

# RIDUZIONE O MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI?

RIFLESSIONI E RIFLESSI IN TEMA DI MANOVRA ECONOMICA E PIANI DI RIENTRO

*Come "accompagnare" le Regioni verso veri modelli di riorganizzazione.*

A seguito dell'approvazione del maxi emendamento alla Finanziaria, la campagna autunnale di ulteriore revisione e modifica del testo della Manovra 2011 è lanciata e ha già comportato un'ondata di dichiarazioni da parte dei governatori delle principali Regioni italiane.

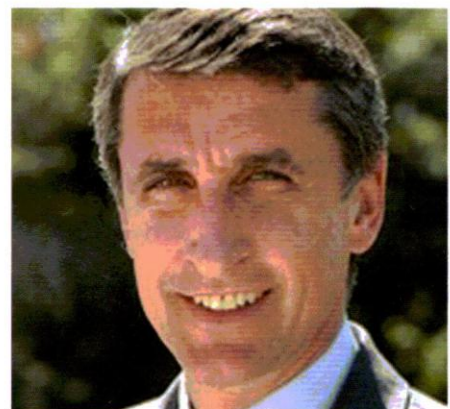
L'argomento più agitato come "spauracchio", soprattutto nei confronti dell'opinione pubblica, è quello di una forte riduzione dei servizi ai cittadini, con particolare riferimento alle prestazioni sanitarie.

Affermazione ulteriormente enfatizzata dalle recenti ricerche in tema di reddito degli italiani, insufficiente, in alcune Regioni (specie meridionali), a coprire i costi delle spese mediche; ciò varrebbe per circa il 20% delle famiglie analizzate.

In questo scenario, i governatori spingono per preservare i trasferimenti finanziari dallo Stato alle Regioni, posto che queste ultime acquisiranno sempre maggiori responsabilità, soprattutto finanziarie, a seguito dell'adozione definitiva del "federa-

lismo sanitario", a garanzia di un'offerta di servizi adeguata ai fabbisogni della popolazione nei singoli territori. La negoziazione non riguarda solo le decisioni del Ministero dell'Economia e delle Finanze sui trasferimenti alle Regioni, ma anche e soprattutto i criteri di riparto del "Fondo di fabbisogno sanitario" (che fino al 2013 servirà ad equilibrare le condizioni di disavanzo nelle Regioni in deficit) tra le Regioni stesse. La partita si gioca soprattutto tra amministrazioni del Sud e del Nord con riferimento al peso dei criteri quali "composizione demografica" ed "età della popolazione".

Stante il problema di avviare, a livello regionale, la fase di programmazione del budget di spesa del prossimo anno/triennio, un dilemma fondamentale dovrà essere risolto: la riduzione della spesa impatterà indistintamente tutti i servizi sanitari erogati o dovranno essere individuate priorità che potrebbero avviare un percorso di rivisitazione radicale e capillare della rete di servizi attualmente esistente?



*Alessandro Campana*

## PIANI DI RIENTRO E...DI GOVERNO

Gli stessi piani di rientro, in quanto pilastri portanti delle politiche sanitarie delle Regioni che li hanno sottoscritti, non possono essere unicamente considerati alla stregua di piani finanziari di gestione del debito, sottoposti ad un vincolo di rientro per poter accedere a risorse aggiuntive. I recenti piani di riorganizzazione ospedaliera approvati ed in corso di implementazione in Lazio e Campania dimostrano che le azioni, per il futuro, sono principalmente volte a razio-

nalizzare i posti letto (pl) accreditati per il regime di ricovero e cura. Tale scelta di politica sanitaria è valida e necessaria, specie se, come nelle intenzioni dei piani in Lazio e Campania, il principio di fondo non è “tagliare” i servizi sanitari connessi ai pl, ma riconvertire questi ultimi a beneficio dell’assistenza territoriale, laddove possibile e conveniente per le persone assistite.

Tale cambiamento, tuttavia, è destinato a non essere virtuoso, se non accompagnato da decisioni di politica e strategia sanitaria volte al miglioramento dell’organizzazione assistenziale attraverso investimenti finalizzati.

