

Ire scenari Irescenari

LE SFIDE PER IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE



ISTITUTO DI RICERCHE ECONOMICO SOCIALI DEL PIEMONTE

L'IRES Piemonte è un istituto di ricerca che svolge la sua attività d'indagine in campo socioeconomico e territoriale, fornendo un supporto all'azione di programmazione della Regione Piemonte e delle altre istituzioni ed enti locali piemontesi.

Costituito nel 1958 su iniziativa della Provincia e del Comune di Torino con la partecipazione di altri enti pubblici e privati, l'IRES ha visto successivamente l'adesione di tutte le Province piemontesi; dal 1991 l'Istituto è un ente strumentale della Regione Piemonte.

L'IRES è un ente pubblico regionale dotato di autonomia funzionale disciplinato dalla legge regionale n. 43 del 3 settembre 1991.

Costituiscono oggetto dell'attività dell'Istituto:

- la relazione annuale sull'andamento socioeconomico e territoriale della regione;
- l'osservazione, la documentazione e l'analisi delle principali grandezze socioeconomiche e territoriali del Piemonte;
- rassegne congiunturali sull'economia regionale;
- ricerche e analisi per il piano regionale di sviluppo;
- ricerche di settore per conto della Regione Piemonte e di altri enti e inoltre la collaborazione con la Giunta Regionale alla stesura del Documento di Programmazione economico finanziaria (art. 5, L.R. n. 7/2001).

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Mario Santoro, *Presidente*

Maurizio Tosi, *Vicepresidente*

Paolo Ferrero, Antonio Monticelli, Enrico Nerviani, Michelangelo Penna,
Raffaele Radicioni, Maurizio Ravidà, Furio Camillo Secinaro

COMITATO SCIENTIFICO

Mario Montinaro, *Presidente*

Valter Boero, Sergio Conti, Mario Montinaro, Angelo Pichierri,
Walter Santagata, Silvano Scannerini, Gianpaolo Zanetta

COLLEGIO DEI REVISORI

Giorgio Cavalitto, *Presidente*

Giancarlo Cordaro e Paola Gobetti, *Membri effettivi*

Mario Marino e Ugo Mosca, *Membri supplenti*

DIRETTORE

Marcello La Rosa

STAFF

Luciano Abburrà, Stefano Aimone, Enrico Allasino, Loredana Annaloro, Maria Teresa Avato,
Marco Bagliani, Giorgio Bertolla, Antonino Bova, Dario Paolo Buran, Laura Carovigno, Renato Cogno,
Luciana Conforti, Alberto Crescimanno, Alessandro Cunsolo, Elena Donati, Carlo Alberto Dondona,
Fiorenzo Ferlaino, Vittorio Ferrero, Filomena Gallo, Tommaso Garosci, Maria Inglese,
Simone Landini, Renato Lanzetti, Antonio Larotonda, Eugenia Madonia, Maurizio Maggi,
Maria Cristina Migliore, Giuseppe Mosso, Carla Nanni, Daniela Nepote, Sylvie Occelli, Santino Piazza,
Stefano Piperno, Sonia Pizzuto, Elena Poggio, Lucrezia Scalzotto, Filomena Tallarico, Luigi Varbella,
Giuseppe Virelli

© 2004 IRES - Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte

Via Nizza, 18 - 10125 Torino

Tel. 011.66.66.411 - Fax 011.66.96.012

email: editoria@ires.piemonte.it

Iscrizione al Registro tipografi ed editori n. 1699, con autorizzazione
della Prefettura di Torino del 20/05/1997

Si autorizza la riproduzione, la diffusione e l'utilizzazione del contenuto
del volume con la citazione della fonte

Irescenari

**SECONDO RAPPORTO TRIENNALE
SUGLI SCENARI EVOLUTIVI DEL PIEMONTE**

2004/10

LE SFIDE PER IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

di Gabriella Viberti – CRESA.

Le analisi di scenario dell'IRES sono coordinate da Paolo Buran e si avvalgono della consulenza generale di Roberto Camagni (Politecnico di Milano).

UFFICIO EDITORIA IRES PIEMONTE

Maria Teresa Avato, Laura Carovigno

PROGETTO GRAFICO

Clips – Torino

IMPAGINAZIONE

Edit 3000 srl – Torino

STAMPA

Grafica EsSE - Orbassano (To)

INDICE

PRESENTAZIONE	VII
PREMESSA	1
1. LE SFIDE SUL VERSANTE DELL'EVOLUZIONE DELLA DOMANDA DI BENI E SERVIZI SANITARI	2
1.1 La struttura per età della popolazione	2
1.2 La disabilità e altri determinanti della domanda sanitaria	4
2. LE SFIDE SUL VERSANTE DELL'OFFERTA DI BENI E SERVIZI SANITARI	7
2.1 I livelli di assistenza erogati in Piemonte e in Italia	7
2.2 Le cause dell'incremento della spesa e l'aumento del disavanzo	10
2.3 Il processo di adeguamento dell'offerta di beni e servizi sanitari e il governo della domanda	12
2.4 I ricoveri nelle strutture piemontesi sono mediamente più complessi rispetto ai valori medi nazionali	17
2.5 Un punto di debolezza del servizio sanitario piemontese: il saldo negativo della mobilità ospedaliera	19
2.6 Un punto di forza del servizio sanitario piemontese: le reti sanitarie	19
3. DIFFERENTI MODELLI DI SERVIZIO SANITARIO REGIONALE A CONFRONTO	21
CONCLUSIONI: QUALI SCENARI PER GLI ANNI A VENIRE?	23
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	25

PRESENTAZIONE

Spesso la stampa quotidiana produce denunce clamorose sulle disfunzioni del sistema sanitario italiano, eppure l'Organizzazione Mondiale della Sanità lo valuta tra i migliori al mondo. Il sistema sanitario degli Stati Uniti, ad esempio, costa quasi il doppio e produce aspettative di vita e tassi di mortalità infantile sensibilmente peggiori. Anche il giudizio degli utenti non pare negativo: per restare in Piemonte, i sondaggi dell'Ires ci dicono che due cittadini su tre definiscono buono o soddisfacente il funzionamento dei servizi sanitari regionali.

Certo, ci sono problemi. La popolazione invecchia, e questo produce conseguenze. In qualche misura, fa aumentare la domanda, anche se meno di quanto ci si potrebbe aspettare, per il generale miglioramento dello stato di salute della popolazione anziana. L'ISTAT prevede che per effetto dell'invecchiamento demografico nei prossimi cinquant'anni l'onere finanziario della sanità potrebbe aumentare di un terzo, restando comunque al di sotto del costo già oggi sopportato in diversi sistemi nazionali. Per altro verso, una popolazione più anziana richiede servizi diversi, meno interventi su casi acuti e più servizi di riabilitazione e assistenza domiciliare. Di conseguenza il ricovero ospedaliero può in molti casi essere sostituito da interventi più appropriati, e la sanità piemontese si sta muovendo in questa direzione. Talvolta decollano i nuovi servizi senza che proceda un corrispondente snellimento dei servizi tradizionali, in particolare delle strutture ospedaliere, per vischiosità burocratica o per un problema di "costi affondati" – direbbero gli economisti: in altri termini, investimenti già fatti che non possono essere recuperati. In questo caso si determina un aggravio indebito dei costi finanziari della sanità, che occorre davvero evitare. Anche perché, accanto all'invecchiamento, emerge un nuovo fattore di rischio per la sostenibilità economica del servizio sanitario, probabilmente ancor più rilevante: la crescente disponibilità di procedure diagnostiche e di terapie a elevato costo, rese possibili dagli avanzamenti scientifici e tecnologici.

La Sanità è gestita dalle regioni, ma esiste – si sta affermando – un sistema di monitoraggio nazionale sulla performance delle singole organizzazioni regionali. Il controllo verte soprattutto sull'appropriatezza: prescrivere solo i farmaci di documentata efficacia, corrispondere terapie mirate evitando ricoveri ospedalieri inutili o inutilmente prolungati, e così via. In questo ambito le procedure di finanziamento del servizio possono fare molto: gli episodi di ricovero vengono pagati all'azienda ospedaliera per tipo di prestazione richiesta, e non a piè di lista. Si induce efficienza, occorrerà verificare che le applicazioni siano condotte con tutti gli scrupoli del caso.

In questo universo complesso, vitale per la società regionale e al centro dell'agenda delle sue Istituzioni di governo, abbiamo realizzato una ricognizione sintetica per comprendere dove si sta andando e se ci si sta muovendo bene, ad esempio in confronto alle altre regioni più avanzate del Paese. Per farlo, siamo ricorsi alla comprovata competenza di un centro di ricerca specializzato, quale il Cresa, da oltre vent'anni all'avanguardia negli studi di economia sanitaria. Ne è derivato un quadro realistico del sistema sanitario piemontese, con le sue luci e le sue ombre, e anche qualche aspetto di eccellenza che potrebbe essere giocato in chiave economica, come elemento del nuovo portafoglio di specializzazioni competitive della regione. Comunque la si prenda, la sanità appare un nodo cruciale nel ragionamento sulle prospettive del Piemonte, che stiamo conducendo.

Il Presidente dell'IRES Piemonte
Avv. Mario Santoro

PREMESSA

Il servizio sanitario della nostra regione si trova oggi a dover affrontare una serie di **sfide** che appaiono, con sempre maggiore evidenza, **comuni a tutte le regioni italiane** e alla maggior parte dei servizi sanitari europei: l'**invecchiamento della popolazione**, lo **sviluppo di tecnologie sanitarie** sempre più sofisticate e costose che consentono di migliorare la capacità diagnostica e di curare, anche se non guarire, malattie in precedenza non curabili, l'aumento delle domande e aspettative dei cittadini.

Di fronte a tali trasformazioni, destinate a perdurare nel tempo, i sistemi di assistenza sanitaria sono tenuti al perseguimento di molteplici obiettivi: accessibilità (dal punto di vista degli utenti), appropriatezza delle prestazioni (dal punto di vista dei soggetti che offrono beni e servizi sanitari) e sostenibilità finanziaria (dal punto di vista dei soggetti finanziatori).

Il lavoro affronta le questioni aperte utilizzando come riferimento i due versanti dai quali vengono tradizionalmente analizzati i sistemi sanitari: quello della domanda e quello dell'offerta di beni e servizi (che include la valutazione della quantità e della qualità dei servizi offerti).

Il punto di vista dal quale viene condotta l'indagine è il livello regionale.

Lo scenario all'interno del quale si colloca il servizio sanitario della nostra regione è stato caratterizzato, in questi ultimi anni, da **incisivi processi di riforma a livello nazionale**, i cui punti qualificanti, a partire dal decreto legislativo n. 502 del 1992, sono stati la **regionalizzazione delle responsabilità** amministrative e gestionali in ambito sanitario, l'**introduzione di criteri di competitività** tra le strutture sanitarie (attribuendo ai cittadini la facoltà di scegliere presso quale struttura ricevere assistenza) e l'introduzione di un concetto di **assistenza sanitaria uniforme ma limitata ai livelli essenziali**.

