



X LEGISLATURA

N. 2

**RELAZIONE DEL COMITATO PER LA LEGISLAZIONE,
IL CONTROLLO E LA VALUTAZIONE**

sulla

MISSIONE VALUTATIVA

**<<Le politiche di revisione della rete ospedaliera in Friuli Venezia Giulia
in attuazione della l.r. 13/1995>>**

Deliberata dal Comitato su proposta del consigliere Pustetto

Presieduta dai consiglieri Pedicini e Pustetto

Svolgimento dei lavori:

- Seduta n. 7 del 26 febbraio 2009: illustrazione della proposta del consigliere Pustetto di svolgere una missione valutativa sull'attuazione e i risultati della legge regionale 13/1995.
- Seduta n. 9 del 5 maggio 2009: approvazione della proposta con delimitazione del campo d'indagine. Incarico ai consiglieri Pedicini e Pustetto di presiedere lo svolgimento della missione valutativa con il supporto tecnico dell'Ufficio.
- Attività di raccolta ed elaborazione dei dati, con la collaborazione della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali e del Direttore del Centro regionale trapianti, e somministrazione di interviste narrative a cura del gruppo tecnico di lavoro (P.O. Analisi delle leggi e valutazione delle politiche regionali con il supporto formativo di analisti di Progetto CAPIRe). Supervisione dei due Consiglieri incaricati.
- 18 febbraio 2010: Seminario formativo/informativo <<Come valutare le politiche regionali per la riorganizzazione della rete ospedaliera?>> a cura degli analisti di Progetto CAPIRe con l'intervento e le conclusioni dei consiglieri Pedicini e Pustetto e la partecipazione di funzionari della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali.
- Riunioni dei due Consiglieri incaricati con il gruppo tecnico di lavoro. Conclusione delle attività di ricerca e analisi e stesura del rapporto e di una nota informativa di sintesi.
- Seduta n. 23 del 15 luglio 2010: Relazione dei consiglieri Pedicini e Pustetto sugli esiti della missione valutativa con presentazione video dei dati a cura dell'Ufficio. Partecipano alla seduta alcuni componenti della III Commissione permanente, l'Assessore regionale alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali con funzionari della Direzione centrale.
- Seduta n. 24 del 22 luglio 2010: Distribuzione del rapporto sulla missione valutativa e della nota informativa di sintesi. Discussione sugli esiti della missione valutativa. Partecipano alla seduta alcuni componenti della III Commissione permanente e funzionari della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali.
- Seduta n. 25 del 21 settembre 2010: Seguito discussione e approvazione all'unanimità del rapporto e della nota di sintesi per la relazione alla Commissione di merito. Alla seduta partecipa un componente della III Commissione permanente e vi interviene il Presidente della stessa.

LE POLITICHE DI REVISIONE DELLA RETE OSPEDALIERA IN FRIULI VENEZIA GIULIA

MISSIONE VALUTATIVA N. 2

1. GLI OBIETTIVI DELLA MISSIONE VALUTATIVA	1
1.1 Le domande di valutazione	1
1.2 Le cinque fasi della missione valutativa.....	3
1.3 Fonti informative e analisi svolte	5
2. LE POLITICHE DI RIORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE IN ITALIA E IN FRIULI VENEZIA GIULIA.....	7
2.1 La riduzione nell'offerta dei posti letto.....	7
2.2 La revisione della rete ospedaliera in Friuli Venezia Giulia	10
2.3 I punti chiave della legge n. 13 del 1995	14
2.4 Il modello logico dell'intervento legislativo.....	18
3. L'USO DEI TARGET PER MISURARE IL SUCCESSO DELLE POLITICHE DI REVISIONE OSPEDALIERA	19
3.1 La mappa degli ospedali e la dotazione di posti letto.....	19
3.2 I target fissati per singolo ospedale	23
3.3 L'articolo 21 e gli ospedali da riconvertire	30
3.4 A 15 anni di distanza i target sono ancora validi?.....	34
3.5 I dipartimenti ospedalieri	37
4. GLI EFFETTI DELLA REVISIONE SULLA SPESA SANITARIA	43
4.1 Come funziona il sistema di finanziamento del SSN	43
4.2 La spesa regionale per i servizi sanitari.....	44
4.3 Il calcolo dell'indicatore fissato dalla legge 13/1995	46
4.4 L'uso di altre variabili per misurare il potenziamento dei servizi territoriali	47
4.5 Il problema di misurare il rapporto tra servizi ospedalieri e servizi territoriali.....	50
5. L'APPROFONDIMENTO DEL SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI.....	52
5.1 L'organizzazione del sistema dei trapianti in Italia	52
5.2 L'evoluzione dell'attività trapiantologica	55
5.3 Il sistema dei trapianti nella Regione Friuli Venezia Giulia.....	61
5.4 Alcuni dati relativi all'attività trapiantologica regionale	64
BIBLIOGRAFIA.....	70

1. GLI OBIETTIVI DELLA MISSIONE VALUTATIVA

Nel 2009 il Comitato per la legislazione, il controllo e la valutazione del Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia ha approvato, su proposta del Consigliere Stefano Pustetto, lo svolgimento di una missione valutativa sull'attuazione della legge regionale 27 febbraio 1995, n. 13, (Revisione della rete ospedaliera regionale). L'incarico di presiedere la

Il Regolamento interno del Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia, approvato nel 2007, prevede all'articolo 150 lo svolgimento di missioni valutative. Si tratta di attività conoscitive tese ad approfondire particolari aspetti dell'attuazione di una legge vigente e a valutarne gli effetti sulla collettività regionale. L'incarico di presiedere lo svolgimento di una missione valutativa è affidato a due Consiglieri, uno di maggioranza e uno di opposizione, che ne riferiscono i risultati al Comitato per la legislazione, il controllo e la valutazione. Il Comitato trasmette poi alla Commissione competente per materia le relazioni prodotte dalle missioni valutative, con le eventuali riflessioni che ne concludono l'esame.

missione è stato affidato al proponente e al Vice Presidente del Comitato paritetico Antonio Pedicini. L'analisi mira a verificare se, e in che misura, il sistema ospedaliero del Friuli Venezia Giulia si sia adeguato alle indicazioni fissate dalla legge. Attraverso la definizione di nuovi indirizzi istituzionali ed organizzativi, mutuati in parte dalla normativa nazionale, la Regione intendeva raggiungere due finalità di medio-lungo periodo.

1. Una maggiore razionalizzazione della rete ospedaliera, attraverso l'accorpamento degli ospedali di minori dimensioni e l'eliminazione, o comunque la forte riduzione, di eventuali duplicazioni nelle strutture esistenti.

2. Un miglioramento dell'efficienza complessiva nell'uso delle risorse a disposizione della sanità regionale - in particolare grazie alla decisione di trattare all'interno degli ospedali le sole patologie acute e di rinviare il trattamento delle patologie non acute a servizi (di costo minore) erogati in regime domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale. Ciò avrebbe consentito

di ridurre la spesa per l'assistenza ospedaliera entro il limite del 55% della spesa sanitaria di parte corrente. La riduzione nella spesa ospedaliera avrebbe favorito un aumento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione svolte nelle strutture territoriali.

1.1 Le domande di valutazione

Le domande espresse nella proposta di missione valutativa toccano questioni direttamente legate a queste due finalità. In questo paragrafo è illustrato il significato di ogni quesito.

L'applicazione dei criteri, il raggiungimento dei valori target fissati per legge e la riduzione del numero di strutture ospedaliere in eccesso

Il primo ordine di domande riguarda i criteri concretamente adottati dalla Regione per procedere alla revisione della rete ospedaliera e il risultato ottenuto dall'applicazione di tali criteri in termini di riduzione o di eliminazione delle duplicazioni nelle strutture esistenti.

1. Quali sono stati i criteri adottati nel processo di revisione della rete ospedaliera, in che modo essi hanno concretamente operato e in che misura hanno consentito di ridurre o eliminare le eventuali duplicazioni nelle strutture?

Nella legge 13/1995 sono già definiti (art. 3) alcuni “obiettivi specifici” che aiutano a circostanziare la prima domanda della missione valutativa. Secondo il dettato normativo, grazie a questa politica, si intendeva ottenere, come minimo, il raggiungimento dei seguenti valori:

- (1) un tasso di ospedalizzazione regionale di 160 ricoveri ogni 1.000 abitanti;
- (2) un’offerta di posti letto pari ad almeno 4,5 posti ogni 1.000 abitanti;
- (3) un tasso di occupazione medio dei posti letto offerto da ciascun ospedale superiore all’80% (all’anno);
- (4) una durata media della degenza per ciascun ospedale non superiore ai 10 giorni, con una presenza di entrati ed usciti nello stesso giorno non superiore al 5% del totale;
- (5) un tasso operatorio per ciascun ospedale superiore al 70% dei ricoverati in chirurgia;
- (6) un numero di parti per ciascun ospedale superiore a 400 unità annue.

Le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) sono strutture non ospedaliere che ospitano temporaneamente - da poche settimane a qualche anno - persone che non possono essere assistite in casa e che necessitano di specifiche cure mediche prestate da più specialisti o comunque di un’assistenza sanitaria complessa. Nella fase di prima attuazione della legge n. 13, e nelle more di una riconsiderazione delle strutture di accoglienza per anziani non auto-sufficienti, il numero dei posti letto di RSA per anziani in regione doveva essere una quota tra lo 0,5 e l’1% della popolazione sopra i 65 anni.

Normativa di riferimento:

DPCM del 22 dicembre 1989 e seguenti

Inoltre indicazioni relative ad altre variabili di cui tener conto sono rinviate dalla legge a successive delibere della Giunta regionale. Si tratta dunque di comprendere (i) come questi obiettivi sono stati perseguiti nel corso dei circa quindici anni di attuazione della legge; (ii) se i valori target fissati per legge sono stati raggiunti ed eventualmente con quali tempi; (iii) quali sono le ragioni degli scostamenti registrati; e infine (iv) se tali valori soglia debbano essere rivisti e in che direzione, alla luce del fatto che nel frattempo la tecnologia sanitaria si è fortemente evoluta, consentendo di ottenere ulteriori miglioramenti nella gestione dei servizi e nell’erogazione delle prestazioni. La risposta al primo quesito consente anche di verificare l’avvenuta riduzione delle strutture ospedaliere in eccesso e la loro conversione in strutture atte ad erogare prestazioni per patologie non acute.

Il risparmio e la riallocazione della spesa sanitaria regionale

Questa domanda punta l’attenzione sulla seconda finalità dell’intervento legislativo, ovvero la riallocazione della spesa sanitaria regionale.

2. In che misura si sono ottenuti i risparmi previsti nella spesa ospedaliera, in particolare rispetto al limite imposto per legge del 55% della spesa sanitaria di parte corrente?

Anche per quanto riguarda la gestione delle risorse finanziarie la legge 13/1995 dettava,

all'articolo 20, un obiettivo quantitativo ben preciso: nel 1996 la spesa ospedaliera non avrebbe dovuto superare il "60 per cento della spesa corrente destinata al Servizio sanitario regionale, così come determinata dal bilancio di previsione del relativo esercizio finanziario." A partire dal 1997, e per tutti gli anni a seguire, la spesa ospedaliera non avrebbe dovuto superare il "55 per cento della spesa corrente destinata al Servizio sanitario regionale."

Il rispetto di tale vincolo sarebbe stato nel tempo garantito da una diminuzione della spesa ospedaliera complessiva, determinata dalla revisione indotta dalla legge, e dall'aumento dei servizi di cura erogati a livello domiciliare o presso strutture extra-ospedaliere, come le residenze sanitarie assistenziali (RSA).

Il caso del Centro Regionale Trapianti

La terza domanda pone una questione ancora più specifica delle precedenti in quanto riguarda il Sistema Regionale Trapianti, e più in particolare il Centro Trapianti che fa parte dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine.

Lo scopo di tale approfondimento è comprendere quali sono le attività trapiantologiche realizzate sul territorio regionale; il tipo e la quantità delle prestazioni rese; le caratteristiche del bacino d'utenza servito; l'organizzazione della struttura regionale dedicata e i costi sopportati per mantenerla; le entrate relative alle prestazioni erogate; le eventuali criticità che la struttura deve affrontare per svolgere al meglio il proprio compito.

3. Rispetto ai parametri presi a riferimento dalla legge risulta giustificata la presenza sul territorio regionale di un centro trapianti, specie a fronte della presenza di altri centri nelle regioni limitrofe?

Il Centro Regionale Trapianti della Regione Friuli Venezia Giulia è stato istituito nel corso del 2006, sulla base della legge 1 aprile 1999, n. 91 (*Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti*) e dell'Accordo tra Stato e Regioni 21 Marzo 2002 (*Linee guida per le attività di coordinamento per il reperimento di organi e tessuti in ambito nazionale ai fini di trapianto*) e di alcune delibere della Giunta regionale¹. L'obiettivo è di dare elementi di stabilità nell'attività di donazione e trapianto, di qualità e garanzia, attraverso l'ottimizzazione dei livelli organizzativi, quantitativi e qualitativi della Rete Regionale. L'ambizione della missione valutativa è di verificare in che misura (1) tale obiettivo è stato raggiunto e, in relazione alla legge 13/1995, (2) che vi siano le condizioni minime che giustificano la presenza di un centro trapianti di questo tipo sul territorio regionale.

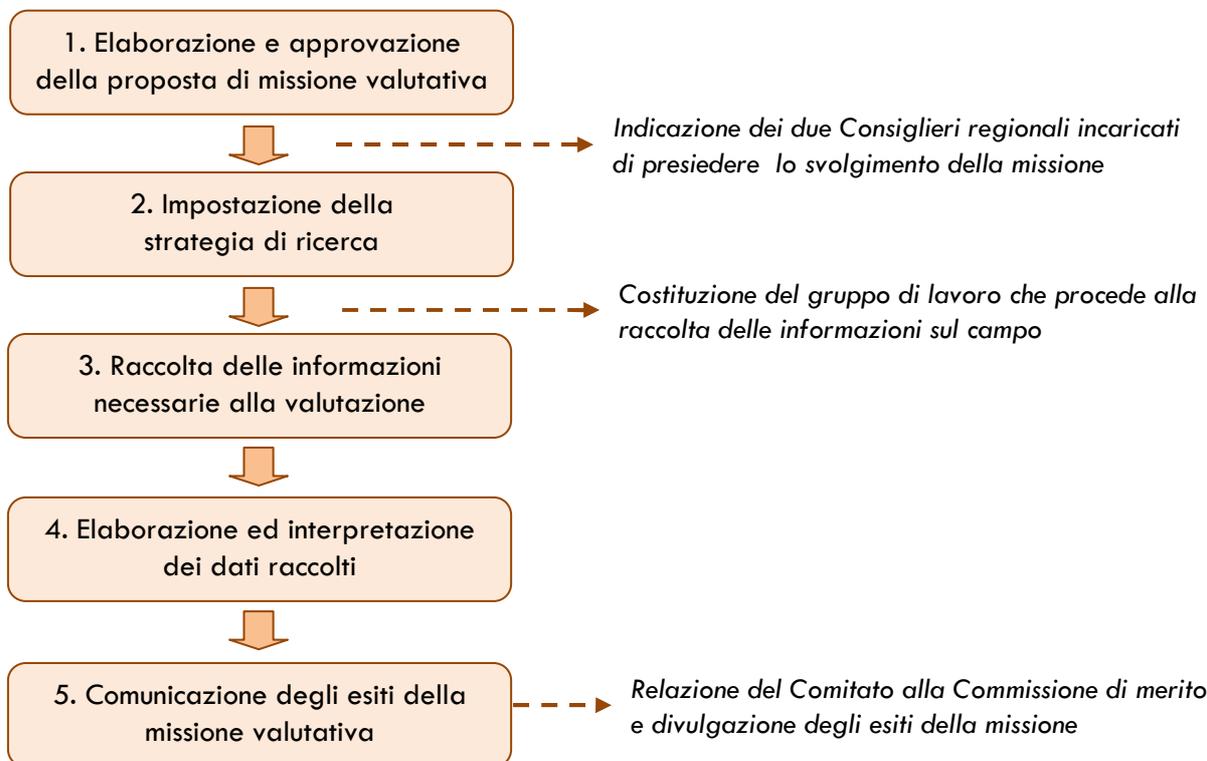
1.2 Le cinque fasi della missione valutativa

Lo svolgimento di una missione valutativa si compone di cinque fasi fondamentali, che vanno dall'elaborazione della proposta di missione valutativa alla comunicazione degli esiti delle analisi realizzate. Nella figura riportata sotto le cinque fasi sono rappresentate in un flow-chart che riporta a fianco tre importanti passaggi istituzionali del processo di valutazione:

¹ Si tratta in particolare della DGR 14 novembre 2002 n. 3874 e della DGR 6 maggio 2005 n. 966 (legge 91/1999: progetto per l'attività di donazione e trapianto organi, tessuti e cellule nella regione Friuli Venezia Giulia per l'anno 2005).

(a) l'indicazione dei due Consiglieri regionali incaricati di presiedere la missione; (b) la costituzione del gruppo di lavoro; (c) la presentazione delle relazioni dapprima in Comitato e successivamente presso la Commissione consiliare competente per materia. L'indagine sulle politiche di revisione della rete ospedaliera ha rappresentato la prima occasione per testare un percorso di lavoro così congegnato.

Figura 1 – Le cinque fasi della missione valutativa



1) **Elaborazione e approvazione della proposta di missione valutativa.** Essa comprende tutte le attività di analisi antecedenti all'approvazione della missione; dall'istruttoria tecnica operata sulla fattibilità della missione proposta, fino alla decisione del Comitato di procedere allo svolgimento della missione. Parte rilevante di questa attività è stata la definizione delle domande di valutazione e la designazione dei Consiglieri incaricati di presiedere lo svolgimento della missione.

2) **Impostazione della strategia di ricerca.** In questa fase, preliminare alla discesa sul campo, si dettagliano ulteriormente le domande e si individuano i metodi analitici più adeguati per darvi risposta. Nell'impostazione della strategia di ricerca è essenziale riconoscere le principali fonti informative e le modalità d'accesso a tali fonti. E' in questa fase che si stabiliscono le modalità di collaborazione/scambio di informazione con i soggetti attuatori e si costituisce il gruppo di analisti (interni e/o esterni all'amministrazione consiliare) coinvolto direttamente nell'indagine.

3) **Raccolta delle informazioni.** Si tratta di attuare la strategia di ricerca disegnata nella fase precedente. Il gruppo di lavoro costituito ad hoc procede alla rilevazione delle informazioni, organizzando la documentazione raccolta in file ed archivi informatici utilizzabili a fini analitici. Questa fase può comportare lo svolgimento di interviste individuali o collettive; la somministrazione di questionari telefonici o postali; la realizzazione di workshop e di incontri di lavoro di vario tipo.

4) **Elaborazione ed interpretazione dei dati raccolti.** I dati raccolti sono elaborati e vengono discussi anche con i Consiglieri che seguono lo svolgimento della missione. Questa fase termina con la redazione di un rapporto condiviso dai Consiglieri.

5) **Comunicazione degli esiti della missione.** Il rapporto è presentato al Comitato dai due Consiglieri. Per fornire eventuali chiarimenti di dettaglio, alla seduta possono partecipare anche i componenti esterni del gruppo di lavoro che ha condotto l'indagine sul campo. Il rapporto costituisce la base per la relazione del Comitato alla Commissione di merito sugli esiti della missione. Il Comitato cura inoltre la divulgazione degli esiti del lavoro.

1.3 Fonti informative e analisi svolte

Nel tentare di rispondere alle domande della missione valutativa presentate nel paragrafo 1.1, si è fatto ricorso a numerose fonti informative.

La rilevazione di informazioni e dati

Di seguito elenchiamo brevemente le principali attività realizzate durante lo svolgimento della missione:

- 1) raccolta e lettura critica della documentazione ufficiale prodotta dai principali soggetti attuatori, in particolare dalla Regione Friuli Venezia Giulia nella fase di programmazione degli interventi di revisione (un elenco degli atti visionati è contenuto nell'allegato al presente documento);
- 2) breve rassegna della letteratura più recente in materia di politiche di revisione della rete ospedaliera;
- 3) somministrazione di interviste narrative a persone impegnate nel processo di disegno dell'intervento legislativo e successivamente nell'attuazione della politica regionale;
- 4) reperimento e analisi dei dati contenuti negli archivi informatici della Direzione Centrale *Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali* (Sistema informativo sanitario regionale), che permettono di descrivere a grandi linee l'offerta e il grado di utilizzo dei servizi ospedalieri in Friuli Venezia Giulia;
- 5) ricerca e rielaborazione delle principali statistiche ed analisi descrittive prodotte dal Ministero della Salute, dall'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), dall'ISTAT e da altri centri indipendenti;
- 6) analisi dei dati di bilancio relativi alla spesa sanitaria corrente e alla spesa ospedaliera per ogni anno dal 1995 al 2008.

Un seminario per presentare i primi dati raccolti

Le informazioni raccolte sono state già oggetto di una prima presentazione nel corso di un seminario di formazione che si è tenuto il 18 febbraio a Trieste, presso la sede del Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia.

Al seminario hanno preso parte i due Consiglieri incaricati di presiedere alla missione valutativa, i componenti del gruppo di lavoro e alcuni referenti della Direzione Centrale *Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali* della Regione Friuli Venezia Giulia.

L'obiettivo del seminario era di rendere partecipi i diversi soggetti interessati agli esiti della missione valutativa riguardo i problemi incontrati nella rilevazione delle informazioni necessarie a dare risposta alle domande di valutazione. Inoltre il seminario costituiva un'occasione per condividere sia le possibili interpretazioni da attribuire ai primi dati raccolti, sia per riflettere sulle difficoltà incontrate nel corso dell'implementazione della politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera.

Le lacune del sistema informativo

La discussione che ne è emersa, grazie anche ai contributi dei funzionari della Direzione Centrale *Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali* intervenuti al seminario, ha consentito di mettere a fuoco alcune lacune del sistema informativo esistente, soprattutto in relazione ai dati di natura contabile e finanziaria. Come vedremo nel capitolo 4, tali dati, tratti dai bilanci delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende per i Servizi Sanitari, non consentono di dare una risposta definitiva alla seconda domanda che ha motivato la missione valutativa (*in che misura si sono ottenuti i risparmi nella spesa ospedaliera, in particolare rispetto al limite imposto per legge del 55% della spesa sanitaria di parte corrente?*). Ciò che sembra particolarmente difficile da cogliere, dato il sistema di contabilità analitica adottato, è la ripartizione di alcune voci di spesa comuni tra strutture ospedaliere e strutture non ospedaliere.

Qualche dubbio inoltre permane sulla capacità dell'insieme degli indicatori adottati di descrivere in modo attendibile il reale andamento dei fenomeni sui quali la legge intendeva incidere, quali l'efficienza organizzativa raggiunta dai singoli ospedali e dal sistema ospedaliero nel suo complesso, la qualità di particolari prestazioni sottoposte ad osservazione, l'ammontare delle attività svolte dalle strutture extra-ospedaliere. Nel corso del rapporto, torneremo sull'argomento, illustrando le principali criticità legate al sistema di indicatori prescelto e alcune carenze del sistema informativo esistente.



Seminario di formazione

**COME VALUTARE LE POLITICHE REGIONALI PER
LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA?**

*Una discussione sulle complessità teoriche e i problemi pratici connessi al tentativo di analizzare
l'attuazione delle politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera (legge n. 13 del 1995)
e di verificare i risultati che queste hanno prodotto sull'assetto dei servizi*

Giovedì 18 febbraio 2010
Ore 9.30 - 13.30
Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia
Piazza Oberdan, 6 - Trieste

A quasi 15 anni dal varo della legge regionale n. 13/1995, una missione valutativa approvata dal Comitato per la legislazione, il controllo e la valutazione del Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia tenta di comprendere i cambiamenti avvenuti nell'organizzazione e nel funzionamento del sistema ospedaliero. Molte sono le domande che ruotano intorno a questa missione. I problemi che hanno motivato l'intervento legislativo continuano ad esistere? In che modo sono cambiati? La legge sta funzionando come si prevedeva? Quali sono le criticità più evidenti? In che misura l'obiettivo di una maggiore efficienza nell'allocatione delle risorse, richiamato più volte nel testo di legge, è stato raggiunto? La rete ospedaliera regionale ha oggi un assetto più "razionale" rispetto a quello che aveva nel 1995?

Rispondere a queste domande è tutt'altro che facile. Nel corso del seminario di formazione, attraverso una discussione aperta con gli analisti impegnati nella missione, si cercheranno di chiarire alcune questioni essenziali sulle difficoltà che la legge ha incontrato in sede d'implementazione e sull'interpretazione da dare alle informazioni che descrivono l'offerta dei servizi ospedalieri e sanitari sul territorio. Al seminario interverranno i Consiglieri incaricati di seguire lo svolgimento della missione, *Antonio Pedicini* e *Stefano Pustetto*, sono stati inoltre invitati alcuni referenti della Direzione Centrale *Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali*. Interverranno in qualità di docenti *Stefano Neri*, ricercatore in Sociologia dei processi economici e del lavoro (Università degli Studi di Milano) e studioso di politiche regolative e organizzazione dei servizi in ambito sanitario; *Marco Sisti* e *Gianluca Strada* dello staff di ricerca di progetto *CAPIRe*.

PROGRAMMA

Ore 9.30	Saluti e introduzione
Ore 9.45	Una breve illustrazione degli obiettivi della giornata e della missione valutativa A cura di <i>Marco Sisti</i>
Ore 10.00	Le politiche di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera: problemi aperti e soluzioni adottate nelle esperienze nazionali e regionali A cura di <i>Stefano Neri</i>
Ore 11.15	Logica ed attuazione della politica di revisione del sistema ospedaliero in Friuli Venezia Giulia: quesiti aperti sulla legge n. 13 del 1995 A cura di <i>Gianluca Strada</i>
Ore 12.00	Dibattito con i partecipanti
Ore 13.00	Conclusioni A cura di <i>Antonio Pedicini</i> e <i>Stefano Pustetto</i>

2. LE POLITICHE DI RIORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE IN ITALIA E IN FRIULI VENEZIA GIULIA

In Italia le politiche di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera sono state avviate nella seconda metà degli anni Ottanta e proseguite, con maggiore intensità, nel decennio successivo. E' in questo periodo che la Regione Friuli Venezia Giulia vara la legge regionale 13/1995. Tali politiche sono fortemente intrecciate con la regionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie locali. Si tratta di interventi intrapresi nell'ottica di migliorare il funzionamento di un sistema che appariva sia arretrato rispetto alla realtà europea, sia cresciuto in modo incontrollato a partire dal secondo dopoguerra.

2.1 La riduzione nell'offerta dei posti letto

Le misure di razionalizzazione dell'offerta ospedaliera si sono tradotte principalmente nella riduzione dei posti letto a favore di altre forme di assistenza esterne all'ospedale.

Nel 1985, secondo i dati OCSE, mediamente vi erano in Italia 7 posti letto ogni 1.000 abitanti. Negli anni successivi tale grandezza si è costantemente ridotta. In concomitanza con una serie di interventi normativi che hanno dettato standard sempre minori si è registrata una forte riduzione nell'offerta dei posti letto, secondo una tendenza comune a tutta Europa. In Italia però tale tendenza ha mostrato una maggiore intensità, portando l'offerta dei posti letto vicino ai livelli di Stati come la Norvegia o i Paesi Bassi, che già partivano da valori assai inferiori. In Italia tra il 1985 e il 1995 i posti letto diminuiscono del 20%. Nel decennio successivo il calo è ancora più marcato e l'offerta si abbassa fino a raggiungere il valore di 3,1 nel 2007.

Tabella 1 – L'offerta dei posti letto in strutture ospedaliere in Europa (ogni 1000 abitanti)

Stati	1985	1990	1995	2000	2005	2007*
Belgio		5,2	5	4,7	4,4	4,3
Francia	5,7	5,2	4,6	4,1	3,7	3,6
Germania	-	-	6,9	6,4	5,9	5,7
Italia	7	6,2	5,6	4,1	3,3	3,1
Paesi Bassi	4,7	4,3	3,8	3,5	3,1	3
Norvegia	4,7	3,8	3,3	3,1	3	2,9
Polonia	5,7	6,3	5,8	5,2	4,7	4,6
Portogallo	3,5	3,4	3,3	3,2	3	2,8
Regno Unito	-	-	-	3	2,9	2,6
Spagna	3,7	3,6	3,5	2,8	2,5	-
Svezia	4,6	4,1	3	2,4	2,2	2,1
Svizzera	6,8	6,5	5,5	4,1	3,6	3,5

Fonte: OCSE, Statistiche sanitarie, 2009

La situazione nelle Regioni italiane

Nei primi anni Novanta le disposizioni normative del governo nazionale hanno chiamato le Regioni a riorganizzare la propria rete ospedaliera in un processo caratterizzato dall'accorpamento, dal cambio di destinazione e dalla disattivazione delle strutture di ricovero di minori dimensioni. Tutto ciò, come vedremo, in ragione di una presunta scarsa qualità delle prestazioni offerte nelle piccole strutture, oltre che di una generale inefficienza nell'impiego delle risorse a disposizione.

In particolare la Legge 23 dicembre 1994, n. 724, (*Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*), all'articolo 3 (Ospedali) assegnava a ciascuna Regione il compito di disattivare o riconvertire gli ospedali al di sotto della dotazione minima di 120 posti letto. Le funzioni specialistiche di base, la chirurgia generale e la medicina interna dovevano essere ridotte per limitare i "ricoveri impropri" che tradizionalmente le contraddistinguevano. Le esigenze di tipo sanitario e sociale, alle quali gli ospedali cercavano di dare risposta in modo improprio, dovevano essere soddisfatte da altre forme di assistenza residenziale (RSA e Case protette) e semiresidenziale (Centri diurni) e, quando possibile, dall'assistenza domiciliare.

Le **Case protette** sono strutture residenziali socio-sanitarie per anziani non autosufficienti che non possono più essere assistiti a domicilio. L'obiettivo di queste strutture è il mantenimento delle autonomie residue e il recupero delle capacità fisiche, mentali e relazionali della persona anziana grazie alla presenza di personale specializzato che garantisce assistenza personale nelle attività quotidiane, assistenza medica di base, prestazioni infermieristiche.

I **Centri Diurni** sono strutture che durante il giorno ospitano persone con disabilità fisiche e/o psichiche in età post scolare. Tali Centri organizzano attività di carattere educativo, riabilitativo ed assistenziale con l'obiettivo di favorire l'inserimento sociale e promuovere il mantenimento e lo sviluppo dell'autonomia.

