

COMITATO PER
LA LEGISLAZIONE
IL CONTROLLO E
LA VALUTAZIONE

Luglio 2010

Missione Valutativa n. 2

Consiglieri incaricati:

Antonio Pedicini

Stefano Pustetto

Le politiche di revisione della rete ospedaliera in Friuli Venezia Giulia (L. R. n. 13/1995)

Questa nota sintetizza i risultati della missione valutativa condotta sull'attuazione della legge regionale 27 febbraio 1995, n. 13 (Revisione della rete ospedaliera regionale). Il lavoro si basa perlopiù sulle informazioni inviate dalla Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali della Regione Friuli Venezia Giulia e sui principali documenti amministrativi prodotti dall'amministrazione regionale. Al fine di arricchire le informazioni raccolte, nel corso della missione sono state condotte alcune interviste con persone che hanno preso parte al disegno e alla gestione delle politiche di riorganizzazione del sistema ospedaliero.

In evidenza

■ La legge 13/1995 nasce allo scopo di riorganizzare la rete ospedaliera in Friuli Venezia Giulia. In particolare, si vuol (1) ridurre il numero di ospedali pubblici presenti sul territorio, evitando le duplicazioni di funzione; (2) diminuire l'offerta di posti letto e abbassare il tasso di ospedalizzazione; (3) potenziare i servizi di assistenza e cura extraospedaliera; (4) organizzare gli ospedali pubblici per dipartimenti, mettendo in comune spazi, risorse e personale.

■ Dopo 15 anni dal varo della legge l'offerta di posti letto negli ospedali pubblici si è quasi dimezzata, passando da 8365 nel 1994 a 4581 nel 2008.

■ Anche il numero di ospedali presenti sul territorio si è ridotto, sebbene continuo ad esistere quattro ospedali che hanno meno di 120 posti letto e la maggior parte dei presidi abbia meno dei 250 posti letto previsti come soglia minima dalla legge 13/1995.

■ Il tasso di ospedalizzazione si è molto abbassato: da circa 212 ricoveri ogni mille abitanti registrato nel 1996 a 160,5 nel 2008. Il target di 160 imposto dalla legge 13/1995 è stato quasi raggiunto.

■ In molti ospedali il tasso di occupazione dei posti letto resta sotto il target dell'80% fissato dalla legge 13/1995.

■ Quasi tutti gli ospedali rispettano il target delle 10 giornate di degenza media. Solo l'AOU Ospedali Riuniti di Trieste presenta un valore leggermente sopra soglia.

■ La chiusura di alcuni reparti di chirurgia e ostetricia ha innalzato il tasso operatorio e il numero di parti effettuati ogni anno negli ospedali. Alcune strutture - come gli ospedali di Cattinara, Palmanova e Gorizia - continuano però a presentare un tasso operatorio di poco sotto soglia.

■ Uno degli obiettivi della legge - depotenziare il ruolo degli ospedali e qualificare l'offerta dei servizi di assistenza extraospedaliera - si traduceva in un preciso target quantitativo: la spesa ospedaliera non avrebbe dovuto superare il 55% della spesa sanitaria di parte corrente. A 15 anni di distanza è ancora difficile stabilire se tale target sia stato davvero raggiunto.

■ L'applicazione del modello dipartimentale presenta ancora molte lacune.

■ Il sistema dei trapianti in Friuli Venezia Giulia si distingue per l'alto numero di donatori utilizzati (35,2 per milione di abitanti nel 2009). In Italia è al primo posto insieme alla Toscana (35,4 per milione di abitanti).

SOMMARIO

1. Logica ed obiettivi della legge 13/1995	2
2. Scopo della missione valutativa	4
3. La razionalizzazione dell'offerta ospedaliera	5
4. Il raggiungimento dei target assegnati	8
5. Il rapporto tra ospedale e territorio	13
6. L'attuazione dei dipartimenti ospedalieri	14
7. Il sistema regionale trapianti	16
8. Indicazioni di policy	19

1. Logica ed obiettivi della legge 13/1995

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, con l'intento di riformare il sistema ospedaliero regionale.

PERCHÉ RIPENSARE

L'ORGANIZZAZIONE DEGLI OSPEDALI?

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 centrale. Tradizionalmente esso costituiva il principale punto di riferimento dei cittadini in cerca di cure, 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 ospedale.

Del resto, la presenza capillare degli ospedali permetteva di superare problemi di trasporto e di comunicazione, che rendevano particolarmente difficile la cura dei residenti nelle località più decentrate. Ciò determinava, a livello aggregato, un'ampia offerta di posti letto (spesso sottoutilizzata) e, di conseguenza, una spesa di mantenimento di tali strutture - denominata spesa ospedaliera - molto elevata.

Questo stato di cose sembrava inadeguato all'evolversi dei tempi. Il grande sviluppo del sistema dei trasporti e, ancor più, il progresso registrato nelle tecnologie sanitarie e farmacologiche spingevano a ripensare completamente la funzione e l'organizzazione degli ospedali e dell'assistenza medica nel suo

complesso. Occorreva individuare una strategia che permettesse di intervenire sulle inefficienze del sistema e di recuperare risorse da investire nei settori più innovativi.

LA STRATEGIA REGIONALE

La politica di razionalizzazione adottata dalla Regione Friuli Venezia Giulia nel 1995 si basa su tre principi fondamentali.

1) Gli ospedali devono diventare luoghi dedicati esclusivamente alla cura dei pazienti in fase acuta, quando cioè essi si trovano nella situazione di massima gravità ed intensità, delegando ad altri soggetti - più diffusi sul territorio, ma meno costosi - il trattamento delle fasi non acute o post acute, come la prevenzione, la riabilitazione e la lungodegenza. L'offerta dei posti letto ospedalieri deve dunque diminuire a favore di altri tipi di servizi come l'assistenza sanitaria domiciliare, le Residenze Sanitarie Assistenziali, i Centri Diurni. La gestione integrata dei servizi territoriali avviene nel **distretto sanitario**.

2) Gli ospedali di piccole dimensioni non garantiscono le condizioni minime di efficienza e di sicurezza nella cura dei pazienti. Da ciò discende la necessità di accorpate e/o riconvertire in strutture per la lungodegenza le strutture esistenti che abbiano un'offerta di posti letto limitata. Deve perciò diminuire il numero di ospedali e quelli esistenti devono avere almeno 250 posti letto.

3) Gli ospedali devono passare da un'organizzazione classica, basata su divisioni e reparti a quella più innovativa e moderna, fondata sui **dipartimenti sanitari**. I dipartimenti si configurano come raggruppamenti di unità operative omogenee, affini o complementari, ciascuna con funzioni e obiettivi specifici,

I distretti sanitari sono unità operative territoriali delle Aziende per i Servizi Sanitari, che raccolgono in unica sede "integrata" tutti quei soggetti che a livello locale prestano servizi sanitari complementari alle cure ospedaliere.

ma con uno scopo comune. Si cerca attraverso la costituzione dei dipartimenti di superare la tipica carenza di coordinamento tra le attività mediche e di aumentare la condivisione di tecnologie, spazi e personale. Risultati attesi sono l'incremento del numero di dipartimenti formalmente istituiti; assenza di funzioni duplicate nello stesso ospedale; organizzazione del lavoro che permetta recuperi di risorse e maggiore qualità delle cure.

LE AZIONI PREVISTE DALLA LEGGE

La legge 13/1995 prevede una serie di interventi di natura istituzionale e regolativa per l'applicazione dei principi sopra enunciati e per il raggiungimento dei rispettivi obiettivi.

- La costruzione di un sistema di programmazione sanitaria basato sulla definizione, già all'interno del testo di legge, di precisi **target quantitativi** (tab. 1). In generale, i target stabiliti dalla Regione Friuli Venezia Giulia nel 1995 (e rimasti costanti per 15 anni) sono più stringenti di quelli previsti dalla normativa nazionale dell'epoca.

- La definizione di una **chiara classificazione** delle strutture ospedaliere che compongono la rete regionale: *ospedali di rilievo nazionale* (con un numero di posti letto non superiore a 1000); *ospedali di rilievo regionale* (con un numero di posti letto non superiore a 800); *ospedali di rete*

(con un numero di posti letto non inferiore a 250).

- **L'obbligo** per gli ospedali pubblici **ad organizzarsi in dipartimenti**, "dotati di un budget prefissato, comprendenti aggregazioni di unità operative secondo il criterio di coordinamento per aree funzionali omogenee, ovvero per aree di patologia, ovvero per aree di intervento".

