

Anno VII numero 22 2008

Trimestrale dell'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

monitor

→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

22

Editoriale Piani di rientro: difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità **Focus on** I Piani di rientro: Intervista al sottosegretario alla Salute Francesca Martini; Intervista a Vasco Errani, presidente della Conferenza delle Regioni; Strumenti e modalità per l'affiancamento alle Regioni in Piano di rientro; Evoluzione, disciplina e prospettive dei Piani di rientro; Intervista ad Aldo Ancona; Metodi e strumenti dell'Agencia per la realizzazione dei Piani di rientro; Gli obiettivi del Piano di rientro della Regione Lazio; La ristrutturazione del sistema sanità nella Regione Campania; Sicilia: ripianare il deficit e riqualificare l'offerta **Agenas on line** Come determinare e ripartire il fabbisogno: bisogni, consumi, costi; Health Technology Assessment: i primi tre report dell'Agencia; L'Osservatorio Buone Pratiche: metodi e risultati; La medicina di genere: una strada ancora tutta da percorrere

Editoriale**Piani di rientro: difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità**
di Renato Balduzzi**pagina 3****Focus on | I Piani di rientro****Piani di rientro, un primo bilancio**
Intervista al sottosegretario alla Salute Francesca Martini
di E. Antoniotti**pagina 6****Un'occasione per una leale collaborazione**
Intervista a Vasco Errani, presidente della Conferenza delle Regioni**pagina 10****Strumenti e modalità per l'affiancamento alle Regioni in Piano di rientro**
di F. Palumbo, M.G. La Falce**pagina 13****Evoluzione, disciplina e prospettive dei Piani di rientro**
di F. Massicci**pagina 20****Piani di rientro: non solo controllo amministrativo**
Intervista ad Aldo Ancona**pagina 25****Metodi e strumenti dell'Agenas per la realizzazione dei Piani di rientro**
di G. Baraldi**pagina 31****Gli obiettivi del Piano di rientro della Regione Lazio**
di N. Cau**pagina 37****La ristrutturazione del sistema sanità nella Regione Campania**
di A. Montemarano**pagina 42****Sicilia: ripianare il deficit e riqualificare l'offerta**
di M. Russo**pagina 45****Agenas on line****Come determinare e ripartire il fabbisogno: bisogni, consumi, costi**
di C. Cislighi, E. Di Virgilio, I. Morandi, G. Tavini**pagina 49****Health Technology Assessment: i primi tre report dell'Agenas**
di Agenas, Gruppo Health Technology Assessment**pagina 64****L'Osservatorio Buone Pratiche: metodi e risultati**
di G. Caracci, B. Labella, Q. Tozzi, S. Carzaniga**pagina 69****La medicina di genere: una strada ancora tutta da percorrere**
di B. Rusticali**pagina 76**



**Elementi di analisi
e osservazione
del sistema salute**

Trimestrale dell'Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali

Anno VII Numero 22 2008

Direttore responsabile

Chiara Micali Baratelli

Comitato scientifico

Coordinatore: Gianfranco Gensini

Componenti: Anna Banchemo,
Antonio Battista, Norberto Cau,
Francesco Di Stanislao, Nerina Dirindin,
Gianluca Fiorentini, Elena Granaglia,
Roberto Grilli, Elio Guzzanti, Carlo Liva,
Sabina Nuti, Francesco Ripa di Meana,
Federico Spandonaro, Francesco Taroni

Editore

Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali
Via Puglie, 23 - 00187 ROMA
Tel. 06.427491
www.agenas.it

**Progetto grafico, editing
e impaginazione**



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via V. Carpaccio, 18
00147 Roma

Stampa

Cecom
Bracigliano (Sa)

Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare
nel mese di novembre 2008

agenas.  AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

 Periodico associato
all'Unione Stampa
Periodica Italiana

L'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale. Questa funzione si articola nelle seguenti specifiche attività: la valutazione di efficacia dei livelli essenziali di assistenza; la rilevazione e l'analisi dei costi; la formulazione di proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari; l'analisi delle innovazioni di sistema, della qualità e dei costi dell'assistenza; lo sviluppo e la diffusione di sistemi per la sicurezza delle cure; il monitoraggio dei tempi di attesa; la gestione delle procedure per l'educazione continua in medicina.

L'Agenzia oggi | Presidente Renato Balduzzi; Direttore reggente Marina Cerbo

Consiglio di amministrazione Carlo Lucchina, Pier Natale Mengozzi,
Filippo Palumbo, Giuseppe Zuccatelli

Collegio dei revisori dei conti Emanuele Carabotta (Presidente),
Nicola Begini, Bruno De Cristofaro

I settori di attività dell'Agenzia | Monitoraggio della spesa sanitaria

- Livelli di assistenza • Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento
- Innovazione, sperimentazione e sviluppo • Documentazione, informazione e comunicazione • Affari generali e personale • Ragioneria ed economato

www.agenas.it | Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di 



Piani di rientro: difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità

di **Renato Balduzzi**

Presidente Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Il tema del governo condiviso del sistema sanitario rappresenta oggi, senza dubbio, una delle maggiori sfide che la tendenza in senso “federalista” si trova ad affrontare. Per questo motivo, abbiamo deciso di affrontare nel dossier *Focus on* di questo numero di *Monitor* la vicenda dei Piani di rientro, una procedura che vede coinvolte un certo numero di Regioni, impegnate a individuare e ad approntare le misure necessarie per rientrare dal deficit accumulato nella gestione della sanità, a volte nel corso di anni, qualificando e riqualificando al tempo stesso i servizi forniti.

Il rientro dal deficit accumulato in sanità dalle Regioni rappresenta, senza dubbio, il nucleo fondamentale attorno al quale si articola la questione del federalismo fiscale, giacché, com'è noto, i bilanci regionali sono costituiti in gran parte dalla spesa sanitaria.

E, quindi, nella difficile equazione che vorrebbe riuscire a determinare maggiori risorse per le Regioni del nord senza togliere entrate alle Regioni del Sud, garantendo al tempo stesso, nel rispetto della Costituzione, i Livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria a tutti i cittadini italiani, la responsabilità che le Regioni si trovano ad affrontare è, prima di tutto, quella di impegnarsi a rientrare nei bilanci.

Una responsabilità che, per essere sviluppata appieno, prevede la capacità, da parte delle Regioni, di utilizzare gli strumenti della programmazione, di intervenire sull'organizzazione complessiva del sistema sanitario regionale, di riequilibrare il rapporto tra ospedale e territorio, di correggere il deficit della spesa farmaceutica.

Abbiamo pertanto cercato di fare il punto sulla situazione, a distanza di più di tre anni dall'avvio della procedura dei Piani di rientro, che inizialmente coinvolgeva sette Regioni (*Liguria, Lazio, Molise, Abruzzo, Campania, Sicilia, Sardegna*) e attualmente vede impegnate soprattutto cinque di esse, dal momento che Liguria e Sardegna sono riuscite a coprire il deficit con mezzi propri.

In particolare, il nostro *Focus* si è proposto di inquadrare la questione dei Piani di rientro nei suoi aspetti generali esaminandola da diverse angolazioni.

Per approfondire le implicazioni dei Piani di rientro sotto il profilo politico, anche in considerazione dei risvolti che la questione assume nel quadro che si va delineando in seguito all'approvazione in Consiglio dei ministri del disegno di legge delega in materia di federalismo fiscale, abbiamo rivolto alcune domande a due protagonisti della vicenda, ognuno per la propria parte di competenza istituzionale, il sottosegretario al Ministero del Welfare, Francesca Martini, e il presidente della Conferenza dei presidenti delle Regioni Vasco Errani.

Per gli aspetti tecnici-attuativi della procedura intervengono in questo numero di *Monitor* autorevoli dirigenti dei Ministeri del Welfare e dell'Economia che ripercorrono la questione dei piani di rientro sin dalla sua genesi, illustrando il percorso compiuto e mettendone in luce le criticità e le prospettive di sviluppo.

Infine, il ruolo svolto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali: il bilancio di un'esperienza di "affiancamento" alle Regioni in difficoltà in un'intervista ad Aldo Ancona, la metodologia utilizzata in questo non sempre facile percorso nell'articolo di Giovanna Baraldi.

All'analisi del contesto generale abbiamo vo-

luto aggiungere, per entrare "nel vivo" delle questioni, tre schede che illustrano il percorso compiuto e il cammino ancora da percorrere in tre Regioni, Lazio, Campania e Sicilia, nelle quali si concentra più della metà del debito complessivo.

In questo vasto ed articolato panorama, alcune questioni di fondo che vengono sollevate nel dossier necessiteranno di ulteriori approfondimenti.

Mi riferisco, in particolare, alla seguente circostanza: dal momento che le disposizioni in tema di piani di rientro prevedono, da parte del livello centrale, la valutazione degli obiettivi del piano stesso, la verifica della sua attuazione e la preventiva approvazione dei provvedimenti afferenti a determinate aree tematiche, oltre che la verifica del rispetto delle modalità e dei tempi pianificati, esse costituiscono una rilevante compressione dell'autonomia regionale.

Ora, l'attribuzione di determinate funzioni amministrative in materie demandate alla potestà legislativa regionale di tipo concorrente o residuale non comporta, di per sé, lesione della competenza regionale, purché, però, siano evidenti le ragioni dell'attribuzione stessa e siano osservate le procedure di leale collaborazione e in particolare venga assicurato il massimo coinvolgimento regionale, sia del complessivo sistema delle autonomie regionali, sia della singola Regione interessata.

Quanto alle ragioni dell'attribuzione di tali competenze al livello centrale, strettamente connesse con la sopravvivenza stessa di un Servizio sanitario nazionale inteso essenzialmente come complesso dei Servizi sanitari regionali, non sembra esservi dubbio circa la loro sussistenza e compatibilità con l'art.118 della Costituzione, quale interpretato dalla giurisprudenza costituzionale.

Quanto al rispetto delle procedure di leale collaborazione, assume rilevante importanza il

ruolo svolto in proposito dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, cioè da un soggetto istituzionalmente "terzo" tra Ministero e Regioni, dotato di competenze tecnico-professionali e pertanto in grado di realizzare quelle forme di affiancamento-valutazione e di consulenza-controllo che appaiono le più idonee a contemperare autonomia con responsabilità.

Nella parte della rivista dedicata all'illustrazione dei risultati prodotti nelle varie aree di attività dell'Agenzia, *Agenas on line*, vengono presentati i più recenti studi condotti in seno all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Il gruppo di lavoro dell'Area monitoraggi economici e di attività del Ssn, nell'articolo *Come determinare e ripartire il fabbisogno: bisogni, consumi, costi* riporta, sinteticamente, i risultati dello studio effettuato per determinare la quota di spesa pubblica da destinare al settore sanitario pubblico, nel rispetto del principio, che ha implicito fondamento costituzionale, di congruità della spesa pubblica con la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni fornite.

Da parte sua, il Gruppo di lavoro che, all'interno di Agenas, segue le problematiche afferenti all'*Health Technology Assessment*, riferisce sui risultati raggiunti in seguito all'accordo per la produzione di tre report di HTA riguardanti rispettivamente: un dispositivo per la diagnostica d'immagine, un dispositivo per la diagnostica in

vitro, un dispositivo impiantabile (la video capsula endoscopica, i test rapidi - *bed-side* - per l'influenza, la protesi totale d'anca).

Le buone pratiche per la sicurezza dei pazienti, questo il tema dell'attività prodotta dall'Osservatorio Buone Pratiche, attivato dalla Sezione Qualità e Accreditamento di Agenas, che presenta i risultati della *call for good practice*, lanciata nel febbraio scorso, che ha raccolto 361 casi di buone pratiche in 19 Regioni, realizzati dalle strutture sanitarie con l'obiettivo di accrescere la sicurezza dei pazienti.

Ed, in ultimo, un tema di grande attualità: Bruno Rusticali, coordinatore scientifico delle *Linee-guida* prodotte da Agenas, fa il punto sulla medicina di genere, una branca di attività ancora da sviluppare, dal momento che le donne sono più esposte ad alcune patologie, vengono curate meno bene e, molto spesso, con farmaci non sperimentati direttamente su di loro. A questo proposito, nell'articolo viene illustrato il programma promosso dall'Istituto superiore di sanità e di cui l'Agenas è unità operativa, che produrrà linee guida e protocolli per interventi preventivo-terapeutici "genere mirati" per le malattie cardiovascolari delle donne ed in particolare per lo scompenso cardiocircolatorio, l'infarto miocardico e cerebrale, l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito e i loro fattori predisponenti.



Piani di rientro, un primo bilancio

Intervista al sottosegretario alla Salute Francesca Martini

di **Eva Antoniotti**

Sottosegretario Martini, il Governo di cui Lei fa parte si è insediato quando i Piani di rientro per alcune Regioni in deficit erano già stati stipulati e avviati. Come siete intervenuti in corso d'opera?

Questo Governo sarebbe stato ben felice di trovare una situazione in evoluzione positiva, ma non è stato così. La questione dei piani di rientro delle Regioni con deficit di bilancio e carente razionalizzazione del sistema di erogazione delle prestazioni ai propri cittadini non ha dato i frutti sperati. In realtà il Patto per la Salute, stipulato nel 2006 con alcune Regioni che avevano pesantissimi disavanzi, nasceva su un principio corretto: quello di riequilibrare la finanza pubblica e sostenere in questo sforzo quelle Regioni che per troppi anni, o forse da sempre, avevano contato sull'idea che qualsiasi spesa, anche iniqua, in campo sanitario dovesse essere necessariamente rimborsata a pie' di lista dallo Stato. Oggi l'obiettivo di sostenere l'evoluzione verso standard di qualità e di equilibrio di bilancio per tutte le Regioni italiane è senza dubbio quanto mai pressante in un'ottica di sostenibilità dell'intero servizio sanitario nazionale.

Questo vuol dire che tutti gli accordi tra Stato e Regioni, a partire dall'intesa del 2001, e tutti gli impegni presi...

...sono stati tutti calpestati. In alcune aree del Paese ci si è abituati a sfiorare comunque e a trovare poi sempre la possibilità di un ripiano, contando sull'intervento dello Stato. Ma quando parliamo dello Stato parliamo di tutte le Regioni e di tutti i contribuenti di questo Paese e questo non dobbiamo dimenticarlo.

Né possiamo tralasciare che il Patto per la salute doveva regolare equamente

questa possibilità di sostegno. Non è ancora stata “digerita” l’idea del cosiddetto “fondino” attraverso cui le Regioni virtuose sono state chiamate a contribuire direttamente al ripiano dei disavanzi, questo nei fatti ha rappresentato una supertassa per le Regioni del Nord. Chi già applica parametri e standard di finanza pubblica positivi, o comunque che stanno in piedi, chi comunque sostiene con difficoltà il proprio servizio sanitario, talvolta attraverso razionalizzazioni non indolori come abbiamo fatto anche in Veneto, si è trovato a dover fare un ulteriore sacrificio. Ma questa mentalità a mio avviso distorta non è più utilizzabile. Per questo la politica che stiamo intraprendendo è una politica di estremo rigore.

Come stanno lavorando ora i tavoli tecnici?

I cosiddetti tavoli tecnici, che svolgono una verifica trimestrale, sono in realtà due: uno è il tavolo di verifica degli adempimenti e uno è il tavolo dove si valuta la copertura dei Lea.

Queste verifiche hanno evidenziato al momento un sostanziale mancato raggiungimento degli obiettivi, a cominciare dal Lazio. In questa Regione, dunque, si è proceduto con un commissariamento affidato al presidente Marrazzo, il quale ora ha un doppio ruolo che, peraltro, potrebbe aprire anche a delle valutazioni di un possibile conflitto di incarichi, visto che il non raggiungimento dell’equilibrio di bilancio rappresenta anche e soprattutto comunque il fallimen-

to politico di una amministrazione regionale. Non voglio criminalizzare le persone, perché ovviamente chi si trova a gestire un’amministrazione sconta anche situazioni precedenti, né intendo in questa sede stigmatizzare le persone e le loro responsabilità, ma dobbiamo aver chiaro che ci troviamo nella necessità di estremo rigore e trasparenza, esigenza che non è sentita profondamente soltanto da questo Governo soltanto ma è richiesta a gran voce da tutti i cittadini di questo Paese. Esiste un binomio diabolico che più nessuno è a mio avviso disposto ad accettare tacitamente: quasi sempre, cattiva finanza pubblica coincide con cattiva qualità dei servizi sanitari.

Sta dicendo che ci sono Regioni dove si spende molto e si fa cattiva sanità?

Si fa poco e si fa spesso male, oltretutto al di fuori dell’oculatezza della spesa e dei criteri di appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici. Lo dimostra il fenomeno della migrazione sanitaria: noi abbiamo moltissimi cittadini che cercano, come è loro diritto in base all’articolo 32 della Costituzione, cure, sicurezza e qualità fuori dalla loro Regione e questo è assolutamente ingiusto nei loro confronti e delle stesse famiglie, costrette a viaggi, spese e stress. Anche perché i cosiddetti “viaggi della speranza” spesso sono legati a prestazioni piuttosto semplici: se per un intervento complesso è normale che ci si rechi in un centro di eccellenza riconosciuto, quando si va a farsi un’appendicite o una protesi d’anca in un’altra Regione questo

avviene solo perché non ci si fida della sanità della Regione in cui si vive. Senza dimenticare però che la migrazione sanitaria pone anche le Regioni che erogano queste cure in una situazione di difficoltà nella gestione di risorse, personale e posti letto, senza parlare del problema del rimborso delle prestazioni.

Tutto questo è un circolo vizioso che deve trovare una via d'uscita.

Oltre ai tavoli di verifica, il Patto per la Salute prevedeva la possibilità di affiancamento e tutoraggio tra Regioni. Si sta realizzando?

Quello che stiamo facendo è un tutoraggio a 360 gradi e sono estremamente preoccupata: i tavoli sono essenzialmente lo strumento di verifica e accompagnamento. Non aspettiamo di tirare le somme alla fine dell'anno e "tagliare la testa", ma siamo lì ogni tre mesi lì a fare il punto. Le criticità emerse sono molto chiare. Ad esempio, una scellerata gestione sanitaria ha prodotto in alcune Regioni la crescita abnorme delle convenzioni con i privati, in particolare sulla diagnostica: ora occorre definire il budget assegnato agli erogatori privati, fissare dei tetti. Altra criticità è poi quella della programmazione, ovvero della riorganizzazione della rete ospedaliera e dello sviluppo delle cure primarie sul territorio. In alcune Regioni l'obiettivo dei 4,5 posti letto è stato raggiunto da anni, e anzi si sta pensando che 4,5 siano oggi troppi, mentre in altre siamo ancora ben lontani da questo risultato.

L'obiettivo è quello di limitare l'ospedalizzazione alla fase acuta e di sviluppare capacità di prevenzione, di assistenza sanitaria e sociosanitaria al paziente cronico o portatore di determinate patologie. C'è bisogno di poter utilizzare anche strumenti come gli ospedali di comunità, dove la me-

dicina di famiglia collabori in fase post-acuzie in tutta la fase di rientro del paziente nella propria abitazione. Dobbiamo riuscire ad allentare la pressione impropria sui Pronto Soccorso, visto che attualmente l'emergenza-urgenza registra un 60-70% di codici bianchi e verdi.

Tutte le verifiche vengono svolte nel Ministero. Non è una contraddizione in epoca di attuazione del federalismo fiscale?

Parliamo di Regioni che secondo le norme vigenti andrebbero commissariate tout court. In realtà, grazie al Patto per la salute, ricerchiamo un tutoraggio, un monitoraggio, un sostegno che deve però realizzarsi con rigore e trasparenza. Attualmente il disavanzo tendenziale per il 2008 stimato nei tavoli tecnici del Ministero fanno emergere per Sicilia, Molise e Campania situazioni che richiedono un ulteriore rafforzamento di interventi. Rafforzamento che noi attendiamo di valutare alla fine di novembre, quando ci sarà una nuova verifica.

Quindi si è rinunciato alla possibilità di una rete orizzontale tra le Regioni?

Time out. Tempo scaduto. Le Regioni possiedono da sempre strumenti ad hoc come la Commissione Salute e la Conferenza dei Presidenti.

È il momento di un cambiamento culturale e mandare un commissario in una Regione con i bilanci in rosso vuol dire anche questo, come è stato fatto per l'Abruzzo, dove il commissario è un ex direttore generale del Veneto. Non sto dicendo che qualcuno deve "portare il verbo", ma noi le nostre responsabilità ce le siamo assunte ed è ora che se le assumano dappertutto. È la gente che lo chiede. I cittadini del Centro Sud vogliono prestazioni, vogliono attenzione, vogliono un Cup che funzioni, vogliono il rispetto dei tempi di attesa. Sono scandalizzata quan-

do sento persone che sono costrette a pagare privatamente le cure di cui hanno bisogno, perché la struttura pubblica impone tempi d'attesa biblici. Sulla regolazione dei tempi delle prestazioni in rapporto alla patologia, in Veneto durante il mio precedente incarico istituzionale di Assessore alle Politiche Sanitarie ho attuato la prima delibera in Italia che "prioritarizza" tutte le prestazioni del servizio Sanitario Regionale attraverso l'attribuzione da parte del medico di famiglia di un codice di priorità graduato all'intensità della patologia o del sospetto di patologia certificando un diritto del paziente non solo a ricevere una determinata prestazione ma anche a riceverla nei tempi consoni dettati da scienza e coscienza. Tutto questo coinvolge la presenza di un controllo su qualità e organizzazione dei soggetti erogatori, che significa in sanità soprattutto buona amministrazione.

Per questo la cura d'urto è assolutamente necessaria: rigore, nel rispetto dei piani di rientro e dunque delle prerogative di un patto che è stato firmato da ambo le parti. Il Governo sente questo come dovere morale, nel rispetto dei cittadini di tutte le Regioni.

Ci sono Regioni, come il Lazio, che hanno eliminato i ticket sulla farmaceutica quando avevano già enormi buchi di bilancio e ci sono Regioni che impongono da sempre ai propri cittadini la partecipazione alla spesa, questo rappresenta non solo un fattore di entrata finanziaria ma anche di regolazione nella richiesta di prestazioni o farmaci, come è logico. Se il cittadino non paga può farsi cento esami magari inutili, se trova un medico che glieli prescrive, mentre quando ha una partecipazione economica la decisione diventa un pochino più oculata.

In conclusione, come si possono riassumere gli obiettivi che il Governo si propone attraverso i Piani di rientro?

L'unico settore di spesa su cui c'è una situazione di equilibrio accettabile nelle varie Regioni è la spesa farmaceutica, anche se in alcune aree del Paese i farmacisti convenzionati lamentano ritardi insopportabili nei pagamenti e questo occorre metterlo a rischio il sistema.

Per il resto, gli obiettivi sono tre. Primo, la programmazione della spesa, che si lega anche alla questione dei costi standard del federalismo fiscale.

Secondo punto, razionalizzazione della rete ospedaliera, sotto il profilo del numero e della tipologia dei posti letto e sviluppo delle cure primarie.

Terzo, definizione dei budget assegnati agli erogatori privati, ovvero la capacità di definire di quanto privato c'è bisogno nel contesto di ciascuna Regione rispetto al raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dai Lea.

Definire un tetto al privato non contraddice il principio di libera concorrenza tra gli erogatori?

Assolutamente no. Il principio assoluto della libera concorrenza esiste su beni e prestazioni sul mercato. Nel momento in cui è lo Stato a pagare occorre fare una programmazione coerente con obiettivi di salute pubblica predefiniti e di razionalizzazione della spesa sanitaria, che peraltro tocca circa i 2/3 dei bilanci regionali. Ovviamente il privato non può essere un doppio del pubblico, ma deve integrare il pubblico nell'obiettivo del bene comune. In Veneto c'è circa il 5% di privato, ma ci sono Regioni in cui il privato eroga ad esempio attorno al 70% della diagnostica. Forse c'è qualcosa che non va, non crede?

Un'occasione per una leale collaborazione

Intervista a Vasco Errani, presidente della Conferenza delle Regioni

10

monitor

La procedura dei piani di rientro delle Regioni ha assunto, in quest'ultimo anno, un'importanza crescente, mostrando una certa difficoltà delle Regioni coinvolte ad impostare politiche strutturali di risparmio e razionalizzazione. Non c'è stata, forse, inizialmente, da parte delle Regioni una sottovalutazione delle implicazioni di sistema e istituzionali del processo avviato?

Nei difficili confronti con il Governo, in occasione delle ultime leggi finanziarie e, da ultimo, con la Manovra estiva, le Regioni hanno più volte richiamato l'attenzione sulla necessità di inquadrare le complesse procedure di attuazione dei piani di rientro delle Regioni con disavanzo in un più ampio contesto. Possiamo affermare tutto ma certamente non il fatto che le Regioni abbiano sottovalutato le implicazioni che una strutturazione della spesa troppo rigida avrebbe comportato. Siamo i primi ad essere favorevoli ad un processo di riforme e di autoriforma del sistema, basato sulla responsabilità istituzionale. E ciò che abbiamo proposto anche in occasione della discussione del disegno di legge delega per il federalismo fiscale quando, per primi, abbiamo posto la questione dei costi standard per i livelli essenziali di assistenza. Ma una cosa non possiamo accettare: che vengano meno diritti fondamentali, come quello alla salute, garantiti dalla Costituzione. Il problema non è quindi quello che si riferisce alle procedure per produrre risparmi e contenimenti della spesa – meccanismi che comunque possono e debbono essere migliorati – ma piuttosto quello di avviare un ragionamento politico sul tema generale del finanziamento della sanità nel nostro Paese.

Quale ruolo potrebbero avere le Regioni “virtuose” per aiutare le realtà regionali in difficoltà a predisporre programmi strutturali di rientro dal deficit?

La diffusione delle best practice e l'emulazione delle migliori procedure amministrative possono rappresentare senza dubbio un viatico importante nel percorso dei piani di rientro. Del resto, la discussione che accompagnò il varo della norme della finanziaria che stabilivano i criteri e i paletti per le Regioni che

si fossero ritrovate in situazioni di disavanzo, portò ad identificare proprio meccanismi di affiancamento. Si deve partire però da una constatazione di fondo e cioè dalla differenza amministrativa fra le diverse parti del Paese fra nord e sud, per certi aspetti ancora più importante della differenza del livello di sviluppo economico, e quindi anche della capacità fiscale delle Regioni del nord e di quelle del sud.

È dentro questo contesto che deve inserirsi il discorso sui piani di rientro, che non possono essere soltanto piani finanziari di rientro del debito, sotto il vincolo della condizionalità all'accesso a risorse ulteriori. Piuttosto, l'elaborazione e la gestione dei Piani di rientro dovrebbero esprimere l'acquisizione – che è necessariamente lenta e faticosa – della capacità politica ed amministrativa di governo dei processi, a livello regionale come a livello locale. Il concetto di “accompagnamento” elaborato dall'ex ministro Livia Turco alludeva certamente anche a questo, ma richiede di essere ulteriormente sviluppato.

Le Regioni si lamentano della scarsità di risorse per il 2010/2011. Esiste il timore che, con tale carenza di finanziamento, la procedura dei piani di rientro si estenda alla maggioranza delle Regioni e diventi, anziché un'eccezione, la modalità “normale” delle relazioni tra Regioni e livello centrale?

È necessario riportare il discorso nei termini di un'impostazione corretta. Ciò su cui occorre ragionare è evidentemente la crescita necessaria al fabbisogno sanitario per garantire a tutti, e in tutte le zone del Paese, i livelli essenziali di sanità. Sotto questo profilo il Governo, in occasione del varo della Manovra estiva, per ammissione dello stesso presidente del Consiglio, Silvio Berlusconi, è stato quantomeno carente sul piano del-

le relazioni istituzionali. Non vi è stata alcuna forma di concertazione e le Regioni si sono trovate, al netto della vicenda ticket che rimaneva sul piano finanziario drammaticamente scoperta, con un fondo sanitario al di sotto non solo della crescita tendenziale della spesa sanitaria, ma addirittura inferiore all'incremento dell'inflazione. Una situazione che da subito abbiamo giudicato insostenibile. Solo dopo ripetute sollecitazioni, e un successivo incontro con il presidente del Consiglio, siamo riusciti a sottoscrivere “l'intesa dei quattro punti” il 2 ottobre 2008, dove al punto 2) si stabilisce la necessità di “avviare fin da subito il tavolo per la definizione del nuovo patto per la salute 2010-2012. Tale patto dovrà stabilire le regole e i fabbisogni condivisi nel rispetto dei vincoli generali previsti dal patto europeo di stabilità e crescita, considerando che le Regioni valutano sottostimato il fabbisogno 2010-2012”.

