione tra gli ambiti sanitari e gli ambiti sociali recando con sé le correlate difficoltà di interazione tra i rispettivi soggetti istituzionali. Poiché i Comuni (fuori dal caso della delega all'ASL⁵⁶) dispongono di forme organizzative per il rapporto con le ASL ai fini della programmazione e valutazione dei servizi sanitari, le quali seguono l'organizzazione e il dimensionamento aziendale (le conferenze aziendali dei sindaci e i comitati dei sindaci di distretto), diverse dalle forme organizzative per la programmazione e gestione dei servizi sociali, che conseguono invece a scelte autonome di governo delle funzioni socio-assistenziali assoggettate a deboli direttive regionali (unioni di Comuni, consorzi intercomunali, Comune capoluogo di provincia, convenzioni tra Comuni minori e Comune capofila), la questione della mancata coincidenza degli ambiti territoriali reca con sé particolari criticità.

La legislazione statale (art. 8, l. 328/2000), dopo la fondamentale scelta compiuta con il d.lgs. 229/1999 di disegnare un'area di prestazioni, quella dell'integrazione socio-sanitaria, finalizzata a ricomporre la frattura tra i due settori attraverso la condivisione delle responsabilità e la cooperazione nella programmazione e nella gestione in nome di una adeguata risposta a bisogni unitari della persona⁵⁷, ha indicato la coincidenza degli ambiti dei servizi sociali (o di multipli di questi) con quelli distrettuali come soluzione ottimale per superare quelle criticità, seguita in tal senso dalla legislazione regionale (art. 8, l.r. 1/2004 e art. 22 l.r. 18/2007). Questo obiettivo, fino all'ultima revisione degli ambiti distrettuali, era stato raggiunto per circa i due terzi dei distretti sanitari. Poiché la tendenziale "tenuta" del numero e della geografia dei distretti rispetto alle vecchie USSL costituiva un fattore di oggettivo favore verso la coincidenza degli ambiti, la mancata corrispondenza in circa

⁵⁴ Maggiori elementi informativi e di analisi su questo aspetto dell'evoluzione del SSR piemontese in D. SERVETTI, *Il modello dei PePS*, cit.

⁵⁵ Riferimenti normativi e dettagli sullo sviluppo della gestione dei servizi sociali piemontesi nelle forme dell'intercomunalità in D. SERVETTI, *Servizi socio-sanitari e intercomunalità: il caso piemontese*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Annuario DRASD 2011*, Milano, Giuffrè, 2011. Per un quadro aggiornato dell'attività dei servizi sociali sul territorio piemontese, può vedersi il rapporto "I servizi sociali territoriali in cifre" stilato quest'anno dalla Direzione regionale Coesione Sociale.

⁵⁶ La quale oggi riguarda soltanto tre casi: il distretto di Casale Monferrato, l'ex distretto di Valenza, il distretto di Bra.

⁵⁷ Si veda a questo proposito la definizione delle prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3-septies, d.lgs. 502/1992.

un terzo dei casi poteva prevalentemente imputarsi a dinamiche localistiche o, comunque, alla responsabilità e alle autonome scelte dei Comuni. Oggi, dopo la predetta revisione, la questione è obiettivamente mutata, poiché l'ulteriore fusione tra ambiti distrettuali, che ha necessariamente mutato i termini della non corrispondenza⁵⁸, apre un'ipoteca non indifferente sul raggiungimento dell'obiettivo, offrendo forse maggiori ragioni ai Comuni che esitano a procedere in quella direzione. Lo scenario è, però, molto aperto, poiché la geografia dei servizi sociali sta a sua volta affrontando significativi cambiamenti, tra i quali l'istituzione dei distretti della coesione sociale, previsti nel Patto per il sociale 2015-2017 (D.G.R. 19 ottobre 2015 n. 38-2292) e individuati con D.G.R. 9 maggio 2016, n. 29-3257⁵⁹. L'obiettivo di coincidenza degli ambiti non è stato l'unico né il principale strumento per ritessere i legami tra sanitario e sociale, il quale viene individuato dalla legislazione statale e regionale nella programmazione integrata sia attraverso obblighi di consultazione o, talora, di intesa tra gli organi dell'uno e dell'altro settore sia attraverso l'obbligatoria corrispondenza, limitatamente all'area dell'integrazione sociosanitaria, tra gli atti di programmazione sanitaria e sociale adottati a livello regionale e locale.