Il progressivo trasferimento di responsabilità di governo dei sistemi sanitari a livello decentrato – pur contemperato da una serie di elementi in grado di condizionare l'autonomia regionale, quali la definizione nazionale dei livelli essenziali di assistenza e l'omogeneità del sistema di finanziamento – ha reso possibile, nei fatti, un aumento delle differenze nei livelli di tutela della salute garantiti nelle diverse regioni italiane, accompagnato da risposte differenziate alle sfide sopra richiamate, sulle quali si cercherà di indagare di seguito.



1. LE SFIDE SUL VERSANTE DELL'EVOLUZIONE DELLA DOMANDA DI BENI E SERVIZI SANITARI

L'evoluzione dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che ne deriva dipende da una pluralità di fattori:

- l'evoluzione della struttura per età della popolazione;
- la morbosità per classi di età;
- fattori ambientali e socioeconomici: territorio e urbanizzazione, istruzione, reddito, deprivazione (quest'ultima può essere spiegata da indicatori quali il numero di persone anziane che vivono sole, il sovraffollamento abitativo e il tasso di disoccupazione).

L'influenza di tali fattori sul Servizio sanitario regionale si presenta con le modalità illustrate di seguito.

1.1 LA STRUTTURA PER ETÀ DELLA POPOLAZIONE

L'invecchiamento della popolazione viene tradizionalmente considerato una delle principali sfide ai sistemi di welfare: le ultime previsioni della Ragioneria Generale dello Stato (maggio 2004) confermano che **un invecchiamento della popolazione pari a quello prospettato dalle previsioni ISTAT sarebbe destinato a determinare nel 2050 un aumento della spesa sanitaria pubblica sul prodotto interno lordo pari a 2 punti percentuali**, portando l'attuale rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL¹ dal 6% all'8%, con un incremento del 33%. Tale rapporto, pur se leggermente superiore all'attuale media OCSE, è comunque inferiore a quanto spende attualmente la Germania e leggermente al di sotto degli obiettivi di spesa sanitaria pubblica assunti dal NHS inglese

A partire dal 2008 la curva dell'indicatore "spesa sanitaria pubblica/PIL" negli anni presenterebbe un andamento crescente, con incrementi annui abbastanza stabili nel tempo. Solo nell'ultimo decennio (2040-2050) la progressione, pur restando positiva, presenta un rallentamento del ritmo di crescita.

Se le opinioni sulla numerosità e sulla composizione per età e sesso della popolazione nei prossimi 50 anni sono concordi, esiste un ampio margine di **incertezza circa l'evoluzione futura dei profili di consumo delle diverse classi di età** per differenti tipologie di servizi sanitari, acuti e a lungo termine.

Ciò differenzia la domanda sanitaria da altri settori di welfare. Infatti, mentre i beneficiari di pensioni sono oggettivamente definiti dal superamento di un determinato limite di età e percepiscono un ammontare di trasferimenti monetari fisso e pre-definito, i beneficiari delle politiche sanitarie sono definibili dall'insorgere solo in parte prevedibile delle malattie e dalla loro eventuale evoluzione in disabilità e i benefici dell'assistenza sanitaria vengono erogati in relazione a fabbisogni individuali scarsamente standardizzabili a priori.

Inoltre, il fenomeno si manifesta attraverso un processo che ha luogo lentamente, i cui effetti sulle politiche sanitarie si manifestano nell'arco di decenni, e si presenta in misura differenziata nelle diverse regioni italiane, per via della non uniformità sul territorio delle dinamiche demografiche.

¹ L'indicatore misura la quota delle risorse prodotte dal paese, necessarie al finanziamento del sistema sanitario pubblico.

Nei prossimi 50 anni la popolazione anziana sul totale è destinata ad aumentare per effetto combinato della riduzione della mortalità e del conseguente aumento delle aspettative di vita (invecchiamento dall'alto) e della diminuzione della natalità (invecchiamento dal basso). Dal 2040 la contrazione delle nascite degli anni settanta (il cosiddetto *baby bust*) comincerà a manifestare i suoi effetti anche sulle classi di età più avanzate (la curva della figura 1 si appiattisce nel passaggio dal 2040 al 2050), riducendo prima il peso della fascia di età da cui si origina la maggior domanda di servizi per acuti (65-74 anni), e successivamente quella che richiede maggiori servizi post acuzie (ultrasettantacinquenni).

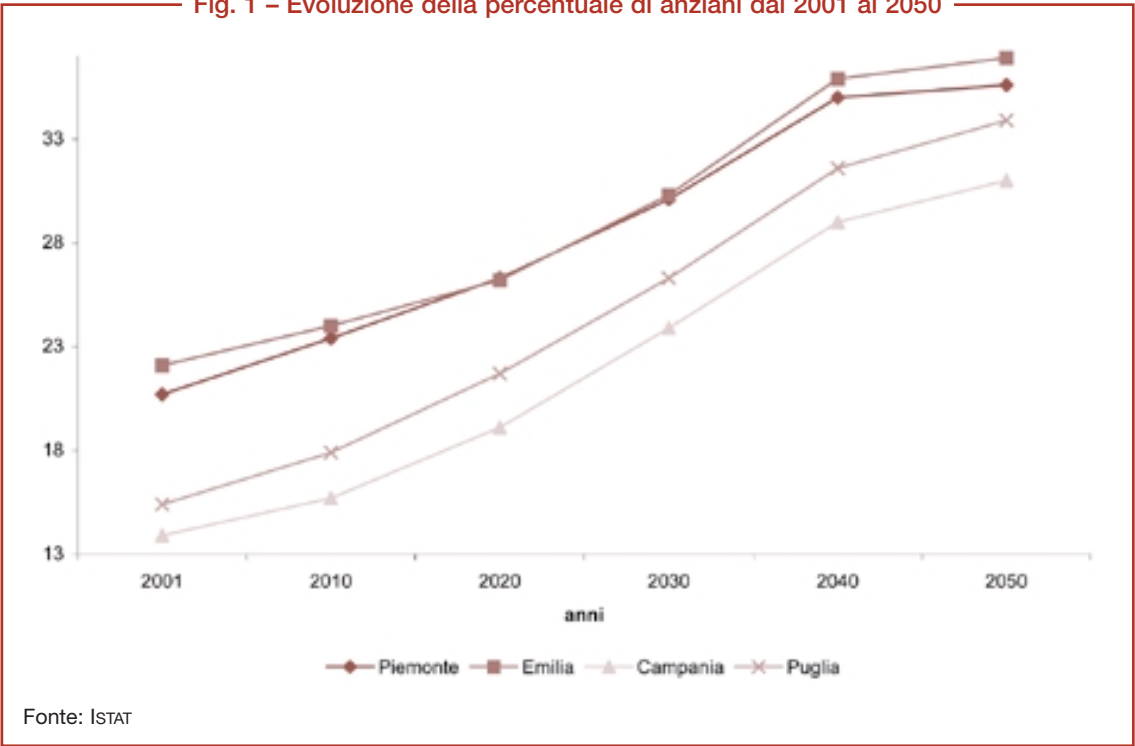
Rispetto a tali fenomeni, le diverse regioni italiane si stanno muovendo con velocità differenziate e le politiche di assistenza sanitaria dovranno fare i conti con una distribuzione territoriale diseguale dei bisogni di salute.

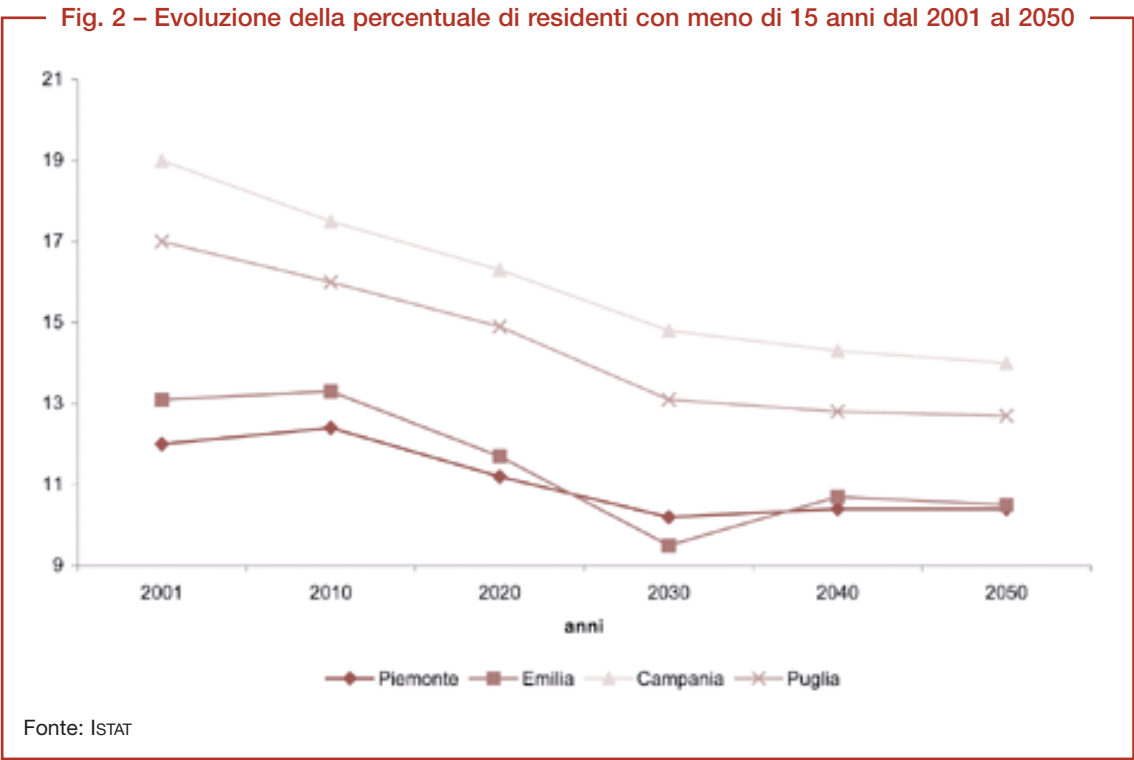
Nel 2001, ad esempio, il 20,7% dei piemontesi aveva più di 65 anni, rispetto a una media nazionale del 18,2%, a fronte del 13,9% in Campania e del 15,4% in Puglia.

In termini dinamici, soltanto dopo il 2040 comincerà a manifestarsi una relativa convergenza tra regioni nella frequenza di popolazione di età superiore a 65 anni (figg. 1 e 2), allorché nelle regioni più anziane, delle quali fa parte il Piemonte, comincerà a farsi sentire l'effetto del *baby bust*, mentre quelle più giovani staranno ancora continuando la loro fase di invecchiamento.