Dal punto di vista del rapporto fra Governo centrale e Governi regionali, il tema dell'adeguatezza del finanziamento rispetto al fabbisogno acquisisce le dimensioni di un problema strategico di efficacia del governo delle relazioni fra Stato e Regioni. In presenza del perdurare della sottostima del fabbisogno e della sovrastima dei “risparmi” (come ad esempio quella a cui il Governo sembra volersi accingere a fare a proposito del nuovo decreto sui Lea), che comporta un'assunzione sempre più ampia di oneri finanziari a carico del bilancio delle Regioni. Come è possibile che il Governo continui a fissare (e a pretendere che siano rispettate) norme nazionali che stabiliscono obiettivi che devono essere perseguiti attraverso programmi elaborati e decisi a livello regionale, quando il suo impegno finanziario per gli obiettivi comuni che lui stesso ha individuato viene progressivamente diminuito?

Molti osservatori hanno formulato il dubbio

che si voglia portare un attacco al cuore del servizio sanitario, minandone il carattere universalistico. Certamente viviamo una fase delle relazioni Stato-Regioni in cui legittimi obiettivi di contenimento della spesa sembrano precludere a un'oggettiva riduzione del welfare.

Le Regioni da sempre hanno chiesto l'avvio di una "operazione verità" sui conti pubblici. Recentemente, lo abbiamo ribadito in occasione della discussione sulla delega per il federalismo fiscale. Ora notiamo con soddisfazione che

anche il Ministero dell'Economia avverte l'esigenza di partire da dati condivisi. Forse è questo il terreno ideale per impostare il confronto, andando ad individuare le singole voci di spesa per ogni livello istituzionale ed eliminando ogni sovrapposizione o duplicazione di ruolo.

Ma nel farlo occorre evitare la tentazione dell'unilateralismo: si tratta di decisioni che devono essere assunte su tavoli di concertazione, basandole sul principio della leale collaborazione perché abbiano davvero un'efficacia duratura.

Strumenti e modalità per l'affiancamento alle Regioni in Piano di rientro

di **Filippo Palumbo***, **Maria Giuseppina La Falce****

*Direttore Generale - **Direttore Ufficio X

Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema
Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Con la legge finanziaria 2005 (articolo 1, comma 180, legge 311/04) è stata prevista la possibilità, per le Regioni che presentavano situazioni di squilibrio economico-finanziario e di mancato mantenimento dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, di stipulare con i ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze un apposito Accordo con il quale sono individuati gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa. Tale accordo è accompagnato da un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, il cosiddetto Piano di rientro dai disavanzi, per brevità Piano di rientro.

L'attività di affiancamento affidata alla competenza del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze (articolo 1, comma 796, lettere b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296, si realizza attraverso:

- **preventiva approvazione:** esame istruttorio e valutazione (congiunta tra i due ministeri) dei provvedimenti afferenti determinate aree tematiche e relativi all'attuazione dei Piani di rientro;
- **verifica obiettivi intermedi:** verifica trimestrale in merito al raggiungimento degli obiettivi intermedi previsti da Piano di rientro;
- **monitoraggio dei Piani di rientro:** verifica in merito all'attuazione del Piano stesso nelle modalità e nei tempi pianificati e valutazione degli effetti generati dalle manovre implementate;
- **coordinamento dei Nuclei di affiancamento regionali:** coordinamento di gruppi regionali con funzione consultiva che supportano la Regione stessa nella definizione degli interventi previsti a Piano.

La stessa legge finanziaria 2007 ha previsto che le funzioni di affiancamento alle Regioni con Piani di rientro vengano svolte nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria (Siveas) che, a partire dall'aprile del 2007, ha dato avvio alle attività.

La piena attuazione delle funzioni di affiancamento si basa su tre cardini principali.

1. La messa a punto e l'affinamento di strumenti valutativi e metodologie per la misura dei fenomeni sanitari ed in particolare per:

- la stima degli impatti sui Livelli essenziali di assistenza e sui costi dei provvedimenti regionali soggetti a preventiva approvazione;
- il monitoraggio delle azioni adottate dalle Regioni in attuazione del piano di rientro, ai fini della determinazione dello stato di avanzamento degli obiettivi generali e specifici previsti;
- il monitoraggio dell'andamento complessivo del Servizio sanitario regionale in termini di garanzia dei Lea e di equilibrio economico-finanziario e per individuare eventuali nuovi ambiti di intervento prioritari.

2. La stretta interrelazione con i domini organizzativi (nazionali e regionali) deputati alla raccolta e gestione dei dati necessari per i processi valutativi e di monitoraggio laddove l'adozione di metodologie e di nuovi strumenti valutativi richiede l'utilizzo dei dati disponibili nell'ambito del Nsis (Nuovo sistema informativo sanitario) eventualmente integrati con i dati resi disponibili da altre fonti (es. Mef, Istat, Regioni). Inoltre l'interpretazione dei risultati che scaturiscono dal-

l'applicazione delle metodologie dovrà supportare:

- l'evoluzione delle regole e delle tempistiche caratterizzanti la gestione dei dati già disponibili;
- la definizione di nuove esigenze informative necessarie a potenziare la capacità di lettura e valutazione degli ambiti di assistenza oggi caratterizzati da una minor e non adeguata disponibilità di dati non solo ai fini del monitoraggio dei Piani di rientro ma anche per la necessità complessiva di verifica dei Lea a livello nazionale.

3. Un efficace coordinamento inter-istituzionale tra le diverse Regioni e i Ministeri, a garanzia della coerente realizzazione delle funzioni di affiancamento anche alla luce del contesto in continua evoluzione che vede da un lato la probabile sottoscrizione di nuovi piani di rientro da parte di altre Regioni e dall'altro l'avvio delle gestioni commissariali per alcune delle Regioni già impegnate nelle attività dei Piani stessi.

A garanzia delle suddette funzioni il Siveas, a partire da marzo 2007, ha dato avvio ad un intenso programma di lavoro che ha visto:

- la definizione e implementazione, in stretta collaborazione con la Ragioneria Generale dello Stato, del **processo istruttorio per la valutazione preventiva dei provvedimenti** regionali previsti nei piani di rientro e del relativo work flow documentale;
- l'implementazione di un sistema informativo di gestione documentale finalizzato a garantire il corretto work flow documentale assicurando una gestione controllata e

certificata di tutta la documentazione regionale e ministeriale afferente l'attività di affiancamento;

- l'impiego di team multidisciplinari composti da esperti del Siveas e componenti degli uffici e delle Direzioni Generali del Ministero della Salute per l'esecuzione delle attività istruttorie, a valere sui provvedimenti regionali soggetti a preventiva approvazione;
- l'esecuzione del calendario di **verifiche trimestrali e annuali** a valere su tutte le Regioni in affiancamento in stretta collaborazione con il Tavolo di verifica degli adempimenti del Ministero dell'Economia e delle Finanze ed il Comitato per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza del Ministero della Salute;
- il coordinamento di specifici gruppi di lavoro (composti da esperti Siveas, centri convenzionati esterni, società di consulenza e componenti del Ministero della Salute) impegnati nella definizione delle **metodologie e degli strumenti valutativi** per il monitoraggio dei piani di rientro.

ATTUAZIONE

DEL PROGRAMMA DIVERIFICA

Il primo elemento di verifica è costituito dai provvedimenti regionali che devono essere generati dalle Regioni in base alle scadenze previste dal proprio piano di rientro e costituiscono la definizione formale degli interventi da attuare per il perseguimento degli obiettivi fissati. Tali provvedimenti, prima dell'adozione a livello regionale, sono soggetti ad un esame istruttorio (di preventiva approvazione) ad opera dei Ministeri affiancanti. Ad oggi (v. figura 1) sono stati esaminati e valutati, in preventiva approvazione, 1.054 provvedimenti regionali rispetto ai quali sono stati emessi e formalmente comunicati alle Regioni 1.173 pareri espressi di concerto tra il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Nella figura 2 è fornito un riepilogo dei provvedimenti regionali valutati e la complessiva classificazione degli stessi in base alle principali macro-aree di intervento comuni a tutte i piani di rientro.

La verifica del raggiungimento degli obiettivi intermedi indicati nel Piano, avviene ordinaria-

Figura I - Provvedimenti inviati dalle Regioni al Ministero

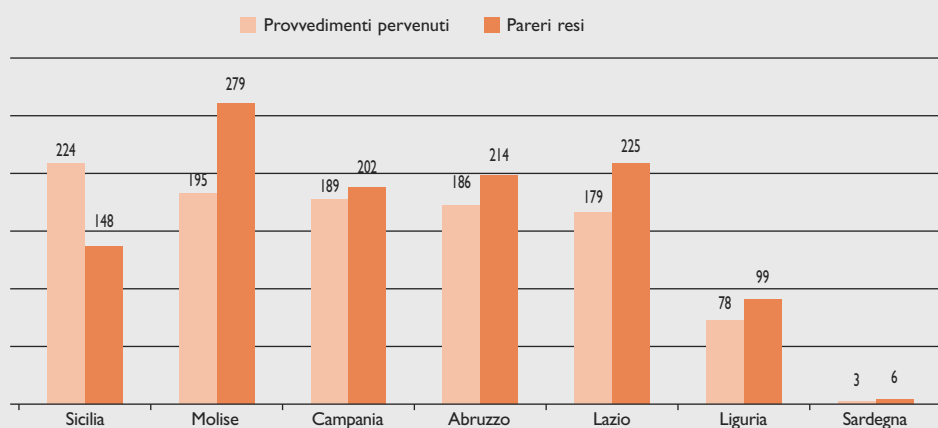
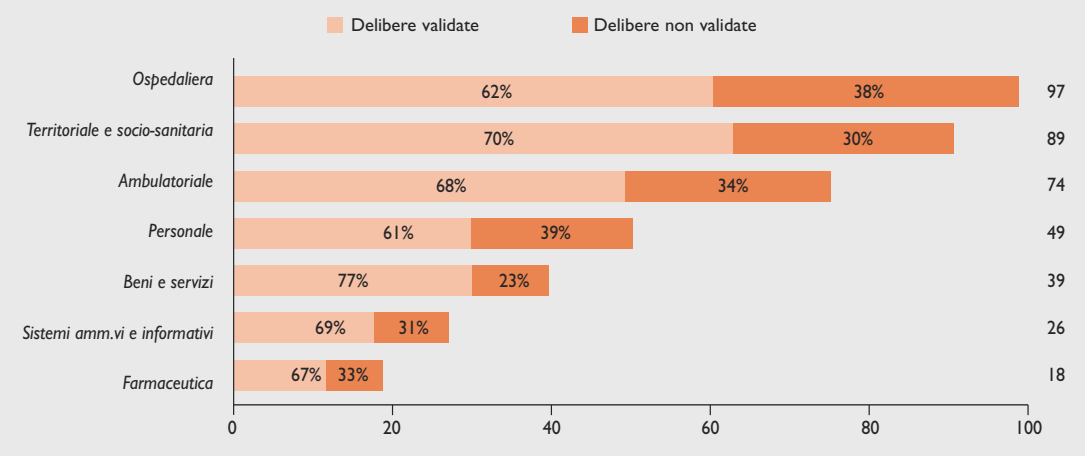


Figura 2 - Provvedimenti regionali presi in esame, per macro aree



mente con cadenza trimestrale sulla base della documentazione fornita dalla Regione ai ministeri affiancanti ed in relazione agli obiettivi intermedi previsti per ogni stato di avanzamento. L'esecuzione del calendario di verifica a valere su tutte le Regioni coinvolte ha richiesto fino ad oggi 56 incontri di verifica ufficiali senza considerare gli incontri intermedi di allineamento tecnico. Si aggiungono poi per la Regione Lazio 10 ulteriori incontri (di cui 6 sono incontri di verifica dopo il processo di diffida e messa in mora della Regione e gli altri 4 sono incontri effettuati dopo la

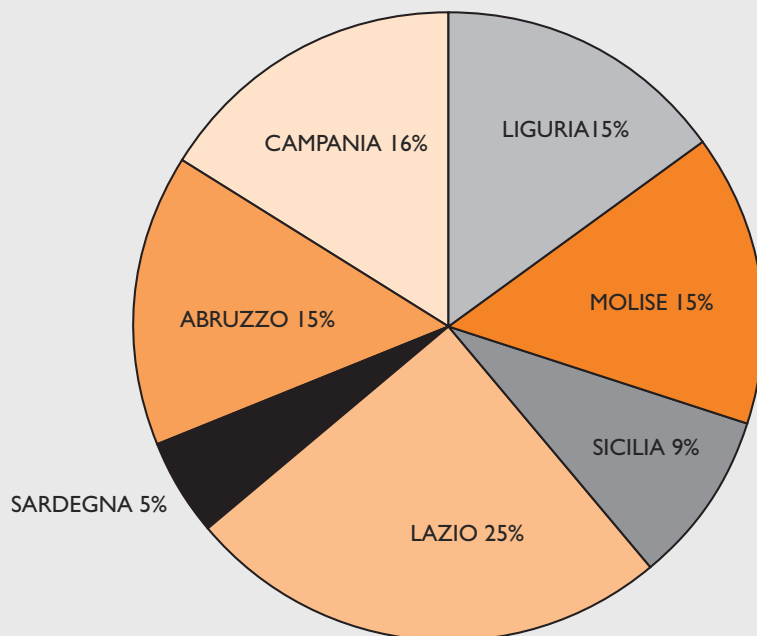
nomina del Commissario ad acta con la delibera 11 luglio 2008) e per la Regione Abruzzo 1 ulteriore incontro di verifica a seguito dell'avvio del processo di diffida e messa in mora della Regione, successivamente all'incontro del 22 luglio 2008.

Questa intensa attività di verifica ha, di fatto, dato evidenza allo sforzo e alle inevitabili difficoltà affrontate dalle amministrazioni regionali per avviare i complessi processi di riqualificazione dell'assistenza e di rientro dal disavanzo. Proprio attraverso tale attività di verifica periodica è stato fino ad oggi possibile constatare, in

Figura 3 - Calendario delle verifiche

15 aprile 2007 I VERIFICA
15 luglio 2007 - VERIFICA TRIMESTRALE
15 ottobre 2007 - VERIFICA TRIMESTRALE
15 gennaio 2008 - VERIFICA TRIMESTRALE E ANNUALE
15 aprile 2008 - VERIFICA TRIMESTRALE
15 luglio 2008 - VERIFICA TRIMESTRALE
15 ottobre 2008 - VERIFICA TRIMESTRALE
15 gennaio 2009 - VERIFICA TRIMESTRALE E ANNUALE
15 aprile 2009 - VERIFICA TRIMESTRALE
15 luglio 2009 - VERIFICA TRIMESTRALE
15 ottobre 2009 - VERIFICA TRIMESTRALE
15 gennaio 2010 - VERIFICA TRIMESTRALE E ANNUALE
15 aprile 2010 - VERIFICA TRIMESTRALE

Figura 4 - Gli incontri effettuati, per Regione



corso d'opera con le stesse Regioni, l'iter di messa in opera del Piano di rientro e i relativi ritardi fornendo gli elementi e le evidenze che hanno permesso di individuare, laddove era necessario, le necessità di commissariamento ritenute indispensabile per assicurare modalità di gestione più efficaci a garanzia della piena attuazione del Piano di rientro stesso.

IL MONITORAGGIO DEI PIANO DI RIENTRO

La realizzazione di un sistema di monitoraggio dei Piani di rientro ha richiesto la definizione di una metodologia che consente ai principali attori del sistema (Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze e Regioni) di verificare gli effetti dei piani di rientro rispetto al duplice obiettivo di:

- raggiungere l'equilibrio economico/finanziario;

- garantire i Livelli essenziali di assistenza.

Il sistema di monitoraggio nel suo complesso risponde all'esigenza del livello centrale di verificare l'effettivo stato di avanzamento in merito al perseguimento degli obiettivi previsti dal Piano di rientro e conoscere come le Regioni si stiano muovendo nel perseguimento degli obiettivi stabiliti sia nell'ottica di rientro dal disavanzo sia nell'ottica di riequilibrio e mantenimento della garanzia dei Lea ai propri cittadini assistiti. Allo stesso tempo il sistema di monitoraggio deve supportare il livello regionale nel:

- verificare se e come le proprie azioni stiano muovendo il sistema sanitario regionale verso gli obiettivi fissati: quali sono gli ambiti di intervento più o meno critici; se, ed eventualmente dove, vi siano nodi procedurali sui quali dover intervenire, etc.;
- verificare come la propria Regione si stia muovendo rispetto alle altre Regioni co-

involte nei Piani di rientro ed eventualmente individuare le realtà con le quali poter condividere scelte operative e/o sforzi implementativi;

- beneficiare dei contributi offerti dalle expertise rese disponibili nell'ambito del Siveas, in termini di capacità analitiche e supporto alle decisioni.

L'attuazione dei Piani di rientro regionali si declina sequenzialmente nelle fasi riportate nella figura 5.

In linea con le suddette fasi di attuazione dei Piani di rientro il monitoraggio ha visto, in fase iniziale, il prevalere di una componente formale incentrata sulla verifica dei provvedimenti regionali atti alla definizione degli interventi at-

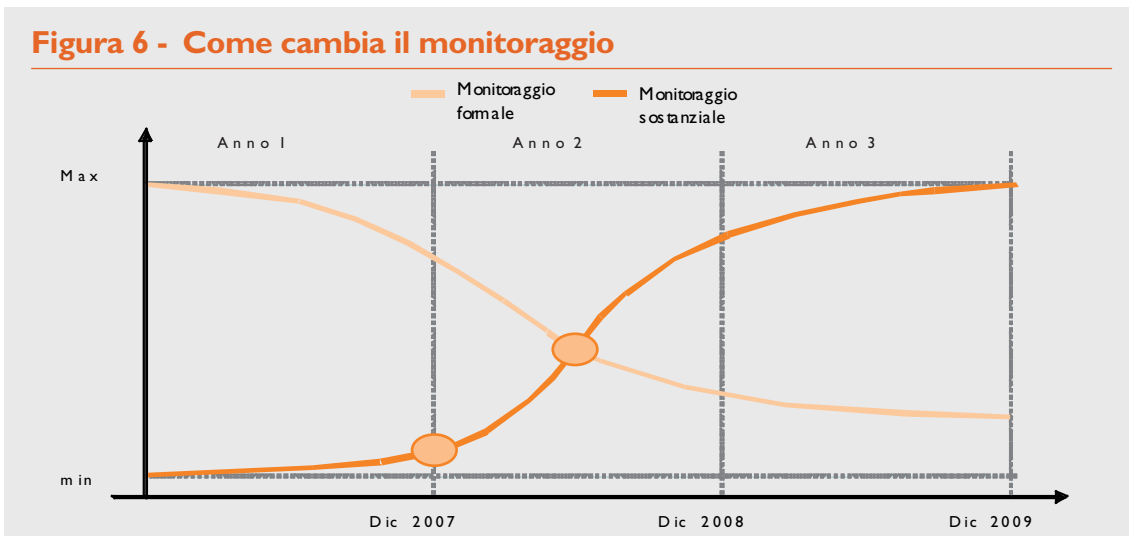
tuativi e all'avvio dei processi di cambiamento, riorganizzazione e riassetto dei propri sistemi sanitari. Dopo un anno dall'avvio formale dei Piani di rientro si è aperta una nuova fase di monitoraggio che concentra il suo focus sugli aspetti sostanziali (attuativi e di risultato). Per tali finalità il monitoraggio è stato organizzato secondo due componenti essenziali (v. figura 6):

- **monitoraggio di attuazione**, che include la verifica sia dell'avvenuta adozione dei provvedimenti previsti dal Piano di rientro sia l'attuazione dei singoli interventi previsti dal piano. Questo monitoraggio è stato strutturato secondo le principali macroaree di intervento, comuni a tutti i Piani di rientro, che sono: assistenza ospeda-

Figura 5 - Le fasi attuative dei Piani di rientro



Figura 6 - Come cambia il monitoraggio



liera, assistenza farmaceutica, assistenza ambulatoriale, personale, beni e servizi, assistenza territoriale e socio-sanitaria, sistemi amministrativi e informativi di supporto;

- **monitoraggio di sistema**, orientato a verificare l'impatto che i piani di rientro nel loro complesso hanno sul sistema sanitario regionale e, se necessario, a supportare l'individuazione di ambiti di intervento prioritari e le nuove azioni che le singole Regioni possono attuare.

Dal punto di vista operativo il sistema di monitoraggio, che è in corso di implementazione e messa a regime, prevede:

- la verifica di crono-programmi attuativi che, a partire dal provvedimento regionale, ne identificano il relativo processo di implementazione, ovvero la sequenza delle successive azioni e degli ulteriori atti regionali e aziendali attraverso i quali la Regione prevede di dare attuazione all'intervento formalmente previsto;
- la verifica periodica dello stato di attuazione degli interventi mettendo in evidenza

gli scostamenti tra quanto atteso/pianificato e quanto effettivamente realizzato;

- la valorizzazione e l'aggiornamento costante del set di indicatori previsti;
- il confronto con le singole Regioni in merito alle evidenze emerse dalle analisi dei dati, dei trend individuati e dai confronti con i bench di riferimento;
- valutazioni periodiche con le Regioni in merito ai risultati conseguiti e individuazione delle aree di criticità e dei relativi ambiti in cui concentrare interventi correttivi/aggiuntivi rispetto a quelli inizialmente previsti a piano.

Interessante, a margine dell'attività finora svolta, è evidenziare come lo sviluppo dei Piani sia stato accompagnato da un'evoluzione normativa che, a partire dall'anno 2004, si è sviluppata su tre direttrici principali:

- attivazione della massimizzazione delle aliquote fiscali (Irap e Irpef);
- verifica degli adempimenti e interventi di sostegno finanziario;
- procedura di diffida e commissariamento.

Tabella I - L'evoluzione della normativa legata ai Piani di rientro

Attivazione della massimizzazione delle aliquote fiscali (Irap e Irpef)

legge 30 dicembre 2004, n.311 - articolo 1, comma 174;

legge 23 dicembre 2005, n.266- articolo 1, comma 277;

legge 17 luglio 2006, n.234, di conversione del decreto legge 7 giugno 2006, n.206- articolo 1, commi 1 bis e 1 ter;

legge 23 dicembre 2006, n.296 -articolo 1, comma 796, lettere b) e c);

legge 28 febbraio 2008, n.31, di conversione del decreto legge 31 dicembre 2007, n.248-articolo 8, comma 1, lettera a) ;

Verifica degli adempimenti e interventi di sostegno finanziario

legge 17 maggio 2007 n.64, di conversione del decreto legge 20 marzo 2007, n.23-articolo 1;

legge 24 dicembre 2007, n.244- articolo 2, commi 46, 47, 48 e 49 ;

legge 6 agosto 2008, n.133 di conversione del decreto legge 25 giugno 2008, n.112 articolo 79, comma 1 sexies, lettera c);

Procedura di diffida e commissariamento

legge 29 novembre 2007, n.222 di conversione del decreto legge 1 ottobre 2007, n.159-articolo 4 ;

legge 6 agosto 2008, n.133, di conversione del decreto legge 25 giugno 2008, n.112- articolo 79, comma 3;

decreto legge 7 ottobre 2008, n.154- articolo 1, commi 1, 2 e 3 .

Evoluzione, disciplina e prospettive dei Piani di rientro

di **Francesco Massicci**

Ispettore Generale Capo Ministero dell'Economia e delle Finanze -

Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato – Ispettorato Generale per la Spesa Sociale (Igespes)

In materia sanitaria allo Stato sono assegnati i compiti di definizione dei livelli essenziali di assistenza e di verifica dell'effettiva erogazione degli stessi, nonché il compito di programmazione delle risorse finanziarie necessarie per l'erogazione dei predetti livelli essenziali di assistenza in condizione di efficienza e di appropriatezza. In tal senso lo Stato deve contemperare le esigenze derivanti da quanto stabilito dagli articoli 32, 81 e 119 della Costituzione e i vincoli derivanti dall'adesione al Patto di stabilità e crescita.

Alle Regioni compete l'organizzazione del servizio sanitario regionale, in funzione dei bisogni sanitari dei cittadini del proprio territorio, sulla base delle risorse programmate (assegnate dallo Stato a cui eventualmente si aggiungono quelle ulteriori stabilite dalle Regioni e reperite attraverso l'attivazione della leva fiscale regionale ovvero attraverso l'introduzione di forme di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria).

In concreto, i sistemi sanitari regionali:

- si configurano come attività di carattere industriale, cui concorrono numerosi soggetti (aziende sanitarie, personale dipendente e convenzionato, strutture private accreditate, fornitori) portatori di interessi che possono essere tra loro in conflitto; ciò richiede che i sistemi sanitari regionali siano gestiti secondo criteri di qualità, efficacia, appropriatezza ed efficienza;
- si differenziano fra loro in modo significativo, sia con riferimento alla qualità delle prestazioni erogate, sia con riferimento alla capacità delle Regioni di sostenere la spesa sanitaria con le risorse programmate.

L'EVOLUZIONE NORMATIVA - IL QUADRO GENERALE

Per lungo tempo l'*aspettativa del ripiano dei disavanzi* da parte dello Stato ha guidato il comportamento di spesa delle Regioni. Conseguentemente il concorso statale ai disavanzi accertati che veniva ripartito fra le Regioni sostanzialmente secondo i criteri del riparto ordinario, da un lato non ha risolto il pro-

blema della formazione di disavanzi delle Regioni con elevati deficit, dall'altro ha consentito un'espansione della spesa nelle cosiddette Regioni "virtuose". Infatti, come è evidente dai dati di monitoraggio che mostrano come il disavanzo del Ssn sia imputabile quasi interamente a poche Regioni che presentano un livello di deficit elevato e persistente, la soluzione del problema si è prospettata con l'individuazione di misure di carattere "selettivo" rispetto a quelle di carattere "generalistico".

Al fine, quindi, di interrompere il predetto meccanismo di aspettativa sono intervenuti vari Accordi fra lo Stato e le Regioni (Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2000, Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, Patto per la salute, sottoscritto il 28 settembre 2006) ed una normativa nazionale di attuazione (sono particolarmente significative la legge 311/2004, la legge 296/2006, la legge 222/2007 e da ultimo il DL 154/2008) diretti a stabilire:

- gli adempimenti cui sono sottoposte le Regioni per accedere al finanziamento integrativo a carico dello Stato e le regole per l'attribuzione del maggior finanziamento condizionato agli adempimenti;
- nel rispetto del principio della responsabilità regionale in ordine agli andamenti dei conti sanitari, l'obbligatorietà della copertura regionale dei disavanzi sanitari fino all'estrema conseguenza dell'automatico incremento delle aliquote fiscali regionali per i disavanzi sanitari non coperti che, nel caso di Regione sottoposta a Piano di rientro, avviene anche oltre il livello massimo previsto dalla legislazione vigente e fino ad integrale copertura del disavanzo;
- la possibilità, ovvero in determinati casi l'ob-

bligatorietà, per le Regioni che presentavano situazioni di squilibrio economico-finanziario, di mancato mantenimento dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza o di mancato altro adempimento di stipulare con i ministri della salute e dell'economia e delle finanze un apposito Accordo con il quale sono individuati gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza; tale Accordo è accompagnato da un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, il cosiddetto Piano di rientro;

- precisi vincoli e responsabilità per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro, a fronte di un sostegno finanziario dedicato da parte dello Stato; particolarmente significativa è la previsione, nel caso sia riscontrata una mancata attuazione del Piano nei tempi e nella dimensione finanziaria concordati, della diffida alla Regione ad adempiere a quanto previsto nei Piani ed in caso di mancato adempimento la nomina da parte del Governo di un Commissario ad acta per l'attuazione del Piano stesso.

I PIANI DI RIENTRO

Hanno sottoscritto, nel corso del 2007, l'Accordo con lo Stato contenente il Piano di rientro le Regioni Lazio, Campania, Abruzzo, Molise, Liguria e Sicilia, oltre che la Sardegna che, però, si trova in una diversa situazione rispetto alle altre Regioni, in quanto dall'anno 2007 non beneficia più di finanziamenti a carico dello Stato per la spesa sanitaria.

