

## LE POLITICHE SANITARIE: BREVI CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

---

Le molteplici **implicazioni e sfaccettature dei temi che si intrecciano in materia di sanità** (dalle garanzie circa la effettività di un diritto soggettivo, alle responsabilità di *Welfare* dello Stato, alla gestione della spesa pubblica secondo criteri di efficienza d’impresa, nell’ottica dell’integrazione nel sistema “quasi-mercato”) inducono a *porre in premessa una riflessione di contesto circa il quadro entro cui ci muoviamo.*

In via generale, ferma restando l’opportunità di “approfittare” del momento attuale con la riforma federalistica<sup>1</sup> (che si configura - almeno in via teorica - come una riforma di portata straordinaria per superare gli sprechi e soprattutto identificare una nuova *accountability* nella gestione finanziaria delle risorse disponibili, la crescita senza controllo delle spese<sup>2</sup>, e infine per “pensare” un modello che garantisca effettivamente alcuni diritti in pari misura a tutti i cittadini: LEA, LIVEAS, LEP), in via generale – dunque – non si può non tener presente che il tema “all’ordine del giorno” risulta essere il Federalismo e la definizione di nuovi parametri per la spesa (specie la spesa locale) in termini di fabbisogni e costi standard. Occorre, d’altro canto, considerare che l’agenda è stata dettata per ragioni disparate e non principalmente per rendere efficiente la spesa pubblica italiana.

---

<sup>1</sup> Opportuna, peraltro, una breve ma necessaria puntualizzazione sulla categorie concettuali tradotte del termine federalismo. La riforma costituzionale del 2001, che viene letta come il momento che introduce il modello federale nell’ordinamento nazionale non contiene alcun espresso riferimento al termine “federalismo”, né qualifica il concetto. Si parla, invece, espressamente di federalismo fiscale nella legge 133/99 e successivo decreto legislativo 56/2000; ancor prima si parla di federalismo sanitario con la legge 502/92. Il termine in Italia è sempre stato interpretato, tuttavia, con accezione più propriamente finanziaria e solo più recentemente si fa riferimento ad un federalismo istituzionale e ad un federalismo del personale della PA.

<sup>2</sup> Cfr. *Questione settentrionale e questione meridionale* di Giuseppe Pisauro in “Italiani Europei” n.1/2009: “In definitiva, al di là della retorica, e sul federalismo ce n’è parecchia, poiché il quadro degli incentivi non è destinato a mutare in misura significativa, non sembra ragionevole attendersi risparmi di spesa importanti dall’attuazione dell’art. 119 della Costituzione.”

Questo solo come accenno rispetto al fatto che con *tale tema* – evidentemente – si faranno i conti ma che ciò non esime dal poter considerare come i *cattivi esempi*<sup>3</sup>, che nel tempo si sono registrati, siano stati la vera causa delle difficoltà (più e prima che non la mancanza di uno Stato *federalista*<sup>4</sup>).

In verità tutto ciò, a maggior titolo sul versante della sanità, non richiedeva il “progetto federalista” (che si spera possa produrre effetti in termini complessivi al sistema Paese su altri fronti oltre che sulla sanità: “il fatto che la riforma sia stata condivisa dall’opposizione e che le Regioni ed Enti locali l’abbiano approvata all’unanimità, ha un grande valore anche economico, perché è garanzia di un patto di razionalizzazione della spesa pubblica che sarà difficile non rispettare”<sup>5</sup> - se al contempo si riuscirà a temperare il rischio di un rinvio *sine die*<sup>6</sup> attraverso il suo concreto avvio), poiché – come spesso accade – **i modelli giuridici e con essi le riforme segnano il passo nella loro effettiva attuazione**; poteva in definitiva essere sufficiente procedere per approssimazioni sulla base, eventualmente, di modifiche normative delle disposizioni vigenti.

(1). **La identificazione del modello vigente:** attraverso astrazione evidenziarne le linee portanti e gli elementi essenziali; a seguire si potranno verificare le cause del malfunzionamento ovvero le ragioni per cui il modello non

MODELLO

<sup>3</sup> Cfr. Gilberto Muraro, *Il federalismo costa solo se fallisce*, in Lavoce.info del 20 febbraio 2009: “Il mancato rispetto delle regole nel rapporto tra centro e periferia, esso caratterizza una parte rilevante della storia finanziaria dell’Italia repubblicana. Fin dagli inizi, quando la Sicilia ottiene il diritto di trattenere praticamente l’intero prelievo tributario locale in cambio di maggiori impegni di spesa, in particolare in cambio dell’ingente spesa per l’istruzione, e poi si tiene le risorse senza pagare le scuole. E in seguito, con la politica successiva alla riforma fiscale degli anni Settanta, quando il governo pone ai comuni vincoli di bilancio che non fa rispettare e procede poi a sanatorie dei deficit e addirittura basa i successivi trasferimenti sulla spesa “sanata” e quindi premia di fatto i comuni meno virtuosi. E poi ancora, con i deficit della gestione regionale della sanità, che nell’ultimo triennio hanno indotto a dare ad alcune regioni miliardi di fondi aggiuntivi rispetto a quanto loro attribuito dalla formula di ripartizione del fondo sanitario nazionale, (...) per arrivare ai giorni nostri, i 140 milioni a Catania e i 500 a Roma di qualche settimana fa”.

