

Anche quest'anno la Corte ha utilizzato la lente dei dati contabili per analizzare l'insieme delle politiche regionali: per apprezzare, cioè, come le scelte allocative adottate in sede di programmazione e di bilancio abbiano ricevuto concreta attuazione, si siano tradotte in risultati, in servizi ai cittadini, in opere infrastrutturali, in trasferimenti ad altri soggetti, trovando poi un riflesso ("lasciando una traccia") nel consuntivo.

Fra le politiche settoriali di spesa che compongono il rendiconto della Regione Toscana, la strategia sociale è preminente per dimensioni [e per ricadute in termini di servizi], poiché incide sul totale complessivo delle risorse allocate a bilancio per il 60,9 per cento in termini di stanziamenti e per l'80,8 per cento in termini di impegni. Le cifre assolute raggiungono quota 8.024 milioni in termini di stanziamenti (con un incremento di 49 milioni circa rispetto al 2013) e 7.925 milioni in termini di impegni (con un incremento di 321 milioni circa rispetto al 2013).

Nel consuntivo regionale, la strategia sociale copre essenzialmente le politiche per la tutela della salute e quelle di assistenza sociale, entrambe significativamente strette (o piuttosto "co-strette") entro vincoli finanziari segnati, per le prime, dalla stazionarietà del finanziamento a carico dello Stato (costantemente divaricato rispetto agli andamenti tendenziali del fabbisogno [L'impatto cumulato delle manovre può stimarsi in oltre 640 milioni per il solo 2014]). Quanto alle politiche sociali, esse hanno sofferto per la contrazione dei trasferimenti erariali e per l'assenza di continuità (sicché soltanto la destinazione di risorse proprie da parte regionale ne ha garantito la prosecuzione nel tempo).

Risorse proprie regionali hanno finanziato in particolare la non autosufficienza e la disabilità. Il livello di finanziamento complessivo assicurato nel 2014 al Fondo per la non autosufficienza dalla Regione è stato di 89 milioni, di cui circa 28 di provenienza statale¹. E' stato inoltre mantenuto il Fondo regionale per il sostegno alla locazione, anch'esso parzialmente alimentato da risorse statali (per 6,2 milioni, cui si sono aggiunti 8 milioni di risorse regionali), ed è stata confermata la misura straordinaria di sostegno alle famiglie colpite da provvedimenti di sfratto per morosità incolpevole (su oltre 6 milioni, 4 sono di provenienza statale). Sono invece tutte risorse di provenienza regionale quelle che finanziano interventi a favore delle famiglie in difficoltà (20 milioni) e quelle per l'assistenza sociale (quasi 9 milioni di stanziamenti e di impegni, ma nessun pagamento). Le risorse del Fondo Nazionale Politiche sociali, pari a 28 milioni, risultano impegnate per circa 10 milioni.

Per quanto riguarda la sanità, è dal 2013 che il sistema è in pareggio: è dal 2013, cioè, che non si manifesta più l'esigenza di reperire risorse regionali aggiuntive (il cd. "extra-fondo") a copertura del delta tra il finanziamento cui lo Stato concorre in via ordinaria e i costi del servizio sanitario regionale. Nel 2013 tale risultato fu raggiunto grazie ad importanti misure di contenimento della spesa, che hanno investito la configurazione e l'utilizzo della struttura di offerta, nonché l'organizzazione di taluni servizi di supporto (laboratorio, emergenza-urgenza, medicina trasfusionale); nel 2014, oltre all'entrata a regime di tali misure,

¹ Una parte di risorse (quasi 55 milioni) è stata distribuita sul territorio, attraverso le Zone-distretto, a fini di potenziamento dei servizi socio-assistenziali; un'altra parte (25 milioni) è stata finalizzata all'acquisto di quote sanitarie aggiuntive per ridurre le liste d'attesa nelle residenze sanitarie assistenziali.

ha certamente giocato un ruolo anche il temporaneo allentamento dello stress finanziario dovuto alle maggiori assegnazioni del FSN a seguito della sottoscrizione del Patto per la salute 2014-2016.

Alcune voci di spesa, in diminuzione fino al 2013, mostrano infatti una tendenza al rialzo nel 2014. Così la spesa per il personale, sulla quale operano peraltro misure anche nazionali di contenimento (come il blocco dei rinnovi contrattuali, la proroga del tetto alla spesa per il personale dipendente). L'adeguamento della dimensione numerica del personale alle riforme strutturali in corso (più evidente per il personale sanitario che non per quello amministrativo e tecnico) presenta comunque una notevole forza d'inerzia, essendo affidata essenzialmente al blocco del turnover, che è per sua natura lento e non selettivo e pone problemi di invecchiamento medio del personale.