Il Piano di rientro, articolato temporalmente sul triennio 2007-2009, è finalizzato a ristabili-

re l'equilibrio economico-finanziario della Regione e, sulla base della ricognizione regionale delle cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi di gestione, individua ed affronta selettivamente le diverse problematiche emerse nella Regione stessa. Il Piano è parte integrante dell'Accordo fra lo Stato e la Regione.

Il Piano si configura come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle Regioni, quali principalmente:

- il superamento dello standard dei posti letto e del tasso di ospedalizzazione, con conseguente impatto sulla spesa per il personale e per i beni e i servizi correlati alle prestazioni ospedaliere;
- i consumi farmaceutici;
- il superamento del numero e del valore delle prestazioni acquistate da strutture private, nonché il relativo sistema di remunerazione;
- il controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei medici.

Inoltre, nel Piano sono disciplinate le procedure per la quantificazione definitiva del debito al 31 dicembre 2005 e per l'estinzione dello stesso.

Per ogni fattore di spesa critico sono individuati gli obiettivi di contenimento, le singole azioni concretamente realizzabili per il raggiungimento degli obiettivi medesimi e l'impatto finanziario correlato. L'insieme coordinato degli obiettivi delinea il progetto complessivo di risanamento che assume una manifestazione economico-finanziaria nei conti economici del settore sanitario regionale relativi al triennio in cui si sviluppa il piano. Le azioni di intervento (i relativi atti sono soggetti a preventiva approvazione da parte dei Ministeri della salute e dell'eco-

nomia e delle finanze), con riferimento ai singoli fattori di spesa di cui al punto precedente, possono essere così sintetizzate:

- riorganizzazione della rete ospedaliera, con riduzione di posti letto ospedalieri ed incentivazione dei processi di deospedalizzazione;
- introduzione della distribuzione diretta dei farmaci e meccanismi di rimborso dei prezzi correlati ai farmaci meno costosi;
- blocco delle assunzioni e del turn-over;
- determinazione dei budget per gli erogatori privati;
- acquisti centralizzati e monitoraggio degli stessi per evitare incrementi dei volumi di spesa;
- potenziamento dei procedimenti amministrativi e contabili e certificazione dei debiti pregressi con il supporto di un advisor contabile;
- utilizzo del sistema tessera sanitaria per gli interventi finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

La disciplina relativa ai Piani di rientro, prevede, inoltre, quanto segue:

- in via generale, l'incremento delle aliquote fiscali fino al livello massimo stabilito dalla legislazione vigente e, in caso di mancato rispetto degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo, l'incremento delle aliquote di Irap e addizionale regionale all'Irpef oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente e fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi; viceversa, nel caso in cui la Regione ottenga risultati migliori di quelli programmati, è stabilita la possibilità di ridurre le aliquote fiscali per un importo corrispondente;
- un fondo transitorio di accompagnamen-

to di 1.000 mln per l'anno 2007, 850 mln per il 2008 e 700 per il 2009 (articolo 1, comma 796, lett. b), legge finanziaria 2007);

- l'erogazione di 3.000 milioni di euro, in favore delle Regioni impegnate nei Piani e che abbiano adottato misure fiscali ulteriori rispetto all'incremento nella misura massima dell'Irap e dell'addizionale regionale all'Irpef e destinate al settore sanitario (decreto-legge 23/2007);
- in caso di mancata correzione strutturale degli andamenti della spesa, la diffida alla Regione ad adempiere a quanto previsto nei Piani ed in caso di mancato adempimento la nomina di un Commissario;
- la verifica della consistenza del debito pregresso e la sua estinzione. In tale ambito, essendo emerso che quasi tutte le Regioni interessate dai Piani presentavano anche una gestione finanziaria caratterizzata da consistenti debiti sanitari (gran parte dei quali collocati sui mercati finanziari) e soggetti a condizioni particolarmente onerose, si è reso necessario prevedere un'anticipazione di liquidità da parte dello Stato, per complessivi 9.100 milioni, per l'estinzione anticipata di tali debiti. Le Regioni rimborseranno in 30 anni allo Stato, comprensiva di interessi, la liquidità ricevuta. Le operazioni di verifica dello stock di debito sono state eseguite dalle Regioni con il supporto di un advisor contabile; le operazioni di estinzione anticipata dei debiti sui mercati finanziari sono state eseguite dalle singole Regioni interessate con il supporto di un advisor finanziario. Entrambi gli advisor, a garanzia di trasparenza e terzietà, sono stati indicati dal Ministero dell'economia e delle finanze.

PRIME RISULTANZE E PROSPETTIVE

Sulla base di quanto previsto dai singoli accordi sui Piani di rientro sono state condotte le verifiche trimestrali e annuali di ciascun piano, svolte congiuntamente dal Tavolo di verifica adempimenti e dal Comitato permanente per l'erogazione dei Lea.

Tali verifiche hanno permesso di monitorare gli impegni assunti da ciascuna Regione in sede di predisposizione del Piano e di evidenziare gli eventuali ritardi o parziali adozioni dei provvedimenti previsti.

Da un punto di vista generale emerge quanto segue:

- 1) sia i Piani, sia il complesso della strumentazione premiale e sanzionatoria valevole per tutte le Regioni, hanno contribuito al rallentamento della spesa, come registrato negli anni 2006 e 2007 e come si sta prospettando per l'anno 2008, tanto per le Regioni sottoposte ai Piani, quanto per quelle extra-piano; trattasi di risultato di assoluto rilievo in quanto sta comportando la convergenza della spesa effettiva verso quella programmata; a tale risultato ha concorso anche la farmaceutica convenzionata, nell'ambito della quale sono stati raggiunti risultati migliori rispetto a quelli attesi, soprattutto per effetto della piena operatività dei provvedimenti adottati dall'Aifa;
- 2) permangono tuttavia delle criticità:
 - con riferimento al contenimento strutturale di determinate aree di spesa, principalmente connesse al personale e all'acquisto di beni e di servizi, fortemente legate all'operazione di ristrutturazione della rete ospedaliera e al potenziamento dei servizi territoriali;

- in merito agli erogatori privati accreditati, principalmente per l'erogazione di prestazioni ospedaliere, connesse alla predetta ristrutturazione che prevede una rideterminazione dei posti letto negli standard nazionali.

In particolare, al momento:

- la Regione Lazio, a fronte del fortissimo ritardo nell'adozione dei provvedimenti previsti dal Piano, è stata commissariata;
- la Regione Abruzzo, per la quale sono emersi un ritardo nell'adozione di talune

misure previste dal Piano e criticità sotto il profilo della finalizzazione di quote del finanziamento ordinario del settore sanitario, è stata commissariata.

Lo sviluppo dell'esperienza dei Piani di rientro richiede necessariamente che si concludano quelli in corso, al termine dei quali saranno pienamente apprezzabili i risultati strutturali conseguiti, anche con riferimento alla riorganizzazione dei procedimenti regionali di programmazione e controllo della spesa, strategici per la futura gestione dei servizi sanitari regionali.

Piani di rientro: non solo controllo amministrativo

Intervista ad Aldo Ancona*

Dottor Ancona, lei che ha seguito la vicenda dei Piani di rientro sin dall'inizio, anche sotto il profilo del ruolo di collaborazione svolto dall'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali nei confronti delle Regioni coinvolte nella procedura, può ripercorrere per noi l'iter dell'iniziativa?

Le procedure dei Piani di rientro sono nate pochi anni fa e sono partite, in qualche modo, in sordina. Inizialmente, erano state previste come interventi da attuare in situazioni eccezionali, rivolti a quelle Regioni che avevano accumulato un deficit economico-finanziario fino a tutto il 2005 e presentavano annualmente uno squilibrio di bilancio che pesava notevolmente sull'intero finanziamento della spesa sanitaria. La procedura, infatti, scatta in automatico nel caso di deficit di notevole rilevanza, che superi una quota percentuale sul finanziamento, una quota non bassa, ed ha interessato inizialmente sette Regioni (*Lazio, Molise, Abruzzo, Campania, Sicilia, Liguria, Sardegna*). Di queste sette Regioni, in realtà solo cinque sono state chiamate a predisporre Piani di rientro veri e propri, in quanto due sono riuscite a coprire il deficit accumulato con mezzi propri.

Aver assunto l'iniziativa di intervenire su alcune Regioni ha avuto, senza dubbio, un merito: aver consentito di individuare con precisione dove si annidava il deficit che ogni anno si andava accumulando nella sanità italiana, in quali Regioni fosse presente e in che misura; tanto è vero che, già nel 2005, fu possibile riscontrare che più della metà del deficit nazionale si concentrava in tre Regioni: Lazio, Campania e Sicilia.

Che tipo di problemi si sono presentati nell'applicazione delle procedure dei Piani di rientro?

La prima difficoltà che la partita dei Piani di rientro ha incontrato è stata quel-

* Aldo Ancona, già Direttore di Age.n.a.s., attualmente segue per la Regione Toscana – in sede di coordinamento interregionale – il tema del federalismo fiscale in sanità e, per Age.n.a.s., lo sviluppo del programma Ecm

lo di conciliare l'esigenza finanziaria di un rientro e di un ripiano rapido del deficit di bilancio con la necessità di prevedere, contemporaneamente, interventi e operazioni non congiunturali ma strutturali.

Dobbiamo ricordare, a questo proposito, che l'Accordo prevedeva di accompagnare il processo di rientro economico-finanziario con un programma operativo di riorganizzazione, di riquilificazione del Servizio sanitario regionale.

Il deficit sanitario, soprattutto se di dimensione consistente, quasi mai è causato da fattori congiunturali, ma piuttosto dall'organizzazione complessiva del sistema sanitario regionale che, o è squilibrata nei vari settori, tra ospedale e territorio, oppure risente di un cattivo funzionamento delle strutture e dei presidi. Quest'insieme di fattori fa sì che non sia facile ricondurre rapidamente il sistema all'economicità necessaria. Le Regioni che hanno affrontato le ristrutturazioni settoriali (per esempio la chiusura di alcuni ospedali) hanno impiegato anni e anni per portare a termine queste operazioni. Per questi motivi, la pur comprensibile esigenza del Tesoro, che si proponeva di azzerare il deficit delle Regioni in tre anni, risultò, fin dall'inizio, poco praticabile.

Un secondo punto da rilevare è che, come dicevo prima, la procedura dei Piani di rientro è nata per essere applicata in alcune Regioni in via eccezionale ed è stata da questo punto di vista sottovalutata dalle altre Regioni; in altre parole, è stato visto come un problema specifico di quelle singole realtà regionali, mentre le Regioni nel loro insieme non hanno saputo affrontare la portata del procedimento in termini istituzionali ed economici a livello complessivo.

Inoltre, l'aspetto del forte processo di controllo e di accompagnamento previsto dai Piani di ri-

entro era stato individuato con chiarezza nel Patto della Salute del 2006 in cui, sintetizzando e anche forse banalizzando, si prefigurava una sorta di intesa tra Stato e Regioni. In sostanza, questo fu l'accordo che era all'origine del Patto della Salute: da una parte noi Regioni accettiamo, nel caso di insufficienza della nostra capacità di governo, di ridurre la nostra autonomia decisionale – perché poi i Piani di rientro questo significano – in cambio tu, Stato, ci garantisci complessivamente a livello nazionale un finanziamento adeguato. In quel momento, senza dubbio, le Regioni erano ben consapevoli delle difficoltà che alcune di esse incontravano e anche del fatto che un'intesa così concertata avrebbe portato ad una riduzione dell'autonomia.

Secondo la sua lettura, quindi, i Piani di rientro implicano anche, in un certo senso, una limitazione dell'autonomia delle Regioni?

Certamente, il Piano di rientro, al di là degli obiettivi del piano stesso e dei controlli che vengono messi in atto per verificare il raggiungimento di questi obiettivi, presuppone un principio molto importante, che è quello della riduzione della sovranità regionale. Nel procedimento, infatti, è previsto che tutti gli atti conseguenti al Piano di rientro e coerenti con il raggiungimento degli obiettivi dei piani debbano essere concordati in via preliminare con il Ministero; ci troviamo, quindi, di fronte ad un iter che si configura come una sorta di amministrazione sorvegliata.

Su questo particolare aspetto si è sviluppato anche, soprattutto all'inizio, un certo dibattito che si proponeva di definire i limiti del rapporto dello Stato con il potere legislativo regionale, i criteri di autonomia regionale, nonché la relazione tra il potere della Giunta e il potere

del Consiglio regionale. Problemi non risolti, si veda ad esempio il caso del Molise, dove il Piano Sanitario Regionale, al quale anche l'Agenzia ha collaborato, nella versione approvata dalla Giunta era conseguente a quanto indicato dal Piano di rientro, mentre il Consiglio regionale, poi, nell'atto di approvazione, ha apportato una serie di modifiche che lo rendono in qualche modo difforme e non più coerente con il Piano di rientro.

In altri termini, le esigenze di carattere amministrativo hanno avuto la prevalenza su quelle di sistema?

La procedura dei Piani di rientro è cresciuta negli anni soprattutto dal punto di vista del controllo, che non è solo il controllo esercitato sui risultati conseguiti, ma anche sugli strumenti, sugli atti che le Regioni andavano via via adottando; con una funzione, attivata all'interno del Ministero della Salute, di monitoraggio costante su tutto ciò che le cinque Regioni coinvolte nella procedura mettevano in campo per raggiungere gli obiettivi prefissati. Un controllo prevalentemente amministrativo, che si è basato sulla verifica degli adempimenti: ad esempio, veniva verificato se la Regione che si era impegnata entro un certo numero di mesi ad adottare un atto nel quale veniva previsto un risparmio sulla farmaceutica, riusciva poi a dimostrare che, entro la scadenza prevista, l'atto era stato approvato. Paradossalmente, la verifica che la Regione avesse adottato o meno l'atto previsto è diventata più importante del raggiungimento dell'obiettivo, ossia la riduzione della spesa farmaceutica. In altre parole, si è dato per assodato che l'adempimento amministrativo determinasse comunque un effetto positivo sul sistema, in quanto esso rappresentava una prova della capacità di governo di quella particolare Regione nell'aff-

frontare una difficoltà straordinaria con provvedimenti straordinari.

Ora, a qualche anno dalla partenza di questo processo, forse sarebbe bene che i soggetti istituzionali coinvolti, Ministeri e Regioni, riflettessero sui risultati raggiunti. Infatti, non mi risulta che, ad oggi, nelle Regioni coinvolte nel processo dei Piani di rientro, il deficit sia totalmente sotto controllo. Mi riferisco soprattutto a quelle tre Regioni, Lazio, Campania e Sicilia, che hanno il deficit di maggiori dimensioni e dove assistiamo, di fatto, al permanere della situazione di difficoltà. Senza dubbio si sono raggiunti risultati – anche significativi – nei settori dove l'impatto dei provvedimenti presi è stato più rapido, come, ad esempio, la farmaceutica, mentre poco ancora si è potuto fare nei settori di intervento sulle variabili strutturali (riduzione dei posti letto, riduzione dei servizi ospedalieri, ecc).

Una situazione, quindi, che rischia di diventare endemica?

Certamente questa è una questione che si pone, non solo oggi, ma anche in prospettiva. Infatti, a fronte dei finanziamenti, piuttosto contenuti, previsti per il prossimo triennio 2009-2010-2011 (soprattutto per gli anni 2010-2011), il timore generalizzato è che molte altre Regioni si troveranno in quelle stesse condizioni che hanno portato, a suo tempo, le sette Regioni citate ad essere oggetto dei Piani di rientro.

Quindi, si rischia che, nel prossimo futuro, una procedura nata come procedura eccezionale, straordinaria, da attuare solo per alcuni casi isolati, diventi quasi una sorta di procedura normale, nella quale verrà coinvolta la maggioranza delle Regioni.

E allora, a maggior ragione, diventa importante valutare il raggiungimento degli obietti-

vi, se una procedura che si presenta così costosa in termini istituzionali, perché implica la riduzione del potere dell'autonomia regionale, che, oltre a tutto, non raggiunge i risultati auspicati, probabilmente va sottoposta a verifica. Paradossalmente, rischiamo che venga oggi approvata una legge sul federalismo fiscale che prevede un aumento dei poteri regionali, maggiore autonomia, copertura finanziaria fiscale autonoma, e, contemporaneamente, andiamo verso un sistema che ridurrà i poteri regionali e porrà il potere d'intervento attraverso l'esame preventivo degli atti, l'imposizione degli obiettivi di rientro ecc.,

Inoltre, può sembrare un paradosso, ma il problema andrebbe affrontato anche in termini di relazioni istituzionali, poiché è necessario verificare se le implicazioni che i Piani di rientro hanno per le Regioni coinvolte (controllo preventivo degli atti, "amministrazione controllata", fino ad arrivare al commissariamento delle Regioni – già avvenuto per due Regioni, in forse per una terza, e probabilmente oggetto di discussione anche per le restanti due), siano compatibili con quanto prevede la Riforma del Titolo V. Non è un caso che le Regioni che, inizialmente, non hanno ritenuto di approfondire questo tema, né complessivamente come Conferenza delle Regioni né nei rapporti tra Stato e Regioni, oggi si rendono conto che occorre una maggiore attenzione perché il problema del deficit di quattro-cinque Regioni non diventi un problema nazionale per tutte le Regioni.

Cosa si può fare perché la procedura dei Piani di rientro non si allarghi a macchia d'olio?

Per evitare che la diffusione di questa procedura porti ad allargare il meccanismo della "amministrazione controllata" anche ad altre Re-

gioni, occorre, a mio parere, rivisitare l'intero processo dei Piani di rientro così come si è sviluppato fino ad oggi per capire se davvero si sono compiuti tutti i passi previsti. Dobbiamo ricordare che, inizialmente, l'accordo non individuava solo l'obiettivo del riequilibrio economico, ma prevedeva anche altre due forme di intervento, l'affiancamento e il tutoraggio da parte di Regioni, chiamiamole così, "virtuose" nei confronti delle Regioni in deficit, in un rapporto di uno a uno. Ogni Regione oggetto di Piano di rientro aveva scelto una Regione come partner per collaborare, con i propri suggerimenti, all'obiettivo di ripianare il deficit. Purtroppo, né l'affiancamento, previsto come la possibilità di rivolgersi ad un gruppo di lavoro formato da rappresentanti dei due Ministeri coinvolti (Salute ed Economia) più un rappresentante del coordinamento delle Regioni, né il tutoraggio, di fatto sono mai partiti.

In particolare, il tutoraggio poteva rappresentare un passo significativo (l'affiancamento, probabilmente, avrebbe avuto scarsa efficacia) perché, in sostanza, prevedeva che la Regione "tutor", potesse indicare con quali strumenti era riuscita a risolvere gli stessi problemi che avevano determinato il deficit della Regione coinvolta nel Piano di rientro (per la farmaceutica, per i piani ospedalieri, per lo sviluppo del territorio ecc.) Dobbiamo constatare, a tutt'oggi, che l'operazione del tutoraggio non è mai partita per difficoltà oggettive; infatti, non è facile per una Regione accettare che vengano tecnici di un'altra Regione a dirti cosa devi fare, questo tipo di intervento viene visto come un'"intrusione", come una limitazione del proprio potere, si innestano problemi politici e istituzionali di rapporti fra le Regioni, si manifesta una difficoltà della struttura tecnica regio-

nale il cui orgoglio professionale viene in qualche modo ferito da questa procedura. Le motivazioni possono essere tante, sta di fatto che il tutoraggio, ad oggi, non è mai partito.

A questo proposito, qual è stato il ruolo svolto da Agenas nelle procedure dei piani di rientro? Può fare qualche esempio?

Si è trattato di un esempio positivo di collaborazione che si è verificato ultimamente, per iniziativa dell’Agenzia, che si è posta come intermediario tra la Regione soggetta al Piano di rientro e la Regione “tutor” (nel caso della Sicilia e della Lombardia). L’Agenzia si è assunta l’impegno di intervenire a seguito di una convenzione con il Ministero a supporto della Regione in difficoltà utilizzando i tecnici e i professionisti della Regione “virtuosa”, chiamiamola così, o tutor. E il risultato è stato positivo, si è trattato di un modo efficace di attivare la collaborazione interregionale che era fino allora mancata. Un’esperienza, senza dubbio, da ripetere, anche se occorre riconoscere che gli atteggiamenti delle Regioni sono molto diversi tra loro: ci sono Regioni più disponibili ad ammettere le proprie difficoltà, difficoltà strutturali, difficoltà professionali del proprio personale tecnico regionale, difficoltà dell’apparato delle aziende sanitarie e così via; ci sono anche, però, Regioni meno disponibili, che magari sono proprio quelle che hanno maggior deficit, in cui c’è spesso una auto considerazione dal punto di vista tecnico-professionale molto alta e quindi scarsa propensione a chiedere aiuto ad altri. Nel caso della Sicilia si è trattato di un processo virtuoso, all’interno del quale si è avviata una collaborazione tra i tecnici dell’Agenzia, quelli lombardi e quelli siciliani per formulare proposte, individuare soluzioni, essere d’aiuto all’Assessore e alla Giunta nel predisporre gli atti previsti

dal Piano di rientro in forma coerente con il piano stesso. Il problema, semmai, è stato simile a quello cui accennavo prima, nel caso del Molise. La stessa Giunta che deve adottare questi atti si trova di fronte alla necessità di mediare con le istanze politiche rappresentate dal Consiglio regionale, e, nel caso della Sicilia, ci troviamo oltre a tutto di fronte ad una Regione a Statuto speciale, quindi con poteri molto diversi dalle restanti Regioni.

In alcuni casi, si può determinare un conflitto di competenze all’interno della Regione, nel senso che, per ipotesi, viene commissariato il Presidente della Giunta, ma dobbiamo tener presente che i poteri non sono esclusivi del Presidente, perché, se una legge deve passare al Consiglio regionale, il Presidente della Giunta si può trovare di fronte alla necessità di dover mediare e ciò può comportare un annacquamento delle misure, necessario a far passare il provvedimento.

Ed in questo caso, serve a poco il parere preventivo del Ministero.

Potrebbe accadere anche nel Lazio, in futuro, di trovarsi di fronte a questo problema.

Potrebbe accadere nel Lazio come in tutte le Regioni, ma certamente la vicenda del Lazio è abbastanza esemplificativa. Quando la Regione Lazio ha deciso, con un proprio atto, nei mesi scorsi, di chiudere alcuni ospedali, si è messo in atto un processo di protesta popolare e dei lavoratori che ha evidenziato la difficoltà insita in questo tipo di atti, a testimonianza del fatto che queste operazioni non sono indolori, non sono rapide e devono essere accompagnate da misure attive in termini positivi; di conseguenza, i benefici di carattere finanziario sono diluiti nel tempo e non immediati. Dico questo a prescindere

dal colore politico della Regione, si tratta di vicende comuni a tutti, che vanno al di là degli schieramenti.

In conclusione, i controlli sono stati, senza dubbio, un'occasione per rivedere la capacità delle Regioni di sostenere la spesa sanitaria con le risorse programmate, una testimonianza del valore positivo insito nei Piani di rientro per le Regioni coinvolte, che hanno dovuto affrontare un problema che si trascinavano da anni, quello di un pesante squilibrio economico nei bilanci in sanità.

Tuttavia, le procedure dei Piani di rientro hanno sollevato un altro problema: nello spirito del Patto della Salute del 2006, come fare a recuperare una forma di collaborazione, di cooperazione fra le Regioni che consenta di facilitare il rientro delle Regioni in difficoltà? Nel Patto si

indicava che le Regioni, complessivamente, predisponessero linee guida, strumenti di intervento sulla rete ospedaliera, sul territorio, che potessero essere adottati e utilizzati da tutti, principalmente dalle Regioni in difficoltà. Dobbiamo riconoscere che su questo versante si è fatto poco, perché, da una parte, le Regioni hanno teso a considerare il problema del Piano di rientro un problema marginale che riguardava solo le Regioni coinvolte, e dall'altro si è manifestata una difficoltà a mettere in campo una reale collaborazione interregionale. Proprio questa difficoltà ha determinato una crescita della struttura di controllo ministeriale e il peggioramento dei rapporti fra le Regioni, nel senso che si è instaurato un rapporto diretto delle Regioni in difficoltà con i Ministeri, saltando il livello di coordinamento fra le Regioni.

Metodi e strumenti dell'Agenzia per la realizzazione dei Piani di rientro

di **Giovanna Baraldi**

Responsabile dei Piani di rientro per Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Il monitoraggio dei Piani di rientro costituisce un obiettivo per l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali indicato dalla Conferenza Unificata nella delibera del 20 settembre 2007 e rappresenta una delle principali attività previste dalla Convenzione Siveas con il Ministero della Salute.

In attuazione degli indirizzi delineati, l'Agenzia è chiamata a svolgere le seguenti attività:

- a) monitoraggio dello stato di attuazione dei Piani di rientro, valutazione delle criticità rilevate nella loro attuazione ed individuazione di proposte per il loro superamento;
- b) partecipazione alle attività di affiancamento delle Regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n.311;
- c) ruolo di stimolo e di coordinamento nei confronti delle Regioni coinvolte nelle partnership per il processo di attuazione dei singoli Piani.

Come recita la delibera, il perseguimento delle finalità descritte privilegia modalità di lavoro che prevedano lo scambio continuo e tempestivo tra l'Agenzia e le strutture regionali anche mediante la costituzione di commissioni e gruppi di lavoro misti per le diverse problematiche.

Inoltre, per realizzare l'aspetto che riguarda la "*valutazione delle criticità delle Regioni interessate al Piano di rientro*" l'Agenzia può utilizzare risorse umane esperte che operino in stretta collaborazione con il Ministero attraverso la funzione di coordinamento e integrazione realizzata dall'Agenzia stessa.

Infine, per quanto riguarda l'obiettivo indicato dalla Conferenza di "*elaborazione di proposte di procedure e modelli regionali e aziendali atti a superare le criticità stesse*", l'Agenzia ha a disposizione le metodologie e i risultati delle attività istituzionali delle proprie sezioni attraverso cui può sviluppare specifiche linee operative.

I prodotti attesi della Convenzione riguardano la definizione di metodologie, l'identificazione di indicatori per il monitoraggio e la presentazione di report semestrali che contengano la descrizione delle attività svolte, lo stato di avanzamento e i risultati corrispondenti.

Per realizzare questi obiettivi l'Agenzia ha affidato l'incarico ad un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha avviato la sua attività all'inizio del 2008, in stretta collaborazione col Ministero della Salute e con gli altri consulenti del Siveas, nonché attraverso la partecipazione al Tavolo di verifica degli adempimenti presso il Ministero dell'Economia.

Nella prima fase di lavoro l'Agenzia ha individuato gli strumenti e le metodologie per il monitoraggio dello stato di attuazione dei Piani, con particolare riferimento alle tre aree di sua competenza: politica del farmaco, processi di accreditamento, cure primarie.

A questo scopo è stata predisposta una *griglia*, orientata a rendere omogeneo il linguaggio degli elementi fondamentali presenti nei diversi Piani, in modo da seguire un approccio comprensibile e condiviso del processo di Programmazione e Controllo che essi rappresentano.

Infatti, dal momento che i Piani sono stati scritti con linguaggi, metodologie, logiche differenti, il monitoraggio è una funzione che deve essere standardizzata e, quindi, si è reso necessario compiere un lavoro profondo di conoscenza per riuscire a individuare gli elementi comuni che erano espressi in modi diversi per poterli tradurre in un linguaggio condiviso e generalmente comprensibile.

Per prima cosa si sono individuate con chiarezza le diverse declinazioni del concetto di obiettivi: *obiettivi generali, specifici ed operativi* in modo da rappresentare il significato della finalizzazione

di ciascuno di essi e descriverne le caratteristiche dal livello macro a quello micro; con lo scopo di apprezzare come gli obiettivi specifici e poi quelli operativi partecipino al raggiungimento di obiettivi generali e, di conseguenza, a risultati complessivi.