Legge 724/1994: *"..le Regioni provvedono, entro il termine perentorio di sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, alla disattivazione o alla riconversione degli ospedali che non raggiungevano, alla data del 30 giugno 1994, la dotazione minima di 120 posti letto, esclusi quelli specializzati, e quelli per i quali la Regione ha già programmato la strutturazione con dotazione di posti-letto superiore a 120, anche operando le eventuali conseguenti trasformazioni di destinazione in servizi sanitari ambulatoriali e in strutture non ospedaliere... Le trasformazioni di destinazione sono prioritariamente finalizzate all'attivazione di residenze sanitarie assistenziali (RSA) per anziani non autosufficienti, e soggetti temporaneamente non autosufficienti esclusi i minori..."*

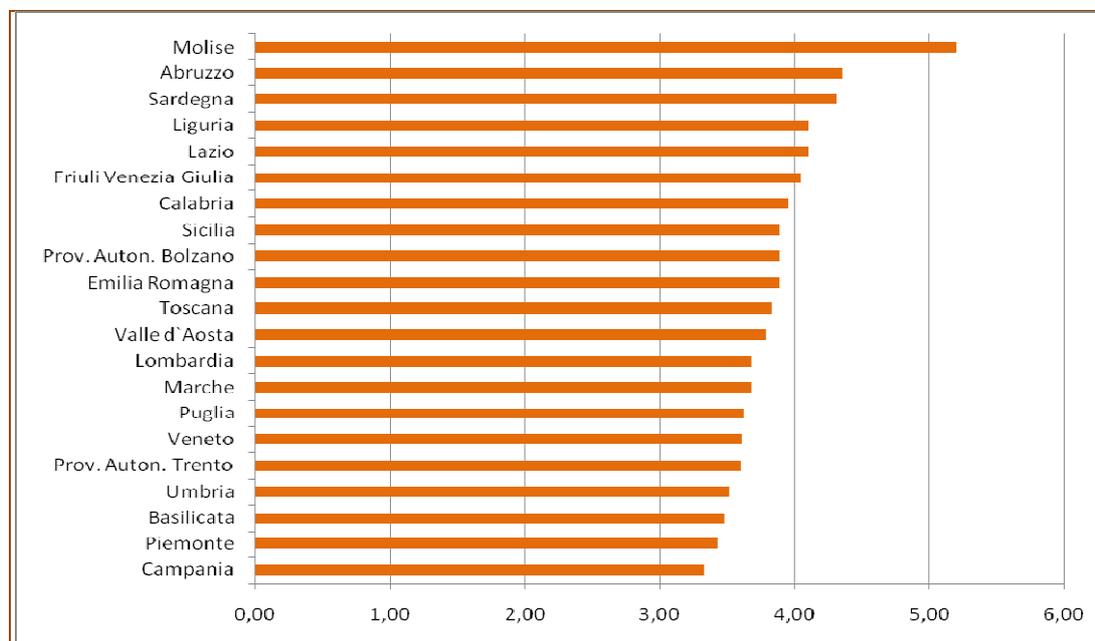
Leggendo i dati relativi al periodo 1991-2007 ci si rende conto della diminuzione registrata in tutte le Regioni italiane nell'offerta dei posti letto ospedalieri. Come sottolineano Neri e Turati (2009), tale riduzione tocca in particolare regioni come la Liguria, il **Friuli Venezia Giulia** e il Veneto che partendo da un'offerta di circa 7 posti letto ogni mille abitanti, sono arrivate nel 2007 ad un'offerta di posti letto poco superiore a 4. Nel caso del Veneto tale valore ha addirittura raggiunto quota 3,6.

La figura 2 offre una chiara immagine della situazione italiana più recente². Soltanto il Molise, con un dato superiore a 5 posti letto ogni mille abitanti, sembra discostarsi dalla

² I dati presentati nella figura 2 provengono da fonte ministeriale. Pur facendo riferimento alla stessa grandezza (numero di posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti), la media nazionale che risulterebbe da tali dati regionali è

media nazionale. I dati relativi alle altre regioni confermano il grande sforzo nella riduzione di offerta ospedaliera (per posti letto acuti) operato in questi ultimi quindici anni dal sistema sanitario nazionale. Un risultato reso possibile anche dalle recenti innovazioni tecnologiche, che consentono di evitare per la cura di molte patologie il ricovero in ospedale.

Figura 2 - L'offerta posti letto nelle Regioni italiane (2007)



Fonte: Ministero della Salute (2009)

Per quanto riguarda i piccoli ospedali - nonostante le disposizioni normative che, come abbiamo visto, già dal 1994 imponevano la loro disattivazione o riconversione - le strutture con meno di 120 posti letto sono, ancora nel 2007, circa 208, ovvero più del 31% del totale nazionale (si veda a questo proposito la tabella 2).

I dati pubblicati dal Ministero della Salute presentano in realtà un'elevata eterogeneità a livello regionale. A fronte di casi come quelli della Lombardia, dell'Emilia Romagna o della Puglia, che hanno relativamente poche strutture al di sotto dei 120 posti letto (da un minimo del 7% ad un massimo dell'11% rispetto al totale delle strutture ospedaliere presenti), vi sono regioni, come Marche e Calabria, che presentano ancora oggi un gran numero di strutture di piccole dimensioni (in entrambi i casi oltre il 60% delle strutture presenti). La regione che conta un numero maggiore di strutture di piccole dimensioni in termini assoluti è la Sicilia (33), seguita dal Lazio (29). Non sorprende il fatto che le regioni con il numero minore di piccole strutture sono anche quelle che hanno nel loro territorio ospedali a più alta ricettività (superiori a 1.500 posti). Se ne contano due in Emilia-Romagna e uno sia in Puglia che in Lombardia. Ospedali di grandi dimensioni sono comunque presenti anche in regioni che continuano ad avere una percentuale non bassa di piccoli ospedali: ve ne sono due in Veneto e in Toscana e uno sia in Liguria che nel Lazio.

leggermente superiore a quella indicata in tabella 1 di fonte OCSE. La differenza riscontrata non cambia però nella sostanza i ragionamenti proposti a commento della situazione italiana e di quella delle singole regioni.

Tabella 2 - Distribuzione delle strutture pubbliche per numero di posti letto (2007)

	< 120	121-400	401-600	601-800	801-1.500	> 1.500	Totale
Piemonte	7	16	12	4	1		40
Valle d'Aosta			1				1
Lombardia	7	22	7	9	16	1	62
Prov. Auton. Bolzano	3	3			1		7
Prov. Auton. Trento	4	3	1		1		9
Veneto	9	10	9	4	5	2	39
Friuli Venezia Giulia	4	9	1		2		16
Liguria	6	2	8	1		1	18
Emilia Romagna	2	10	2	6	5	2	27
Toscana	14	14	10	1	1	2	42
Umbria	2	7	1		1		11
Marche	20	11	1		1		33
Lazio	29	36	7	1	4	1	78
Abruzzo	7	11	3		1		22
Molise	1	5	1				7
Campania	15	30	2	5	3		55
Puglia	4	26	2	2	3	1	38
Basilicata	4	5		1			10
Calabria	23	10	2	2			37
Sicilia	33	26	7		5		71
Sardegna	14	14	3	1			32
Italia	208	270	80	37	50	10	655

Fonte: Ministero della Salute (2009)

Il Friuli Venezia Giulia presenta attualmente una situazione che potremmo definire “di mezzo”. Sebbene siano poche le strutture di piccolissime dimensioni (4), spicca per un’alta percentuale di strutture di dimensioni medio-piccole, ovvero la classe che va da 121 a 400, e che supera il 50% degli ospedali presenti sul territorio. Mostra infine la presenza di due grandi ospedali (superiori a 800 posti letto) nelle città più densamente popolate: si tratta dell’Azienda Ospedaliero Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine e l’Azienda Ospedali Riuniti di Trieste. Qual era la situazione prima del 1995? Come si è intervenuti su tale situazione? Attraverso quali politiche l’offerta ospedaliera è stata così ridotta?

2.2 La revisione della rete ospedaliera in Friuli Venezia Giulia

Seguendo l’impostazione prevalente a livello nazionale, la Regione Friuli Venezia Giulia inizia, a metà degli anni Novanta, un’opera di profondo rinnovamento del sistema sanitario, varando due leggi ancora oggi in vigore. Si tratta della legge regionale 30 agosto 1994, n. 12 (*Disciplina dell’assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale ed altre disposizioni in materia sanitaria e sullo stato giuridico del personale regionale*)³ e della succitata legge regionale 13/1995. La prima istituisce le Aziende per i Servizi Sanitari (ASS) e le Aziende Ospedaliere (AO); la seconda, oggetto della presente missione valutativa, riorganizza l’assetto della rete ospedaliera regionale.

³ La legge n. 12/1994 istituisce le aziende sanitarie locali accorpando le 12 Unità Sanitarie Locali in 6 Aziende per i Servizi Sanitari: ASS1 Triestina, ASS2 Isontina, ASS3 Alto Friuli, ASS4 Medio Friuli, ASS5 Bassa Friulana, ASS6 Friuli Occidentale. Istituisce inoltre tre Aziende Ospedaliere: l’AO Ospedali riuniti di Trieste, l’AO Santa Maria della Misericordia di Udine e l’AO S. Maria degli Angeli di Pordenone. Si prevedeva inoltre la costituzione di una quarta Azienda Ospedaliera che doveva riunire gli ospedali di Gorizia e Monfalcone; attualmente tali ospedali fanno parte dell’ASS2 Isontina.

Perché ripensare l'organizzazione ospedaliera?

Fino ai primi anni Novanta il Friuli Venezia Giulia, come le altre regioni italiane, aveva un sistema sanitario nel quale l'ospedale svolgeva un ruolo assolutamente centrale. Tradizionalmente esso costituiva il principale punto di riferimento della cittadinanza, offrendo prestazioni sanitarie di ogni tipo, per fronteggiare patologie di qualsiasi natura; per questo motivo si prevedeva che sul territorio ve ne fossero molti, sebbene a volte di dimensioni limitate. Il principio era chiaro: ogni comunità locale, per quanto piccola, doveva avere il proprio. Del resto, la presenza capillare degli ospedali permetteva di superare problemi di trasporto e di comunicazione, che rendevano particolarmente difficile lo spostamento e la cura dei pazienti residenti nelle località più decentrate e remote. Ciò determinava, a livello aggregato, un'ampia offerta di posti letto (spesso sottoutilizzata) e, di conseguenza, una spesa di mantenimento di tale strutture - denominata spesa ospedaliera - molto elevata. Il primo Piano di Intervento a Medio Termine del Friuli Venezia Giulia (PIMT 1995-1997), il documento triennale elaborato per dare attuazione della legge 13/1995, riassume bene la situazione e a questo proposito recita:

“L'attuale ubicazione degli ospedali generali della Regione è pressoché quella del secolo scorso, imperniata sulla presenza del medico generale e del chirurgo che assolvevano a tutti i bisogni dei pazienti e contrassegnata dall'assenza di specialisti e di tecnologia. Molti ospedali sono così potuti sorgere anche presso comunità non numerose, superando le difficoltà di comunicazione di quell'epoca”.

(Bollettino Ufficiale Regione FVG – Suppl. Str. N. 32 – 21/10/1996 – pag. 6213)

Questo stato di cose sembrava però inadeguato all'evolversi dei tempi. Il grande sviluppo del sistema dei trasporti, avviato già a partire dagli anni Sessanta, e in modo ancora più incisivo il progresso registrato nei mezzi di comunicazione e nelle tecnologie sanitarie e farmacologiche, permetteva di ripensare completamente alla funzione e all'organizzazione della rete ospedaliera e, più in generale, dell'assistenza sanitaria nel suo complesso. Occorreva perciò elaborare una strategia di razionalizzazione del sistema esistente che permettesse da un lato di offrire un servizio qualitativamente migliore - tempi più celeri di intervento e cura, maggiore professionalizzazione del personale medico e infermieristico, minor disagio del paziente, altrimenti “costretto” a vivere la vita dell'ospedale anche per risolvere problemi sanitari non particolarmente gravi, garanzia di un servizio offerto da specialisti di alta qualifica, soprattutto per i casi più gravi – e dall'altro, di ridurre complessivamente la spesa ospedaliera, in particolare di natura corrente.

Tale strategia adottata si basa su due principi fondamentali. In primo luogo, dal punto di vista tecnico-scientifico, iniziava ad emergere in quel periodo quella che oggi è diventata un'opinione condivisa da molti operatori del settore: l'ospedale deve dedicarsi esclusivamente alla cura dei pazienti in fase acuta, quando cioè essi si trovano nella situazione di massima gravità ed intensità, delegando altri soggetti - più diffusi sul territorio ma meno costosi - il trattamento delle fasi non o post acute, come la prevenzione, la riabilitazione e la lungodegenza.

Sul fronte economico, tale cambiamento avrebbe condotto ad una riduzione delle risorse vincolate all'assistenza ospedaliera, a beneficio di maggiori finanziamenti sia per le attività territoriali di profilassi e di pronto intervento, sia per le strutture sanitarie residenziali o semi-residenziali esterne all'ospedale. Come afferma Gianpiero Fasola, assessore alla Sanità della Regione Friuli Venezia Giulia al momento dell'emanazione della legge 13/1995 e convinto sostenitore delle politiche di revisione della rete ospedaliera, i problemi più evidenti del sistema sanitario nei primi anni Novanta erano sostanzialmente due e riguardavano:

Il **Distretto** è una struttura dell'Azienda per i servizi sanitari territoriali che garantisce la realizzazione di tutte le attività sanitarie e socio-assistenziali rivolte alla persona o alla collettività, ad eccezione degli interventi ospedalieri. Il Distretto opera in coordinamento con le strutture private e le associazioni di volontariato. Ogni Azienda è costituita da più distretti; in totale i distretti sanitari del Friuli Venezia Giulia sono venti.

“..innanzitutto un tasso di ospedalizzazione patologico, anche rispetto alla situazione media delle altre regioni: il numero di cittadini che ricorreva all'ospedale era molto elevato. Questo segnalava diversi problemi: da un lato la mancanza di strutture che potessero vicariare l'ospedale per le attività per le quali non era necessario, e a volte nemmeno opportuno e utile, un ricovero ospedaliero; dall'altro un'abitudine ad un certo consumo di prestazioni in ambito ospedaliero che avrebbero potuto essere rese in ambulatorio o in day hospital, oppure in alcuni casi erano prestazioni improprie. Il secondo elemento era la presenza di un numero di strutture con l'etichetta di ospedale per acuti elevata, con un rapporto tra numero di strutture e popolazione, in particolare in alcuni territori, che non avrebbe potuto garantire la qualità, prima di tutto, e poi anche l'efficienza nell'impiego delle risorse. All'inizio degli anni '90 la gran parte delle risorse veniva impiegata negli ospedali. I distretti erano piccole strutture e le attività che venivano svolte erano le certificazioni, le visite per le pazienti, le vaccinazioni e poco più. Non vi era ancora il servizio di assistenza domiciliare; erano, ancora in fase embrionale, alcuni esempi di residenza assistenziale e pertanto il fronte territoriale era completamente scoperto e ad uno stato molto primitivo”. (Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

In secondo luogo, vi era la convinzione che nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere fosse possibile sfruttare forti economie di scala. In questa prospettiva, ad ospedali di maggiori dimensioni sarebbero corrisposte cure al tempo stesso più efficaci e meno costose. L'accorpamento di piccole strutture in un unico ospedale di dimensioni più grandi - sopra ad almeno 200 posti letto - avrebbe permesso di sfruttare in modo molto più efficiente sia le attrezzature e i macchinari, sia il personale a disposizione. Inoltre, il grande ospedale sembrerebbe garantire una maggiore sicurezza. Questa impostazione era evidente nel PIMT 1995-97 che recitava:

*“Vi è un livello minimo di strutture, impianti e personale che ogni ospedale deve possedere per esprimere la propria funzione. Questo livello trova riscontro in ospedali dotati di almeno 200-300 posti letto, soglia sotto la quale non vi è né efficienza né sicurezza”.
(Bollettino Ufficiale Regione FVG – Suppl. Str. N. 32 – 21/10/1996 – pag. 6213)*

Un sistema sanitario più bilanciato tra ospedale e distretto

Fin dal principio la politica di revisione della rete ospedaliera in Friuli Venezia Giulia mira a ridimensionare il ruolo dell'ospedale, con l'obiettivo di spostare il baricentro del sistema sanitario regionale verso le strutture territoriali.

Il sistema sanitario regionale è costituito idealmente da due entità distinte: l'**ospedale** in senso stretto, che concentra al proprio interno le competenze e le tecnologie mediche necessarie a fronteggiare le patologie più gravi, e il **distretto sanitario** - unità operative territoriali delle ASS - che raccoglie in unica sede "integrata" tutti quei soggetti che a livello locale prestano servizi sanitari complementari alle cure ospedaliere.

La motivazione del ribilanciamento tra ospedale e "territorio" è ben illustrata da coloro che hanno disegnato l'intervento legislativo nel 1995: vicino a casa devono essere offerte solo le prestazioni più ricorrenti o di emergenza, il resto può essere erogato anche lontano dalla propria residenza.

"In generale, mentre le funzioni delle quali abbiamo bisogno occasionalmente nel corso della vita possono anche essere distanti dalla nostra residenza, e il sistema può farsi carico di indirizzarci nel luogo dove la prestazione di cui abbiamo bisogno viene resa nel modo migliore, le prestazioni di cui possiamo aver bisogno molto frequentemente, fino a quelle di assistenza sociale, devono stare il più vicino possibile a casa."
(Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

Questa ricostruzione che pone il bilanciamento tra l'ospedale e il territorio come una delle finalità principali della politica trova conferma anche nelle parole di coloro che attualmente lavorano all'interno della Direzione Centrale *Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali (Area Pianificazione, programmazione attuativa, controllo di gestione, sistema informativo, qualità ed accreditamento)* e nel tempo hanno avuto modo di osservare l'applicazione della legge 13/1995. Il loro racconto sottolinea come l'intervento legislativo mirasse a portare fuori dall'ospedale tutte le attività finalizzate ad offrire un servizio poco specializzato e destinato ad essere offerto per un lungo periodo nella vita del paziente.

"Secondo la legge 13, l'ospedale in teoria non avrebbe dovuto occuparsi delle cosiddette post acuzie. Per esempio, nelle dotazioni minime dell'ospedale non era prevista la presenza del reparto di geriatria. Questa era stata una scelta che a suo tempo aveva suscitato scalpore. L'obiezione più diffusa era di questo tipo: ma come? In Friuli Venezia Giulia abbiamo tante persone anziane e in ospedale non c'è un reparto geriatrico? Ma appunto, proprio perché abbiamo tante persone anziane non viene fatta la geriatria: perché in primo luogo tutte le medicine generali sono in realtà geriatriche di fatto, e dunque ormai è inutile fare questa distinzione... e poi perché così si riconosce il fatto che la risposta di lungo degenza per gli anziani deve essere data fuori dall'ospedale.... Nell'ottica delle legge 13, tutto doveva essere portato fuori. L'ospedale doveva essere la fabbrica dell'acuto, cioè il luogo dove il paziente arriva in condizioni gravi, viene curato e portato fuori dalle condizioni critiche nel minor tempo possibile. Quando si è stabilizzato e non ha più bisogno di cure mediche intensive viene dimesso dall'ospedale. Le altre cure, se necessarie, possono proseguire a casa con l'assistenza domiciliare, oppure nelle RSA." (Intervista a Arianna Pattaro e Carlo Nigris, 28 gennaio 2010)

Inizialmente si ipotizza che questa opera di bilanciamento possa avvenire in parallelo nelle

strutture ospedaliere e nei distretti: in sostanza ciò che si toglie in termini di funzioni e risorse all'ospedale, viene immediatamente distribuito alle strutture territoriali, che potenziano così la loro offerta di prestazioni e servizi per la cittadinanza. In realtà, come fa notare nel corso dell'intervista Pier Oreste Brusori, che nel 1995 era dirigente dell'Agenzia regionale della Sanità, con il tempo ci si è resi conto che questo spostamento di compiti e risorse deve essere realizzato con una certa gradualità. Allargando peraltro i cambiamenti in atto ad altri attori presenti sul territorio, come i servizi sociali degli enti locali.

“... in un primo tempo si pensava di togliere dall'ospedale per aggiungere al territorio, poi si è capito che un'operazione così netta non era fattibile. Bisognava prima investire sul territorio per creare le condizioni necessarie a togliere risorse e compiti dall'ospedale. Questa è stata senz'altro una criticità. Inoltre, con il passare del tempo si è capito che non bastava neanche spostare risorse soltanto all'interno del settore sanitario, ma che era necessario allargare il settore dei servizi sociali. Oggi si parla molto di integrazione sanitario-sociale; quindici anni fa non era all'ordine del giorno.” (Intervista a Pier Oreste Brusori, 3 febbraio 2010)

Il bilanciamento tra queste due entità all'interno del sistema sanitario complessivo viene perseguito dalla legge, attraverso l'adozione di una politica sia di tipo istituzionale (ovvero mediante il ridisegno di alcune entità costitutive del sistema) che di natura regolativa (cioè definendo performance operative e gestionali alle quali ogni ente deve necessariamente adeguare il proprio operato). In particolare viene imposta una precisa classificazione tra gli ospedali di diverse dimensioni e una conseguente diminuzione del numero degli ospedali attivi sul territorio, attraverso la chiusura, o la conversione, di alcune strutture e l'accorpamento di altre. Al contempo, si tenta di aumentare le attività fornite dai distretti sanitari quali i ricoveri presso strutture con minore presenza medica specializzata (come accade nelle RSA), oppure in strutture che non hanno una presenza medica costante e continuativa (come accade nelle Case protette per anziani e nei Centri diurni), e l'assistenza domiciliare. La revisione deve condurre in ultima istanza ad una allocazione delle risorse tale da ripartire il 55% della spesa sanitaria regionale sulla rete ospedaliera ed il restante 45% sulla rete dei servizi territoriali.

2.3 I punti chiave della legge n. 13 del 1995

Sintetizzando un intervento legislativo assai più complesso, possiamo riconoscere chiaramente i tre elementi costitutivi della legge n. 13/1995:

- il riconoscimento di una chiara ripartizione tra le strutture ospedaliere di diverse dimensioni che compongono la rete regionale;
- la costruzione di un sistema di programmazione sanitaria basato sulla definizione, già all'interno del testo di legge, di target quantitativi;
- la scelta di superare l'organizzazione ospedaliera costituita da divisioni e reparti per andare verso un modello organizzativo e gestionale basato sui dipartimenti.

I tre tipi di ospedale che compongono la rete

La rete ospedaliera regionale si compone di tre tipi di ospedale; (a) gli ospedali di rilievo nazionale; (b) gli ospedali di rilievo regionale; (c) gli ospedali di rete.

In questo caso con il termine ospedale si fa riferimento all'unità amministrativa dell'organizzazione e non alla sua accezione più abituale di sede fisica. Secondo questa definizione un ospedale può dunque comprendere più sedi separate.

(a) Gli **ospedali di rilievo nazionale** sono caratterizzati dalla presenza di funzioni specialistiche ad alto potenziale scientifico e tecnologico, ma con una rara frequenza di ricovero, che non vengono normalmente offerte dagli altri ospedali della rete. Gli ospedali di rilievo nazionale sono organizzati in presidi aventi un numero di posti letto tendenzialmente non superiore a mille. Sono riconosciuti dalle legge come ospedali a rilievo nazionale: (i) gli Ospedali riuniti di Trieste; (ii) l'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine; (iii) il Policlinico universitario della Facoltà di medicina di Udine; (iv) gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico *Burlo Garofolo* di Trieste e il Centro di riferimento oncologico di Aviano.

(b) Gli **ospedali di rilievo regionale** rappresentano il livello intermedio tra gli ospedali di rilievo nazionale, centri di alta specializzazione, e gli ospedali più piccoli presenti sul territorio. Gli ospedali a rilievo regionale sono organizzati in presidi aventi un numero di posti letto tendenzialmente non superiore a 800. Secondo quanto indicato all'articolo 6 della legge 13/1995 gli ospedali riconosciuti di rilievo regionale sono l'Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli di Pordenone e gli ospedali di Gorizia e Monfalcone che, secondo la legge 12/1994, avrebbero potuto costituirsi in azienda ospedaliera.

(c) Gli **ospedali di rete** sono le strutture più piccole. Esse svolgono un numero di funzioni fissato dalla programmazione regionale. La legge individua come dotazioni minime sei aree funzionali: 1. *direzione sanitaria*; 2. *emergenza*; 3. *degenza medica*; 4. *degenza chirurgica*; 5. *materno-infantile*; 6. *funzioni varie senza posti letto* (anestesia e rianimazione, che deve garantire la guardia attiva e radiologia, laboratorio di analisi e trasfusionale, oncologia, recupero e riabilitazione, farmacia ed emodialisi). L'ospedale di rete deve comunque garantire un'offerta minima di posti letto pari a 250.

Come vedremo nel prossimo capitolo, le indicazioni contenute nella legge riguardo alla strutturazione da dare alla rete ospedaliera non sono state sempre applicate. In particolare, esistono molti ospedali di rete con dotazioni di posti letto assai inferiori alla soglia minima indicata dalla normativa.

La programmazione sanitaria e i target

La programmazione delle attività utili a raggiungere gli obiettivi fissati avviene attraverso l'elaborazione di piani a medio termine, già previsti da una precedente legge regionale del 1993⁴. Il primo piano a medio termine, in attuazione della legge 13/1995 e valido per il triennio 1995-1997, è stato pubblicato sul bollettino ufficiale della regione nell'ottobre del 1996. L'intento della programmazione è di ricondurre gli ospedali esistenti allo schema gerarchico illustrato sopra, individuando quelli da chiudere o riconvertire, e quelli da

⁴ Si tratta della legge regionale 15 giugno 1993, n. 41, recante "Norme propedeutiche e principi per il riordino della disciplina in materia sanitaria in applicazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502."

ampliare o ridurre. Una delle novità più rilevanti introdotte dalla legge è la definizione di precisi target quantitativi relativi ad alcune variabili comunemente impiegate per descrivere l'offerta e la domanda delle prestazioni ospedaliere sul territorio regionale.

La tabella 3 mostra i target (valori soglia o obiettivo) adottati dalla Regione Friuli Venezia Giulia, posti a confronto con quelli individuati dalla programmazione nazionale nel periodo della prima attuazione della legge (fissati dal decreto legge 17 maggio 1996, n. 280, successivamente convertito in legge 18 luglio 1996, n. 382). Dal confronto emerge come la Regione Friuli Venezia Giulia abbia imposto target almeno pari, o addirittura più severi, rispetto a quelli nazionali.

Tabella 3 - Target per la revisione della rete ospedaliera

Indicatori	Target regionale (1995)	Target nazionale (1996)
Tasso grezzo di ospedalizzazione	160 ‰	160 ‰
Posti letto	4,5 ‰	5,5 ‰
Tasso di occupazione posti letto	>80 %	75%
Degenza media	<10 giorni	<11 giorni
Tasso operatorio	>70 %	-
Numero annuo di parti	>400	-

Fonte: Legge della Regione Friuli Venezia Giulia 13/1995 e Legge nazionale 382/1996 recante "Disposizioni urgenti nel settore sanitario"

Nel terzo capitolo, dedicato alla verifica del raggiungimento dei target imposti dalla Regione, ciascun indicatore sarà illustrato con maggiore dettaglio.

Il passaggio dall'organizzazione per divisioni a quella per dipartimenti

La legge intende imprimere un forte cambiamento organizzativo all'interno degli ospedali, che porti all'adozione del cosiddetto modello dipartimentale. Il testo di legge si esprime molto chiaramente a questo proposito.

Gli ospedali pubblici della rete regionale sono obbligatoriamente articolati in dipartimenti, dotati di un budget prefissato, comprendenti aggregazioni di unità operative secondo il criterio del coordinamento per aree funzionali omogenee, ovvero per aree di patologia, ovvero per aree di intervento che per caratteristiche di complessità ed esigenze di integrazione richiedono un approccio unitario ed integrato, privilegiando comunque le esperienze dipartimentali che vedano il concorso di strutture ospedaliere e territoriali. (Articolo 10 della legge 13/1995)

Il dipartimento si configura come un raggruppamento di unità operative omogenee, affini o complementari, ciascuna con funzioni e obiettivi specifici, ma con la volontà di perseguire uno scopo comune. Si cerca attraverso la costituzione dei dipartimenti di superare la tradizionale organizzazione ospedaliera, strutturata per divisioni e reparti, nella quale il coordinamento tra le attività mediche, la condivisione di tecnologie e spazi, la cooperazione tra gli specialisti, erano azioni assai complicate da realizzare.

Riunite nella logica dipartimentale le singole unità mediche - che in passato costituivano sezioni separate dell'organizzazione ospedaliera - sono poste sotto l'unica responsabilità direzionale del Capo Dipartimento e vengono vincolate dall'esistenza di un budget finanziario comune. Ciò doveva costituire un chiaro stimolo alla cooperazione e alla messa in comune di spazi e risorse, con una conseguente diminuzione di sprechi e inefficienze.

“...quello che si voleva ottenere era un migliore utilizzo degli spazi e del personale infermieristico, delle risorse umane. Quindi non più le strutture interne, i reparti e le divisioni, come una specie di “proprietà privata” di gruppi di professionisti che la gestivano in autonomia, ma un utilizzo degli spazi e delle strutture il più possibile condiviso. Che portasse, come si diceva all’epoca, al centro dell’attenzione i problemi del paziente e intorno a questo centro vedesse il movimento dei professionisti e dell’organizzazione.

(Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

Nel tempo la tipologia di “dipartimento sanitario” si è fortemente diversificata sia nella letteratura scientifica di riferimento, sia nella pratica operativa. I dipartimenti possono differenziarsi in base a molteplici criteri:

- (i) tipo di aggregazione (per aree funzionali omogenee, per età degli assistiti, per momento di intervento sanitario, per organo, etc.);
- (ii) tipo di relazione che lega le diverse unità operative;
- (iii) assetto di governo (forte se vi è una solida impostazione gerarchica, debole se le unità continuano a possedere un elevato livello di autonomia);
- (iv) natura ospedaliera o extraospedaliera delle unità che ne fanno parte.

Ciò che però caratterizza il modello dipartimentale, al di là delle diversità esistenti, è la volontà di procedere ad una forte integrazione tra le componenti organizzative.

“Una volta c’era il reparto, la divisione col suo primario che era una scatola assolutamente chiusa all’interno dell’interno e ben individuabile. Adesso con l’adozione del modello dipartimentale incentivato dalla legge 13, questo sistema si è rotto. Non esiste più la divisione di prima, il dipartimento ha un’organizzazione orizzontale. Ad esempio, nel caso del day surgery, cioè nella chirurgia ambulatoriale, la prestazione viene erogata da una struttura trasversale che segue l’intero percorso compiuto dal paziente all’interno dell’ospedale e che non appartiene più ad una singola funzione o disciplina medica. Tutto è integrato e dall’esterno è difficile ricostruire ciò che è chirurgia e ciò che è altro.”

(Intervista a Arianna Pattaro e Carlo Nigris, 28 gennaio 2010)

Nelle intenzioni dei promotori della legge, questa integrazione non solo avrebbe dovuto portare all’eliminazione delle duplicazioni esistenti all’interno degli ospedali o della rete ospedaliera nel suo complesso, ma avrebbe soprattutto dovuto condurre ad una maggiore considerazione delle esigenze di salute e di benessere del paziente e ad una migliore gestione del personale medico e infermieristico, liberato da incombenze e compiti non necessari.

