

Budget di salute tra distretto e casa della comunità*

Emanuele Antonio Vendramini^{***}

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Finalità. – 3. Opportunità e temi aperti.

1. Introduzione

La fonte normativa di riferimento che ha introdotto disciplinato l'introduzione del budget di salute come strumento di responsabilizzazione capace di coniugare la dimensione sanitaria con quella dell'assistenza è il comma 4-*bis* dell'art. 1 del D.L. 34/2020 convertito nella legge 77/2020 e ripreso poi nel decreto 77 del 2022 (*Balduzzi, 2020, Rossi, 2021, Balduzzi, 2022*). Le prime sperimentazioni hanno anticipato la normativa ed hanno fatto riferimento a progetti inerenti alla salute mentale soprattutto in alcuni contesti aziendali particolarmente maturi dal punto di vista gestionale già a partire dal 2011; degni di nota sono in particolare gli atti di un convegno del 2013 che ha messo a confronto le principali esperienze presenti nel nostro Paese¹.

La riflessione di fondo che ha portato al rilancio del budget di salute, non solo in riferimento a progetti inerenti alla salute mentale, è la necessità di sviluppare un processo di responsabilizzazione non meramente economica legato alla gestione delle persone fragili, prevalentemente anziane, affette da patologie cronico degenerative.

* Il testo costituisce la rielaborazione dell'intervento svolto dall'Autore durante il workshop "La Casa della Comunità presa sul serio" (Castelfranco Emilia, 29 maggio 2025), nell'ambito del PRIN "Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria, dopo l'emergenza della pandemia" (p.i. prof. Renato Balduzzi). Il contributo è destinato al volume "La Casa della Comunità presa sul serio", a cura di R. Balduzzi e D. Servetti, Pisa, Pacini, 2026, in corso di pubblicazione.

** Professore ordinario di Economia aziendale nell'Università Cattolica del Sacro Cuore, emanuele.vendramini@unicatt.it.

¹ Si veda il convegno del "Budget di salute" (Bologna, 18 aprile 2013) <https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/convegni-e-seminari/convegno-budget-di-salute-2013>

Il riferimento è quindi alla persona che viene posta al centro del processo di misurazione del valore delle attività e degli interventi erogati, con l'obiettivo esplicito di un superamento delle logiche prestazionali e legate alla dimensione organizzativa delle strutture. In tal senso, il budget di salute intende rappresentare un paradigma gestionale nuovo, che superi i limiti e le declinazioni parziali che non di rado hanno caratterizzato le sperimentazioni nel nostro Paese.

Il budget nelle aziende sanitarie è stato definito da Zavattaro (1993), a valle del processo di aziendalizzazione della sanità così come normato dai decreti legislativi 502/92 e 517/93, nei termini seguenti: *“Il budget è uno strumento operativo di programmazione e controllo per i Centri di Responsabilità a cui sono assegnati obiettivi quali- quantitativi e correlate risorse”*. La definizione venne successivamente ripresa da Casati (2000), da Casati e Vichi (2001) prima e dal sottoscritto poi (Vendramini, 2004) e declinata verso logiche di percorso prevalentemente in ospedale nel primo caso e sul territorio nel secondo.

Fin dalla fine degli anni '90 la letteratura (Borgonovi e Vendramini, 1999, Longo, 1999, Longo e Vendramini, 2001) evidenziava come ci potesse essere il rischio da parte delle aziende sanitarie di “emulare” lo strumento del budget secondo una dimensione d'impresa e di massimizzazione dei margini, che non è tecnicamente erranea di per se ma in quanto non coerente con le finalità istituzionali di una azienda sanitaria. Diverse, infatti, sono state le realtà che hanno introdotto, soprattutto in ambito ospedaliero, sistemi di programmazione e controllo caratterizzati esclusivamente dalla dimensione economica di costo, se non addirittura finanziaria e quindi di spesa, esplicitando come il governo delle strutture sanitarie venisse ad avere come driver la dimensione monetaria o il margine di produzione.