La declinazione dei diversi livelli degli obiettivi, da generale a specifico e operativo, non è un esercizio empirico ma è necessario per ricondurre continuamente al risultato complessivo finale tutto ciò che i Piani devono realizzare. Questa visione permette di identificare meglio il concetto di priorità che altrimenti rischia di essere difficilmente interpretato (nel senso che tutti gli obiettivi sembrano uguali per importanza) o, addirittura, confuso con l'entità del risparmio finanziario.

Al contrario, gli obiettivi devono essere sempre orientati alla razionalizzazione dell'attività e di conseguenza della spesa, al fine di raggiungere il bilanciamento tra qualità e costo.

Ciascun obiettivo può avere un impatto più o meno elevato in termini di risultato di qualità e di costo, ma è il raggiungimento dell'insieme degli obiettivi, in una visione complessiva di sistema, che garantisce il risultato finale.

Questo chiarimento si è rivelato molto utile poiché spesso, nei Piani delle diverse Regioni, gli *obiettivi* erano sovrapposti o addirittura confusi con le *azioni*. A questo proposito, abbiamo utilizzato la parola *azione* invece di *intervento*, che è il termine generalmente usato ma che è meno appropriato alle attività economico-gestionali e, quindi, a questo contesto.

La correlazione tra *obiettivi* ed *azioni* consente di individuare e suggerire azioni utili che sono presenti solo in alcuni Piani e che altri trascurano o che non sono assolutamente previste.

Le azioni sono sostenute dai comportamenti

e, quindi, da *attori* coinvolti nel raggiungimento dell'obiettivo che non sono unicamente istituzionali, ma rappresentano anche tutti quei soggetti, direttamente o indirettamente coinvolti, senza i quali non è possibile garantire il risultato finale. Attraverso la loro individuazione si possono definire puntualmente le *responsabilità* e, quindi, in breve, integrare altre azioni che partecipano ad ottenere il *risultato*.

La chiarezza della declinazione dei diversi *obiettivi*, dal generale, allo specifico e operativo, è rilevante perché permette anche di apprezzare la correlazione virtuosa tra la funzione di Programmazione e i *risultati* che si vogliono raggiungere e, di conseguenza, gli *indicatori* con cui vanno misurati.

Si è cercato di dare molto spazio a definire i *risultati attesi*, dal punto di vista dei costi/spesa e della qualità, ma anche rispetto ad altri elementi strutturali di "sistema" che emergono dalla definizione degli obiettivi e delle azioni corrispondenti.

Per quanto riguarda questo aspetto si è cercato di individuare anche i *risultati intermedi* che, ragionevolmente, si possono ottenere perché è estremamente rilevante gestire il processo di realizzazione degli obiettivi e, quindi, diviene estremamente importante il controllo continuo dei risultati raggiunti anche nelle fasi intermedie.

Di conseguenza, attraverso il percorso descritto si possono identificare numerosi *indicatori* necessari per monitorare la realizzazione del processo che garantiscono di misurare e controllare "dove si è giunti" e "cosa ancora si deve fare".

Infine, si è attribuito un peso percentuale al risparmio di ciascun singolo *risultato* rispetto al *risultato atteso* complessivo; per esempio: riduzione delle prescrizioni di statine rispetto alla riduzione

ne della spesa della farmaceutica complessiva.

A questo proposito, si è introdotta la dizione *rilevanza dell'impatto economico* che corrisponde al risultato atteso della riduzione della spesa e la dizione *rilevanza generale dell'indicatore* come "rilevanza dell'impatto dell'obiettivo/risultato sul sistema"; intendendo come il singolo obiettivo/risultato, oltre ad avere una ricaduta economica, incida su struttura, comportamenti e processi più o meno significativi per cambiare il sistema.

Con questo si è inteso distinguere obiettivi che si raggiungono prevalentemente con un provvedimento amministrativo (come, ad esempio, la "distribuzione diretta di farmaci" che si governa con un atto deliberativo e ha una ricaduta economica) da obiettivi come "l'appropriatezza delle prescrizioni" che, invece, coinvolge il comportamento dei medici di famiglia, la condivisione di linee guida, l'educazione dei pazienti, insomma modificano un processo culturale e quindi strutturale che ha, anche, un impatto di cambiamento sul sistema.

I due indicatori così espressi ci permettono di valutare sia in termini di spesa che di cambiamento sul sistema l'impatto del singolo obiettivo.

Alla luce della griglia così costruita, dopo aver inserito tutte le variabili presenti nei Piani, si è ulteriormente confermata l'estrema variabilità degli stessi rispetto al medesimo obiettivo, permettendo di introdurre correzioni e integrazioni che arricchiscono e completano i processi.

In conclusione, si è cercato di rappresentare nella griglia l'intero processo di cambiamento necessario a raggiungere il *risultato* e, quindi, attraverso il monitoraggio si è cercato di supportare le Regioni col disavanzo a governare la funzione di Programmazione e Controllo. Del resto il mo-

monitoraggio non è altro che uno strumento per compiere la funzione del *controllo* in modo continuo.

Di conseguenza, all'interno della attività dell'Agenzia, il monitoraggio diventa anche uno strumento di formazione nei confronti delle Regioni che, a loro volta, possono acquisire una metodologia di cui, in una prima fase, sono oggetti ma presto possono diventare soggetti, utilizzando il medesimo metodo per il monitoraggio della attività delle Aziende e degli altri attori che partecipano alla realizzazione del Piano.

Si sottolinea che la criticità più rilevante risulta la disponibilità dei dati e delle informazioni in grado di garantire il monitoraggio e che devono necessariamente essere disponibili a livello locale per consentire la tempestività e, attraverso il costante confronto, anche la completezza e l'attendibilità delle informazioni.

Anche alla base di questo aspetto vi è un processo di cambiamento culturale. È necessario passare da un approccio ispettivo e burocratico che determina conflitti, comportamenti opportunistici, produzione di dati inutili e aumento dei costi, ad un processo di cambiamento e di apprendimento basato sul coinvolgimento e la condivisione delle istituzioni, orientato a conoscere la propria attività ed i suoi risultati e, di conseguenza, a ridurre e prevenire gli errori e creare qualità.

La cultura del dato appare quindi l'elemento più critico ma al tempo stesso quello che, dallo svolgimento del monitoraggio, riceve il maggiore sviluppo e implementazione.

Le griglie sono state dunque arricchite dalla metodologia descritta in modo da renderle strumento operativo di lavoro nell'incontro e confronto con i dirigenti delle Regioni, ma anche come abbiamo detto di formazione.

L'applicazione delle griglie ha consentito alla Agenzia, nonostante la complessità oggettiva dei diversi sistemi regionali, di sistematizzare facilmente tutti i Piani e di riuscire a conoscere, in breve, le realtà e, di conseguenza, tutte le principali criticità di *input, output e di costo* ma anche di processo informativo, culturale, istituzionale, di cambiamento e, al tempo stesso, di riuscire ad individuare le possibilità per il loro superamento.

Su queste basi si è potuto costruire il metodo per svolgere la funzione di affiancamento della Regione Sicilia che, per prima tra tutte le Regioni, ha chiesto il supporto dell'Agenzia e la *partnership* della Regione Lombardia.

Il lavoro di monitoraggio ha permesso di individuare delle priorità fondamentali su cui concentrarsi, in modo particolare di aspetti di riordino strutturale come la rimodulazione della rete ospedaliera e territoriale, la riconversione degli ospedali in strutture alternative alla degenza per acuti, la riqualificazione e concentrazione delle Aziende.

Il problema della razionalizzazione della rete ospedaliera deve essere affrontato con l'obiettivo primario di evidenziare i margini per liberare risorse, eliminando sprechi, duplicati, ripetizioni, tutti i tipi di inappropriata e di costo da essi indotta, evitando che queste inefficienze consumino risorse sottraendole ad altre aree di bisogno.

Occorre recuperare competenze e conoscenze con l'obiettivo di capire e mettere in relazione domanda/bisogni con l'offerta di servizi e la soluzione dei problemi. Il punto di partenza dal quale far dipendere tutte le decisioni, in tema di riprogettazione e riorganizzazione, è rappresentato dall'analisi della domanda di un territorio. Il metodo consiste nella conoscenza del ricovero ospedaliero con tutte le sue caratteristiche (sia del-

la “domanda”: diagnosi, patologie concomitanti, età, sesso, complessità, luogo di residenza, che dell’”offerta”: prestazioni, durata degenza) che costituisce la base per poter comprendere, non solo la domanda e l’attività ospedaliera oggetto dell’analisi, ma anche di costruire l’intero processo clinico-assistenziale prima e dopo le fasi di ospedalizzazione (prevenzione, diagnosi precoce, controllo, riabilitazione, ecc). Ciò permette di analizzare il percorso della malattia e i fabbisogni corrispondenti in tutte le sue fasi, affinché si possa trovare una correlazione appropriata tra i bisogni espressi e le risorse consumate.

La dinamica del bisogno è la variabile fondamentale da cui partire per un’efficace azione di razionalizzazione, ma occorre tenere presente il fatto che l’attività sanitaria si è completamente modificata con l’evoluzione tecnologica e scientifica. Quest’ultima ha determinato un’estrema specializzazione e diversificazione dell’offerta a cui, al tempo stesso, non ha risposto una sufficiente integrazione organizzativa. Da un lato l’evoluzione e la relativa specializzazione sulla malattia hanno comportato notevoli progressi, dall’altro hanno determinato una crescente necessità di integrazione sul malato e di collegamento tra le diverse strutture sanitarie. Di conseguenza la priorità da ricercare non è solo nella risposta al singolo bisogno, ma nell’efficacia e nell’efficienza del servizio complessivo al paziente e ai suoi molteplici bisogni. Questo approccio permette di ridisegnare anche le responsabilità dei diversi attori: Istituzioni, Aziende pubbliche e private, professionisti, operatori, ecc; poiché attraverso l’analisi del processo assistenziale e dei fabbisogni corrispondenti è possibile ottenere condivisione sulla riprogettazione dell’offerta nella sua globalità lungo tutta la rete di strutture e funzioni ospedaliere e territoriali.

Questo è il processo più difficile e complesso da avviare e dalla cui realizzazione dipendono e si potranno implementare tutti gli altri processi quali: la riqualificazione del personale, il rapporto col privato, i protocolli con le Università, l’appropriatezza dei ricoveri, il sistema tariffario, il processo di Accredimento e quelli di acquisto.

Per quanto riguarda la funzione dell’Agenzia nell’affiancamento, in considerazione degli aspetti metodologici descritti e dopo la seppur brevissima esperienza, si ritiene che le azioni operative principali siano:

- facilitare l’introduzione di metodologie di audit e l’uso di strumenti come il lavoro di Gruppo e per processi al fine di sviluppare cooperazione tra le istituzioni, creare consenso nei portatori di interesse, trasferire le pratiche migliori presenti nel Paese, realizzare progetti di fattibilità in una sorta di processo di formazione orientato alla crescita delle competenze delle risorse umane disponibili ma anche della loro responsabilità;
- comprendere ed individuare le competenze ed esperienze professionali necessarie a superare le criticità e, inoltre, garantirne l’utilizzo razionale ed efficiente attraverso una funzione di coordinamento continuo;
- intervenire costantemente da stimolo allo sviluppo del processo di cambiamento culturale;
- supportare il Piano di Comunicazione a tutti i livelli: istituzionale (Regioni, comuni, sindacati, ecc.), professionale (medici, infermieri, università), cittadini (associazioni dei pazienti, volontariato, ecc.) con un linguaggio specifico orientato alla chiarezza della condivisione di obiettivi, risorse, responsabilità e, anche, alla capacità di misurare i ri-

sultati attesi nel breve e lungo periodo.

L'applicazione sul campo degli strumenti e metodi descritti, attraverso il confronto con i dirigenti delle Regioni, quelli dei Ministeri della Salute e dell'Economia, nonché delle Regioni *partner*, consente e consentirà di verificarne la validità e compiere correzioni e miglioramenti per renderli sempre più puntuali ed efficaci rispetto alle

modifiche del sistema.

Sicuramente l'esperienza dimostra che è necessaria la massima attenzione e condivisione, delle informazioni e della conoscenza della realtà regionale, affinché si possa garantire lo stimolo e il supporto adeguato, tempi certi di realizzazione del Piano e, di conseguenza, affidabilità e credibilità di tutto il sistema.

Gli obiettivi del Piano di rientro della Regione Lazio

di **Norberto Cau**

Ufficio del Commissario ad acta - Presidenza Regione Lazio

Il Piano di rientro della Regione Lazio sottoscritto all'inizio del 2007 con il Governo ha individuato molteplici e complessi obiettivi di cui di seguito si riassumono sinteticamente i contenuti principali.

Individuazione dei fabbisogni, ridefinizione e riqualificazione dell'offerta

- Individuazione del fabbisogno.
- Definizione dei requisiti autorizzazione.
- Modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi art.5, comma 1, lettera A, LR 4/2003.
- Ulteriori requisiti per l'accreditamento.
- Ridefinizione dei protocolli d'intesa con le Università.
- Centralizzazione attività di formazione orientata al raggiungimento degli obiettivi di Piano.

Riconduzione del numero dei posti letto agli standard nazionali

- Riconversione/chiusura di ospedali per acuti e cliniche di piccole dimensioni con bassi volumi di attività, o a prevalente attività riabilitativa, in poliambulatori, Rsa, presidi territoriali di prossimità o hospice per il raggiungimento dello standard di 3,5 posti letto per mille abitanti.
- Riconversione/chiusura di reparti per lungodegenza e riabilitazione per il raggiungimento dello standard di 1 posto letto per mille abitanti.
- Ridimensionamento di reparti con bassa performance organizzativa.
- Trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni erogate in regime Ordinario o di DH, attraverso l'estensione degli Apa e dei Pac.
- Riorganizzazione delle rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza urgenza e l'elezione.

- Organizzazione delle prestazioni di alta specialità secondo il modello basato su centri di riferimento e strutture satellite.

Riassetto organizzativo dell'attività assistenziale con effetti sul governo della dinamica dei costi

- Definizione di accordo triennale di erogazione di prestazioni da parte di soggetti erogatori.
- Introduzione del *Week Hospital*.
- Introduzione dell'Osservazione Breve Intensiva.
- Incremento ed estensione dei controlli centralizzati ed esterni sull'attività ospedaliera (controlli analitici delle cartelle cliniche).
- Predisposizione di specifiche linee guida concernenti i criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione *post acuzie* ospedaliere (con particolare riferimento all'attività di *day hospital*).
- Adeguamento delle tariffe ospedaliere al Decreto Ministeriale 12.09.2006

Potenziamento delle attività distrettuali per il governo della domanda orientato a garantire la continuità assistenziale e l'accesso alle cure appropriate

- Emanazione linee guida per la formazione degli atti aziendali dirette a definire l'organizzazione distrettuale.
- Promozione di forme associative dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e integrazione degli specialisti ambulatoriali.
- Incentivazione dei processi di deospedalizzazione con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e l'attivazione di progetti per la creazione di specifiche strutture.

- Realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie a partire dagli interventi residenziali, semi-residenziali e domiciliari a favore degli anziani e dei disabili. Revisione tariffaria.

Riorganizzazione delle attività territoriali per una diversa allocazione delle risorse

- Implementazione e qualificazione dell'assistenza ambulatoriale attraverso l'attività di *Day Service* e dei Pac per patologia nella quale far confluire quote di assistenza attualmente erogate in regime di DH.
- Disciplina del corretto ed appropriato uso delle apparecchiature e prestazioni di Rmn.
- Linee guida sulla riabilitazione extraospedaliera.
- Prestazioni escluse dai Lea.
- Riorganizzazione strutture pubbliche e private eroganti assistenza specialistica.
- Provvedimenti in materia di regolazione dell'offerta dell'assistenza specialistica ambulatoriale.
- Provvedimenti in materia di adeguamento delle tariffe per l'assistenza specialistica ambulatoriale.

Politica del farmaco

- Distribuzione diretta dei farmaci da parte delle Asl e controllo sull'erogazione da parte delle strutture Ospedaliere all'atto delle dimissioni del paziente dei farmaci necessari al 1° ciclo di cura.
- Attuazione dell'accordo, stipulato nel maggio 2006 tra Regione, Federfarma, Farmacie Pubbliche e Distributori intermedi, per la distribuzione in parte diretta ed in parte in nome e per conto delle ASL di alcuni farmaci del PHT.

- Altre misure per la distribuzione diretta dei farmaci da parte delle Asl.
- Introduzione della monoprescrizione per le statine.
- Acquisizione diretta da parte delle ASL dell'ossigeno per uso terapeutico.
- Verifica sistematica del rispetto degli indici di appropriatezza. Definizione e attuazione di un programma per l'appropriatezza e la razionalizzazione delle prescrizioni.
- Introduzione di un rimborso massimo per confezione all'interno della categoria terapeutica "inibitori di pompa".
- Misure per il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.
- Quantificazione degli effetti finanziari della scadenza dei brevetti nel biennio 2008-2009.

Contenimento dei costi diretti di produzione

- Quantificare il personale del Ssr e i relativi costi valutando per il tramite dell'Asp gli accordi decentrati e i contratti integrativi aziendali e intervenire sulle dotazioni organiche delle Aziende Sanitarie per rendere compatibile lo sviluppo quantitativo e qualitativo della forza lavoro con l'esigenza del contenimento dei costi.
- Interventi diretti sulla riduzione dei costi per l'acquisto di beni servizi da parte delle strutture pubbliche del Ssr.
- Analisi di costi delle strutture sanitarie pubbliche finalizzata al recupero della forbice tra costi della produzione e valore teorico della produzione.
- Monitoraggio delle convenzioni e delle esternalizzazioni sottoscritte dalle Asl e Ao

per ottimizzare l'azione dell'intervento del blocco del turnover del personale.

Controllo sull'andamento complessivo dei costi e riorganizzazione del debito commerciale

- Realizzazione del sistema di monitoraggio e controllo della spesa sanitaria regionale attraverso la gestione integrata dei flussi informativi provenienti dalle aziende sanitarie.
- Riallocazione al fondo capitale per gli investimenti finanziati con fondo corrente e definizione di uno o più stazioni appaltanti direttamente coordinate dall'Assessorato con il supporto dell'Asp.
- Implementazione dei principi e delle procedure per il processo di formazione, aggregazione e consolidamento dei bilanci delle Aziende Sanitarie.
- Misure di regolarizzazione dei pagamenti e del debito commerciale pregresso.

Riduzione del costo del personale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale

- Blocco delle assunzioni nell'anno 2007.
- Minori oneri per trasferimenti di personale ad altre amministrazioni e verifica e riallineamento delle risorse per le competenze accessorie della dirigenza e del comparto.

Come si può desumere dagli obiettivi sopra elencati gli impegni posti dal Piano di rientro erano (e sono) di straordinaria importanza, ma di altrettanto straordinaria difficoltà applicativa per l'impatto sociale che determinano.

Delle principali criticità affrontate dal Piano

di rientro la maggiore è, senz'altro, quella legata all'eccessiva ospedalizzazione, determinata da un lato dalla presenza di una ipertrofica rete ospedaliera (concentrata sostanzialmente nella città di Roma) che non ha uguali non solo nel nostro Paese, ma anche a livello mondiale e, dall'altro, da una notevole carenza di servizi territoriali alternativi al ricovero.

Il cambiamento della storia naturale delle malattie, dovuto sia all'anticipazione diagnostica, sia alla maggiore efficacia delle cure, è un fattore determinante nella definizione dei nuovi bisogni di salute, che con l'evoluzione della tecnologia gioca anche un ruolo nell'accorciare il periodo di acuzie di una malattia e nell'anticipare la ripresa o la stabilizzazione.

Tutto ciò fa virare il peso dell'offerta di sanità da interventi essenzialmente incentrati sull'acuzie verso interventi residenziali, semiresidenziali e domiciliari di carattere assistenziale o socio assistenziale.

La conseguenza è una minore necessità di posti letto per acuti, un incremento delle attività diagnostiche terapeutiche non residenziali e un cospicuo ampliamento dell'assistenza per i pazienti stabilizzati, sia residenziale (Rsa, Hospice) sia domiciliare.

Altri paesi europei e alcune Regioni italiane, soprattutto del nord, hanno da tempo provveduto a riorganizzare l'assistenza ospedaliera e, pur nella peculiarità di modelli diversi, queste esperienze hanno in comune la realizzazione di una rete non solo economicamente sostenibile ma anche plasmata su risposte appropriate rispetto ai bisogni di salute dei cittadini.

Mentre appunto altre Regioni per tempo si sono attrezzate per riorganizzare e riconvertire la propria rete ospedaliera, solo dopo l'approvazione del Piano di rientro la Regione Lazio si è

posto concretamente tale obiettivo.

Inizialmente, nel primo anno di validità del Piano, si è inteso sostanzialmente intervenire riducendo semplicemente un certo numero di posti letto all'interno delle singole unità operative e dei singoli presidi senza che questo comportasse grossi risultati in termini di razionalizzazione e riduzione dei costi.

Solo recentemente con la nomina del presidente della Regione come commissario ad acta si è proceduto con decisione a predisporre un corposo piano di riconversione dell'intera rete ospedaliera per riqualificare la stessa verso i presidi di maggiore complessità e liberare risorse da destinare all'assistenza distrettuale di cui la chiusura degli ospedali S. Giacomo e Forlanini rappresentano l'esempio concreto.

L'attuale situazione degli ospedali della Regione Lazio si sta avvicinando a tali obiettivi, scontando ancora oggi l'incremento dell'offerta ospedaliera che negli ultimi anni, in particolare nel periodo precedente il Piano di Rientro, si è dilatata sia con la nascita di nuove strutture ospedaliere (Campus Biomedico, Policlinico Tor Vergata, S. Andrea) che con l'incremento di posti letto nel pubblico e negli altri comparti accreditati. La conseguenza è non solo nell'aumento della spesa e nell'incremento del debito, ma anche nella mancata costruzione di una efficiente rete di assistenza non ospedaliera, come è invece avvenuto nelle cosiddette Regioni "virtuose" dove alla diminuzione degli ospedali è corrisposto lo sviluppo di un tessuto diffuso di forme assistenziali alternative.

A fronte di questa ripartizione delle risorse, occorre rilevare anche la disuguaglianza della distribuzione delle strutture ospedaliere e dei posti letto nei diversi ambiti territoriali, non solo nel rapporto tra le province e il centro, pur con-

siderando che nella capitale vi è una maggiore presenza di strutture di alta specialità e complessità, ma anche all'interno della stessa provincia di Roma e della sue aree cittadine.

Gli interventi prospettati nei recenti provvedimenti del commissario ad acta tracciano elementi razionali per gli interventi di riequilibrio e di riqualificazione della rete ospedaliera e coniugano il cambiamento dell'offerta che ne deriva con il potenziamento delle strutture intermedie e territoriali del Servizio sanitario regionale.

Un intervento di questa portata non ha precedenti nella storia della sanità della Regione e pertanto presenta numerose difficoltà. Fra queste la principale è l'attribuzione del giusto peso a tutto l'arco di problemi che impatterà sulla sanità laziale nel momento in cui il piano verrà implementato.

Tuttavia occorre cogliere anche la grande opportunità che le modifiche indotte dai problemi economico finanziari offrono per cambiare la struttura dell'assistenza in senso più moderno e più efficace, oltre che più efficiente.

Il lavoro che si sta facendo tende, nell'ambito del ridimensionamento dell'offerta di cure ospedaliere, a massimizzare gli effetti di miglioramento del servizio ai cittadini. Ciò si può ottenere se le modifiche proposte definiscono un quadro dei servizi sanitari più rispondente ai bisogni di salute della popolazione rispetto all'attuale.

La redistribuzione/riqualificazione delle strut-

ture presente nella proposta va accompagnata da altre azioni non solo strutturali, ma anche organizzative, come la ridefinizione e la messa a regime delle reti dell'emergenza e delle alte specialità in base agli esiti della presente proposta, ma anche l'estensione e l'attivazione funzionale di altre reti, fra cui valore preponderante assume quella dell'oncologia.

Infatti lo sviluppo di reti ospedaliere può garantire un'erogazione di assistenza efficace, appropriata, tempestiva, efficiente e centrata sul paziente, può rendere più equo l'accesso ai servizi, prescindendo dalle diversità geografiche e socioeconomiche, e può assicurare una maggiore integrazione delle risorse disponibili a livello regionale.

Il tema del potenziamento delle cure intermedie viene affrontato non solo con le riconversioni delle strutture ospedaliere, ma anche attraverso la programmazione di una sistema di strutture dislocate su tutto il territorio regionale, in grado di dare risposte appropriate a bisogni sanitari che precedentemente trovavano sbocco solo in ambito ospedaliero. Tale lavoro verrà perfezionato con un inquadramento di carattere organizzativo, imposto sia dalla radicale trasformazione programmata sia dall'importanza di queste strutture nella gestione della cronicità.

Solo così il quadro potrà essere completato e la struttura dell'offerta del Lazio e la sua organizzazione saranno finalmente coerenti con i bisogni reali.

La ristrutturazione del sistema sanità nella Regione Campania

di **Angelo Montemarano**

Assessore alla Sanità - Regione Campania

Non è facile parlare di economia in sanità senza rischiare di passare per chi vuole applicare alla salute degli individui criteri utili per gestire un'azienda chiamata magari a produrre pezzi di ricambio per auto. Anche le iniziative animate dalle migliori intenzioni, infatti, possono risultare criticabili se non vengono guardate in una prospettiva scevra da condizionamenti, anche di natura ideologica. Al di là delle visioni ideali che, se prive di aderenza alla realtà, finiscono per tramutarsi in un bel libro di favole, resta, pertanto, l'analisi di fatti strettamente legati all'economia ed alla concretezza delle cose possibili. Senza per questo dimenticare la spinta ideale che ha fatto del nostro sistema assistenziale, con tutte le zone d'ombra che ancora vi sono presenti, il miglior sistema assistenziale del mondo.

Nell'ultimo triennio la Regione Campania per rientrare da un debito di circa otto miliardi, accumulato negli anni precedenti, ha avviato una forte azione di ristrutturazione e ridisegno del sistema. Un deficit, quello campano, strutturale perché originato non solo dalle diseconomie – per correggere le quali abbiamo lavorato intensamente in questi tre anni – ma frutto anche del prevalere del criterio dell'anzianità della popolazione residente ai fini della redistribuzione del Fondo Sanitario Nazionale. Un criterio introdotto a giusta ragione, ma che non ha tenuto conto dell'altro criterio, con non minor incidenza sull'insorgenza delle malattie, che è quello relativo alle condizioni sociali di una Regione. L'adozione del primo senza il secondo ha finito, infatti, per penalizzare fortemente la Campania (Regione con il più alto indice di natalità) relegandola all'ultimo posto in Italia per quota pro capite.

La Giunta Regionale – fin dall'inizio del proprio mandato (giugno 2005) – ha definito una precisa strategia per il risanamento del Servizio Sanitario nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei livelli occupazionali delle aziende, sia pubbliche sia private, operanti nella sanità. Un dato questo confermato, lo scorso anno, da un'indagine Istat che ha attribuito alla Campania il primo po-

sto in termini di qualità percepita.

In concreto, la strategia per il risanamento adottata si è imperniata, sostanzialmente, su tre direttrici fondamentali:

- 1) consolidare i debiti maturati dalle aziende sanitarie, al 31 dicembre 2005, attivando la Società Regionale per la Sanità So.Re.Sa. S.p.A. all'uopo costituita in base alla legge regionale n. 28/2003, in modo da concentrare e responsabilizzare pienamente la gestione dei Direttori Generali delle AA.SS. sull'attività corrente;
- 2) ottenere un significativo riequilibrio in sede di riparto nazionale dei fondi per la sanità: la Regione Campania, ancora nel 2005, presentava costi medi pro capite in linea con la media nazionale, ma con il finanziamento pro capite più basso in assoluto (1.375 euro a fronte di una media di 1.477 euro, pari al 7% in meno).
- 3) Recuperare efficienza ed economicità nella gestione del Servizio sanitario regionale, riducendo sensibilmente i costi di produzione dei servizi sanitari con una azione programmata e mirata a diminuire ed a contenere le varie voci di costo, nella prospettiva di riportare la gestione corrente in equilibrio entro tre-quattro anni.