“...se in un dipartimento ci sono cinque divisioni chirurgiche, significa che durante la notte ci può essere una sola guardia chirurgica attiva, invece di cinque sale operatorie, un blocco operatorio che funziona per tutti. Il problema non è spendere meno, ma spendere diversamente. L’idea non era di diminuire le risorse, ma di allocarle in modo più razionale. Si pensava che un’organizzazione dipartimentale all’interno dell’ospedale potesse dare benefici a tutti, anche agli operatori che avrebbero dovuto ricavarne una maggiore qualificazione professionale e una maggiore soddisfazione personale.” (Intervista a Pier Oreste Brusori, 3 febbraio 2010)

2.4 Il modello logico dell'intervento legislativo

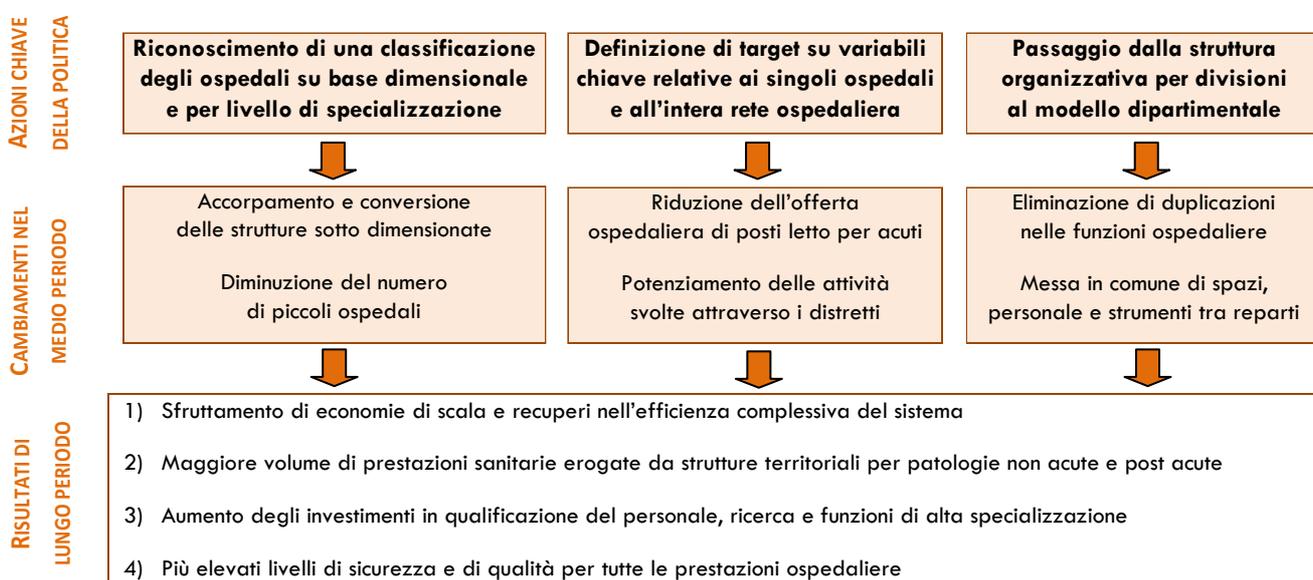
A conclusione del capitolo, proponiamo una rappresentazione grafica tesa ad illustrare sinteticamente la logica sottesa alla politica regionale. Diagrammi di questo tipo prendono il nome di modelli o quadri logici. La figura 3 identifica sulla prima riga le azioni chiave promosse dalla legge; sulla seconda i cambiamenti che il Legislatore si attendeva di ottenere nel medio periodo, ovvero nel primo triennio di applicazione della normativa; e infine, sulla terza riga, i risultati di lungo periodo che, almeno nelle intenzioni, coincidono con le trasformazioni strutturali del sistema sanitario ed ospedaliero.

Il modello logico proposto è una semplificazione di un disegno normativo assai più complesso e contenente altri spunti ed interventi regolativi che non sono messi in rilievo dal flow-chart. Lo schema ha però il vantaggio di far comprendere con facilità e immediatezza la lettura data alla politica regionale dal gruppo di lavoro e permette di chiarire perché nella fase di discesa sul campo si sia scelto di privilegiare la verifica di alcuni elementi rispetto ad altri.

Le frecce mettono in evidenza la relazione che esiste tra ogni azione e il cambiamento auspicabile (e osservabile) nel medio periodo su un particolare fenomeno d'interesse: ad esempio, sulla numerosità degli ospedali di piccole dimensioni; sull'offerta dei posti letto ospedalieri per i casi acuti; sull'esistenza di duplicazioni nelle funzioni ospedaliere. Naturalmente, nella strategia regionale, le azioni intraprese dovrebbero interagire tra loro ed ogni cambiamento sarà il frutto di tali interrelazioni.

Tutti i cambiamenti prodotti nel medio periodo dovrebbero successivamente portare al raggiungimento delle finalità di fondo dell'intervento: (1) lo sfruttamento delle economie di scala esistenti e i recuperi nell'efficienza complessiva del sistema (grazie in particolare all'accorpamento tra gli ospedali e all'integrazione realizzata con il modello dipartimentale); (2) un maggior volume di prestazioni sanitarie erogate dalle strutture territoriali per patologie non acute e post acute (in particolare grazie all'imposizione di target *ad hoc* e alla conversione delle strutture ospedaliere sottodimensionate in RSA o strutture simili); (3) un aumento degli investimenti in qualificazione del personale, ricerca e funzioni di alta specializzazione (grazie ai risparmi derivanti dalla revisione complessiva del sistema e delle singole strutture); (4) più elevati livelli di sicurezza e di qualità.

Figura 3 – Il modello logico della politica di revisione della rete ospedaliera



3. L'USO DEI TARGET PER MISURARE IL SUCCESSO DELLE POLITICHE DI REVISIONE OSPEDALIERA

Come già illustrato nel precedente capitolo, la legge regionale 13/1995 ha imposto un sistema di target che, almeno nelle intenzioni, doveva rappresentare il primo parametro sul quale misurare il successo delle politiche di revisione della rete ospedaliera. La prima domanda oggetto della missione valutativa si riferisce esattamente ad una verifica dell'operatività di tali criteri nel corso dei primi 15 anni di applicazione della normativa.

Quali sono stati i criteri adottati nel processo di revisione della rete ospedaliera, in che modo essi hanno concretamente operato e in che misura hanno consentito di ridurre o eliminare le eventuali duplicazioni nelle strutture?

In questo capitolo si tenterà di approfondire i seguenti quattro punti:

- (i) come gli obiettivi espressi nel testo di legge sono stati perseguiti dall'amministrazione regionale e dalle aziende che compongono il sistema sanitario;
- (ii) se i valori target fissati per legge sono stati raggiunti ed eventualmente con quali tempi;
- (iii) quali sono le possibili ragioni degli scostamenti registrati;
- (iv) se tali valori soglia debbano essere rivisti e in che direzione, alla luce del fatto che nel frattempo la tecnologia sanitaria si è fortemente evoluta, consentendo di ottenere ulteriori miglioramenti nella gestione dei servizi e nell'erogazione delle prestazioni.

3.1 La mappa degli ospedali e la dotazione di posti letto

Prima di prendere in esame i singoli target fissati dalla legge, in questo paragrafo si offre una ricostruzione della mappa degli ospedali presenti in Friuli Venezia Giulia nel periodo posto sotto osservazione e l'evoluzione nella loro offerta di posti letto.

La difficile ricostruzione della situazione precedente al 1995

Ricostruire una mappa degli ospedali presenti sul territorio regionale prima del 1995 è un'operazione assai più complicata di quanto intuitivamente si potrebbe pensare. Le operazioni di conteggio danno risultati diversi se si decide di utilizzare come unità di osservazione la sede fisica della struttura ospedaliera oppure la sua entità amministrativa, che può raccogliere più sedi ospedaliere. Se nel passato i due concetti – sede amministrativa e sede fisica - sostanzialmente coincidevano, con il passare del tempo e in seguito ai vari accorpamenti realizzati diventa sempre più difficile restituire un quadro nitido e aderente alla realtà delle cose. Anche nei documenti ufficiali permane talvolta una certa confusione, che dipende da cosa di volta in volta si decide di considerare come unità di osservazione e dunque di ricomprendere nel conteggio. A ciò si aggiunga che spesso anche i dati storici sono aggregati secondo le successive configurazioni adottate dalla rete, creando ulteriori difficoltà di ricostruzione.

Tabella 4 – Ospedali presenti nel 1994 e situazione post legge n. 13/1995

OSPEDALI	1994	SITUAZIONE POST LEGGE N. 13/1995
1. OSPEDALE CATTINARA	977	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "OSPEDALI RIUNITI" DI TRIESTE
2. OSPEDALE MAGGIORE	644	
3. IRCCS - ISTITUTO PER INFANZIA BURLO-GAROFOLO	270	
4. POLICLINICO UNIVERSITARIO DI UDINE*	1.755	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA (UD)
5. AO SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA		
6. IRCCS - CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO - AVIANO	108	
7. AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA DEGLI ANGELI (PN)	1.026	AZIENDA OSPEDALIERA DI PORDENONE
8. OSPEDALE DI GORIZIA	492	OSPEDALI CHE SONO PARTE DI AZIENDE PER I SERVIZI SANITARI (ASS)
9. OSPEDALE DI MONFALCONE	352	
10. OSPEDALE DI TOLMEZZO	260	
11. OSPEDALE DI S. DANIELE	252	
12. OSPEDALE DI PALMANOVA	383	
13. OSPEDALE DI LATISANA	322	
14. OSPEDALE DI S. VITO AL TAGLIAMENTO	320	
15. OSPEDALE DI SPILIMBERGO	149	
16. OSPEDALE DI MANIAGO	145	OSPEDALI EX ARTICOLO 21
17. OSPEDALE DI CIVIDALE DEL FRIULI	290	
18. OSPEDALE DI GEMONA	203	
19. OSPEDALE DI SACILE	167	
20. OSPEDALE SANTORIO	70	OSPEDALE CHIUSO
21. ISTITUTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE GERVASUTTA	180	STRUTTURA LUNGO-DEGENZA
22. IRCCS E. MEDEA - LA NOSTRA FAMIGLIA	0	SENZA POSTI LETTO PER ACUTI
TOTALE	8.365	

* Il dato del policlinico universitario di Udine è compreso in quello dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia

Fonte: Dati della Direzione Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – Regione FVG

La tabella 4 offre una ricostruzione degli ospedali presenti nel 1994 sul territorio regionale effettuata sulla base dei dati inviati dalla Direzione regionale competente. Secondo tale ricostruzione nel 1994 la rete ospedaliera era composta da 22 ospedali e l'offerta pubblica di posti letto per acuti sul territorio era pari a 8.365 posti letto.

L'ultima colonna offre un quadro della situazione dopo l'approvazione della legge 13/1995. Il nuovo quadro risulta così composto da:

- due Aziende Ospedaliere Universitarie - Trieste e Udine - destinate ad unificare altre strutture ospedaliere presenti sui territori di riferimento;
- un'Azienda Ospedaliera – Pordenone – anch'essa destinata ad integrarsi con altre strutture presenti nell'area, come gli ospedali di Sacile, di Spilimbergo e di S.Vito;
- due istituti IRCCS (Burlo-Garofolo e CRO di Aviano);
- otto ospedali che entrano a far parte delle Aziende per i Servizi Sanitari operanti nelle rispettive aree di riferimento;
- quattro ospedali che, insieme all'ospedale di Spilimbergo, secondo la legge 13/1995 - articolo 21 – dovevano essere trasformati e riconvertiti per l'erogazione di prestazioni diverse dal ricovero per acuti;
- un ospedale (Santorio) destinato ad essere chiuso;
- due istituti specializzati (Gervasutta e Medea) con caratteristiche del tutto particolari, in quanto istituti di medicina fisica e di riabilitazione.

Le previsioni del Piano di Intervento a Medio Termine (1995-1997)

La tabella 5 mostra la rete ospedaliera regionale con relativa offerta di posti letto così come prevista dal primo Piano di Intervento a Medio Termine (1995-1997). Attraverso i Piani di Intervento a Medio Termine (PIMT) la programmazione regionale detta infatti gli obiettivi relativi a ciascun periodo di riferimento e le azioni necessarie al loro raggiungimento. I piani, di durata triennale, hanno struttura e contenuti molto differenti tra di loro⁵. Una delle principali differenze è rappresentata dal tentativo compiuto nel primo PIMT (1995-97), dedicato prevalentemente all'organizzazione della rete ospedaliera, di definire

Negli ultimi quindici anni sono stati approvati quattro piano di intervento.

PIMT (1995-1997) nell'ottobre del 1996
 PIMT (2000-2002) nel dicembre del 1999
 PSSR (2006-2008) nel novembre del 2006
 PSSR (2010-2012) nel marzo del 2010

la dotazione di posti letto per ciascuna struttura presente sul territorio regionale; un tentativo che di fatto è stato abbandonato dalla programmazione successiva, probabilmente perché nel frattempo nella Regione si era già registrata una notevole riduzione nell'offerta dei posti letto.

Tabella 5 – Ospedali e previsioni di posti letto per acuti per il 1997

OSPEDALE		1997	
1)	AOU - OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE	1480	
2)	IRCCS - BURLO GAROFOLO DI TRIESTE	254	
3)	POLICLINICO UNIVERSITARIO DI UDINE	420	AOU UDINE 1610
4)	AO - S.M. DELLA MISERICORDIA - UDINE	1190	
5)	IRCCS - CRO DI AVIANO	150	
6)	AO - S.M. DEGLI ANGELI DI PORDENONE	855	
7)	ASS 2 - OSPEDALE DI GORIZIA	401	ISONTINA
8)	ASS 2 - OSPEDALE DI MONFALCONE	334	
9)	ASS 3 - OSPEDALE DI TOLMEZZO	288	ALTO FRIULI
10)	ASS 4 - OSPEDALE DI S. DANIELE	268	MEDIO FRIULI
11)	ASS 5 - OSPEDALE DI PALMANOVA	337	BASSA FRIULANA
12)	ASS 5 - OSPEDALE DI LATISANA	264	
13)	ASS 6 - OSPEDALE DI S. VITO	298	FRIULI OCCIDENTALE
14)	ASS 6 - OSPEDALE DI SPILIMBERGO	204	
TOTALE		6743 ⁶	

Fonte: nostra elaborazione su dati PIMT (1995-1997)

Nella tabella 5 si tiene già conto degli accorpamenti realizzati successivamente. Ad esempio l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste raccoglie le indicazioni relative all'Ospedale Maggiore e all'Ospedale di Cattinara. Inoltre nella tabella non sono rappresentati tutti gli ospedali (come quelli dell'articolo 21 ad eccezione di Spilimbergo) destinati ad essere chiusi, convertiti o trasformati. Nell'area rosa della tabella (prime sei righe) sono riuniti le Aziende ospedaliere e due IRCCS. Nell'area bianca compaiono invece gli ospedali entrati a far parte di 5 Aziende per i Servizi Sanitari (la sesta Azienda ASS1 Triestina non gestisce ospedali).

L'offerta di posti letto che il primo PIMT intende raggiungere nel 1997 è pari a 6.743⁷, con un calo rispetto all'offerta del 1994 di circa il 20%.

⁵ Una casistica dell'irregolarità temporale e delle caratteristiche della programmazione regionale sanitaria si trova in P. Bosi, N. Dirindin, G. Turati 2009.

⁶ Il numero complessivo di posti letto è da intendersi al netto degli ospedali ex art. 21, L.R. 13/1995.

⁷ Salvo i posti letto residuali degli ospedali ex art. 21, L.R. 13/1995.

L'evoluzione dei posti letto nel periodo 1994-2008

La tabella 6 mostra il numero di posti letto per acuti osservati in ciascun anno dal 1994 al 2008 evidenziando in rosso le annualità in cui il target fissato deve ancora essere raggiunto⁸. Come già sottolineato nel secondo capitolo, durante la seconda metà degli anni Novanta si registra un forte ridimensionamento nell'offerta di posti letto: tutti gli ospedali sono scesi nel tempo al di sotto delle soglie stabilite dal primo piano di intervento e tutti raggiungono l'obiettivo assegnato entro il 1998, fatta eccezione per l'IRCCS Burlo, che raggiunge la quota di 254 posti letto nel 2004 (peraltro gli scostamenti in eccesso dal target assegnato sono assai ridotti).

Tabella 6 – Dotazione posti letto per acuti per ospedale (1994-2008)

OSPEDALI	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
CATTINARA	977	977	949	974	974	927	862	853	806	754	757	736	730	714	692
MAGGIORE	644	644	546	551	404	389	339	339	296	267	265	241	235	202	226
AOU O.R. TRIESTE	1621	1621	1495	1525	1378	1316	1201	1192	1102	1021	1022	977	965	916	918
IRCCS - BURLO G.	270	270	270	270	258	258	258	258	258	258	258	175	175	175	175
POL. UNIVERSIT.	274	274	323	286	304	307	318	322	322	322	358	293	1084	1091	1097
AO S.M. UDINE	1481	1137	1138	1170	1082	1072	1072	1096	907	858	800	766			
IRCCS - CRO AVI.	108	142	142	150	150	150	150	150	150	150	149	150	150	150	150
AO PORDENONE	1026	917	1127	786	780	765	765	765	765	739	737	535	525	525	525
GORIZIA	492	469	421	338	301	343	278	267	267	267	249	249	249	249	249
MONFALCONE	352	342	314	266	262	250	198	186	187	187	187	187	187	195	195
TOLMEZZO	260	260	269	202	208	212	212	220	220	220	220	192	192	192	189
S. DANIELE	252	252	252	252	252	249	249	249	242	242	232	225	217	210	215
PALMANOVA	383	383	320	320	299	286	258	237	237	237	212	212	211	211	211
LATISANA	322	309	282	282	250	239	191	186	186	173	166	159	165	165	165
S. VITO	320	314	314	311	294	294	294	294	257	257	257	186	186	186	186
SPIILIMBERGO	149	125	101	115	115	115	115	115	115	115	115	72	72	76	76

Fonte: nostra elaborazione su dati della D.C. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – FVG

Come mostra anche il grafico 1, la decrescita continua nel tempo fino ad arrivare nel 2008 ad un'offerta di posti letto complessiva di 4.581 (dimezzando quasi il dato del 1994). Le riduzioni più forti sono contabilizzate nel primo triennio della politica di revisione; già dal 1994 al 1995, quindi prima del varo della legge 13/1995, si registra un calo di circa 9,7%, che poi prosegue negli anni successivi (-3,9%;-8,4%;-5,5%). L'altra forte riduzione è riferita al 2004 (-11,4%), quando viene definitivamente chiuso l'ospedale Santorio⁹ (nella tabella 4 al numero 20) e l'Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia di Udine riduce l'offerta di circa 58 posti letto.

Si mantiene invece pressoché costante l'offerta di posti letto accreditati presso le case di cura private¹⁰. Occorre sottolineare come tale valore non necessariamente rispecchia una grandezza reale. Tali dati registrano infatti il numero di posti letto per i quali le strutture private ricevono un finanziamento pubblico; è possibile che tali strutture offrano un numero reale di posti letto diverso da quello denunciato e contabilizzato dal sistema informativo. Le uniche variazioni di rilievo si registrano nel 1998 (-126) e nel 2003 (-40) e sono dovute nel

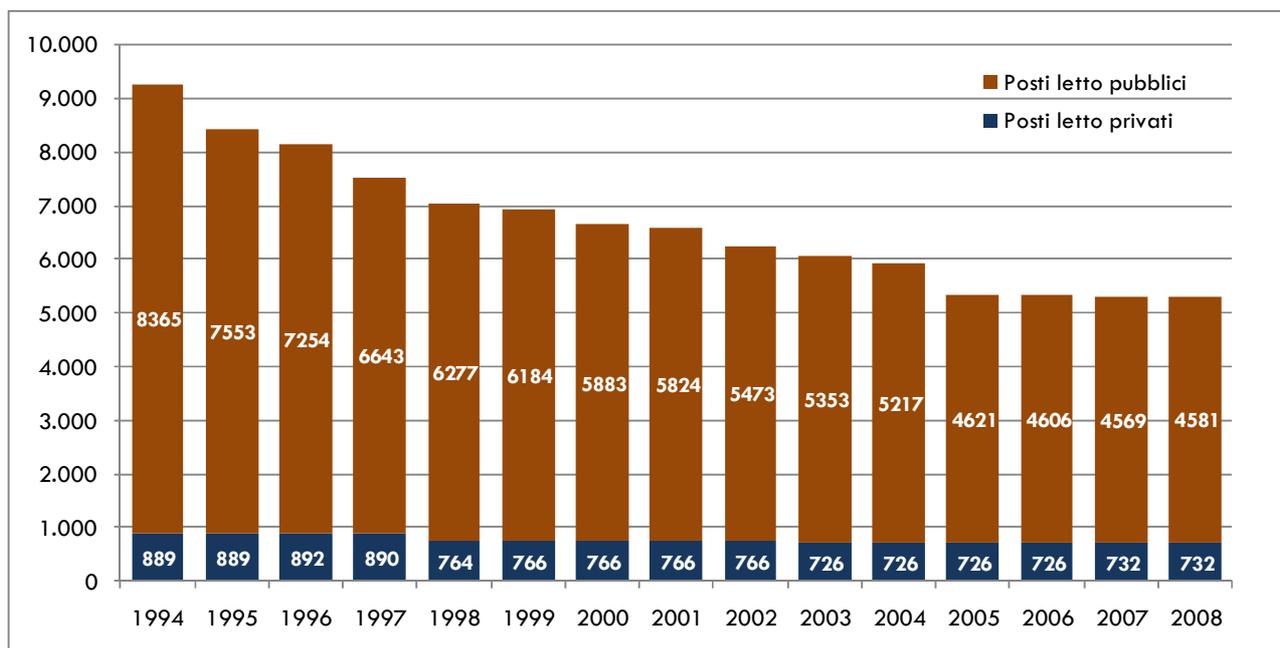
⁸ I dati per l'AOU Ospedali Riuniti di Trieste sono mostrati in forma anche disaggregata (carattere normale). I dati per l'AOU S. Maria della Misericordia di Udine sono mostrati in forma disaggregata solo fino al 2005.

⁹ Attualmente la sede dell'ex ospedale Santorio ospita la Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati (SISSA).

¹⁰ Le case di cura presenti nel 2010 sul territorio regionale sono: S. Giorgio, Città di Udine, Pineta del Carso, Salus, Sanatorio Triestino.

primo caso alla chiusura della casa di cura San Giovanni, nel secondo al ridimensionamento della casa di cura Pineta Del Carso.

Grafico 1 – Dotazione complessiva di posti letto in Friuli Venezia Giulia (1994-2008)



Fonte: nostra elaborazione su dati della D.C. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – FVG

Questa decrescita comporta che rispetto ad uno dei target fissati a livello regionale - 4,5 posti letto offerti ogni 1.000 abitanti – il Friuli Venezia Giulia appare da tempo sotto soglia. Secondo i dati riportati nel grafico, a partire dal 2005, il sistema ospedaliero pubblico offre circa 3,8 posti letto ogni 1.000 abitanti e circa 4,4 posti letto ogni 1.000 abitanti considerando anche quelli offerti dalle strutture private.

A questo proposito occorre segnalare come la classificazione tra ospedali imposta dalla legge 13/1995 non abbia di fatto trovato piena applicazione per le strutture più piccole (cfr. pag. 15). Secondo l'articolo 7 della legge, l'ospedale di rete avrebbe dovuto garantire un'offerta minima di posti letto pari a 250. Come si deduce dalla tabella 6, nel 2008 tutti gli ospedali di rete si trovano al di sotto di tale soglia. In un caso (Spilimbergo) l'offerta è pari a circa il 31% di tale valore. La riduzione nell'offerta di posti letto registrata negli anni non è stata tanto determinata dall'accorpamento delle strutture ospedaliere di ridotte dimensioni, come in parte era nelle previsioni del Legislatore, ma da un taglio nell'offerta dei posti di letto effettuato all'interno delle singole strutture.

3.2 I target fissati per singolo ospedale

In questo paragrafo vengono presi in considerazione i target fissati dalla legge. Oltre ad un'offerta di posti letto pari almeno a 4,5 ogni mille abitanti, si imponevano i seguenti valori obiettivo:

- (1) un tasso di ospedalizzazione regionale di 160 ricoveri ogni 1.000 abitanti;
- (2) un tasso di occupazione medio dei posti letto per ciascun ospedale pari o superiore all'80% (all'anno);
- (3) una durata media della degenza per ciascun ospedale non superiore ai 10 giorni, con una presenza di entrati ed usciti nello stesso giorno non superiore al 5% del totale;

(4) un tasso operatorio per ciascun ospedale superiore al 70% dei ricoverati presso funzioni chirurgiche;

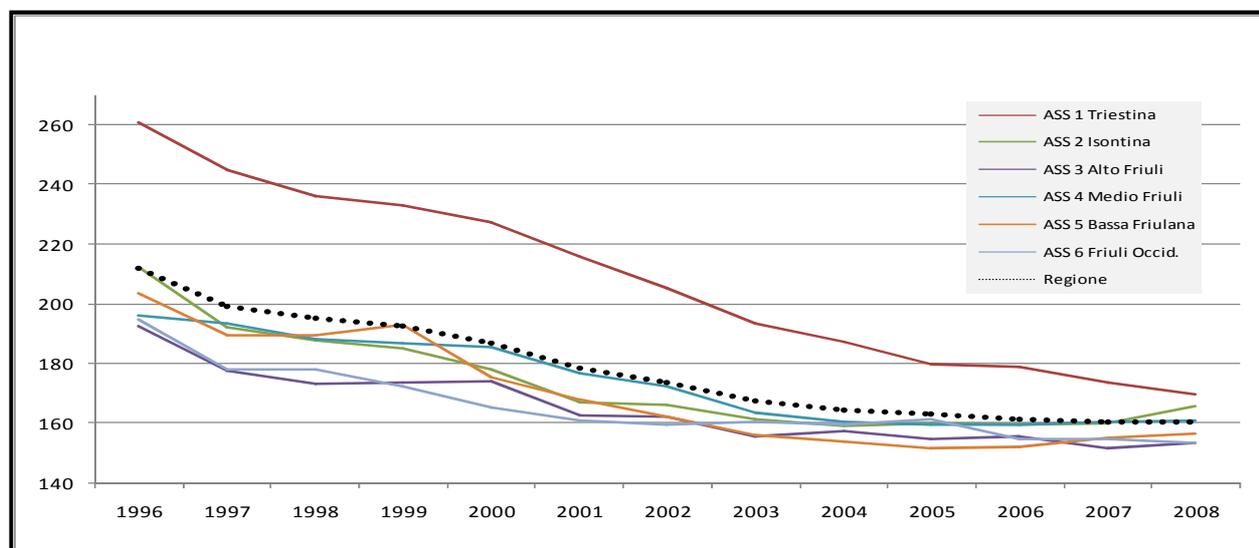
(5) un numero di parti per ciascun ospedale superiore a 400 unità annue.

Il tasso di ospedalizzazione

Tra gli indicatori posti sotto osservazione dal sistema sanitario, il tasso di ospedalizzazione regionale è considerato quello di maggiore rilevanza¹¹. Esso viene calcolato rapportando il numero dei residenti dimessi dalle strutture sanitarie pubbliche e private regionali in un determinato anno, alla popolazione regionale di quello stesso anno.

Il grafico 2 prende in esame il tasso di ospedalizzazione espresso in base 1000 tra il 1996 e il 2008 mostrandone un andamento decrescente, sia a livello regionale, dove si passa da 212 a 160,5 ricoveri ogni 1000 abitanti (-17,6%), sia a livello di singola azienda. Nel territorio dell'ASS 1 si evidenzia la diminuzione più marcata, passando da 261 a circa 170 posti letto per mille abitanti. La soglia 160‰ fissata nel 1995 come obiettivo tendenziale viene avvicinata a livello regionale solo a partire dal 2003 (167,6‰) e viene di fatto raggiunta soltanto nel 2008 (160,5‰).

Grafico 2 – L'andamento del tasso di ospedalizzazione nei territori delle ASS (1996-2008)



Fonte: nostra elaborazione su dati del Rapporto sul sistema sanitario regionale del 2008

Rispetto al tasso di ospedalizzazione si riportano le osservazioni rilasciate da chi all'epoca contribuì al disegno delle politiche di revisione e a gestirne la prima attuazione.

“Ci si attendeva che il sistema nel suo insieme producesse un migliore uso dell'ospedale da parte della popolazione, un ridotto tasso di ospedalizzazione... Io credo non esistano altre leggi di questa regione che abbiano centrato gli obiettivi con la precisione con la quale ci è riuscita la L.R. 13/1995 rispetto al tasso di ospedalizzazione. E' straordinario osservare la coincidenza tra quello che era stato ipotizzato all'epoca come tendenza e quello che si è raggiunto oggi.”
(Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

¹¹ L'intesa siglata il 23 marzo 2005 dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha previsto una riduzione dell'assistenza ospedaliera al fine di garantire entro il 2007 il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20%.

Sempre a conferma della bontà delle previsioni fatte nel 1995:

*“La prevalenza nella risposta sanitaria era data dall’ospedale. C’erano 22-24 ospedali, di conseguenza c’era la consapevolezza di ricondurre l’ospedale alla sua funzione di trattamento esclusivo delle patologie acute. Cioè uno va in ospedale solo se necessita di un trattamento intensivo ospedaliero. Tutto il resto va fatto sul territorio, che allora non era dotato della domiciliarità. Non aveva le RSA, che sono state istituite con questa legge. Non aveva la capacità di dare una risposta sufficiente ad evitare l’ospedalizzazione, da ciò l’ospedalizzazione impropria. A spanne le posso dire che troverà nel ’95 un tasso di ospedalizzazione superiore al 200‰, 10 anni dopo era al 160‰. Tenga conto che la regione Piemonte è ancora al 180‰. E’ dunque avvenuto qualcosa di eccezionale: progresso tecnologico e farmacologico, organizzazione dell’assistenza sanitaria territoriale.
(Intervista a Pier Oreste Brusori, 3 febbraio 2010)*

La riduzione regionale complessiva del ricorso alle cure ospedaliere non poteva prescindere, secondo l’architettura della politica di revisione, da un’attività di “governo” degli ospedali.

“All’epoca si era fatto un grandissimo esame della letteratura e di tutti i dati disponibili nel sistema per capire quale fosse, rispetto ai tassi di ospedalizzazione, l’utilizzo delle strutture, l’appropriatezza dell’utilizzo, il rapporto ideale tra popolazione e funzione. Oggi questo lavoro sarebbe ancora più facile sulla base di una mole di informazioni molto più ricca. Quello che secondo me dovrebbe interessare il legislatore non è il dettaglio, che è un compito tecnico-professionale, ma il principio: adeguiamo le nostre strutture ai bisogni appropriati e non ai feudi esistenti, più o meno giustificati”. (Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

Il tasso di occupazione dei posti letto

Questo indicatore è costruito sul rapporto tra il numero di giornate di degenza erogate annualmente da ciascun ospedale e il numero delle giornate potenzialmente erogabili (ricavato moltiplicando i posti letto per 365 giorni). Il tasso si riferisce ai posti letto ordinari, ad esclusione dunque della fruizione del servizio di *day hospital*. La variabile tenta di esprimere la capacità di un ospedale di sfruttare appieno la propria dotazione di posti letto.

I primi due ospedali della tabella 7 (area colorata) sono in realtà accorpati nell’Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali riuniti” di Trieste e rappresentano un’unica entità. Nel corso dei 15 anni presi in esame sono stati sottoposti a rinnovamento, sia sul piano organizzativo che strutturale, che ha portato ad un incremento nell’utilizzo dei posti letto. L’Azienda Ospedaliera si colloca ampiamente sopra la soglia target a partire dal 2003.