La missione valutativa sull'attuazione delle politiche promosse dalla legge regionale 13/1995 è stata approvata dal Comitato per la Legislazione, il Controllo e la Valutazione, nel maggio 2009. L'incarico di presiedere lo svolgimento della missione valutativa e di riferirne i risultati al Comitato è stato affidato ai Consiglieri regionali Antonio Pedicini e Stefano Pustetto, in base all'art. 150, comma 5, del Regolamento interno del Consiglio regionale.

La figura 1 mostra una rappresentazione grafica della strategia perseguita nel disegno e nell'applicazione della legge 13/1995. Le azioni previste per attuare la politica regionale sono messe in relazione con i cambiamenti strutturali di medio periodo e i risultati che ci si aspettava di raggiungere, grazie a tali cambiamenti, in termini di efficienza, qualità e sicurezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Tabella 1 - Target per la riorganizzazione della rete ospedaliera

Indicatori	Target regionale (1995)	Target nazionale (1996)
Tasso grezzo di ospedalizzazione	160 ‰	160 ‰*
Posti letto ogni 1000 abitanti	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	-
Rapporto spesa ospedaliera/spesa sanitaria corrente	<55%	-

* Nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005: 180 ‰ con ricoveri in regime diurno non superiore al 20% del totale.
Fonte: L. R. 13/1995 Friuli Venezia Giulia; Legge 382/1996

2. Scopo della missione valutativa

La missione valutativa approvata dal Comitato nasce da tre diversi quesiti.

LE DOMANDE DI VALUTAZIONE

Il primo set di domande riguarda i criteri adottati dalla Regione per riorganizzare la rete ospedaliera e il risultato ottenuto dall'applicazione di tali criteri.

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?

La legge 13/1995 definiva già alcuni precisi target quantitativi (tab. 1):

- (1) un tasso di ospedalizzazione regionale di 160 ricoveri ogni 1000 abitanti;
- (2) un'offerta di posti letto pari ad almeno 4,5 posti ogni 1000 abitanti;
- (3) un tasso di occupazione dei posti letto offerto da ciascun ospedale superiore all'80% annuo;
- (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 funzioni chirurgiche;

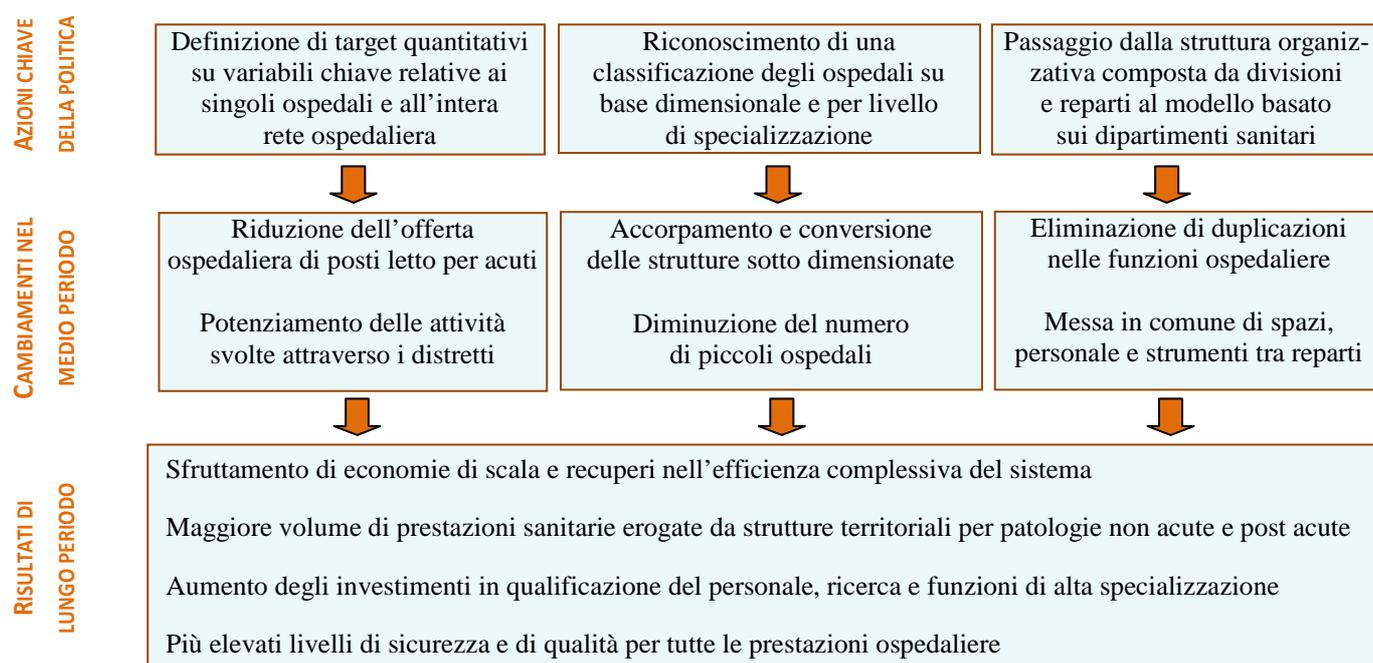
(6) un numero di parti per ciascun ospedale superiore a 400 unità annue.

Si tratta di comprendere (i) se e in che modo i valori fissati per legge sono stati raggiunti ed eventualmente con quali tempi; (ii) quali sono le ragioni degli scostamenti registrati; e (iii) se tali target 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.

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

Figura 1 - Il modello logico della politica di riorganizzazione della rete ospedaliera



13/1995 dettava un obiettivo quantitativo: 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% cento della spesa di parte corrente destinata al Servizio Sanitario Regionale (SSR). L'idea era di stimolare uno spostamento di risorse dai servizi ospedalieri ai servizi territoriali. In che misura tale obiettivo è stato rispettato?

3. Rispetto ai parametri presi a riferimento dalla legge risulta giustificata la presenza sul territorio regionale di un centro trapianti, specie a fronte del-

la presenza di altri centri nelle regioni limitrofe?

La terza domanda pone una questione 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. La razionalizzazione dell'offerta ospedaliera

Merita la prima considerazione il principale risultato atteso dalla riorganizzazione avviata con la legge 13/1995: la diminuzione del numero degli ospedali pubblici e la conseguente riduzione dell'offerta dei posti letto per acuti.

LA MAPPA DEGLI OSPEDALI NEL 1994

La tabella 2 offre una ricostruzione degli ospedali presenti nel 1994 sul territorio regionale. 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 circa 8.365 posti letto. L'ultima colonna offre un quadro della situazione dopo l'approvazione della legge.

■ Il nuovo quadro risulta composto da: due Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) - 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 di rete inseriti nelle Aziende per i Servizi Sanitari operanti nelle rispettive aree di riferimento;

■ quattro ospedali che, insieme all'ospedale di Spilimbergo, secondo la legge n. 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.

L'articolo 21 della legge 13/1995 disponeva la chiusura, l'accorpamento o la riconversione di cinque ospedali: Cividale del Friuli, Gemona del Friuli, Maniago, Sacile e Spilimbergo.

Tabella 2 - Ospedali presenti nel 1994 e situazione post legge n. 13/1995

OSPEDALI	Posti Letto 1994	SITUAZIONE POST LEGGE N. 13/1995
1. CATTINARA	977	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIO "OSPEDALI RIUNITI" DI TRIESTE
2. MAGGIORE	644	
3. IRCCS - ISTIT. 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 RIF. ONCOLOGICO - AVIANO	108	OSPEDALI CHE SONO PARTE DI AZIENDE PER I SERVIZI SANITARI (ASS)
7. AZIENDA OSPEDAL. S. MARIA DEGLI ANGELI (PN)	1.026	
8. OSPEDALE DI GORIZIA	492	
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. ISTIT. DI MED FISICA E RIABILIT. 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 Universitaria S. M. Misericordia.

Fonte: Nostra elab. su dati della D.C. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali – Regione FVG

LE PREVISIONI DEL PIMT (1995-97)

La tabella 3 mette a confronto i cambiamenti registrati nella dotazione di posti letto delle singole strutture con l'offerta di posti letto prevista dal primo **Piano di Intervento a Medio Termine** (1995-1997). Attraverso i Piani di Intervento a Medio Termine (PIMT) la Regione detta gli obiettivi relativi a ciascun periodo di riferimento e le azioni necessarie al loro raggiungimento. Negli ultimi 15 anni sono stati approvati quattro documenti di programmazione a medio termine, ma solo il primo definisce esattamente la dotazione di posti letto prevista per ciascun ospedale. La tabella contiene anche le informazioni relative agli ospedali dell'articolo 21, destinati ad essere chiusi o convertiti. Il primo PIMT ha scelto di "salvare" dalla chiusura o riconversione l'ospedale di Spilimbergo (a discapito di quello di Maniago) e di far diminuire progressivamente la dotazione degli altri 4 fino alla riconversione definitiva.