Il consolidamento del debito al 31 dicembre 2005, ammontante a circa 6,9 miliardi di euro, è avvenuto attraverso la So.Re.Sa. S.p.A. per circa 2,2 miliardi, con una operazione di cartolarizzazione a 29 anni conclusa il 31 marzo 2007 e finanziata con un modesto incremento delle aliquote Irpef ed Irap; mentre i rimanenti 4,7 miliardi sono stati coperti con:

- 2,8 miliardi relativi a quote del Fondo sanitario nazionale 2001-2005 già assegnate alla Regione Campania e congelate in at-

tesa che la Regione sviluppasse una idonea azione di risanamento dei conti della Sanità;

- 1,1 miliardi a titolo di anticipazione da parte dello Stato, da estinguere in trenta anni con una equivalente riduzione dei trasferimenti statali;
- 363 milioni quale maggiore concorso statale ai deficit 2001-2005, a valere sui tre miliardi stanziati dal decreto legge 20 marzo 2007, n. 23 per le Regioni in affiancamento: Lazio, Campania, Abruzzo, Molise e Sicilia (il solo Lazio ha beneficiato di 2,1 miliardi!);
- 418 milioni per maggiori risorse messe a disposizione dalla Regione.

In sede di Conferenza Stato-Regioni del 28 marzo 2006 si è ottenuto, poi, un primo importante riequilibrio delle assegnazioni nazionali, incrementando la quota del finanziamento corrente per la Campania di oltre 400 milioni di euro (+ 5% a fronte di un aumento medio del 2%). La maggiore quota di accesso della Regione Campania alle risorse nazionali per la Sanità è stata, successivamente, mantenuta nella ripartizione del Fondo sanitario nazionale per il 2007.

La terza direttrice dell'azione di questo assessorato, ovvero recuperare efficienza ed economicità nella gestione del Servizio sanitario, si è dispiegata con un primo piano triennale 2006-2008 di riequilibrio economico e finanziario che, supportato da importanti atti del Consiglio e della Giunta Regionale, *ha consentito nel 2006 di ridurre i costi del Servizio sanitario regionale del 5% a fronte di un incremento nazionale del 4%. In dettaglio, la Campania è passata da uno sfioramento di circa 1 miliardo e 800 milioni del 2005, ad uno sfioramento programmato di 754 milioni del 2006, agli 863 milioni del 2007 ed ai 38 del primo semestre 2008.*

L'azione di risanamento avviata dalla Regione nel 2005 ha, quindi, creato le migliori condizioni per definire con i Ministeri dell'Economia e, all'epoca, anche con quello della Salute un serio Piano di rientro dal disavanzo 2007-2009, incentrato sulla ristrutturazione della rete ospedaliera pubblica e sulla razionalizzazione dell'assistenza distrettuale, con l'obiettivo di raggiungere la parità costi-ricavi nel 2010, seguendo un percorso programmato di riduzione progressiva del disavanzo in un quadro predefinito di piena copertura dei residui e decrescenti deficit 2007-2009.

L'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo 2007-2009, stipulato il 13 marzo 2007 dal Presidente della Regione con i Ministri dell'Economia e della Salute, è stata ed è oggetto di attente verifiche trimestrali da parte del Governo. Tali verifiche (l'ultima si è conclusa pochi giorni or sono) hanno confermato il pieno rispetto del Piano da parte della Regione Campania sino al secondo trimestre 2008, ed indicato una divergenza nelle proiezioni per quanto attiene alla seconda metà dell'anno in corso. I dati di proiezione in nostro possesso, sulla base delle documentazioni trasmesse dalle AA.SS. e dalle A.O. (sottoposti, tra l'altro, alle verifiche dell'advisor finanziario nominato dal Governo) evidenziano il rischio di uno sfioramento non superiore a 130-140 milioni tra

il terzo ed il quarto trimestre 2008; sfioramento che si ridurrebbe a circa 30 milioni se si tiene conto del maggiore gettito fiscale (+ 106 milioni) delle addizionali regionali, stimato dall'Agenzia delle Entrate. Oltretutto l'azione di risanamento avviata sarà adeguatamente supportata dalla razionalizzazione della rete ospedaliera, la cui articolata proposta è stata discussa e considerata soddisfacente dal Governo in occasione dell'ultima verifica del 10 ottobre u.s.

Val la pena sottolineare, alla luce delle recenti polemiche pubblicate dai giornali ed alimentate, dispiace dirlo, anche da "fuoco amico", che il costo delle prestazioni sanitarie in Campania è perfettamente in linea con la media nazionale. Precisamente 1.660 euro pro capite; e questo nonostante la Regione Campania continui a ricevere una quota pro capite che continua ad essere, nonostante i recuperi realizzati in questi anni, la più bassa d'Italia e pari a 1.590 euro. Basta rifarsi, del resto alle apposite tabelle pubblicate sul sito dell'oramai ex Ministero della salute per ricavare questi dati. Dati confermati lo scorso 8 settembre anche da un'inchiesta del *Sole 24 ore* che, partendo dall'analisi della proposta di legge sul federalismo fiscale, finiva con l'individuare la Regione Campania appunto fra quelle più vicine ai livelli ottimali (standard) dei costi delle prestazioni sanitarie.

Sicilia: ripianare il deficit e riqualificare l'offerta

di **Massimo Russo**

Assessore alla Sanità - Regione siciliana

La sanità in Sicilia è a un punto di svolta: obbligatorio ed ineludibile.

Una svolta da imprimere velocemente e con fermezza dando piena attuazione al Piano di rientro nella consapevolezza che esso costituisce un documento di programmazione straordinaria che va ben oltre la sola previsione di misure di contenimento della spesa, definendo percorsi virtuosi di risanamento, sviluppo, riequilibrio, modernizzazione ed innovazione i cui effetti si misurano non soltanto sul sistema sanitario ma sullo stesso sistema economico regionale.

Il Piano di rientro, siglato tra la Regione siciliana ed il Governo nazionale nel luglio del 2007, impone di *guardare indietro* per riconoscere e aggiustare i meccanismi che hanno portato ad una spesa fuori controllo.

La riqualificazione impone di *guardarsi dentro* per comprendere come spezzare quei meccanismi e restituire efficacia ed efficienza all'organizzazione sanitaria, in nome del diritto alla tutela della salute dei cittadini.

Il confronto impone di *guardare oltre* e riprogrammare l'offerta sanitaria partendo, innanzitutto, dal fabbisogno e dalle metodologie già sperimentate da altre Regioni che si sono misurate, prima di noi, con la sfida di un sistema al servizio delle politiche di salute e non più (o non solo) al servizio di logiche estranee ai reali interessi del cittadino.

Quello che era uno svantaggio, anche temporale, può e deve tramutarsi in vantaggio: raccogliere le esperienze di altre Regioni, anche attraverso le puntuali analisi e i servizi dell'Agenas, ci ha aiutato a comprendere verso quali linee di programmazione indirizzarci, a fare tesoro di buone prassi e a guardare responsabilmente alla ricostruzione di un sistema che deve avere, nella persona umana e nella sua particolare condizione di soggetto che chiede cure, il suo unico baricentro.

L'aspirazione è quella di diventare un modello capace di coniugare efficienza, efficacia, economicità ma anche legalità ed eticità: tutti ingredienti del buon governo.

Il 15 giugno 2008, giorno della prima scadenza per la verifica delle misure previste dal piano di rientro, mi ero appena insediato e non ho potuto fare altro che prendere atto dei rilievi del “tavolo ministeriale” per il mancato rispetto delle scadenze.

In poche settimane, tuttavia, abbiamo da un lato amministrato l'ordinario, dall'altro acquisito le necessarie conoscenze sullo stato della sanità siciliana per comprendere i meccanismi di *governance* di un sistema complesso, obsoleto e pieno di pieghe che consentivano comportamenti che avevano portato al tracollo della spesa sanitaria.

Una corsa contro il tempo in vista delle successive verifiche. Un impegno straordinario, sostenuto con l'ausilio degli esperti consulenti dell'Agenas, per definire i percorsi da intraprendere, per delineare le relative misure normative ed amministrative, per portare a compimento o attivare ex novo gli adempimenti già previsti nel piano di rientro avendo sempre ben chiara l'esigenza di rispondere al meglio al bisogno di salute dei cittadini.

Nell'attuale sistema, troppo “sbilanciato” verso l'ospedale dove non vengono date risposte adeguate, efficienti ed appropriate, la scelta strategica era quella di guardare ad un modello che bilanciasse, senza distinzioni tra pubblico e privato, la domanda di medicina del territorio con l'offerta dell'assistenza ospedaliera, partendo dal fabbisogno di salute rilevato dell'Osservatorio Epidemiologico e dall'analisi delle Sdo, intervenendo lungo 4 linee direttrici:

- tagli alle spese;
- riqualificazione delle spese necessarie;
- programmazione per lo sviluppo;
- riassetto normativo e istituzionale.

Si è lavorato, quindi, per spezzare quei mec-

canismi che hanno consentito al sistema di far crescere la spesa senza alcun controllo e, nel contempo, è iniziata una puntuale ricognizione delle risorse da impiegare per lo sviluppo di un'economia virtuosa; sono state varate le prime effettive misure per il cambio di *governance*, imponendo modelli virtuosi per le gare d'appalto, le misure antimafia, la spesa farmaceutica, la riqualificazione del personale, la messa in efficienza delle strutture, la rimodulazione della rete ospedaliera e la riorganizzazione dell'intero sistema con un ambizioso disegno di legge che aspetta di essere approvato in Assemblea.

Un pacchetto di iniziative normative sulle quali, a breve, si misurerà la reale volontà della classe politica di attuare un cambiamento non più rinviabile in una delle articolazioni più importanti dell'amministrazione regionale siciliana.

Si tratta dunque di fare delle scelte che è improprio definire impopolari perché, anzi, vogliono rispondere ai reali bisogni di salute della popolazione, bilanciando domanda e offerta per instaurare una sanità virtuosa capace anche di generare economia di sviluppo.

Abbiamo voluto sviluppare una iniziativa coerente, tesa a ridisegnare profondamente il profilo dell'assetto sanitario ispirandoci a pochi ma essenziali criteri, sintetizzati di seguito.

- *Potenziamento dell'assistenza territoriale tramite i Distretti*. I Distretti saranno riorganizzati in base ad un nuovo modello funzionale di servizi collegati in rete che trova lo snodo nel Punto territoriale di assistenza, struttura concepita per offrire le cure primarie e la prevenzione e assolvere alla funzione di filtro per l'accesso ai ricoveri ed alle strutture di pronto soccor-

so, con assistenza H24, con maggiori servizi sia di tipo ambulatoriale, ospedaliero, residenziale, riabilitativo, con un filtro che consenta di orientare la domanda e l'offerta delle prestazioni verso gli ambulatori, gli ospedali, la lungodegenza e la riabilitazione.

- *Riordino della rete ospedaliera* fondato sulla analisi del fabbisogno di salute misurato sulla domanda di ricovero (Sdo) e sull'offerta ospedaliera (modelli Hsp) per l'anno 2007. L'analisi ha evidenziato un macroscopico scostamento dagli standard nazionali (i dati riportano un tasso globale di ospedalizzazione del 147 x 1000 per i ricoveri ordinari e 102 x 1000 per i trattamenti in DH) con conseguente necessità di procedere alla riduzione di 5.702 posti letto (portandoli da 21.061 a 15.359).
- *Forte programmazione regionale*, saldamente ancorata ai bisogni del territorio ma anche necessariamente partecipata attraverso un innovativo meccanismo di elaborazione del Piano sanitario regionale.
- Formulazione di un *sistema di finanziamento* in grado di assolvere le necessità correlate alle specificità ed ai fabbisogni, superando il semplicistico metodo del ricorso alla spesa storica; una riforma dell'assessorato regionale della Sanità in grado di procedere all'accorpamento di funzioni per superare gli attuali limiti operativi;
- Riconoscimento non formale dei *principi della partecipazione e della tutela*, assieme a quelli legati alla valorizzazione del ruolo del volontariato.

Il disegno di legge recante le norme sul riordino del sistema sanitario regionale, in co-

erenza con gli obiettivi del Piano di contenimento, prevede:

- un diverso assetto delle Aziende sanitarie dell'isola che saranno sensibilmente ridotte, dalle attuali 29 a 14 (una azienda territoriale per ognuna delle nove province, due aziende ospedaliere di alta specializzazione e tre aziende ospedaliero-universitarie) con l'affermazione di una logica di bacino proiettata nel territorio e di una *governance* unitaria capace, a livello provinciale, di assicurare l'integrazione tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri che opereranno in rete per contenere i costi ed evitare gli sprechi, la duplicazione di servizi e delle prestazioni;
- una riarticolazione generale del sistema dell'emergenza/urgenza, finalizzata a superare definitivamente l'attuale fragilità;
- un riconoscimento del ruolo insostituibile dell'Università che, nel rispetto dell'autonomia, dovrà favorire forme di collaborazione che permettano l'ottimizzazione delle risorse e l'esaltazione della missione istituzionale delle stesse Università;
- l'affermazione del fondamentale principio della programmazione delle attività sanitarie, e dei correlati strumenti di controllo, nel cui ambito inquadrare le attività erogate dalle strutture pubbliche e private.

In definitiva, il provvedimento vuole definire un modello di funzionamento fortemente ancorato al contesto locale, storico, economico, sociale e professionale con il quale riqualificare l'offerta, ripianando il deficit ed eliminando inapproprietezze e disomogeneità.

Oggi la sanità siciliana, stretta fra la necessaria conquista dell'equilibrio economico e l'ineludibile ricerca della qualità, necessita non solo di

una programmazione delle risorse capace di incidere sulle cause strutturali dell'attuale sistema sanitario ma abbisogna di una visione nuova e moderna tale da sospingere la politica verso decisioni in grado di dotare la Regione di un assetto organico e razionale.

Una cosa è certa: è iniziato un cammino ir-

reversibile verso un nuovo modello di sanità più funzionale ed è cambiato anche il tono del dibattito politico, non più – o non soltanto – caratterizzato dalle diverse posizioni tra forze di centrodestra e di centrosinistra bensì tra chi vuole lo “status quo” e chi vuole e sostiene il cambiamento.

Come determinare e ripartire il fabbisogno: bisogni, consumi, costi

di **Cesare Cislighi, Emidio Di Virgilio, Isabella Morandi, Gabriella Tavini**

Area Monitoraggi economici e di attività del Ssn - Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Il problema della determinazione dell'ammontare delle risorse da destinare al Servizio sanitario nazionale (Ssn) ha all'origine un problema molto più complesso che è quello della scelta della quota di Pil da destinare alla spesa pubblica e da acquisire tramite prelievo fiscale. Questa scelta può essere compiuta solo applicando modelli e teorie macro economiche oppure adeguandosi all'andamento storico della situazione; non è di questo però che si vuole parlare in questa sede. È tuttavia opportuno richiamare, in premessa, la necessità che la spesa pubblica sia congrua con la definizione dei livelli essenziali dei servizi pubblici, come previsto dalla norma costituzionale.

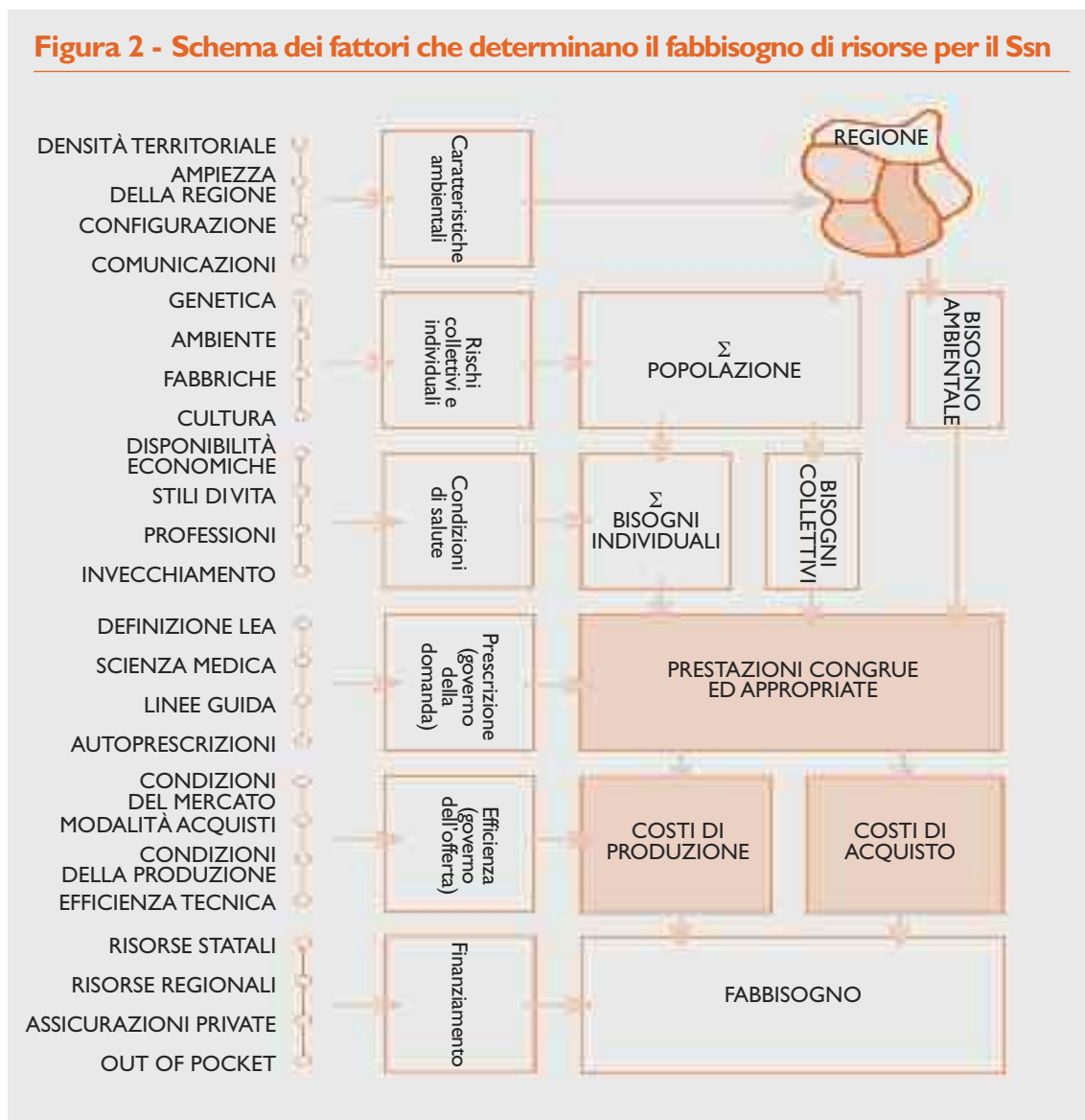
L'AMMONTARE DELLA SPESA SANITARIA

Un problema di proporzioni minori, ma pur sempre molto complesso, è la determinazione della quota di spesa pubblica da destinare al settore sanitario pubblico, cioè, in pratica, la quota da attribuire al Ssn. Una prima soluzione, teorica ed operativamente poco risolutiva, è data dall'approccio marginale delle utilità dei diversi settori pubblici: la spesa sanitaria è quantitativamente corretta quando l'utilità marginale del Ssn non è inferiore all'utilità marginale degli al-

Figura 1 - Bipolarità della determinazione delle risorse economiche per la sanità



Figura 2 - Schema dei fattori che determinano il fabbisogno di risorse per il Ssn



tri settori pubblici. Ciò significa che quando la spesa sanitaria è corretta, un'ulteriore piccola assegnazione ad essa produrrebbe una utilità per la collettività uguale a quella che sarebbe prodotta assegnando quelle risorse aggiuntive ad un altro settore (istruzione, assistenza sociale, giustizia, ecc.). Se logicamente questo approccio è convincente, è però evidente che difficilmente potrebbe essere valutata l'utilità marginale delle assegnazioni ai diversi settori, e quindi la decisione macro economica non avrebbe l'algoritmo necessario per poter essere supportata.

La soluzione allora non può che essere raggiunta come equilibrio tra una richiesta proveniente dal Ssn e una disponibilità valutata dall'autorità pubblica, politica e tecnica, in materia di spesa pubblica.

È però evidente che più le richieste espresse dalle Regioni, soggetti titolari del Ssn, sono supportate da documentate valutazioni delle esigenze del settore, più l'autorità sovra ordinata dovrà tener conto di esse, anche per renderne conto all'opinione pubblica.

I due elementi importanti e convincenti per

supportare tali richieste sono il bisogno sanitario della popolazione e la congruità dei costi dei servizi a soddisfazione dei bisogni stessi (Fig.1). Il primo elemento è stato sinora l'elemento base di ogni considerazione sulla determinazione del fabbisogno; oggi, a causa della sempre maggiore limitatezza delle risorse disponibili, si sta sempre più imponendo la valutazione dei costi dei servizi che non possono essere più accettati come tali se risultano gravati da situazioni di inefficienza.

È necessario allora definire uno schema di riferimento dei fattori che determinano il fabbisogno in modo da poter poi individuare gli elementi da misurare per giungere ad una stima convincente del fabbisogno stesso. Lo schema della figura 2 può riferirsi sia all'intera nazione sia ad una singola area regionale o anche sub-regionale.

LA DETERMINAZIONE DEL BISOGNO

Il bisogno può essere scomposto in tre parti: nella prima troviamo il bisogno che deriva dalla configurazione dell'area stessa (l'intera nazione, una sua Regione, ecc.), dalle sue caratteristiche ambientali, climatiche, abitative; nella seconda il bisogno riferito alla popolazione nel suo insieme, che è un bisogno di sanità pubblica, ed infine, nella terza parte, il bisogno come somma di tutti i bisogni specifici individuali degli abitanti, bisogni di prevenzione individuale, di cura, di assistenza, di riabilitazione.

Se il numero di abitanti di un'area può essere paragonato ad un volume, l'intensità dei loro bisogni può, invece, esser paragonata alla sua densità: un volume per la densità equivale ad una massa che può esser misurata dal "peso" che, in termini di salute, determina il bisogno sanitario complessivo di una popolazione. Ma con quale

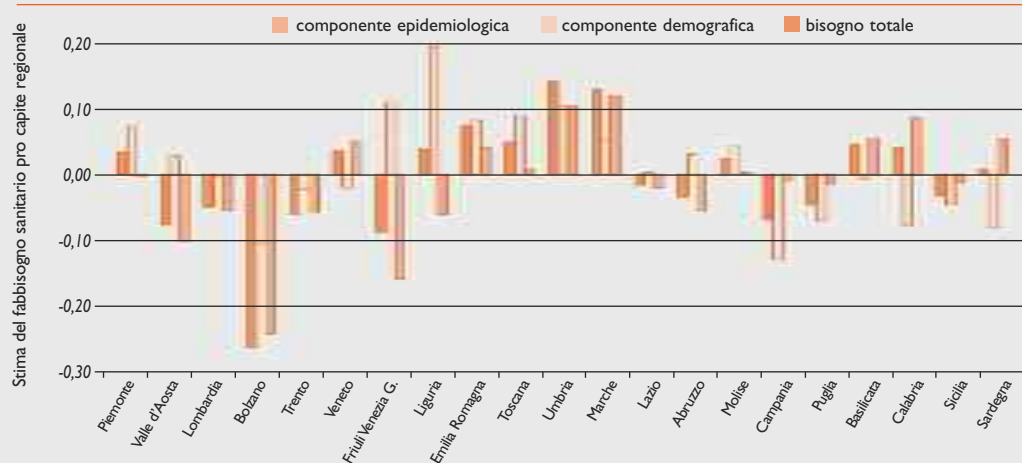
"bilancia" si può misurare questo peso? Purtroppo uno strumento diretto, semplice ed affidabile, manca e bisogna perciò ricorrere ad una sua valutazione indiretta.

La valutazione indiretta del bisogno avviene, per lo più, secondo tre alternative: la prima, la più seguita, è quella di ritenere che i consumi siano una funzione lineare dei bisogni, per cui, rilevando i tassi di utilizzo si potrebbe inferire sui livelli di bisogno. Le critiche a questa modalità sono numerose e vertono sulla non veridicità dell'ipotesi iniziale; infatti, molti dei consumi di una popolazione non sono legati, nella loro intensità, a dei veri bisogni, bensì sono indotti dal sistema dell'offerta o da atteggiamenti culturali che poco hanno a vedere con i bisogni reali stessi.

La seconda alternativa ritiene che il bisogno possa esser misurato attraverso la prevalenza delle patologie. I problemi che ne derivano sono essenzialmente due: il primo è l'indisponibilità di dati certi sul totale delle patologie, rilevati in modo omogeneo su tutto il territorio. Per alcune patologie, vedi ad esempio per i tumori, questo per lo più avviene, ma per altre patologie, clinicamente meno gravi ma sicuramente altrettanto, se non più, gravose, è oggi impossibile ottenere una stima attendibile. Il secondo problema riguarda il fatto che molte patologie sono riconosciute e classificate come tali solo se i servizi sanitari funzionano e funzionano bene. È dimostrato, infatti, che per molte patologie la loro prevalenza è determinata dal tasso di ricorso ai servizi e non viceversa.

In figura 3 è riportato un esempio di stima del bisogno partendo dalla valutazione degli stati di salute della popolazione; il grafico è realizzato utilizzando i dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Salute 2005" mediante una analisi delle componenti

Figura 3 - Valori regionali medi procapite del bisogno stimato con l'Indagine Istat Multiscopo 2005

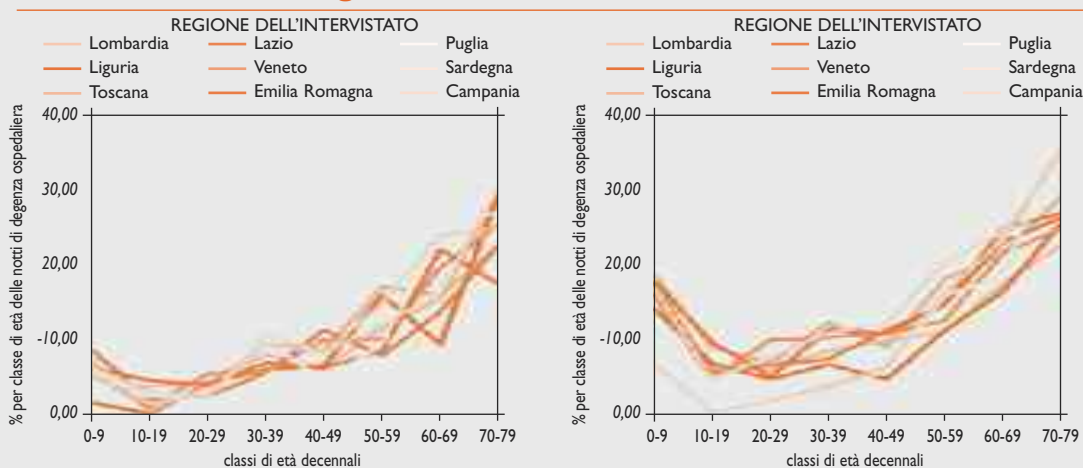


principali; una delle variabili con cui è stata costruita la stima è legata alle patologie croniche, un'altra alla auto-valutazione soggettiva del proprio stato di salute, altre ancora alla misura degli stati di salute fisica, mentale e psichica ottenuta con una batteria di domande, ed infine due variabili che indicano l'invalidità e la disabilità. Si noti che tutte queste variabili sono associate all'età e quest'ultima è da sola capace di spiegare larga parte della variabilità del bisogno stimato.

La terza alternativa, infine, propone di stimare

il bisogno attraverso le sue determinanti principali, l'età ed il genere dei soggetti in primo luogo, ma anche la disponibilità di risorse, le attività lavorative, l'istruzione, il disagio sociale, ecc. Con questo metodo non si può stimare il valore assoluto del bisogno ma solo i differenziali proporzionali tra le categorie di soggetti individuate dalle determinanti stesse. Per far questo si ipotizza che il consumo sia determinato dal bisogno reale in funzione dei determinanti e poi ci siano altri fattori che l'aumentano o lo diminuiscono

Figura 4 - Andamento per età delle visite mediche e delle notti di degenza in diverse Regioni



agendo in modo moltiplicativo senza interazioni con i determinanti stessi. In realtà si dimostra, vedi ad esempio figura 4, che, tra aree diverse, le relazioni tra i consumi e le classi di età rimangono pressoché costanti anche se i valori assoluti complessivi dei consumi talvolta variano, in modo anche significativo, da un'area all'altra.