<sup>4</sup> Si può ritenere in via generale che la “deriva” spontanea del processo di federalismo per sua natura intrinseca non garantisca la riduzione dei costi, né condizioni obbligate di razionalizzazione e semplificazione del sistema. Non può dimenticarsi che i processi di decentramento amministrativo degli ultimi anni hanno prodotto come effetto, nel profilo complessivo delle spese, una esplosione delle stesse, fino quasi a raggiungere l’incremento di oltre il 2% rispetto agli anni precedenti. Il punto, dunque, rimane la necessità di una responsabilità diretta dei centri di spesa di dar conto delle proprie azioni e decisioni finanziarie. D’altro canto rimane, altresì, necessario evitare quella che è l’azione più diffusa dei Governi italiani: la mancanza di risultati apprezzabili innesca procedure per nuove riforme *ab origine*, ritenendo sbagliata la riforma precedente e senza produrre alcuna verifica circa la sua mancata (o parziale o insufficiente) attuazione, né la sua eventuale rettifica migliorativa.

<sup>5</sup> Cfr. “I conti sbagliati del federalismo”, di Luca Antonini, del 27 gennaio 2009, su il sussidiario.net.

<sup>6</sup> Cfr. “Questo federalismo non ha i numeri”, di Massimo Bordignon, del 26 gennaio 2009, su LaVoce.info.

risultati più adeguato. Tale prima verifica, tuttavia, riguarda non solo la “fotografia” dell’elemento giuridico, amministrativo e regolatorio posto in essere nel nostro ordinamento ma soprattutto la prassi, la realtà concreta, la effettività dell’attuazione<sup>7</sup>. Le riforme della pubblica amministrazione da realizzare (e già realizzate) devono avere conseguenze pratiche. È su questo tema che ancora va posto un forte richiamo all’attenzione dei *policy makers* (vertici politici e manageriali).

Anche nello specifico ambito sanitario il tema si pone con tratti simili, tanto che l’Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2005, ha intrapreso un’iniziativa orientata alla diffusione della *Knowledge Management Strategy* che fonda sull’esigenza di dare attuazione concreta alle soluzioni esistenti per il miglioramento dei sistemi sanitari che ancora oggi, seppur conosciute, non trovano applicazione reale, sia sul profilo propriamente “clinico” che sul piano organizzativo.

In una sommaria tassonomia degli obiettivi che i processi di KM tendono a raggiungere e migliorare, si possono porre in elenco: l’efficienza dei processi, il *time to market*, l’innovazione, il *decision making*, la gestione delle relazioni con i clienti e la loro soddisfazione.

In altri termini **rendere fruibili ed effettivi i cambiamenti e i miglioramenti**. L’idea che spesso consegue alla verifica degli studi, delle norme, delle componenti teoriche delle riforme è che non sia mai poi tangibile nella sua effettività la conseguenza pratica e diffusa delle riforme: una sorta di *iperuranio* da cui le idee e le buone pratiche non riescono ad essere trasferite nelle conoscenze diffuse.

<sup>7</sup> In tal senso il modello a cui si fa riferimento è quello dell’ *International Journal of Forecasting* (www.forecasters.org) il cui obiettivo di ricerca e studio è il superamento del *gap* fra teoria e pratica in vari sistemi (peraltro anche in sanità con Health Forecasting), ponendo forte enfasi negli studi empirici, valutazioni di attività, implementazione delle ricerche. In via di estrema approssimazione i due elementi (anche integrati fra loro) del binomio entro cui scegliere il metodo possono essere *Forecasting/ Backcasting*. Per Forecasting si intende il metodo di studio ed analisi che si basa principalmente su variabili quantitative, facendo riferimento alla situazione attuale, proiettandola linearmente al futuro, in maniera quasi deterministica e con un set limitato di opzioni (con gli ingredienti che ho che torta posso realizzare?). Per Backcasting si intende il metodo di studio ed analisi che si basa principalmente su variabili qualitative, prefigura i risultati attesi in un tempo futuro e, da essi, torna al presente per individuare i percorsi più plausibili per raggiungerli (quali ingredienti mi servono per realizzare una torta di mele?). Il backcasting concentra maggiormente l’attenzione su ciò che ci si propone come obiettivo futuro da realizzare e richiede che si avviino i processi necessari per il suo raggiungimento; il forecasting richiede la capacità di ottimizzare l’uso delle risorse disponibili.

(2). **Orientamento ai risultati.** In tutte le fasi (che sommariamente possono individuarsi nell'ambito di una sequenza programmatoria: analisi di contesto, verifica ex ante, programmazione a breve medio lungo termine, verifica e controlli in itinere ed ex post, feed-back, rimodulazione degli obiettivi, etc.) il coinvolgimento delle parti è operazione necessaria perché i processi riformatori e di cambiamento vadano a buon fine e, dunque, ci siano conseguenze pratiche alle riforme; al contrario spesso si registra, invece, una continua “estraniazione” e allontanamento delle parti. Ciascuna di esse percepisce il sistema come altro da sé; le azioni principali nei confronti dello stesso sono di rivendicazione o rivalsa circa aspettative, doveri, diritti (quando non di vera e propria “vendetta”) o in ogni caso producono soluzioni di “facciata” (ossia si rende una risposta alla riforma solo sul profilo formale<sup>8</sup> da cui non sempre è possibile registrare effettivi miglioramenti dal punto di vista del cittadino-utente).