La diversità dei profili di invecchiamento delle regioni italiane, sia quanto a intensità sia rispetto al tempo in cui questi si svilupperanno, va tenuta presente nella definizione delle politiche sanitarie: i differenti profili evolutivi determineranno un'accentuazione della differenza tra regioni, che si manifesterà in particolar modo sulla spesa sanitaria. Su questo versante già da qualche anno le politiche di riparto dei fondi destinati alla sanità hanno previsto l'introduzione di parametri che tengono conto dell'opportunità di una distribuzione solidale delle risorse tra regioni ancora giovani e regioni più anziane.

Fig. 1 – Evoluzione della percentuale di anziani dal 2001 al 2050





1.2 LA DISABILITÀ E ALTRI DETERMINANTI DELLA DOMANDA SANITARIA



Dal punto di vista della spesa che i servizi sanitari regionali saranno tenuti a sostenere per gli anni a venire, un ulteriore quesito riguarda **l'associazione del fenomeno della disabilità all'incremento del numero di anziani.**



I dati disponibili dimostrano una relazione evidente tra utilizzo dei servizi sanitari ed età, con una **configurazione a J della curva di domanda:** dopo un picco iniziale nella classe di età 0-4 anni, la curva si mantiene relativamente piatta fino a 55 anni e poi comincia ad aumentare con rapidità crescente, fino a raggiungere il suo picco oltre i 75 anni.

Nella nostra regione si può rilevare un andamento sovrapponibile a quello descritto: la tabella 1 dimostra che il 21,5% della popolazione residente in Piemonte al di sopra dei 65 anni nel 2002 ha consumato il 53,8% della spesa per farmaci.

Ma se, come gli studi epidemiologici confermano (Jacobson et al, 2000), la causa della più elevata spesa sanitaria, più che non dall'età avanzata in sé, è rappresentata dalla maggiore frequenza e gravità degli stati di malattia e delle condizioni di disabilità degli anziani, se le condizioni di salute mutano nel tempo², anche i consumi e la spesa sanitaria sono destinati a mutare: sostanzialmente, gli anni di vita guadagnata per effetto dell'aumento della sopravvivenza sarebbero anni guadagnati in buona salute, mentre resterebbero pressoché invariati gli anni mediamente vissuti in cattiva salute prima della morte.

In Italia, ad esempio, nella ripartizione nord/ovest, il tasso di disabili ogni 100 ultrasessantacinquenni è sceso da 13 a 12,4 per i maschi e da 20,4 a 19,6 per le femmine nel quinquennio 1994-'99.

² Per una rassegna degli studi sulle evidenze disponibili in molti paesi europei si veda Taroni, 2003.

Tab. 1 – Spesa farmaceutica 2002, in Piemonte

CLASSE ETÀ	SPESA LORDA	POPOLAZIONE	%	
			SPESA	POPOLAZIONE
0-14	27.434.230	516.203	3,0	12,2
15-44	127.909.821	1.654.568	13,9	39,1
45-64	271.192.436	1.151.926	29,4	27,2
65-74	245.371.005	498.216	26,6	11,8
> 75	251.015.358	410.421	27,2	9,7
Totale	922.922.850	4.231.334	100,0	100,0

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Regione Piemonte

Quindi i trend favorevoli di disabilità evidenziati a livello internazionale, e di fatto presenti anche in Italia e nella nostra regione, potrebbero controbilanciare l’impatto dell’invecchiamento demografico sul sistema sanitario.

Coerentemente a tali considerazioni, altri studi (Bertolazzi et al., 2001) fanno osservare come **una percentuale molto elevata dei consumi sanitari nell’arco della vita di un soggetto si concentra nell’anno antecedente alla morte**: la spesa sanitaria relativa alla fase terminale della vita, quindi, non dovrebbe risultare significativamente condizionata dall’aumento degli anni di vita guadagnati. Di fatto, l’aumento della vita attesa tenderebbe a spostare in avanti il periodo di tempo nel quale un individuo impone al servizio sanitario costi rilevanti, più che provocare un incremento della spesa.

Per contro, un ulteriore fattore potrebbe aggiungere incertezze alla stima futura dei costi a carico del servizio sanitario: la riduzione di disabilità può di per sé essere causa di un aumento dei costi sanitari. Infatti, le migliori condizioni di salute della popolazione anziana rendono possibili interventi e procedure prima non applicabili: ne è un esempio il consistente aumento della frequenza di interventi di bypass aortocoronarico nei soggetti con più di 65 anni, che in Piemonte sono cresciuti, nel triennio 1999-2001, del 25% a fronte del 15% delle prestazioni totali di bypass.

Nella chiarezza del trend generale, determinato dalle previsioni demografiche, **esiste un ampio margine di incertezza rispetto all’entità dell’incremento della spesa che sarà determinato dall’invecchiamento della popolazione**. La tipologia di servizi richiesti, inoltre, riguarderà in particolare **i servizi post acuzie**, per il prevedibile aumento delle patologie cronico-degenerative tipiche dell’età anziana: basti pensare che nel 1991 la percentuale di piemontesi con tre o più patologie croniche era del 10% (11% in Italia): nel 2000 tale indice è salito al 20% (superando la media nazionale, nel frattempo giunta a 17,7%).

Probabilmente proprio la necessità di sostituire i servizi per acuti con servizi post acuzie rappresenterà una delle principali determinanti della crescita della spesa sanitaria nelle regioni, come il Piemonte, caratterizzate da una percentuale più elevata di anziani. La maggiore spesa sembrerebbe accentuata, quindi, dal fatto che i nuovi servizi, che rispondono alla domanda indotta dalla cronicità, non sostituiscono i vecchi ma vi si aggiungono, anche quando questi ultimi sono meno utilizzati (delle peculiarità dell’offerta dei servizi sanitari in Piemonte si parlerà più ampiamente nella seconda parte dello studio).

Sembrerebbe quindi che le rigidità dell’offerta creino tensioni sulla spesa complessiva, più dell’invecchiamento della popolazione.

L’evoluzione “qualitativa” (oltre che quantitativa) della domanda che si presenterà ai servizi sanitari nel prossimo futuro ha posto a più riprese, in questi ultimi anni, la questione della socializzazio-

ne del rischio, affrontata in Italia con la proposta della costituzione di un “Fondo per la non autosufficienza”, un programma autonomo gestito dallo stato sociale, con il compito di gestire un’assicurazione pubblica a carattere universale contro il rischio di non autosufficienza.

L’attuale Ministro per la salute, Girolamo Sirchia, è stato il principale sostenitore, nel biennio 2001-’02, dell’istituzione di un fondo, inizialmente ipotizzando l’introduzione di un’assicurazione facoltativa contro il rischio di non autosufficienza, in un secondo momento sostenendo la necessità di un’assicurazione obbligatoria e poi proponendo la strategia della redistribuzione: le risorse addizionali per l’assistenza post acuzie vanno trovate nel più ampio bilancio della sanità pubblica, sottraendole agli interventi per acuti.

Nessuna di queste proposte è stata finora tradotta in pratica.

Altri determinanti della salute



Ma non solo i fattori demografici ed epidemiologici influenzano la domanda di prestazioni sanitarie a carico del SSR; **alcuni recenti studi hanno approfondito l’incidenza di una serie di altri fattori** raggruppabili nelle categorie di seguito elencate:

- fattori socioeconomici: reddito pro capite, tasso di disoccupazione, PIL pro capite, livello di povertà e di esclusione sociale, ecc.
- stili di vita: fumo, alcool, alimentazione scorretta, esercizio fisico, abitudini sessuali, dipendenze, ecc.
- fattori sociali: composizione dei nuclei familiari, livello di istruzione, ecc.
- fattori territoriali: conformazione della superficie (montana, collinare, pianeggiante, ecc.), densità demografica, numero di comuni, ecc.
- fattori ambientali: grado di inquinamento, tasso di urbanizzazione, condizioni abitative, infortuni, ecc.

A loro volta questi fattori, determinanti della salute, si distribuiscono tra la popolazione in modo diseguale, anche ai nostri giorni, all’interno della nostra regione. Proiezioni statistiche rivelano infatti che se a Torino tutti gli adulti maschi fossero stati laureati, il numero di morti sarebbe diminuito del 39% negli anni settanta, del 30% negli anni ottanta e del 39% negli anni novanta. E ancora se tutte le abitazioni fossero state di livello alto lo stesso numero di morti nei periodi considerati sarebbe decresciuto dal 26 al 19% (Costa, 1994).

Su questo tema le politiche sanitarie degli ultimi anni hanno iniziato a porre una certa attenzione: nei due ultimi piani sanitari nazionali le disuguaglianze nella salute sono state messe in agenda, senza però indicare precise priorità. Occorre ancora lavorare per costruire e diffondere informazione scientifica, promuovendo ricerche sugli effetti delle disuguaglianze, e i soggetti preposti dovranno pronunciarsi sul modo in cui intendono contrastarle, con il sistema sanitario in un ruolo di promozione e monitoraggio.

2. LE SFIDE SUL VERSANTE DELL'OFFERTA DI BENI E SERVIZI SANITARI

2.1 I LIVELLI DI ASSISTENZA EROGATI IN PIEMONTE E IN ITALIA

La sanità soffre della “sindrome di Sisifo”: gli sforzi per contenere la spesa sanitaria sono vanificati dai progressi della medicina e della tecnologia, con le conseguenze già delineate nel paragrafo precedente.

La questione diventa, quindi, quale onere la società sia disposta a sostenere a fronte di un aumento degli utenti e delle prestazioni richieste al Servizio Sanitario Nazionale. In sostanza, significa chiedersi quali sono le prestazioni essenziali che il SSN è disposto a erogare (e a chi è giusto concederle prima di altri).

I livelli essenziali di assistenza (LEA), stabiliti dall'articolo 117 della costituzione, che riserva alla potestà esclusiva dello Stato “la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”, rappresentano una competenza “trasversale”, che si riferisce a tutte le funzioni esercitate dalla pubblica amministrazione sul territorio (sanità, scuola, settore sociale). Nel settore sanitario sono stati definiti e resi operativi con il decreto del presidente del consiglio del 29 novembre 2001, che **precisa i livelli e le prestazioni erogabili dal servizio sanitario nazionale e quindi finanziabili con risorse finanziarie pubbliche**, precisando inoltre quali sono le prestazioni non erogabili.

COSA SONO I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA?

I LEA, contenuti nel dpcm del 29 novembre 2001, sono attualmente composti da quattro liste.

Una prima lista, positiva, descrive le prestazioni garantite dal SSN, raggruppante in tre grandi macroaree: prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Ciascuna di queste è suddivisa in microlivelli, a loro volta distinti in singoli servizi o gruppi di servizi. La lista positiva costituisce una ricognizione del repertorio della legislazione vigente e comprende tutto quello che il SSN oggi fa o dovrebbe fare, all'interno dei tre macrolivelli di assistenza.

Ma cosa sia considerato essenziale lo si deduce, piuttosto, per differenza, dall'elenco delle prestazioni escluse, totalmente o parzialmente.

