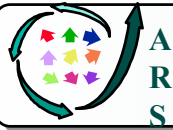


**dal GOVERNO della spesa sanitaria al
GUADAGNO di salute:
l'esperienza di Trieste**

**Il mandato regionale
alle Aziende per i Servizi Sanitari (territoriali)
*Lionello Barbina***



Trieste 4 aprile 2003



IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

CARATTERISTICHE STRUTTURALI



COMPLESSITA' DI SISTEMA

Instabilità normativa (una riforma ogni 2,5 anni) con incompletezza degli strumenti per l'applicazione e senza simulazione e verifica

Disomogeneità per area geografica circa l'avanzamento dei processi di cambiamento dei sistemi sanitari

Eterogeneità nella composizione pubblico/privato e quadro incerto sui campi di intervento con ribaltamenti negativi sul rinnovamento organizzativo (rischio di impresa e processo di aziendalizzazione)

Molti medici e pochi infermieri (organizzazione del lavoro)

Difficoltoso presidio delle politiche del personale e del coinvolgimento degli operatori



IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Negli anni 80 inizia anche nel Friuli-Venezia Giulia il processo di pianificazione sanitaria che porta a:

da + 23% di spostamento rispetto al pro capite nazionale all'allineamento

Le azioni:

di contenimento

- riduzione dei fattori produttivi impiegati (personale e beni e servizi)
- riduzione di ospedalizzazione
- riduzione di ospedali e posti letto

di sviluppo

- intervento su aree a rischio: "anziani" e "emergenza"
- attivazione C.R.O.
- nascita Policlinico universitario Udine



IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

**COME TUTTI I SISTEMI SANITARI OCCIDENTALI
LA SITUAZIONE ATTUALE E' CARATTERIZZATA DA**

- Forte pressione alla diffusione delle innovazioni tecnologiche e farmaceutiche
- Invecchiamento della popolazione con forti ricadute sulla crescita dei bisogni sanitari
- Peso rilevante della disabilità



IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Negli anni 90 inizia il processo di aziendalizzazione e regionalizzazione con la:

REVISIONE ORGANIZZATIVA che si collega al più generale processo di cambiamento della pubblica amministrazione

ed è continuata la

REVISIONE DELL'OFFERTA che va rapportata con coerenza all'andamento della domanda



MODELLO ORGANIZZATIVO

LE NORME ORGANIZZATIVE SI ISPIRANO A :

RESPONSABILIZZAZIONE REGIONALE SUL SISTEMA

**CONCEZIONE DEL SSR QUALE GRUPPO DI AZIENDE
AVENTE COME MANDATO LA TUTELA DELLA SALUTE**

**DISTINZIONE TRA IL MOMENTO POLITICO STRATEGICO
E QUELLO MANAGERIALE**



MODELLO ORGANIZZATIVO

LE NORME ORGANIZZATIVE SI ISPIRANO A:

ORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE IN RELAZIONE
ALLO STILE DI GESTIONE DEL DIRETTORE
GENERALE, NELL'AMBITO DEL TELAIO DELINEATO
DALLA LEGGE

SUPERAMENTO DEI TRADIZIONALI MECCANISMI
PROCEDURALI CARATTERIZZANTI LA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE IN SENSO CLASSICO



MODELLO ORGANIZZATIVO

Meccanismi di finanziamento (pro-capite e tariffe)