Da queste considerazioni ne deriva che è molto difficile determinare il livello dei bisogni prescindendo dal considerare quali sono attualmente i livelli di accesso alle prestazioni ed ai servizi, ed è quindi su questo aspetto che è necessario ragionare. Innanzitutto si deve tener presente che il bisogno, nelle sue componenti, deve essere considerato nel breve periodo un vincolo immutabile per la stima del fabbisogno economico, mentre il consumo di prestazioni e il loro costo (elementi evidenziati in grigio nello schema di figura 2) sono elementi in larga misura dipendenti dal governo dei sistemi regionali e quindi, almeno in parte, sono modificabili anche nel breve-medio periodo.

I LIVELLI DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

Se il rapporto tra l'accesso alle prestazioni di

diversi gruppi di popolazioni con bisogni differenti è pressoché costante, non è così il loro valore assoluto (vedi figura 5).

La frequenza di utilizzazione dei servizi mostra una variabilità inter o intra regionale molto elevata, che va sicuramente ben al di là di una variabilità casuale. Nelle analisi, ad esempio, di accesso agli interventi chirurgici nella popolazione residente delle Asl, si osservano tassi anche dieci e più volte maggiori rispetto ai minori osservati.

L'elevata variabilità delle cure è da sempre conosciuta dalla cultura epidemiologica che invece non è abituata a considerare ed a analizzare la variabilità dei costi di produzione; al contrario la cultura aziendalistica enfatizza i problemi dell'efficienza tecnica dei processi di produzione ma sottostima, se non addirittura ignora, i problemi dell'adeguatezza e dell'appropriatezza clinica delle prestazioni sanitarie.

Quando si parla di "costi" spesso si intendono implicitamente i costi di produzione (o di acquisto) e non invece i costi di erogazione delle prestazioni alla popolazione; i due costi invece sono distinti e devono soprattutto essere analizzati separatamente.

Figura 5 - Distribuzione per ASL degli interventi di bypass orto-coronari

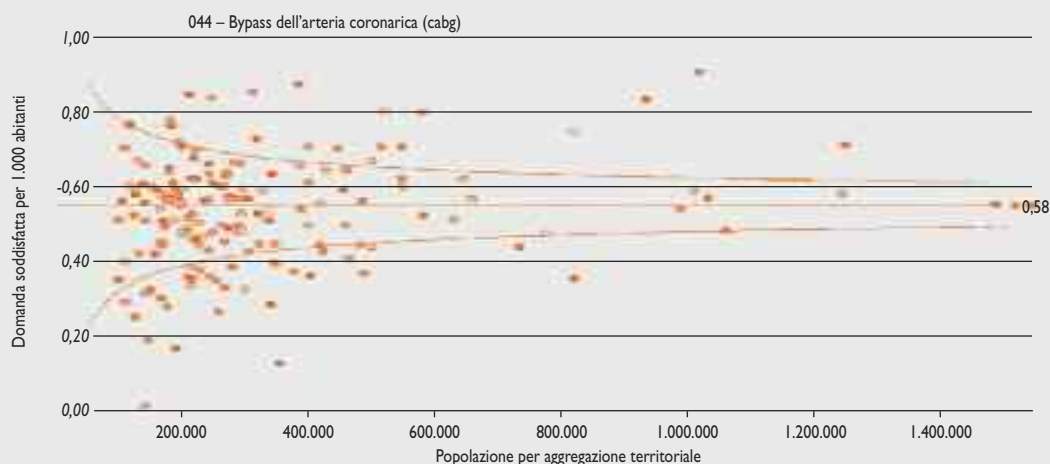
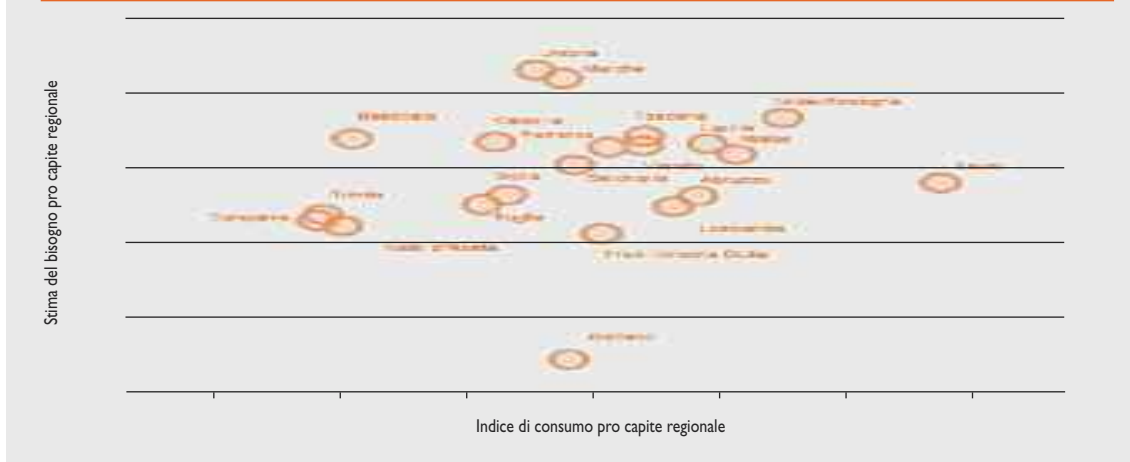


Figura 6 - Scatter plot dei valori regionali di bisogno e di consumo procapite standardizzati per età stimati attraverso l'indagine Multiscopo Istat 2005



Si parla, infatti, di governo della domanda e di governo dell'offerta: pensare di limitare l'attenzione e gli interventi ad uno solo dei due aspetti è una delle più diffuse criticità del governo di molte aziende sanitarie se non addirittura del governo della sanità di molte Regioni.

Ci si deve allora occupare di analizzare se il consumo di prestazioni sia o meno congruo ed appropriato in relazione al bisogno della popolazione.

Una prima analisi generale dei dati dell'Indagine Multiscopo 2005 già ci dice che il rapporto tra bisogni e consumi globali non è costante in tutte le Regioni, anzi, ve ne sono alcune in cui i consumi sembrano eccessivi, come si evidenzia nella figura 6.

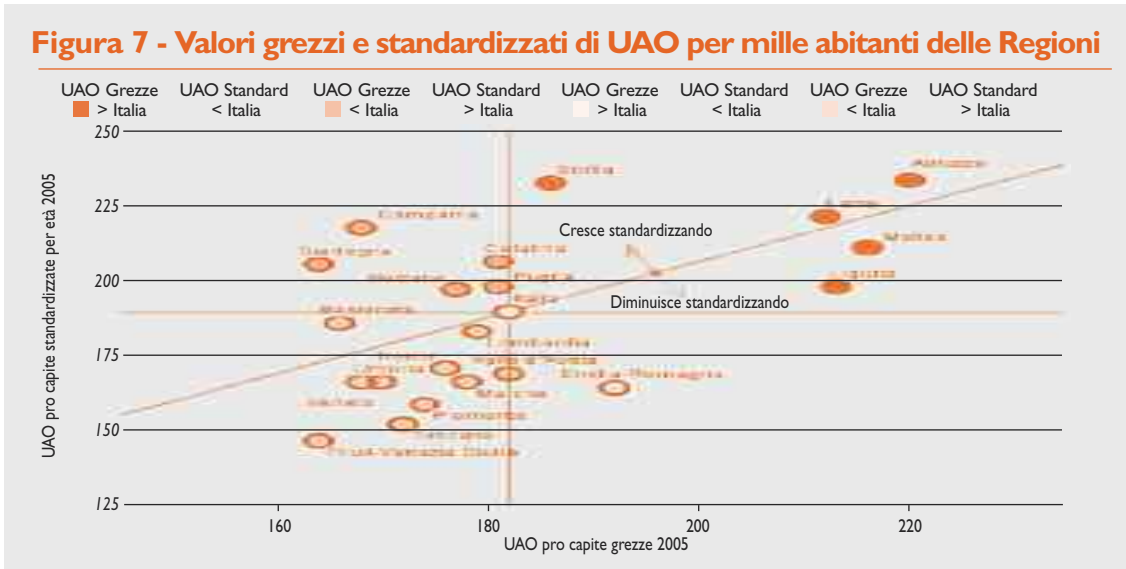
Anche l'analisi dei soli ricoveri ospedalieri evidenzia delle importanti diversità: per poter comparare l'attività ospedaliera delle Regioni si sono innanzi tutto valorizzati tutti i ricoveri, sia acuti che di riabilitazione e di lungodegenza, sia ordinari che di day hospital, con unico sistema tariffario articolato per tipologia di ricovero. Si è poi calcolato il valore medio dei soli ricoveri ordinari acuti e quindi si sono divisi tutti i valo-

ri per questo dato di riferimento, ottenendo un'unità di misura che abbiamo chiamato convenzionalmente unità di attività ospedaliera (UAO).

Si è potuto quindi calcolare sia la distribuzione per età delle UAO, sia il valore grezzo e standardizzato delle UAO per mille abitanti di ciascuna Regione; i valori sono riportati in figura 7, nella quale si conferma la variabilità dell'accesso ai servizi sanitari tra le diverse Regioni italiane.

A cosa è dovuta questa variabilità? Si può ipotizzare che sia dovuta a tre fattori: il primo, la causalità, un elemento che, però, non dovrebbe giocare un ruolo molto importante data la numerosità dei soggetti considerati. Il secondo fattore è l'insieme degli elementi che potremmo definire compatibili con l'appropriatezza mentre il terzo è l'insieme delle ragioni delle inappropriatezze. In figura 8 viene schematizzato il ruolo congiunto dei tre fattori.

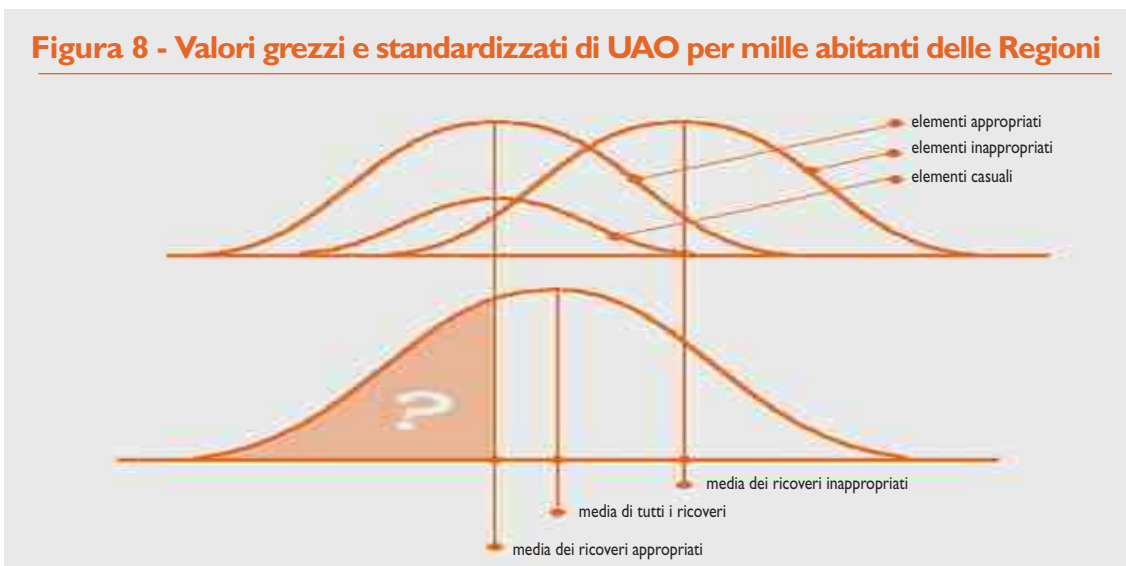
Se la media delle frequenze di tutti i ricoveri non viene modificata dai primi due fattori che dovrebbero rappresentare solo delle variazioni negative o positive, con media ze-



ro, dei valori, il terzo invece tenderà sicuramente a far modificare la media delle frequenze dei ricoveri; sarebbe corretto assumere come valore di riferimento “corretto” la frequenza dei ricoveri senza inapproprietezze e non la media delle frequenze di tutti i ricoveri. Ma come fare a individuare qual è la frequenza media dei ricoveri appropriati? Come stimare l’impatto degli elementi che determinano l’inappropriatezza? È corretto ipotizzare che le Regioni con i tassi di ospedalizzazione in-

feriori siano le Regioni virtuose, cioè quelle in cui i fattori di appropriatezza sono meno presenti? Possiamo, conseguentemente, assumere un valore intermedio tra quelli delle Regioni con maggior appropriatezza come “standard” di riferimento, come esemplificato nella figura 8?

La prima osservazione riguarda la difficoltà operativa nel distinguere le Regioni virtuose da quelle con elevata inappropriatezza; in realtà, la distribuzione dei tassi di ospedalizzazione è un



continuo senza evidenza di separazione tra le due situazioni.

La seconda osservazione è che per alcune Regioni non è vero che la bassa ospedalizzazione sia dovuta sempre a scarsa in appropriatezza; potrebbe, invece, esser dovuta alla carenza di una appropriata copertura dei bisogni, magari concomitante con maggiori consumi in altri settori specifici. Esaminando i tassi di ospedalizzazione per diagnosi di dimissione si può verificare, ad esempio, che in alcune Regioni troviamo basse frequenze di ricoveri per situazioni cliniche complesse ed elevate frequenze per situazioni inappropriate quale ad esempio i ricoveri per “dolore addominale”. Un'altra ragione del contenimento delle prestazioni erogate dal Ssn potrebbe dipendere da un ricorso importante alle prestazioni a pagamento: dove la qualità dei servizi è carente, infatti, crescono i consumi out of pocket e diminuiscono i ricorsi alle prestazioni del Ssn e questo, senza dubbio, accade in alcune Regioni italiane. La terza osservazione è forse quella più rilevante e riguarda la non indipendenza delle frequenze di un settore assistenziale con quelle di un altro settore.

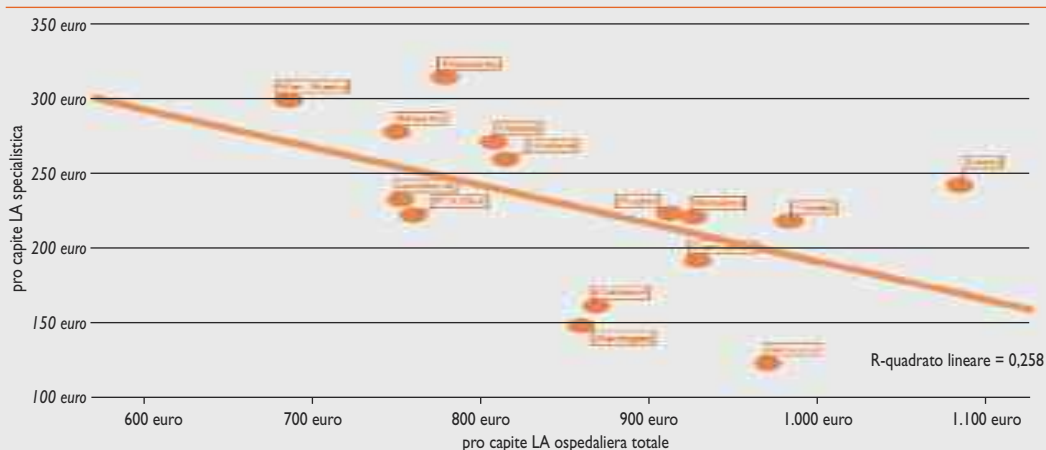
In figura 9 è presentata la relazione tra i costi procapite regionali, standardizzati per età, relativi a due grandi settori assistenziali: quello dell'assistenza specialistica e quello dell'assistenza ospedaliera. Risulta evidente come vi sia una relazione inversa: dove il primo è più elevato il secondo è meno elevato e viceversa.

Parte di questa situazione può essere dovuta al modo in cui sono rilevati i costi per Livelli di Assistenza (LA) ed, in particolare, all'operazione di scorporo dai costi ospedalieri dei costi dell'attività specialistica svolta in ospedale per gli esterni non ricoverati.

Nella figura 10 si può vedere la relazione tra le frequenze regionali standardizzate per età dei ricoveri e delle visite specialistiche; la relazione inversa è meno evidente, ma non è neppure evidente una relazione diretta come dovrebbe essere se l'inappropriatezza dell'accesso alle prestazioni fosse una situazione diffusa in tutti i settori assistenziali di una stessa Regione.

Ciò significa che i modelli organizzativi delle Regioni sono tra di loro differenti e qualcuno dà un ruolo maggiore ad un settore e qualcun altro ad un settore differente.

Figura 9 - Scatter plot dei costi procapite regionali per LA relativi al settore ospedaliero ed a quello della specialistica (dati da modelli LA)



Se la realtà fosse questa, l'assumere come valori "virtuosi" i tassi di accesso meno elevati sarebbe un grave equivoco e si avrebbe un quadro corrispondente ad un sistema con tutti i settori sottodimensionati rispetto ai bisogni. È come se, dovendo definire la dieta virtuosa, si scegliesse la quantità di carne assunta dai vegetariani e la quantità di verdura assunta dai carnivori: la dieta virtuosa sarebbe quella di non mangiar quasi nulla!

Come definire i livelli appropriati di utilizzo delle prestazioni sanitarie non è quindi un problema facile cui sia possibile dare una semplice soluzione; si può tentare di definire attraverso delle linee guida alcune situazioni specifiche in quadri clinici ben circoscritti, ma stabilire qual è il "giusto tasso" di utilizzo delle prestazioni di un intero livello assistenziale è una operazione scientificamente quasi, se non del tutto, impossibile. Si può, invece, stabilire con procedura programmatoria quanto il Servizio sanitario stabilisce sia il limite di consumo da garantire, limite individuato non attraverso l'analisi dei bisogni, bensì considerando la compatibilità economica.

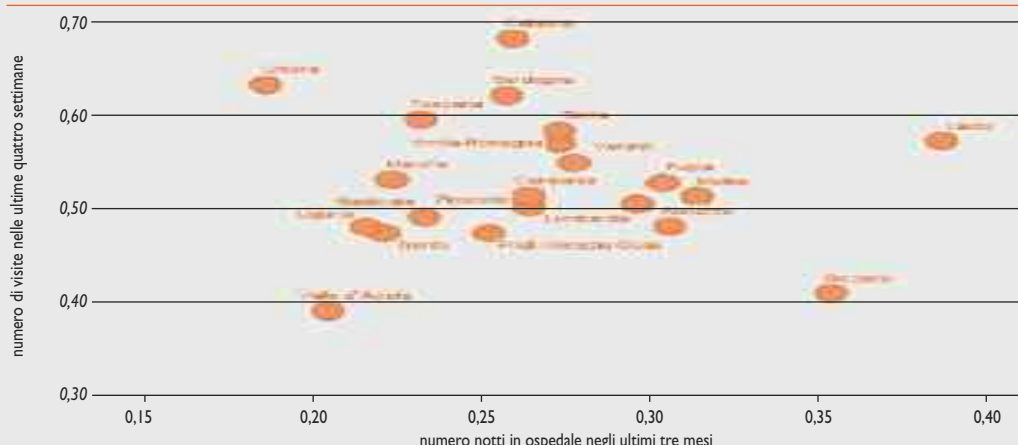
Nulla vieta al programmatore di analizzare i consumi reali di situazioni regionali differenti,

valutare con i propri clinici ed epidemiologi quali sia, secondo loro, il livello di consumo compatibile con l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), considerare la disponibilità di risorse economiche e quindi stabilire un limite entro il quale debba contenersi i consumi delle prestazioni del settore. La debolezza teorica di questa definizione consiglia, però, di prevedere un margine di errore abbastanza largo in modo che non debba soffrirne chi non può ricevere assistenza, pur avendone bisogno. Dopo un congruo periodo di aggiustamento, e utilizzando incentivi e disincentivi, è pensabile che si possa arrivare alla definizione di livelli standard appropriati di utilizzo di prestazioni, modulati naturalmente sulle categorie di bisogno che considerino per lo meno l'età ed il genere. Naturalmente il rischio è che questa operazione si riduca ad essere un semplice taglio all'attività assistenziale e che, invece di eliminare l'inappropriatezza, riduca la risposta ai bisogni reali della popolazione.

I COSTI DI ACQUISTO

Se i tassi di accesso alle prestazioni hanno un'elevata variabilità, anche i costi di acquisto ed i

Figura 10 - Scatter plot delle frequenze regionali pro capite corrette per età dei ricoveri e delle visite specialistiche (Indagine Istat Multiscopo 2005)



costi di produzione si presentano con una variabilità almeno altrettanto elevata se non maggiore.

Alcune Regioni hanno creato, a questo riguardo, Osservatori dei Costi e dei Prezzi, ma non tutte li hanno mantenuti, vuoi per la difficoltà di ottenere dati di buona qualità, vuoi per altri motivi, probabilmente meno dichiarabili. Da questi osservatori, comunque, emergeva la conferma di un'elevata variabilità anche dei prezzi, decisamente superiore a quanto ci si sarebbe aspettati di osservare.

I prezzi di acquisto, sia di beni che di servizi, sia intermedi che finali, dipendono naturalmente dal mercato e, in condizioni di reale concorrenza, non dovrebbero tra di loro differenziarsi granché. È pur vero che in molti casi, se la funzione di acquisto è troppo parcellizzata, il venditore ha buon gioco a segmentare il mercato e a richiedere prezzi superiori a chi non è in grado di unificarsi con altri nelle operazioni di acquisto.

Tuttavia, probabilmente il problema maggiore è dato dal fatto che, per lo più, si tratta di un mercato non in regime concorrenziale, bensì in

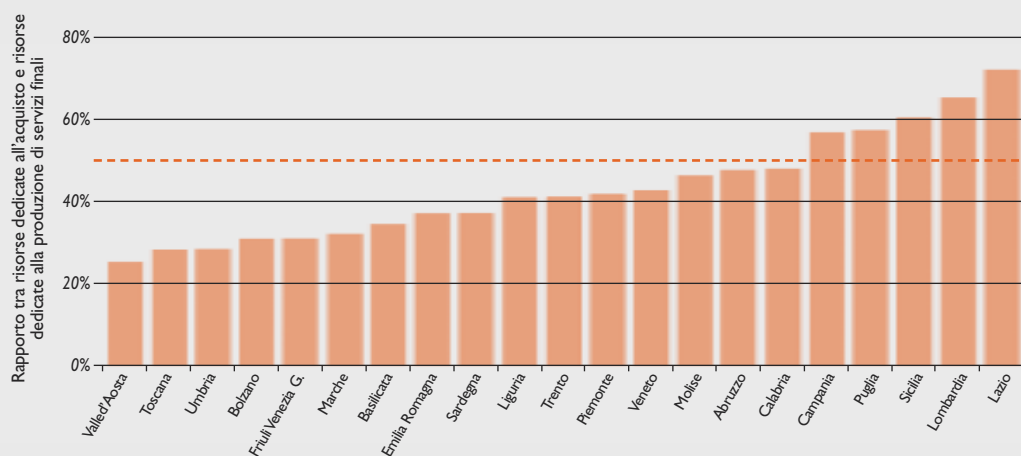
regime monopsonio quand'anche, contemporaneamente, non anche monopolistico.

In regime di monopsonio la funzione acquisti dovrebbe essere la più trasparente possibile per garantire che non intervengano modalità non corrette di determinazione dei prezzi. Se poi vi è anche monopolio allora il rischio è che il prezzo altro non sia che il risultato dell'accordo tra due soggetti senza possibilità di una valutazione oggettiva esterna. L'esempio più evidente è il mercato del farmaco nel quale l'acquisto delle principali molecole è operato dal solo Ssn e le stesse sono vendute da un solo produttore. In questo caso la determinazione dei prezzi è una operazione molto delicata e che non può che essere fatta in modo unificato sotto il controllo politico centrale.

Un caso particolare, ma rilevante, è quello delle tariffe dell'attività ospedaliera e dell'attività specialistica; le tariffe regionali devono valere sia per la valorizzazione delle prestazioni prodotte all'interno del Ssn, sia per la transazione di quelle prodotte da soggetti esterni allo stesso.

Tariffe troppo elevate non comporterebbero seri problemi per i servizi prodotti internamen-

Figura 11 - Valori regionali del rapporto tra costi dei servizi acquistati e costi dei servizi prodotti internamente



te, se non un'apparente falsa efficienza, perché i costi di produzione sarebbero inferiori ai valori tariffari; ma, in ogni caso, la transazione economica non porterebbe risorse all'esterno del Ssn. Non così per i servizi prodotti da soggetti esterni e quindi acquistati dal Ssn: in questo caso le tariffe sono un vero prezzo e tariffe troppo elevate graverebbero eccessivamente sui bilanci del Ssn. Per questa ragione appare opportuno che le tariffe siano controllate centralmente definendone i valori massimi e badando che in ogni caso esse non siano mai superiori ai costi sostenuti dai produttori interni.

Il rapporto tra costi per servizi prodotti internamente e costi per servizi acquistati esternamente è diverso da Regione a Regione a seconda delle scelte operate e delle condizioni storiche ed economiche in cui si trovano; la figura 11 mostra i valori di questo rapporto come risulta dai modelli dei Conti Economici (CE) del 2007.

Si osservi come alcune Regioni, come la Toscana e l'Umbria, spendono in acquisto di servizi finali poco più del 30% di ciò che spendono per la produzione interna, mentre questa pro-

porzione è più del 70% in Lombardia e addirittura dell'80% nel Lazio: ciò evidenzia la forte differenza di modalità organizzative tra i sistemi regionali. Una parte di questi acquisti è dovuta alla mobilità interregionale, ma la maggior parte è dovuta ad acquisto da privati.

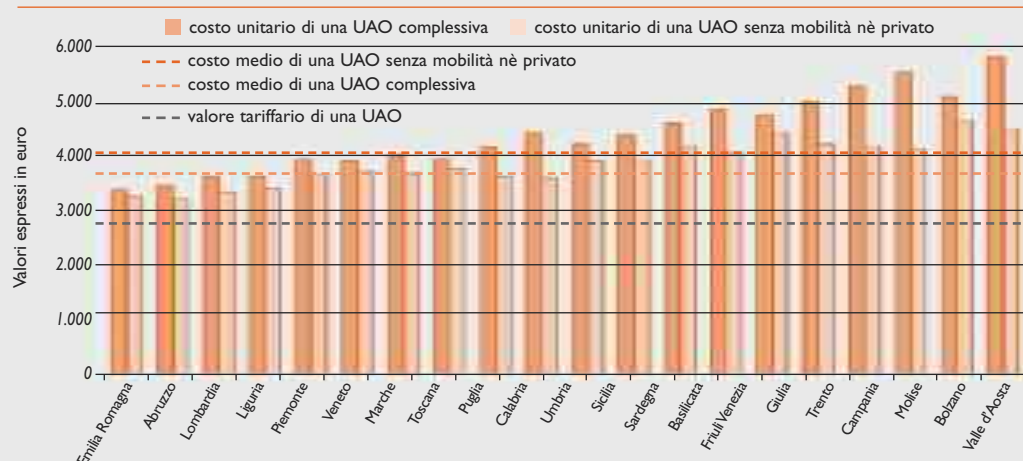
I COSTI DI PRODUZIONE

Molto più complessi sono i processi di valutazione e controllo dei costi di produzione, e non tanto a livello di micro analisi di prestazioni specifiche, quanto a livello di macro analisi per settori assistenziali.

Nelle singole aziende sanitarie, territoriali e ospedaliere, vengono effettuate spesso delle analisi dei costi di produzione nell'ambito delle attività del controllo di gestione. In alcune aziende, poi, vi sono anche dei sistemi di contabilità analitica che permettono di analizzare i costi di produzione di svariati processi produttivi. Un'attività che, però, manca del tutto, o quasi, a livello di unità locale e soprattutto a livello di Regione.

Nonostante da molti anni sia stata avviata la rilevazione dei costi dei Livelli Assistenziali (LA),

Figura 12 - Costi regionali di produzione di una UAO (Unità di assistenza ospedaliera)



È anche interessante valutare quanto emerge dalla figura 13, e cioè che il costo unitario di una U.A.O diminuisce linearmente al crescere del logaritmo del volume complessivo dell'attività ospedaliera: economie di scala, diversità di efficienza, tipologie differenti di sistema ?