Logiche di tetto di spesa, di voucher, non hanno portato un vero valore aggiunto alla sanità e soprattutto ai pazienti; questo perché uno strumento volto alla responsabilizzazione esclusivamente economica perde di vista la dimensione clinica, di cura e quindi di salute o di valore che caratterizza il mondo della sanità soprattutto in una realtà in cui non ci sono prezzi di mercato come nel mondo delle imprese ma DRG, per le prestazioni erogate in regime di ricovero, e tariffe del nomenclatore per le prestazioni ambulatoriali, specialistiche e diagnostiche. Anche il sistema di costi è una dimensione che poco si presta a logiche estranee al mondo produttivo in quando se adottate da sole non sono coerenti con le finalità istituzionali delle aziende sanitarie in cui il controllo e l'equilibrio economico finanziario è un vincolo e non un obiettivo.

In questi ultimi anni proprio alla luce del bisogno espresso dai cittadini, dalla crescente fragilità, dalla progressiva destrutturazione del tessuto e delle relazioni sociali emerge un recupero delle finalità vere e dell'utilizzo efficace di uno strumento, il budget, che può permettere un riorientamento dei comportamenti, anche clinici, al fine di una rimodulazione del ruolo che i professionisti, gli operatori e le strutture sono chiamate a svolgere.

2. Finalità

Il budget di salute sottolinea l'esigenza di superare la visione frammentata ed economicista che non di rado ha caratterizzato l'implementazione operativa dei sistemi di programmazione e controllo nelle aziende sanitarie e deve quindi avere le seguenti caratteristiche:

- *Multidimensionalità*;
- *Integrazione*;
- *Valore*.

Per *multidimensionalità* si intende la necessità di prendere in considerazione non solo la dimensione economica ma anche quella clinica, quella organizzativa, quella dei processi interrogandosi sull'appropriatezza dell'ambito di cura o comunque di risposta ai bisogni della popolazione, all'equità dell'accesso, alla tempestività della risposta. Un sistema di obiettivi, misure e indicatori multidimensionali che sappiano cogliere le differenti sfaccettature di problemi, non solo di salute, ma di presa in cura particolarmente complessi e che richiedono, appunto, un percorso di *integrazione* tra professionisti differenti, appartenenti a percorsi anche culturali diversi (si pensi all'integrazione tra specialisti ospedalieri, Medici di Medicina Generale, IFeC e Assistenti sociali nella gestione di un anziano con patologie croniche e decadimento cognitivo). Allora, il budget può essere uno strumento appropriato per il processo di responsabilizzazione dei professionisti ed efficace per la misura del *valore* prodotto, inteso come capacità di rispondere ai bisogni dei cittadini generando appunto valore creando valore per la vita per il percorso di vita della persona all'interno della sua comunità e della rete di relazioni.

In questo modo il budget di salute mira a superare le logiche a silos che caratterizzano, spesso, le aziende sanitarie e i loro processi focalizzandosi su sistemi a rete e sui percorsi dei pazienti.

La finalità è quindi avere come oggetto di riferimento non più la singola prestazione ma l'insieme delle scelte, delle risposte a fronte di bisogni specifici come, ad esempio, la gestione di una patologia cronico degenerativa (ipertensione, diabete, BPCO, scompenso, patologie reumatiche).

Ricostruire le fasi, gli attori, i criteri di scelta e rimodularli alla luce di scelte che abbiamo come riferimento la massimizzazione dell'equità dell'accesso, della tempestività, della prossimità sono quindi i passaggi richiesti da un sistema di budget di salute.

In tal senso la Casa della Comunità, non intesa come struttura ma come insieme di processi assistenziali e come ambito di risposta di prossimità, diventa la sede privilegiata e prioritaria per un sistema di budget che sia volto ad una gestione nuova delle problematiche in cui non si misurano, ad esempio, le spirometrie erogate ma la percentuale di pazienti con BPCO che periodicamente, secondo le linee guida e tempestivamente, quando appropriato, facciamo una spirometria, perché questo contribuisce ad erogare valore in sanità (Vendramini, 2024). Quindi, coerentemente con un budget di salute volto ad una responsabilizzazione legata ai percorsi di cura, le Case della Comunità dovrebbero dotarsi di ambulatori per patologia e non per prestazioni o specialità (gestione degli ipertesi e

non un monte ore X di cardiologia), di un vero punto unico di accesso al sistema, che integri le professionalità soprattutto il mondo delle professioni sanitarie e delle assistenti sociali in modo da raccogliere le segnalazioni: si pensi a quelle che vengono dal mondo della scuola, legate a problematiche dei minori, alla salute mentale, al disagio giovanile, a comportamenti devianti e quindi possa procedere con una vera, tempestiva ed efficace presa in carico anche grazie al collegamento con la COT (Centrale Operativa Territoriale), vero e proprio motore che alimenta l'intero sistema e le sue setting assistenziali (dimissioni protette, assistenza domiciliare, residenzialità, ad esempio).