Una seconda lista di prestazioni, negativa, comprende le prestazioni totalmente escluse dai LEA. Grazie a queste specifiche lo Stato non ammetterà rimborsi, per esempio, per interventi di chirurgia estetica che non siano conseguenti a incidenti o malformazioni, o per atti di medicine non convenzionali (a eccezione dell'agopuntura in anestesiology).

Una terza lista contiene le prestazioni parzialmente escluse dai LEA, in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche. Sono previste restrizioni per: applicazioni della chirurgia refrattiva per laser a eccimeri, riservata a casi particolari; cure odontoiatriche, garantite solo per bambini e alcune categorie di adulti; alcune prestazioni fisioterapiche.

La logica dell'inclusione delle prestazioni nella seconda e nella terza lista riguarda la loro efficacia non sufficientemente provata in ambito scientifico o un bilancio complessivo dei benefici in rapporto ai costi sfavorevole rispetto alle altre cure disponibili.

In una quarta lista, di carattere indicativo, sono elencati 43 episodi di ricovero a elevato rischio di non appropriatezza, se trattati in regime di degenza ordinaria: alle regioni spetta il compito di monitorare e trovare gli strumenti per disincentivare tali prestazioni.

Il servizio pubblico si fa carico di tipologie di assistenza, di servizi e prestazioni solo se esistono sufficienti evidenze scientifiche sui benefici da loro prodotti in termini di salute individuale o collettiva (efficacia) e solo a condizione che il trattamento in questione sia indicato per le condizioni cliniche del soggetto che ne usufruisce (appropriatezza). Un ulteriore requisito per l'eleggibilità è che l'assistenza sia erogata in forme organizzative che assicurino l'efficienza delle risorse impiegate.

I LEA sono quindi molto di più di un insieme di prestazioni da erogare, ma diventano una “politica innovativa”³, cruciale per regolare i rapporti tra il governo centrale e i governi locali, che riguarda sia i servizi resi che la spesa relativa.

Dopo l'approvazione del dpcm del 29 novembre 2001, un'attenzione molto forte è stata rivolta ai LEA nei processi di programmazione finanziaria: **i LEA sono divenuti la base per la verifica dei costi sopportati dalle regioni** per la produzione delle singole tipologie di assistenza e per stimolare il contenimento della spesa.

Tutto questo è avvenuto anche se il decreto in questione tende a individuare piuttosto una nomenclatura delle prestazioni ritenute essenziali piuttosto che il livello delle stesse che deve essere garantito.

I costi sostenuti per l'erogazione dei LEA sono stati rilevati per la prima volta in modo sistematico e diffusi nel 2003 dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR). Le rilevazioni hanno evidenziato risultati fortemente differenziati tra le regioni italiane (in termini di valori di spesa pro capite), i quali traggono origine da una situazione di **profondi squilibri territoriali nelle diverse regioni, che ha caratterizzato fin dall'origine il Ssn e che il federalismo eredita**.

A questo punto conviene fare un passo indietro: se si prende come riferimento l'indicatore relativo alla spesa complessivamente sostenuta dal Ssn per i cittadini italiani, tali squilibri, come risulta dalla tabella 2, sembrano essersi quantitativamente ridotti negli anni che vanno dal 1980 al 2003: la tendenza è quindi quella di un riallineamento dei valori regionali sul valore medio nazionale. Ma le singole regioni italiane hanno quasi tutte mantenuto la loro posizione relativa rispetto alla media nazionale di spesa: le regioni che nel 1980 erano caratterizzate da una spesa più elevata della media, generalmente si posizionano sopra la media anche nel 2003, anche se lo scarto dalla media nazionale è diminuito, e viceversa, a parte poche eccezioni: tra queste il Piemonte.

Il Piemonte è, infatti, l'unica tra le regioni medio-grandi a far rilevare uno scarto negativo rispetto al valore medio nazionale di spesa nel 1980 e uno scarto positivo nel 2003; i tassi di incremento della spesa sanitaria pro capite della nostra regione, come risulta dalla tabella 3, sono stati costantemente caratterizzati, a partire dal 1995, da valori superiori a quelli medi nazionali.

La variabilità della spesa evidenziata dall'ASSR riguarda soprattutto l'allocazione della spesa tra i diversi livelli di assistenza (ASSR, 2003). L'assistenza distrettuale (tab. 4) assorbe, ad esempio, meno risorse di quelle previste dagli standard, se si considera la media delle regioni italiane: ma il Piemonte, insieme a tutte le altre grandi regioni del Nord (eccetto il Veneto), destina già oggi a tale componente una percentuale di risorse in linea con le indicazioni.

Per l'assistenza ospedaliera vale un ragionamento speculare: percentuale di spesa in linea con le indicazioni nazionali per il Piemonte e le altre grandi regioni del nord, a eccezione del Veneto che vi destina una percentuale superiore.

I dati diffusi dall'ASSR, anche se da utilizzare con cautela – per la mancanza di serie storiche che consentano un'interpretazione dell'evoluzione nel tempo dei fenomeni e per la relativa attendibilità dei dati, trattandosi della prima volta che una rilevazione del genere viene condotta in modo sistematico sull'intero territorio nazionale – evidenziano come nel nostro paese **l'approvazione di provvedimenti finalizzati a garantire uguali opportunità di accesso alle prestazioni sanitarie fatichi poi a trovare concreta applicazione**.

³ Si veda a questo proposito France, 2003.

2. LE SFIDE SUL VERSANTE DELL'OFFERTA DI BENI E SERVIZI SANITARI

Tab. 2 – Spesa corrente pro capite per il Ssn e scostamenti percentuali dai valori medi nazionali di spesa

REGIONI	SPESA CORRENTE PRO CAPITALE			SCOSTAMENTI PERCENTUALI DAI VALORI MEDI NAZIONALI DI SPESA		
	1980	1990	2003	1980	1990	2003
Piemonte	149	682	1.457	-11	-5	4
Valle d'Aosta	138	751	1.621	-18	5	16
Lombardia	160	703	1.400	-4	-2	0
Bolzano	172	715	1.905	3	-0	36
Trento	209	734	1.681	25	2	20
Veneto	185	743	1.434	11	4	3
Friuli	207	734	1.479	24	2	6
Liguria	202	825	1.523	21	15	9
Emilia-Romagna	191	852	1.516	14	19	9
Toscana	193	782	1.457	15	9	4
Umbria	168	756	1.474	1	5	6
Marche	166	829	1.417	-1	16	1
Lazio	179	779	1.428	7	9	2
Abruzzo	176	711	1.414	5	-1	1
Molise	135	668	1.379	-19	-7	-1
Campania	153	669	1.324	-8	-7	-5
Puglia	158	662	1.262	-6	-8	-10
Basilicata	141	591	1.194	-16	-18	-15
Calabria	145	566	1.241	-13	-21	-11
Sicilia	141	673	1.285	-15	-6	-8
Sardegna	161	686	1.329	-4	-4	-5
Media nazionale	167	717	1.397	-	-	-

Fonte: Ministero della Salute

Tab. 3 – Incrementi percentuali triennali della spesa sanitaria pro capite

	1985/86	1991/89	1994/92	1997/95	2000/98	2003/01
Piemonte	33	33	0	22	21	9
Lombardia	38	37	2	14	13	8
Veneto	32	36	3	13	15	8
Liguria	39	36	3	9	18	5
Emilia-Romagna	40	41	- 1	7	14	10
Italia	37	37	3	17	17	7

Fonte: RGSEP, vari anni

Tab. 4 – Percentuale spesa per macrolivelli di assistenza nel 2001

	MEDIA REGIONI	PIEMONTE	LOMBARDIA	VENETO	LIGURIA	EMILIA-ROMAGNA	INDICAZIONI NAZIONALI (RIPARTO '03)
Prevenzione	4,30	4,20	4,02	4,39	3,21	4,07	5
Ospedaliera	48,10	46,20	46,74	49,03	45,53	43,83	45,5
Distrettuale	47,60	49,60	49,24	46,58	51,26	52,10	49,5
Totale	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: ASSR

2.2 LE CAUSE DELL'INCREMENTO DELLA SPESA E L'AUMENTO DEL DISAVANZO

Andando ad analizzare le cause dell'incremento della spesa si rileva che negli anni ottanta è cresciuta in modo più consistente in Piemonte la voce relativa al personale, cui si è aggiunta negli anni novanta una crescita consistente anche della spesa per beni e servizi; nell'ultimo triennio all'origine dell'incremento della spesa si evidenziano in particolare la “Medicina Generale” (all'inizio del 2003 è stata approvata, in Piemonte, la convenzione integrativa per la categoria), l'“Assistenza Ospedaliera” e l'“Assistenza Specialistica Convenzionata”.

Al **rallentamento della voce di spesa per il personale** hanno contribuito, in questi ultimi anni, alcune manovre di contenimento, (sospensione del turn-over e blocchi delle assunzioni) e un progressivo affermarsi dell'esternalizzazione di alcuni servizi (che ha contribuito all'elevata crescita della spesa per beni e servizi negli anni novanta).

La **diminuzione della spesa sostenuta per l'“Assistenza Farmaceutica”** osservata nell'ultimo triennio a livello nazionale e ancor più regionale è dovuta in parte all'effetto di scoraggiamento sui consumi indotto dall'applicazione di ticket imposti da molte regioni, dall'applicazione di controlli sulle prescrizioni (si veda al proposito il paragrafo relativo al governo della domanda) e al progressivo affermarsi della distribuzione diretta dei farmaci, la cui voce di spesa è confluita nella classificazione “Beni e servizi”.

Le prestazioni di “Altra Assistenza”, che comprendono l'assistenza integrativa, riabilitazione, protesica, cure termali, assistenza agli anziani, disabili, comunità terapeutiche e trasporti sanitari, **sono costantemente cresciute nell'ultimo ventennio**, sia in Italia che in Piemonte, per la tendenza, già evidenziata, alla crescita della domanda di servizi post acuzie.

Il quadro si completa con l'analisi della copertura delle spese sostenute.

Il federalismo fiscale, introdotto in con il decreto legislativo n. 56 del 2000, ha soppresso, nel settore sanitario, i trasferimenti dal bilancio dello Stato alle Regioni a carico del Fondo Sanitario Nazionale, compensandoli con l'aliquota dell'addizionale regionale IRPEF, l'aumento della quota regionale dell'accisa sulla benzina e un'apposita compartecipazione regionale all'IVA (che si aggiungono alla quota dell'IRAP, l'Imposta regionale sulle attività produttive, istituita nel 1998). La base per il riparto tra le singole regioni è rappresentata dall'applicazione di parametri connessi alla popolazione residente, ai fabbisogni e ai consumi sanitari (per classi di età della popolazione), individuati fino al 2003 a livello centrale dalla Conferenza Stato-Regioni.