Le altre due Aziende Ospedaliere mostravano valori sotto soglia nel 1994 (rispettivamente 68% per l’AO Santa Maria della Misericordia di Udine e 62% per l’AO Santa Maria degli Angeli di Pordenone). La prima dal 2004 mostra un valore sopra soglia che mantiene anche dopo la fusione con il Policlinico Universitario (che era sempre stato sotto soglia fino al 2005). La seconda migliora negli ultimi anni fino a sfiorare la soglia target nel 2008 (78%). Gli IRCCS seguono due andamenti distinti: il CRO di Aviano tende a peggiorare (scendendo dall’80% al 68%) mentre l’Istituto Burlo Garofolo rimane costante e ampiamente sotto soglia (59% nel 1994 e 55% nel 2008).

Tabella 7 – Il tasso di occupazione dei posti letto (1994-2008)

Ospedali	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
OSPEDALE CATTINARA	82%	60%	65%	58%	57%	61%	64%	64%	65%	84%	83%	83%	86%	90%	92%
OSPEDALE MAGGIORE	73%	70%	85%	78%	87%	79%	81%	80%	95%	86%	87%	87%	83%	89%	81%
IRCCS - BURLO GAR.	59%	41%	49%	39%	39%	39%	38%	37%	34%	30%	32%	53%	55%	52%	55%
POLICLI. UN. UDINE	61%	68%	58%	69%	67%	69%	64%	57%	55%	61%	58%	71%	82%	84%	85%
AOU - S.M. MISERIC.	68%	83%	83%	80%	81%	75%	71%	65%	76%	71%	81%	84%			
IRCCS - CRO AVIANO	80%	83%	87%	78%	69%	72%	65%	59%	62%	60%	66%	66%	70%	68%	68%
AO - S.M. D.ANGELI	62%	63%	49%	66%	64%	63%	57%	53%	52%	53%	52%	73%	76%	77%	78%
ASS 2 - GORIZIA	66%	66%	64%	67%	68%	64%	77%	71%	66%	64%	64%	63%	64%	64%	65%
ASS 2 - MONFALCONE	68%	61%	61%	59%	55%	53%	72%	68%	75%	74%	79%	78%	83%	77%	84%
ASS 3 - TOLMEZZO	65%	62%	56%	68%	64%	66%	69%	64%	65%	62%	63%	72%	68%	68%	67%
ASS 4 - S. DANIELE	81%	74%	70%	71%	69%	70%	70%	67%	71%	67%	67%	74%	68%	72%	72%
ASS 5 - PALMANOVA	68%	63%	67%	61%	67%	65%	61%	65%	67%	65%	71%	68%	64%	65%	68%
ASS 5 - LATISANA	65%	58%	57%	52%	57%	58%	67%	61%	58%	63%	68%	70%	64%	68%	67%
ASS 6 - S. VITO	63%	65%	60%	56%	59%	55%	51%	46%	54%	51%	50%	65%	56%	63%	59%
ASS 6 - SPILIMBERGO	63%	69%	82%	70%	80%	75%	58%	49%	51%	51%	53%	87%	84%	75%	83%

Fonte: nostra elaborazione su dati della D.C. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – FVG

Tutti gli altri ospedali si trovavano ben al di sotto dell'80% nel 1994 (ad eccezione dell'ospedale di San Daniele), quando oscillavano attorno al 60%-70%, e continuano ad esserlo nel 2008. Tra questi gli unici due ospedali che segnalano performance positive (a partire dal 2006) sono quelli di Monfalcone e Spilimbergo, entrambi nel 2008 sopra, seppur di poco, all'80%. Complessivamente soltanto tre dei 13 ospedali riportati in tabella hanno raggiunto il target previsto. Si tratta del valore target più disatteso tra quelli presi in considerazione dalla legge.

Il numero medio di giornate di degenza

L'indicatore viene calcolato rapportando il numero complessivo delle giornate di degenza erogate in regime ordinario al corrispondente numero di pazienti dimessi ed esprime la durata media di ciascun ricovero ospedaliero in regime ordinario. A valori più bassi viene assegnato il significato di performance migliori, in quanto i pazienti vengono dimessi con una maggiore celerità. La tabella 8 mostra come sotto questo punto di vista tutti gli ospedali si posizionino al di sotto della soglia target di 10 giornate, ad eccezione della sola AOU di Trieste (11,1 giornate nel 2008). Va peraltro notato che già nel 1994 tutti gli ospedali erano in linea con gli obiettivi assegnati dalla programmazione e che nel corso dei 15 anni molti migliorano ancora la loro performance.

Naturalmente i dati della tabella 8 consentono soltanto di verificare se il target assegnato sia stato raggiunto o meno; non sono un modo per confrontare la performance delle diverse strutture e tantomeno spiegano perché alcuni ospedali sembrano collocarsi molto al di sotto di tale target ed altri invece sono a questo più vicini o addirittura lo superano, come nel caso dell'AOU Ospedali Riuniti di Trieste. Per effettuare invece un confronto tra le performance delle singole strutture occorrerebbe tener conto delle differenze esistenti rispetto al tipo di clientela servita (ad esempio, con riguardo all'età o alla patologia) e per tipo di prestazione erogata. Possiamo solo mettere in evidenza come la provincia di Trieste e in particolare l'area cittadina – nella quale operano gli Ospedali riuniti - si caratterizzi per un'alta percentuale di popolazione anziana. Le persone sopra i 65 anni sono circa il 28% contro il 24% di Gorizia, il 23% di Udine e il 20% di Pordenone. Ciò potrebbe spiegare una parte della differenza riscontrata tra la struttura Ospedali riuniti e gli altri. E' però possibile che

tale differenza abbia anche altre spiegazioni, come la scelta di ospitare nella struttura casi di lungo degenza non collocabili altrove.

Tabella 8 – Giornate di degenza media annua dal 1994 al 2008

Ospedali	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
CATTINARA	9,5	7,2	10,0	10,4	10,5	11,1	10,8	11,1	11,1	10,3	10,0	9,8	10,3	10,5	11,1
MAGGIORE	8,3	9,1	8,3	8,6	8,0	7,7	7,5	7,4	7,8	10,9	10,6	11,1	10,7	10,6	11,1
IRCCS - BURLO G.	2,5	1,8	3,1	4,2	4,1	4,4	4,4	4,4	4,3	4,4	4,5	4,7	4,6	4,6	4,8
POLICLINICO UN.	7,2	8,1	6,4	6,0	5,7	5,8	5,5	5,5	5,8	6,9	7,2	7,2	8,6	8,8	8,9
AOU - S.M. MISE.	10,1	9,5	9,6	9,7	9,8	9,5	9,5	9,3	9,3	8,5	8,6	8,7			
IRCCS - CRO AVI.	7,9	7,7	8,2	7,1	7,1	6,7	6,7	6,0	6,1	5,9	5,7	5,6	5,8	5,8	5,6
AO - S.M. ANGELI	8,9	8,0	7,8	7,5	7,3	7,2	6,8	6,6	6,5	6,6	6,6	6,3	6,6	6,4	6,3
2 - GORIZIA	8,9	8,5	8,5	8,0	7,5	8,5	8,6	8,5	8,4	8,0	7,4	7,3	7,3	7,4	7,8
2 - MONFALCONE	8,2	7,3	7,2	6,3	5,5	5,0	5,3	5,7	6,4	6,5	6,7	6,5	7,1	7,1	7,2
3 - TOLMEZZO	8,4	7,9	7,8	7,3	6,7	7,0	7,1	7,0	6,9	6,8	6,9	6,9	6,4	6,6	6,7
4 - S. DANIELE	8,4	8,0	8,4	8,2	8,2	8,3	8,3	8,6	8,6	8,3	8,2	8,2	7,3	7,5	7,5
5 - PALMANOVA	7,6	7,0	7,5	7,4	7,5	7,2	7,5	7,5	7,4	7,4	7,3	7,1	7,2	7,1	7,3
5 - LATISANA	6,8	6,1	6,7	6,9	6,8	6,7	6,9	6,8	6,8	6,3	6,4	6,4	6,1	6,3	6,4
6 - S. VITO	6,9	7,1	7,1	7,1	7,2	6,9	6,8	6,7	7,0	6,8	6,5	6,4	6,2	6,6	6,6
6 - SPILIMBERGO	9,2	8,9	10,0	9,4	9,4	8,2	6,8	6,2	6,1	6,7	6,5	6,1	6,1	5,7	6,2

Fonte: nostra elaborazione su dati della D.C. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – FVG

Il tasso operatorio

Il tasso operatorio è stato calcolato rapportando il numero di pazienti dimessi che hanno subito un intervento chirurgico al numero totale di pazienti dimessi dalle funzioni chirurgiche. Tale misura viene utilizzata per descrivere la capacità di un ospedale di diagnosticare la necessità di un intervento chirurgico ai propri pazienti. Più elevato è il tasso operatorio, maggiore è la capacità della struttura di selezionare pazienti che verranno effettivamente sottoposti ad intervento.

Tabella 9 – Tasso operatorio dal 1996 al 2008

OSPEDALI	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
OSPEDALE CATTINARA	46%	51%	52%	53%	52%	54%	58%	57%	63%	63%	66%	64%	64%
OSPEDALE MAGGIORE	57%	66%	71%	72%	73%	69%	71%	74%	73%	76%	77%	85%	82%
IRCCS - BURLO GARO.	39%	49%	55%	52%	55%	58%	59%	65%	64%	62%	62%	65%	68%
POLICLINICO UNI.	59%	61%	62%	64%	66%	70%	69%	67%	68%	68%	67%	67%	69%
AO - S.M. MISER.	63%	64%	69%	72%	74%	72%	72%	75%	74%	71%	71%	71%	69%
IRCCS - CRO DI AVIANO	88%	92%	92%	92%	94%	94%	95%	94%	95%	91%	88%	88%	87%
AO - S.M. DE. ANGELI	51%	60%	62%	68%	70%	70%	73%	69%	70%	70%	70%	73%	74%
ASS 2 - GORIZIA	58%	61%	66%	64%	65%	62%	62%	61%	65%	64%	64%	65%	66%
ASS 2 - MONFALCONE	57%	68%	70%	71%	70%	70%	73%	74%	75%	75%	73%	72%	72%
ASS 3 - TOLMEZZO	62%	65%	68%	67%	70%	74%	74%	76%	77%	76%	78%	79%	78%
ASS 4 - S. DANIELE	59%	64%	64%	67%	66%	65%	70%	69%	67%	66%	66%	69%	71%
ASS 5 - PALMANOVA	54%	62%	60%	64%	72%	72%	67%	66%	64%	64%	63%	64%	64%
ASS 5 - LATISANA	50%	54%	55%	67%	70%	72%	74%	77%	76%	77%	78%	77%	73%
ASS 6 - S. VITO	58%	61%	60%	62%	66%	68%	68%	69%	70%	71%	71%	69%	72%
ASS 6 - SPILIMBERGO	52%	63%	70%	74%	82%	84%	81%	79%	80%	81%	78%	77%	77%

Fonte: nostra elaborazione su dati della D.C. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – FVG

Il valore soglia fissato dalla legge 13/1995 è pari al 70%. Nel 1996 soltanto l'IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano aveva un valore superiore a tale soglia, raggiungendo l'88%. La maggior parte degli altri ospedali presentava valori inferiori al 60%. A volte inferiori al 40% come nel caso dell'IRCCS Burlo Garofolo. In seguito si assiste ad un miglioramento generalizzato e nel 2008 sono cinque gli ospedali a non aver raggiunto l'obiettivo, anche se di poco: l'IRCCS Burlo (68%), l'AOU di Udine in entrambi i

suoi presidi (69%), l'ospedale di Gorizia (66%) e l'ospedale di Palmanova (64%). L'AOU di Trieste raggiunge l'obiettivo soltanto nell'ospedale Maggiore (82%), ma non nell'ospedale di Cattinara (64%).

Il numero annuo di parti

La legge 13/1995 aveva stabilito in 400 parti all'anno la soglia sotto la quale un ospedale non offriva le necessarie garanzie di sicurezza per la gestione delle situazioni più rischiose (come i parti plurigemellari oppure i parti cesarei). Nell'ottica del Legislatore, scendere al di sotto di tale soglia avrebbe significato non avere uno staff con la pratica di lavoro e l'abilità manuale necessarie ad assicurare prestazioni di alto livello.

“Facciamo l'esempio del parto cesareo: se si fanno 400 parti vuol dire fare circa 80 parti cesarei all'anno. In un reparto di ostetricia ci sono 9 medici, circa una decina a testa. Se si fanno ancora meno parti c'è il rischio che qualche medico ne faccia 1 o 2 all'anno. E' provato che la mano del chirurgo si affina con l'esperienza. Se una cosa è fatta una volta all'anno c'è il rischio che sia fatta molto male”. (Intervista a Pier Oreste Brusori, 3 febbraio 2010)

In quest'ambito l'adeguamento alla soglia target stabilita viene completamente realizzato in tempi piuttosto rapidi. Nel 1996 gli ospedali non allineati su quel valore sono 4: Gorizia (371), Monfalcone (369), Tolmezzo (316) e Spilimbergo (247).

Tabella 10 – Numero annuo di parti dal 1994 al 2008

OSPEDALI	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
OSPEDALE CATTINARA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OSPEDALE MAGGIORE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRCCS - BURLO GARO.	1740	1683	1730	1728	1670	1715	1584	1768	1682	1709	1783	1690	1777
POLICLINICO UNI.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AOU - S.M. MISER.	893	976	1192	1390	1590	1649	1812	1680	1757	1796	1725	1788	1745
IRCCS - CRO DI AVIA.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AO - S.M. DE. ANGELI	986	960	1015	851	816	883	966	988	974	1080	1102	1077	1206
ASS 2 - GORIZIA	371	408	372	400	360	363	423	408	407	451	401	378	405
ASS 2 - MONFALCONE	369	394	473	479	539	619	679	696	710	718	707	681	683
ASS 3 - TOLMEZZO	316	370	541	583	619	627	593	610	593	629	592	587	588
ASS 4 - S. DANIELE	629	724	836	826	830	779	793	793	774	850	886	989	994
ASS 5 - PALMANOVA	454	485	552	601	558	522	481	569	596	607	677	734	833
ASS 5 - LATISANA	523	530	544	574	592	514	518	485	479	558	589	595	622
ASS 6 - S. VITO	584	578	771	930	905	976	911	837	816	750	804	754	683
ASS 6 - SPILIMBERGO	247	222	132	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: nostra elaborazione su dati della Dir. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – FVG

Dal 1999, con la chiusura della funzione di ostetricia nell'ospedale di Spilimbergo, nessuno degli ospedali appare sotto soglia. L'unico ospedale che presenta valori altalenanti è quello di Gorizia. Nel 2000 e nel 2007 vi sono alcune flessioni e comunque, ad eccezione del 2005 (451 parti) il valore resta sempre vicino alla soglia minima. L'AOU di Trieste e l'IRCCS CRO di Aviano non presentano dati in quanto nel quindicennio considerato non prevedono la presenza della funzione ostetricia (garantita a Trieste dall'IRCCS Burlo).

Il rispetto dei target assegnati

Nella tabella 11 si offre un giudizio sintetico rispetto al raggiungimento dei singoli target da parte delle diverse strutture con riferimento principale al 2008. I tre colori – verde, arancio e rosso – identificano rispettivamente (i) **situazioni soddisfacenti**, quando il valore raggiunge il target; (ii) **situazioni a rischio**, quando il valore è troppo vicino alla soglia per garantire il raggiungimento o il mantenimento del target; e (iii) **situazioni insoddisfacenti**, quando il valore è nettamente sopra o sotto soglia da un lungo periodo di tempo.

Tabella 11 – Visione sintetica del rispetto dei target nei singoli ospedali (dati al 2008)

OSPEDALI	Tasso occupazione dei posti letto (80%)	Media delle giornate di degenza (10)	Tasso operatorio (70%)	Numero annuo dei parti
OSPEDALE CATTINARA	92%	11,1	64%	
OSPEDALE MAGGIORE	81%	11,1	82%	
IRCCS - BURLO GARO.	55%	4,8	68%	1777
POLICLINICO UNI.	85%	8,9	69%	
AO - S.M. MISER.				1745
IRCCS - CRO DI AVIANO	68%	5,6	87%	
AO - S.M. DE. ANGELI	78%	6,3	74%	1206
ASS 2 - GORIZIA	65%	7,8	66%	405
ASS 2 - MONFALCONE	84%	7,2	72%	683
ASS 3 - TOLMEZZO	67%	6,7	78%	588
ASS 4 - S. DANIELE	72%	7,5	71%	994
ASS 5 - PALMANOVA	68%	7,3	64%	833
ASS 5 - LATISANA	67%	6,4	73%	622
ASS 6 - S. VITO	59%	6,6	72%	683
ASS 6 - SPILIMBERGO	83%	6,2	77%	

Fonte: nostra elaborazione su dati della D.C. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – FVG

Dai dati a nostra disposizione gli unici due ospedali che riescono a rispettare tutti i target assegnati nel 2005 sono Monfalcone e Spilimbergo: due ospedali con una bassa offerta di posti letto. Ben al di sotto della dotazione minima prevista dalla legge 13/1995. In particolare Spilimbergo ha una dotazione di posti letto inferiore ad 80 ed è privo di un reparto di ostetricia (dunque ha un target in meno da raggiungere).

Una buona performance secondo le variabili considerate viene anche mostrata dall'Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli di Pordenone che è leggermente sotto soglia (78%) soltanto per quanto riguarda il tasso di occupazione dei posti letto e dall'Azienda Ospedaliera Universitaria di S. Maria della Misericordia di Udine che è appena sotto soglia per il tasso operatorio. Rispetto alla sola variabile tasso di occupazione dei posti letto presentano problemi gli ospedali di Latisana e Tolmezzo, che hanno entrambi 67% di occupazione dei posti letto contro l'80% previsto.

L'Ospedale di San Daniele oltre ad essere sotto soglia, ma solo di 8 punti percentuali, sul tasso di occupazione dei posti letto, presenta una situazione in bilico rispetto al tasso operatorio: sopra soglia nel 2008 con il 71%, ma sotto soglia nei 13 anni precedenti.

In una situazione peggiore sembra trovarsi l'ospedale di S. Vito che oltre ad avere un tasso operatorio di poco superiore alla soglia (72%), ha un tasso di occupazione dei posti letto di circa 21 punti percentuali sotto la soglia prevista; e l'IRCCS Burlo Garofolo che proprio rispetto a quest'ultimo indicatore è sotto soglia di circa 25 punti percentuali. L'Ospedale Maggiore dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste non raggiunge soltanto l'obiettivo delle giornate medie di degenza; l'Ospedale di Cattinara – della stessa AOU – ha anche un tasso operatorio sotto soglia (64%). Sembrano infine avere difficoltà

anche gli ospedali di Palmanova e di Gorizia. Quest'ultimo presenta un dato di poco sopra la soglia (405), e comunque un po' altalenante nel tempo, rispetto al numero annuo di parti effettuati.

Se la performance "raccontata" dai quattro indicatori descrive bene la realtà negli ospedali del Friuli Venezia Giulia, l'impostazione di fondo della legge, per la quale gli ospedali più piccoli si caratterizzano per performance peggiori, dovrebbe essere se non completamente rivista, almeno ridimensionata. I dati messi a disposizione dalla Direzione sembrano indicare che anche le strutture più piccole riescono a garantire i valori target fissati dalle norme. Anzi talvolta sembrano raggiungere valori migliori delle strutture di più grandi dimensioni.

Ciò significa che gli ospedali più piccoli funzionano meglio? I dati a nostra disposizione non ci consentono di giungere ad una simile conclusione. In primo luogo, per la limitatezza delle variabili prese in considerazione. Tali variabili, che hanno una natura macro, nel senso che non distinguono tra tipi di ricovero o di intervento, si concentrano su aspetti legati al processo organizzativo; non prendono quindi in considerazione aspetti direttamente legati alla sicurezza e alla qualità delle cure prestate. Elementi dai quali è impossibile prescindere nel tentativo di formulare un giudizio esaustivo sull'operato di un ospedale. In secondo luogo, perché i target assegnati avevano la finalità di indicare una direzione di cambiamento all'organizzazione della rete ospedaliera e non di definire una performance ideale in base alla quale valutare i singoli ospedali. Come vedremo nel paragrafo 3.4, queste due considerazioni invitano a mettere in discussione per il futuro il sistema di indicatori adottato.

3.3 L'articolo 21 e gli ospedali da riconvertire

L'articolo 21 della legge 13/1995 prevedeva la riconversione di cinque ospedali, destinandoli progressivamente a prestazioni diverse dal ricovero per acuti. Si tratta degli ospedali di Cividale del Friuli, Gemona del Friuli, Maniago, Sacile e Spilimbergo. Come abbiamo già illustrato in precedenza, la strategia regionale volta al recupero di efficienza passa anche attraverso la dismissione delle strutture più piccole. Il caso di Spilimbergo è stato trattato nel precedente paragrafo in considerazione del fatto che, nonostante le intenzioni del Legislatore, esso non è stato mai oggetto di un vero processo di riconversione (e tanto meno è stato chiuso), come invece è stato fatto negli altri quattro casi. Già nel PIMT 1995-1997 si prevedeva che l'ospedale di Spilimbergo mantenesse un'offerta di posti letto pari a 204 (vedi tabella 5 a pag. 24). Oggi l'ospedale continua ad operare, nonostante la forte riduzione nell'offerta di posti letto e la chiusura del reparto di ostetricia. Di seguito dunque sono illustrati solo i quattro casi rimanenti, per i quali nel PIMT 1995-1997 si prevedevano accorpamenti con altre aziende ospedaliere presenti nel territorio. Come vedremo in questi quattro casi la riduzione nell'offerta dei posti letto per acuti è stata assai drastica, fino ad arrivare alla conversione pressoché totale in strutture per non acuti.

Gli obiettivi sui piccoli ospedali nella prima fase di attuazione della legge

La prima programmazione (PIMT 1995-97), comincia l'opera di progressiva riconversione disponendo che:

- i) l'Ospedale di Gemona del Friuli venga parzialmente riconvertito in residenza sanitaria assistenziale (RSA) e in poliambulatorio per visite specialistiche, mantenendo funzioni di presidio ospedaliero per degenze specialistiche;
- ii) gli ospedali di Sacile e Maniago vengano inseriti nella costituenda AO di Pordenone;

iii) l'Ospedale di Cividale del Friuli nell'AOU di Udine.

La tabella 12 riassume il risultato atteso da tale programmazione.

Tabella 12 – Ospedali da riconvertire entro il 1997 e dotazione posti letto per acuti prevista

OSPEDALI	POSTI LETTO PREVISTI	ACCORPATO CON
ASS 6 - OSPEDALE DI MANIAGO	30	AO PORDENONE
ASS 3 - OSPEDALE DI GEMONA	164	AOU UDINE
ASS 6 - OSPEDALE DI SACILE	125	AO PORDENONE
ASS 4 - OSPEDALE DI CIVIDALE DEL FRIULI	112	AOU UDINE

Fonte: nostra elaborazione a partire dal Primo Piano di Intervento a Medio Termine (1995-97)

La strategia della riconversione delle strutture più piccole è uno dei principali argomenti sui quali si fonda la logica della revisione della rete ospedaliera.

“il legislatore si è posto il problema di quali ospedali nella regione potessero essere identificati come ospedali per acuti e quali come strutture per svolgere altre funzioni di post acuzie. Questo è stato uno dei capisaldi del ragionamento che è stato fatto. Già nella legge 12, ma più decisamente nella legge 13, oltre alle aziende ospedaliere, venivano individuate 6 sedi ospedaliere per acuti. In queste dovevano essere garantite alcune funzioni che, per il legislatore dell'epoca, identificavano il ruolo di ospedale per acuti. C'è stata la riqualificazione di alcuni ospedali per acuti che mancavano di quelle caratteristiche essenziali. E' vero quindi che si era cercato, e in parte si è raggiunto, l'obiettivo di ridurre il numero di ospedali, ma in quelli che venivano considerati come tali il livello dell'assistenza era nettamente aumentato. E questo era uno dei principi chiave: meno strutture, ma più sicurezza e più qualità”.
(Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

L'opera di riconversione doveva essere portata a termine in modo graduale nel corso dei successivi periodi di programmazione, fino a concludersi con la destinazione definitiva al trattamento della post acuzie e la conseguente dismissione della dotazione di posti letto per acuti. Obiettivo che, per ragioni diverse, non è stato completamente raggiunto.

La riduzione dei posti letto nei quattro ospedali da convertire

La tabella 13 descrive l'andamento dei posti letto per acuti nelle strutture ospedaliere da riconvertire, tra il 1994 e il 2008, e mostra come soltanto l'ospedale di Cividale sia giunto all'obiettivo dell'assenza di posti letto per acuti. Per gli altri tre ospedali si assiste ad una decisa riduzione nell'offerta dei posti letto, soprattutto nel primo triennio, seguita poi da un sostanziale mantenimento dello status quo.

Tabella 13 – Dotazione posti letto per acuti nei 4 ospedali ex art. 21 dal 1994 al 2008

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
MANIAGO	145	115	60	46	39	39	39	39	20	20	20	15	15	15	15
SACILE	167	131	19	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
CIVIDALE	290	70	70	70	51	51	47	10							
GEMONA	203	203	114	97	97	97	97	97	97	97	97	93	93	93	95

Fonte: nostra elaborazione su dati della D.C. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – FVG

Complessivamente l'offerta dei posti letto nei 4 ospedali cala da circa 800 posti nel 1994 a 125 nel 2008. Gli ospedali di Sacile, Cividale del Friuli e Gemona raggiungono l'obiettivo di riduzione già all'indomani dell'approvazione della legge, passando rispettivamente da 167 posti nel 1994 a 19 nel 1996; da 290 nel 1994 a 70 nel 1995; da 203 nel 1995 a

114 nel 1996. L'ospedale di Maniago, anche se subisce una forte riduzione già nel 1996, passando a 60 posti letto, riesce a raggiungere il valore obiettivo assegnato di 30 posti letto solo nel 2002, scendendo addirittura a 20 e successivamente a 15 posti letto.

Il tasso di occupazione dei posti letto nei quattro ospedali ex art. 21

Il destino degli ospedali da chiudere era legato, oltre che alla ridotta dimensione, all'incompatibilità della performance di questi ospedali sugli indicatori definiti dalla legge 13/1995. Di seguito sono riportate in forma breve le tabelle già utilizzate per esporre i risultati degli ospedali attivi a tutti gli effetti, a partire dal tasso di occupazione dei posti letto.

Tabella 14 – Tasso di occupazione posti letto negli ospedali ex art. 21 dal 1994 al 2008

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
MANIAGO	55	62	114	89	71	64	46	48	66	63	61	83	86	85	86
SACILE	82	96	364	104	77	70	61	64	61	61	66	56	101	61	82
CIVIDALE	51	153	77	66	83	82	96								
GEMONA	63	59	84	75	68	67	72	68	65	66	68	67	68	69	71

Fonte: nostra elaborazione su dati della D.C. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – FVG

Gli ospedali di Maniago, Cividale e Gemona mostravano nel 1994 tassi di occupazione ampiamente sotto il target fissato (80%); nel corso dei 15 anni di osservazione, in seguito alla riduzione della dotazione di posti letto, sono decisamente migliorati fino a superare, in due casi su tre, la soglia¹². L'ospedale di Cividale a partire dal 2001 non ha più posti letto per acuti e può dunque essere considerato l'unico ad aver raggiunto la piena riconversione.

La media delle giornate di degenza nei quattro ospedali ex art. 21

L'andamento medio delle giornate di degenza è illustrato in tabella 15. Ricordiamo che il valore target è pari a 10 giornate di degenza media all'anno. Maniago e Sacile partono rispettivamente da valori di 10,1 e 11,1 giornate nel 1994. Nel tempo Maniago migliora nettamente fino a restare stabilmente sotto soglia a partire dal 2001 e raggiungere una media di 8,2 giornate nel 2008.

L'ospedale di Sacile invece peggiora rispetto a questa variabile seguendo un andamento altalenante; nel 2008 segna ancora un valore di 13,8 giornate di degenza media. In tutto il periodo esso presenta una degenza media annua sopra la soglia; talvolta addirittura con un più che raddoppio rispetto al target, come accade nel 1997 (23,4) e nel 2006 (26,1).

Questi valori appaiono anomali soprattutto se confrontati con le medie degli altri ospedali: una spiegazione possibile è che i pazienti siano ricoverati per patologie tali che hanno necessità di degenze mediamente più lunghe (ad esempio, pazienti con problemi di salute mentale): dunque dovrebbero essere contati come non acuti o post acuti.

¹² La tabella presenta qualche anomalia contabile: in alcuni anni, ovvero il 1995 per l'ospedale di Cividale, il 1996 per l'ospedale di Maniago, il biennio 96-97 per l'ospedale di Sacile, la variabile registra un valore superiore al 100%. Tale anomalia è determinata dal fatto che questi anni costituiscono per i tre ospedali dei momenti di svolta, durante i quali si registra la riduzione più elevata nell'offerta: da 290 a 70 nel caso di Cividale, da 155 a 60 nel caso di Maniago e da 131 a 19 nel caso di Sacile. Probabilmente per una parte significativa di quelle annualità gli ospedali hanno continuato ad offrire un numero di posti letto più elevato di quanto il sistema informativo sia stato in grado di registrare. L'indicatore è costruito infatti ponendo in relazione un dato di flusso reale (numero di giornate di degenza erogate) con un dato di flusso potenziale, basato cioè su un dato di stock: il numero di posti letto offerti moltiplicato per 365, il numero di giorni presenti in un anno.

Tabella 15 – Giornate di degenza media annua negli ospedali ex art. 21 dal 1994 al 2008

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
MANIAGO	10,1	9,9	10,9	10,2	9,7	10,3	11,2	8,8	8,3	8,4	9,0	9,3	9,8	9,5	8,2
SACILE	11,1	10,3	11,0	23,4	16,4	14,6	12,9	17,0	15,4	14,6	15,0	14,3	26,1	12,6	13,8
CIVIDALE	8,0	7,7	7,7	8,4	9,0	9,5	10,3	8,9							
GEMONA	8,1	8,3	8,4	7,5	7,2	6,5	6,3	6,3	6,0	5,9	5,7	5,7	5,4	5,5	5,9

Fonte: nostra elaborazione su dati della D.C. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – FVG

Gemona e Cividale erano invece già ben al di sotto della soglia target con 8 giornate di degenza media. Nel primo caso, si migliora ancora fino a scendere a 5,9 nel 2008 (un dato simile a quello registrato per altri ospedali di rete), mentre nel secondo non sono più disponibili posti letto per acuti.

Il tasso operatorio nei quattro ospedali ex art. 21

Per quanto riguarda il tasso operatorio tre ospedali su quattro mostravano una percentuale di interventi chirurgici ben al di sotto di quella stabilita (70%) e sono stati privati di un reparto di chirurgia già nel corso del primo triennio.