“Libera scelta” e limiti di spesa

Equilibrio territoriale e funzionale

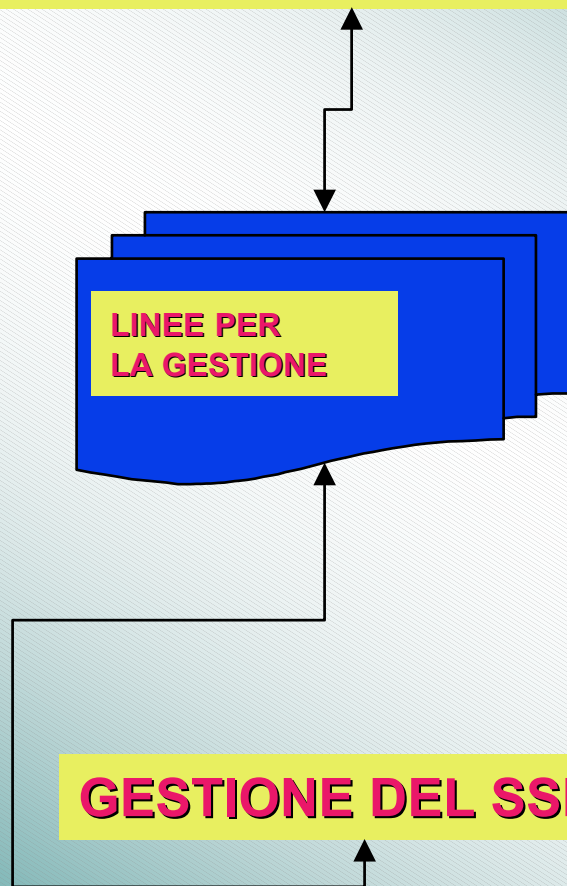


IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

**LEGGI E STRUMENTI DI
PIANIFICAZIONE SANITARIA**

**LINEE PER
LA GESTIONE**

GESTIONE DEL SSR





IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

**ENTRO IL 15 SETTEMBRE DI OGNI ANNO
LA GIUNTA REGIONALE DEFINISCE
LE LINEE PER LA GESTIONE DEL SSR**

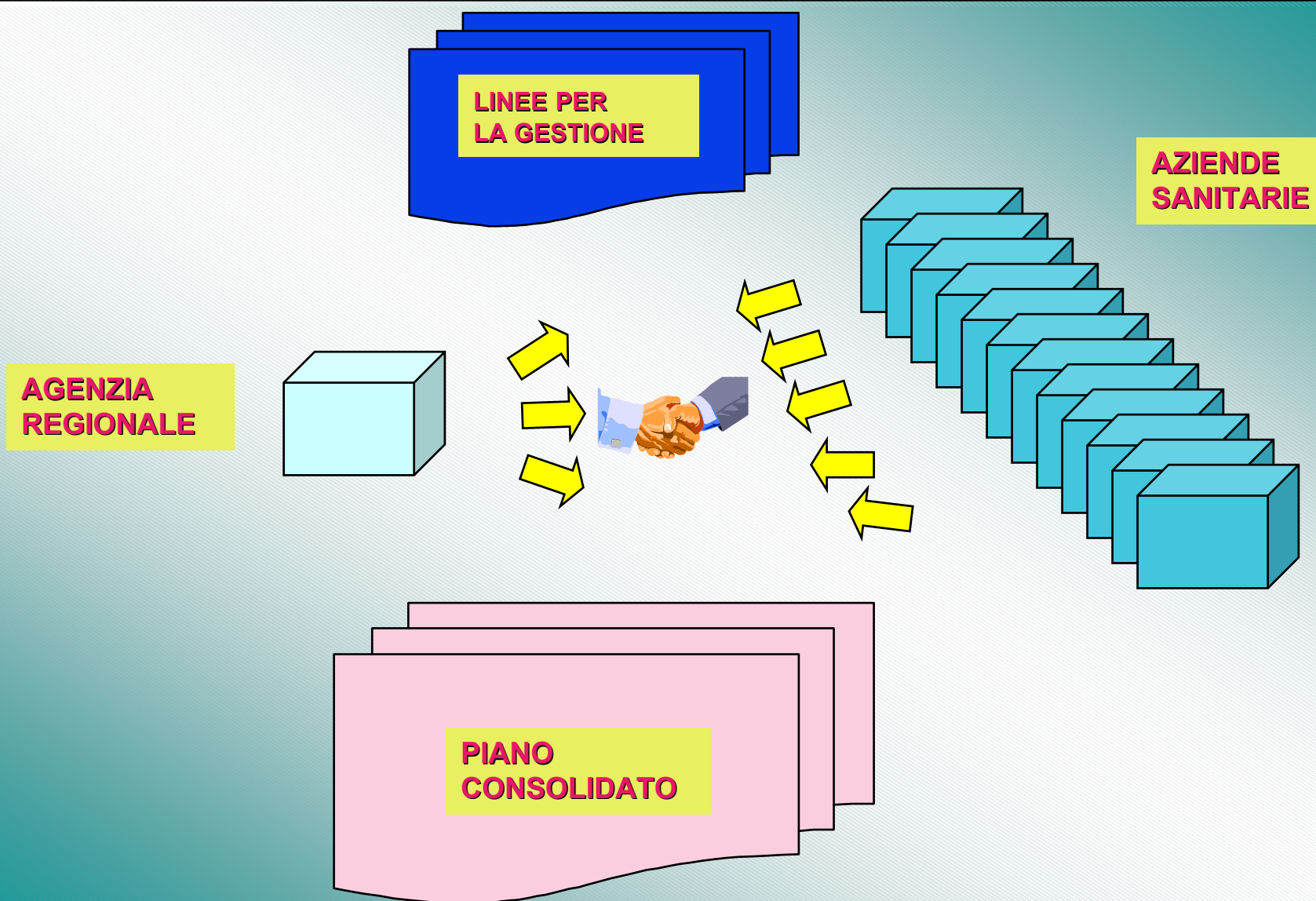
**Raccorda la gestione con la pianificazione
sanitaria regionale**