Il modello piemontese aveva mostrato di voler sviluppare le indicazioni statali attraverso un innovativo atto di programmazione locale, come i Profili e Piani di salute, previsti dalla l.r. 18/2007. L'attuazione di questa parte della legge regionale resta soltanto parziale e la situazione delle ASL piemontesi è eterogenea. Soprattutto va sottolineato che là dove è stato approvato il Profilo di salute (il cui processo di costruzione nei vari territori ha comunque condotto ad un meritorio e prezioso aggiornamento delle conoscenze, specialmente di ordine epidemiologico, sulla salute delle popolazioni locali), è la componente del Piano di salute, ovvero dell'atto programmatico vero e proprio, sostanziato dall'individuazione di priorità e indirizzi di azione, a mostrare una diffusa *impasse*. Ciò non significa che gli atti della programmazione locale dei due settori (piani attuativi locali/programmi delle attività territoriali e piani di zona) non abbiano in diversi casi valorizzato le evidenze emerse nel corso del processo di costruzione dei medesimi e riportate nei medesimi, ma il potenziale innovativo dei PePS appare nei fatti ampiamente sottovalutato, anche in termini di partecipazione della comunità locale. In una fase, come quella attuale, di implementazione di quella riforma "frazionata" ma organica che ha condotto all'uscita dal piano di rientro e delle scelte di organizzazione e di allocazione delle risorse e delle strutture, talora non

⁵⁸ In base ai dati rilevabili dalla D.G.R. 9 maggio 2016, n. 29-3257, solo 14 degli attuali 35 distretti sanitari presenta una corrispondenza 1:1.

⁵⁹ Sul piano operativo, i distretti della coesione sociale sono finora stati individuati come ambito di erogazione del SIA-Sostegno per l'inclusione attiva. Un incremento del loro ruolo è previsto nell'ambito della programmazione e delle azioni del settore sociale: cfr. a questo proposito il programma We.Ca.Re (D.G.R. 22 maggio 2017, n. 22-5076 «Approvazione dell'Atto di indirizzo 'WE.CA.RE.: Welfare Cantiere Regionale - Strategia di innovazione Sociale della Regione Piemonte', per gli interventi attuati con le risorse del FSE e FESR di cui al POR 2014-2020 e presa d'atto del Position Paper 'Coniugare coesione sociale, welfare e sviluppo economico in una prospettiva locale ed europea').

facili per i territori, di cui essa si compone, quel potenziale potrebbe tornare utile proprio in ottica partecipativa.

9. Alcune considerazioni conclusive

L'uscita dal piano di rientro consente oggi al Piemonte di riottenere margini più ampi per lo sviluppo della politica sanitaria regionale, ad iniziare da aspetti del sistema particolarmente penalizzati dalle riduzioni di spesa degli ultimi anni, come gli investimenti in edilizia sanitaria o le assunzioni di personale.

Il percorso di analisi che si è condotto può offrire alcuni elementi utili anche per una lettura dell'attuale momento di "ripartenza".

Se questa piena riespansione dell'autonomia regionale in materia sanitaria reca con sé molteplici vantaggi e potenzialità, è altrettanto vero che essa stessa non rappresenta la ripresa di un percorso dopo una "parentesi" difficile.

Come si è visto, l'esperienza del piano di rientro, che consegna un SSR senza dubbio "provato" dai molteplici cambiamenti che esso ha dovuto e deve tutt'oggi affrontare non solo in conseguenza della razionalizzazione della spesa ma specialmente della riorganizzazione delle funzioni e dei servizi, si è intrecciata, fino a fondersi, con un percorso di sviluppo del sistema piemontese guidato (o, almeno, co-guidato) dalle dinamiche politiche e dalle scelte amministrative regionali. Lungo questo percorso, l'interazione tra indirizzi e vincoli nazionali e decisioni regionali ha portato, in ultima analisi, a un recupero e a un consolidamento di importanti caratteri del modello piemontese. Tanto che la predetta "ripartenza" può leggersi per molti aspetti come uno sviluppo e una implementazione della riforma "frazionata" ma organica degli ultimi anni.

In uno scenario complesso, nel quale possono legittimamente aversi impressioni contrastanti sull'attuale momento, c'è un dato che è stato già sottolineato nella discussione pubblica e certamente non va trascurato in questa sede. Si tratta del miglioramento che il Piemonte ha ottenuto nel posizionamento all'interno del *ranking* dei SSR elaborato dal Ministero della salute in base alla c.d. Griglia LEA, ovvero alla batteria di indicatori/risultati che consentono di valutare l'adempimento delle Regioni agli obblighi di erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni. Passando dal terzo al secondo posto, con il miglior punteggio in termini assoluti mai ottenuto da quando esiste il monitoraggio⁶⁰, il Piemonte mostra una "risalita" nella classifica che, confermando un *trend* positivo, incoraggia rispetto alla capacità dal sistema di reggere alla difficile fase di attuazione del piano e, soprattutto, ai problemi che avevano condotto alla sua attivazione, riferendosi il monitoraggio al

⁶⁰ Con un punteggio pari a 205, il Piemonte si posiziona dietro alla Toscana (212), a pari merito con l'Emilia-Romagna e davanti a Veneto (202), Lombardia (196) e Liguria (194).

2015. Come tutte le valutazioni di *performance*, la classifica prodotta dalla Griglia LEA, per quanto multidimensionale, coglie solo una parte della complessità della sanità e della salute in Piemonte. E tuttavia, essa restituisce l'immagine di un sistema che tiene e continua a funzionare, essendo addirittura in grado di migliorare la capacità di adempiere a quei livelli delle prestazioni che sostanziano il diritto a prestazione che rappresenta il cuore del proteiforme diritto alla salute garantito dalla Costituzione.