Un grosso sforzo è stato fatto negli ultimi anni sulla farmaceutica, dove la spesa convenzionata manifesta nel tempo una dinamica in calo, sia pure in misura progressivamente ridotta (grazie al minor costo dei medicinali generici, all'aumento dell'appropriatezza prescrittiva, all'effetto delle compartecipazioni a carico dei cittadini), compensando in parte la spesa farmaceutica ospedaliera, che invece sfonda il tetto normativo del 3,5 per cento (pesando sulla voce degli acquisti di beni e servizi). Nel complesso, il disavanzo rispetto al livello di spesa programmata è di circa 89 milioni, che la situazione generale di equilibrio dei conti della sanità consente tuttavia di riassorbire senza andar incontro a sanzioni.

In chiave comparativa, il sistema ha un costo di 1.963 euro pro-capite (senza considerare gli effetti della mobilità interregionale), cioè circa 100 euro di più del costo medio nazionale.

Come indicano i raffronti interregionali, con questa cifra, il sistema toscano produce un'assistenza di qualità. Nel 2014, la Toscana ha riportato infatti il punteggio più elevato nel monitoraggio nazionale per l'erogazione dei LEA, che fa riferimento a tutti gli aspetti dell'assistenza, nelle tre componenti prevenzione, distrettuale e ospedaliera. Quanto a quest'ultima, i buoni risultati delle cure erogate sono invece attestati dal Programma nazionale esiti: nella comparazione con le strutture ospedaliere delle altre regioni, le strutture toscane mostrano una qualità diffusa (con il maggior numero di prestazioni migliori della media; un'alta percentuale di prestazioni nella media; il minor numero di prestazioni sotto la media) e, a fronte di una casistica più complessa, ricoverano pazienti per un numero inferiore di giorni.

La regolazione del sistema presenta una continuità di indirizzi e di linee strategiche, confermata dal Piano sociale e sanitario approvato infine nello scorso autunno: il territorio punta sulle nuove forme di aggregazione della medicina generale e sullo sviluppo della sanità d'iniziativa; nell'ospedale, l'area medica si focalizza sulle acuzie e sulla complessità, ridisegnando gli assetti assistenziali; l'area chirurgica va nel senso della specializzazione delle strutture e della loro messa in rete in modo da evitare la dispersione numerica della casistica tra i presidi (ciò assicura tra l'altro evidenza di esiti migliori).

La Corte rilevava l'anno passato come il rafforzamento del welfare territoriale esigesse un miglioramento dell'assistenza domiciliare integrata; quest'anno tale aspetto risulta aver superato con un giudizio di adempimento pieno il vaglio del tavolo ministeriale di monitoraggio dei Lea. La percentuale di anziani in cure domiciliari è passata dal 2,31 per cento nel 2012 all'11,76 per cento nel 2014. Ciò non toglie che ulteriori azioni siano ancora opportune per allineare l'offerta ai reali bisogni (con la determinazione, da parte regionale, di standard specifici, che fissino obiettivi di continuità di assistenza tra ospedale e territorio). Così pure sul tema della residenzialità, per la quale sono ormai note le caratteristiche della struttura di offerta (dopo la mappatura delle RSA condotta a tappeto sul territorio), ma occorre implementare una valutazione di qualità dei servizi offerti e verificare la sufficienza della dotazione in relazione alla distribuzione territoriale.

Sempre nell'ambito dell'assistenza territoriale, il modello prescelto dalla Toscana per la presa in carico delle patologie croniche è quello della sanità d'iniziativa, specialmente orientato alla gestione non più solo reattiva, ma attiva della malattia, in modo tale da rallentarne il decorso e prevenirne le riacutizzazioni che imporrebbero il ricovero ospedaliero. La sanità d'iniziativa ha conosciuto un notevole sviluppo, ma occorre attenderne il definitivo consolidamento a livello territoriale. Siamo oggi a poco più del 50 per cento della popolazione residente "arruolabile" nel modello. Appare chiaro infatti che non sarà possibile raggiungere la copertura integrale della domanda prevista originariamente per fine 2015.

Lo sviluppo previsto per la sanità d'iniziativa rende ancora più attuale la ridefinizione organizzativa della medicina generale e della continuità assistenziale. Sono una realtà le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei medici di medicina generale e di continuità assistenziale (che sostituiscono le forme di esercizio isolato della professione medica). Sono state costituite 115 AFT (ciascuna composta da 20-25 MMG e da 5-6 medici di continuità assistenziale). Il bacino di riferimento di ciascuna è di circa 30.000 abitanti.