Negli ultimi 15 anni sono stati approvati quattro documenti di programmazione a medio termine:
PIMT (1995-1997)
PIMT (2000-2002)
PSSR (2006-2008)
PSSR (2010-2012)

L'offerta di posti letto che il PIMT intende raggiungere nel 1997 è pari a 6.743 per la rete degli ospedali pubblici che dovevano restare in attività, cui vanno a sommarsi temporaneamente i 431 posti letto previsti per i 4 ospedali in fase di riconversione. Nei primi 3 anni di attuazione si prevede quindi un calo sull'offerta del 1994 pari a circa il 14,5%.

LA FORTE RIDUZIONE DEI POSTI LETTO DAL 1994 AL 2008

La tabella 3 illustra la diminuzione registrata nelle dotazioni di posti letto delle singole strutture ospedaliere. La situazione complessiva è descritta graficamente dalla figura 2. Come si può constatare, a partire dal 1995 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 praticamente tutti raggiungono l'obiettivo assegnato dal PIMT entro il 1998.

Tabella 3 - Dotazione di posti letto per acuti dei singoli ospedali (1994-1998)

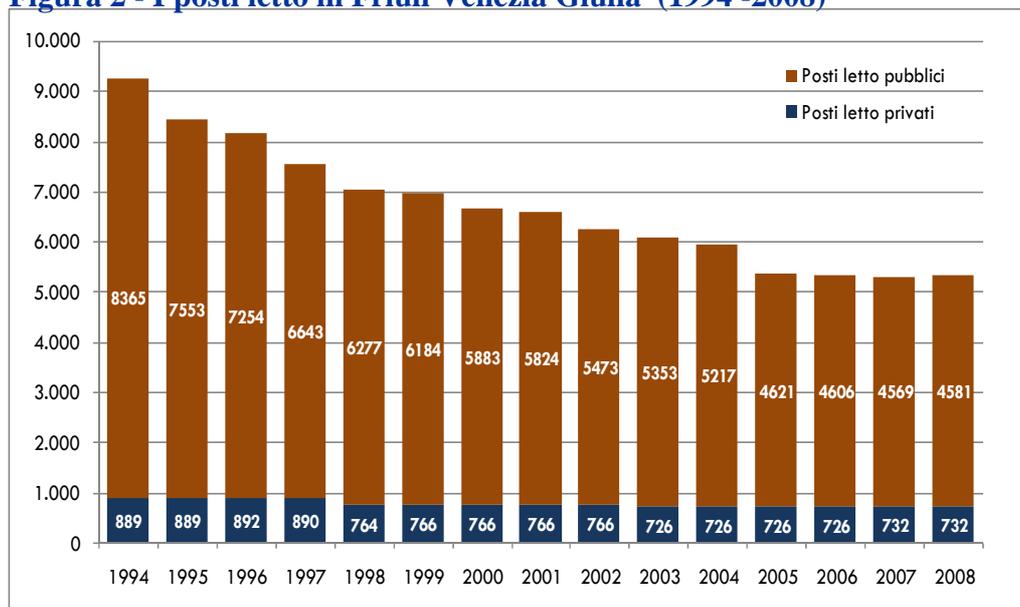
OSPEDALI	Prev. 1997	1994	1995	1997	2000	2005	2008
CATTINARA		977	977	974	862	736	692
MAGGIORE		644	644	551	339	241	226
AOU OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE	1480	1621	1621	1525	1201	1270	918
IRCCS - BURLO G.	254	270	270	270	258	175	175
POL. UNIVERSITARIO UDINE	1610	274	274	286	318	293	1097
AO S. MARIA d M. UDINE		1481	1137	1170	1072	766	
IRCCS - CRO AVIANO	150	108	142	150	150	150	150
AO - S.M. D.ANGELI	855	1026	917	786	765	535	525
ASS 2 - GORIZIA	401	492	469	338	278	249	249
ASS 2 - MONFALCONE	334	352	342	266	198	187	195
ASS 3 - TOLMEZZO	288	260	260	202	212	192	189
ASS 4 - S. DANIELE	268	252	252	252	249	225	215
ASS 5 - PALMANOVA	337	383	383	320	258	212	211
ASS 5 - LATISANA	264	322	309	282	191	159	165
ASS 6 - S. VITO	298	320	314	311	294	186	186
ASS 6 - SPILIMBERGO	204	149	125	115	115	72	76
CIVIDALE DEL FRIULI	112	290	70	70	47	-	-
GEMONA DEL FRIULI	164	203	203	97	97	93	95
MANIAGO	30	145	115	46	39	15	15
SACILE	125	167	131	15	15	15	15

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

Le riduzioni più forti sono contabilizzate nel primo triennio della politica; già dal 1994 al 1995 si registra un calo di circa 9,7%, che poi prosegue negli anni successivi (-3,9%;-8,4%;-5,5%). Un'altra notevole riduzione è riferita al 2004 (circa -11,4%), quando viene chiuso l'ospedale Santorio (nella tabella 2 è al numero 20) e l'AOU di Udine riduce l'offerta di circa 58 posti letto. Si mantiene invece costante l'offerta di posti letto accreditati presso le case di cura private. Le uniche variazioni di rilievo si registrano nel 1998 (-126) e nel 2003 (-40).

La decrescita registrata comporta che rispetto ad uno dei target fissati a livello regionale - 4,5 posti letto offerti ogni 1.000 abitanti – il Friuli Venezia Giulia sia da tempo sotto soglia. Dal 2005, il sistema ospedaliero

pubblico offre circa 3,8 p.l. ogni 1.000 abitanti e circa 4,4 p.l. ogni 1.000 abitanti considerando anche le strutture private. La classificazione degli ospedali imposta dalla legge 13/1995 non ha trovato piena applicazione per le strutture più piccole. Secondo l'articolo 7 della legge, l'ospedale di rete avrebbe dovuto garantire un'offerta minima di 250 posti letto.

Figura 2 - I posti letto in Friuli Venezia Giulia (1994 -2008)

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

Come si deduce dalla tabella 3, nel 2008 tutti gli ospedali di rete si trovano molto al di sotto di tale soglia. Sembra quindi che la riduzione nell'offerta di posti letto non sia stata determinata dall'accorpamento o dalla

soppressione delle strutture ospedaliere di ridotte dimensioni, come era nelle previsioni del legislatore, ma perlopiù da un taglio nell'offerta dei posti letto effettuato all'interno delle singole strutture.

4. Il raggiungimento dei target assegnati

In che misura i target fissati dalla legge 13/1995 sono stati raggiunti nel corso dei quindici anni di attuazione della legge?

IL TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE

Il tasso di ospedalizzazione regionale è il rapporto tra il numero dei residenti dimessi dalle strutture sanitarie pubbliche e private in un determinato anno e la popolazione regionale di quello stesso anno. La politica mira a far diminuire il ricorso all'ospedale da parte del cittadino che, per molte necessità di cura e assistenza, può trovare risposta nei servizi territoriali. Secondo la legge regionale, il tasso di ospedalizzazione dovrebbe tendere al valore di 160 ogni 1.000 ab.