<sup>8</sup> L'accordo stato-regioni del 29 luglio 2004, nel fissare gli indirizzi progettuali alle regioni per il raggiungimento degli obiettivi prioritari del PSN 2003-2005, richiede una parziale rimodulazione organizzativa nell'erogazione delle cure primarie, verso nuove forme che favoriscano l'integrazione con le altre figure sanitarie territoriali. Al fine di avviare questo processo la Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ha effettuato una *“Riconoscizione ed analisi di modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di cure primarie”*. I risultati dell'indagine, nella media nazionale dei dati ottenuti dalle risposte pervenute mostra che relativamente a: **Assistenza Primaria** - nel 94,5 % delle Aziende sanitarie locali esiste un livello aziendale di organizzazione dell'assistenza primaria; nel 97,8 % sono stati attivati i Distretti nell'Azienda; nel 68,5 % esiste una politica di budget a livello aziendale. **Medicina in associazione** - nel 25,9 % delle Aziende sanitarie locali sono presenti studi a sede unica; Linee guida per patologie cardiovascolari sono condivise nel 56,9 % delle ASL, per patologie metaboliche nel 46,9% e per patologie neurologiche nel 14,9% ; solo nel 14,9 % delle ASL il compenso forfetario previsto dall'art. 45 lettera b del DPR 270/2000 è stato incrementato da accordi integrativi. **Medicina in rete** - nel 13,8 % delle Aziende sanitarie locali sono presenti studi a sede unica; nel 18,2 % delle ASL sono utilizzati sistemi informatico-telematici per i collegamenti con i centri di prenotazione dell'Azienda; nel 18,8 % il compenso forfetario previsto dall'art. 45 lettera b del DPR 270/2000 è stato incrementato da accordi integrativi. **Medicina di gruppo** - A livello nazionale sono presenti 1.541 forme associative di medicina di gruppo; nel 22,1 % sono utilizzati sistemi informatico-telematici per i collegamenti con i centri di prenotazione dell'Azienda; nel 21,6% il compenso forfetario previsto dall'art. 45 lettera b del DPR 270/2000 è stato incrementato da accordi integrativi. **Forme di aggregazione sperimentali** - nel 17,1% delle Aziende sanitarie locali esistono, a livello sperimentale, forme di aggregazione tra medici riconducibili ad un modello evolutivo quale ad esempio Unità di cure primarie, nuclei o gruppi di Cure Primarie etc Le strutture che ospitano queste forme di aggregazione sono messe a disposizione solo dal 7,7% delle ASL. **Equipes territoriali** - nel 28,2 % delle ASL sono attive équipes territoriali. A livello nazionale esistono, globalmente, 554 équipes territoriali. **Assistenza domiciliare** - nel 86,7 % delle ASL il MMG è presente nell'Unità di Valutazione multidimensionale che valuta il bisogno del paziente e seleziona la risposta appropriata. **Assistenza domiciliare programmata - ADP** - Il 99,4 % delle ASL hanno organizzato l'ADP per pazienti con impossibilità permanente a

Molte innovazioni legislative che pure hanno delineato un modello (teorico) nuovo e teso ad implementare percorsi di responsabilità e di efficacia, sono state completamente disattese, per ragioni di rigetto culturale generale (strumentali e di opportunismo, di calcolo e/o di profitto) verso il cambiamento ma anche per il mancato coinvolgimento delle parti. Le riforme vengono “subite” e dunque rifiutate e aggirate. È evidente, altresì, che un processo di coinvolgimento, condivisione, concertazione è più lungo e complesso (non poche volte comunque infruttuoso per le stesse ragioni strumentali); tuttavia è l’unico che possa garantire l’avvio del cambiamento reale e dunque l’effettività delle riforme.<sup>9</sup>

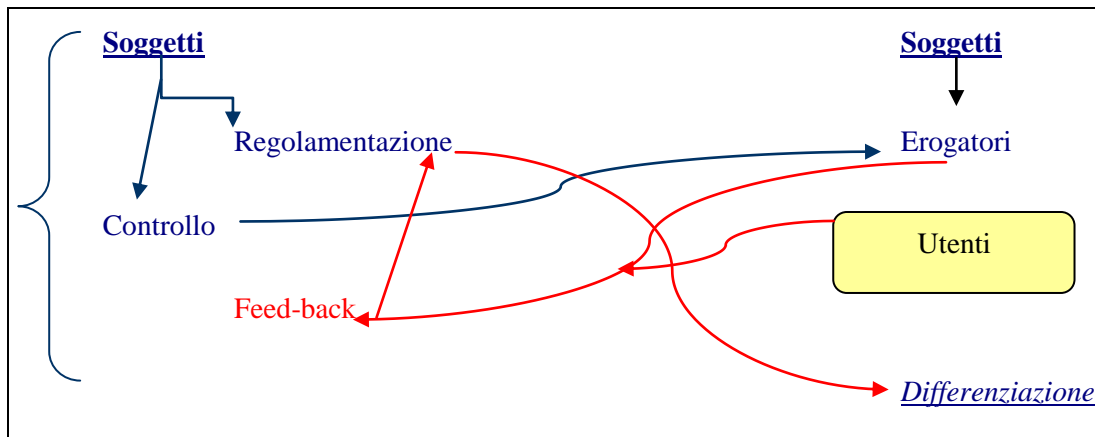
(3). **A voler, dunque, individuare le “parti”** del sistema (*attori della filiera - istituzionali e non istituzionali*), uno schema sommario consente di porre le questioni di cui si tratta almeno su due piani entro cui operano tre tipologie di soggetti: i piani possono distinguersi in “Regolativo, Programmatorio” e “Tecnico, Operativo, Erogativo”; i soggetti - diversamente posizionati sui due piani - sono le Istituzioni pubbliche, gli Operatori (pubblici e privati) e gli Utenti-fruitori.

FILIERA
---------

---

raggiungere lo studio del MMG; nel 20,4 % delle Aziende è stato previsto un compenso aggiuntivo rispetto al compenso di cui al DPR 270/2000. **Assistenza domiciliare integrata - ADI** - Il 91,7 % delle Aziende sanitarie locali hanno organizzato l’ADI nei confronti di pazienti bisognosi dell’intervento integrato di servizi Sanitari e Sociali; nel 44,4 % delle Aziende è stato previsto un compenso aggiuntivo rispetto al compenso di cui al DPR 270/2000. **Assistenza Domiciliare Residenziale - ADR** - Il 91,7% delle Aziende sanitarie locali hanno organizzato l’ADR nei confronti degli ospiti in residenze protette; ove è stata organizzata l’ADR, nel 64,6 % delle Aziende viene effettuata dal MMG; il compenso previsto per ogni accesso è stato individuato nel 61,9 % dei casi da accordi regionali e nel 4,4% da accordi aziendali. (*Fonte: D.G. programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema*)