In relazione a tale meccanismo **le regioni devono provvedere con proprie risorse agli effetti finanziari conseguenti agli eventuali maggiori costi di produzione per l'erogazione dei LEA**

2. LE SFIDE SUL VERSANTE DELL'OFFERTA DI BENI E SERVIZI SANITARI

e/o di livelli di assistenza superiori a quelli ritenuti essenziali, e/o all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione della quota capitaria di finanziamento. **Una tendenza preoccupante e suscettibile di approfondimenti, per tutte le regioni italiane, riguarda il deficit che queste si trascinano negli ultimi anni:** il Piemonte ad esempio, pur aven-



Tab. 5 – Spesa sanitaria. Aggregati economici (milioni di euro)

ASL	PERSONALE	BENI	Ass. FARMACEUTICA	MEDICINA GENERALE	Ass. OSP. CONV.	Ass. SPEC. CONV.	ALTRE PRESTAZIONI	TOTALE
<i>Valori assoluti</i>								
1985								
Piemonte	644	349	283	112	148	47	30	1613
Italia	8.810	3.821	3.830	1.449	2.152	938	541	21541
1991								
Piemonte	1.496	690	534	224	303	89	165	3501
Italia	19.137	8.242	7.740	2.940	4.742	1.968	2.415	47184
2001								
Piemonte	2.174	1.384	805	306	496	106	518	5789
Italia	26.823	15.989	11.663	4.506	7.918	2.483	6.084	75466
2003								
Piemonte	2.264	1.558	710	357	544	152	583	6169
Italia	27.943	18.678	11.148	4.842	8.327	2.776	6.796	80509
<i>Percentuale di spesa sul totale</i>								
1985								
Piemonte	40	22	18	7	9	3	2	100
Italia	41	18	18	7	10	4	3	100
1991								
Piemonte	43	20	15	6	9	3	5	100
Italia	41	17	16	6	10	4	5	100
2001								
Piemonte	38	24	14	5	9	2	9	100
Italia	36	21	15	6	10	3	8	100
2003								
Piemonte	37	25	12	6	9	2	9	100
Italia	35	23	14	6	10	3	8	100
<i>Incrementi % di spesa</i>								
1991/85								
Piemonte	132	98	89	101	105	88	445	117
Italia	117	116	102	103	120	110	346	119
2001/91								
Piemonte	45	101	51	37	64	19	214	65
Italia	40	94	51	53	67	26	152	60
2003/01								
Piemonte	4	13	- 12	17	10	44	13	7
Italia	4	17	- 4	7	5	12	12	7

do introdotto, nel corso del 2002, misure di partecipazione degli utenti alla spesa, quali il ticket sul consumo di farmaci e sulle prestazioni di Pronto Soccorso, nonché elevato lo scaglione relativo all'addizionale IRPEF, è stata caratterizzata, negli ultimi due anni, da un disavanzo in crescita, passato dai 28 euro pro capite del 2002 ai 55 euro pro capite del 2003⁴, superando così il valore medio nazionale che nel 2002 era di 66 euro e nel 2003 di 32 euro.

2.3 IL PROCESSO DI ADEGUAMENTO DELL'OFFERTA DI BENI E SERVIZI SANITARI E IL GOVERNO DELLA DOMANDA

●●● A questo punto si pone l'esigenza di valutare l'**appropriatezza della spesa sanitaria**, verificando la corrispondenza tra le prestazioni erogate e quelle raccomandate dalla normativa vigente e dalla cultura medica di consenso.

●●● L'appropriatezza, che è stato uno dei principi ispiratori, insieme a quello dell'efficacia, del dpcm sui LEA, è stata definita⁵ come l'**espressione della distanza che intercorre tra un comportamento osservato e un comportamento atteso in base alle conoscenze scientifiche e/o ad aspetti normativi**, e viene declinata in modo differente secondo i contesti a cui si riferisce e secondo il punto di vista prevalente.

Si può parlare, ad esempio, di uso appropriato dei servizi (giudizio di opportunità di allocazione di risorse), uso appropriato di procedure, semplici e complesse (prevalente significato tecnico-scientifico), e uso appropriato di farmaci (massimizzazione dell'efficacia pratica, minimizzazione dei costi e rispetto delle scelte del paziente).

Agire sul versante dell'appropriatezza è determinante non soltanto dal punto di vista del miglioramento dei risultati in termini di salute, ma anche dal punto di vista del contenimento della spesa, il cui incremento è spesso legato all'utilizzo di procedure diagnostico-terapeutiche di non dimostrata utilità.

●●● Due sono gli interventi prioritari per rispondere alla sfida dell'appropriatezza: **l'adeguamento dell'offerta** (strutture e prestazioni, sia in aumento che in riduzione o in termini di differente mix di prestazioni, in base all'andamento dei bisogni già evidenziato) e **il governo della domanda**.

●●●

2.3.1 L'ADEGUAMENTO DELL'OFFERTA DI POSTI LETTO NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE E NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIERE

Caratteristica del servizio sanitario piemontese, comune peraltro a tutte le regioni italiane, è un dimensionamento della rete ospedaliera piemontese⁶ ereditato dal passato, costruito su una composizione demografica ben diversa rispetto all'attuale. Conseguentemente, esso prevede un'offerta di servizi sanitari fortemente orientata al momento dell'acuzie, a fronte di una necessità sempre più diffusa di interventi per bisogni di natura cronica, tipica di una popolazione più anziana.

⁴ Il dato 2003, pubblicato sulla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese, è da considerarsi ancora una stima, provenendo dal IV Rendiconto trimestrale e non dal Consuntivo annuale; in particolare, il Piemonte vede probabilmente sovrastimato il disavanzo avendo incluso, nella voce di spesa per il personale, gli oneri aggiuntivi di competenza del 2003 relativi al rinnovo dei contratti del biennio 2002-2003, che non sono ancora perfezionati; tale cifra non è generalmente stata inserita dalle altre regioni.

⁵ Si veda Federici, 1999.

⁶ Con la legge Mariotti del 1968.

2. LE SFIDE SUL VERSANTE DELL'OFFERTA DI BENI E SERVIZI SANITARI

Su questo versante la nostra regione si sta però muovendo, negli ultimi anni: i dati diffusi dal Sistema Informativo Sanitario rilevano, nell'ultimo quinquennio – 1998-2002 – **una diminuzione dell'attività di ricovero nelle strutture ospedaliere**, in termini di dotazione strutturale, misurata dall'indicatore relativo ai posti letto per 1.000 abitanti (tab. 6).

Questo vale in particolare per la degenza ordinaria e per i posti letto pubblici (che diminuiscono del 14,7%), a fronte di un leggero incremento – 0,9% – dei posti letto nelle strutture private accreditate; il dato va in controtendenza rispetto alla media nazionale e del gruppo di regioni medio-grandi del Nord con cui il Piemonte è stato messo a confronto, nelle quali anche i posti letto nelle strutture private accreditate sono diminuiti, ma l'incidenza delle strutture private resta esigua nella nostra regione. I posti letto in regime di day hospital sono invece cresciuti, in particolare nelle strutture private accreditate, nelle quali erano pressoché inesistenti nel 1998.

I posti letto per 1.000 abitanti presenti nelle strutture ospedaliere piemontesi, esattamente in linea con i valori medi nazionali, coincidono anche con i più recenti standard posti⁷ che indicano come dotazione a cui tendere quella di cinque posti letto per 1.000 abitanti, comprensiva di quattro posti letto in reparti per acuti e un posto letto in reparti per malati non acuti tradizionalmente di lungodegenza e riabilitazione, reparti che, all'interno delle strutture ospedaliere, meglio rispondono alla domanda di servizi post acuzie. E proprio **i posti letto compresi nei reparti per degenti non acuti sono cresciuti in modo consistente** in Piemonte, del 50% nelle strutture pubbliche e del 33% nelle strutture private accreditate, in questo rispondendo all'evoluzione della domanda delinea nella prima parte del lavoro, a differenza delle altre regioni medio-grandi del Nord.

Tab. 6 – Variazione dei posti letto complessivi (acuti e non acuti) previsti nelle strutture pubbliche e private

REGIONE	POSTI LETTO PUBBLICI				POSTI LETTO ACCREDITATI			
	DH	DEGENTI ORDINARI	NON ACUTI	PER 1.000 ABITANTI *	DH	DEGENTI ORDINARI	NON ACUTI	PER 1.000 ABITANTI *
VAL. % 2002								
Piemonte	12	87	11	4,1	3	97	51	0,9
Lombardia	9	89	9	4,3	6	94	26	1,0
Veneto	10	87	12	4,7	5	95	24	0,3
Liguria	10	88	4	5,3	-	100	50	0,1
Emilia-Romagna	12	88	12	4,2	3	97	27	1,2
Italia	10	88	6	4,1	4	96	30	0,9
VAR. % 1998-2002								
Piemonte	3,6	-14,7	50,0	-10,9	2040,0	0,9	33,3	12,5
Lombardia	9,5	-17,9	-29,6	-15,7	181,2	-2,9	36,8	0,0
Veneto	-6,2	-15,6	27,9	-16,1	87,1	-4,9	75,0	0,0
Liguria	6,3	-20,0	-59,3	-14,5	-	-46,2	-33,3	0,0
Emilia-Romagna	-12,0	-7,0	40,0	-8,7	77,9	-11,6	18,5	-7,7
Italia	11,4	-18,6	-18,8	-14,6	132,6	-11,5	-3,6	-10,0
*include degenza a pagamento.								
Fonte: Ministero della Salute								

⁷ Accordo dell'8 agosto 2001.

La diminuzione della dotazione strutturale si accompagna a una diminuzione dell'attività: i ricoveri dei piemontesi, in strutture della regione e fuori regione (tab. 7), seguono lo stesso andamento dei posti letto, con valori, però, che collocano il Piemonte e le altre Regioni italiane ancora decisamente al di sopra degli standard posti (di 160 ricoveri ogni 1.000 abitanti).

I due tassi, quello in linea dei posti letto e quello al di sopra dello standard dei ricoveri, si spiegano con una **diminuzione della durata della degenza** nei reparti per acuti negli ultimi 4 anni: la degenza media è diminuita, dal 1998 al 2002, da 7,4 giorni a 6,9 in Italia e da 8,5 a 8 in Piemonte nelle strutture pubbliche, da 7,7 giorni a 6,3 in Italia e da 13,9 a 10 in Piemonte nelle strutture private accreditate: tale diminuzione sembra indicare un aumento di efficienza, collegata alla modifica dei criteri di finanziamento delle prestazioni ospedaliere, che fanno riferimento agli episodi di ricovero e non già alle giornate di degenza. Tuttavia questo processo potrebbe comportare rischi di deviazione, connessi a dimissioni troppo affrettate.