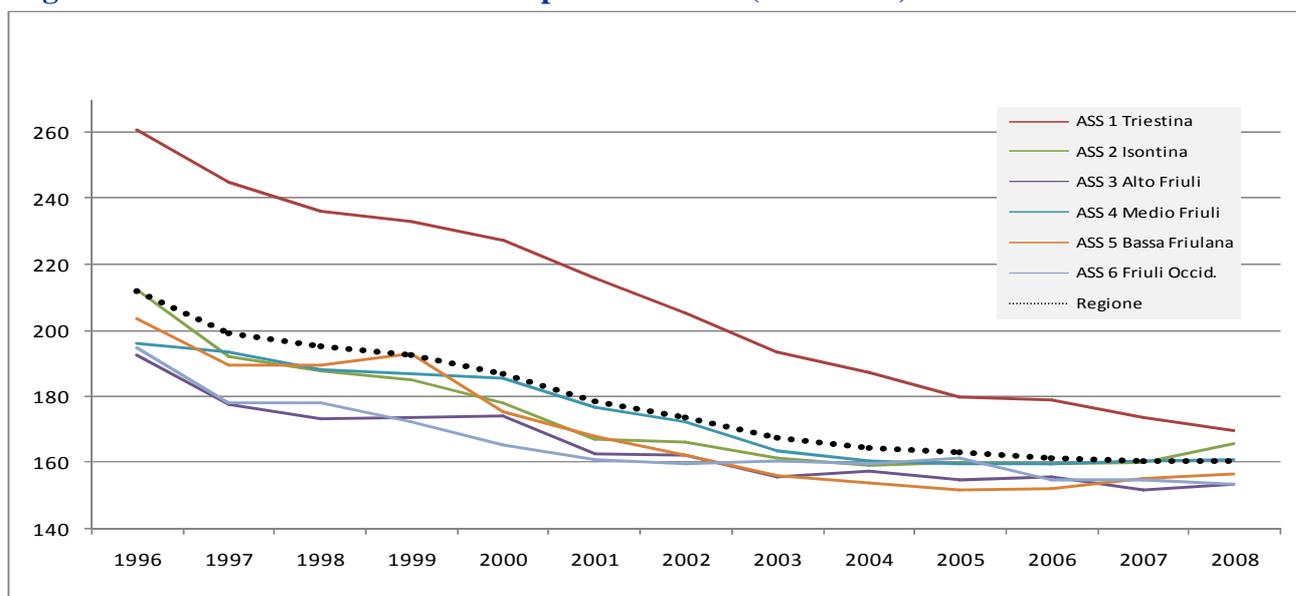
La figura 4 mostra l'andamento del tasso di ospedalizzazione, espresso in base 1.000, tra il 1996 e il 2008. E' rappresentata l'evoluzione della variabile sia a livello regionale, dove si passa da 212 a 160,5 ricove-

ri ogni 1.000 abitanti, sia a livello locale, ovvero nei territori di competenza delle sei Aziende per i Servizi Sanitari (ASS) che compongono il sistema sanitario regionale. Nel territorio dell'ASS 1 si registra la diminuzione più marcata, da 261 a circa 170 posti letto per mille abitanti. Il target di 160‰ viene avvicinato a livello regionale a partire dal 2003 (167,6‰) e viene raggiunto completamente solo nel 2008 (160,5‰).

IL TASSO DI OCCUPAZIONE DEI POSTI LETTO

Questo indicatore è il 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*. E' utilizzato per misurare la capacità di un ospedale di

Figura 4 - L'andamento del tasso di ospedalizzazione (1996-2008)



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

sfruttare appieno la propria dotazione di posti letto. Maggiore è il valore assunto, migliore è il giudizio su tale capacità. La maggior parte degli ospedali è sotto la soglia dell'80% prevista dalla legge. Le uniche strutture sopra tale soglia sono: le due AOU (Trieste e Udine) e gli ospedali di Monfalcone e Spilimbergo (oltre agli ospedali di Sacile e Maniago che però hanno pochi posti letto). Gli ospedali che presentano valori molto distanti dal target sono l'IRCCS Burlo Garofolo e l'ospedale di S. Vito al Tagliamento.

LA MEDIA DELLE GIORNATE DI DEGENZA IN OSPEDALE

Si calcola dividendo il numero complessivo di giornate di degenza erogate in regime ordinario in un anno con il corrispondente numero di pazienti dimessi durante lo stesso periodo. A valori più bassi viene assegnato il significato di performance migliori, in quanto i pazienti in media sono dimessi con una maggiore celerità.

Tutti gli ospedali si posizionano al di sotto del target di 10 giornate, ad eccezione della sola AOU di Trieste (11,1 giornate nel 2008) e dell'ospedale di Sacile (che ha pochi posti letto, probabilmente usati per pazienti con patologie che richiedono cure mediamente più lunghe). Già nel 1994 quasi tutti gli ospedali erano in linea con gli obiettivi assegnati dalla programmazione. Nel corso dei 15 anni la maggior parte delle strutture migliora i valori; la media delle giornate di degenza nel 2008 è pari a 6,6. Già nel 1994 quasi tutti gli ospedali erano in linea con gli obiettivi assegnati dalla programmazione. Nel corso dei 15 anni la maggior parte delle strutture migliora i valori; la media delle giornate di degenza nel 2008 è pari a 6,6.

Tabella 4 - Il tasso di occupazione dei posti letto (1994—2008)

OSPEDALI	1994	1995	2000	2005	2008
OSPEDALE CATTINARA	82%	60%	64%	83%	92%
OSPEDALE MAGGIORE	73%	70%	81%	87%	81%
IRCCS - BURLO GAR.	59%	41%	38%	53%	55%
POLICLINICO UNIV. UD	61%	68%	64%	71%	85%
AO - S.M. MISERIC. UD	68%	83%	71%	84%	
IRCCS - CRO AVIANO	80%	83%	65%	66%	68%
AO - S.M. D.ANGELI	62%	63%	57%	73%	78%
ASS 2 - GORIZIA	66%	66%	77%	63%	65%
ASS 2 - MONFALCONE	68%	61%	72%	78%	84%
ASS 3 - TOLMEZZO	65%	62%	69%	72%	67%
ASS 4 - S. DANIELE	81%	74%	70%	74%	72%
ASS 5 - PALMANOVA	68%	63%	61%	68%	68%
ASS 5 - LATISANA	65%	58%	67%	70%	67%
ASS 6 - S. VITO	63%	65%	51%	65%	59%
ASS 6 - SPILIMBERGO	63%	69%	58%	87%	83%
CIVIDALE DEL FRIULI	51%	153%	96%	-	-
GEMONA DEL FRIULI	63%	59%	72%	67%	71%
MANIAGO	55%	62%	46%	83%	86%
SACILE	82%	96%	61%	56%	82%

* L'ospedale di Cividale del Friuli (1995) supera il massimo teorico.

Fonte: nostra elab. su dati D.C. Salute, Integr. Soc. San. e Pol. Soc. – FVG

Tabella 5 - Media delle giornate di degenza (1994—2008)

OSPEDALI	1994	1995	2000	2005	2008
CATTINARA	9,5	7,2	10,8	9,8	11,1
MAGGIORE	8,3	9,1	7,5	11,1	11,1
IRCCS - BURLO G.	2,5	1,8	4,4	4,7	4,8
POLICLINICO UN. UD	7,2	8,1	5,5	7,2	8,9
AO - S.M. MISER. UD	10,1	9,5	9,5	8,7	
IRCCS - CRO AVI.	7,9	7,7	6,7	5,6	5,6
AO - S.M. ANGELI	8,9	8,0	6,8	6,3	6,3
2 - GORIZIA	8,9	8,5	8,6	7,3	7,8
2 - MONFALCONE	8,2	7,3	5,3	6,5	7,2
3 - TOLMEZZO	8,4	7,9	7,1	6,9	6,7
4 - S. DANIELE	8,4	8,0	8,3	8,2	7,5
5 - PALMANOVA	7,6	7,0	7,5	7,1	7,3
5 - LATISANA	6,8	6,1	6,9	6,4	6,4
6 - S. VITO	6,9	7,1	6,8	6,4	6,6
6 - SPILIMBERGO	9,2	8,9	6,8	6,1	6,2
CIVIDALE DEL FRIULI	8,0	7,7	10,3	-	-
GEMONA DEL FRIULI	8,1	8,3	6,3	5,7	5,9
MANIAGO	10,1	9,9	11,2	9,3	13,8
SACILE	11,1	10,3	12,9	14,3	

Fonte: nostra elab. su dati D.C. Salute, Integr. Soc. San. e Pol. Soc. – FVG

IL TASSO OPERATORIO

Si tratta del rapporto tra il numero di pazienti dimessi che hanno subito un intervento chirurgico e il 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. Il target del 70% assegnato a questa variabile intende disincentivare il ricovero nel reparto di chirurgia di pazienti non bisognosi di interventi chirurgici.

I dati sono mostrati nella tabella 6. Nel 1996 soltanto l'IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano e l'ospedale di Gemona avevano un valore superiore a tale soglia, con valori rispettivamente di 88 e 73 per cento. La maggior parte degli altri

ospedali presentava invece valori inferiori al 60%. A volte inferiori al 40% come nel caso dell'IRCCS Burlo Garofalo.

In seguito si assiste ad un miglioramento generalizzato, dovuto anche all'eliminazione di alcuni reparti di chirurgia in ospedali minori, e nel 2008 sono soltanto quattro gli ospedali a non aver raggiunto l'obiettivo, anche se di poco: l'IRCCS Burlo (68%), l'AOU S.M. della Misericordia (69%), l'ospedale di Gorizia (66%) e l'ospedale di Palmanova (64%). L'AOU Ospedali riuniti di Trieste raggiunge l'obiettivo solo nell'ospedale Maggiore (82%); sotto soglia i valori 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 offre 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.