È dunque auspicabile un percorso che, da subito, individui una strada che, anche se più lenta e faticosa, porti ad una graduale e progressiva capacità di governo dei processi clinici, amministrativi e gestionali che consenta alle Regioni e alle aziende sanitarie un assetto stabile contraddistinto dal miglioramento continuo dei rapporti costo-efficacia e costo-efficienza per le erogazioni di servizi di alta qualità equamente accessibili.

Per quanto concerne, quindi, gli indirizzi ed il supporto dello Stato centrale alle Regioni, essi andrebbero arricchiti di indicazioni sul miglioramento continuo della qualità assistenziale correlata ai processi di riconversione della rete dei servizi in atto. In tale contesto, la riduzione dei pl per acuti deve necessariamente essere accompagnata da un rafforzamento delle attività territoriali, ancora troppo disomogenee e, spesso, disorganizzate per poter rispondere rapidamente alle modifiche prospettate dalle Regioni con maggior difficoltà finanziarie.

## INDICATORI CONDIVISI TRA STATO E REGIONI

In altre parole, i Ministeri competenti dovrebbero accompagnare le azioni delle singole Regioni con un coordinamento attivo dei modelli di riorganizzazione della rete territoriale volti a garantire un costante rispetto degli standard in termini di esiti di salute e di soddisfacimento dei bisogni espressi dalla popolazione. Questo può, ad esempio, avvenire con il perfezionamento e la definizione condivisa con le Regioni di ulteriori indicatori riferiti ad esempio:

- all’organizzazione delle funzioni aziendali con una precisa ripartizione di responsabilità ed obiettivi, anche attraverso il completamento della dipartimentalizzazione nelle aziende sanitarie ed il perfezionamento di spazi fisici, ruoli ed obiettivi afferenti al funzionamento di tali strutture a livello interaziendale e a livello di ospedale-territorio;
- al superamento dei sistemi di controllo basati sulle sole rilevazioni economiche; ovvero all’implementazione di sistemi di valutazione legati ai risultati di salute conseguiti, nonché allo sviluppo dei cosiddetti risultati “intangible” come, ad esempio, benefici e qualità percepiti dalle persone assistite;
- con riferimento alla valutazione degli esiti di salute, si dovranno utilizzare indicatori che permettano, in base a parametri internazionalmente riconosciuti, di effettuare analisi sulle principali patologie, per patologie e categorie di pazienti omogenee e per singola unità operativa. Tassi di mortalità



Flavio Sensi

standardizzati, analisi delle riammissioni per stessa patologia (ricoveri ripetuti), durata di degenza, percentuali di interventi effettuati in *day hospital* e *day surgery* rispetto a quelli in ricovero ordinario, rappresentano modalità di misurazione degli esiti dei trattamenti che dovranno costantemente essere monitorati. Tali azioni, a livello regionale, sarebbero, peraltro, di grande supporto per alimentare il flusso dati per il progetto di valutazione degli esiti sanitari avviato dall’Agenzia Nazionale della Sanità;

- all’implementazione di strumenti e tecniche per il miglioramento continuo della qualità e dell’appropriatezza assistenziale, in particolare quelli che nel loro insieme contribuiscono ad una virtuosa *clinical governance* delle strutture ospedaliere e delle aziende sanitarie territoriali, fondamentale anche per la gestione preventiva dei rischi clinici e delle prestazioni inappropriate o inutili;
- alla modernizzazione e ristrutturazione delle strutture sanitarie obsolete, che generano disagio sociale ed estreme difficoltà di lavoro per i professionisti operanti nel Ssn;
- alla valutazione costante dei percorsi adottati in termini di patologie seguite sia in fase di acuzie sia in fase di gestione dei trattamenti sul territorio. Alcuni indicatori e valutazioni specifiche dovranno essere utilizzate in merito alle modalità di gestione di patologie quali diabete, tumori, cardio-

patie, post ictus e malattie dell'apparato respiratorio. L'obiettivo di tali analisi sarà principalmente correlato alla valutazione della continuità assistenziale ed all'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali.

Gli indicatori qualitativi rappresenterebbero un indirizzo oggettivo per la programmazione

sanitaria regionale, specie per la scelta delle tipologie di attività/prestazioni che necessitano di miglioramenti e investimenti in qualità per essere più efficaci e meno costosi. In questo modo si individuerebbero e discernerebbero, per i singoli contesti territoriali, le prestazioni specificamente caratterizzate da sprechi eliminabili da quelle che necessitano di mantenere le risorse a loro destinate.