Tab. 7 – Variazione del tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti, per tipo e regime di ricovero

REGIONE	ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGO-DEGENZA	
	RO	DH	RO	DH	RO	TOTALE
2002						
Piemonte	127,8	61,2	6,7	0,7	2,2	198,7
Lombardia	154,1	59,7	9,2	1,4	1,0	225,3
Veneto	138,0	59,1	5,1	0,8	2,8	205,8
Liguria	173,3	93,0	6,0	0,8	0,2	273,4
Emilia-Romagna	146,5	61,8	3,5	0,9	6,6	219,2
Italia	153,1	57,4	4,3	0,9	1,5	217,3
Variazione % 2002 vs 1998						
Piemonte	-13,4	116,9	45,3	128,0	20,4	8,8
Lombardia	-8,8	17,5	19,8	-10,1	57,5	-1,8
Veneto	-17,7	-10,2	43,5	11,9	11,3	-14,4
Liguria	-0,2	42,8	176,0	392,3	367,9	13,3
Emilia-Romagna	-14,0	11,0	23,9	25,8	67,2	-6,1
Italia	-8,4	52,3	24,8	54,3	50,3	3,5

Fonte: Ministero della Salute

2.3.2 LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA EXTRAOSPEDALIERA

La tendenziale convergenza tra l'offerta e la domanda di servizi sanitari si rileva anche dalle **dinamiche positive di alcuni servizi extra ospedalieri che rispondono alla domanda di assistenza post acuzie nella nostra regione**.

Con riferimento all'“Assistenza domiciliare integrata” (vedi box), la programmazione sanitaria regionale 2000-'03 prevedeva la realizzazione, in produzione diretta o acquistata, di 7,3 casi in cure domiciliari ogni 1.000 abitanti, con un dato di partenza, nel 1999, di 3,9 casi ogni 1000 abitanti. Nel 2002 l'indice è salito a 12,6 casi ogni 1000 abitanti (che però vanno depurati dalla percentuale – che va dal 3 al 4% – di casi imputabili all'attività di servizio infermieristico domiciliare), superando le indicazioni programmatiche.

I SERVIZI PER L'ASSISTENZA POST ACUZIE

L'ASSISTENZA DOMICILIARE

L'assistenza domiciliare, se non può considerarsi di fatto sostitutiva del ricovero ospedaliero in condizioni di acuzie, può, laddove adeguatamente effettuata, evitare il ricorso ripetuto al ricovero o all'istituzionalizzazione; si parla di:

- Assistenza domiciliare (AD) per riferirsi a prestazioni sociali o sanitarie erogate al domicilio dell'utente da personale infermieristico o ausiliario;
- Assistenza programmata (ADP) per riferirsi a prestazioni erogate dal medico di famiglia al domicilio del proprio assistito, previa autorizzazione del servizio sanitario pubblico e secondo una calendarizzazione predefinita;
- Assistenza domiciliare integrata (ADI) per definire l'assistenza al domicilio del paziente mediante l'assicurazione delle prestazioni di medicina generale, di medicina specialistica, infermieristiche domiciliari e di riabilitazione, di aiuto domestico e di assistenza sociale, rivolte a malati terminali, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di vasculopatici, malattie acute temporaneamente invalidanti dell'anziano e dimissioni protette da strutture ospedaliere;
- Ospedalizzazione domiciliare (OD) per definire forme assistenziali che vedono l'intervento al domicilio del paziente di professionisti e tecnologie di esclusiva pertinenza ospedaliera.

L'ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE: I CENTRI DIURNI

Sono presidi di tipo semiresidenziale che possono ospitare sia soggetti parzialmente autosufficienti che soggetti portatori di un grado di non autosufficienza più grave.

In entrambi i casi propongono un intervento alternativo al ricovero in struttura, erogando prestazioni assistenziali, sanitarie, riabilitative e animative durante le ore diurne, tramite l'apporto di operatori appartenenti sia al profilo professionale sanitario che a quello socioassistenziale.

L'ASSISTENZA RESIDENZIALE

Comprende, in ordine di gravità dell'utenza:

- Residenze Assistenziali (RA): presidi destinati ad adulti e anziani in condizioni psicofisiche di parziale autosufficienza, in grado pertanto di compiere le elementari attività quotidiane in maniera autonoma o con aiuto. Erogano prestazioni di tipo alberghiero (cucina e servizio pasti, lavanderia, stireria e pulizia della camera) e servizi specifici di tipo assistenziale (assistenza diretta alla persona, controllo e sorveglianza) impiegando, come figure professionali, prevalentemente assistenti domiciliari e dei servizi tutelari (nelle RA l'assistenza sanitaria viene garantita tramite il distretto sanitario di base).
- Residenze Assistenziali Flessibili (RAF): presidi residenziali, destinati a soggetti non autosufficienti, che offrono prestazioni sociosanitarie, assistenziali e alberghiere e un sufficiente livello di assistenza sanitaria, mediante le seguenti figure professionali: medico di medicina generale, infermiere professionale, assistente domiciliare e dei servizi tutelari. Possono essere presenti il fisioterapista, il terapeuta occupazionale e l'animatore e altre figure professionali sanitarie possono essere messe a disposizione dall'ASL (fisiatra, geriatra, psicologo, ecc.)
- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): presidi residenziali a prevalente valenza sanitaria, destinati a ospitare definitivamente o temporaneamente (ricoveri di sollievo) soggetti che per la loro gravità e dipendenza richiedono un livello medio di assistenza sanitaria e un livello alto di assistenza tutelare, tramite le seguenti figure professionali: il responsabile sanitario della struttura, il medico di medicina generale, l'infermiere professionale, l'assistente domiciliare e dei servizi tutelari. Possono essere presenti il fisioterapista, il terapeuta occupazionale e l'animatore e possono essere messe a disposizione dall'ASL il fisiatra, il geriatra e lo psicologo.

Per quanto riguarda l'“assistenza residenziale sanitaria extra ospedaliera ad anziani non autosufficienti”, erogata nelle Residenze sanitarie assistenziali, la programmazione sanitaria 2000-'03 prevedeva la disponibilità, in gestione diretta o presso soggetti erogatori accreditati, di un posto letto ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni: nel 2002 la dotazione osservata è di 1,1 posti letto per 100 ultrasessantacinquenni, una dotazione – quindi – lievemente superiore allo standard.

Risultano ancora insufficienti i servizi di semiresidenzialità, che rappresentano una possibilità, per le famiglie con pazienti disabili e cronici a carico, di prendersi carico dei propri congiunti senza rinunciare nel contempo allo svolgimento delle altre attività quotidiane, fornendo assistenza e asilo diurno agli utenti: per quanto riguarda la dotazione di “centri diurni per anziani non autosufficienti” la programmazione sanitaria regionale 2000-'03 prevedeva la disponibilità, in produzione diretta o acquistata, di un posto letto ogni 10.000 abitanti; nel 2002 si osserva un aumento della dotazione di posti utente, che è passata da 0,3 posti nel 1999 a 0,5, ma che è ancora lontana dallo standard regionale (ben 9 ASL su 22 sono tuttora prive di posti in centri diurni per anziani).

Particolarmente carenti risultano alcuni nuovi servizi quali ad esempio le strutture di “hospice”, destinate all'assistenza di malati terminali, che fanno rilevare, a fronte di un fabbisogno di 5,5 posti letto ogni 100.000 abitanti, 44 posti letto attualmente funzionanti, circa 1 posto letto ogni 100.000 abitanti (ma per questa tipologia di strutture è stato avviato un programma di adeguamento dei posti letto da parte della Regione Piemonte).

In conclusione, sul versante dell'**adeguamento dell'offerta in termini di dotazione strutturale**, le dinamiche in corso nella nostra regione sembrano andare, generalmente, nella giusta direzione, salvo alcune carenze per i servizi più innovativi, superabile con gli investimenti in corso.

2.3.3 IL GOVERNO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI

Il governo della spesa non implica solamente il suo contenimento ma richiede di agire sul lato della domanda di beni e servizi sanitari, prevedendo politiche diversificate e la compresenza dei diversi attori presenti nel Servizio sanitario nazionale: il governo della domanda, in particolare, si sta rivelando cruciale per una crescita sostenibile del fabbisogno di spesa.

Il governo della domanda, come strumento da utilizzare nella direzione di trattamenti più appropriati, sta a significare **conoscenza e controllo delle dinamiche con le quali la domanda di beni e servizi sanitari si manifesta, per intervenire su di essa**. È in questo settore che si gioca la partita dell'innovazione, ricercando le opportunità e gli stimoli per lo sviluppo delle cure primarie e per la valorizzazione del ruolo dei medici di famiglia, che sono i principali prescrittori delle prestazioni consumate dai cittadini.

La Regione Piemonte ha risposto a questa ulteriore sfida, nell'ultimo quinquennio, responsabilizzando i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, “agenti” dei consumatori-utenti, la cui collaborazione risulta fondamentale nell'indirizzare la domanda e nel garantire l'appropriatezza dei percorsi assistenziali dei propri assistiti, mediante la definizione, fin dal 1999, dei criteri per l'avvio e il funzionamento del budget di distretto⁸ nelle ASL piemontesi e (all'interno degli Accordi regionali per la medicina di base) di obiettivi tendenti a indirizzare il consumo di prestazioni verso quelle più appropriate.

⁸ Inteso, nella finanziaria 2001, come dotazione finanziaria virtuale, calcolata come prodotto del numero di abitanti per la parte della quota capitolata concernente le spese per prestazioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche, ospedaliere e residenziali, che si presumono indotte dall'attività prescrittiva dei medici di famiglia.

In tema di governo della domanda, nell'ultimo biennio, **il monitoraggio delle prescrizioni dei medici di famiglia ha evidenziato un buon recupero di margini di appropriatezza**. Alcuni esempi:



- Per quanto riguarda l'attività di ricovero, ad esempio, nelle ASL piemontesi la spesa per gli episodi di ricovero medici indicati nel decreto istitutivo dei LEA come non appropriati⁹, per i quali si prospettano quindi come preferibili altre forme di assistenza, quali l'assistenza territoriale e domiciliare, è diminuita del 25% nel passaggio dal 2002 al 2003; la diminuzione è avvenuta a conseguenza di una penalizzazione nei valori tariffari definiti dalla regione per i ricoveri considerati non appropriati;
- Con riferimento alle prescrizioni di farmaci, il monitoraggio mirato di categorie terapeutiche più suscettibili di anomalie prescrittive, contestuale alla ricerca di definizione di percorsi diagnostici e terapeutici condivisi, ne ha fortemente diminuito i volumi di spesa. Ne è un esempio il caso degli inibitori di pompa protonica, farmaci utilizzati per la cura di patologie gastrointestinali, caratterizzati da elevata iperprescrizione: in seguito al monitoraggio, unito a provvedimenti regionali quali la temporanea limitazione a una sola confezione per ricetta della prescrizione a carico del Servizio Sanitario Regionale, la spesa per questa categoria di farmaci è diminuita del 15,5% nel passaggio dal periodo aprile-settembre 2002 allo stesso periodo del 2003.

2.4 I RICOVERI NELLE STRUTTURE PIEMONTESE SONO MEDIAMENTE PIÙ COMPLESSI RISPETTO AI VALORI MEDIANI NAZIONALI

L'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali ha recentemente diffuso due studi che misurano la complessità dei ricoveri nelle strutture ospedaliere direttamente gestite dalle ASL e nelle aziende ospedaliere del servizio sanitario nazionale, in termini di prestazioni erogate, di fattori produttivi utilizzati e di costi sostenuti, utilizzando i dati provenienti dalle Schede di dimissione ospedaliera e dai bilanci delle ASL.