Tabella 16 – Tasso operatorio negli ospedali ex art. 21 dal 1994 al 2008

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
MANIAGO	46%	51%											
SACILE	46%												
CIVIDALE	43%	39%	38%										
GEMONA	73%	80%	83%	79%	82%	84%	84%	82%	83%	82%	83%	81%	80%

Fonte: nostra elaborazione su dati della D.C. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – FVG

Il reparto di chirurgia è stato invece mantenuto dall'Ospedale di Gemona, il quale fin dal 1994 ha mostrato una performance coerente con la programmazione. Nel corso del tempo la situazione resta sempre di almeno dieci punti percentuali sopra il valore target assegnato dalla legge 13/1995. Nel 2008 si registra la quota di 0 interventi chirurgici per ogni 100 pazienti ricoverati nel reparto.

Il numero annuo di parti nei quattro ospedali ex art. 21

Nel 2008 nessuno dei quattro ospedali considerati svolge più la funzione di ostetricia. Ciò è vero sin dal 1999 quando viene disattivata questa funzione nell'ospedale di Gemona.

Tabella 17 – Numero annuo di parti negli ospedali ex art. 21 dal 1994 al 2008

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
MANIAGO													
SACILE													
CIVIDALE	160												
GEMONA	439	417	38										

Fonte: nostra elaborazione su dati della D.C. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – FVG

Il processo di conversione nei piccoli ospedali non è stato completato

In conclusione, dai dati disponibili, si può affermare che solo nel caso di Cividale sembra sia avvenuta una completa riconversione, mentre per quanto riguarda le altre situazioni, nonostante vi siano state alcune importanti trasformazioni, l'intento iniziale del legislatore di chiusura o completa riconversione delle strutture più piccole non è stato completamente soddisfatto. Il più attivo resta l'ospedale di Gemona, che mostra comunque valori sopra

soglia, e dunque positivi, per quanto riguarda la media di giornate di degenza e il tasso operatorio. Sotto soglia appare invece il tasso di occupazione dei posti letto.

Molti sono gli spunti da cogliere in questo senso, a partire dalla generale e conclamata difficoltà nel chiudere o riconvertire una struttura ospedaliera confermata in molti altri contesti¹³. Tutti gli intervistati sono concordi nella descrizione di quanto avvenuto e delle difficoltà incontrate nel dare completa attuazione alla legge.

“Gli ospedali dell’articolo 21 non sono ospedali di rete sono quelli da chiudere per diventare RSA, servizi ambulatoriali, sedi di distretto, insomma funzioni non ospedaliere. A Cividale e Gemona è stata chiusa l’area materno infantile, cioè non si nasce più, ed è stata una battaglia epocale. A Cividale sono state chiuse quasi tutte le attività chirurgiche, ma non è stato chiuso del tutto: è rimasta la medicina generale. A Maniago, un po’ come a Cividale, è rimasta soltanto un’attività medica: si chiamano ancora ospedali ma non sono ospedali. Di fatto la riconversione totale di questi ospedali non è avvenuta, per le opposizioni politiche locali che c’erano. Gli ospedali in questione adesso non sono neanche più quelli di una volta, possiamo chiamarli ospedali di comunità. Un qualcosa tra l’ospedaletto e la casa di riposo, una via di mezzo”. (Intervista a Pier Oreste Brusori, 3 febbraio 2010)

Le mancate (o insufficienti) riconversioni traggono motivazione sia dal malcontento della popolazione locale che si oppone alla perdita del “proprio” ospedale, sia dalla volontà degli operatori di difendere uno status quo che ritengono più favorevole alle loro condizioni di vita. Interessi concentrati fanno pressione affinché il processo di razionalizzazione non arrivi alla chiusura definitiva delle strutture di piccole dimensioni.

“La popolazione che ha un ospedale è contenta di averlo, anche per questioni campanilistiche. La gente si opponeva alle chiusure, dicendo ad esempio: qui è nato mio nonno, qui mio padre e io, è sempre andato tutto bene, perché si deve chiudere? Cosa si offre in cambio? Su questa lettura sociale spingevano alcuni partiti politici e anche gli operatori, perché il primario se l’ospedale viene chiuso non è più primario, gli infermieri devono andare a lavorare altrove, e questo non piace a nessuno. Le opposizioni erano quindi dei partiti, delle associazioni, dei sindacati, degli operatori e così via”. (Intervista a Pier Oreste Brusori, 3 febbraio 2010)

3.4 A 15 anni di distanza i target sono ancora validi?

A 15 anni dall’approvazione della legge è possibile mettere in discussione i target utilizzati per imprimere un cambiamento nell’assetto del sistema ospedaliero regionale. Non tanto per verificare il fatto che essi siano stati utili ad orientare il riassetto della rete ospedaliera - su questo punto sembra che ci siano pochi dubbi, soprattutto nella prima fase di attuazione della legge - quanto per impostare un nuovo sistema di monitoraggio che, da un lato, offra ai decisori informazioni che descrivano in modo più attendibile i fenomeni sui quali intendono incidere e che, dall’altro, sia capace di indicare nuove direzioni di cambiamento che tengano conto dell’evoluzione della scienza medica e delle esigenze sanitarie espresse dalla popolazione.

¹³ Il caso della chiusura dei piccoli ospedali in Emilia Romagna è dettagliatamente analizzato in Neri e Turati 2009.

L'esigenza di cambiare il sistema di target

Secondo gli stessi promotori della legge 13/1995 sembra venuto il momento di intervenire sull'impianto normativo e in particolare sul sistema di indicatori fin qui adottato.

“Ci sono stati dei grandi cambiamenti nella medicina e questo è la base di tutto: la sanità si organizza sulla base delle conoscenze a disposizione. Nel '95 facevamo esempi, che ancora ricordo, nella relazione presentata in Consiglio: il paziente che per un'appendicite stava in ospedale 10 giorni e che già nel '95 stava in ospedale 2 giorni; oppure il fatto che negli anni '70 le chirurgie occupavano molti posti letto per interventi di ulcera gastrica e che nel '95 questi interventi erano quasi scomparsi perché la nuova terapia medica aveva quasi eliminato la necessità di interventi chirurgici per queste patologie. Le stesse cose sono accadute tra il '95 e il 2010, gli interventi di chirurgia vascolare si sono ridotti, c'è stata una riduzione dei tempi di degenza per interventi anche molto complessi, riduzione talora drammatica, da 20 a 10-5 giorni. Si è evoluta la chirurgia ortopedica, in cui si dimette dopo pochi giorni un paziente che ha subito un intervento di protesi all'anca.” (Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

Per questo motivo auspicano che si giunga ad una modifica del testo di legge proprio in relazione alla parte che riguarda i target, definendo eventualmente valori soglia più sfidanti rispetto al passato ma soprattutto ampliando il sistema di controllo con nuove variabili da sottoporre ad osservazione.

“Il momento di rimettere mano alla legge 13 era già arrivato alla fine degli anni '90; sono passati 10 anni da quando quel momento è arrivato. Dovrebbe essere conservato, anche da parte dei consiglieri che hanno avuto la sensibilità di promuovere questa iniziativa, lo spirito dell'epoca. Cioè pensare a leggi che abbiano il coraggio di guardare molto avanti, che siano basate su informazioni precise e disponibili, sulle evidenze scientifiche, sui dati prodotti dalle società professionali e dalla letteratura di settore”.
(Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

Dalle interviste condotte emerge la necessità che il sistema di target, una volta rivisto, continui a stimolare recuperi di efficienza, al fine di finanziare attività e terapie mediche innovative, assai efficaci ma al tempo stesso molto costose.

“Se alcune altre pratiche riescono ad essere gestite più velocemente, se in alcuni reparti non c'è più il numero di parti che consente di tenere aperto il reparto, forse si può cominciare a riconvertire e avere un minor numero di ostetrici e ginecologi a fronte di una maggiore disponibilità di fondi per pagare i farmaci oncologici. Sono ovviamente semplificazioni, utili come esempi, ma tante azioni di questo tipo possono produrre le risorse per quello che serve. Non ha più senso tenere 4 centrali operative per il 118. Oggi abbiamo équipe infermieristiche di altissima qualificazione bloccate in 4 centrali operative, una con un territorio da 500 mila abitanti, un'altra da 140 mila, come se fossero uguali. Ci consentiamo il lusso di impiegare decine di infermieri professionali e poi non li abbiamo nei dipartimenti di medicina o nei pronto soccorso”. (Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

In sostanza, un'eventuale revisione del testo di legge dovrebbe mantenere l'obiettivo di migliorare l'allocazione delle scarse risorse a disposizione, sfruttando i risparmi prodotti dalle innovazioni tecnologiche per investire nella qualificazione del personale e nel potenziamento di alcuni settori per i quali è necessario aumentare gli investimenti al fine di offrire cure più efficaci. Tale modifica dovrebbe stimolare l'adozione di un sistema di controllo assai più ricco e puntuale rispetto a quello adottato in passato.

Dal controllo sul processo alla verifica dei risultati

Il sistema di variabili scelte nel 1995 per orientare le politiche regionali di revisione della rete ospedaliera si distingue per alcune caratteristiche.

In primo luogo, le variabili prese in considerazione descrivono alcuni aspetti del processo di erogazione delle prestazioni ospedaliere. L'offerta di posti letto, il tasso di occupazione, il numero medio di giornate di degenza, il numero annuo di parti: sono tutte misure della fase di "produzione" dell'assistenza ospedaliera. Tali variabili non hanno l'obiettivo di descrivere direttamente la qualità delle cure prestate.

In secondo luogo, si tratta di variabili macro, ovvero elaborate sulla base di informazioni che sintetizzano ciò che accade in contesti molto diversi. Ad esempio, il calcolo della media di giornate di degenza per singola struttura ospedaliera è un numero complessivo che non tiene conto del tipo di reparto presso i quali i ricoveri sono avvenuti e tantomeno quali sono le patologie interessate o le principali caratteristiche dei pazienti coinvolti. L'aggregazione dei dati pone molti problemi di interpretazione dei valori registrati. (Tanto più se a volte esistono dubbi sulla validità e l'attendibilità stessa delle misure utilizzate).

In terzo luogo, nella definizione dei target non si è tenuto conto delle peculiarità delle situazioni locali. Il valore-obiettivo è uguale per tutte le strutture ospedaliere e ciò rende difficilmente interpretabili gli scostamenti registrati. Eventuali valori sotto soglia sono determinati da performance inadeguate o dalle caratteristiche dei pazienti?

Infine, i target non sono stati aggiornati nel tempo. Sono stati utilizzati nella prima fase di applicazione della legge per stimolare e legittimare le principali scelte di riorganizzazione o l'eliminazione di alcuni reparti/funzioni in eccesso, ma successivamente si è trascurato di verificarne la congruità.

Dalla lettura dei successivi atti e documenti di programmazione, sembra piuttosto che l'intero sistema di indicatori della legge 13, una volta raggiunto il traguardo della riduzione nell'offerta dei posti di letto, sia passato in secondo piano e non sia stato più preso a riferimento per valutare le trasformazioni e i riassetti in corso.

Un eventuale intervento di modifica della legge 13/1995 potrebbe prevedere il superamento di alcuni limiti dell'attuale sistema di target. Il sistema di misurazione e controllo delle performance ospedaliere potrebbe essere costruito sui seguenti principi generali.

- Una maggiore attenzione ai risultati dei processi di riorganizzazione in termini di effettivo miglioramento della qualità delle cure prestate: le variabili selezionate per il sistema di analisi della performance ospedaliera potrebbero non solo misurare gli input del sistema, le procedure di utilizzo delle risorse impiegate e i prodotti realizzati (che comunque dovrebbero essere ampliate), ma anche verificare gli esiti delle prestazioni erogate (ad es. casi e tempi di guarigione, casi di ricoveri ripetuti post dimissioni, casi di infezioni ospedaliere, soddisfazione dei pazienti).

- La scelta di individuare anche alcune variabili a livello micro, ovvero legate a particolari patologie, che permettano la verifica di aspetti particolarmente rilevanti ed emblematici della performance ospedaliera complessiva.
- La necessità di fornire per ogni variabile e sistema di rilevazione adottato una stima dell'attendibilità e della validità della misura nel descrivere il fenomeno sotto osservazione.
- Il tentativo di costruire target specifici per le singole strutture ospedaliere che tengano conto delle caratteristiche dei pazienti serviti piuttosto che imporre valori-obiettivo simili per tutti.
- Una verifica continua del posizionamento delle strutture ospedaliere rispetto ai target fissati e un aggiornamento periodico (se non annuale, almeno triennale) dei valori obiettivo assegnati, sulla base della distribuzione dei valori sul territorio regionale.
- L'utilizzo sistematico del sistema di misurazione e analisi delle performance ospedaliere per orientare e giustificare le scelte adottate in sede di programmazione regionale.

3.5 I dipartimenti ospedalieri

Quest'ultimo paragrafo approfondisce uno degli elementi fondamentali della politica regionale: il passaggio da una struttura organizzativa degli ospedali e delle aziende sanitarie per divisioni ad una per dipartimenti.

Sebbene nel testo di legge del 1995 non vi fosse un target specifico relativo a questa finalità, ovvero volto a verificare la compliance (l'adeguamento) degli enti alle norme che hanno imposto l'adozione del dipartimento, esso costituisce un aspetto che non è possibile trascurare nel tentativo di fare il punto sull'attuazione delle politiche di revisione degli ospedali.

L'indagine nazionale del 2005

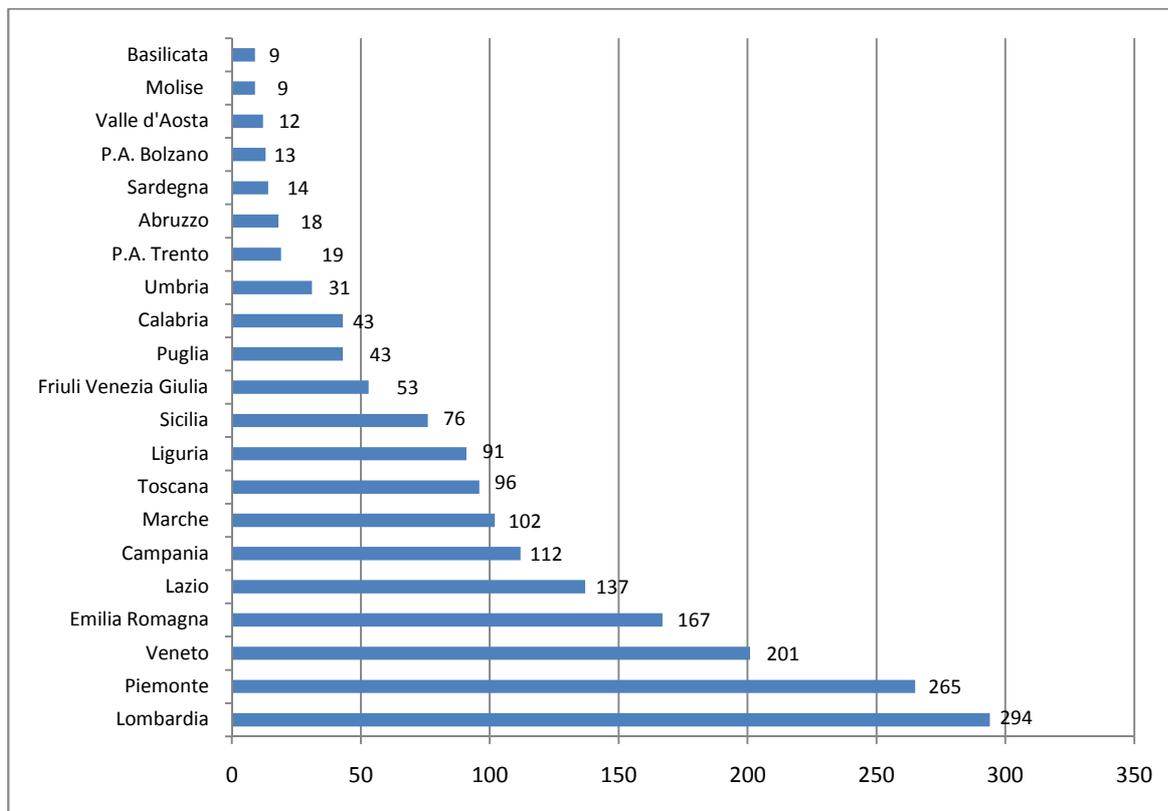
Nel 2005 l'applicazione del modello dipartimentale nelle regioni italiane è stato oggetto di indagine da parte del Ministero della Salute: lo studio è stato condotto attraverso la somministrazione di un questionario a tutte le aziende sanitarie (Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere), i Policlinici universitari e gli Istituti di diagnosi e cura a carattere scientifico (I.R.C.C.S.) del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Tra le 233 strutture che hanno risposto (circa il 67% delle interpellate) vi sono anche 6 enti operanti nel Friuli Venezia Giulia: due Aziende Sanitarie, tre Aziende Ospedaliere e 1 IRCCS. Secondo tale indagine, le sei strutture del Friuli Venezia Giulia hanno attivato un totale di 53 dipartimenti.

Il grafico 3 rappresenta la distribuzione nelle Regioni italiane dei Dipartimenti. Anche se i dati non fanno riferimento all'universo delle strutture sanitarie, sembra emergere una certa arretratezza del Sud e delle isole nell'adozione del modello dipartimentale.

In questo quadro, il Friuli Venezia Giulia si colloca in una posizione mediana, considerato anche che ha un numero di strutture inferiore a regioni come Calabria, Puglia, Sicilia e Sardegna. La curva del grafico 4 conferma che il processo di attivazione dei Dipartimenti è iniziato in Friuli Venezia Giulia immediatamente dopo l'approvazione della legge 13.

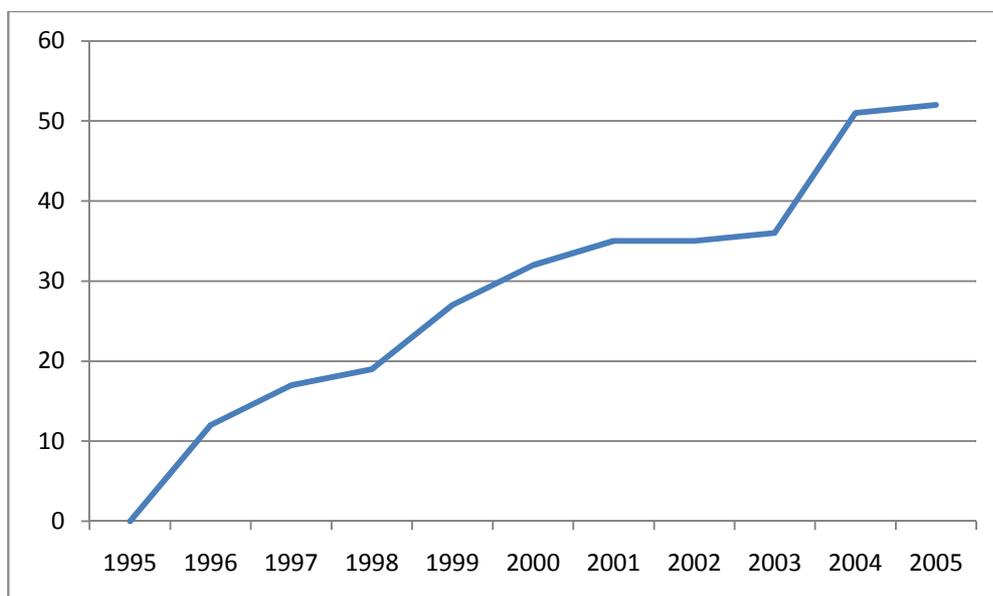
Grafico 3 – La distribuzione dei Dipartimenti nelle Regioni italiane (2005)



Fonte: Ministero della Salute (2007)

Il grafico 4 mostra il numero di dipartimenti nella regione Friuli Venezia Giulia tra il 1995 e il 2005: dei 53 dipartimenti attivi nel 2005 ben dodici dipartimenti sono stati attivati nel 1996 e altri cinque nel 1997. Un altro picco nell'attivazione dei Dipartimenti si registra nel 2004.

Grafico 4 – L'attivazione dei Dipartimenti (1995-2005)



Fonte: Ministero della Salute (2007)

Per quanto invece riguarda la ripartizione dei Dipartimenti per Area d'intervento, la tabella 18 mostra una particolare incidenza nell'area chirurgica e in quella medica.

Tabella 18 – Distribuzione dei Dipartimenti per area d'intervento (2005)

AREA	N. DIPARTIMENTI
Area chirurgica	9
Area medica	7
DEA - Emergenze e accettazione	5
Patologia clinica	5
Diagnostica per immagini	4
Cardiovascolare	3
Materno Infantile	3
Oncologia medica	3
Trasfusionale	2
Anestesia e rianimazione	1
Nefrourologia e dialisi	1
Neuroscienze	1
Ortopedia e traumatologia	1
Ostetricia e ginecologia	1
Pediatria	1
Riabilitazione	1
Testa e collo	1
Oncologia medico chirurgica	1
Amministrativo e tecnico	3
TOTALE	53

Fonte: Ministero della Salute (2007)

La tabella 19 illustra qual è l'uso di strumenti operativi e gestionali in Friuli Venezia Giulia. Colpisce il fatto che per molti di questi, considerati necessari al corretto funzionamento dell'attività dipartimentale, come le linee guida del dipartimento, o i piani di verifica delle attività cliniche, o ancora i percorsi assistenziali e i sistemi di valutazione degli esiti clinici, non vi sia piena *compliance*. In molti casi la loro adozione riguarda un numero inferiore al 50% delle strutture.

Tabella 19 – Uso di strumenti operativi e gestionali nei Dipartimenti (2005)

Meccanismi operativi	Numero Dipartimenti	Perc. sul totale strutture
Linee guida dipartimento	24	47
Percorsi assistenziali	31	61
Piani di verifica attività cliniche e qualità delle prestazioni	21	41
Attività di valutazione degli esiti clinici	20	39
Sistema informativo integrato	32	62
Telemedicina	8	15
Formazione e aggiornamento	37	71

Fonte: Ministero della Salute (2007)

Il punto di vista dei promotori della legge

Secondo i promotori della legge, il cambiamento desiderato nell'organizzazione degli ospedali non si è realizzato in tutte le strutture presenti sul territorio regionale.

Si possono individuare due direttrici di miglioramento distinte tra gli ospedali minori e quelli maggiori. Negli ospedali di rete, soprattutto in quelli di dimensioni più contenute, il cambiamento è stato più incisivo ed effettivamente molte delle funzioni attribuite a questi ospedali già nei primi anni di applicazione della legge vengono svolte condividendo strutture e personale infermieristico, secondo quanto raccomanda l'impostazione dipartimentale.

“L’organizzazione è cambiata profondamente nei nostri ospedali, in alcuni ambiti specie negli ospedali di rete - Palmanova, Tolmezzo, Monfalcone, S.Daniele, Gorizia - dove era forse più semplice rivedere alcuni aspetti dell’organizzazione per la dimensione più piccola, i dipartimenti sono diventati in alcuni casi realtà già dai primi anni. Con l’introduzione delle nuove strutture, per esempio a Palmanova e a Monfalcone, è stato possibile seguire più facilmente il modello dipartimentale perché la logistica metteva assieme i letti di terapia intensiva, di unità coronarica e di terapia intensiva rianimatoria, ciò consentendo a diverse équipe mediche di operare in spazi comuni.” (Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

Nelle Aziende Ospedaliere nate a Trieste e Udine dall’accorpamento di strutture ospedaliere di grandi dimensioni, con strutture organizzative autonome, i dipartimenti esistono “sulla carta”, ma nella pratica le diverse funzioni non operano in condivisione, salvo qualche primo esperimento. L’adeguamento reale, e non solo formale, delle strutture organizzative alle norme in questi casi è assai più complicato. La sensazione quindi è che vi sia ancora molto su cui è possibile lavorare al fine di razionalizzare l’attività ospedaliera e di recuperare risorse.

“Dal lato opposto ci sono invece i grandi ospedali, Trieste e Udine, nei quali da poco è stata definita un’organizzazione interna, attraverso l’Atto aziendale, che dà sostanza ai dipartimenti, anche se molti aspetti organizzativi sono da perfezionare. In alcuni casi, anche nell’ospedale di Udine, sono stati istituiti sperimentalmente (prima ancora che si fondessero le due aziende, quindi con due aziende giuridicamente distinte) dei dipartimenti interaziendali ai quali è stato di fatto chiesto di diventare un’unica struttura. Il che non è stato semplice, perché avendo 2 enti diversi, con due direzioni generali, amministrative, sanitarie, etc, lavorare in un’unica struttura è stata una cosa che ha richiesto notevole quota di creatività. Però questo esperimento è riuscito ed è stato uno dei più importanti elementi che ha condotto all’unificazione dell’azienda ospedaliera di Udine. Lì sono state messe assieme strutture diverse, che lavoravano su piani diversi, o su padiglioni diversi, con autonomia assoluta del personale, quindi gruppi di infermieri, di tecnici, del tutto autonomi”. (Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

Alcuni esempi possono aiutare a comprendere cosa significa concretamente collaborare all’interno di un’organizzazione dipartimentale.

“E’ stata creata un’unica équipe e questo ha consentito di rivedere completamente la modalità con cui si presta l’assistenza: non più divisa per piano, ma organizzata in base alle patologie dei pazienti. Nel Dipartimento di Oncologia che dirigo abbiamo ristrutturato completamente, organizzando l’attività per gruppi per patologia; e oggi all’interno di questo dipartimento si lavora con gruppi sulle neoplasie del torace, della mammella, gastrointestinali. Questa operazione ha consentito di mettere assieme le risorse prevedendo diversi livelli di intensità: le due strutture separate non avrebbero mai potuto farlo”. (Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

Su questo versante viene avvertita da parte degli intervistati la prevalenza di ciò che manca rispetto a quanto è stato fatto.

“Ci sono stati dei ritardi, che ancora ci sono, ma anche dei lanci in avanti. Complessivamente credo che ancora ci sia parecchia strada da fare, ma mi pare di capire che ormai il percorso sia davvero avviato. Teniamo conto che a livello nazionale si parla di dipartimenti dal '68, dalla legge Mariotti, e che sono passati più di 40 anni e ancora stiamo a discutere. Vuol dire che la cosa non è facile, qualche volta bisogna anche uscire dalle semplificazioni: l'organizzazione e la gestione delle strutture sanitarie è una delle questioni più complesse al mondo. Si deve capire che se un'indicazione è corretta, come credo lo sia in questo caso, ed è difficile raggiungerla bisogna domandarsi perché è difficile raggiungerla”.
(Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

Le ragioni alla base del gap organizzativo evidenziato dai dipartimenti viene ricondotto alla carenza di “cultura organizzativa” nel personale medico, impreparato ad affrontare il radicale cambiamento proposto.

“Si sono introdotti nel sistema, attraverso la legge, dei principi, anche corretti e in alcuni casi molto lungimiranti. Non si è però tenuto conto abbastanza che il sistema non aveva cultura organizzativa sufficiente per capire queste indicazioni e per tradurle. In particolare parlo di noi medici: non avevamo avuto una formazione sui processi gestionali organizzativi e di governo del settore. Quindi c'era un paradosso: i medici che invocavano di poter partecipare al governo delle strutture erano completamente privi di strumenti conoscitivi per farlo. Questo è uno dei suggerimenti che darei al legislatore per il futuro: non abbandonare l'ipotesi dell'organizzazione dipartimentale, anzi forzare in quella direzione, e probabilmente oggi non più con dipartimenti organizzati solo nei singoli ospedali, ma che sappiano guardare all'area vasta quantomeno per alcune funzioni. Per far questo bisogna che un certo numero di figure professionali (che io stimo in centinaia di unità e non in decine) acquisisca gli strumenti di cultura gestionale e organizzativa che consentano al professionista clinico di governare questi processi e di interfacciarsi con la direzione strategica, con la direzione centrale regionale e quindi con il legislatore”. (Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

L'accorpamento delle funzioni

L'applicazione del modello dipartimentale non prevede necessariamente una diminuzione delle funzioni erogate da ciascun ospedale, ma una razionalizzazione nella loro organizzazione interna. Ad esempio due funzioni chirurgiche possono essere organizzate in un unico dipartimento di chirurgia ferme restando le distinzioni disciplinari. Tuttavia nel caso di accorpamenti di più ospedali in un'unica azienda è auspicabile, secondo l'impostazione della legge 13/1995, che funzioni identiche vengano unificate evitando la presenza di apparati autonomi che svolgono i medesimi compiti, con strutture e personale diverso. Ciò risponde alla finalità di eliminare duplicazioni inutili e costose.

Per questa ragione osservando nel tempo il numero delle funzioni assegnate a ciascun ospedale dovremmo aspettarci un andamento decrescente, non tanto negli ospedali di rete in cui alcune funzioni possono essere state semplicemente disattivate, ma almeno nelle Aziende Ospedaliere che inevitabilmente al momento delle fusioni hanno dovuto gestire la presenza di funzioni uguali erogate in strutture differenti. Di seguito si riporta il numero di funzioni con degenza erogate dagli ospedali per acuti tra il 1995 e il 2008.

Secondo i dati riportati nella tabella 20, complessivamente nella regione Friuli Venezia Giulia si passa da 174 funzioni erogate nel 1995 a 166 nel 2008 e le riduzioni sono quasi

esclusivamente circoscritte agli ospedali da chiudere - quelli ex art. 21 e il Santorio - e all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine. In quest'ultimo caso si registra nel 2006 una diminuzione di 12 funzioni a causa della fusione definitiva del Policlinico Universitario con l'Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia; complessivamente si passa infatti da 38 funzioni a 26. Appare invece in crescita per ciò che concerne il numero di funzioni l'Azienda Ospedali Riuniti di Trieste che nel tempo ha acquisito 5 ulteriori funzioni, passando dalle 27 del 1995 alle 32 del 2008.

Tra gli ospedali ex art. 21, Cividale e Sacile vengono privati delle funzioni per acuti con degenza, così come il Santorio. Gemona e Maniago, a conferma della mancata dismissione, presentano solo una funzione in meno rispetto al 1995. Infine tutti gli ospedali di rete, ad eccezione di Gorizia (-1), conservano o aumentano le funzioni erogate, in particolare Monfalcone (+4) e S. Daniele (+3).

Tabella 20 – Numero di funzioni con degenza per ospedale (1995-2008)

OSPEDALE	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1995-2008
CATTINARA	14	14	14	14	14	14	13	14	14	14	17	17	17	17	+3
MAGGIORE	13	12	12	12	12	11	11	11	11	11	11	11	15	15	+2
AOU O.R. TRIESTE	27	26	26	26	26	25	24	25	25	25	28	28	32	32	+5
IRCCS - BURLO G.	11	11	11	11	11	11	11	11	12	12	12	12	12	12	+1
POLICLINICO U.	13	13	14	15	16	17	17	17	17	18	14	-	-	-	-13
AO UDINE	25	25	25	25	25	25	25	26	25	25	24	26	26	26	+1
AOU UDINE	38	38	39	40	41	42	42	43	42	43	38	26	26	26	-12
IRCCS - CRO A.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	-1
AO PORDENONE	17	17	16	16	16	16	16	16	16	16	16	18	18	18	+1
GORIZIA	13	12	11	11	13	12	12	12	12	11	11	11	11	11	-2
MONFALCONE	8	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10	11	11	+3
TOLMEZZO	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7	+0
S. DANIELE	6	7	8	8	7	7	7	7	7	7	7	8	9	10	+4
PALMANOVA	7	7	7	7	8	8	8	8	8	7	7	8	8	8	+1
LATISANA	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8	8	+2
S. VITO	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	9	9	+1
SPILIMBERGO	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	+1
GEMONA	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4	4	4	4	-1
CIVIDALE	5	5	2	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	-5
MANIAGO	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	-1
SACILE	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-4
SANTORIO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	-1
TOTALE	174	172	168	171	175	174	172	172	172	170	165	157	165	166	-8

Fonte: Dati della Direzione Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – Regione FVG

4. GLI EFFETTI DELLA REVISIONE SULLA SPESA SANITARIA

In questo capitolo si affronta la seconda domanda della missione valutativa, che ha come oggetto la riallocazione della spesa sanitaria regionale.