Come mostra chiaramente la tabella 7, l'adeguamento alla soglia target viene completamente realizzato in tempi piuttosto rapidi. Nel 1996 gli ospedali non allineati sul valore di 400 all'anno sono cinque: Gorizia (371), Monfalcone (369), Tolmezzo (316), Cividale (160) e Spilimbergo (247).

Dal 1999, con la chiusura dei reparti di ostetricia negli ospedali di Cividale e di Spilimbergo, nessuna struttura appare più sotto soglia. Tutti gli ospedali che conservano un reparto di ostetricia vedono aumentare il numero annuo di parti come conseguenza delle chiusure effettuate e nel 2008 la quasi totalità ha un numero annuo di nascite superiore a 580. L'unico ospedale che presenta valori alta-

Tabella 6 - Il tasso operatorio annuo (1996 - 2008)

OSPEDALI	1996	2000	2005	2008
OSPEDALE CATTINARA	46%	52%	63%	64%
OSPEDALE MAGGIORE	57%	73%	76%	82%
IRCCS - BURLO GARO.	39%	55%	62%	68%
POLICLINICO UNI. UD.	59%	66%	68%	69%
AO - S.M. MISER. UDINE	63%	74%	71%	
IRCCS - CRO DI AVIANO	88%	94%	91%	87%
AO - S.M. DE. ANGELI	51%	70%	70%	74%
ASS 2 - GORIZIA	58%	65%	64%	66%
ASS 2 - MONFALCONE	57%	70%	75%	72%
ASS 3 - TOLMEZZO	62%	70%	76%	78%
ASS 4 - S. DANIELE	59%	66%	66%	71%
ASS 5 - PALMANOVA	54%	72%	64%	64%
ASS 5 - LATISANA	50%	70%	77%	73%
ASS 6 - S. VITO	58%	66%	71%	72%
ASS 6 - SPILIMBERGO	52%	82%	81%	77%
CIVIDALE	43%	-	-	-
GEMONA DEL FRIULI	73%	82%	82%	80%
MANIAGO	46%	-	-	-
SACILE	46%	-	-	-

Fonte: nostra elab. su dati D.C. Salute, Integr. Soc. San. e Pol. Soc. - FVG

lenanti 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 ostetrica (garantita a Trieste dall'IRCCS Burlo). Negli ospedali ex articolo 21 non esiste più il reparto di ostetricia.

IL RISPETTO DEI TARGET ASSEGNATI

Nella tabella 8 si offre un giudizio sintetico rispetto al raggiungimento dei singoli target da parte delle diverse strutture. Sono impiegati tre colori – verde, arancio e rosso – per identificare 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; (iii) **situazioni ancora insoddisfacenti**, quando il valore è nettamente sopra o sotto soglia da un lungo periodo di tempo. Gli ospedali sono ordinati in base al rispetto dei valori target.

I tre ospedali che rispettano i target nel 2005 sono Monfalcone, Spilimbergo e Maniago: presidi ospedalieri 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; il presidio di Maniago ha solo 15 posti letto. Una buona performance secondo le variabili considerate viene mostrata dall'AO 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'AOU S. Maria della Misericordia, che presenta solo un tasso operatorio lievemente sotto soglia (69%). Rispetto a questa variabile presentano alcuni problemi gli ospedali di Latisana e

Tabella 7 - Numero annuo di parti (1996 - 2008)

OSPEDALI	1996	1998	2000	2005	2007	2008
OSPEDALE CATTINARA	-	-	-	-	-	-
OSPEDALE MAGGIORE	-	-	-	-	-	-
IRCCS - BURLO GARO.	1740	1730	1670	1709	1690	1777
POLICLINICO UN. UD	-	-	-	-	-	-
AO - S.M. MISER.	893	1192	1590	1796	1788	1745
IRCCS - CRO DI AVIANO	-	-	-	-	-	-
AO - S.M. DE. ANGELI	986	1015	816	1080	1077	1206
ASS 2 - GORIZIA	371	372	360	451	378	405
ASS 2 - MONFALCONE	369	473	539	718	681	683
ASS 3 - TOLMEZZO	316	541	619	629	587	588
ASS 4 - S. DANIELE	629	836	830	850	989	994
ASS 5 - PALMANOVA	454	552	558	607	734	833
ASS 5 - LATISANA	523	544	592	558	595	622
ASS 6 - S. VITO	584	771	905	750	754	683
ASS 6 - SPILIMBERGO	247	132	-	-	-	-
CIVIDALE DEL FRIULI	160	-	-	-	-	-
GEMONA DEL FRIULI	439	38	-	-	-	-
MANIAGO	-	-	-	-	-	-
SACILE	-	-	-	-	-	-

Fonte: nostra elab. su dati D.C. Salute, Integr. Soc. San. e Pol. Soc. – FVG

Tolmezzo, entrambi al 67% di occupazione dei posti letto. L'Ospedale di San Daniele, oltre ad essere sotto soglia di 8 punti percentuali sul tasso di occupazione dei posti letto, presenta una situazione incerta rispetto al tasso operatorio: sopra soglia nel 2008 con il 71%, ma sotto soglia in tutti i 13 anni precedenti. In una situazione peggiore sembrano trovarsi: S. Vito che oltre ad avere un tasso operatorio di poco superiore alla soglia (72%), ha un tasso di occupazione dei posti letto assai basso; e l'IRCCS Burlo Garofolo che rispetto a questo indicatore è sotto soglia di circa 25 punti percentuali. Nell'AOU di Trieste, il Maggiore non raggiunge il target delle giornate medie di degenza; l'Ospedale di Cattinara registra anche un tasso operatorio sotto soglia (64%). Hanno difficoltà nel rispetto dei target gli ospedali di Palmanova e di Gorizia. Quest'ultimo presenta un numero di parti poco sopra la soglia target (405) e altalenante nel tempo.

Tabella 8 - Sintesi del rispetto degli indicatori nei singoli ospedali (2008)

OSPEDALI	Numero posti letto	Tasso occupazione dei posti letto (80%)	Media delle giornate di degenza (10)	Tasso operatorio (70%)	Numero annuo dei parti
ASS 2 - MONFALCONE	195	84%	7,2	72%	683
ASS 6 - SPILIMBERGO	76	83%	6,2	77%	-
MANIAGO	15	86%	8,2	-	-
AO - S.M. DE. ANGELI	525	78%	6,3	74%	1206
AOU - S.M. MISER. (Udine)	1097	85%	8,9	69%	1745
MAGGIORE (AOU Trieste)	226	81%	11,1	82%	-
SACILE	15	82%	13,8	-	-
GEMONA DEL FRIULI	95	71%	5,9	80%	-
IRCCS - CRO DI AVIANO	150	68%	5,6	87%	-
ASS 3 - TOLMEZZO	189	67%	6,7	78%	588
ASS 5 - LATISANA	165	67%	6,4	73%	622
ASS 4 - S. DANIELE	215	72%	7,5	71%	994
ASS. 6-S. VITO	186	59%	6,6	72%	683
IRCCS - BURLO GARO.	175	55%	4,8	68%	1777
ASS 5 - PALMANOVA	211	68%	7,3	64%	833
CATTINARA (AOU Trieste)	692	92%	11,1	64%	-
ASS 2 - GORIZIA	249	65%	7,8	66%	405

Fonte: nostra elab. su dati D.C. Salute, Integrazione Soc. San. e Pol. Soc. -

5. Il rapporto tra ospedale e territorio

La legge 13/1995 mirava ad un riequilibrio del sistema sanitario regionale attraverso una riduzione delle prestazioni ospedaliere e un potenziamento dei servizi territoriali garantiti dai distretti. Questo obiettivo si era tradotto già nel testo di legge in forma di target quantitativo: 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 la spesa ospedaliera non avrebbe dovuto superare il "55 per cento della spesa corrente destinata al Servizio sanitario regionale".