Per l'assistenza specialistica poi, e per gli altri settori economicamente rilevanti, la situazione è ancora più compromessa: la possibilità di riportare una stima del valore della produzione ad una stima dei costi di produzione risulta in questi settori del tutto impraticabile, vuoi per mancanza di dati completi ed affidabili, vuoi per la mancanza di un sistema soddisfacente di valorizzazione economica delle prestazioni.

COSTO STANDARD

Immaginando, comunque, che si arrivi prima poi ad adeguare i sistemi informativi e contabili in modo da arrivare a stimare i costi unitari di produzione, ci si deve chiedere cosa debba considerarsi "costo standard". Costo standard non è certo sinonimo di costo medio ma neppure di costo minimo; dovrebbe essere il costo medio di una prestazione prodotta in ambiti sufficientemente efficienti. Resta, però, da osservare che i fattori che fanno aumentare i costi di produzione non sono tutti da ascrivere all'inefficienza produttiva; molti di questi fattori sono legati alle condizioni che creano difficoltà oggettive ai processi produttivi. Se, ad esempio, si fosse costretti a mantenere un presidio ospedaliero in ambiente montano nonostante la dimensione del presidio sia molto al di sotto di quella ottimale, i costi di produzione sarebbero inevitabilmente molto più elevati, ma ciò per una esigenza corretta di risposta sanitaria e non per una incapacità a produrre con efficienza un servizio.

I costi standard dovrebbero, perciò, esser affiancati a dei coefficienti correttivi da applicare alle situazioni che giustificano l'aumento dei costi di produzione. Tra questi si deve discutere se debbano essere compresi o no i maggiori costi di acquisto dei fattori produttivi (beni, personale, servizi intermedi, ecc.) in ragione dei prezzi dei differenti mercati.

Un altro problema ancora più rilevante è quello della qualità dei servizi: parlando ad esempio di U.A.O si è considerata la complessità definitoria del ricovero, ma non si è considerata la possibile diversità di qualità dei processi assistenziali contenuti in U.A.O di Regioni differenti. Il costo standard dovrebbe esser riferito ad U.A.O di qualità standard, ma come è possibile valutare, a livello regionale, la qualità? E se anche fosse possibile in qualche modo stimarla, ad esempio misurando la presenza dei requisiti necessari nei processi produttivi, come si dovrebbe poi conseguentemente correggere il costo per U.A.O?

La soluzione potrebbe essere quella di trasformare la qualità in un peso correttore delle U.A.O per cui, rispetto ad una U.A.O di qualità media, una di qualità inferiore vale meno dell'unità ed una di qualità superiore più dell'unità; a livello teorico questa operazione può sembrare semplice, ma a livello pratico risulta sicuramente, oggi, lontana dall'esser praticabile.

Tutte queste osservazioni rendono evidenti le difficoltà ad arrivare a stime, seppur grossolane, dei costi di produzione dei settori assistenziali.

UN ALGORITMO PER CALCOLARE IL FABBISOGNO

Si sono evidenziati sin qui i problemi e le criticità che si incontrano per stimare le variabili necessarie a determinare il fabbisogno sanitario

totale e quello delle singole Regioni. Se arrivare a determinare correttamente la cifra congrua del fabbisogno – partendo dai bisogni e calcolando le prestazioni appropriate ed i costi standard delle stesse – è una operazione praticamente impossibile, usare un algoritmo per ripartire tra le Regioni la somma del fabbisogno determinata per altra via, può essere un problema per cui vale la pena di cercare una soluzione.

Può essere utile cercare di formalizzare le variabili in gioco in modo poi da poter scrivere un algoritmo di riparto praticabile o da poterne evidenziare le criticità. Definiamo quindi:

- d determinante che definisce una classe iso-bisogno
 - P_d classe di popolazione con lo stesso bisogno
 - $P = \sum^D P_d$ popolazione generale
 - B_i bisogno individuale
 - id soggetto della classe d
 - $B_D = \sum^{ID} B_{id}$ somma dei bisogni individuali della classe d
 - $B = \sum^D B_D$ somma dei bisogni individuali di tutta la popolazione
- s settore assistenziale
 - U_{id}^s utilizzo appropriato di s per un soggetto di classe d
 - $U^s = \sum^D \sum^{ID} U_{id}^s$ utilizzo appropriato del settore assistenziale s
 - $U = \sum^s U^s$ utilizzo globale di tutti i settori assistenziali
 - C_{id}^s costo congruo unitario di s per un soggetto di classe d
 - $(C^s \cdot U^s)_D = \sum^{ID} U_{id}^s \cdot C_{id}^s$ spesa congrua globale di s per i soggetti della classe d
 - $C^s \cdot U^s = \sum^D (C^s \cdot U^s)_D$ spesa congrua globale di s
 - $C \cdot U = \sum^s C^s \cdot U^s$ spesa congrua globale del sistema
 - $C_i \cdot U_i = C \cdot U / P$ spesa congrua globale

per singolo individuo

- $F = C \cdot U$ Fabbisogno globale della popolazione

Partendo dall'ultima definizione, si può ipotizzare che il fabbisogno sia pari alla copertura di tutti i costi congrui (cioè generati in situazioni di efficienza) dei servizi utilizzati appropriatamente per soddisfare i bisogni reali dei soggetti che compongono la popolazione:

$$F = \sum^s \sum^D \sum^{ID} U_{id}^s \cdot C_{id}^s$$

e che sia giusta la seguente ipotesi e cioè che il bisogno sia soddisfatto dall'utilizzo appropriato dei settori assistenziali:

$$U = f(B) \quad (1)$$

Se quindi si deve determinare il valore assoluto del fabbisogno è indispensabile definire i valori del bisogno, dell'utilizzo appropriato in funzione del bisogno e dei costi di produzione delle prestazioni che devono essere utilizzate.

Se invece l'ammontare del fabbisogno è determinato per altra via come oggi avviene

$$F = F^*$$

il problema allora si riduce alla ripartizione del fabbisogno tra le Regioni, anche se ugualmente si può cercare di ottenere delle stime delle variabili in gioco per valutare la correttezza del fabbisogno determinato a monte.

Se non si riesce a determinare analiticamente il valore dell'utilizzo appropriato e del costo congruo di tutte le prestazioni necessarie per soddisfare i bisogni reali, è possibile trovare una via più semplice e che in realtà può risultare meno distorta di altre.

Si deve innanzi tutto ipotizzare che le inapproprietezze e le inefficienze siano distribuite in modo sostanzialmente omogeneo tra tutti i servizi e tra tutti i gruppi di utilizzatori regionali R :

$$(C^s \cdot U^s)^R = f(C \cdot U) \quad (2)$$

se l'ipotesi appunto (2), come è probabile, è

corretta allora la spesa percentuale di un settore può essere definita così:

$$\bullet (C^s \cdot U^s)^* \% = (C^s \cdot U^s)^R / (C \cdot U)^R = C^s \cdot U^s / F$$

La spesa percentuale stimata per un settore, che è il rapporto tra il costo congruo per l'utilizzo appropriato di un settore diviso per il fabbisogno, allora non dovrebbe essere diversa dal rapporto tra la spesa reale per quel settore divisa per la spesa globale sanitaria, se l'ipotesi (2) precedentemente fatta è corretta.

Ed allora

$$\bullet (C^s \cdot U^s)^* = (C^s \cdot U^s)^* \% \cdot F^*$$

e conseguentemente per l'ipotesi (1):

$$\bullet (C^s \cdot U^s)_D^* / B_D \approx (C \cdot U) / B$$

da cui

$$\bullet (C^s \cdot U^s)_D^* \approx (C \cdot U) \cdot B_D / B$$

e quindi

$$\bullet FREGIONALE \approx \sum^D (C^s \cdot U^s)_{DREGIONALE}$$

che è l'algoritmo simile a quello ultimamente utilizzato per il riparto tra le Regioni del fabbisogno sanitario di tutto il paese.

CONCLUSIONI

In conclusione, si deve innanzitutto dire che oggi non sono disponibili dati così analitici, completi ed attendibili, per poter calcolare quali servizi siano appropriati alle diverse condizioni di bisogno, cioè quali sono i "costi nell'ottica della domanda", e quali sono i costi congrui per produrre quei servizi, quindi quali sono i "costi nell'ottica dell'offerta".

Se la mancanza di dati è la difficoltà maggiore a procedere con le stime dal basso verso l'alto, anche altri sono i problemi: innanzitutto quello di definire in modo convincente l'appropriatezza, cioè l'efficienza assistenziale, per tutte le prestazioni e la congruità, cioè l'efficienza tecnica, per tutti i costi.

Non ultimo è poi il rischio che, procedendo

dal basso, la stima del fabbisogno globale sia maggiore di quello compatibile con la disponibilità di risorse pubbliche per la sanità, e, quindi, si debba ugualmente partire dal fabbisogno compatibile per ripartirlo poi tra i diversi soggetti del Ssn.

La determinazione del fabbisogno compatibile oggi non può che essere effettuata in sede politico-governativa, cercando di rendere omogenea l'utilità marginale delle risorse assegnate ai diversi settori dell'amministrazione pubblica. Le eventuali stime dal basso devono servire a valutare la congruità della cifra stabilita per la sanità.

Un'altra operazione di una certa rilevanza politica, sia pure preparata dai necessari approfondimenti tecnici, è la ripartizione proporzionale delle risorse tra i diversi settori del Ssn. Affermare che il settore ospedaliero deve essere contenuto, che il servizio farmaceutico deve crescere solo moderatamente, ecc. vuol dire assumere la responsabilità di decisioni che sono, senza dubbio, l'atto più importante di un illuminato programmatore sanitario. Una volta definiti questi valori, il resto può essere compiuto con relativa facilità mediante principi prevalentemente tecnici, ed, anzi, in questa fase sarebbe opportuno che il politico facesse un passo indietro senza tendere a favorire i soggetti della propria parte a scapito degli altri.

Un problema serio è infine quello della gestione dei disavanzi: il riparto delle risorse non può essere un modo per ripartire ex-ante i disavanzi prevedibili. Se il disavanzo risulta prodotto da una sotto stima dei bisogni, allora il riparto deve essere riaggiustato, ma se il disavanzo è frutto dell'inefficienza dei sistemi, è necessario che chi lo ha prodotto se ne faccia carico drenando risorse dai propri cittadini, rimettendosi così al giudizio politico degli stessi.

Health Technology Assessment: i primi tre report dell'Agenas

di **Agenas, Gruppo Health Technology Assessment¹**

64

monitor

Lo sviluppo di tecnologie e di procedure diagnostiche e terapeutiche sempre più avanzate e l'esigenza di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, inducono il sistema sanitario pubblico a trovare strumenti di governo dell'innovazione in un'ottica di efficienza, efficacia e compatibilità con le risorse disponibili. La valutazione sistematica delle tecnologie sanitarie (in senso lato) – o Health Technology Assessment (HTA) – rappresenta, oggi come non mai, una delle priorità rispetto alla quale è necessario sviluppare iniziative e promuovere cultura.

In questo scenario, il Ministero della Salute (oggi Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale Farmaci e Dispositivi Medici) e l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) hanno stipulato un accordo per la produzione di tre report di HTA riguardanti rispettivamente: un dispositivo per la diagnostica d'immagine, un dispositivo per la diagnostica in vitro, un dispositivo impiantabile.

Sulla base di informazioni di background raccolte dall'Agenzia, il Ministero, avvalendosi della Commissione unica dispositivi medici (Cud), ha individuato quali specifiche tecnologie da valutare, ovvero:

- la video capsula endoscopica;
- i test rapidi (bed-side) per l'influenza;
- la protesi totale d'anca.

Riguardo a queste tecnologie, come risultato di un articolato percorso valutativo, sono stati redatti tre report i cui contenuti sono riassunti di seguito. La metodologia di lavoro si è basata sulle procedure standard indicate dalla comunità scientifica internazionale, ed è stata ispirata a principi di massima trasparen-

¹ Coordinamento: *Marina Cerbo, Tom Jefferson*

Gruppo di lavoro VCE: *Fabio Bernardini, Alessandra Lo Scalzo, Marco Ratti*

Gruppo di lavoro Anca: *Antonella Cavallo, Dario Fella, Antonio Migliore, Maria Rosaria Perrini*

Gruppo di lavoro TRI: *Anna Maria Vincenza Amicosante, Simona Paone, Laura Velardi*

za ed indipendenza, prevedendo il coinvolgimento dei diversi stakeholder.

I report esprimono alcune “Raccomandazioni” per il decisore, rappresentando così un’esperienza concreta di utilizzo degli strumenti della ricerca a supporto delle scelte dei diversi livelli di governo del sistema sanitario.

LA VIDEO CAPSULA ENDOSCOPICA (VCE) NELLA DIAGNOSI DELLE PATOLOGIE DELL’INTESTINO TENUE

Le particolari caratteristiche dell’intestino tenue rendono difficile la sua visualizzazione, possibile solo in parte attraverso endoscopia tradizionale e/o esami radiologici. Quando queste procedure danno esito negativo, è necessario poter visualizzare anche le parti di intestino non raggiunte ricorrendo a tecniche alternative, come la video capsula endoscopica (Vce) che permette la visualizzazione dell’intero tratto gastrointestinale. Le indicazioni per la Vce sono oggi molteplici: la principale è il sangue occulto nelle feci (Ogib), ma ne sono emerse anche di nuove quali la diagnosi e valutazione della severità della malattia di Crohn, la diagnosi per la celiachia e poliposi familiare. La Vce può essere eseguita in ambulatorio, in ricovero ordinario o in day hospital: il paziente indossa una cintura su cui è applicato un registratore, ingoia la capsula e questa acquisisce delle immagini da tutto il tratto intestinale mentre lo percorre. Dopo circa 8 ore la batteria si esaurisce, la capsula viene espulsa con le feci e le immagini registrate sono scaricate su un PC per l’analisi off-line.

Il report di Hta su questa tecnologia ha avuto due obiettivi: valutare le evidenze disponibili in letteratura per le diverse indicazioni di utilizzo della capsula e quantificare l’effettiva diffusione della tecnologia in Italia, le sue modalità

di rimborso ed utilizzo, i costi e l’acceptabilità da parte dei pazienti, attraverso la raccolta di dati primari. La revisione sistematica degli studi di accuratezza diagnostica svolta ha portato alla identificazione di un totale di 27 studi. La valutazione relativa alla qualità degli studi è negativa: esiste al momento un solo trial randomizzato di buona qualità, ma con diversi limiti, pubblicato nel 2007, a sei anni dalla entrata nel mercato italiano della Vce. Gli altri studi presentano un disegno di tipo “sequenziale”, fonte di forte bias: lo stesso paziente, a intervalli di tempo variabile da studio a studio, non sempre riportati, viene sottoposto alla Vce e quindi al comparatore, o viceversa, fungendo sostanzialmente da controllo di sé stesso. Il tempo che intercorre tra una procedura e l’altra appare però molto rilevante in termini diagnostici nel caso dei pazienti Ogib, giacché il sanguinamento occulto è spesso dovuto a lesioni angiodisplastiche. Queste lesioni possono variare molto velocemente, con il risultato che uno stesso paziente, dopo una sola settimana, può non presentarsi più con le stesse caratteristiche. Forte variabilità è stata riscontrata in letteratura rispetto al “comparatore” più adeguato.

L’analisi di contesto ci ha permesso di identificare l’esistenza, dal 2001 al 2006, di un solo distributore sul mercato italiano la M.G. Lorenzatto S.p.a, e di un solo produttore, la Given Imaging Ltd. I dati di vendita per l’Italia mostrano che nel periodo dal 2001 al 2006, sono state comprate 12.451 capsule, con un aumento negli acquisti pari al 20% annuo a partire dal 2005. Rispetto al numero di Vce vendute i dati aggregati a livello regionale, mostrano molta variabilità. La survey per la raccolta di dati primari relativi all’utilizzo e ai costi della Vce ha coinvolto i 116 centri identificati come erogatori della

prestazione nel 2006 (48% i rispondenti). Dal punto di vista dei costi, è stata rilevata una forte variabilità per i prezzi di hardware e software, mentre il prezzo di vendita della video-capsula appare costante. I dati relativi al tempo dedicato dal personale alla procedura, hanno permesso una stima del budget impact in tre diversi scenari caratterizzati per volume di prestazioni. L'indagine sull'accettabilità ha interessato 126 pazienti evidenziando interessanti risultati.

Il lavoro svolto ha permesso di concludere che nel futuro il rimborso della Vce dovrebbe essere legato alla produzione di evidenze fondate su trial randomizzati ben costruiti, il cui obiettivo sia quello di testare la performance della tecnologia per le sue diverse indicazioni, sotto la supervisione di una commissione scientifica ed etica.

TEST RAPIDI (BED-SIDE) PER L'INFLUENZA

L'influenza è una patologia che nel periodo invernale di alta circolazione virale risulta avere un impatto significativo sulla morbilità, sulla mortalità della popolazione e sulla società nel suo complesso. La condizione clinica rende difficile distinguere l'influenza da virus A e/o B da altre infezioni acute respiratorie di origine virale o batterica come la cosiddetta sindrome influenzale (Ili – influenza-like illness): ad oggi la diagnosi certa è effettuata con procedure di laboratorio (coltura virale e valutazione del titolo anticorpale) che costituiscono lo standard di riferimento e che forniscono risultati in un intervallo di tempo che va da due ore a settimane.

I nuovi farmaci inibitori della neuroaminidasi immessi in commercio in Italia sono efficaci contro i virus sia di tipo A che di tipo B, sono attivi anche nella chemioprolifassi ed in grado di

ridurre la durata della malattia di 30-36 ore ma vanno assunti entro 48 ore dall'insorgenza dei sintomi. L'impiego di test rapidi per l'influenza (Tri), approvati dalla Food and Drug Administration (Fda), di facile impiego, che danno risultati entro 30 minuti e sono effettuati prevalentemente su prelievi con tampone nasale, offre la possibilità di superare i problemi temporali e rendere possibile la prescrizione razionale dei farmaci antivirali.

La produzione di un report italiano di Hta è scaturita dalla necessità di fornire ai decisori gli elementi per conoscere se l'utilizzo dei Tri, da parte dei medici di medicina generale (mmg) e/o dei pediatri di libera scelta (pls), consenta di ottenere una diagnosi dell'influenza certa e rapida per intervenire in maniera appropriata dal punto di vista terapeutico e nella sorveglianza epidemiologica e di perseguire una politica di contenimento della spesa conseguente alle epidemie influenzali che si verificano annualmente in Italia.

La valutazione delle evidenze scientifiche dei Tri è stata effettuata con la revisione sistematica della letteratura applicando la strategia di ricerca a tre database (PubMed Medline, Embase, Cochrane Library). L'analisi non ha individuato revisioni sistematiche o Hta report da aggiornare. Pertanto è stata condotta una revisione sull'accuratezza diagnostica dei Tri su 39 studi primari. Nel complesso circa il 23% degli studi ha mostrato un buon livello di qualità; degli studi (tutti di tipo osservazionale) l'8% ha esplicitato i criteri di inclusione dei pazienti/campioni, il 10% ha valutato i Tri effettuati presso lo studio di mmg/pls, il 49% ha utilizzato un appropriato reference standard (RS). Attualmente i Tri disponibili in commercio sono 21, sulla base degli studi è stato possibile condurre la valutazione di

accuratezza diagnostica solo su 14 differenti tipi di Tri le cui performance hanno mostrato dati uniformi con una sensibilità medio bassa ed una più alta specificità. Dal punto di vista della sicurezza non sono stati riportati eventi avversi associati al loro impiego (i test prevedono procedure non invasive) e per la stessa ragione si è ritenuto che non vi siano stati problemi di accettabilità da parte dei pazienti.

Non essendo stati individuati studi con valutazione di costo/efficacia dei Tri, indicazioni sui loro prezzi unitari in Italia, né dati epidemiologici di prevalenza dell'influenza, si è sviluppato un ipotetico scenario organizzativo del loro eventuale utilizzo a carico del Ssn. Sono stati ipotizzati due diversi percorsi diagnostico-terapeutici: uno ha previsto l'utilizzo del Tri da parte dei mmg e pls finalizzato al trattamento con l'antivirale oseltamivir dei pazienti positivi per influenza A e/o B; l'altro ha ipotizzato il solo trattamento di tutti i pazienti sintomatici con le convenzionali cure.

Il primo percorso ha portato ad una stima del costo medio per giornata libera da malattia pari a circa € 183, il secondo ad una stima del costo medio per giornata libera da sintomi pari a circa € 4,4.

Gli alti costi per la comunità (anche nella condizione "favorevole" di alta circolazione virale) derivanti dall'uso dei Tri e la limitatezza delle evidenze, fanno ritenere che i Tri non debbano essere rimborsati dal Ssn, né debbano essere condotti ulteriori studi con oneri pubblici.

PROTESI PER LA SOSTITUZIONE PRIMARIA TOTALE DELL'ANCA

La procedura di sostituzione primaria totale dell'anca è frequentemente eseguita negli ospedali di tutta Europa e il suo impatto economico

è assai rilevante. Il costo della protesi è un fattore importante poiché incide per il 30% circa sul costo dell'intera procedura che, a causa dell'invecchiamento della popolazione e grazie al perfezionamento della tecnica chirurgica, è praticata con frequenza sempre maggiore.

Il contesto italiano, desunto dalla banca dati Sdo (Schede di dimissione ospedaliera) ha indicato un incremento del 32.4% nel numero di procedure di sostituzione primaria totale dell'anca (codice ICD-9-CM 81.51) eseguite per qualsiasi indicazione nel periodo 1999-2005 in individui con età maggiore o uguale ai 65 anni, in prevalenza di sesso femminile.

Obiettivo generale del report è stato quello di rendere più trasparente e chiara la situazione attuale in merito all'utilizzo delle protesi totali d'anca in Italia, cercando di fornire informazioni utili per i decisori nell'ottica dell'adozione di scelte orientate ad una politica di miglioramento dell'intervento sanitario con contestuale contenimento della spesa. A tale scopo il lavoro di assessment è stato condotto mediante:

1. aggiornamento al 2007 dello studio condotto nell'ambito del Piano nazionale delle Linee Guida (in particolare il PNLG-8) "Revisione sistematica sulle protesi d'anca: affidabilità dell'impianto" risalente al 2003;
2. analisi della struttura e del contenuto dei registri di artroplastica di nazioni europee ed extra-europee e dei registri regionali italiani con raccolta ed analisi dei dati di efficacia in essi riportati;
3. comparazione dei dati di efficacia ottenuti dagli studi clinici e dai registri individuati per ciascun sistema protesico (hip system, cioè coppa e stelo, definito dal nome dei prodotti e dei produttori);

4. rilevazione sul territorio italiano del prezzo di acquisto dei sistemi protesici individuati in funzione delle evidenze di efficacia disponibili.

Sono state valutate le performance (in termini di percentuale di sopravvivenza dell'impianto) di diversi modelli di protesi con un follow-up minimo di 5 anni in gruppi di pazienti con età media maggiore o uguale a 65 anni che hanno ricevuto l'impianto per indicazioni non traumatiche. Le ricerche sono state effettuate su tre diversi database, su 7 registri di nazioni europee, su 3 registri di nazioni non europee e su 3 registri regionali italiani.

I dati utili all'analisi sono stati estratti da 5 studi primari, 3 studi di revisione, 3 registri nazionali e un registro regionale italiano. È stata effettuata una stratificazione delle evidenze in base alla fonte di provenienza (dati provenienti da studi e da registri, dati provenienti da registri, dati provenienti da studi). Per ottenere le stime di sopravvivenza con dati provenienti da fonti diverse, i valori sono stati pesati per la numerosità degli impianti.

Quanto emerge dal rapporto suggerisce la necessità di un utilizzo più esplicito, da parte del Ssn, delle evidenze di efficacia per la gestione delle politiche di rimborso dei sistemi protesici

per la sostituzione primaria totale dell'anca. Inoltre, rilevazioni continue dei dati di costo e di efficacia dovrebbero essere condotte in maniera sistematica su tutto il territorio nazionale per consentire un'analisi costo-efficacia valida in una prospettiva di salute pubblica, orientata a politiche di contenimento della spesa. Per implementare questo tipo di approccio si dovrebbe prevedere l'istituzione di un registro nazionale di artroplastica che permetta di monitorare la pratica clinica e la diffusione dei sistemi protesici nel contesto dell'artroplastica dell'anca e che sia anche un forte stimolo per la collaborazione trasparente tra gli operatori del Servizio sanitario nazionale e le aziende produttrici. Per quanto riguarda i sistemi protesici di nuova o imminente introduzione, si raccomandano politiche di rimborso condizionato alla produzione di evidenze (trial clinici randomizzati aventi adeguata potenza statistica e opportunamente disegnati e coordinati dalle autorità competenti).

Quest'ultima potrebbe essere una modalità di governo dell'introduzione delle innovazioni nella pratica clinica da esplorare per garantire il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati con la dovuta attenzione alle dimensioni della sicurezza, dell'efficacia, dell'appropriatezza d'uso e dell'economicità.

L'Osservatorio Buone Pratiche: metodi e risultati

di **Giovanni Caracci, Barbara Labella, Quinto Tozzi, Sara Carzaniga**

Osservatorio Buone Pratiche Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Intesa sancita il 20 marzo 2008 tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome ha attribuito all'Agenas due specifiche funzioni nell'ambito del modello di governance nazionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti: l'Osservatorio nazionale sinistri e polizze assicurative e il Monitoraggio delle Buone Pratiche per la sicurezza delle cure.

I due eventi organizzati dall'Agenas nei giorni 7 e 8 ottobre 2008 – il seminario sperimentale di approfondimento *Le buone pratiche per la sicurezza dei pazienti: apprendere dall'esperienza* e il workshop *Le buone pratiche per la sicurezza dei pazienti. Strumenti per lo sviluppo delle organizzazioni e per la formazione continua dei professionisti* – hanno rappresentato la conclusione della prima fase delle attività dell'Osservatorio Buone Pratiche, attivato dalla Sezione Qualità e Accreditamento per l'esercizio della funzione di monitoraggio, e un importante momento di riflessione sugli sviluppi futuri dello stesso.

UNA SINTESI DEI RISULTATI PRELIMINARI

La *call for good practice* (http://www.agenas.it/good_practice.html), lanciata nel febbraio 2008, ha dato avvio alle attività di monitoraggio delle Buone Pratiche per la sicurezza dei pazienti, rivolgendosi agli Assessorati regionali alla sanità affinché coordinassero la raccolta di interventi realizzati dalle strutture sanitarie del rispettivo territorio con l'obiettivo di accrescere la sicurezza dei pazienti. A pochi mesi dalla conclusione della call è possibile presentare alcuni risultati preliminari.

È stata riscontrata una straordinaria adesione da parte delle Regioni e delle strutture sanitarie del territorio nazionale: hanno infatti risposto alla *call* **19 Regioni**, contribuendo con **386 casi di buone pratiche** per la sicurezza dei pazienti alla creazione dell'attuale base di conoscenza dell'Osservatorio Buone Pratiche dell'Agenas.

In particolare hanno risposto alla *call* **108** strutture sanitarie, così suddivise per tipologia:

Asl: 49 (27% del totale Asl)

Ao: 30 (17% del totale Ao)

Ospedali a gestione diretta: 8 (1% del totale Osp.gest.diretta)

Aou-Policlinici: 10 (29% del totale Aou)

Ircs: 11 (17% del totale Ircs)

Riguardo alla tipologia, le Buone Pratiche in-

viate all'Osservatorio risultano ripartite come si vede nella figura 1 in alcune principali macro-categorie definite sulla base della letteratura edita in materia¹.