In che misura si sono ottenuti i risparmi previsti nella spesa ospedaliera, in particolare rispetto al limite imposto per legge del 55% della spesa sanitaria di parte corrente?

Anche per quanto riguarda la gestione delle risorse finanziarie la legge 13/1995 dettava infatti, all'articolo 20, un obiettivo quantitativo ben preciso: nel 1996 la spesa ospedaliera non avrebbe dovuto superare il "60 per cento della spesa corrente destinata al Servizio sanitario regionale, così come determinata dal bilancio di previsione del relativo esercizio finanziario". A partire dal 1997, e per tutti gli anni a seguire, la spesa ospedaliera non avrebbe dovuto superare il "55 per cento della spesa corrente destinata al Servizio sanitario regionale."

Il rispetto di tale vincolo sarebbe stato nel tempo garantito da una diminuzione della spesa ospedaliera complessiva, determinata dalla riorganizzazione indotta dalla legge, e dall'aumento dei servizi di cura erogati a livello domiciliare o presso strutture extra-ospedaliere, come le residenze sanitarie assistenziali (RSA).

4.1 Come funziona il sistema di finanziamento del SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali svolte dai servizi sanitari regionali, dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale e dallo Stato, volte a garantire la tutela della salute. Il termine è stato introdotto con la legge n. 833 del 1978 (la cosiddetta "Riforma Sanitaria"). Si tratta di un sistema pubblico di carattere universalistico che garantisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, finanziato attraverso la fiscalità generale e le entrate dirette, percepite dalle aziende sanitarie locali, derivanti dai ticket sanitari (cioè delle quote con cui l'assistito contribuisce alle spese) e dalle prestazioni a pagamento.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) deve assicurare i livelli essenziali ed uniformi di assistenza sanitaria stabiliti attraverso il Piano Sanitario Nazionale¹⁴. Le risorse finanziarie destinate al SSN costituiscono il Fondo Sanitario Nazionale. La ripartizione annuale tra le regioni del Fondo Nazionale Sanitario è approvata al CIPE (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economia), su proposta del Ministero della Salute d'intesa con la conferenza Stato-Regioni. Essa si basa su alcuni criteri generali che adattano la quota

¹⁴ Il Piano Sanitario Nazionale, della durata di tre anni, è predisposto dal Governo, su proposta del Ministro della salute, tenendo conto delle proposte avanzate dalle regioni e sentite le commissioni parlamentari competenti e le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative. Il piano sanitario nazionale è adottato dal Governo previa intesa con la Conferenza unificata. In teoria la sua adozione dovrebbe avvenire entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente.

capitaria ai singoli contesti territoriali: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità, indicatori epidemiologici territoriali. Questo modello di ripartizione è attivo dal 1997, mentre nel periodo precedente (1992-95) il criterio utilizzato era quello della ripartizione secondo la popolazione residente senza ponderazione per età e per sesso.

4.2 La spesa regionale per i servizi sanitari

Con il termine spesa sanitaria regionale si fa genericamente riferimento alla grandezza finanziaria impiegata per garantire il funzionamento del sistema sanitario di ciascuna regione. L'autonomia di cui godono le regioni consente una ripartizione autonoma del Fondo Sanitario Regionale tra le Aziende Sanitarie secondo criteri propri. La ripartizione viene effettuata nella maggioranza delle regioni secondo la quota capitaria, pesata in base alla popolazione residente corretta secondo criteri differenziati (generalmente secondo parametri epidemiologici e demografici), nelle altre viene invece effettuata sulla base della spesa storica.

La spesa sanitaria di parte corrente del Friuli Venezia Giulia è finanziata dalla Regione (Fondo Sanitario Regionale - FSR), cui si aggiungono le risorse provenienti dallo Stato per interventi specifici (assegnazioni a destinazione vincolata), quelle per la compensazione della mobilità interregionale e le entrate proprie delle Aziende. Il Fondo rappresenta l'ammontare delle risorse che la Regione destina al finanziamento annuale del proprio Servizio sanitario. Esso viene ripartito fra le Aziende sulla base del criterio del finanziamento storico. I dati del Fondo sanitario regionale riportati nella tabella 21 non sono ripresi dai bilanci della Regione ma dai conti consolidati consuntivi del Servizio Sanitario Regionale.

Il Costo Totale del Servizio Sanitario Regionale

Il Costo Totale (CT) del Servizio Sanitario Regionale è un dato contabile ricavato dai bilanci consolidati consuntivi regionali. Esso include tutti i costi del SSR comprese la compensazione della mobilità regionale fra le aziende e i costi relativi all'attrazione extraregionale, cioè erogati per prestazioni ospedaliere a beneficio di pazienti non residenti in Friuli Venezia Giulia. In generale, la mobilità sanitaria, dal punto di vista economico, viene compensata dai rapporti stabiliti per il tipo di prestazione dalle diverse Regioni. Il Costo Totale rappresenta l'ammontare realmente speso ogni anno per il mantenimento del sistema sanitario.

L'evoluzione del Fondo Sanitario Regionale e del Costo Totale

La tabella seguente riassume gli importi relativi al Fondo Sanitario Regionale e al Costo Totale a partire dal 1995 forniti dalla Direzione Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali. Da notare che il CT risulta sempre superiore al FSR, per ciascuna annualità; tale differenza può essere spiegata principalmente in ragione dei costi relativi all'attrazione extraregionale, che vengono fronteggiati dalle regioni di appartenenza dei pazienti e non sono quindi a carico del FSR.

I due importi mostrano una dinamica temporale simile che nell'arco di tempo considerato (1995-2008) conduce ad un sostanziale raddoppio: +111% per il FSR e +130% per il CT.

Tabella 21 – Fondo Sanitario e Costo Totale (2002-2008)

Anno	Fondo Sanitario Regionale (FSR)	Incremento annuale FSR	Costo Totale (CT)	Incremento annuale CT
2008	2.139.810.893	6,1%	2.459.338.680	5,9%
2007	2.017.651.643	0,9%	2.322.867.333	1,5%
2006	1.999.761.857	8,9%	2.289.057.309	7,8%
2005	1.837.000.000	4,0%	2.122.631.143	3,7%
2004	1.766.122.118	7,2%	2.047.296.679	11,1%
2003	1.647.119.944	2,5%	1.842.966.744	4,2%
2002	1.606.858.702	9,6%	1.767.930.374	6,7%
2001	1.465.703.123	12,3%	1.657.515.671	9,4%
2000	1.305.712.259	12,7%	1.515.365.122	9,0%
1999	1.158.574.992	4,1%	1.390.523.638	5,0%
1998	1.113.220.806	2,0%	1.324.719.473	16,0%
1997	1.091.789.885	3,1%	1.142.145.982	1,8%
1996	1.058.930.314	4,6%	1.122.066.137	5,1%
1995	1.012.045.742	-	1.067.705.258	-

Fonte: nostra elaborazione su dati della D.C. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali - FVG

La spesa ospedaliera

La spesa ospedaliera non ha una sua autonoma evidenza nel bilancio della regione, né è rilevabile con immediatezza dai bilanci delle Aziende Sanitarie. Tale spesa deve perciò essere ricostruita a consuntivo decidendo quali singole voci di spesa includere nel calcolo tra quelle presenti nei bilanci consuntivi delle Aziende Ospedaliere (e degli IRCCS) e delle Aziende Sanitarie. Occorre peraltro precisare come questa operazione risulti più semplice per le prime, ovvero le Aziende Ospedaliere, in quanto i loro costi sono principalmente legati al funzionamento degli ospedali (sono da sottrarre soltanto i costi relativi all'attività ambulatoriale). Risulta invece assai più problematica per le seconde, le quali gestendo sia i servizi territoriali (ambulatori, RSA, assistenza domiciliare, attività di prevenzione, etc.), sia i presidi ospedalieri di competenza, hanno nei propri bilanci molte spese comuni ai due tipi di servizi. Per ricostruire quali sono esattamente le spese sostenute per il mantenimento delle strutture ospedaliere e quali per i servizi territoriali, dovrebbe essere utilizzato un sistema di contabilità analitica per centri di costo in grado di distinguere espressamente le due categorie. In mancanza di un'adozione generalizzata di questa categorizzazione, per giungere ad una stima a consuntivo della spesa ospedaliera sono state applicate delle regole di calcolo per distinguere ciò che all'interno di una stessa posta di bilancio è andato a finanziare i servizi territoriali e ciò che invece ha finanziato i servizi ospedalieri.

Tabella 22 – Spesa ospedaliera (1996-2008)

Anno	Stima della spesa ospedaliera	Incremento annuale
2008	1.223.053.217	+5,4%
2007	1.160.236.526	+1,1%
2006	1.147.837.369	+6,7%
2005	1.076.246.536	+2,7%
2004	1.047.934.279	+10,0%
2003	952.694.176	+3,3%
2002	922.336.895	+11,7%
2001	825.483.999	+12,2%
2000	735.899.429	+9,7%
1999	670.814.920	+0,9%
1998	664.592.821	+5,9%
1997	627.779.184	-0,3%
1996	629.851.751	

Fonte: nostra elaborazione su dati della D.C. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – FVG

Nei dati prodotti dalla Direzione Centrale Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali si ricostruisce la spesa ospedaliera relativa al quinquennio 2004-2008, applicando un metodo di calcolo che include:

- a) i costi sostenuti per l'acquisto di prestazioni di ricovero riportati nel bilancio consuntivo delle Aziende;
- b) il tariffato per prestazioni di ricoveri erogate ai propri residenti da parte delle Aziende territoriali estratto dal sistema informatico;
- c) i costi delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS da cui sono stati sottratti i ricavi per l'attività di ricovero (già presente nella prima voce) e di specialistica ambulatoriale;
- d) il costo dei presidi ospedalieri facenti parte delle aziende territoriali dai quali sono stati sottratti i ricavi per l'attività di ricovero (già presente nella prima e nella seconda voce) e l'attività specialistica ambulatoriale.

Per il periodo precedente (1996-2003) la Direzione è ricorsa ad una ricostruzione diversa, effettuata a partire dalle percentuali di spesa ospedaliera calcolate sul FSR ed estratte dai "Rapporti sul Servizio Sanitario Regionale" relativi agli anni di riferimento. Tale cambiamento nel metodo di calcolo non rende del tutto confrontabili gli aggregati tra i due periodi. La tabella 22 evidenzia in rosa i valori ante 2004, ricostruiti sulla base delle percentuali dichiarate.

4.3 Il calcolo dell'indicatore fissato dalla legge 13/1995

La legge 13/1995 dispone che la percentuale dedicata alla spesa ospedaliera sul totale della spesa corrente destinata al Servizio sanitario regionale, così come determinata dal bilancio di previsione del relativo esercizio finanziario, non superi il 55%. Lo scopo nel porre tale target era che la spesa ospedaliera calasse in rapporto alla spesa necessaria a finanziare l'erogazione di servizi extraospedalieri che apparivano al Legislatore del 1995 sottodimensionati rispetto alle esigenze della collettività.

Spesa ospedaliera

L'indicatore è dato da
$$\frac{\text{Spesa ospedaliera}}{\text{Spesa corrente destinata al SSR come determinata nel bilancio regionale}}$$

Il primo problema da affrontare consiste nel determinare la grandezza finanziaria da porre al denominatore, ovvero alla base del rapporto. Il Legislatore nel 1995 faceva riferimento alla spesa corrente destinata al SSR (corrispondente al Fondo Sanitario Regionale) come determinata dal bilancio di previsione. Tuttavia la Direzione ha ricostruito i dati del Fondo Sanitario a partire dai bilanci consolidati consuntivi del SSR. Utilizzando tale ricostruzione come denominatore del rapporto si segue solo in parte la volontà del legislatore e si incorre, secondo le indicazioni della Direzione, in una sottostima del costo complessivo del sistema sanitario regionale. Una seconda ipotesi consiste nell'utilizzare come denominatore il Costo Totale del Sistema Sanitario Regionale, dedotto dai bilanci consolidati consuntivi, che comprende, a differenza del FSR, anche la compensazione della mobilità interregionale fra le aziende e i costi relativi all'attrazione extraregionale.

Nella tabella 23 sono riportati i valori dell'indicatore nelle due ipotesi, nel periodo tra il 1996 e il 2008. La prima colonna riporta il valore del rapporto tra la spesa ospedaliera e

il Fondo Sanitario Regionale. La seconda colonna il rapporto tra la spesa ospedaliera e il Costo Totale determinato a consuntivo, solo per il periodo 2004-2008 in quanto, come già illustrato in precedenza, l'aggregato a denominatore veniva calcolato applicando un altro metodo di stima.

Tabella 23 – Il rapporto tra spesa ospedaliera e spesa sanitaria (1996-2008)

Anno	% costi degli Ospedali su Fondo Sanitario Regionale	% costi degli Ospedali su Costo totale SSR
2008	57,16%	49,73%
2007	57,50%	49,95%
2006	57,40%	50,14%
2005	58,59%	50,70%
2004	59,34%	51,19%
2003	57,84%	
2002	57,40%	
2001	56,32%	
2000	56,36%	
1999	57,90%	
1998	59,70%	
1997	57,50%	
1996	59,48%	

Fonte: Dati della D.C. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – FVG

I dati non consentono di stabilire con precisione se il target sia stato o meno raggiunto. Troppe sono le incertezze nelle stime per poter interpretare univocamente tali valori. Il trend degli ultimi anni in entrambi i casi indica comunque come vi sia stato uno spostamento di risorse, benché lieve e pari a circa due punti percentuali, a favore del finanziamento dei servizi extraospedalieri.

4.4 L'uso di altre variabili per misurare il potenziamento dei servizi territoriali

Il rapporto tra spesa ospedaliera e spesa sanitaria corrente era l'unica variabile fissata dalla legge 13/1995 per monitorare il processo di bilanciamento tra ospedale e distretto. In realtà, è possibile ricorrere anche ad altre variabili per comprendere se tale bilanciamento sia davvero avvenuto.

L'evoluzione dei servizi territoriali

Alcuni dati estratti dal Rapporto sul sistema sanitario regionale del 2008 mostrano l'andamento dei servizi territoriali a partire dal 1998. La tabella 24 mostra come il numero degli utenti in carico ai servizi di assistenza sanitaria domiciliare sia aumentato nel periodo preso in considerazione di circa il 23%, passando da 29.659 a 36.386 utenti.

Tale incremento va considerato in realtà più marcato in quanto a partire dal 2007 il dato viene registrato in modo diverso (vengono da esso escluse alcune attività ambulatoriali che erano state incluse negli anni precedenti). Per avere un confronto coerente occorre considerare solo la serie storica dal 1998 al 2006, anno in cui gli utenti in carico alla domiciliare sono 41.586 (+40,2% rispetto al 1998).

Tabella 24 – Assistenza domiciliare dal 1998 al 2008

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Utenti	29.659	29.585	32.188	31.060	29.774	33.261	37.666	40.141	41.586	34.347	36.386
Variatz. annua	-	-0,2%	+8,8%	-3,5%	-4,1%	+11,7%	+13,2%	+6,6%	+3,6%	-17,4%	+5,9%

Fonte: Rapporto sul Sistema sanitario Regionale 2008

Le residenze sanitarie assistenziali (RSA) rappresentano la principale alternativa al ricovero ospedaliero. La tabella 25 ne mostra l'andamento relativo all'ultimo decennio: sia i posti letto che i pazienti ammessi aumentano vistosamente, i primi passano infatti da 473 a 804 (+69,9%) e i secondi raddoppiano, da 4.643 a 9.457 (+103,6%); per entrambi la spinta maggiore si verifica tra il 1999 e il 2001.

Tabella 25 – Residenze Sanitarie Assistenziali dal 1998 al 2008

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Posti letto	473	536	640	660	679	772	727	721	745	784	804
Variazione annua	-	+13,3%	+19,4%	+3,1%	+2,9	+6,3%	+0,7%	-0,8%	+3,3%	+5,2%	+2,6%
Ammessi nell'anno	4.643	5.103	5.945	7.045	7.396	7.715	8.205	8.311	8.732	9.110	9.457
Variazione annua	-	+9,9%	+16,5%	+18,5%	+5,0%	+4,3%	+6,4%	+1,3%	+5,1%	+4,3%	+3,8%

Fonte: Rapporto sul sistema sanitario regionale 2008

Si evidenzia dunque un complessivo incremento di queste due attività che nei primi anni '90 erano praticamente inesistenti e il distretto in generale svolgeva compiti residuali.

“All’inizio degli anni '90 la gran parte delle risorse veniva impiegata in ospedali. I distretti erano piccole strutture e le attività che venivano svolte erano le certificazioni, le visite per le patenti, le vaccinazioni e poco più. Non vi era ancora il servizio di assistenza domiciliare; erano, ancora in fase embrionale, alcuni esempi di residenza assistenziale e pertanto il fronte territoriale era completamente scoperto e ad uno stato molto primitivo.”

(Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

Le testimonianze raccolte nel corso delle interviste confermano quanto mostrato dai dati relativi all'andamento degli utenti dell'assistenza domiciliare e delle Residenze Sanitarie Assistenziali.

“I servizi sul territorio sono molto cambiati, dappertutto sono attivi i servizi di assistenza domiciliare, sono presenti le RSA. C'è un nuovo rapporto tra distretti e case di riposo, sia pure con limiti e complessità che in alcuni territori ancora ci sono. E' cresciuta sicuramente la cultura della prevenzione, sono stati avviati programmi di screening molto importanti.”

(Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

L'esigenza attuale si indirizza verso un ulteriore miglioramento che, data la lentezza riscontrata in passato, dovrebbe essere pianificato con largo anticipo.

“Questa evoluzione è figlia di indicazioni ormai datate, perciò bisognerebbe preoccuparsi di quali saranno i bisogni del territorio nel 2020 e progettare le soluzioni sin d’ora; il tempo che c’è voluto per raggiungere gli obiettivi definiti dalla legge 13 è stato di molti anni. Questo dovrebbe insegnarci qualcosa: dal momento in cui si indica la direzione serve del tempo perché si arrivi in porto. Noi non abbiamo ancora detto dove si deve andare. O meglio: stiamo andando dove ci aveva detto di andare una legislazione che ha 15 anni. Credo che sarebbe il caso di aggiornare la legislazione per definire gli obiettivi dei prossimi 10-15 anni e cominciare a mettersi in marcia”. (Intervista a Gianpiero Fasola, 17 febbraio 2010)

Variabili e criticità illustrate nel PSSR sull’assistenza post-acute e lungodegenti

Il Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale (PSSR) 2010-2012 approvato dalla Giunta regionale l’11 marzo del 2010 riporta i valori assunti da alcune variabili utilizzate per descrivere le criticità esistenti nel potenziamento delle attività di assistenza per i post-acute e i lungo degenti. Tali variabili possono offrire ulteriori indicazioni per chi ha l’obiettivo di comprendere in che misura il potenziamento dei servizi territoriali è avvenuto e quali margini esistono per ulteriori miglioramenti. Per quanto riguarda l’offerta dei posti letto per i post-acute (che nella logica della legge 13/1995 dovevano essere in gran parte offerti fuori dalle strutture ospedaliere) sembra che la situazione al 31/12/2008 continuasse ancora ad essere sotto le attese. Il Piano della riabilitazione approvato dalla Giunta regionale nel marzo del 2005 indicava un obiettivo regionale di circa 525/550 posti letto, mentre nel 2008 l’offerta era ancora ferma a 118. Ciò denotava una carenza di posti letto per terapia intensiva e semi intensiva, per situazioni di coma e stati vegetativi, nonché una carenza di strutture per mielo e neuro lesioni.

Tabella 26 – Offerta di posti letto per post-acute (2008)

	Posti letto post-acute	Posti letto post-acute ogni 10.000 ab.	Previsione Piano riabilitazione 2005
ASS 1	20	0,83	190-200
ASS 2	8	0,56	
ASS 3			220-230
ASS 4	36	1,02	
ASS 5	24	2,14	
ASS 6	30	0,96	115-120
Totale FVG	118	0,96	525-550

Fonte: PSSR 2010-2012

L’offerta di posti letto in RSA (tabella 27) sembra descrivere una situazione leggermente migliore, sebbene non ancora all’altezza delle aspettative formulate nel Piano della riabilitazione del 2005. L’obiettivo regionale era raggiungere un’offerta tra gli 854 e i 1046 posti letto. Nel 2008 l’offerta era pari a 804: in linea con le previsioni si trovavano le ASS 1 (Triestina) e 2 (Isontina); il resto delle ASS mostrava valori nettamente sotto soglia.

Tabella 27 – Offerta di posti letto RSA (2008)

	Posti-letto	Ogni 1000 ab.	Ogni 1000 >64	Previsione Piano riabilitazione 2005
ASS 1	229	0,96	3,5	205-251
ASS 2	126	0,88	3,62	104-128
ASS 3	42	0,56	2,42	53-65
ASS 4	192	0,54	2,42	235-287
ASS 5	56	0,5	2,26	73-89
ASS 6	159	0,51	2,52	185-226
Totale FVG	804	0,65	2,82	854-1046

Fonte: PSSR 2010-2012

L'attività di assistenza domiciliare descritta in tabella 28 presenta una situazione soddisfacente nei territori di tre ASS e un valore sopra soglia rispetto al target regionale di 3,5 a 4,5 infermieri ogni 10.000 abitanti, fissato dal precedente Piano Sanitario Regionale. Nei territori delle tre ASS rimanenti l'offerta di assistenza domiciliare misurata dalla disponibilità di infermieri appare ancora sotto soglia.

Tabella 28 – Servizio Infermieristico Domiciliare (2008)

	Infermieri ogni 10.000 ab.	Previsioni PSR 2006-2008
ASS 1	6,05	3,5/4,5
ASS 2	2,39	3,5/4,5
ASS 3	4,82	3,5/4,5
ASS 4	2,63*	3,5/4,5
ASS 5	4,19	3,5/4,5
ASS 6	2,98	3,5/4,5
Totale FVG	3,63	3,5/4,5

* Integrato da servizio di outsourcing

Fonte: PSSR 2010-2012

4.5 Il problema di misurare il rapporto tra servizi ospedalieri e servizi territoriali

Dall'analisi effettuata per rispondere alla seconda domanda emergono due considerazioni.

La prima è relativa alla difficoltà (attuale) di misurare il bilanciamento tra ospedale e territorio basandosi esclusivamente su dati di natura contabile e finanziaria. L'incertezza delle imputazioni effettuate per giungere alle stime presentate in questo capitolo non consente di chiarire fino in fondo se, e in che misura, l'obiettivo fissato dalla legge 13/1995 sia stato raggiunto. Per far questa operazione di calcolo occorrerebbe che le aziende adottassero un medesimo sistema di contabilità analitica che permetta facilmente di ricostruire le spese attribuibili ai diversi centri di costo¹⁵.

L'adozione di tale sistema sarebbe utile anche a comprendere il costo di singoli servizi effettuati dalle ASS ed operare un'attività di *benchmarking* tra le strutture e all'interno delle singole strutture tra modalità diverse d'intervento. Domande piuttosto semplici e certamente utili a fini di programmazione e di allocazione delle risorse, quali ad esempio la determinazione del costo per utente di particolari prestazioni infermieristiche, non trovano facilmente risposta nell'attuale sistema informativo.

La seconda considerazione è relativa alla necessità di allargare e razionalizzare il sistema di monitoraggio e fissazione dei target previsti dalla legge 13/1995 per misurare il cambiamento nel rapporto esistente tra servizi ospedalieri e servizi territoriali. Soprattutto alla luce dell'impossibilità di affidarsi interamente alle stime di natura contabile, potrebbero essere usate altre variabili al fine di descrivere questo "spostamento" verso il territorio.

Un esempio potrebbe essere quello di impiegare le informazioni relative alla distribuzione del personale tra ospedale e territorio, in modo da verificare che il bilanciamento nell'impiego delle risorse mediche ed infermieristiche sia davvero avvenuto. E' però probabile che alcuni problemi di imputazione riscontrati per le poste finanziarie emergano

¹⁵ Lo studio non si è spinto ad esaminare i sistemi di contabilità adottati dalle singole aziende. Sarebbe opportuno un approfondimento per comprendere quali sono i limiti reali dei sistemi di contabilità attualmente impiegati che non consentono di avere stime precise dei costi sopportati per l'erogazione delle attività ospedaliere e territoriali.

anche quando si affrontano dati legati alla gestione del personale (vi possono essere situazioni in cui il personale è utilizzato contemporaneamente per servizi ospedalieri e servizi territoriali).

Un intervento di modifica della legge 13/1995 dovrebbe dunque partire dall'esame dei principali indicatori utilizzati in letteratura per indirizzare le scelte di governo della sanità, nonché di tutte le informazioni attualmente a disposizione per capire dove sono le principali migliorie da apportare. La stessa modifica legislativa potrebbe dare l'impulso necessario per effettuare tali migliorie e per accrescere l'integrazione esistente tra il sistema di programmazione sanitaria e il processo di monitoraggio e valutazione.

5. L'APPROFONDIMENTO DEL SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI

La terza domanda indaga il funzionamento del Sistema Regionale Trapianti, e più in particolare il Centro Trapianti che fa parte dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine. Lo scopo di tale approfondimento è comprendere quali sono le attività trapiantologiche realizzate sul territorio regionale; il tipo e la quantità delle prestazioni rese; le caratteristiche del bacino d'utenza servito; l'organizzazione della struttura regionale dedicata e i costi sopportati per mantenerla; le entrate relative alle prestazioni erogate; le eventuali criticità che la struttura deve affrontare per svolgere al meglio il proprio compito.

Rispetto ai parametri presi a riferimento dalla legge risulta giustificata la presenza sul territorio regionale di un centro trapianti, specie a fronte della presenza di altri centri nelle regioni limitrofe?

Il Centro Regionale Trapianti della Regione Friuli Venezia Giulia è stato istituito nel corso del 2006, sulla base della Legge nazionale n. 91, del 1 aprile 1999, dell'Accordo tra Stato e Regioni del 21 Marzo 2002 e di alcune delibere della Giunta regionale¹⁶. L'obiettivo è di dare elementi di stabilità nell'attività di donazione e trapianto, di qualità e garanzia, attraverso l'ottimizzazione dei livelli organizzativi, quantitativi e qualitativi della Rete Regionale. L'ambizione della missione valutativa è di verificare che (1) tale obiettivo possa dirsi raggiunto e, in relazione alla legge 13/1995, (2) che vi siano le condizioni minime che giustificano la presenza di un centro trapianti di questo tipo sul territorio regionale.

5.1 L'organizzazione del sistema dei trapianti in Italia

In Italia la prima struttura organizzativa dedicata allo sviluppo delle donazioni di organi risale al 1976 con la fondazione del Nord Italia Transplant program (NITp). A seguire sono state create altre aggregazioni interregionali a supporto dei prelievi e dei trapianti: nel 1987 il Coordinamento Centro Sud Trapianti (CCST), nel 1989 l'Associazione Interregionale Trapianti (AIRT) e il Sud Italia Transplant (SIT). A partire dal 1998 il CCST e il SIT confluiscono in un'unica organizzazione, l'attuale Organizzazione Centro Sud Trapianti (OCST).

¹⁶ Si tratta in particolare della D.G.R. n. 3874 del 2002 e della D.G.R. n. 966 del 2005 (Regione Friuli Venezia Giulia).

I centri interregionali gestiscono l'attività di interscambio di organi tra le regioni rapportandosi con i centri regionali e con gli altri centri interregionali. La differenza fondamentale tra il NITp e l'AIRT è che nel primo le regioni hanno pesi diversi. Ad esempio nella rete NITp la Lombardia con 9 milioni di abitanti è molto più grande. Questo genera un maggior scambio di organi tra le regioni, nel secondo caso l'interscambio è più contenuto perché le regioni hanno grandezze omogenee. Di conseguenza nell'AIRT, ferma restando la priorità attribuita ai pazienti secondo protocolli nazionali, ogni regione tende ad allocare gli organi in modo autonomo, mentre nel NITp l'allocazione degli organi viene gestita centralmente dalla sede di Milano. Ognuna di queste organizzazioni ha l'obiettivo generale di fornire una risposta adeguata ai pazienti che necessitano di un trapianto di organo, e che per questo sono in lista d'attesa, e serve un bacino di utenza mediamente pari a 20 milioni di abitanti. Attualmente le tre reti interregionali sono composte da:

NITp: Liguria, Lombardia, P.A. Trento, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Marche.

AIRT: Piemonte, Valle d'Aosta, Emilia Romagna, P.A. Bolzano, Toscana, Puglia.

OCST: Sardegna, Lazio, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia.

A questo assetto organizzativo si sono aggiunti nel tempo altri due organismi: la Consulta Tecnica Permanente nel 1994 e, con la legge 91/1999, il Centro Nazionale Trapianti. La rete che coordina le attività di prelievo e trapianto è attualmente concepita su quattro livelli: locale, regionale, interregionale e nazionale.

- **Livello locale:** personale medico specializzato è deputato al processo di identificazione e mantenimento del potenziale donatore. E' presente per legge in ogni ospedale sede di prelievo. Segue il management del donatore; tiene i rapporti con le famiglie; organizza campagne di informazione; espleta tutte le procedure connesse al prelievo degli organi; infine trasmette ai livelli superiori i dati relativi i potenziali donatori.
- **Livello regionale:** costituito dai Centri Regionali per i Trapianti, uno per ogni regione. Gestisce le liste di attesa ed i rapporti con i centri locali; le donazioni d'organo ed i rapporti con le rianimazioni del territorio; i prelievi, i trapianti e i rapporti con i centri di trapianto; le allocazioni degli organi per i programmi di trapianto attivi in regione e i rapporti con il centro interregionale.
- **Livello Interregionale:** costituito dalle tre organizzazioni di coordinamento interregionale attualmente esistenti. I Centri Interregionali di Trapianto gestiscono i rapporti con i Centri Regionali per le segnalazioni di donatori e l'allocazione di tutti gli organi eccedenti; le urgenze; gli anticipi; le restituzioni; i rapporti con gli altri Centri Interregionali; i registri dei prelievi eseguiti sul territorio e degli organi trapiantati, del follow-up e degli scambi di organi con le altre organizzazioni di coordinamento.

Figura 4 - Le tre reti interregionali



Fonte: Centro Regionale Trapianti - FVG

- **Livello nazionale:** coincide con il “Centro nazionale Trapianti” il quale monitora, attraverso il sistema informativo trapianti (SIT), i prelievi e i trapianti eseguiti sul territorio nazionale, le liste dei pazienti in attesa di trapianto, la manifestazione di volontà dei cittadini, la qualità dei risultati. Fissa i criteri e le procedure per l’assegnazione degli organi, stabilisce le linee guida per i centri regionali e per i programmi di trapianto, si rapporta con gli organi Istituzionali (Ministero della Salute, Consiglio Superiore di Sanità); si avvale della Consulta Tecnica Permanente per i Trapianti, organo che predispone gli indirizzi tecnico-operativi per lo svolgimento delle attività di prelievo e trapianto. Al Centro nazionale spetta, in generale, il compito di individuare le strategie di attuazione in materia trapiantologica e l’attività di controllo sul rispetto delle procedure.