<sup>9</sup> Tale *modus operandi* se acquisito come *main streaming* dell’effettività del principio costituzionale della “leale collaborazione” a cui i vari livelli di governo sono chiamati, è l’unico che possa almeno in parte porre una garanzia a quella che viene definita la “singolare interpretazione delle regole della democrazia maggioritaria in Italia, secondo cui ogni nuovo Governo e ogni nuova maggioranza parlamentare dovrebbe necessariamente ricominciare da zero, smontando o insabbiando le riforme varate dai suoi predecessori”. (*Cfr. F. Bassanini e L. Castelli, a cura di, “Semplificare l’Italia”, Passigli Editori, Firenze, 2008, p. 19.*)



(a). **Il primo livello (regolativo-programmatorio)**, dunque, riguarda le facoltà e prerogative dello Stato, delle Regioni e degli Enti locali, per quanto di competenza sugli aspetti socio-assistenziali. Il punto di partenza per quanto attiene questo livello non può non essere la consapevolezza di una **scelta di fondo nel governo della Sanità**: si assume un modello di governo condiviso (*shared rule*) e non di autogoverno (*self rule*); scelta per molti versi obbligata stante la statuizione costituzionale delle prerogative dello Stato sulle garanzie e tutela sulla salute e sui livelli essenziali, che, tuttavia, non ha impedito il conflitto quasi permanente con le Regioni.

Tale scelta di fondo deve significare che le “parti” in campo consentono l’affermazione di due assunti: si ammette la differenza e si ammette la “compromissione” dell’autonomia. Le Regioni dovrebbero riconoscere che le realtà territoriali regionali e infraregionali differiscono fra loro a volte anche profondamente; a ciò non può seguire un trattamento uniforme.

L’ottica del governo condiviso implica che non si possa parlare di autonomia compromessa o compressa, poiché questa non è “assoluta” per lo Stato né per le Regioni; implica, altresì, che l’autonomia vada intesa con confini elastici tali che possano essere ridefiniti di volta in volta secondo le situazioni (temporali e geografiche) e tali da riguardare la possibilità di una modulazione dei rapporti fra

Stato e Regioni in parte sul profilo legislativo e ancor più sul profilo amministrativo<sup>10</sup>.

Questo esercizio può riguardare azioni dello Stato nei confronti delle Regioni, di queste sulle proprie Aziende sanitarie/ospedaliere, di queste ultime nei confronti dei propri distretti, sia sul profilo finanziario che sul profilo organizzativo. (Questo anche al netto di ipotesi non escluse di *sanzioni*<sup>11</sup> che si possono prevedere per i vertici tecnici e politici che siano incorsi in cattive gestioni<sup>12</sup>. Si vuol dire, insomma, che l'ipotesi di un modello flessibile di allocazione delle competenze non esclude la responsabilità pure da attribuire di volta in volta ai vertici di riferimento).

**Per molti versi la *ratio* del Patto per la salute** (Accordo Stato Regioni di settembre 2006) può essere colta in questa consapevolezza e nell'impegno reciproco dello Stato e delle Regioni. Pur tuttavia la buona prova di sé che il *modello* ha dato (specie nell'accordo finanziario) non ha consentito di risolvere le

---

<sup>10</sup> A tale riguardo è possibile ritenere che non tanto di “veri e propri” poteri sostitutivi debba parlarsi ma di una possibile declinazione e interpretazione del principio di sussidiarietà, secondo cui è previsto l'intervento da parte dell'ente superiore a sostegno dell'ente inferiore nei casi di difficoltà di una efficace gestione del servizio. “Il principio consente (e impone) ad un ente superiore di svolgere funzioni e compiti in ausilio di enti di governo (territorialmente) inferiori al fine di supportarli o sostenerli nell'esercizio delle funzioni ad essi attribuite e, qualora nonostante tale ausilio essi non presentino in concreto la capacità e la forza (anche finanziaria) necessarie, consente di attribuire la competenza all'ente superiore, introducendo così un criterio di elasticità”. Cfr. F. Bassanini e L. Castelli, *cit.*, p. 54.

<sup>11</sup> Il concetto di sanzione è declinabile – in tale contesto – almeno in due accezioni su cui fare chiarezza: da un lato in conseguenza all'accertamento di frode, corruzione, danno erariale, etc. e dunque con una sanzione da applicarsi ai sensi di legge; d'altro lato la difficoltà di stabilire la responsabilità dei vertici amministrativi e politici delle amministrazioni nei casi in cui si registra la inefficienza della macchina amministrativa e la negazione di fatto di un diritto del cittadino. Si vuol dire con questo vi sono spesso comportamenti illeciti improntati anche ad una correttezza formale ma di fatto elusivi delle norme, che seppure non rilevanti sotto il profilo penale hanno effetti negativi sulla spesa. La questione rischia ulteriore complicazione qualora si dovesse delegare ai partiti politici la funzione di selezionare la propria classe di eletti ed escludere coloro che - per responsabilità e colpa - siano incorsi in cattive gestioni di enti, aziende, etc. pur senza che si sia conclamata una fattispecie di reato. (Non sembra possibile registrare ad oggi una volontà né una capacità dei partiti in tal senso, al contrario si coglie il rischio di aprire interminabili, quanto infruttuosi, dibattiti su categorie ideologiche quali garantismo-giustizialismo, questione morale, etc).