L'esistenza di un *trend* positivo suggerisce che, tra i fattori che hanno giocato in questa direzione, siano da tenere in attenta considerazione quelli più radicati e caratterizzanti il modello.

Alla luce di quanto richiamato, ad esempio, in materia di reti sanitarie, tra quei fattori le comunità professionali della sanità piemontese hanno probabilmente un peso fondamentale. Ipotizzare che, nell'ambito della difficile sfida del piano di rientro che ne ha sollecitato la capacità di adattamento alla razionalizzazione delle risorse e ai rivolgimenti organizzativi, le comunità professionali del SSR piemontese abbiano “retto” e contribuito all'esito positivo del percorso significa riconoscere un patrimonio di competenze, di capitale umano da valorizzare. In sanità come altrove – ma forse in sanità di più – questo patrimonio necessita di accorti interventi, in particolare di c.d. *age management*, perché le prospettive generate dall'aumento dell'età media del personale impongono decisioni immediate che richiederanno tempo per poter fronteggiare le criticità già oggi percepite all'interno dei servizi⁶¹. Così come sembrerebbe saggio considerare che il contributo dato dalle comunità professionali del SSR indichi che, accanto a quelli da superare, esistano schemi di gestione “micro” del lavoro da salvaguardare. Ferma l'utilità che avrebbe una migliore e più approfondita comprensione di questi aspetti, è senz'altro vero che quel contributo non va sollecitato troppo nella capacità di rispondere positivamente alle difficoltà, essendo non pochi i cambiamenti organizzativi che ad oggi richiedono ancora, dopo i provvedimenti del 2014-2015, di essere messi in opera o portati a compimento.

Analogamente, sono probabilmente da “accudire” altri caratteri, come ad esempio la capacità del Piemonte di far evolvere il sistema e di innovare secondo strumenti, schemi e tipi organizzativi propri del SSN e della legislazione statale che ne regola i fondamenti, anche apprendendo dall'esito spesso problematico di cambiamenti organizzativi divergenti dal modello nazionale o anche soltanto eccessivamente netti nei modi e nei tempi.

Vi sono certamente segnali di ulteriore valorizzazione del modello, come ad esempio il lavoro in corso per il raggiungimento di un obiettivo di governo del sistema non ancora raggiunto, come l'adozione dei nuovi protocolli tra Regione e Atenei piemontesi in quell'ambito così rilevante qual è la sanità universitaria.

⁶¹ Su questo complesso ambito di problemi, può vedersi una ricerca abbastanza recente condotta dal Forum RUSAN: M. Rotondi (a cura di), *Age management nelle aziende sanitarie. Modelli, esperienze, pratiche*, Genova, ed. EMI, 2015.

Seppure presenti fisiologiche difficoltà, l'evoluzione del modello piemontese suggerisce anche di proseguire nello sviluppo della cooperazione interaziendale, sapendo non solo che per essa può intendersi la capacità delle aziende di collaborare quando si trovano a gestire problemi comuni, come è necessario nell'ambito delle Aree interaziendali di coordinamento o nell'ambito dell'interazione tra servizi imputati ad aziende diverse insistenti su di uno stesso territorio (ciò che avviene sia nella città metropolitana di Torino sia nelle province di Cuneo o di Alessandria ad esempio), ma anche che essa, quando funziona, si sostanzia della capacità dei singoli professionisti e delle singole strutture interne alle aziende autonome di collaborare per obiettivi e percorsi comuni, come avviene nelle reti cliniche.

Accanto alle comunità professionali, che hanno una parte importante delle dinamiche di cooperazione più virtuose, sono da ricordare – e non potrebbe essere altrimenti, vista quella parte del modello piemontese che guarda ai rapporti tra Regione e Comuni – le comunità locali destinatarie dei servizi e dei molteplici cambiamenti degli ultimi anni, specialmente nella ristrutturazione della rete ospedaliera e nella prosecuzione sulla strada delle fusioni inter-aziendali (vedi quella che è in pieno svolgimento a Torino o che si è affacciata per le aziende alessandrine) e infra-aziendali (vedi gli accorpamenti degli ambiti distrettuali che sono avvenuti diffusamente sul territorio regionale).

A proposito dei processi di aggregazione, è in corso non a caso una intensa discussione, dentro e fuori le sedi istituzionali deputate, dalla quale dipenderà una parte dell'evoluzione del modello piemontese cui si è dedicata questa ricerca. Un punto a favore di un ordinato e produttivo svolgimento di questo dibattito potrebbe segnalarlo proprio la considerazione dei tratti forti del modello e di come le scelte da prendere si pongano rispetto ad essi. Sviluppare quel “modello non modello” che è il Piemonte in sanità richiede, per quanto si può apprendere dalle sue vicende, di partire dalle sue costanti positive.