Circa il 40% delle Buone Pratiche riguardano esperienze di implementazione delle raccomandazioni emanate dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per la prevenzione degli eventi sentinella, riparti-

Figura 1 - Le Buone Pratiche per tipologia

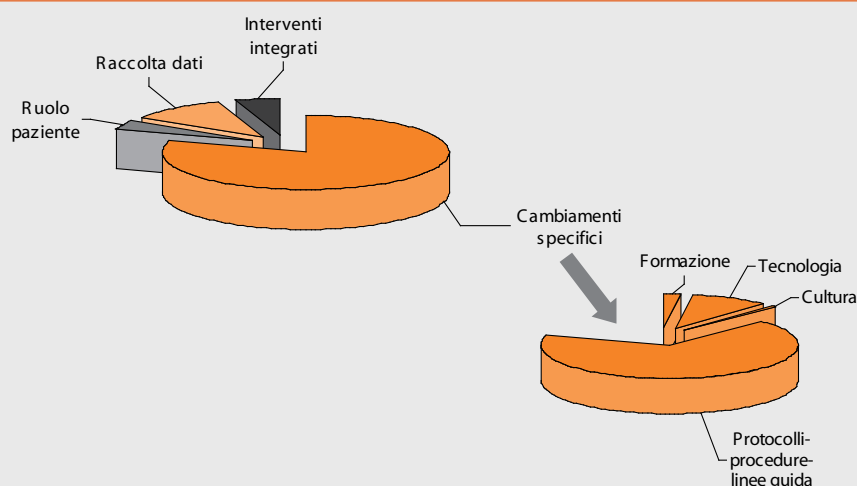
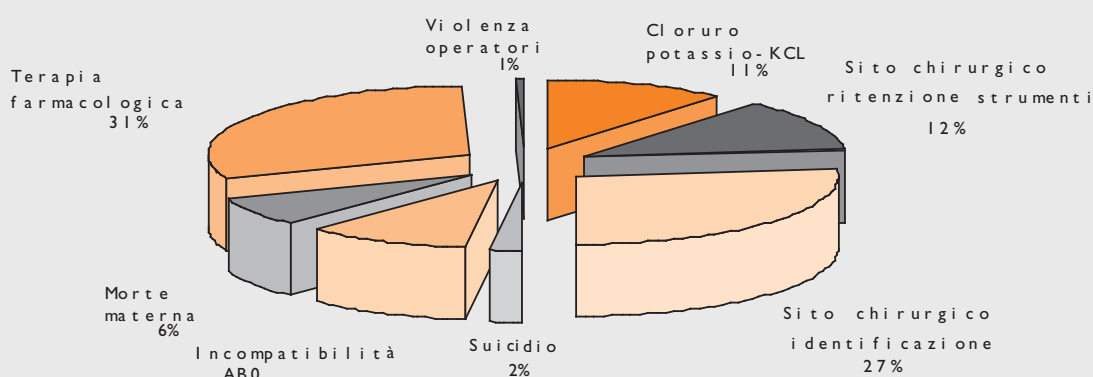


Figura 2 - Le Buone Pratiche che implementano raccomandazioni ministeriali



¹ "Quali interventi sono efficaci per migliorare la sicurezza dei pazienti?" (Øvretveit, 2005)

te così come indicato nella figura 2 sulle otto raccomandazioni ad oggi pubblicate in via definitiva².

Le Buone Pratiche che rappresentano interventi mirati alla prevenzione e alla gestione di specifici eventi avversi e che costituiscono circa il 66% del totale (la restante parte riguarda esperienze più generali di gestione del rischio clinico), risultano ripartite tra i principali eventi avversi come nella figura 3 (eventi sentinella ed altri eventi che, sulla base della letteratura, risultano di particolare gravità e/o frequenza).

È stato predisposto, a cura della Sezione Affari Generali e Personale dell'Agenas, un data base che consente l'archiviazione di alcuni dati di sintesi relativi alle Buone Pratiche nonché l'elaborazione (del tipo di quella sinteticamente descritta in precedenza) di tali dati. Il data base è attualmente destinato alla gestione interna delle schede di Buona Pratica. Nei prossimi mesi sarà disponibile una sezione specifica del sito dell'Agenas in cui utenti esterni saranno abilitati al-

la consultazione delle Buone Pratiche in base a diversi criteri di ricerca, (es. buone pratiche per Regione, buone pratiche per Azienda, buone pratiche per tipologia e per evento), e in cui sarà possibile effettuare anche una ricerca testuale per parole chiave nel titolo e nell'intera documentazione riferita a ciascuna Buona Pratica.

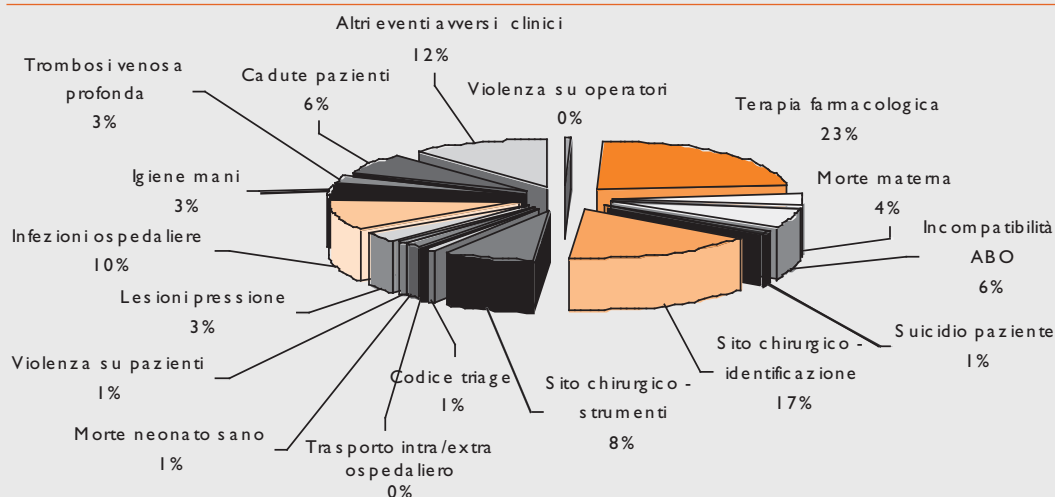
La pubblicazione *L'Osservatorio Buone Pratiche per la Sicurezza dei pazienti. Call 2008*

(http://www.agenas.it/agenas_pdf/Buone%20Pratiche_call_2008.pdf) contenente i titoli e i contatti di tutte le esperienze inviate all'Osservatorio in risposta alla prima call, costituisce un primo specifico prodotto del data base informatico

GLI SVILUPPI FUTURI DELL'OSSERVATORIO BUONE PRATICHE: UNA POSSIBILE ROADMAP

L'approccio metodologico si inserisce nell'ambito delle teorie del trasferimento della conoscenza e della diffusione dell'innovazione. In particolare si ritiene che l'esperienza dell'Osser-

Figura 3 - Le Buone Pratiche per evento avverso



² Discusse e condivise con il Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la sicurezza dei pazienti

Figura 4 - Classificazione delle esperienze

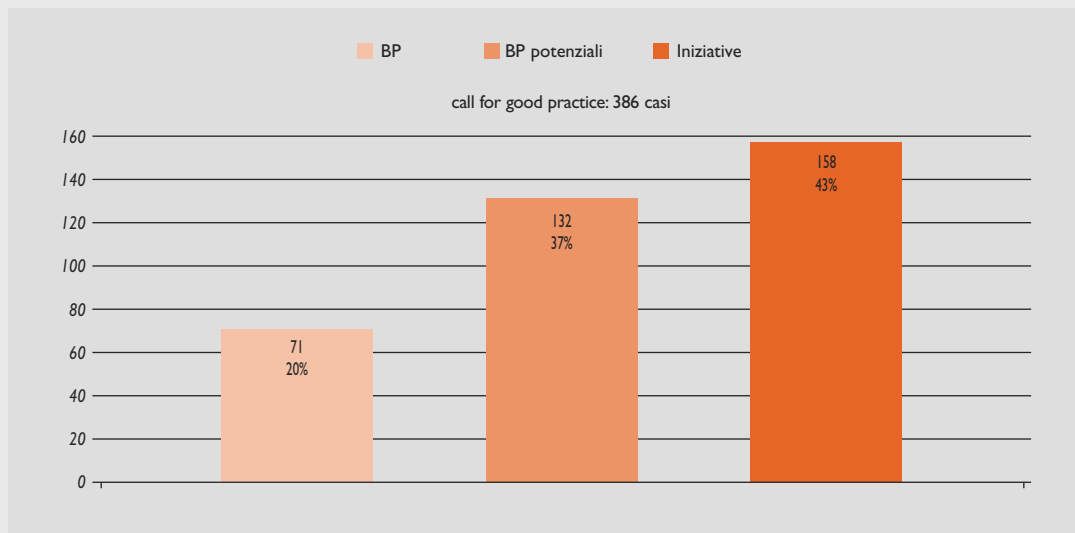
Criteri definiti nella Call for good practice 2008:

- pertinenti alla tematica "gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente"
- fondate su evidenze da letteratura
- implementate a livello regionale, aziendale o di unità di produzione
- valutabili e valutate
- riproducibili

Classificazione preliminare:

pertinenti alla tematica "gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente"

- **Buone Pratiche:** esperienze che rispondono a tutti i criteri della call
- **Buone Pratiche Potenziali:** esperienze in corso di avanzata attuazione
- **Iniziative:** esperienze in fase di avvio o dai cui documenti progettuali non si evincono tutti gli elementi informativi richiesti



Il criterio metodologico, tra quelli definiti nella call, a cui è stata posta maggiore attenzione, è stato quello della presenza e della valutazione dei risultati quale elemento indispensabile alla dimostrazione dell'efficacia degli interventi e prerequisito alla diffusione. Il concetto portante è comunque quello di non escludere nessuna esperienza ma di seguire la loro evoluzione nel tempo, con il passaggio da un gruppo all'altro sino alla loro conclusione ed al conseguente inserimento nel gruppo delle Buone Pratiche.

L'Osservatorio Buone Pratiche assume pertanto un aspetto dinamico basato sulla valutazione periodica dei criteri della call e sulla progressione delle esperienze nei tre gruppi in cui sono state classificate.

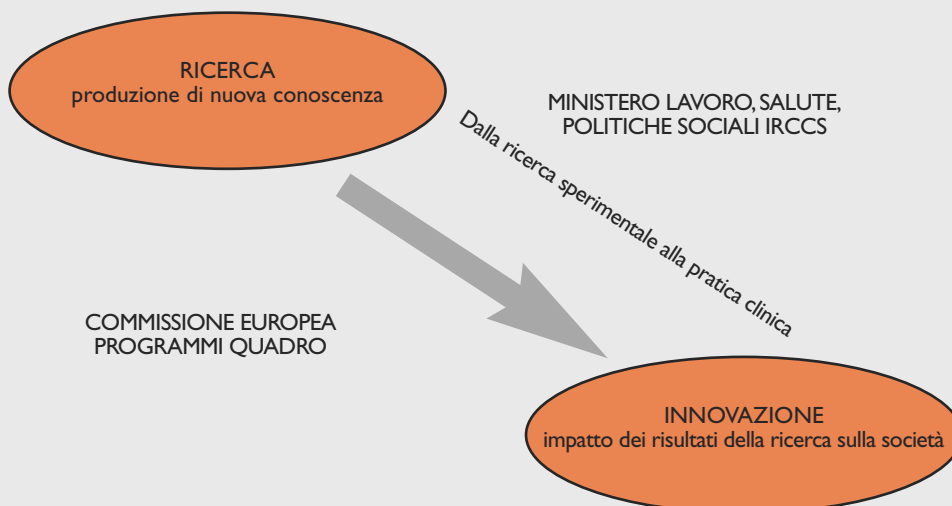
vatorio si collochi a valle del processo, oggetto specifico della ricerca traslazionale, che dalla ricerca, intesa come produzione di nuova conoscenza, conduce all'applicazione della stessa nella pratica clinica e la cui rilevanza è testimoniata anche dagli investimenti che vi operano sia la Commissione Europea tramite i Programmi Quadro che il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali tramite gli Irccs.

L'Osservatorio si propone quindi di contribuire alla diffusione dell'innovazione già intro-

dotta nella pratica clinica e assistenziale dai professionisti che hanno realizzato le Buone Pratiche per la sicurezza dei pazienti, mettendo in atto azioni e sperimentando strumenti che operino per "facilitare" la diffusione delle iniziative, "amplificare" la circolazione delle informazioni e "catalizzare" il processo di trasferimento delle esperienze.

L'Osservatorio Buone Pratiche dell'Agenas non intende pertanto configurarsi quale mero centro di raccolta dati ma si pone l'obiettivo di

Figura 5 - Il processo di trasferimento della conoscenza



Health care is rich in evidence-based innovations, yet even when such innovations are implemented successfully in one location, they often disseminate slowly – if at all (Berwick, 2003)

Figura 6 - L'approccio metodologico dell'Osservatorio Buone Pratiche



Rogers EM (1995). Diffusion of innovations.
Institute of Medicine, 2001. Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century

svolgere un ruolo attivo favorendo l'accesso alle informazioni, l'integrazione e l'interazione tra gli "innovatori", anche attraverso la sperimentazione di percorsi formativi fondati sul confronto tra pari così da promuovere la circolazione e lo scambio delle conoscenze all'interno

di una rete inter-regionale supportata dall'Agendas e favorire il trasferimento delle esperienze. A tal fine è stato realizzato il giorno 7 ottobre 2008, un seminario sperimentale di approfondimento del quale si riporta una sintesi nel box seguente.

SEMINARIO SPERIMENTALE DI APPROFONDIMENTO
“Le Buone Pratiche per la Sicurezza dei pazienti: apprendere dall’esperienza”
Roma 7 ottobre 2008

Razionale

- Fornire un’opportunità per:
 - sperimentare modalità di sviluppo e diffusione delle conoscenze attraverso lo scambio di esperienze tra pari
 - promuovere il cambiamento organizzativo e individuale
 - favorire la riduzione del gap tra evidenza e prassi
 - Sperimentare un modulo formativo da proporre per ulteriori iniziative a livello locale.

Teorie di riferimento

1. MCQ/TQM
2. Knowledge Traslation
3. Diffusione dell’innovazione
4. Teorie dell’apprendimento dell’adulto: Andragogia (M. Knowles), Apprendimento auto-diretto (P. Candy), Autoefficacia (A. Bandura), Pratica riflessiva (D. Schön)

Destinatari del seminario

Professionisti coinvolti nella problematica della gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente (medici, infermieri, altri profili sanitari), segnalati dalle Direzioni degli Assessorati alla Salute di tutte le Regioni e Province Autonome.

Metodologia formativa

Lezioni frontali, presentazioni dei “casi” da parte degli “attori” e discussione d’aula.

Elementi caratterizzanti l’evento

- Sperimentalità: primo passo verso la condivisione di alcuni strumenti metodologici per la diffusione delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti
- Il “racconto” dell’esperienza ed il confronto tra pari in merito a elementi metodologici per la rappresentazione di un’esperienza progettuale e criticità e modalità di superamento.

Hanno partecipato

- 12 Regioni rappresentate da 25 partecipanti:
 - Campania, Calabria, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Trento, Valle d’Aosta, Veneto;
 - Ambiti di provenienza: Regione 1, Agenzie Sanitarie Regionali 2, Aziende 22
- Agenas
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

I “casi” presentati

- 5 Buone Pratiche sono state “raccontate” da 10 colleghi provenienti da:
- Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Toscana
 - Ambiti di provenienza: Servizi Qualità Aziendali 5, Direzione Sanitaria 3, Centri/ UO Rischio Clinico 2

Prodotti

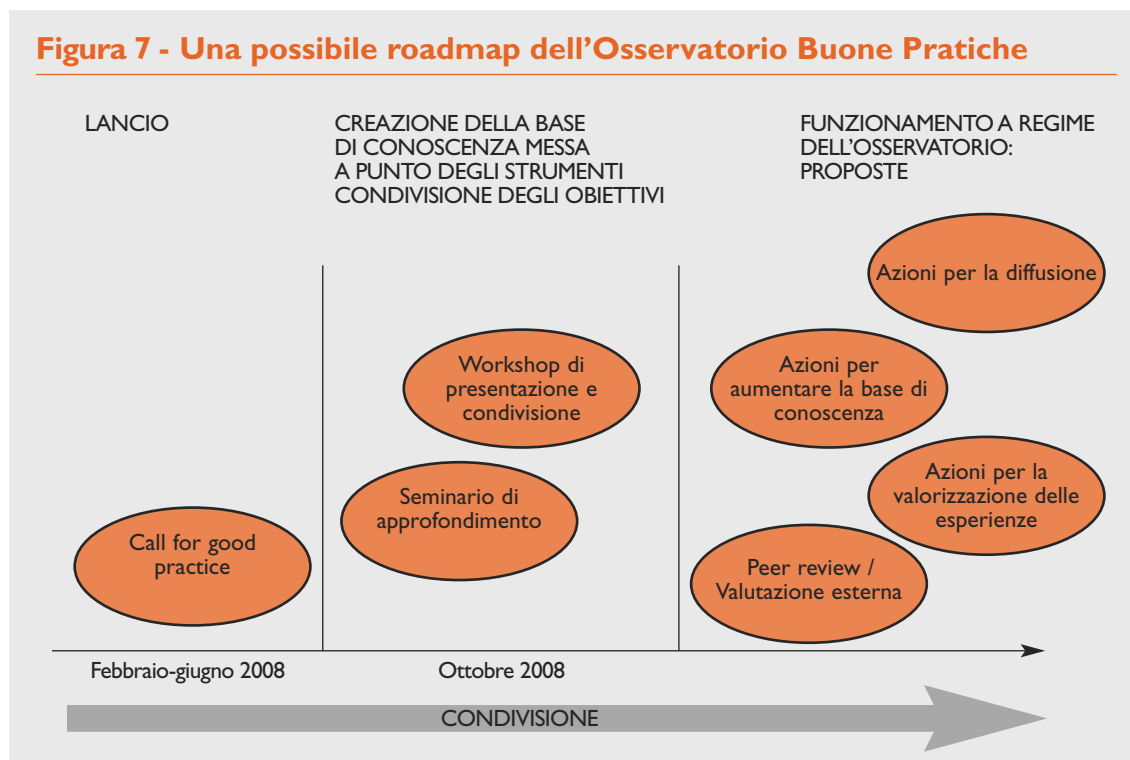
Elaborazione di una “Traccia” per la presentazione di una buona pratica. La traccia, costituita da 10 domande-guida, è stata proposta ai colleghi al fine di omogeneizzare le presentazioni e favorire il confronto delle esperienze. Le prime 6 domande si riferiscono agli elementi metodologici per la rappresentazione di un’esperienza progettuale, le ultime 4 riguardano i temi della trasferibilità e della sostenibilità delle buone pratiche.

Con tali premesse metodologiche si ritiene che il funzionamento a regime dell’Osservatorio Buone Pratiche dell’Agenas. possa fondarsi sulle attività elencate di seguito, integrabili e modificabili in base ad eventuali ulteriori esigenze che dovessero essere manifestate dai professionisti e /o dagli stakeholder.

Azioni per la diffusione:

- Apertura del data base all’accesso da parte di strutture, professionisti, utenti (con eventuali regole di accesso da condividere)
- Seminari di approfondimento itineranti e/o promossi da strutture locali
- Formazione
- Definizione di nuove funzionalità del database

Figura 7 - Una possibile roadmap dell'Osservatorio Buone Pratiche



Azioni per aumentare la base di conoscenza:

- Aggiornamento continuo del data base, tramite call annuale³
- Monitoraggio stato di avanzamento delle esperienze (Buone Pratiche Potenziali e delle Iniziative) in corso e supporto allo sviluppo
- Monitoraggio della diffusione/ trasferimento delle buone pratiche
- Monitoraggio esperienze internazionali

Azioni per la valorizzazione delle esperienze:

- Favorire opportunità di presentazione e disseminazione delle buone pratiche nell'ambito di eventi organizzati a livello nazionale e internazionale sul rischio clinico
- Collegamento a network/esperienze internazionali

Peer review

- Diffondere la cultura della valutazione tra pari
- Favorire e promuovere programmi e attività di valutazione esterna

Le modalità operative di realizzazione di ciascuna delle suddette azioni verranno discusse e condivise con le Regioni, tramite il Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la sicurezza dei pazienti, con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, con i professionisti e le Istituzioni così da individuare un modello di sviluppo dell'Osservatorio Buone Pratiche accettato, partecipato e pertanto in grado di apportare un reale ed innovativo contributo alla circolazione della conoscenza, alla diffusione dell'innovazione e al trasferimento delle esperienze.

³ Verrà pubblicata a breve, sul sito dell'Age.n.a.s., la call for good practice 2009

La medicina di genere: una strada ancora tutta da percorrere

di **Bruno Rusticali**

Coordinatore Scientifico Linee Guida Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

76

monitor

Già qualche anno fa, un documento dell'Oms (Dipartimento per la salute della donna) su “*gender and health*” mentre da un lato riconosceva a livello formale, nella sua qualità di fonte prestigiosa e universale, l'importanza e la complessità del tema, ne sottolineava anche la ancora diffusa e sostanziale misconoscenza e sottovalutazione, affermando: “*Il corso naturale delle malattie può essere diverso nell'uomo e nella donna; l'uomo e la donna stessi spesso rispondono diversamente alle malattie; d'altro canto, l'intera società può rispondere diversamente all'uomo malato e alla donna malata. L'uomo e la donna possono, poi, rispondere essi stessi diversamente al trattamento, avere diversi accessi ai servizi sanitari ed infine essere trattati diversamente dagli operatori sanitari*”.

Il documento evidenzia anche la presenza di rilevanti bias nella ricerca medica, recitando testualmente: “*Sempre più, oggi, appare evidente che la ricerca medica è stata un'attività di genere. Gli argomenti scelti, i metodi utilizzati e la successiva analisi dei dati riflettono una prospettiva maschile in più sensi...(..) Il bias di genere è evidente non solo nella scelta dei temi, ma anche nel disegno di molte ricerche. Nei casi in cui le stesse malattie colpiscono uomini e donne, molti ricercatori hanno ignorato le possibili differenze tra i sessi per quanto riguarda gli indicatori diagnostici, i sintomi, le prognosi e l'efficacia relativa di trattamenti differenti(..) .Fin quando i ricercatori considereranno gli uomini come la norma, la cura medica offerta alle donne continuerà ad essere compromessa*”.

Risultato: le donne sono più esposte ad alcune patologie, sono curate meno bene e, molto spesso, con farmaci non sperimentati direttamente su di loro.

Affinché la ricerca medica risponda invece ai bisogni delle donne, è indispensabile garantire che venga effettuato un numero adeguato di ricerche di alto livello su malattie, disturbi e condizioni che si presentano unicamente, con maggior prevalenza, o in modo decisamente più serio nelle donne, oppure per le quali si rilevino fattori di rischio e interventi differenti fra uomini e donne.

Negli Stati Uniti sono state approvate leggi che prescrivono che tutti i progetti finanziati dal Governo Federale includano nei loro campioni sia uomini che donne in numero adeguato al problema da indagare. Per affrontare in modo appropriato questioni di genere è necessario integrare i metodi cosiddetti “duri” delle scienze naturali con i metodi più “dolci” spesso associati con le scienze sociali.

Non vi è dubbio, in proposito, che un’efficace politica di promozione della salute di uomini e donne debba disporre, oltre che di dati sulla prevalenza di malattie e disturbi nei due sessi, anche di informazioni sulla loro realtà di vita, sui diversi ruoli lavorativi, la diversa esposizione a rischi per la salute, sulle preferenze nel ricorso ai servizi sanitari (medicina di base o specialistica, servizi territoriali o ospedalieri), e su quali sono le cause che determinano le diverse scelte.

La salute delle donne è cambiata anche perché è cambiato il loro ruolo sociale. Oggi, più di sempre, la donna deve confrontarsi quotidianamente con un maggiore e diverso carico di impegni la cui gestione è fonte di sistematiche e crescenti difficoltà non sempre risolvibili. Molte donne devono fare i conti con la fretta, con una maggiore ansia, un aumento dello stress e dei disturbi ad esso correlati. Non a caso i disturbi psichiatrici sono prevalenti nelle donne e le malattie cardiocircolatorie sono diventate la prima causa di morte per le donne. Tuttavia, questi determinanti della salute sono stati scarsamente considerati essendo state spesso persino ignorate e/o sottovalutate le differenze biologiche, con la sola esclusione di quelle legate alla sfera riproduttiva, per non parlare delle complesse interazioni che esistono tra queste e l’ambiente, che include il ruolo, le relazioni sociali ed individuali.

Adottare in campo medico una prospettiva di

genere vuol dire anche che ridisegnare la ricerca come strumento di conoscenza che è alla base delle politiche sanitarie è una necessità e un passo fondamentale per pensare ad una salute anche a misura di donna.

È necessario riconoscere le differenze “*gender related*” anche negli effetti generali indotti dai farmaci. Molte pubblicazioni indicano che il sesso femminile sperimenta una maggior incidenza di reazioni avverse da farmaci rispetto al sesso maschile. Le ragioni, tuttavia, restano poco chiare. Le differenze genere-specifiche nelle caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche dei farmaci possono non essere riconosciute come spiegazioni. Un recente studio multicentrico basato su una farmacovigilanza intensiva, aggiustato per età, indice di massa corporea e numero di farmaci prescritti, ha mostrato un’influenza significativa del sesso femminile sul rischio di sviluppare reazioni avverse. In particolare, le reazioni avverse per i farmaci cardiovascolari erano particolarmente evidenti e in numero maggiore nelle donne. Sono state analizzate diverse possibili spiegazioni, ma non è stato identificato un singolo fattore di rischio e questo conferma la necessità di sistematici studi, in particolare in relazione a: stabilire i dosaggi; verificare l’adeguatezza delle prescrizioni; identificare i rischi di eventi avversi propri delle donne, non estrapolabili dai dati generali o relativi al sesso maschile attraverso la promozione di studi clinici che assumano la diversità di genere come impostazione culturale e scientifica, l’individuazione e rimozione degli ostacoli all’inclusione delle donne nei trials clinici per lo meno nelle situazioni clinicamente rilevanti e favoriscano il miglioramento delle condizioni di sicurezza di impiego dei farmaci nelle donne, comprese le donne fertili e quelle in gravidanza.

A fronte di questo, l'Unione Europea, da cui discendono le disposizioni relative alle norme da seguire per sperimentazioni cliniche e lo sviluppo di nuovi farmaci in Italia, non presenta ancora interventi volti a ridurre questo particolare tipo di esclusione. In particolare, è assente una specifica normativa o linea-guida finalizzata alla differenza di genere nello svolgimento di sperimentazioni cliniche laddove, per contro, sono state prodotte iniziative e pubblicate raccomandazioni comunitarie volte a ridurre le disparità negli studi clinici riferite per esempio all'età (esistono, infatti, due linee guida europee per gli studi in età pediatrica e nell'anziano).

L'attenzione alle problematiche di genere in sanità, sta, tuttavia, portando ad un crescente interesse e allo sviluppo di iniziative finalizzate ad una maggiore conoscenza e diffusione del problema e a programmi di ricerca finalizzata sulla tematica.

Tra questi è particolarmente importante e significativo il programma promosso dall'Istituto Superiore di Sanità e di cui l'Agenas è unità operativa. Il progetto produrrà linee guida e protocolli per interventi preventivo terapeutici "genere mirati" per le malattie cardiovascolari delle donne ed in particolare per lo scompenso cardiocircolatorio, l'infarto miocardico e cerebrale, l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito e i loro fattori predisponenti. A questo scopo, sarà condotta una analisi approfondita di fattori di

contesto, stili di vita e variabili di genere negli studi primari compresi nelle revisioni sistematiche su cui sono basate le linee guida. Si tratta certamente di un programma impegnativo, dal momento che raramente le revisioni sistematiche offrono questi dati. Questa carenza, se da un lato comprensibile in documenti di sintesi quali le revisioni sistematiche, dall'altro rappresenta un vero limite, in quanto la conoscenza di queste variabili è di fondamentale importanza sia per una approfondita individuazione delle problematiche di genere, sia per l'elaborazione e l'introduzione delle linee-guida nella pratica clinica, condizionandone, inoltre, pesantemente l'efficacia. Dalla letteratura si evince la necessità di eseguire studi di disegno e condotta metodologicamente robusti che includano le variabili di genere. In Italia, a fronte di un sempre crescente interesse e produzione di linee guida di tutti i tipi, la carenza di una sistematica valutazione *gender oriented* è la regola.

I risultati ottenuti potranno essere particolarmente rilevanti per introdurre nuovi criteri metodologici di ricerca con indubbi vantaggi per la salute pubblica ed economico-istituzionali e per promuovere negli operatori sanitari un perfezionamento delle conoscenze su un tema così rilevante, ottenendo, di conseguenza, una riduzione delle iniquità di genere nelle nuove offerte sia strutturali-organizzative che di prevenzione e di cura.