Stabilisce:

- obiettivi**
- risorse disponibili**
- modalità di valutazione dei risultati**



IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO



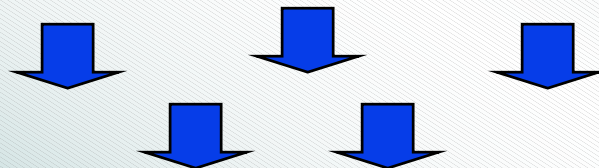


IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

CONTROLLO

**AZIENDE
SANITARIE**

**BILANCI DI
ESERCIZIO**



**AGENZIA
REGIONALE**

**BILANCIO
CONSOLIDATO
DI ESERCIZIO**



**APPROVAZIONE DELLA
GIUNTA REGIONALE**



La revisione dell'offerta sanitaria

- **Risorse limitate**
- **Risposta sanitaria "sufficiente"**
- **Aumento della esigenza di qualità della risposta socio-sanitaria**
- **Aumento della domanda/bisogno, dettata dal quadro demografico, che evidenzia un incremento delle patologie cronico-degenerative**



REVISIONE DELL'OFFERTA

OSPEDALE

Uso corretto dell'ospedale
Lotta all'inappropriatezza
Aumento della qualità delle prestazioni

TERRITORIO

**Potenziamento dell'attività distrettuale sia
domiciliare che residenziale**
Potenziamento dell'attività di prevenzione



RISULTATI

a) EVOLUZIONE DELLA SPESA

AUMENTO % DELLA SPESA SANITARIA DAL 1995 AL 2001

Media Italiana = + 57,51 %

Friuli-Venezia Giulia = + 48,83%

(indice costo della vita 95-01 = 16%)

SPESA PRO CAPITE	1995	2001
Media Italiana =	1.630.306	2.542.381
Friuli-Venezia Giulia =	1.649.344	2.472.402
FVG - Italia =	+ 19.038	- 69.979

Fonte dei dati ASSR



RISULTATI

EQUILIBRIO DI BILANCIO

Nel 2001

è stato raggiunto il pareggio di bilancio in tutte le Aziende Sanitarie regionali

Nel 2002

**è previsto il pareggio in 7 Aziende sanitarie su 9
(lo scostamento è di 10 milioni di euro su un
bilancio complessivo di 1.529 milioni di euro)**



RISULTATI

b) ATTUAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE REGIONALE

Diminuzione della Ospedalizzazione

1995 = 212 ‰

2002 = 174 ‰

Offerta Ospedaliera:

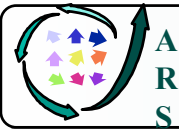
Posti letto: 1995 = 8244 (6,9 ‰)

2001 = 6104 (5,1 ‰)

Sedi Ospedaliere

1995: 21 Ospedali pubblici su 21 sedi e 6 Case di cura private

2002: 15 Ospedali pubblici su 21 sedi e 5 Case di cura private



RISULTATI

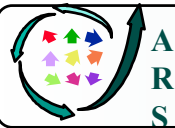
b) ATTUAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE REGIONALE

Posti letto residenziali distrettuali (R.S.A., Hospice)

1995 = 95
2001 = 692

Utenti dei servizi distrettuali:

	Assistenza domiciliare	R.S.A.
1997=	23.868	3.122
2001=	31.060	7.045



IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ATTIVITA' IN SINTESI

Attività ospedaliera

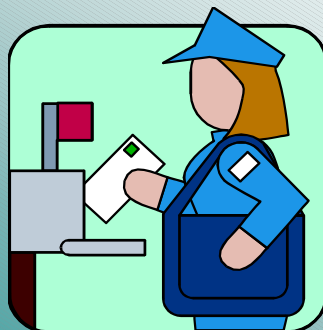
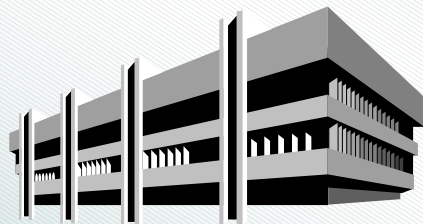
	1994	2001	Differenza	
			V.A.	%
Sedi osped. pubbliche	21	21	0	
di cui con meno di 100 p.l.	0	6	6	
Cliniche private	7	5	-2	-28,6
Posti letto pubblici	8.336	5.459	-2.877	-34,5
Posti letto privati	815	645	-170	-20,9
Totale posti letto	9.151	6.104	-3.047	-33,3
Ricoveri	288.384	218.299	-70.085	-24,3
Giornate di presenza	2.429.357	1.503.113	-926.244	-38,1
Indicatori				
P.L. / 1000 ab.	7,68	5,12	-2,56	-33,3
Tasso di occupazione	72,7	67,5	-5,20	-7,2
Degenza media (gg.)	8,42	6,9	-1,52	-18,1
Tasso di ospedalizzazione	228,6	178,4	-50,2	-22,0



IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

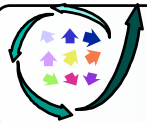
SITUAZIONE DEI RIEQUILIBRI

Riequilibrio funzionale



Rapporto ospedale/territorio

1996	60/40	59,5/40,5
1997	55/45	57,5/42,5
1998	55/45	59,7/40,3
1999	55/45	57,9/42,1
2000	55/45	56,4/43,6
2001	55/45	56,3/43,7



Investimenti realizzati (1998 -2003)

Opere realizzate al 2002

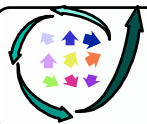
Area Ospedaliera

	<i>n.</i>	<i>posti letto</i>
Ospedali:	2	600
Reparti specialistici:	11	314
Aree di emergenza:	5	45
Terapie intensive e semint.	7	70

Blocchi operatori:	10	41 Sale op.
Laboratori	4	
Dialisi	6	
Elisuperfici	3	

Area Territoriale

	<i>n.</i>	<i>posti letto</i>
R.S.A.	10	523
Centri Sal. Mentale	6	
Sedi distrettuali e direzionali	4	



L'incremento della dotazione strumentale

Le “grandi apparecchiature”

	1994	2001	2003	Età media (anni)	Pop/ attrezz. FVG	Pop/ attrezz. Italia
Angio. digitale	6	9	9	4,1	132.000	173.000
Gamma camera	6	9	9	2,7	132.000	266.000
T.A.C.	18	19	20	4,4	59.000	70.000
R.M.N.	4	7	11 (*)	3,1	108.000	204.000
P.E.T.	0	0	2 (**)	0	596.000	n.d.
Acceleratore lin.	7	9	11	4,7	108.000	n.d.

N.B.:

(*) 2 tomografi sono a noleggio (2 giornate al mese ciascuno).

(**) La realizzazione di un centro PET, completo di ciclotrone, presso l'Ospedale di Udine dovrebbe concludersi entro il 2004.



IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CRITICITA'

- **BISOGNI, DOMANDA ESPRESSA E TECNOLOGIA**
in continua evoluzione, con la necessità di fornire servizi qualitativamente ottimali e di affrontare nuove emergenze
- **ANDAMENTO DEI COSTI** incompatibile con la finanza pubblica (aumento medio dell'8% annuo contro un'inflazione programmata del 2-3%)



IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CRITICITA'

“LENTEZZA” NELL’ADEGUARE L’OFFERTA E LA SUA QUALITA’ AL VARIARE DELL’EVOLUZIONE DEI BISOGNI

MINORE VELOCITA’, RISPETTO AL PREVISTO, NEL CAMBIAMENTO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE



IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CRITICITA'