UN CALCOLO DIFFICILE DA COMPIERE

Per consentire la rilevazione di tali andamenti la legge prevedeva che la programmazione regionale individuasse le risorse da trasferire dall'assistenza ospedaliera, all'assistenza extra-ospedaliera e ne definisse le modalità. Inoltre, le Aziende sanitarie regionali avrebbero dovuto attivare proce-

dure per "contabilizzare, separatamente, le spese sostenute per le prestazioni di degenza e per le altre prestazioni erogate nell'ambito di ciascun presidio ospedaliero". Queste previsioni non hanno avuto piena e adeguata attuazione e determinare il valore del rapporto tra spesa ospedaliera e spesa sanitaria corrente è più complicato di quanto si possa pensare. In primo luogo perché, la spesa ospedaliera (il numeratore del rapporto) può essere ricostruita solo in via di stima, poiché non è rilevabile né dagli atti di ripartizione delle risorse destinate al SSR né, con immediatezza, dai bilanci delle Aziende sanitarie. In secondo luogo perché non esiste un solo aggregato per descrivere la spesa sanitaria corrente; al denominatore dunque possono essere poste grandezze diverse. La Direzione Centrale Salute della Regione Friuli Venezia Giulia ne propone due: (1) il Fondo Sanitario Regionale (FSR) che rappresenta l'ammontare delle risorse che la Regione destina al finanziamento annuale del proprio sistema sanitario; (2) il Costo Totale (CT), ovvero un dato con-

tabile ricavato dai bilanci consolidati consuntivi regionali. Quest'ultimo include tutti i costi del SSR comprese la compensazione della mobilità regionale fra le aziende e i costi relativi all'attrazione extraregionale, cioè sostenuti per prestazioni ospedaliere a beneficio di pazienti non residenti in Friuli Venezia Giulia.

IL CONFRONTO TRA LE STIME

La tabella 9 riporta queste grandezze nel periodo 1996 - 2008. Nella quarta e nella sesta colonna compaiono le due stime del rapporto tra spesa ospedaliera e spesa sanitaria. Nel primo caso (percentuale dei costi degli ospedali sul FSR) non è visibile un chiaro trend: i valori oscillano nel tempo tra il 59% e il 57%, restando dunque sempre sopra il target (55%). Solo nel biennio 2000-2001 sembra che il dato scenda lievemente, intorno al 56%. Nel secondo caso (percentuale dei costi degli ospedali sul costo totale) si prendono in considerazione soltanto i dati successivi al 2004, in quanto precedentemente veniva impiegato un metodo di calcolo differente che non rende confrontabile il dato. In questo caso è possibile identificare un trend in diminuzione (dal 51% al 49%) e i valori dei cinque anni presi in considerazione sono sempre sotto il target.

I dati non consentono quindi di stabilire con precisione se l'obiettivo sia stato o meno

raggiunto. Troppe sono le incertezze nelle stime per poter interpretare univocamente tali valori. Il trend degli ultimi 5 anni in entrambi i casi indica comunque uno spostamento di risorse, benché lieve e pari a circa due punti percentuali, a favore del finanziamento dei servizi extraospedalieri.

ALTRE VARIABILI UTILIZZABILI

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.

Ad esempio, possono essere utilizzati i dati relativi al numero di utenti dell'assistenza domiciliare, passati nell'ultima decade da circa 29.600 utenti a circa 36.400. Oppure il numero di posti letto offerti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali passate nello stesso periodo da circa 473 a 804. O ancora, la distribuzione del personale infermieristico tra ospedale e altre strutture territoriali.

Da un esame dei dati contenuti nei principali documenti di programmazione si desume come un processo di riequilibrio tra ospedale e territorio sia stato avviato, ma sia ancora al di sotto delle aspettative dell'amministrazione regionale stessa.

Tabella 9 - Il rapporto tra spesa ospedaliera e spesa sanitaria (1996-2008)

Anno	Stima della spesa ospedaliera	Fondo Sanitario Regionale (FSR)	% costi Ospedali su FSR	Costo Totale (CT)	% costi Ospedali su CT SSR
2008	1.223.053.217	2.139.810.893	57,16%	2.459.338.680	49,73%
2007	1.160.236.526	2.017.651.643	57,50%	2.322.867.333	49,95%
2006	1.147.837.369	1.999.761.857	57,40%	2.289.057.309	50,14%
2005	1.076.246.536	1.837.000.000	58,59%	2.122.631.143	50,70%
2004	1.047.934.279	1.766.122.118	59,34%	2.047.296.679	51,19%
2003	952.694.176	1.647.119.944	57,84%	1.842.966.744	-
2002	922.336.895	1.606.858.702	57,40%	1.767.930.374	-
2001	825.483.999	1.465.703.123	56,32%	1.657.515.671	-
2000	735.899.429	1.305.712.259	56,36%	1.515.365.122	-
1999	670.814.920	1.158.574.992	57,90%	1.390.523.638	-
1998	664.592.821	1.113.220.806	59,70%	1.324.719.473	-
1997	627.779.184	1.091.789.885	57,50%	1.142.145.982	-
1996	629.851.751	1.058.930.314	59,48%	1.122.066.137	-

Fonte: nostra elab. su dati D.C. Salute, Integrazione Soc. San. e Pol. Soc. -

6. L'attuazione dei Dipartimenti Ospedalieri

Questo paragrafo approfondisce uno degli elementi fondamentali della politica regionale: il passaggio da una struttura organizzativa per divisioni e reparti 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 l'adeguamento degli enti alle norme che hanno imposto l'adozione del dipartimento, esso costituisce un aspetto da non trascurare quando si intende giudicare il successo di questo tipo di politiche.

L'INDAGINE NAZIONALE DEL 2005

Un'indagine svolta nel 2005 dal Ministero della Sanità rivela come in Italia vi fosse ancora una scarsa applicazione del modello dipartimentale. Tale indagine mostrava come il numero dei dipartimenti attivati presso le regioni italiane fosse abbastanza basso in rapporto al numero di strutture esistenti.

In Friuli Venezia Giulia si contavano all'epoca circa 53 dipartimenti ospedalieri - anche se non tutte le strutture avevano risposto ai questionari - nati a partire dal 1995 (vedi figura 5). Dei 53 dipartimenti attivi nel 2005 ben dodici

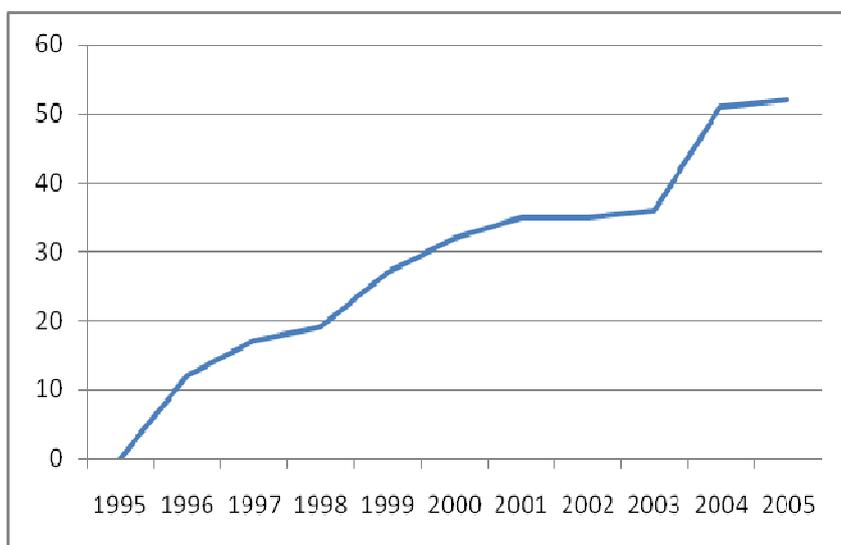
sono nati nel 1996 e altri cinque nel 1997. Un ulteriore picco si era poi registrato nel 2004. L'indagine metteva anche in rilievo come un numero molto ristretto di strutture avesse adottato tutti gli strumenti gestionali necessari a dare piena operatività al modello dipartimentale.

L'ACCORPAMENTO DELLE FUNZIONI

L'applicazione del modello dipartimentale non prevede necessariamente una diminuzione delle funzioni erogate da ciascun ospedale. Tuttavia nel caso di fusioni di più ospedali in un'unica azienda è auspicabile, secondo la filosofia che ispira la legge 13/1995, che funzioni identiche vengano unificate, evitando così inutili e costose duplicazioni di strutture che svolgono i medesimi compiti. Per questa ragione osservando come variano nel tempo le 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, quanto nelle Aziende Ospedaliere che al momento delle fusioni hanno dovuto gestire la concomitanza di funzioni uguali erogate in strutture differenti.

Secondo i dati raccolti (tab. 10), complessivamente in Friuli Venezia Giulia si passa da 174 funzioni erogate nel 1995 a 166 nel 2008 (-8). Le riduzioni sono circoscritte all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine, all'ospedale di Gorizia, agli ospedali da riconvertire secondo l'articolo 21 e all'ospedale Santorio che è stato chiuso.