<sup>12</sup> Non può non segnalarsi a tale proposito il paradosso che spesso deriva dall'idea della sanzione politica che debba provenire dall'elettorato nei casi di cattivo funzionamento della macchina amministrativa. In questi casi, infatti, non poche volte il “politico” ( e gli stessi manager-vertici amministrativi che spesso esercitano anche ruolo politico) svolge un ruolo da “mediatore” nell'ottica di assicurare al cittadino – per vie alternative – il diritto che viene negato per le vie formali (v. liste di attesa, etc.), per cui non solo non vi è sanzione ma addirittura un riconoscimento premiante.

questioni più gravose (e ancora emergenti e urgenti) del sistema, gli elementi di criticità come “descritti” nel Patto medesimo: l’inappropriatezza di alcune prestazioni, come l’utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e dei pronto soccorso dovuto all’organizzazione ancora prevalentemente burocratica della medicina di base e alla carenza di servizi di assistenza domiciliare integrata; le lunghe liste di attesa; l’ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante di alcune Regioni; l’insufficiente qualità dei servizi sanitari in alcune Regioni, che spinge i cittadini a rivolgersi alle strutture di altre Regioni per usufruire di cure adeguate.

**(b). Il secondo piano (tecnico-operativo-erogativo)** riguarda i servizi effettivamente resi e domandati sul territorio; le parti, in questo segmento della filiera, sono gli operatori sanitari (pubblici e privati) e gli utenti – fruitori. È evidente che tali due parti non sono poste sullo stesso piano, rispondono ad esigenze diverse e perseguono bisogni diversi.

In ogni caso bisogna tener conto di una variegata e complessa realtà; una fondamentale declinazione delle questioni, al netto della presenza di pubblico e privato, non può prescindere dalla distinzione delle **tipologie disaggregate di servizi**. In via sommaria si distinguono almeno le seguenti (ognuna delle quali ha una misura di quantità e di qualità che la rende efficace ed effettiva) ulteriormente declinabili:

- ✓ prevenzione
- ✓ assistenza socio-sanitaria
- ✓ assistenza di base
- ✓ assistenza territoriale
- ✓ assistenza farmaceutica
- ✓ assistenza ospedaliera
- ✓ assistenza specialistica

**Dal punto di vista degli operatori** si segnala solo in via generale la particolare condizione per cui lo *status* di lavoratori che operano nello stesso settore sia sottoposto a regimi contrattuali differenziati fra pubblico e privato<sup>13</sup> – fatto che



ingenera non poche difficoltà. L'ulteriore particolarità riguarda il sistema delle convenzioni (convenzioni per la medicina di base, la specialistica e la pediatria di "libera scelta"), su cui la verifica di qualità si può ritenere minima (se non assente del tutto – vedi per i medici di base<sup>14</sup>), e dell'accREDITAMENTO (accREDITAMENTO delle strutture private: laboratori, cliniche, etc. che vengono pagati sulla base di tariffe concordate al momento dell'accREDITAMENTO) su cui si è giunti al paradosso che i dipendenti di tali strutture private sono stati "indirizzati" a rappresentare alle Regioni la difficoltà di rinnovare i contratti (nel senso che la parte datoriale privata ritiene che le "tariffe" pagate dalle Regioni siano insufficienti a coprire anche i contratti dei propri dipendenti .!!...).

**Dal punto di vista dell'utente-fruitori** è evidente che la sua condizione di "malessere" psico-fisico nel momento in cui si rivolge ai servizi lo pone in una condizione "passiva"<sup>15</sup> di disponibilità ad accettare (*a subire per molti versi*) quanto gli viene proposto; in qualità di *stakeholders* può risultare utile anche un ruolo

---

<sup>13</sup> Cfr. "Il lavoro in Sanità. Riflessioni e prospettive", di R. DETTORI in "1978-2008 TRENTENNALE DELLA RIFORMA SANITARIA. Legge 833 una grande conquista, un impegno da attuare". "(...) si ricordi, infatti, che fino alla metà degli anni 80 si avevano contrattazioni distinte per il personale degli ospedali, delle singole mutue (Inam, Inadel, ecc.), e le Ipab sanitarie allora collocate negli Enti locali. Si può dire che l'ultimo tassello di questo complesso processo di unificazione è stato posto con l'ingresso della sanità penitenziaria nel Ccnl Sanità avvenuto nel 2007. (...) allargare lo spazio del Ccnl, addivenendo nel tempo alla definizione di una cornice unica per il settore, a prescindere dal rapporto, pubblico, privato o di cooperativa intrattenuto dagli operatori con il datore di lavoro".

<sup>14</sup> L'assunto è, evidentemente, il principio di libertà di scelta del cittadino-fruitori il quale in via implicita conferma la qualità del servizio con il suo permanere presso il medesimo medico di famiglia; la realtà è molto differente da tale assunto poiché il servizio che in via generale viene richiesto a tale operatore è molto al di sotto (in linea di massima si chiedono certificazioni e prescrizioni di farmaci, di esami di laboratorio, di visite specialistiche; raramente si chiedono azioni propriamente cliniche e in parte così si spiega l'elevato numero di accessi – che non richiedono ricovero - al Pronto Soccorso Ospedaliero) di quello che gli viene assegnato e retribuito dal sistema convenzionale sottoscritto. A intervalli irregolari nel tempo emergono infatti non pochi casi di "frode" e illeciti rispetto alle ragioni per cui una dato medico prescrive ai suoi pazienti una specifica tipologia di farmaci, una determinata visita specialistica, etc. Questo al netto delle specifiche prescrizioni delle Convenzioni che vengono sottoscritte in forma contrattuale e degli obblighi (spesso disattesi) che si assumono: garanzia della continuità assistenziale, studi medici associati, ricetta elettronica.

<sup>15</sup> Nell'intervento della Quinta Giornata degli Innovatori del Forum PA del maggio 2005, Baraghini (Direttore Ufficio Qualità Policlinico di Modena) afferma che la difficoltà ad una verifica di qualità rispetto agli utenti deriva anche dalla "sudditanza psicologica e culturale dei cittadini e l'autoreferenzialità" del sistema.

diverso da riconoscere agli *informal caregivers* al fine di evitare la condizione di “sudditanza” suddetta del paziente.