Il lavoro (sintetizzato nelle tabelle 8 e 9) contiene risultati di rilievo che potrebbero in parte spiegare (anche se non giustificare) i costi del sistema sanitario piemontese:

- il peso medio dei ricoveri, che indica la complessità della casistica trattata, è più elevato in Piemonte rispetto ai valori medi nazionali, sia per le strutture direttamente gestite che per le Aziende Ospedaliere: negli ospedali piemontesi si trattano cioè casi più complessi, il che può significare un buon filtro all'ingresso, rappresentato dalla presenza di servizi territoriali funzionanti e da comportamenti appropriati dei medici di famiglia, prescrittori delle prestazioni consumate dai cittadini;
- è più elevato, per entrambe le tipologie di strutture, anche l'indicatore relativo al personale per posto letto, che indica quante persone, indipendentemente dal ruolo di appartenenza (sanitario, professionale, amministrativo e tecnico) ruotano attorno a un posto letto e risulta più basso, di conseguenza, l'indicatore del numero di pazienti che sono stati in media assistiti da ciascun medico e da ciascun infermiere: l'indicatore, in assenza di informazioni supplementari, può significare alternativamente maggiore qualità delle cure erogate o utilizzo meno efficiente dei fattori produttivi;
- risultano più elevati dei valori medi nazionali, di conseguenza, dato l'utilizzo più intensivo di fattori produttivi, i costi medi per ricoveri e per posto letto; i fattori produttivi utilizzati in Piemonte hanno però un costo unitario inferiore ai valori medi nazionali.

⁹ Si tratta di 26 episodi di ricovero tra i quali sono compresi, ad esempio, i ricoveri per ipertensione e diabete.

IL FINANZIAMENTO E LA CLASSIFICAZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI IN ITALIA

A partire dal 1° gennaio 1995 tutti gli ospedali pubblici e privati accreditati sono finanziati per la loro attività di degenza in base al numero e alla complessità dei ricoveri effettuati, secondo un sistema di tariffe definito a livello nazionale e specificabile da ogni singola regione.

Le prestazioni ospedaliere vengono classificate e valorizzate mediante l'utilizzo di raggruppamenti di diagnosi ("Diagnosis related groups", DRG), omogenei per caratteristiche cliniche e per la quantità di risorse assorbite nel processo di assistenza.

Un decreto ministeriale del 30 giugno 1997 ha definito il peso specifico dei singoli DRG, sulla base della loro complessità (misurata in termini di risorse impiegate, personale e beni utilizzati per la produzione dell'episodio di ricovero).

Moltiplicando le singole prestazioni erogate all'interno di una regione per il loro peso e successivamente dividendo per il numero complessivo di prestazioni si ottiene il peso medio regionale delle prestazioni di ricovero erogate: un peso medio più elevato sta a indicare l'effettuazione di prestazioni più complesse.

Tab. 8 – Complessità e costi dei ricoveri ospedalieri.
Strutture Ospedaliere direttamente gestite dalle AsL nel 2001

	PESO MEDIO DRG	TOTALE PERSONALE PER POSTI LETTO	DIMESSI PER MEDICO	DIMESSI PER INFERMIERE	COSTO MEDIO PER RICOVERO	COSTO MEDIO PER POSTI LETTO	COSTO MEDIO PERSONALE
Piemonte	1,11	2,50	95,44	37,96	3.512	146.384	40.615
Lombardia	1,09	1,90	149,17	49,61	3.216	135.650	41.036
Veneto	1,16	2,16	125,25	39,43	3.340	141.893	40.870
Liguria	1,09	2,15	127,24	44,21	2.812	137.570	39.984
Emilia-Romagna	1,18	2,11	121,99	44,82	3.202	148.801	42.665
Italia	1,04	2,21	116,41	45,59	3.003	138.055	42.584

Fonte: ASSR

Tab. 9 – Complessità e costi dei ricoveri ospedalieri. Aziende Ospedaliere nel 2001

	PESO MEDIO DRG	TOTALE PERSONALE PER POSTI LETTO	DIMESSI PER MEDICO	DIMESSI PER INFERMIERE	COSTO MEDIO PER RICOVERO	COSTO MEDIO PER POSTI LETTO	COSTO MEDIO PERSONALE
Piemonte	1,33	2,96	89,38	37,94	4.482	196.772	39.160
Lombardia	1,14	2,55	118,96	48,46	3.227	142.258	38.090
Veneto	1,36	2,43	140,36	36,34	3.837	168.997	39.975
Liguria	1,38	2,23	105,77	44,15	3.323	137.336	38.175
Emilia-Romagna	1,32	2,55	108,82	44,58	3.493	166.914	37.003
Italia	1,19	2,54	108,24	43,84	3.391	160.816	39.979

Fonte: ASSR

2.5 UN PUNTO DI DEBOLEZZA DEL SERVIZIO SANITARIO PIEMONTESE: IL SALDO NEGATIVO DELLA MOBILITÀ OSPEDALIERA

Una possibilità di valutare la qualità dei servizi offerti dalla regione è fornita dall'analisi della mobilità ospedaliera: i flussi di mobilità in uscita e in entrata sono spesso considerati come una *proxy* della reputazione delle strutture.

In effetti, in base alle rilevazioni ISTAT, i pazienti dichiarano di optare per un ricovero al di fuori della regione di residenza per maggiore fiducia verso la struttura scelta e/o la scarsa fiducia nella qualità del servizio offerto da quelle della regione di provenienza (42,6% delle persone che si ricoverano fuori regione), più che per mancanza di un ospedale o reparto adatto alle proprie esigenze (20%) o lunghi tempi di attesa (2,2%)¹⁰.

Su questo versante il Piemonte non ha fornito, negli anni, performance complessivamente soddisfacenti.

In Piemonte il tasso di fuga, che mette in relazione i ricoveri dei piemontesi al di fuori della regione di residenza con il totale dei ricoveri dei piemontesi, è di un punto percentuale superiore al tasso di attrazione, che mette in relazione i ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni con il totale dei ricoveri effettuati dalle strutture della regione – 8% a fronte di 7,1% –, e la nostra **risulta l'unica regione medio grande del Nord in “deficit”, con una mobilità in uscita più elevata della mobilità in entrata**. Da rilevare che la situazione si protrae costantemente nell'ultimo decennio.

Andando ad analizzare le regioni nelle quali si dirigono i ricoveri dei piemontesi emergerebbe però una **mobilità in uscita prevalentemente “di confine”**, diretta soprattutto verso la Lombardia (il 4,6% dei ricoverati) e in Liguria (l'1,5% dei ricoverati). **E anche i ricoveri in entrata provengono prevalentemente dalle due regioni di confine** (l'1,6% dei ricoverati proviene dalla Lombardia e l'1,7% dalla Liguria); i ricoveri provenienti dalle regioni del Sud e Isole, tradizionali esportatrici di pazienti ospedalieri verso il Centro Nord, non raggiungono, nel complesso, il 2% dei ricoverati nelle strutture piemontesi.

Se è confermato il fatto che non si rileva una particolare capacità attrattiva dei poli di eccellenza presenti nella nostra regione, appare **più discutibile utilizzare la mobilità ospedaliera, trattandosi di una mobilità fisiologica, come indicatore della reputazione goduta dalle strutture piemontesi** presso i residenti di altre regioni.

Il suo limitato sviluppo comporta comunque un qualche problema – seppure di rilievo non grave – dal punto di vista del pieno utilizzo delle strutture, dimensionate in ogni regione sulla base del bacino di utenza rappresentato dalla popolazione residente.

2.6 UN PUNTO DI FORZA DEL SERVIZIO SANITARIO PIEMONTESE: LE RETI SANITARIE

Uno dei punti di forza del sistema sanitario piemontese, peculiare della nostra regione, riguarda la sua particolare competenza nell'organizzare, in questi ultimi anni, l'offerta dei propri servizi attraverso il modello delle reti sanitarie. Le reti (Donna, 2003) rappresentano un modello organizzativo nel quale aziende diverse, di per sé autonome, operano attraverso un sistema di relazioni tra i soggetti che ne fanno parte, i quali attraverso la rete si scambiano prodotti e/o servizi e/o informazioni. **La filosofia di fondo che permea tutte le reti sanitarie consiste nella presa in carico del paziente, fornendo così un servizio che ogni singolo pezzo della rete autonomamente non sarebbe in grado di fornire in maniera ottimale**, spesso anche con benefici rilevanti dal punto

¹⁰ cfr. ISTAT, 2002.

di vista dei costi, grazie alla razionalizzazione di strutture, procedure e processi che la rete consente, evitando duplicazioni o operazioni inutili.

In Piemonte si contano 16 reti di tale natura; tre casi di eccellenza, tra le reti sanitarie piemontesi, sono sicuramente rappresentati dalla **rete dei trapianti**, dalla **rete del 118** e dalla **rete oncologica**. Il box che segue fornisce, per ciascuna di esse, una breve descrizione. Tra le altre reti funzionanti in Piemonte si rilevano le reti di screening tumorale, cure domiciliari, cure palliative, assistenza perinatale, neuropsichiatria infantile e veterinaria.

Le principali reti sanitarie in Piemonte al 2003

RETI ATTIVE IN PIEMONTE	LIVELLO DI COPERTURA	TIPO DI RETE	DESCRIZIONE
Rete oncologica regionale	Regionale	Rete di percorso assistenziale, medica interdisciplinare, informatica	Basata sul principio della presa in carico globale del paziente oncologico e finalizzata a fornire livelli di cura appropriati e omogenei, attraverso un'organizzazione imperniata su un coordinamento centrale (Unità di Coordinamento Rete), diversi punti di accoglienza dislocati sul territorio (Centri di Accoglienza e Servizi) e da una serie di pool di esperti che permettano di affrontare la specifica patologia in maniera interdisciplinare
Rete dei trapianti	Nazionale	Rete logistica, rete informatica	Garantisce la logistica necessaria affinché un organo disponibile venga segnalato, espantato e trapiantato nel minor tempo possibile; inoltre detiene e analizza tutte le informazioni relative alle operazioni di trapianto avvenute e allo stato di salute dei trapiantati
Rete 118	Interregionale	Rete informatica, telefonica, radio	Rete di natura logistica finalizzata a ricevere le segnalazioni di emergenza sanitaria presso un unico centro regionale che ha poi il compito di individuare e inviare i soccorsi adeguati

Fonte: Donna, 2003

In generale sul versante delle reti sanitarie il Piemonte ha saputo conquistare, negli ultimi anni, **un'eccellenza relativa, che potrebbe rappresentare la base per la promozione di centri di eccellenza in grado di attrarre pazienti, esportare modelli, sviluppare know how, raccogliere fondi e promuovere iniziative imprenditoriali.**

3. DIFFERENTI MODELLI DI SERVIZIO SANITARIO REGIONALE A CONFRONTO

In un periodo di crescente responsabilizzazione delle regioni, i differenti modelli di organizzazione e gestione dei servizi sanitari di cui le regioni italiane si sono dotate possono condizionare fortemente l'andamento dei fenomeni sopra analizzati.