3. Opportunità e temi aperti

Il budget di salute rappresenta quindi uno strumento coerente con i processi demografici e sociali in corso, non ch  con le indicazioni del DM 77/22, ma richiede, da un lato, un ripensamento degli attuali sistemi di responsabilizzazione e di misurazione delle aziende sanitarie dalle prestazioni ai processi e, dall'altro, il completamento del percorso di cambiamento e innovazione in atto e volto ad un coinvolgimento sempre maggiore nella gestione di professionisti come gli specialisti ambulatoriali e i medici di medicina generale (*Liberati et al, 2024*). In tal senso le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unit  Complesse di Cure Primarie (UCCP) cos  come disciplinate dall'Accordo collettivo nazionale (artt. 9, 29, 30 ad esempio)² rappresentano strumenti coerenti ed utili nel processo di responsabilizzazione in quando favoriscono l'integrazione, la multidisciplinari , la valutazione tra pari e un sistema di misurazione della performance di quei professionisti che rappresentano l'interfaccia con i cittadini/pazienti.

Come in tutte le opportunit  vi   un rischio, che in questo caso   rappresentato dalla logica dell'adempimento, dalla necessit  di spendere dei fondi e quindi di inaugurare delle strutture chiamate Case della Comunit  che poi in realt  sono gli ex poliambulatori a cui   stato cambiato il nome ma non la sostanza. Sarebbe un'opportunit  persa proprio in un contesto in cui vi sono, pur nelle difficolt  legate alla carenza di professionisti e ad un cronico sottofinanziamento del Servizio Sanitario, chiare indicazioni normative e la disponibilit  di fondi ad hoc del PNRR. Gli strumenti quindi ci sono serve la volont  di cambiare e di superare le inevitabili resistenze al cambiamento tipiche dei sistemi ultra-complessi come quelli delle aziende sanitarie.

² Le AFT e le UCCP in realt  non sono strumenti nuovi introdotti dall'Accordo Collettivo Nazionale del 2024, gi  l'accordo del 2009 negli articoli 26, 26-bis e 26-ter disciplinavano la stessa fattispecie che poi per    stata implementata nel Paese solo in alcuni contesti e, per altro, parzialmente.

Bibliografia di riferimento

- Balduzzi, R. (2020), Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2, pp. 339 ss.;
- Balduzzi, R. (2022), Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni, in *Corti supreme e salute*; (2): 461-473 [<https://hdl.handle.net/10807/248174>]
- Borgonovi, E. Vendramini, E (1999), (a cura di) *La gestione della medicina generale – Principi e criteri economici* UTET Roma
- Casati G. (2000). *“Programmazione e Controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie”*. McGraw-Hill Libri Italia, Milano
- Casati G, Vichi MC. (2002) (a cura di). *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*. Milano: McGraw-Hill, Libri Italia, Milano
- Liberali, C., Rubino, A., Colombo, A., & Vendramini, E. A. (2024). Verso la riforma della Medicina Generale: conoscersi per rinnovarsi Risultati del questionario relativo alla conoscenza della Medicina Generale e alle sue prospettive future. *Mecosan - Management Ed Economia Sanitaria* - Open Access, (126). <https://doi.org/10.3280/mesa2023-126oa17410>
- Longo, F. (1999) (a cura di) *Asl, Distretto, Medico di Base*, Egea, Milano
- Longo, F. Vendramini, E (2001) (a cura di) *Il budget e la medicina generale* McGraw-Hill Libri Italia, Milano
- Rossi, E. (2021) Le “Case della comunità” del PNRR: alcune considerazioni su un’innovazione che merita di essere valorizzata, ivi, n. 2, pp. 361 ss.
- Vendramini E. (2004) *il sistema di budget per le aziende sanitarie* McGraw-Hill Libri Italia, Milano
- Vendramini, E. (2024). Commento. *Mecosan - Management Ed Economia Sanitaria* - Open Access, (127). <https://doi.org/10.3280/mesa2023-127oa17902>
- Zavattaro F. (1993). Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario. *Mecosan - Management Ed Economia Sanitaria* 24-. 35, SIPIS, Roma