Gli indicatori di qualità possono, inoltre, essere oggetto di indirizzo e monitoraggio da parte del Ministero della Salute/Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali nonché inseriti tra i criteri per la determinazione del nuovo fabbisogno sanitario nazionale. Tali criteri, infatti, se basati principalmente, come oggi accade, sulla composizione demografica della popolazione regionale di riferimento rischiano di penalizzare eccessivamente quelle più giovani trasformando una risorsa da valorizzare in un oggetto di penalizzazione.

## **COSTI STANDARD E PRESTAZIONI SANITARIE**

Il criterio dei costi standard, di indirizzo per la determinazione dei fabbisogni sanitari regionali, potrebbe causare l'indesiderato effetto di favorire il fallimento dei Ssr se calato bruscamente nelle loro realtà e indifferentemente per tutte le prestazioni sanitarie. La soluzione coerente con il principio stesso dei costi standard/migliori pratiche, invece,

sarebbe quella di una debita introduzione nella cultura organizzativa delle aziende sanitarie, soprattutto in relazione ai processi e percorsi clinico-sanitari meno efficaci e

scarsamente rispondenti ai reali fabbisogni della popolazione di afferenza.

I costi standard, del resto, sono proprio definiti

sulla base delle Regioni che hanno garantito la migliore assistenza sanitaria in termini di risultati, oltre che di capacità economico/gestionale e la riduzione dei costi delle prestazioni sanitarie, oltre che dipendere dai singoli presidi medicali, è strettamente correlata all'appropriatezza clinica ed organizzativa, all'efficacia dei singoli trattamenti, ai tempi di esecuzione delle prestazioni, ai costi del personale, alle procedure e tecnologie impiegate.

Realizzare, laddove necessario, le condizioni strutturali, organizzative e di governo clinico affinché questi elementi si intersechino nel loro insieme nell'ottica delle migliori pratiche di riferimento, è una priorità rispetto al taglio preventivo dei costi per determinati servizi sanitari, cosa che potrà avvenire nell'ottica di un monitorato processo di accompagnamento (ad esempio, triennale) e di valutazione qualitativa che precederà e supporterà la selezione delle prestazioni in esubero o inefficaci.

È dunque importante, per i servizi sanitari di ricovero e cura così come di assistenza sanitaria territoriale, accompagnare e sup-

portare le Regioni meno "virtuose" nel più lento processo di miglioramento continuo della qualità, anche percepita, e dell'organizzazione sanitaria, con investimenti economici e professionali strettamente vincolati allo scopo ovvero debitamente monitorati nella realizzazione dell'obiettivo.

Tali investimenti sono possibili anche nell'ottica del recentissimo "Decreto legislativo in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle province nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario" in via di approvazione definitiva. Il Decreto, infatti, prevederebbe che le Regioni con maggiore capacità fiscale, alimentino il fondo perequativo, destinato al solo obiettivo di ridurre le differenze inter-

regionali rispetto alla media nazionale per abitante, nell'ottica della graduale convergenza per tutte le Regioni verso i costi standard. Stabilire e consolidare, da parte delle Regioni in difficoltà, che le

differenze per il raggiungimento dei costi standard/migliori pratiche sono soprattutto quelle clinico-organizzative e della qualità erogata, sarebbe un presupposto importante per destinarvi e vincolare parte delle risorse del fondo perequativo che dovrebbe però essere attivo già dall'anno in corso, almeno per gli investimenti specifici sopra argomentati.

**Alessandro Campana**  
Managing Partner, Conoscenza Ricerca Sviluppo  
e Università Cattolica di Roma

**Flavio Sensi**  
Consulente di direzione e strategia aziendale

**“I Ministeri dovrebbero coordinare attivamente le Regioni per creare modelli di riorganizzazione della rete territoriale”**

**“Realizzare condizioni strutturali, organizzative e di governo clinico nell'ottica delle migliori pratiche di riferimento è prioritario rispetto al taglio preventivo dei costi per i servizi sanitari”**