(4). Le condizioni, dunque, minime da valutare ed entro cui le prestazioni debbano essere erogate non possono prescindere dalla **verifica di precondizioni** quantitative (standard e tipologia di servizi); qualitative (efficienza, efficacia ed appropriatezza); di processo (presa in carico e modelli organizzativi), secondo un modello che contempli profili normativi e regolativi, organizzativi e finanziari.

VERIFICHE

**Dall’analisi degli strumenti e sistemi di gestione della qualità delle Asl e Ao italiane<sup>16</sup>, emerge la scelta fra i sistemi di qualità più diffusi, che sono:**

- Circoli della qualità (insieme di incontri periodici tra gruppi ristretti guidati da un moderatore in cui si identificano e si analizzano le criticità di un processo e si discutono ed elaborano le possibili soluzioni);
- Certificazioni ISO 9000: 2000 (certificazione che le Aziende ottengono se dimostrano la corretta interpretazione dei principi - *Orientamento al cliente; Leadership; Coinvolgimento del personale; Approccio per processi (che consente all’organizzazione il collegamento tra le esigenze dei clienti e quelle del soggetto produttore/erogatore); Approccio sistemico alla gestione; Miglioramento continuo; Decisioni basate sui fatti; Rapporto di reciproco beneficio con i fornitori.* - per la gestione totale della qualità ed applicarli non solo in fase di introduzione del sistema ma anche in fase di verifica, con controlli periodici per attestare il mantenimento degli standard);
- European Foundation Quality Management (modello che consente di incoraggiare le organizzazioni a partecipare ad attività di miglioramento per il raggiungimento dell’eccellenza e di assistere la dirigenza nel fare della Gestione della Qualità Totale un fattore di successo e di vantaggio competitivo globale. Il modello è costituito da nove criteri, a ciascuno dei quali è attribuito un peso, a seconda dell’importanza che riveste per il raggiungimento dell’eccellenza);

---

<sup>16</sup> Cfr. Rapporto CEIS Sanità 2008.

- Premi qualità (riconoscimento per i risultati ottenuti da una organizzazione nell'implementazione di una gestione efficace della qualità, valido a livello nazionale ed internazionale);
- *Joint Commission on Accreditation of Health Care Programs* (supporto alle organizzazioni sanitarie per il miglioramento continuo della sicurezza e della qualità dell'assistenza). Il Manuale JCI contiene 368 standard di cui 170 definiti standard «core», in quanto requisiti obbligatori che tutte le organizzazioni devono raggiungere per essere accreditate.

**Tabella - Sistemi qualità e accreditamento in Italia**

Regioni	Circoli per la qualità	Premi per la qualità	ISO	EFQM	JC	CCHSA
Abruzzo	X		X			
Basilicata			X	X		
Calabria			X			
Campania			X			
E. Romagna				X		
Friuli V. G.			X	X		
Lazio			X			
Liguria			X			
Lombardia			X		X	
Marche			X			
Molise			X			
Puglia			X			
Sicilia			X			
Sardegna			X			
Toscana			X	X		
Trento			X		X	
Umbria			X		X	
Valle d'Aosta			X			
Veneto			X			X

Fonte: Rapporto CEIS Sanità 2008

**(5). Un programma per la qualità** deve assicurare che ogni “paziente riceva la prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, con il minor consumo di risorse, che comportino il minor rischio di danni conseguenti al trattamento e con la massima soddisfazione per il paziente”<sup>17</sup>.

<sup>17</sup>Cfr. Bozza di documento del Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III, del Ministero Salute, “Analisi e condivisione delle esperienze di governo clinico” del gennaio 2007.

**Il modello del “Governo clinico”**<sup>18</sup> assume come determinanti fra loro correlati, secondo un approccio integrato e di sistema i seguenti elementi: • Formazione continua • Gestione del rischio clinico • Audit clinici • Medicina basata sull’Evidenza: EBM, EBHC • Linee guida cliniche e percorsi assistenziali • Gestione dei Reclami e dei contenziosi • Comunicazione e gestione della documentazione • Ricerca e sviluppo • Esiti • Collaborazione multidisciplinare • Coinvolgimento dei pazienti • Valutazione del personale.

Altro strumento fondamentale del governo clinico è rappresentato dai **percorsi assistenziali o percorsi assistenziali integrati**, che possono essere definiti “i piani assistenziali integrati che delineano il processo di assistenza per una particolare condizione dall’ammissione sino alla dimissione”<sup>19</sup>. Essi includono anche gli aspetti organizzativi legati al processo assistenziale, e sono adattati alla realtà locale. Essi, quindi incorporano le linee guida, fanno riferimento ad espliciti standard, coinvolgono differenti figure professionali, migliorando la comunicazione interdisciplinare, evitando duplicazioni di informazioni e trattamenti, riducendo la variabilità nella pratica clinica.