Alcune regioni hanno scelto di utilizzare appieno gli spazi di autonomia aperti negli ultimi anni, ridisegnando i propri assetti istituzionali all'interno dei piani sanitari regionali.



Il **Piano Sanitario Regionale lombardo**, ad esempio, affida alle ASL compiti di acquisto delle prestazioni, di controllo sulla qualità di queste, di verifica dei requisiti di accreditamento, di stipula dei contratti con gli erogatori, mentre alle Aziende Ospedaliere, scorporate dalle ASL, sono affidati compiti di produzione delle prestazioni. L'ipotesi sottostante tale modello è che la creazione di meccanismi concorrenziali fra produttori, incentivati a minimizzare i costi di produzione, incrementando l'efficienza tecnica, e a massimizzare i ricavi derivanti dalle prestazioni erogate, aumenti l'efficacia e l'efficienza dei servizi.



Il **Piano toscano**, che ha mantenuto un modello integrato in cui le aziende territoriali (ASL) dispongono delle strutture ospedaliere presenti nel proprio territorio, individua una serie di modifiche istituzionali, che prefigurano il coinvolgimento di soggetti diversi: a livello territoriale vengono introdotte le "Società della Salute", costituite prioritariamente dai Comuni e dall'ASL, che gestiscono tutti i servizi integrati del distretto. La base per la programmazione ospedaliera è invece rappresentata dalle tre macroaree in cui è stata suddivisa la regione, le "Aree Vaste", che hanno il compito di programmare la quantità e la localizzazione dei servizi specialistici erogabili e di siglare gli accordi interaziendali relativi alla mobilità.



L'evoluzione e lo sviluppo delle modifiche in questione determineranno la configurazione del modello di riferimento.

Il **modello romagnolo**, più tradizionale, definisce con chiarezza la scelta di centralità dell'ASL, lo sviluppo della funzione di committenza del distretto e la stipulazione di contratti interaziendali con i produttori esterni.



Il **Piemonte**, per contro, non ha ancora messo a punto il modello di riferimento del sistema sanitario per gli anni a venire: le proposte formulate negli anni 2001-'03 sono ora in fase di revisione. Nel frattempo è stata rivista, nel corso del 2002, l'articolazione territoriale, che rappresenta la base per la programmazione sanitaria regionale (finanziamento e programmazione delle risorse) attraverso l'individuazione dei quadranti, aggregazioni di ASL che rappresentano un momento di coordinamento, su base territoriale, di interessi di programmazione e di gestione complementari.



È ancora presto per dire quale dei modelli prescelti sia foriero di maggiori risultati; il confronto tra i tre piani sanitari regionali di Lombardia, Toscana ed Emilia-Romagna con la bozza di Piano piemontese, condotto utilizzando un gruppo di parametri che servono a sintetizzarne e raggrupparne i contenuti, prova a delineare la direzione dei percorsi intrapresi.

Quadro di confronto tra i PSR di Lombardia, Toscana, Emilia e la Bozza di PSR piemontese				
PARAMETRI CONFRONTO	LOMBARDIA (PSR 2002-2004)	TOSCANA (PSR 2002-2004)	EMILIA-ROMAGNA (PSR 1999-2001)	PIEMONTE (BOZZA DI PSR 2002-2004)
Valori dichiarati	Pluralismo	Universalità	Programmazione negoziata	Libera scelta informata
Ruolo della Regione	Regolatrice	Architetto del nuovo sistema	Coordinatrice	Coordinatrice
Ruolo delle Aziende	Parità tra pubblico e privato	Rete di relazioni istituzionali	Autonomia delle ASL	Tutela ed erogazione dei servizi
Raccordo con altri strumenti	Il Piano prevede diversi specifici atti programmatori	Previste ulteriori decisioni programmatorie	Previsti linee guida per applicazione PSR e piani di salute locali	Previsti provvedimenti successivi di attuazione del PSR
Strategie	Trasformazione aziende ospedaliere in fondazioni	Società della salute	Distretto della committenza	Aggregazioni interaziendali
Modello di riferimento	Soggetti erogatori differenziati e autonomi	Esito indeterminato, data la complessità	Centralità ASL e suo sviluppo manageriale	Poco definito
Monitoraggio applicazione del Piano	Indicatori di verifica	Monitoraggio dei processi	Non esplicitato	Indicatori per il controllo

CONCLUSIONI: QUALI SCENARI PER GLI ANNI A VENIRE?

Quali saranno gli esiti dei processi avviati dalla nostra regione per rispondere alla sfide sul versante della domanda (la gestione dell'incertezza) e dell'offerta (l'erogazione di servizi sanitari appropriati)?

Il Piemonte si sta attrezzando, come è emerso nel lavoro, **di fronte alla necessità di destinare maggiori risorse alla produzione di servizi per la cronicità**, alla luce delle tendenze previste nei prossimi decenni e descritte nella prima parte del lavoro; si registra un ritardo nei servizi più innovativi, come è emerso dagli standard di dotazione non ancora allineati per i centri diurni e le strutture per malati terminali.

Prosegue inoltre il monitoraggio delle prescrizioni (di farmaci, ricoveri e prestazioni specialistiche) e la responsabilizzazione dei soggetti prescrittori (i medici di famiglia) intrapreso fin dal 1999: su questo versante il Piemonte, che si è mostrato **un precursore nell'avviare, già alla fine dello scorso decennio, politiche di governo della domanda**, sta facendo registrare risultati positivi. Il lavoro ha evidenziato **altri punti di forza** del sistema sanitario piemontese, quali l'organizzazione dell'**offerta dei servizi attraverso il modello delle reti sanitarie**.

I rimedi alle **debolezze** già evidenziate negli anni precedenti¹¹ attuati dal servizio sanitario regionale non hanno per ora sortito gli effetti sperati. Nell'ultimo triennio **la spesa** sostenuta dal servizio sanitario piemontese per i propri residenti è costantemente **cresciuta più dei valori medi nazionali** ed è cresciuto il disavanzo nell'ultimo biennio: la spiegazione potrebbe trovarsi nella fase di "assestamento" che il Piemonte, una delle regioni più anziane d'Italia, sta attraversando, stretto tra la necessità di ridimensionare la rete ospedaliera e i servizi per l'acuzie presenti e quella di ampliare i servizi che rispondono alla domanda, crescente, di cronicità.

Persiste la **scarsa capacità attrattiva delle strutture di ricovero piemontesi**: il Piemonte continua a mantenere, unica tra le regioni medio grandi del Nord, un saldo passivo tra i ricoveri esportati e quelli importati, seppur determinato – elemento spesso trascurato – da flussi di prossimità.

Il modello di sistema sanitario prescelto dalla nostra regione, quindi il quadro di riferimento organizzativo nel quale collocare i servizi che verranno erogati negli anni a venire, **non è ancora compiutamente definito**, nelle more dell'approvazione del nuovo Piano Sanitario Regionale (l'ultimo PSR approvato è il Piano 1997-'99). Tuttavia emergono specificità organizzative e di indirizzo rispetto ai modelli delle altre grandi Regioni del Centro-Nord sulle quali appare opportuno un approfondimento delle riflessioni.

Nel complesso, un **quadro di luci e ombre**, senza grandi "scarti" nell'andamento dei fenomeni osservati, e con risultati apprezzabili anche in mancanza di un quadro programmatico predefinito: un universo sul quale sarà opportuno approfondire l'analisi, portando a regime gli strumenti di monitoraggio già attivati e ora in fase di revisione (Piani di attività e sistema di indicatori).

Una politica di indirizzo che parta dagli obiettivi di tutela e di prestazioni e li traduca in indirizzi e vincoli economico-finanziari sarebbe altresì in grado di rafforzare l'impatto delle performance positive rilevate per i singoli soggetti che operano all'interno del servizio sanitario regionale, **evitando**, da un lato, la tentazione di adottare **risposte "restrittive"** alle sfide che emergono, con l'applicazione di tetti alle risorse finanziarie allocate e/o un restringimento della gamma dei servizi garantiti e, dall'altro, quella di affidarsi a **politiche "permissive"** tendenti ad abbandonare per successive emergenze il vincolo di bilancio e a coprire i buchi emersi con l'aumento della pressione fiscale. La sfida che il Servizio Sanitario Regionale dovrà vincere, nei prossimi anni, sarà legata alla possi-

¹¹ Si vedano a questo proposito i capitoli "La sanità" in Piemonte Economico Sociale 2000, 2001 e 2002, IRES.



bilità di **“governare il cambiamento”**, intervenendo sulla riorganizzazione del servizio sanitario con politiche mirate che applichino rigorosamente i principi di **appropriatezza** sopra enunciati, con un **monitoraggio** costante dei livelli di assistenza erogati: questo scenario, anche se a costi superiori rispetto allo scenario “restrittivo”, garantisce risultati migliori e costi più contenuti rispetto allo scenario “permissivo”.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (2003), *Livelli essenziali di assistenza. La prima mappa dettagliata delle prestazioni e dei costi*, in “Monitor” n. 5, maggio-giugno.
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (2003), *Confronto tra le Aziende Ospedaliere 2001*, in “Monitor” n. 6, settembre-ottobre.
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (2004), *Flash sui presidi ospedalieri non aziendalizzati: dati di struttura, attività e costo*, in “Monitor” n. 8, gennaio-febbraio.
- Bartolacci S., Berni R., Cislighi C., Forni S., Tediosi F. (2001), *Il valore economico dell'ospedalizzazione in funzione del tempo della nascita e della morte*, “Politiche Sanitarie” 4-6: 193-203.
- Costa G. (1994), *L'equità della salute in Italia*, Fondazione Smith Kline, Milano.
- Cresa – Regione Piemonte (2002), *Progetto Budget di distretto: attività realizzate, iniziative intraprese e profili di consumo degli assistibili dei medici di famiglia nelle ASL e nei distretti piemontesi*, Torino.
- Donna G. (2003), *Le reti sanitarie: il caso piemontese*, in Dirindin N. (a cura di), *Cooperazione e competizione nel servizio sanitario*, il Mulino, Bologna.
- Federici A. (1999), *Le parole chiave – Appropriatezza*, in “Care” n. 1, Roma.
- France G. (2003), *I livelli essenziali di assistenza: un caso italiano di “policy innovation”*, in Fiorentini G., *I servizi sanitari in Italia*, il Mulino, Bologna.
- ISTAT (2002), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”*, Anni 1999-2000, Roma.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Relazione generale sulla situazione economica del Paese*, vari anni.
- Ragioneria Generale dello Stato (2004), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario*, Rapporto numero 5, Roma.
- Taroni F. (2003), *Proiezioni demografiche e politiche sanitarie*, in Fiorentini G., *I servizi sanitari in Italia*, il Mulino, Bologna.