Sono pure attive 46 Case della salute (punti di accesso unici ai vari servizi socio-sanitari di base) delle 100 previste, ma la loro distribuzione è ancora ineguale, e alcune zone ne risultano del tutto sprovviste (al momento sono coperte 22 delle 34 Zone-distretto).

Per quanto riguarda l'uso dell'ospedale, a fronte di un tasso di ospedalizzazione pari ormai a 132,73 ricoveri per 1.000 abitanti (e sempre più orientato verso l'obiettivo regionale dei 120 ricoveri per 1.000 abitanti), uno degli aspetti cruciali della governance del sistema è la pianificazione della capacità produttiva degli ospedali.

A metà 2015, il numero di posti letto totali presso strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate è di 12.694, in calo di 1.179 unità rispetto al 2012. Ciò corrisponde a un valore di 3,4 posti letto per 1.000 abitanti (di cui 2,9 collocati presso strutture pubbliche) e consente alla Regione di situarsi agevolmente entro la soglia massima già prevista dal cd. decreto Balduzzi, e oggi dal Regolamento per la definizione degli standard ospedalieri n. 70/2015 (3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti, di cui 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie).

La riduzione constatata è frutto di un'analisi del fabbisogno di posti letto basata sull'intensità del loro utilizzo (tasso di occupazione). La presenza di letti sotto-utilizzati è infatti generatrice di inefficienza e di costi di gestione addizionali. L'obiettivo tendenziale di utilizzo a livello regionale (da accompagnarsi allo sviluppo di soluzioni organizzative alternative per la fase post-acuzie) è stato posto all'85 per cento. Il tasso di occupazione medio dei posti letto per acuti in Toscana è pari attualmente a 79,76 per cento (era pari a 78,26 nel 2012), e manifesta pertanto un potenziale di ulteriori riduzioni.

La riduzione dei posti letto è stata associata a processi di riconversione (non di chiusure) dei "piccoli ospedali". Alcuni dei posti letto soppressi sono stati sostituiti da letti a bassa intensità di cura, o da letti di cure intermedie ("intermedie" - si intende - tra ospedale e territorio). Nel 2013 i posti letto dedicati alle cure intermedie erano 1.048; a fine 2014, i posti attivi erano 1.317. A regime, sono previsti ulteriori 124 posti entro il 2015 e 155 posti entro il 2016.

Con l'ausilio di alcuni indicatori di performance, tratti dai flussi del Laboratorio Management e sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, la Corte ha rilevato il posizionamento delle aziende rispetto all'appropriatezza d'uso dei servizi ospedalieri, sia nell'area medica che in quella chirurgica. L'analisi segnala una dimensione ancora sostenuta di ricoveri medici potenzialmente inappropriati (ricoveri medici brevi, ricoveri diagnostici) e la conseguibilità di ulteriori miglioramenti affidata a soluzioni organizzative innovative

sia presso l'ospedale (letti di osservazione breve, Day Service ambulatoriale) che fuori (strutture residenziali e semiresidenziali, ospedali di comunità, letti di cure intermedie e soluzioni al domicilio del paziente). Nell'area chirurgica si rivela una relativa difficoltà di adeguamento agli standard di erogazione considerati ottimali dalla Regione per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza. La asimmetria di comportamenti registrata a livello di aziende (di cui alcune già prossime ai target regionali ed altre invece notevolmente distanti) dà la misura del potenziale di miglioramento del sistema nel suo complesso. Le condizioni per la trasferibilità dei risultati sono rimesse naturalmente alle autonome scelte aziendali.

L'equità di accesso ai servizi è stata esaminata sotto il profilo dei tempi di attesa richiesti per le principali visite specialistiche e per le prestazioni di diagnostica (in particolare TAC e RMN che sono le più critiche per volumi di domanda). La percentuale di prenotazioni in regime istituzionale erogata entro 15 giorni è ferma intorno al 37 per cento negli anni 2013 e 2014 per le prime visite specialistiche; la percentuale di visite prenotate entro 15 giorni in regime intramoenia (che rappresentano all'incirca il 20 per cento del totale delle visite) è stata pari al 70,4 per cento nel 2014 (era il 71,3 per cento nel 2013). La percentuale di prestazioni diagnostiche prenotate entro 30 giorni è del 50,24 per cento a livello generale (in crescita rispetto al 47,85 per cento del 2013). Notevolmente differenziate risultano però le situazioni aziendali e, di conseguenza, i livelli reali di accessibilità delle varie tipologie di prestazioni.