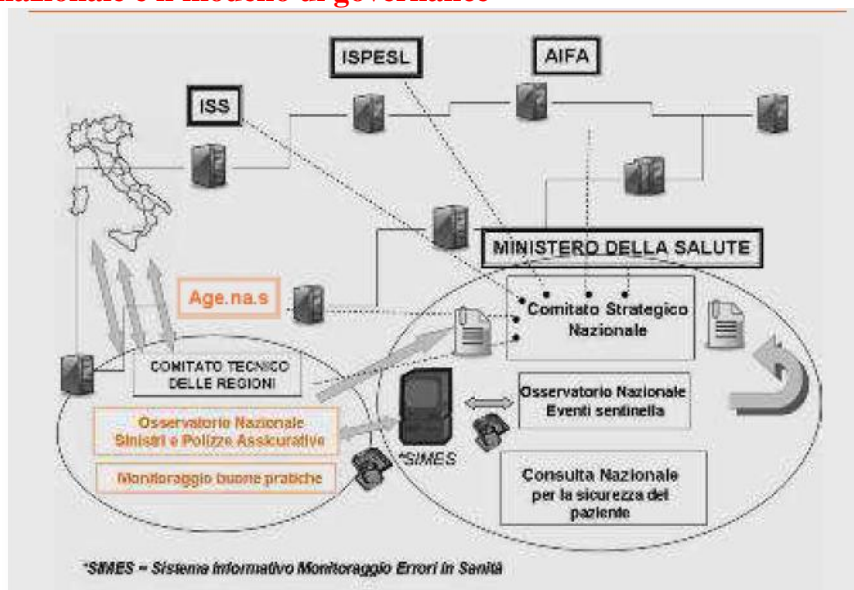
In data 20 marzo 2008 le Regioni in sede di conferenza Stato-Regioni hanno sottoscritto l’Intesa con il Governo, concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, concordando sulla necessità di definire: “*a.* Soluzioni organizzative finalizzate alla riduzione del margine degli errori e degli eventi avversi che possono manifestarsi nel corso di procedure cliniche. *b.* Un assetto organizzativo nazionale, integrato e condiviso, che definisca competenze e responsabilità dei soggetti coinvolti”. Concordando, altresì, sulla istituzione del SIMES (*Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità*).

---

<sup>18</sup> Cfr. Bozza di documento del Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, 2007, *cit.*

<sup>19</sup> *Idem.*

## La rete nazionale e il modello di governance



(6). **Costi.** Le problematiche afferenti la definizione di “costi”<sup>20</sup> - standard o meno che siano -, la rilevazione del “fabbisogno” (*che deve contemplare al suo interno la componente qualitativa e quantitativa delle prestazioni da rendere*)<sup>21</sup> - anch’esso standard o meno che sia - della domanda di salute, non possono esulare da una prima sommaria declinazione e dalla fotografia dell’offerta complessiva di servizi sul territorio (*v. tipologia disaggregata dei servizi*); al netto, altresì, della considerazione di come la *domanda* possa essere influenzata dall’*offerta* e dal ruolo fondamentale e del forte potere di condizionamento che in tal senso esplicano gli

COSTI

<sup>20</sup> Non può non rilevarsi, almeno, come, a tale riguardo, un conto sarà la definizione del costo di una prestazione, sull’esempio dei DRG ospedalieri, altro conto sarà la valutazione del costo complessivo della “presa in carico” dell’utente-paziente nei servizi extra-ospedalieri.

<sup>21</sup> Ad oggi la rilevazione del fabbisogno è vincolata di fatto alle quote di finanziamento che vengono rese disponibili per il Fondo Sanitario Nazionale, disponibilità data in relazione al PIL - 6.7% del PIL nazionale dato ISAE 2007; le Regioni lamentano la sottostima del fabbisogno da parte dello Stato e dunque la quantità di risorse rese disponibili. L’allocazione di tali risorse avviene attraverso il riparto fra le Regioni sulla base della popolazione residente “pesata”, ossia secondo l’appartenenza a fasce d’età predeterminate, che assorbono risorse secondo pesi diversi (es. età pediatrica, fascia di popolazione adulta, popolazione anziana, etc.). La richiesta avanzata da qualche tempo (senza successo) dalle Regioni del Sud, è di inserire fra i parametri di allocazione delle risorse, altri indici quali l’indice di Deprivazione, l’indice di svantaggio socio-economico. Manca, tuttavia, ancora la cognizione circa il riferimento al livello di dotazione infrastrutturale (materiale e immateriale) generale delle singole aree geografiche delle diverse Regioni; ossia manca la consapevolezza di dover tenere conto del livello di investimenti pregressi e del livello di “ammodernamento” raggiunto dalle diverse realtà.

operatori, intesi come *front-office* del servizio<sup>22</sup>. In via generale e ordinaria ciascuna delle tipologie di servizio in elenco influenza o subisce la migliore o peggiore *performance* dell'altra, andando ad incidere sia sui costi che sulla domanda. Tale fatto determina l'ulteriore difficoltà derivante dalla verifica dell'*appropriatezza*<sup>23</sup>.

*L'appropriatezza in sanità può essere considerata come una caratteristica multidimensionale dell'assistenza che integra efficacia clinica, efficienza operativa, tempestività, equità distributiva e preferenze del paziente. L'appropriatezza dipende non solo dalla capacità organizzativa degli erogatori ma anche dalla pertinenza degli interventi di programmazione e controllo che regolano l'offerta di prestazioni e da fattori legati al contesto dove si svolge l'assistenza*<sup>24</sup>.

---

<sup>22</sup> In tal senso l'evidenza dell'assunto è stato già oggetto di riflessione da parte del Ministero Salute (Cfr. *Direttiva generale per l'attività amministrativa e la gestione per l'anno 2004 che ha individuato, fra gli altri, quale obiettivo strategico per le politiche del Ministero la "Ricognizione ed analisi dei modelli organizzativi innovativi per l'erogazione delle cure primarie"*) che riconosce il ruolo critico del MMG per l'intero sistema sanitario. La necessità della ricognizione che viene effettuata dal Ministero Salute viene intesa come azione prioritaria e necessaria, per la riorganizzazione del sistema, in ragione del fatto che "la legge 833 del 1978 è stata concepita ponendo l'ospedale quale fulcro dell'intervento sanitario, (per cui) l'organizzazione territoriale che ne è scaturita ha risentito negativamente di questa scelta. Da qui l'esigenza di riorganizzare il sistema riproponendo in modo nuovo il ruolo del territorio e recuperando una collocazione centrale dei sanitari convenzionati che garantiscono un approccio (...) olistico alla persona, garanzia di una continuità assistenziale nel tempo e la promozione della salute del singolo e della sua famiglia."