Dalla donazione al trapianto: le fasi dell’attività trapiantologica

Dalla segnalazione del donatore all’atto operatorio del trapianto, trascorrono mediamente 10 ore. In questo arco di tempo oltre 100 persone, di discipline e strutture diverse, interagiscono per: (i) individuare il donatore, accertando e certificando la morte secondo i criteri di legge; (ii) consultare le liste di attesa e individuare i riceventi; (iii) prelevare, mantenere e allocare gli organi; (iv) eseguire i trapianti; (v) monitorare i pazienti trapiantati (follow-up). Tutto il processo si snoda attraverso le rianimazioni, le Direzioni Aziendali, i centri di coordinamento, i laboratori di immunologia e di diagnostica, i centri di trapianto, le centrali di soccorso e le compagnie di trasporto. Lo schema seguente presenta le fasi principali del processo di donazione e trapianto.

Il processo di donazione e trapianto

1. Individuazione del potenziale donatore

In questa fase si individuano i percorsi interni alla struttura, dove solitamente transitano i neurolesi nel loro primo soccorso all’interno dell’Ospedale. A tale fine, la collaborazione con la Direzione Sanitaria e i Servizi di diagnostica strumentale (neuroradiologia, TAC) si concretizza nell’istruzione di un registro di pazienti dei quali seguire l’evoluzione clinica.

2. Diagnosi, accertamento e certificazione della morte

Per i soggetti nelle condizioni previste dalla Legge 578/1993 e dal Decreto n. 582/1994, viene comunicata alla Direzione Sanitaria l’esistenza di un caso di morte cerebrale. Il Collegio medico (rianimatore, medico legale, neurologo) procederà all’accertamento e certificazione della morte secondo i criteri. Il donatore potenziale di cui viene accertata la morte encefalica si identifica come **donatore segnalato**.

3. Segnalazione del potenziale donatore e prima valutazione di idoneità

Al momento della segnalazione, la struttura che ha in carico il soggetto, trasmette al CRT/CIR tutte le informazioni disponibili al momento: la causa di morte, l’età, l’anamnesi, il gruppo sanguigno e i principali dati di laboratorio compresa la sierologia. Le attuali procedure di valutazione dei potenziali donatori prevedono l’anamnesi da raccogliere tramite i familiari i primi esami strumentali e gli esami colturali.

4. Mantenimento

Il donatore idoneo presenta una situazione fortemente instabile per la perdita delle capacità di autoregolazione. La rianimazione deve dunque attuare una serie di misure volte a mantenere il cadavere in condizioni ottimali per un periodo di tempo maggiore possibile.

5. Colloquio con i familiari

Il donatore segnalato e che abbia espresso in vita la volontà di donare è identificato come **donatore procurato**. In assenza di espressione di volontà è necessario il consenso dei familiari. La relazione con la famiglia inizia sin dal momento dell’entrata del paziente in rianimazione e prescinde dal destino che avrà quel soggetto. L’opposizione della famiglia determina la perdita del donatore segnalato.

7. Prelievo linfonodi e sangue periferico per caratterizzazione immunologia

Il prelievo dei linfonodi per la caratterizzazione immunologica del soggetto viene effettuato soltanto dopo che i familiari abbiano manifestato la loro volontà non contraria al prelievo di organi e tessuti.

8. Consultazione delle liste e allocazione

La consultazione delle liste viene effettuata dal Centro Regionale e/o Interregionale di coordinamento a cui afferiscono le liste di attesa di ciascun centro trapianti del territorio. Soddisfatti i programmi nazionali, si può procedere alla allocazione degli organi nella propria regione secondo un algoritmo di assegnazione. I criteri di assegnazione sono diversi tra le aggregazioni interregionali, ma si riferiscono a principi condivisi e documentabili a chi ne faccia richiesta. Gli algoritmi si differenziano principalmente su parametri quali l'anzianità di lista, i casi di trapianti singoli o combinati, la condizione di primo trapianto o di ritrapianto.

9. Prelievo di organi e tessuti e seconda valutazione di idoneità

Il donatore al quale venga prelevato almeno un organo si identifica come **donatore effettivo**. Per il prelievo dei vari organi, l'équipe chirurgica può provenire da centri differenti e spesso lontani geograficamente e ciò determina l'importanza del mantenimento del donatore in condizioni ottimali e un sistema logistico organizzato ad hoc. Nei casi di trapianti di cuore il prelievo viene sempre effettuato dall'équipe che effettuerà il trapianto, mentre per gli altri organi viene generalmente utilizzata l'équipe della regione di appartenenza del donatore.

10. Chirurgia di banco e terza valutazione di idoneità

Il momento della chirurgia di banco è l'ultimo passaggio di sicurezza prima del trapianto. In questa fase si compie la valutazione di idoneità definitiva e si provvede a correggere eventuali anomalie anatomiche e/o ricostruzioni utili e necessarie alla buona riuscita del trapianto stesso.

11. Trapianto

Il trapianto è una procedura chirurgica che consiste nella rimozione di un organo irreversibilmente ammalato e la sua sostituzione con un organo sano. Ancora oggi viene considerato l'atto estremo della chirurgia soprattutto per l'elevata complessità della prestazione, sia da un punto di vista organizzativo-logistico, sia per la necessità di disporre di numerose competenze specialistiche. Il donatore effettivo di cui sia stato trapiantato almeno un organo viene identificato come **donatore utilizzato**.

12. Follow-up

E' la pianificazione e l'esecuzione dei controlli sul paziente dopo il trapianto e per tutto il periodo necessario alla stabilizzazione delle condizioni cliniche. Il paziente stabilizzato viene affidato nuovamente alle unità operative di riferimento, che continuano a seguirlo secondo protocolli concordati con il centro trapianti. L'attività di follow-up è in carico al sistema sanitario regionale ed è obbligatoria anche nei casi in cui la regione non disponga di centri di trapianto propri.

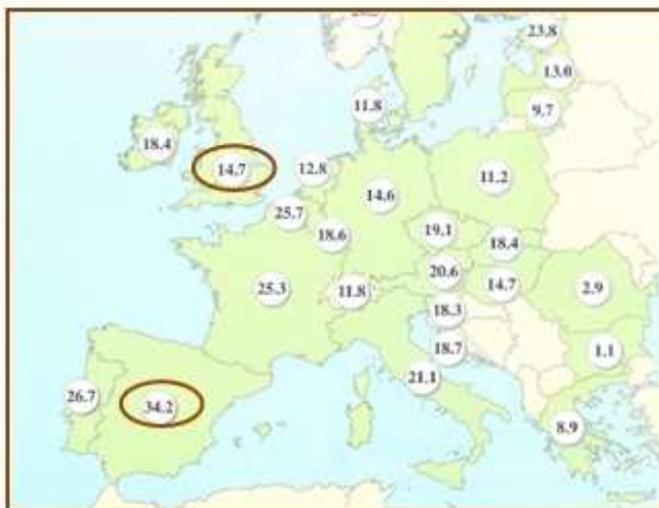
5.2 L'evoluzione dell'attività trapiantologica

L'incremento delle attività di trapianto di organi e tessuti è uno dei principali obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale. Per raggiungerlo è necessario innanzitutto incrementare la donazione, che rappresenta la principale fonte utilizzabile per soddisfare la domanda di trapianto. Il donatore potenziale è qualunque ricoverato in rianimazione per lesioni cerebrali la cui morte sia diagnosticata e certificata in base alla legge 578/1999. Tuttavia l'efficienza di un ospedale, in termini di trapianti, è riferita alla capacità produttiva, ossia al numero di donatori individuati e utilizzati rispetto al numero massimo di donatori individuabili e utilizzabili. Ciò che si identifica nella capacità di trasformare un soggetto cadavere in donatore e che è attualmente uno dei più rilevanti indicatori clinico-organizzativi di qualità di un ospedale.

I donatori in Italia e in Europa

Da questo punto di vista, in tutti i Paesi europei, si è assistito a un progressivo aumento del numero di organi prelevati da donatori cadaveri. La figura 5 mostra la situazione delle donazioni al 2010: da notare due realtà antitetiche, la Gran Bretagna con 14,7 donatori utilizzati per milione di abitanti (pmp) e la Spagna con 34,2. Queste differenze si spiegano in parte con l'adozione di due modelli opposti: la Gran Bretagna, in linea con la propria impostazione *hub and spoke*, si è basata sui bacini d'utenza teorici, con pochi centri di trapianto concentrati negli ospedali maggiori, mentre la Spagna ha seguito un'impostazione opposta caratterizzata da un maggior numero di centri di trapianto dislocati sul territorio.

Figura 5 - Donatori utilizzati pmp (stime 2010)



Fonte: Centro Regionali Trapianti, FVG

A partire dagli anni '90 l'Italia è cresciuta sia sul versante del reperimento dei donatori sia sulla conseguente attività di trapianto e dal 2000 in poi ha mostrato una graduale tendenza all'avvicinamento agli altri paesi europei più avanzati. Attualmente, nonostante la Spagna, il paese europeo più attivo nel campo dei trapianti, abbia superato la soglia dei 30 donatori per milione di popolazione (pmp), la media dei paesi dell'Europa oscilla tra 15 e 16 pmp.

La situazione, però, non è così drammatica come all'inizio degli anni Novanta, quando con soltanto cinque donatori per milione di abitanti, l'Italia si trovava all'ultimo posto nella classifica europea. Nel 1998 sono stati superati i 12 donatori pmp, con un notevole avvicinamento alla media europea. Gli anni di maggior incremento dell'attività sono stati il 1994 e il 1995, a seguito dell'introduzione della legge 578/93, sull'accertamento e la certificazione di morte. All'aumento del numero dei donatori e del numero dei trapianti effettuati (da 445 nel 1994 a 710 nel 1998) corrisponde però una situazione disomogenea all'interno del paese, dovuta a una scarsa attività di alcune regioni del centro e del meridione, che con il passare del tempo non solo non si è attenuata, ma amplificata.

I donatori nelle regioni italiane

La tabella 29 mostra il numero di donatori utilizzati a cavallo degli anni '90, in termini assoluti e per milione di abitanti, ed evidenzia come le regioni del sud (parte bassa della tabella) seguano un profilo nettamente inferiore rispetto alle altre.

Tabella 29 - Donatori utilizzati (1994-1998)

	1994		1995		1996		1997		1998	
	N	pmp								
BOLZANO	5	11,1	13	28,8	12	26,4	10	21,9	17	37
E. ROMAGNA	50	12,7	62	15,8	77	19,6	84	21,3	95	24
FRIULI V.G.	18	15,1	28	23,6	24	20,2	23	19,4	14	11,8
LIGURIA	20	12	25	15,1	26	15,8	24	14,6	31	19
LOMBARDIA	117	13,1	140	15,7	134	15	139	15,5	170	18,8
MARCHE	8	5,6	10	6,9	9	6,2	15	10,3	10	6,9
PIEMONTE, VALLE D'AOSTA	60	13,6	72	16,3	69	15,6	82	18,6	77	17,5
TOSCANA	29	8,2	40	11,4	43	12,2	45	12,8	46	13
TRENTO	5	10,9	2	4,3	11	23,7	4	8,6	3	6,4
VENETO	47	10,6	77	17,4	90	20,2	93	20,8	102	22,7
Totale	359	11,3	469	15,5	495	17,5	519	16,4	565	17,7
ABRUZZO, MOLISE	7	4,4	10	6,2	12	7,5	10	9,3	17	8,7
BASILICATA	3	4,9	1	1,6	4	6,6	6	9,8	2	3,3
CALABRIA	5	2,4	4	1,9	9	4,3	9	4,3	6	2,9
CAMPANIA	3	0,5	4	0,7	6	1	17	2,9	18	3,1
LAZIO	21	4	25	4,8	39	7,5	32	6,1	39	7,4
PUGLIA	9	2,2	16	3,9	20	4,9	18	4,4	24	5,9
SARDEGNA	17	10,2	25	15,1	21	12,6	20	12	14	8,5
SICILIA	14	2,8	17	3,3	17	3,3	20	3,9	17	3,3
UMBRIA	7	8,5	5	6,1	6	7,2	11	13,2	8	9,6
Totale	86	4,4	107	4,8	134	6,1	143	7,3	145	5,9
ITALIA	445	8,0	576	10,5	629	12,1	662	12,1	710	12,1

Fonte: A. Ghirardini, O. Pugliese, F. Quintieri, "Donazioni, prelievi e trapianti di organo in Italia (1994-98), in Ann. Ist. Super. Sanità, vol 36, n.2 (2000)

Se nel 1994 la differenza di circa 7 donatori utilizzati per milione di abitanti equivaleva ad un'attività delle regioni del nord doppia rispetto a quelle del sud, nel 1998 il divario arriva a quasi 12 donatori (17,7 contro 5,9) corrispondenti a più del triplo.

Nei primi anni 2000 prosegue l'incremento delle attività trapiantologiche a livello nazionale, mentre a partire dal 2005 (Tabella 30) si assiste ad una sostanziale stabilizzazione del numero di donatori, come mostrato nella tabella successiva costruita sulla base dei dati disponibili sul sito del Centro Nazionale Trapianti. Nel 2005 si registrano complessivamente 1.118 donatori utilizzati (19,1 pmp) che diventano 1.168 (19,5 pmp) nel 2009.

Tabella 30 - Donatori utilizzati (2005-2009)

	2005		2006		2007		2008		2009	
	N	pmp								
BOLZANO	12	25,9	11	23,8	1	2,2	3	6,5	10	20,2
E. ROMAGNA	140	35,1	114	28,6	105	26,4	124	31,1	110	25,7
FRIULI V.G.	35	29,6	38	32,1	35	29,6	39	32,9	43	35,2
LIGURIA	59	37,5	52	33,1	35	22,3	41	26,1	31	19,3
LOMBARDIA	176	19,5	194	21,5	195	21,6	160	17,7	226	23,4
MARCHE	42	28,6	40	27,2	30	20,4	24	16,3	50	32,2
PIEMONTE	144	34,2	132	31,3	127	30,1	133	31,6	115	26,1
TOSCANA	102	29,2	131	37,5	121	34,6	114	32,6	130	35,4
TRENTO	2	4,2	3	6,3	8	16,8	9	18,9	19	37
V. D'AOSTA	1	8,4			0	0			1	7,9
VENETO	128	28,3	116	25,6	128	28,3	115	25,4	106	21,9
Totale	841	26,6	831	26,1	785	24,5	762	23,6	841	25,7
ABRUZZO	29	23	23	18,2	23	18,2	16	12,7	13	9,8
BASILICATA	5	8,4	7	11,7	4	6,7	9	15,1	11	18,6
CALABRIA	13	6,5	15	7,5	13	6,5	25	12,4	11	5,5
CAMPANIA	65	11,4	62	10,9	57	10	49	8,6	70	12
LAZIO	59	11,5	82	16	76	14,9	89	17,4	89	16
MOLISE	3	9,4	4	12,5	3	9,4	1	3,1	2	6,2
PUGLIA	27	6,7	27	6,7	35	8,7	46	11,4	41	10,1
SARDEGNA	30	18,4	35	21,4	35	21,4	29	17,8	24	14,4
SICILIA	33	6,6	45	9,1	52	10,5	61	12,3	56	11,1
UMBRIA	13	15,7	10	12,1	15	18,2	7	8,5	10	11,3
Totale	277	10,3	310	11,5	313	11,5	332	12,2	327	11,9
ITALIA	1.118	19,1	1.141	19,4	1.098	18,6	1.094	18,3	1.168	19,5

Fonte: nostra elaborazione su dati del Centro Nazionale Trapianti

Contemporaneamente risulta stabile il deficit a carico delle regioni del sud (raggruppate secondo il criterio della tabella precedente) che però mostrano incoraggianti segnali di miglioramento passando da 277 (10,3 pmp) a 327 (11,9 pmp). Da notare come nel complesso sia l'attività delle regioni del nord a trainare costantemente la performance nazionale, nonostante un leggero affievolirsi dal 2000 in poi: i 359 donatori utilizzati nel 1994 dalle regioni del nord erano pari all'80% del totale nazionale, mentre gli 841 del 2009 equivalgono al 72%.

La presenza dei Centri di trapianto incide sul numero di donatori

Rispetto ai due modelli, anglosassone e spagnolo, l'Italia si pone in una posizione di mezzo in cui al nord si trova una maggiore concentrazione di centri mentre al centro e al sud i centri di trapianto sono molto meno presenti.

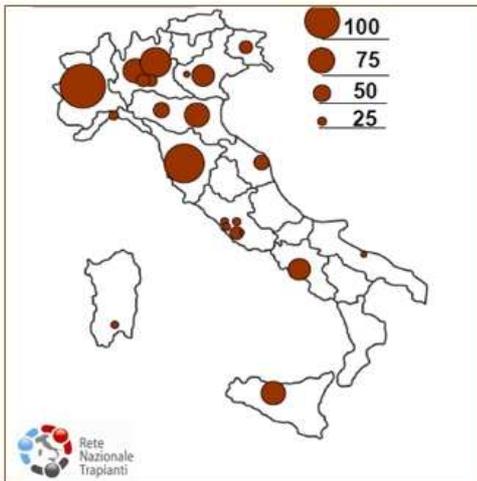
Una parziale interpretazione delle differenze in termini di donazioni tra le regioni del nord Italia e quelle del centro sud trova riscontro nella minore presenza di centri di trapianto. Secondo l'opinione del Coordinatore regionale per i trapianti della regione Friuli Venezia Giulia esiste una chiara relazione tra il numero di donatori e la presenza di centri di trapianto in un determinato territorio, apprezzabile osservando le figure riportate nelle pagine seguenti, che mostrano l'attività trapiantologica italiana relativamente a rene, fegato e cuore, espressa in termini di numero di trapianti effettuati per ciascun centro. Ne emerge un quadro che evidenzia sia un maggiore volume di trapianti nelle regioni del nord sia, soprattutto, una presenza di centri di trapianto notevolmente più capillare. Ciò vale per tutte e tre le principali categorie di trapianto osservate, anche se è maggiormente evidente per quello di cuore che viene svolto quasi esclusivamente al nord.

“E' evidente la relazione esistente tra donatori e centri. Ciò è dovuto al fatto che le persone hanno una maggiore probabilità di osservare direttamente i risultati dell'attività trapiantologica. Gli spagnoli ad esempio hanno un tasso di opposizione bassissimo. Questo perché facendo un numero molto elevato di trapianti, ogni cittadino ha almeno un parente o un amico che è stato trapiantato e quindi ha modo di apprezzare il risultato positivo del trapianto. Per questo motivo è meno propenso ad opporsi alla donazione. Per avere trapianti bisogna avere donatori e per avere donatori si devono fare trapianti. E' un circolo virtuoso”.
(Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

In Italia la Toscana, che dagli 8,2 donatori pmp del 1994 è passata a 35,4 nel 2009, ha seguito per prima l'impostazione spagnola ed è diventata la regione modello, dal punto di vista delle donazioni, cominciando con l'investire di più sul coordinamento della propria rete.

“Se si guarda a quanto finanziano Veneto e Toscana si può apprezzare la differenza con le altre regioni: la Toscana soprattutto è la più avanti in questo settore perché anni fa ha assunto un consulente spagnolo e ha messo in piedi un sistema con un controllo totale del territorio, per questo hanno ottenuto dei numeri così elevati”. (Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

Figura 6 - Trapianti di fegato (2009)



I bacini d'utenza

Nel 1994 il Consiglio Superiore della Sanità, al fine di fornire le linee guida per la concessione di nuove autorizzazioni per i centri di trapianto, ha svolto uno studio comparativo tra le diverse realtà internazionali e ha definito i bacini di utenza minimi per garantire che le attività di trapianto fossero svolte in condizioni di sicurezza ed efficienza: 1,5 milioni di abitanti per il trapianto di rene e 3 milioni di abitanti

per cuore e fegato. Tali indicazioni, che avrebbero dovuto condurre ad una maggiore omogeneità nell'offerta territoriale, non sono state del tutto applicate¹⁷. Nel nord Italia c'è una concentrazione

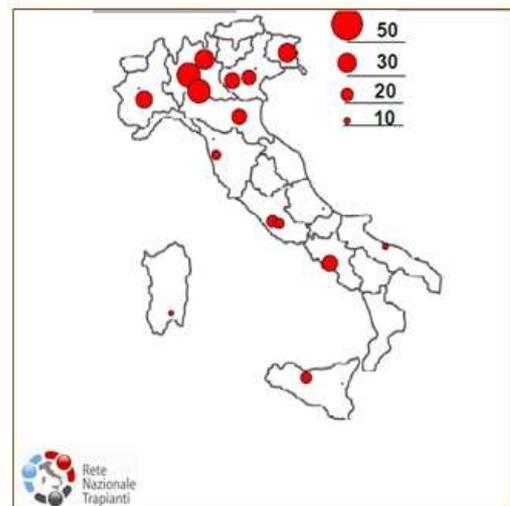
Figura 8 Trapianti di rene (2009)



maggiore di centri trapianti rispetto ai limiti teorici. Nel sud

Italia invece se ne lamenta la carenza. Secondo l'intervistato, l'inosservanza dei limiti nel nord è motivata dall'evidenza dei migliori risultati ottenuti a livello internazionale dalle nazioni che non hanno seguito il modello dei bacini di utenza. Sta di fatto che la disapplicazione dei bacini in senso espansivo ha contribuito ad aumentare la disponibilità di donatori nel Nord Italia. A prescindere dal numero di abitanti, essa è maggiore nelle regioni dove i centri di trapianto sono più diffusi.

Figura 7 - Trapianti di cuore (2009)



“Esistono dei bacini di utenza indicativi, che peraltro in Italia non mi risulta siano stati adottati in alcuna regione. Ci sono alcune realtà, come l'Inghilterra, che hanno scelto di dare la possibilità di trapiantare a pochissimi centri e questo ha un risultato in termini qualitativi, ma in termini quantitativi fa sì che la Gran Bretagna con questa scelta molto selettiva ha penalizzato moltissimo i riceventi. Perché gli spagnoli insegnano che senza donatori non si fanno trapianti. Di fatto in GB hanno pochi centri trapianto e hanno pochissimi donatori, probabilmente questo dipende anche da altri fattori, però da questo punto di vista non risulta sia stata una scelta premiante. Così la realtà italiana, che è nata senza definire bene il bacino di utenza per ogni determinato tipo di trapiantologia, adesso ha raggiunto in alcuni casi risultati che tendono a quelli della Spagna”. (Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

¹⁷ C. U. Casciani e M. Valeri, “La pianificazione dei centri di trapianto”, in Ann. Ist. Super. Sanità, vol. 36, n.2 (2000).

D'altra parte però esistono anche ragioni storiche che contribuiscono a spiegare la disomogeneità che caratterizza il sistema italiano. Inizialmente, infatti, la scelta di dar vita ad un centro trapianti era legata quasi esclusivamente alla presenza nella regione di professionisti con le competenze e le motivazioni necessarie.

“Quando si è cominciato a fare i primi trapianti non c’era l’orientamento attuale, quello della razionalizzazione per bacino di utenza, per cui sostanzialmente chi voleva aprire un centro, se rispettava i requisiti tecnici di qualità, poteva farlo. Adesso che la situazione è completamente cambiata dal punto di vista economico, è chiaro che si ha anche un interesse ad avere dei centri che garantiscano un numero di trapianti sufficiente a raggiungere qualità, sicurezza ed efficienza economica”. (Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

Anche in Spagna erano presenti differenze territoriali simili a quelle esistenti in Italia tra nord e sud. A tali situazioni però è stata data tempestiva risposta riequilibrando il sistema, cioè creando nuovi centri trapianti anche nei territori più periferici. Tuttavia nell’opinione dell’intervistato il sistema di coordinamento nazionale, nonostante la disomogeneità che lo caratterizza, è in grado di garantire buoni livelli di risposta alle esigenze dei pazienti.

“Se in queste regioni non vi sono molti pazienti trapiantati è difficile aspettarsi un aumento delle donazioni. In Spagna hanno l’Estremadura e l’Andalucia che sono paragonabili al nostro mezzogiorno, dove ci sono molte opposizioni a causa di una situazione culturale ed economica arretrata. Loro però hanno cercato di far sì che ogni regione avesse il centro trapianti. Però va detto che in Italia se capita un’insufficienza epatica grave, che necessita di trapianto immediato, nel giro di 72 ore il fegato si trova”. (Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

In conclusione, attualmente l’enfasi riguardo l’applicazione rigida dei bacini d’utenza si è affievolita, tanto che è difficile trovare analisi e letteratura a riguardo. Infatti nonostante il modello *hub and spoke* sia ormai globalmente affermato in campo traumatologico, dove la centralizzazione del traumatizzato costituisce una riduzione dei costi e un aumento dei tassi di sopravvivenza, non risulta altrettanto valido laddove la presenza stessa dell’unità di trapianto, rendendo visibili e apprezzabili i risultati presso la popolazione, agisce positivamente sulla disponibilità a donare organi. Secondo questo principio l’eccessiva centralizzazione dei centri di trapianto, limitando la propensione alla donazione, ostacola lo sviluppo dell’attività trapiantologica necessario a soddisfare la domanda nazionale. Sul versante della sicurezza l’evoluzione tecnica ha fatto sì che la sopravvivenza a un anno non venga più considerato una soglia di qualità auspicabile in quanto già abbondantemente acquisita; attualmente si valuta il tasso di sopravvivenza a 5 anni, che si desidera superiore all’85%. Dunque secondo l’intervistato i presupposti per l’applicazione dei bacini d’utenza sono venuti a mancare, ma non si può dire che la qualità dei trapianti ne abbia risentito.

“Il sistema dei trapianti è stato impostato in questo stesso modo dagli anglosassoni, però di fatto non ci credono più in molti; per questo è difficile leggere di bacini d’utenza, perché i 3 milioni ipotetici di popolazione servivano teoricamente per ottenere un numero di pazienti necessario a raggiungere livelli di qualità ed efficienza accettabili. Oggi di fatto i centri di trapianto hanno costi bassissimi e gli indicatori di sopravvivenza a 5 anni superano l’85%.

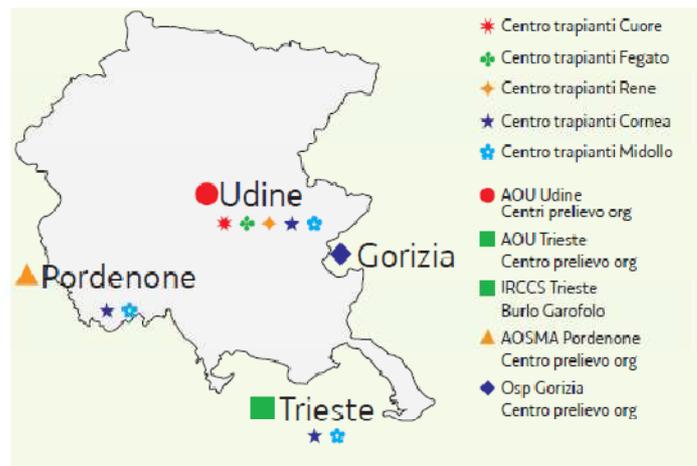
*Questi sono i motivi per cui la logica dei bacini d'utenza può considerarsi superata".
(Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)*

5.3 Il sistema dei trapianti nella Regione Friuli Venezia Giulia

La regione Friuli Venezia Giulia possiede un sistema trapiantologico che gestisce autonomamente l'attività di procurement e i trapianti di cuore, fegato e rene; per gli altri tipi di trapianto di organo e per la funzione di allocazione degli organi procurati la regione si appoggia alla rete NITp.

Il procurement degli organi solidi

Il procurement è basato sul coordinamento tra tre aree vaste – udinese, pordenonese e isontino giuliana – all'interno delle quali viene svolto concentrando l'attività di prelievo negli ospedali di Trieste, Gorizia, Monfalcone e Udine, dove si svolgono la ricerca, l'individuazione e il mantenimento degli organi. Non tutti gli ospedali infatti hanno la possibilità di accertare la morte cerebrale, per cui è necessaria la presenza di una commissione, così le strutture ospedaliere più piccole centralizzano i potenziali casi di donazione presso i centri di procurement.



Soltanto a Udine presso l'AOU S.M. della Misericordia si eseguono invece i trapianti di organi solidi¹⁸:

- Unità Operativa Cardiocirurgica e Chirurgia Toracica per il trapianto di cuore;
- Unità Operativa di Nefrologia Emodialisi per il trapianto di rene;
- Clinica di Chirurgia generale per il trapianto di fegato e pancreas.

Ad eseguire l'espianto degli organi presso i centri di procurement sono le équipe chirurgiche di Udine. L'unica eccezione riguarda il prelievo del cuore che, nel caso in cui l'organo sia destinato fuori regione, viene effettuato dall'équipe che effettuerà l'impianto. I passaggi appena descritti sono così riassunti dal coordinatore regionale trapianti:

“nel caso ad esempio del rene i prelievi vengono fatti dall'équipe di Udine, a prescindere dalla destinazione finale dell'organo; per cui l'organo viene prelevato, confezionato e trasportato a destinazione; stessa cosa avviene per il fegato: i chirurghi di Udine vanno a Gorizia prelevano il fegato e lo mettono a disposizione dei riceventi. Per quanto riguarda il cuore invece il prelievo viene effettuato da coloro che poi eseguiranno l'impianto, perché esistono delle differenze tecniche che non sono ancora state rese omogenee a livello nazionale. Quindi per il cuore è la stessa équipe, per gli altri casi dipende ma nella stragrande maggioranza dei casi è l'équipe di Udine ad effettuare l'espianto”. (Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

¹⁸ I trapianti di tessuti vengono svolti anche in altre sedi, ma non saranno discussi in questa nota.

L'allocazione degli organi

La regione Friuli Venezia Giulia non svolge la funzione di allocazione degli organi. Una volta accertato, il donatore viene segnalato al centro interregionale di Milano (per la rete NITp) che, in assenza di casi di urgenza nazionale, procede all'assegnazione degli organi secondo le indicazioni delle liste di attesa. Prima viene data priorità alla regione di appartenenza del donatore, poi alla rete interregionale di appartenenza. Se in area NITp non c'è alcun ricevente idoneo l'organo viene messo a disposizione per un eventuale scambio su tutto il territorio nazionale.

“Ad esempio se si trova un donatore di cuore a Trieste viene mandata una segnalazione a Milano per la verifica di eventuali situazioni di urgenza a livello nazionale che bypassano il livello regionale. Successivamente l'organo viene offerto al centro trapianti di Udine che è il centro trapianti di cuore competente per la regione. Se Udine accetta il cuore, è la sua équipe a prelevare l'organo a Trieste. Se Udine non accetta, l'organo viene messo a disposizione della rete NITp, che lo alloca secondo il proprio algoritmo decisionale”.
(Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

L'inserimento in lista è stabilito in base a criteri standardizzati a livello nazionale: il paziente viene messo in lista d'attesa secondo alcuni requisiti di gravità della patologia e sulla base di determinate condizioni permissive che garantiscano il buon esito del trapianto. Da quel momento gli viene riconosciuta l'anzianità di lista.