La consapevolezza della necessità di interventi migliorativi è attestata da una delibera di Giunta del 2014, che identifica la riduzione dei tempi di attesa come uno degli obiettivi prioritari per il sistema sanitario nel 2014, sia per l'area dell'offerta clinico-diagnostica territoriale che per l'area chirurgica ospedaliera.

In attuazione di tale indicazione, nel 2014 è stato introdotto un nuovo sistema di classificazione che tiene conto, per la determinazione del bisogno, dei diversi profili di domanda degli utenti (cronicità, medicina predittiva, urgenza immediata), ed è stato attivato un Numero Verde per la segnalazione e la risoluzione dei casi di sfioramento dei tempi di attesa.

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, è ancora incompleto, benché in via di miglioramento, il basamento informativo regionale relativo al percorso chirurgico.

Alla data del 31 dicembre 2014, tutta l'attività intramoenia ambulatoriale è ormai esercitata in spazi aziendali, mentre per il regime di ricovero una sola Azienda ospedaliera registra ancora residue attività intramoenia in istituti privati, in via di rientro in tempi concordati con la Regione.

Il capitolo si conclude con un focus sugli investimenti del sistema sanitario toscano, che si sono concentrati principalmente sull'edilizia ospedaliera, ed in particolare sulla riorganizzazione degli ospedali portanti delle Aziende sanitarie e sulla riqualificazione delle Aziende ospedaliero-universitarie. Dal 2010 ad oggi sono stati realizzati quattro nuovi ospedali, di cui tre sono stati aperti nel biennio 2013-2014 (Pistoia, Prato e Lucca); l'ultimo (Ospedale delle Apuane) sarà operativo entro novembre 2015.

Il fabbisogno finanziario, garantito nel decennio 2000-2010 principalmente da trasferimenti statali ai sensi della legge n. 67/1988 (per circa 1,5 miliardi) è stato coperto successivamente con risorse proprie regionali (per 900 milioni negli anni dal 2011 al 2015), che hanno rappresentato, nell'ultimo quinquennio, la quasi totalità dei finanziamenti.

D'altra parte, la necessità di mantenere gli equilibri della gestione e l'introduzione delle nuove regole contabili di cui al d.lgs. 118/2011 hanno ridotto, in concreto, la possibilità di auto-finanziamento degli investimenti da parte delle aziende sanitarie.

Ciò richiede un'attenta analisi della programmazione aziendale, in funzione sia della sua integrazione con il complessivo progetto regionale, sia dei crescenti vincoli di bilancio. È stato pertanto istituito, nel 2014, un apposito "gruppo tecnico di valutazione degli investimenti", che esaminerà i piani elaborati dalle singole aziende. Al necessario reperimento di risorse aggiuntive (per un fabbisogno annuo stimato di circa 250-300 milioni) è previsto invece che si provveda con il ricorso all'alienazione dei beni aziendali non destinati ad uso sanitario (la Regione ha istituito un Fondo di anticipazione alle aziende per consentirne la preventiva valorizzazione) e con il coinvolgimento dei capitali privati (project financing), già sperimentato nella costruzione dei quattro nuovi ospedali. Non si può non rilevare, tuttavia, che tali fonti di finanziamento richiedono tempi lunghi e favorevoli condizioni economiche per il loro realizzo, ciò che le rende particolarmente incerte nell'attuale quadro congiunturale.

Per concludere sull'attualità: nuovi tagli sono prevedibili, anzi sono già previsti. Non si può non ricordare, infatti, l'accordo siglato in Conferenza Stato-regioni il 2 luglio scorso, che ha sancito un taglio da 2,3 miliardi alla sanità nel suo complesso. La Regione ha reagito con una legge di riordino che amplia il bacino territoriale di riferimento delle Aziende sulla dimensione dell'area vasta, riducendone significativamente il numero.

La Corte, dal canto suo, ha nel proprio programma un continuum di attività che, oltre alla odierna occasione di referto, vanno dal controllo monitoraggio sui bilanci di esercizio aziendali ai sensi del d.l. 174/2012, all'esecuzione, su richiesta della Giunta e ai sensi della l. 131/2003, di una due diligence sulla funzionalità dei controlli attualmente praticati dalla Regione (garante ultimo degli equilibri finanziari del sistema) per tenere sotto osservazione andamenti e risultati contabili delle gestioni aziendali.