<sup>23</sup> Solo a fini esemplificativi e per chiarire il senso di ciò che si afferma, si riprende quanto evidenziato in occasione della presentazione delle Linee guida "La gestione della sindrome influenzale" (Cfr. "SNLG 16", *La gestione della sindrome influenzale*, Maggio 2008, Direzione Generale Programmazione del Ministero della Salute), circa i dati di ospedalizzazione. La situazione italiana (con riferimento ai dati degli ultimi anni) sulla gestione delle sindromi influenzali nei periodi di "picco" circa i tassi di ospedalizzazione (dalla verifica delle SDO – evidenziando come il dato sia solo parzialmente attendibile, poiché le diagnosi di influenza non sono sempre presentate come causa principale ma solo come collaterale) e l'uso dei farmaci (specie di antibiotici) evidenzia come, nel 2006, i dati di ricoveri risultino essere pari a circa 7000 ricoveri (per una spesa totale in DRG di oltre 7 milioni di euro) su cui la diagnosi primaria di influenza risulta per 4700 casi. Su questi 4700 per circa il 75% la "severità" della sindrome è qualificata come minore; ciò significa che non era necessaria l'ospedalizzazione. In termini economici consiste in circa 5 milioni di euro utilizzati in maniera non appropriata (*e che potevano essere utilizzati diversamente*). In via generale l'Italia risulta il Paese che in Europa ha il tasso più alto di ospedalizzazione dei bambini e alcune Regioni italiane coprono la più alta percentuale del Paese. La spiegazione che viene data sulle differenze regionali è riferita propriamente alla presenza o carenza di "altri" servizi sul territorio oltre che alle condizioni socio-economiche e culturali dei singoli territori che registrano i picchi più elevati. Ciò sta a significare che il concetto di "appropriatezza" necessita a sua volta di specifiche declinazioni che chiariscano quando esso sia riferito ad un "protocollo" clinico (ossia una sequenza di azioni su una determinata fattispecie clinico-epidemiologica – nel qual caso non è appropriato ciò che non sia previsto nella sequenza) e quando invece l'azione, "inappropriata" in via generale, risulta essere l'unica perseguibile in un determinato contesto.

Il concetto di costo standard<sup>25</sup>, che pure è un concetto condivisibile in via teorica – che certamente rappresenta una sfida culturale necessaria per il superamento della “spesa storica” – soffre di due limiti fra loro conseguenti: è stato reso semplicistico e teorico, quasi ideologico; è stato accolto senza le dovute riflessioni sulle implicazioni (*circa la sua declinazione in tutti gli ambiti di interesse*).

In definitiva per ragioni diverse il richiamo alla responsabilità verso il superamento delle inefficienze, degli sprechi, delle cattive gestioni è stato tradotto nel concetto di “costo standard” – quale via per realizzare il superamento della spesa storica. Il nord ha voluto questo concetto così da porre fine agli ingenti trasferimenti di risorse finanziarie prelevate al Nord e trasferite al Sud. Il sud ha accolto questo concetto per dimostrare che non è sul richiamo alla responsabilità che si viene meno, *nessuno si tira indietro*.

Rimane vero, comunque che la spesa storica non può essere un parametro di riferimento da ritenere “adeguato”; che un problema di responsabilità, di inefficienza, di disservizi, di corruzione<sup>26</sup> esiste e **su cui, tuttavia, poco si incide**.

---

<sup>24</sup> Stralcio tratto da Ministero della Salute, “Progetto Mattoni SSN”, Misura dell’Appropriatezza Analisi dell’appropriatezza organizzativa Milestone 1.2, “Valutazione d’impatto delle politiche regionali per la promozione dell’appropriatezza organizzativa”, p. 3.

<sup>25</sup> Cfr. Muraro G. *Alla ricerca del costo standard*, in Lavoce.Info del 14 ottobre 2008, “Il costo standard contribuirà a determinare, per ciascun ente, il fabbisogno “ufficiale” e quindi l’eventuale trasferimento perequativo cui avrà diritto in caso di insufficiente capacità fiscale. (...) “La strada è indicata dalla sanità, (...). Ignorando molti aspetti non determinanti, il “modello” del finanziamento regionale della sanità pubblica ci indica che gli elementi fondamentali in gioco sono solo due. Il **primo elemento** è un dato monetario, il fondo complessivo che il Parlamento ha deciso di mettere a disposizione della sanità pubblica e che quindi rappresenta “per definizione” quanto serve e basta, nel giudizio politico, per assicurare i livelli essenziali di tutela sanitaria all’intera popolazione in quel determinato contesto di bisogni e conoscenze e disponibilità. Il **secondo elemento** è costituito da una formula che racchiude le determinanti reali del fabbisogno sanitario (struttura demografica e in minor misura caratteristiche epidemiologiche e sociali): consente di determinare, attraverso la stima di quelle determinanti nelle varie aree, la quota pro capite di ciascuna regione rispetto alla quota pro capite nazionale. **Le vicende della sanità italiana ci dicono che la conflittualità tra regioni rimane, a dispetto del semplice e convincente impianto analitico per la ripartizione delle risorse. In gran parte, tuttavia, essa è legata a problemi che nel nuovo contesto apparterrebbero non già alla vera e propria tematica del costo standard bensì alla tematica del periodo transitorio, ossia dei tempi e dei modi per passare dal dato storico a quello standard, una tematica in cui l’accordo politico prevale sulla bontà tecnica delle possibili soluzioni.** È vero che anche la stessa formula della **quota capitaria** è stata oggetto di forti critiche da parte della Svimez; ma critiche non convincenti, sia consentito di osservare incidentalmente, e che comunque non hanno impedito alla fine un accordo generale sulla ripartizione.

<sup>26</sup> Da ultimo il più recente allarme della Corte dei Conti, insieme ai tanti casi di corruzione e frode che vengono scoperti.