Figura 5 - L'attivazione dei Dipartimenti (1995 - 2005)



Fonte: Ministero della Salute, 2007

Tabella 10 - Numero di funzioni con degenza per ospedale (1995 - 2005)

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

I dati per le due Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) sono presentati sia in forma aggregata che disaggregata (area celeste).
Fonte: Dati della D.C. Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali - FVG.

7. Il sistema regionale dei trapianti

Il Centro Regionale Trapianti della Regione Friuli Venezia Giulia è stato istituito nel 2006, sulla base della legge nazionale 91/1999, e dell'Accordo tra Stato e Regioni del 21 marzo 2002. L'obiettivo è stabilizzare e qualificare l'attività di donazione e trapianto. La missione valutativa ha verificato che (i) tale obiettivo sia stato raggiunto e (ii) che vi siano le condizioni minime, anche rispetto alle indicazioni contenute nella legge 13/1995, che giustifichino la presenza di centri trapianti sul territorio regionale.

L'ATTIVITÀ DI PRELIEVO

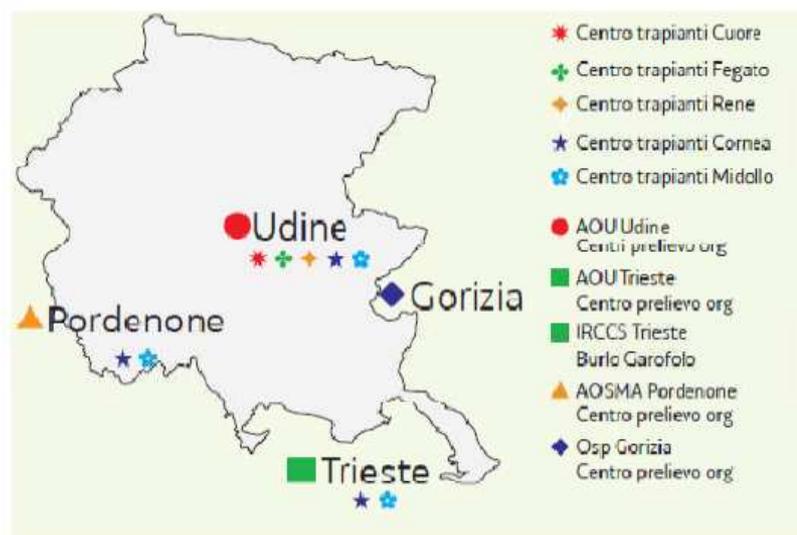
Il sistema trapiantologico del Friuli Venezia Giulia gestisce in modo autonomo l'attività di *procurement* dei trapianti di cuore, fegato e rene; mentre per gli altri tipi di trapianto di organo e per la funzione di allocazione degli organi procurati si appog-

gia alla rete NITp (Nord Italian Transplant program). L'attività di prelievo si concentra negli ospedali di Trieste, Gorizia, Monfalcone e Udine, dove si svolgono la ricerca, l'individuazione e il mantenimento degli organi. Solo a Udine presso l'AOU S.M. della Misericordia si eseguono i trapianti di organi solidi:

- Unità Operativa Cardiochirurgica 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 il prelievo 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, è curato dall'*équipe* che effettuerà l'impianto.

Figura 6 - I Centri trapianto in Friuli Venezia Giulia



Fonte: materiale informativo CRT del Friuli Venezia Giulia

DONATORI IN FORTE CRESCITA

I dati raccolti in merito all'attività di donazione in Italia tra il 2002 e il 2009 segnalano una situazione ampiamente soddisfacente per il Friuli Venezia Giulia. L'aumento dei donatori utilizzati, ovvero i donatori potenziali (morte cerebrale ai sensi di legge) che, ottenuto il consenso da parte dei familiari e verificata l'assenza di non idoneità, diventano donatori effettivi, è più marcato in Friuli Venezia Giulia rispetto al resto d'Italia. Il dato regionale passa da 18,6 donatori per milione di abitanti (pmp) nel 2002 a 35,2 nel 2009 (solo la regione Toscana nel 2009 ha fatto meglio con 35,4). Il dato nazionale cresce in misura più contenuta: da 16,8 a 19,6.

LA PRESENZA DEI CENTRI DI TRAPIANTO INCENTIVA LE DONAZIONI?

Negli ultimi 20 anni in tutti i Paesi europei, si è assistito ad un aumento del numero di organi prelevati da donatori cadaveri. Ciò è avvenuto secondo due diverse strategie. Da un lato, la Gran Bretagna (14,7 donatori utilizzati pmp) che, in linea con l'impostazione *hub and spoke*, ha limitato la nascita dei centri di trapianto imponendo il rispetto di bacini d'utenza teorici. Dall'altro, la Spagna (34,2 donatori utilizzati pmp) che ha posto limiti meno stringenti e ha attivato un gran numero di centri su tutto il territorio.

Dal confronto tra i risultati del modello britannico con quello spagnolo si può leggere una relazione positiva tra il numero di donatori e la diffusione dei centri di trapianto. Questo perché la presenza di un centro di trapianto rende maggiormente visibili i risultati presso la popolazione locale, spingendo i singoli individui, entrati in diretto contatto con la realtà dei trapianti, ad essere più disponibili alla donazione.

Tabella 11 - Donatori utilizzati (1994 - 2009)

	1994		1998		2005		2009	
	N	pmp	N	pmp	N	pmp	N	pmp
BOLZANO	5	11,1	17	37	12	25,9	10	20,2
E. ROMAGNA	50	12,7	95	24	140	35,1	110	25,7
FRIULI V.G.	18	15,1	14	11,8	35	29,6	43	35,2
LIGURIA	20	12	31	19	59	37,5	31	19,3
LOMBARDIA	117	13,1	170	18,8	176	19,5	226	23,4
MARCHE	8	5,6	10	6,9	42	28,6	50	32,2
PIEMONTE - VDA	60	13,6	77	17,5	144	34,2	115	26,1
TOSCANA	29	8,2	46	13	102	29,2	130	35,4
TRENTO	5	10,9	3	6,4	2	4,2	19	37
V. D'AOSTA	-	-	-	-	1	8,4	1	7,9
VENETO	47	10,6	102	22,7	128	28,3	106	21,9
Totale	359	11,3	565	17,7	841	26,6	841	25,7
ABR. - MOLISE	7	4,4	17	8,7	29	23	13	9,8
BASILICATA	3	4,9	2	3,3	5	8,4	11	18,6
CALABRIA	5	2,4	6	2,9	13	6,5	11	5,5
CAMPANIA	3	0,5	18	3,1	65	11,4	70	12
LAZIO	21	4	39	7,4	59	11,5	89	16
MOLISE	-	-	-	-	3	9,4	2	6,2
PUGLIA	9	2,2	24	5,9	27	6,7	41	10,1
SARDEGNA	17	10,2	14	8,5	30	18,4	24	14,4
SICILIA	14	2,8	17	3,3	33	6,6	56	11,1
UMBRIA	7	8,5	8	9,6	13	15,7	10	11,3
Totale	86	4,4	145	5,9	277	10,3	327	11,9
ITALIA	445	8,0	710	12,1	1.118	19,1	1.168	19,6

Fonte: nostra elaborazione su dati del Centro Nazionale Trapianti

I BACINI D'UTENZA IN ITALIA **Tabella 12 - Trapianti effettuati: Friuli Venezia Giulia (2002-2009)**

Nel 1994 il Consiglio Superiore della Sanità, al fine di regolare la concessione di nuove autorizzazioni per i centri di trapianto, ha svolto uno studio comparativo a livello internazionale e ha definito i bacini di utenza minimi per garantire 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 non sono state del tutto applicate e ciò sembra aver favorito l'aumento dei donatori in Italia.

All'aumento del numero dei trapianti effettuati in Italia (da 445 nel 1994 a 1.168 nel 2009) corrisponde però una situazione molto disomogenea

all'interno del paese. Sono le regioni del nord a fare il maggior numero di trapianti (841 nel 2009). Le regioni del sud, con una densità di centri trapianto nettamente inferiore, presentano cifre minori: nel 2009 circa 327 donazioni.

L'ATTIVITÀ REGIONALE

In Friuli Venezia Giulia, accanto agli ottimi risultati raggiunti in termini di donazioni, va segnalata un'attività di trapianto appena al di sopra delle soglie di sicurezza. Nel 2004 la Conferenza Stato-Regioni ha infatti fissato, a garanzia di efficienza e sicurezza, il numero minimo annuo di trapianti da cadavere per ciascun centro: (i) 30 trapianti di rene; (ii) 25 trapianti di fegato; (iii) 25 trapianti di cuore; (iv) 15 trapianti di polmone.