A FRONTE DI
INNEGABILI
SUCCESSI SIA IN
TERMINI DI
EFFICIENZA
CHE IN TERMINI
DI
**EFFICACIA DEL
SSR**

ESISTONO
ESPRESSIONI
DI DISAGIO DA
PARTE DI:

- CITTADINI
- OPERATORI
- COMUNITA'



IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

LE SFIDE

SUL FRONTE DELLA DOMANDA



LIVELLI DI ASSISTENZA

SUL FRONTE DELLA OFFERTA

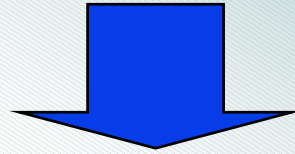


I MODELLI ORGANIZZATIVI DEL SSR



LE SFIDE

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

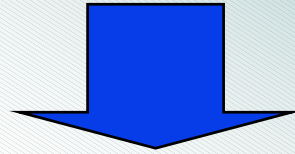


- **PROMOZIONE DI INTERVENTI BASATI SU PROVE SCIENTIFICHE DI EFFICACIA**
- **AUMENTO DEGLI INTERVENTI APPROPRIATI CON LIBERAZIONE DI RISORSE PER LE PRIORITA' ED I BISOGNI "REALI"**



LE SFIDE

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

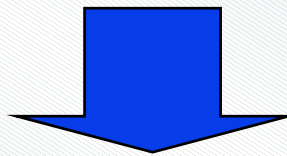


- **ESIGENZA DI UNA SCELTA REGIONALE SULLE PRIORITA'**
- **RICORSO A POLITICHE REGIONALI DI RECUPERO DELLE RISORSE O ATTRAVERSO IL PRELIEVO FISCALE O ATTRAVERSO FONDI INTEGRATIVI**



LE SFIDE = I MODELLI DI ORGANIZZAZIONE

IL SISTEMA SANITARIO NEI PAESI EUROPEI RIMARRA' BASATO SULL'UNIVERSALISMO, SUL DIRITTO ALLA SALUTE E SULLA REGIA ISTITUZIONALE DEL SISTEMA PUBBLICO

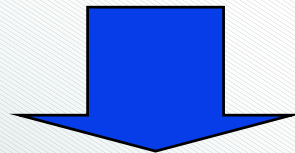


IL PRINCIPIO E' SVINCOLATO DALLE MODALITA' CON CUI VIENE REALIZZATO L'IMPIANTO ORGANIZZATIVO DEL SISTEMA SANITARIO IN UN PAESE



LE SFIDE = I MODELLI DI ORGANIZZAZIONE

I MODELLI DI ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA SONO DA CONSIDERARE IN EVOLUZIONE E COMUNQUE SOTTOPOSTI A VALUTAZIONE DI EFFICACIA ED EFFICIENZA, CHE DEVONO PERMETTERE LE MIGLIORI SCELTE RISPETTO ALLE ESIGENZE DEL CITTADINO



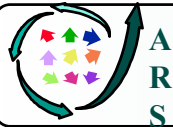
I MODELLI DI ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA SONO UNA PREROGATIVA DELLA REGIONE



MANDATO ASS

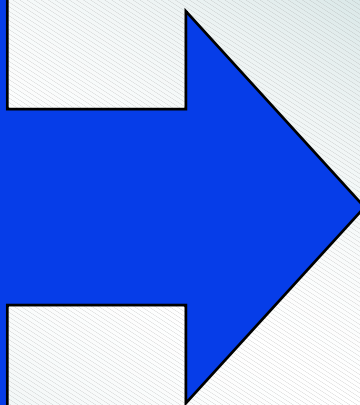
GOVERNO DELLA DOMANDA

GESTIONE DELL'OFFERTA

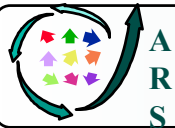


MANDATO ASS

**OBIETTIVI NEGOZIATI
RISORSE ASSEGNATE
MECCANISMI OPERATIVI**



**SEMPRE PIU'
ORIENTATI
ALLA REGIA
TERRITORIALE**



MANDATO ASS

COMUNITA' LOCALI

REGIONE

ASS

CITTADINI/UTENTI



MANDATO ASS

GOVERNO DELLA DOMANDA

GESTIONE DELL'OFFERTA



**PRESIDIO DELLA QUALITA'
DELL'OUTCOME**