Allo scopo di dare elementi di stabilità alle attività di donazione, trapianto e controllo della qualità al sistema regionale nel corso del 2006¹⁹ è stato istituito il Centro Regionale Trapianti della Regione Friuli Venezia Giulia (CRT). In generale il CRT oltre all'obiettivo di aumentare il numero di donatori a disposizione si deve occupare della sicurezza e della tracciabilità degli organi, terreno sul quale l'Italia ha anticipato la normativa europea.

Il Centro Regionale Trapianti in Friuli Venezia Giulia

L'introduzione dei CRT in ciascuna regione italiana era già prevista dalla legge 91/1999 e dal documento della Conferenza Stato Regioni del 2002. Alcune Regioni hanno provveduto subito all'attivazione, mentre altre lo hanno fatto in seconda battuta. Ad esempio la Regione Veneto ha istituito il proprio centro nel 2000 mentre il Friuli Venezia Giulia è partito con la delibera del 2005 attuata nel 2006, precedentemente la funzione di coordinamento veniva svolta dal coordinatore regionale, che lavorava da solo, o avvalendosi della collaborazione *part time* del personale medico. Al momento attuale la normativa è stata completamente attuata e ogni regione possiede la propria struttura di coordinamento. Il coordinatore regionale attribuisce la definitiva attuazione dei centri ad una iniziativa di controllo da parte del Centro Nazionale.

¹⁹ Sulla base della L. 91/99, dell'Accordo Stato Regioni 21 Marzo 2002 e delle D.G.R. n. 3874/2002 e 966/2005.

“L'introduzione capillare dei CRT è avvenuta nel momento in cui il centro nazionale trapianti si è accorto che l'attuazione della 91 e del documento del 2002 era stata disattesa da molte regioni e ha cominciato a fare audit sui centri regionali. E' emersa una situazione in cui molte strutture esistevano solo sulla carta. Quella è stata la spinta per dare attuazione a quanto previsto. Quindi l'impulso è stato quell'audit che aveva certificato l'assenza del centro nella nostra regione”. (Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

Al CRT sono state attribuite numerose funzioni. L'esercizio di tali funzioni è garantito dal lavoro a tempo pieno di sei figure professionali.

Funzioni del Centro Regionale Trapianti:

- coordina le attività di prelievo e i rapporti tra i reparti di rianimazione e le strutture per i trapianti, in collaborazione con i Coordinatori Locali di Prelievo e di Direzione Sanitaria;
- coordina le attività di raccolta e di trasmissione dei dati relativi alle persone in attesa di trapianto nel rispetto dei criteri stabiliti dal Centro nazionale;
- coordina il trasporto dei campioni biologici, delle équipe sanitarie e degli organi e dei tessuti;
- cura i rapporti di collaborazione con le autorità sanitarie e le associazioni di volontariato;
- coordina l'assistenza psicologica a pazienti in attesa di trapianto o sottoposti a trapianto, a donatori viventi di organi o tessuti, alle famiglie di donatori cadaveri;
- attua i programmi regionali di promozione dei trapianti (ad integrazione dei programmi di promozione attuali dai coordinatori locali dei prelievi);
- attua il collegamento elettronico con le Unità Operative della regione coinvolte nel prelievo, e con le strutture trapiantologiche.

Organico del Centro Regionale Trapianti:

- un direttore
- un medico a tempo pieno ed uno a tempo parziale
- un assistente Amministrativo
- uno psicologo
- un infermiere
- servizio supporto informatico.

Secondo il coordinatore regionale intervistato, che attualmente è anche direttore del CRT, con l'introduzione del centro il sistema regionale dei trapianti ha acquisito un livello maggiore di stabilità in termini di coordinamento tra i diversi soggetti coinvolti e di continuità nel controllo dei livelli di qualità e sicurezza delle procedure. Inoltre il cambiamento nella tipologia dei donatori di organi registrato nell'ultimo decennio, maggiore incidenza di donatori anziani, ha reso di fatto indispensabile la presenza di un'organizzazione in grado di contenere il più possibile i tempi necessari ai passaggi tra il prelievo e il trapianto.

“Negli ultimi anni l'epidemiologia si è modificata: si è ridotto il numero dei donatori giovani, grazie al maggiore utilizzo di casco e cinture di sicurezza, ed è stato intercettato un numero maggiore di emorragie cerebrali. Ma con un'incidenza maggiore di donatori anziani sono cresciuti i problemi di sicurezza, legata al deperimento più rapido degli organi. O si danno risposte in tempo reale o molti donatori si perdono, per questo è necessaria una buona organizzazione. Quindi oltre all'introduzione a livello nazionale di norme più restrittive c'è stata un'evoluzione nella tipologia dei donatori che ha richiesto maggiore attenzione organizzativa”. (Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

L'altro valore aggiunto derivante dalla presenza di una struttura organizzativa stabile è la possibilità di programmare interventi di ampio respiro. In particolare sul fronte del procurement progredire significa agire da un punto di vista culturale, sensibilizzando la popolazione per ottenere una minore propensione ad opporsi alla donazione degli organi:

“la stabilità permette di programmare progetti a lungo termine: ad esempio se coinvolgo gli anestesisti per fare formazione nelle scuole, so che, non domani, ma entro 5-10 anni avrò una percentuale di opposizioni minore; ciò significa aumentare il numero di donatori e dunque di trapianti”. (Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

5.4 Alcuni dati relativi all'attività trapiantologica regionale

Di seguito i principali dati raccolti in merito all'attività di donazione in Friuli Venezia Giulia e in Italia tra il 2002 e il 2009. I soggetti segnalati sono donatori potenziali (morte cerebrale ai sensi di legge), che dopo aver ottenuto il consenso da parte dei familiari e aver verificato che non sussistano motivi di non idoneità, diventano donatori effettivi. Da osservare i valori espressi per milione di abitanti: per quanto riguarda le segnalazioni il dato regionale (28,8 nel 2002 e 38,5 nel 2009) è sostanzialmente omogeneo rispetto a quello nazionale (30,4 nel 2002 e 38,9 nel 2009). Si registra invece un consistente miglioramento regionale rispetto all'evoluzione nazionale sul fronte dei donatori utilizzati, che in Friuli Venezia Giulia passano da 18,6 nel 2002 a 35,2 nel 2009 (soltanto la regione Toscana nel 2009 ha fatto meglio con 35,4 donatori pmp) mentre nel resto d'Italia aumentano in misura decisamente meno marcata: da 16,8 nel 2002 a 19,6 nel 2009.

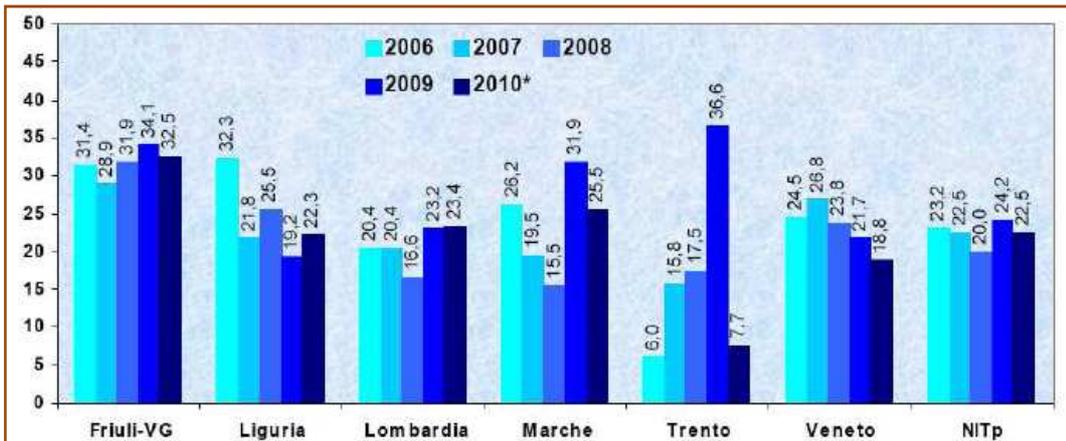
Tabella 31 - Donatori: segnalati, effettivi, utilizzati (2002-2009)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
FRIULI VENEZIA GIULIA								
Segnalati	34	42	55	48	50	50	63	47
Segnalati PMP	28,8	35,6	46,5	40,5	42,2	42,2	53,2	38,5
Opposizione	0	0	1	0	8	10	16	0
% opposizione	0	0	1,8	0	16	20	25,4	0
Utilizzati	22	23	34	35	38	35	39	43
Utilizzati PMP	18,6	19,5	28,7	29,6	32,1	29,6	32,9	35,2
ITALIA								
Segnalati	1.713	1.892	2.042	1.961	2.109	2.203	2.303	2.322
Segnalati PMP	30,4	33,6	35,8	34,4	37	38,7	40,4	38,9
Opposizione	375	423	432	403	580	677	752	705
% opposizione	21,9	22,4	21,2	20,6	27,5	30,7	32,7	30,4
Utilizzati	945	947	1.120	1.118	1.141	1.098	1.094	1.168
Utilizzati PMP	16,8	16,8	19,7	19,6	20	19,3	19,2	19,6

Fonte: nostra elaborazione su dati del Centro Nazionale Trapianti

Inoltre a partire dal 2006 il numero dei donatori utilizzati nella regione Friuli Venezia Giulia si è visibilmente stabilizzato: il grafico seguente mette a confronto le donazioni per milione di abitanti delle regioni appartenenti alla rete NITp. Il Friuli Venezia Giulia oltre ad occupare la posizione di vertice rispetto al numero di donatori, a parità di anno fa meglio di ciascuna altra regione²⁰, e mostra una stabilità di rendimento paragonabile soltanto a quella della rete nel suo complesso.

²⁰ La Provincia autonoma di Trento fa registrare un picco nel 2009, tuttavia in ragione del ridotto numero di abitanti che la caratterizza, e che spiega anche l'andamento particolarmente altalenante, non può essere confrontata con le altre.

Grafico 6 - Donatori pmp, 2006-2010

Fonte: Sistema informativo NITp

Tale stabilità viene in parte attribuita all'assetto organizzativo che a partire dal 2006 si è dotato, come già detto, del centro regionale di coordinamento: il nuovo assetto ha permesso alla regione di mantenere nel tempo gli ottimi livelli raggiunti nei primi anni 2000 e di arrivare al primo posto in Italia per numero di donazioni, secondo le proiezioni relative al 2010.

“Il FVG, nonostante il calo di donatori registrato sia a livello regionale che nazionale, è nel primo trimestre del 2010 al primo posto in Italia per numero di donatori effettivamente utilizzati, davanti alla Toscana che ha investito tantissimo. E questo è un dato stabile nel tempo. Il Veneto ad esempio è in calo già da qualche anno, il FVG è il più stabile nel tempo in assoluto”. (Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

A fianco degli ottimi risultati raggiunti in termini di donazioni, va però segnalata un'attività di trapianto che stenta a decollare e che in termini numerici è appena al di sopra delle soglie di sicurezza. Nel 2004 la Conferenza Stato-Regioni ha confermato gli indicatori su cui valutare l'efficienza e la qualità dei centri di trapianto, già definiti nel precedente accordo del 2002: (i) numero di donatori utilizzati nell'area; (ii) numero di organi prelevati nell'area; (iii) numero di organi offerti al centro trapianti; (iv) numero di organi offerti al centro, rifiutati dal centro stesso e accettati da altri centri. Nella stessa sede sono stati individuati gli standard minimi annuali che ciascun centro trapianto deve raggiungere: (i) 30 trapianti di rene da cadavere; (ii) 25 trapianti di fegato da cadavere; (iii) 25 trapianti di cuore da cadavere; (iv) 15 trapianti di polmone da cadavere²¹.

La tabella sottostante riporta il numero di trapianti effettuati nella Regione Friuli Venezia Giulia tra il 2002 e il 2009 per gli organi cuore, fegato e rene (gli unici riportati sulle tavole del Centro Nazionale Trapianti). Si evidenzia un progressivo aumento nel numero di casi trattati, ma nessun particolare picco o inversione in corrispondenza degli anni 2005 e 2006,

²¹ E' previsto che le regioni revocano l'idoneità al trapianto ai centri che per 2 anni consecutivi non abbiano raggiunto la metà degli standard minimi previsti, o abbiano una percentuale di pazienti sopravvissuti ad un anno dal trapianto inferiore di almeno 15 punti percentuali inferiore alla media nazionale per l'organo considerato.

relativi al periodo di attivazione del Centro Regionale Trapianti. Da notare che per il trapianto di cuore la performance è sotto soglia in corrispondenza dell'anno 2007.

Tabella 32 - Trapianti effettuati: Friuli Venezia Giulia, 2002-2009

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CUORE (soglia 25)	19	23	27	25	25	20	27	29
FEGATO (soglia 25)	29	24	35	28	31	32	30	31
RENE (soglia 30)	35	32	42	36	37	34	37	43

Fonte: Sistema Regionale Trapianti FVG

Da segnalare anche la notevole incidenza dei pazienti in attesa di trapianto iscritti nelle liste del Friuli Venezia Giulia, ma provenienti da altre regioni. La quota di pazienti in attesa di trapianto per il centro di Udine nel 2009 è stata pari a circa il 50% del totale (con un massimo di 53% per il trapianto di cuore e un minimo del 41% per il trapianto di fegato).

Tabella 33 - Pazienti in lista d'attesa 2009 – Friuli Venezia Giulia

	Pazienti in lista d'attesa	In regione	Fuori regione	% fuori regione
CUORE	15	7	8	53%
FEGATO	27	16	11	41%
RENE	91	47	44	48%

Fonte: nostra elaborazione su report NITp al 31/12/2009

Dunque un monte trapianti complessivamente appena al di sopra delle soglie minime e composto soltanto per la metà da pazienti della regione può rappresentare un indizio di assenza dei presupposti che motivano la presenza di tre centri di trapianto in un territorio con una popolazione di circa 1 milione e duecentomila abitanti (1.234.079, ISTAT 2009).

Come già anticipato, in Italia, ma anche in altri contesti europei (Spagna in primis), l'applicazione dei bacini di utenza (1,5 milioni di abitanti per il trapianto di rene e 3 milioni di abitanti per cuore e fegato) per le attività di trapianto non è mai stata particolarmente stringente. Tale condotta può essere interpretata in parte secondo ragioni storico economiche che spiegano la prevalenza dei centri di trapianto nelle regioni del nord. Le aree tradizionalmente caratterizzate da maggiore benessere economico hanno dunque fatto da volano per gli inizi dell'attività di trapianto in Italia, diventando successivamente poli di attrazione per le competenze professionali migliori e, come conseguenza, della maggior parte dei pazienti in attesa di trapianto. Di seguito la ricostruzione offerta dall'intervistato:

“In Friuli Venezia Giulia l'attività di trapianto è cominciata a metà degli anni '80, il primo trapianto di cuore in Italia è stato eseguito a Padova nel 1985 e il secondo è stato fatto in Italia a Udine. Successivamente a Udine è arrivato il professor Bresadola ed è iniziata anche l'attività per fegato, rene e pancreas. Quando si è partiti con il centro trapianti di Udine anche Trieste era stata abilitata al trapianto del rene, però in quel momento non c'era uno specialista interessato e per questa ragione il centro non è stato istituito. Guardando la distribuzione dei centri di trapianto sul territorio italiano salta chiaramente all'occhio che la disapplicazione dei bacini di utenza ha portato al nord ad un sovraffollamento di centri e al sud ad una carenza, ciò spiega in parte le percentuali di trapianti fatti in Friuli Venezia Giulia a pazienti provenienti da altre regioni”. (Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

Va anche considerato che per i trapianti a favore dei pazienti fuori regione è previsto il rimborso della tariffa stabilita a livello nazionale (DRG) e pari a: 69.501 euro per il cuore, 84.767 euro per il fegato e 50.968 euro per il rene. Inoltre il sistema di allocazione in cui viene data priorità al centro di provenienza del donatore, salvo le priorità nazionali, prevede un meccanismo di compensazione per il centro che, messo a disposizione l'organo, non abbia il ricevente idoneo. La compensazione consiste nell'acquisire il diritto a ricevere o lo stesso organo o la sua valorizzazione economica, in entrambi i casi l'onere è a carico del centro che ha ricevuto l'organo in questione. Dunque da un lato i centri di trapianto non rispondono completamente ad un bisogno regionale, ma dall'altro catalizzano risorse economiche provenienti da altre regioni.

“Quando il centro di Udine fa un trapianto ad un paziente proveniente da fuori regione va a compensazione e ottiene da quella regione il rimborso del DRG corrispondente alla prestazione erogata. Secondo lo stesso principio, quando un organo viene prelevato a Udine e mandato fuori regione viene acquisito un diritto alla restituzione che può essere convertito, qualora non vi siano organi disponibili o non vi sia una domanda interna insoddisfatta, in una cifra pari a circa 2 mila euro e addebitata alla struttura che ha ricevuto l'organo”.

(Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

Tuttavia per esprimere un giudizio relativo al vantaggio economico conseguente all'esistenza dei centri di trapianto a fronte delle risorse in entrata è necessario considerare quelle in uscita.

5.7 I costi del sistema trapiantologico regionale

Il sistema sanitario della regione Friuli Venezia Giulia non è basato sui rimborsi per le prestazioni, cioè il sistema dei DRG, ma sulla spesa storica: l'azienda di Udine che fa i trapianti non riceve la cifra prevista per ogni trapianto, ma una quota del fondo sanitario regionale calcolata in base alla spesa degli anni precedenti. La quota di finanziamento fa fronte a tutte le funzioni svolte dall'azienda ospedaliera, così come la quota successivamente destinata alle diverse divisioni chirurgiche fa fronte a tutte le prestazioni a carico della divisione stessa. Ad esempio, secondo l'intervistato:

“il centro di trapianto di cuore è una struttura complessa che oltre ai 29 trapianti esegue 950 interventi chirurgici all'anno, di cui 583 di cardiocirurgia e gli altri di chirurgia toracica. Fegato, rene e pancreas: struttura operativa complessa, con clinica chirurgica che esegue 1400 interventi chirurgici l'anno, di cui 100 trapianti tra fegato, rene e pancreas. Il finanziamento è quello storico del Policlinico Universitario, per cui che il professor Bresadola faccia 1000 interventi di chirurgia e 400 trapianti, o viceversa, ha sempre lo stesso finanziamento. Cioè non è finanziato sulle prestazioni erogate ma sull'esistenza della struttura”.

(Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

Di conseguenza il costo dei trapianti corrisponde al costo della reperibilità dell'équipe di prelievo e del tempo che i chirurghi dedicano ai trapianti e che altrimenti occuperebbero con le altre attività a cui sono deputati, le altre professionalità in capo alla struttura sarebbero comunque le stesse. Posta la questione in questi termini i centri di trapianto di Udine risultano

avvantaggiati dalla presenza di economia di scala che in altri contesti non sono presenti e che ne avvalorano la presenza:

“un centro trapianti di cuore staccato dalla struttura ospedaliera, come è il caso dell’ISMET di Palermo che è dedicato all’attività trapiantologica, presenta dei costi puri maggiori che in assenza di un numero sufficiente di trapianti non sono sostenibili. Ma se l’attività di trapianto è inserita in un ambito in cui pesa per il 5%, come dicevamo, la logica del bacino viene a cadere”. (Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

Bisogna inoltre considerare che in assenza dei centri di trapianto i pazienti del Friuli Venezia Giulia verrebbero dirottati su centri di trapianto fuori regione e la relativa tariffa DRG sarebbe comunque a carico del fondo sanitario regionale. Per questa ragione secondo l’intervistato:

“scorporando tutti i costi, si potrebbe teoricamente ricostruire il costo di ciascun singolo trapianto, ma questi sarebbero costi falsi perché in assenza dei centri di trapianto i cittadini friulani sarebbero trapiantati fuori regione. A mio avviso non ha senso in una regione che è tra le migliori in termini di procurement chiudere un centro trapianti che ha costi molto contenuti e acquisire i costi dei rimborsi per i trapianti da fare fuori regione. Avremmo non una potenziale diminuzione dei costi, ma aumento a causa dei pazienti regionali che vanno a farsi trapiantare fuori, a fronte di un risparmio difficilmente quantificabile e che personalmente ritengo irrisorio”. (Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

A prescindere dalle attività chirurgiche vi sono poi i costi organizzativi derivanti dall’istituzione del CRT, la cui presenza è però stabilita per legge e non dipende dalla concomitante presenza di centri di trapianto. Il budget del CRT ammonta a circa 1 milione di euro, ripartito in: (i) una quota di gestione del personale e delle attività di integrazione con le strutture ospedaliere pari a 663.000 euro, (ii) 170.000 euro per la convenzione con la rete NITp e (iii) 220.000 euro destinati alle spese di trasporto (per gli organi e per le équipe di prelievo). A parte le spese di trasporto, che probabilmente si ridurrebbero, l’assenza dei centri di trapianto non comporterebbe alcuna riduzione di spesa, dal momento che le competenze a carico del CRT resterebbero le stesse.

“Il finanziamento aggiuntivo è il fondo di funzionamento del Centro Regionale Trapianti, pari a circa un milione di euro, con il quale vengono pagate tutte le spese del CRT, 4 persone più quelle che lavorano fuori e di cui si paga la parte della retribuzione. Il costo del follow-up è comunque a carico del sistema sanitario regionale. La differenza di costo tra l’aver o non avere il centro di trapianto sta nel costo della reperibilità dell’équipe di prelievo e in quello dell’intervento chirurgico”. (Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

In conclusione, secondo il direttore del CRT, una eventuale dismissione dei centri di trapianto non comporterebbe un risparmio di risorse che, pur non essendo esattamente misurabile può essere stimato in un numero contenuto di chirurghi e di alcune altre voci di spesa marginali. Potrebbe paradossalmente comportare un aggravio di spesa, qualora si dimostrasse che i conseguenti rimborsi DRG, da corrispondere all’esterno per rispondere alle esigenze cliniche

regionali, si rivelassero maggiori dei costi dei centri di trapianto incardinati nella struttura ospedaliera di Udine.

“Una stima relativa alla riduzione del personale chirurgico in assenza dei centri di trapianto a mio avviso non va oltre le 4 unità. Taglierei 100 mila euro dei tre infermieri dal budget del centro regionale, ma il follow-up lo dovrei fare lo stesso, quindi sarebbe un costo da un'altra parte. Possiamo veramente tagliare i costi dei voli dell'équipe della cardiocirurgia: 10 missioni aeree all'anno, con un costo per singola missione pari a circa 20 mila euro, in totale circa 200 mila annui”. (Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

In assenza di un effettivo risparmio sulla spesa regionale la rinuncia ai centri di trapianto comporta una riduzione della capacità di risposta sanitaria complessiva della regione, non solo in relazione a determinate situazioni critiche (come l'esigenza di un trapianto), ma anche nella misura in cui le attività collaterali alla gestione dei centri di trapianto hanno portato un miglioramento delle capacità tecniche e cliniche del sistema sanitario nel suo complesso.

“Il centro trapianti ha un indotto notevole sul sistema sanitario regionale. Ad esempio a Udine ci sono tredici anatomopatologi che garantiscono 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, la loro attività; questi non servono soltanto per i trapianti, ma per servizi che riguardano tutto l'ospedale. La stessa cosa vale per il laboratorio strutturato per dare risposte in tempo reale, che serve anche altri ospedali”. (Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

A ciò va aggiunto, oltre ad una minore incidenza degli oneri derivanti dalla necessità di raggiungere centri esterni al territorio regionale, il principale beneficio a vantaggio dei pazienti in attesa di trapianto iscritti nelle liste del Friuli Venezia Giulia: cioè la possibilità di essere operati in tempi più brevi, in ragione del meccanismo di allocazione che privilegia l'assegnazione degli organi alla regione di provenienza.

“Il fatto che la regione Friuli abbia dei centri trapianto significa che ha la possibilità di esaurire la lista d'attesa in tempi sicuramente inferiori rispetto a quelli che si otterrebbero ricorrendo a centri di trapianto fuori regione. Ritengo sarebbe un bene che il centro trapianti di Udine raggiungesse i numeri che ad esempio vengono raggiunti dal centro di Padova. Ma chiudere una struttura che ha costi molto contenuti, basandosi soltanto sul bacino d'utenza, non so che significato possa avere. Soprattutto considerando una percentuale di procurement regionale tale da garantire maggiori possibilità ai pazienti iscritti in lista d'attesa a Udine”. (Intervista a Roberto Peressutti, 7 giugno 2010)

BIBLIOGRAFIA

- Age.na.s, "Revisione della rete ospedaliera. Analisi normativa", Roma, 2008.
- Age.na.s, "Evoluzione della spesa sanitaria nel decennio dal 1995 al 2004", Age.na.s on line, 2005.
- Age.na.s, "Ricoveri, personale e spesa dei presidi ospedalieri", Age.na.s on line, 2003.
- Age.na.s, "Ricoveri, personale e spesa delle aziende ospedaliere", Age.na.s on line, 2003.
- Bosi P., Dirindin N., Turati G., "Decentramento fiscale, riorganizzazione interna e integrazione socio-sanitaria", Vita e Pensiero, Milano, 2008.
- Braga M., Cislaghi C., "Problemi di modellizzazione dei livelli essenziali di assistenza", AIES, Milano.
- Casciani C.U., Valeri M., "La pianificazione dei centri di trapianto", in *Annuario dell'Istituto Superiore della Sanità*, vol. 36, n.2, Istituto Superiore della Sanità, Roma, 2000.
- Cantù E., Carbone C., "I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie? " in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea, 2007.
- Cislaghi C., Di Virgilio E., Morandi I., Tavini G., "Bisogni, consumi, costi: determinazione e riparto delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale", Age.na.s on line, 2008.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, "Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento, recante: «Linee guida per l'idoneità ed il funzionamento dei centri individuati dalle regioni come strutture idonee ad effettuare trapianti di organi e di tessuti)», 29 aprile 2004.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, "Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti delle strutture idonee ad effettuare trapianti di organi e di tessuti e sugli standard minimi di attività di cui all'art. 16, comma 1, della legge 1 aprile 1999, n. 91, recante «Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti)», 14 febbraio 2002.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311", 23 marzo 2005.
- Ghirardini A., Pugliese O., Quintieri F., "Donazioni, prelievi e trapianti di organo in Italia, anni 1994-98", in *Annuario dell'Istituto Superiore della Sanità*, vol. 36, n. 2, pp. 141-149, Istituto Superiore della Sanità, Roma, 2000.
- Gruppo RE.MO.LE.T, "Analisi dei dati SDO 2006/2008", Age.na.s on line, 2009.

- Gruppo RE.MO.LE.T, "RE.MO.LE.T, primi risultati: i dati SDO 2007", Age.na.s on line, 2008.
- Gruppo per l'analisi dei dati dai modelli CE e LA, "Analisi della spesa sanitaria attraverso i Conti Economici (CE)", in *Monitor*, n. 21, pp. 90-99, Age.na.s on line, 2008.
- Gruppo per l'analisi dei dati dai modelli CE e LA, "Evoluzione della spesa sanitaria corrente", Age.na.s on line 2005.
- Ministero della Salute, "I Dipartimenti Ospedalieri nel Servizio Sanitario Nazionale", ottobre 2007
- Parlamento Italiano, "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti", L. N. 91, 1 aprile 1999.
- Regione Friuli Venezia Giulia, "Piano sanitario e socio-sanitario regionale 2010-2012", DGR N. 465, 11 marzo 2010.
- Regione Friuli Venezia Giulia, "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2007", DGR N. 3163, 22 dicembre 2006.
- Regione Friuli Venezia Giulia, "Interventi sulla governance del Servizio sanitario regionale", DGR N. 2735, 17 novembre 2006.
- Regione Friuli Venezia Giulia, "Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006-2008", DGR N. 2843, 24 novembre 2006.
- Regione Friuli Venezia Giulia, "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2006", DGR N. 3223, 12 dicembre 2005.
- Regione Friuli Venezia Giulia, "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2005", DGR N. 3234, 29 novembre 2004.
- Regione Friuli Venezia Giulia, "Linee guida per la predisposizione del Programma delle attività territoriali (PAT)" e "Linee guida per la predisposizione del Piano di zona (PDZ)", DGR N. 3236, 29 novembre 2004.
- Regione Friuli Venezia Giulia, "Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale", L.R. N. 23, 17 agosto 2004.
- Regione Friuli Venezia Giulia, "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2004", DGR N. 3529, 14 novembre 2003.
- Regione Friuli Venezia Giulia, "Piano di intervento a medio termine per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria per il triennio 2000-2002", DGR N. 734, 9 marzo 2001.
- Regione Friuli Venezia Giulia, "Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'articolo 15 della legge regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali.", L.R. N. 10, 19 maggio 1998.

- Regione Friuli Venezia Giulia, “Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria”, L.R. N. 49, 19 dicembre 1996.
- Regione Friuli Venezia Giulia, “Primo piano di intervento a medio termine sull'assistenza ospedaliera per il triennio 1995-1997”, DGR N. 6619, 29 dicembre 1995.
- Regione Friuli Venezia Giulia, “Revisione della rete ospedaliera regionale”, L.R. N. 13, 28 febbraio 1995.
- Regione Friuli Venezia Giulia, “Istituzione, compiti ed assetto organizzativo dell'Agenzia regionale della sanità ed altre norme in materia sanitaria”, L.R. N. 37, 5 settembre 1995.
- Regione Friuli Venezia Giulia, “Disciplina dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale ed altre disposizioni in materia sanitaria e sullo stato giuridico del personale regionale”, L.R. N. 12, 30 agosto 1994.
- Simon G., “Valutazione e performance in Friuli Venezia Giulia”, in *Quaderni di Monitor*, 2008, pp. 58-63, Age.na.s on line.
- Tavini G., Di Virgilio E., “I costi dell'ospedalizzazione”, in *Quaderni di Monitor*, 2009, pp. 37-50, Age.na.s on line.
- Venettoni S., “Il processo di donazione-prelievo-trapianto: analisi delle procedure e criticità”, Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- Venettoni S., Ghirardini A., Storani D., Di Ciaccio P., Mattucci D.A., Nanni Costa A., “Il sistema organizzativo dei trapianti in Italia: il livello nazionale”, Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- Venettoni S., Ghirardini A., Storani D., Di Ciaccio P., Nanni Costa A., “La figura del Coordinatore Locale al prelievo nel sistema italiano: ruolo e funzioni”, Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

Si ringraziano:

per la collaborazione prestata, l'Assessore *Vladimir Kosic*;

per gli incontri, le informazioni e i dati forniti, la Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali (*Alessia Clocchiatti, Giovanni Maria Farina, Carlo Nigris, Arianna Pattaro, Antonio Zaccardi*);

per le interviste narrative rilasciate, *Pier Oreste Brusori* (Direttore Generale dell'ASL 12 di Biella) e *Gianpiero Fasola* (Direttore del Dipartimento di oncologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine);

per l'intervista e la documentazione sul sistema dei trapianti, *Roberto Peressutti* (Direttore del Centro Regionale Trapianti);

per i chiarimenti forniti, *Francesco Cobello* (Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali riuniti di Trieste).

Un ringraziamento particolare per il lavoro svolto va agli analisti di Progetto CAPIRe (*Stefano Neri, Marco Sisti e Gianluca Strada*) e alla P.O. Analisi delle leggi e valutazione delle politiche regionali (*Rita Di Marzo e Tiziana Presti*).