La tabella 12 riporta il numero di trapianti effettuati in regione tra il 2002 e il 2009. Da notare che per il trapianto di cuore la performance è sotto soglia in corrispondenza dell'anno 2007.

Si segnala anche la notevole incidenza dei pazienti in attesa di trapianto, iscritti nelle liste regionali, ma provenienti da

	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 - Regione FVG

altre regioni (tabella 13), pari a circa il 50% del totale nel 2009 (con un massimo di 53% per il trapianto di cuore e un minimo del 41% per il trapianto di fegato).

Dunque, un monte trapianti appena al

Tabella 13 - Pazienti in lista in Friuli Venezia Giulia (2009)

	Pazienti in lista	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

di sopra degli standard minimi e composto soltanto per la metà da pazienti del Friuli Venezia Giulia può rappresentare un indizio di assenza dei presupposti che motivano la presenza di 3 centri di trapianto in una regione con circa 1 milione e duecentomila abitanti.

IL VANTAGGIO DI AVERE PIÙ CENTRI

Va però considerato che per i trapianti a favore dei pazienti fuori regione è previsto il rimborso della tariffa nazionale (DRG) 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 che dà priorità al centro di provenienza del donatore, salvo le priorità nazionali, prevede un meccanismo di compensazione per il centro che, una volta messo a disposizione l'organo, non abbia il ricevente idoneo. La compensazione consiste nel diritto a ricevere in futuro lo stesso organo messo a disposizione, oppure la sua valorizzazione economica.

In entrambi i casi l'onere è a carico del centro che ha ricevuto l'organo. Dunque i centri di trapianto non rispondono solo

ad un bisogno regionale, ma attirano risorse provenienti da altre regioni. Tuttavia per esprimere un giudizio sul vantaggio economico derivante dall'esistenza dei centri di trapianto è necessario considerare le spese sostenute per mantenere le strutture.

QUANTO COSTANO I TRAPIANTI?

Il sistema sanitario della regione Friuli Venezia Giulia è basato sulla spesa storica. Ciò comporta che, ad esempio, l'AOU di Udine riceva una quota di risorse calcolata in base alla spesa degli anni precedenti. Tale quota fa fronte a tutte le funzioni svolte dall'azienda, così come la quota che viene destinata alle diverse chirurgie fa fronte a tutte le prestazioni a carico delle stesse. A cascata ciò determina l'impossibilità di individuare la quota di spesa regionale in capo ai centri di trapianto, ammontare che rappresenterebbe il risparmio derivante dall'eventuale loro dismissione.

Sul versante dei costi, l'unico onere aggiuntivo univocamente determinato dai centri di trapianto è il costo della reperibilità dell'équipe di prelievo; onere parziale discende invece del tempo che i chirurghi dedicano ai trapianti, che altrimenti occuperebbero con le altre attività a cui sono deputati.

A prescindere dalle attività chirurgiche vi sono poi i costi organizzativi derivanti dall'istituzione del Centro Regionale Trapianti (CRT), organo deputato al coordinamento delle attività trapiantologiche e del follow-up dei pazienti, la cui attivazione 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 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 uguali.

In conclusione la dismissione dei centri di trapianto 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 una diseconomia, qualora si dimostrasse che i rimborsi DRG, da corrispondere all'esterno per rispondere alle esigenze trapiantologiche regionali, si rivelassero maggiori dei costi dei centri di trapianto incardinati nella struttura ospedaliera di Udine.

In assenza di un sostanziale risparmio, la rinuncia ai centri di trapianto comporta invece una riduzione certa della capacità di risposta sanitaria regionale, nella misura in cui le attività collaterali alla gestione dei centri si ripercuotono sulle capacità tecniche del sistema sanitario nel suo complesso.

A ciò va aggiunto, oltre ad una maggiore incidenza degli oneri logistici legati all'alternativa del trapianto fuori regione, il principale beneficio a vantaggio dei pazienti in attesa di trapianto iscritti nelle liste del Friuli Venezia Giulia: 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.

8. Indicazioni di policy

Dalle analisi effettuate per rispondere alle domande della missione valutativa emergono alcune indicazioni utili ad arricchire il dibattito attorno all'eventuale modifica della legge 13/1995.

GLI INDICATORI DI PERFORMANCE

Le prime riflessioni riguardano il sistema di indicatori adottato per verificare la performance delle politiche di revisione della rete ospedaliera e dei singoli ospedali. In primo luogo va osservato che gli indicatori scelti nel 1995 per orientare tali politiche descrivono aspetti relativi esclusivamente al processo di erogazione delle prestazioni ospedaliere. Nessuno di essi è pensato per descrivere direttamente la qualità delle cure prestate e i risultati di tali cure sulla salute del paziente. 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. Si tratta cioè di indicatori tesi a quantificare alcune delle risorse impiegate (*input*) e alcuni prodotti (*output*) del processo di assistenza ospedaliera, senza prendere in considerazione gli esiti finali (*outcome*) sulle condizioni di salute derivanti da tale processo. E' una scelta che oggi, a distanza di 15 anni dall'approvazione della legge e alla luce proprio dei risultati raggiunti sul piano organizzativo, può essere messa in discussione e rivista.

In secondo luogo, si tratta di variabili macro, nel senso 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. Tale aggre-

gazione pone molti problemi di interpretazione dei valori registrati. 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 difficili da interpretare gli scostamenti registrati. 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.

Un eventuale intervento di modifica della legge 13/1995 potrebbe dunque prevedere il superamento dei limiti più evidenti dell'attuale sistema di target. Esso potrebbe essere costruito su alcuni principi generali.

1) Maggiore attenzione ai risultati in termini di adeguatezza della qualità delle cure prestate. In tal senso gli esiti delle prestazioni erogate potrebbero essere osservati, ad esempio: su casi e tempi di guarigione, casi di ricoveri ripetuti post dimissioni, casi di infezioni ospedaliere, soddisfazione dei pazienti.

2) La costruzione di target specifici che tengano conto delle caratteristiche dei pazienti serviti, in modo da permettere un confronto tra gli ospedali "a parità di condizioni".

3) Una verifica continua del posizionamento delle strutture ospedaliere rispetto ai target fissati e un aggiornamento periodico (almeno triennale) dei valori obiettivo assegnati, sulla base della distribuzione dei valori sul territorio regionale.

IL RAPPORTO OSPEDALE-TERRITORIO

Sul fronte della verifica del bilanciamento tra ospedale e territorio sono emer-

se le debolezze derivanti dalla scelta di basare la verifica di quanto avvenuto, esclusivamente su dati di natura contabile e finanziaria (il rapporto *spesa ospedaliera/spesa sanitaria*). Tale impostazione implica, come peraltro previsto dalla legge 13/1995, l'adozione da parte delle aziende di un medesimo sistema di contabilità tale da consentire una chiara distinzione tra la spesa ospedaliera e quella territoriale. Ciò però non è avvenuto e il sistema di contabilità attualmente adottato non consente di giungere ad una stima attendibile di queste due grandezze finanziarie.

D'altra parte, una stima di natura esclusivamente contabile non permette di comprendere fino in fondo in che modo l'assistenza sanitaria si divide tra prestazioni ospedaliere e

servizi territoriali. Altre variabili potrebbero essere usate a questo scopo. A titolo esemplificativo: la distribuzione del personale (medico, infermieristico e amministrativo), il numero dei posti letto e dei ricoveri in RSA, gli utenti in carico all'assistenza domiciliare.

Un eventuale intervento di modifica della legge 13/1995 dovrebbe perciò partire dall'esame dei principali indicatori utilizzati in letteratura, nonché di tutte le informazioni attualmente a disposizione dell'amministrazione, per capire dove sono le principali migliorie da apportare. La riforma potrebbe così dare l'impulso necessario per giungere ad una maggiore integrazione tra il sistema di programmazione sanitaria e il processo di monitoraggio e valutazione.

Si ringraziano:

per la collaborazione prestata, l'Assessore alla Salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali *Vladimir Kosic*;

per gli incontri, le informazioni e i dati forniti, la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria 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).

Questo documento è stato redatto dall'ufficio Analisi delle leggi e valutazione delle politiche regionali in collaborazione con lo staff di CAPIRe.

Per ulteriori informazioni contattare: controllo.valutazione@regione.fvg.it
Tel. 040 377 3859