

# 1. Il disegno di ricerca: obiettivi e contenuti

di Antonello Zangrandi

## 1.1. I Sistemi Sanitari Regionali

Non vi è dubbio che una caratteristica di questi anni è sicuramente la differenziazione dei modelli sanitari regionali. Ciascuna Regione con una propria autonomia<sup>1</sup> (organizzativa e in parte finanziaria) ha promosso profonde modificazioni delle modalità di organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Le riforme regionali, pur essendo nell'ambito di un Servizio Sanitario Nazionale pubblico<sup>2</sup> (per cui il margine di autonomia non era tale da stravolgere il disegno della normativa nazionale di riferimento), hanno determinato l'affermarsi di una certa differenziazione di comportamenti, ad esempio nell'ambito delle politiche di accreditamento dei privati, piuttosto che nelle politiche dei ticket sulle prestazioni sanitarie o sui farmaci. Peraltro le politiche di responsabilizzazione economica delle Regioni hanno generato differenze anche significative di comportamenti, i cui risultati economico-finanziari sono oggi, dopo alcuni anni, ben identificati<sup>3</sup>. All'interno quindi del Servizio Sanitario Nazionale si sono differenziati i comportamenti, a livello decentrato, con il conseguente delinearli di «diversi modelli». Specifici aspetti di questi modelli sono stati illustrati da molti autori che hanno messo in luce le caratteristiche di questi «Servizi Sanitari Regionali», i loro punti di forza e i loro punti di debolezza<sup>4</sup>.

La riforma del titolo V della parte II della Costituzione ha portato a una chiara e specifica responsabilità delle Regioni sotto il profilo del sistema sanitario, della qualità delle prestazioni e della spesa sanitaria. Tale riforma, se da un lato ha prodotto un incremento delle differenze tra le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, può generare nel tempo anche una effettiva differenza della qualità e della quantità di prestazioni erogate. L'individuazione dei livelli di assistenza essenziali che in tutte le Regioni devono essere garantiti, e che dovrebbero favorire l'o-

<sup>1</sup> Sul tema della autonomia degli enti pubblici si veda Zangrandi A. (2008).

<sup>2</sup> Un servizio sanitario pubblico è caratterizzato sia dal finanziamento pubblico, sia dal controllo pubblico della produzione di prestazioni sanitarie.

<sup>3</sup> Le situazioni di sofferenza economico-finanziaria accumulate in questi anni hanno determinato rilevanti disavanzi economici.

<sup>4</sup> Fra i numerosi studi su questo terreno si rimanda all'osservatorio OASI del CERGAS, che annualmente in un eccellente rapporto illustra e approfondisce i molteplici aspetti dei Sistemi Sanitari Regionali.

mogeneità delle prestazioni, è in realtà un aspetto più formale che sostanziale, proprio in quanto i servizi di fatto disponibili nelle varie Regioni sono spesso molto diversi, così come la qualità percepita degli stessi.

La conseguenza è che in questa prospettiva le Regioni sono sempre più responsabili della sanità e il loro intervento sui meccanismi gestionali e organizzativi è sempre maggiore, andando a configurare un forte allontanamento dall'aziendalizzazione per determinare un sistema pubblico regionale, coeso e con deleghe operative. Questo porta a determinare da un lato una maggiore coerenza tra decisioni di politica regionale e azione a livello di struttura sanitaria e dall'altro un maggiore controllo sulle attività e sui costi.

Questo indirizzo porta con sé una maggiore attenzione e una maggiore responsabilizzazione a livello regionale, sia sui costi che sulla qualità, riducendo oggettivamente però l'autonomia degli enti erogatori; il livello di responsabilità sui costi, ad esempio, è oggi chiaramente specifica responsabilità delle Regioni.

Peraltro appare fondamentale ricordare che il tema dell'autonomia è un elemento centrale nel raggiungimento della economicità.

L'autonomia a livello aziendale è un elemento imprescindibile per creare le condizioni di un sistema aziendale in grado di generare efficienza nell'uso delle risorse ed efficacia nella erogazione delle prestazioni. Il centro dell'attenzione infatti si rivolge alla realizzazione di un sistema in grado di produrre risultati positivi: la configurazione del sistema è però funzione dei risultati che si vogliono raggiungere da un lato e delle caratteristiche strutturali dall'altro. Questo porta a possibili differenti modelli di funzionamento che trovano omogeneità nella continua ricerca di maggiore efficacia ed efficienza (economicità), e non già nella coerenza dei modelli organizzativi e istituzionali.

Questa autonomia nella realtà pubblica del Servizio Sanitario Nazionale trova ovviamente molti vincoli di natura politica, istituzionale e anche operativa. L'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale in questi anni è stata sicuramente caratterizzata dall'introduzione di maggiore autonomia.

L'autonomia può essere vista in diverse prospettive:

- autonomia strategica, cioè capacità di definire la propria *mission*, e individuare i programmi che permettono di perseguirla in modo efficace;
- autonomia finanziaria, cioè capacità di reperire risorse in modo stabile per garantire le finalità proprie;
- autonomia organizzativa, cioè capacità di impiegare le risorse in modo coerente con le finalità perseguite;
- autonomia operativa, cioè capacità di individuare i percorsi più opportuni per ottenere i risultati desiderati.

Le Regioni godono sicuramente di ampia autonomia su tutti i livelli qui identificati. Anche sul piano finanziario, seppur modesto rispetto agli altri elementi, si può identificare un grado di autonomia determinato da capacità in parte impositive, in parte collegate alla gestione dei ticket. Inoltre la capacità progettuale delle Regioni può sicuramente essere utilizzata per acquisire risorse per gli investimenti pubblici.

L'autonomia ha prodotto risultati differenziati e proprio per meglio comprendere queste differenze si è voluto sviluppare una ricerca con una domanda fondamentale: cosa cambia per il paziente, l'utente del servizio? Il contesto generale in

cui è maturata e si è sviluppata la ricerca non è certo quello di costruire classifiche dei sistemi regionali o di definire un sistema sanitario di riferimento, ma semplicemente quello di mettere a disposizione del management aziendale o regionale, idee, esperienze e modalità organizzative utili per promuovere il miglioramento continuo e il cambiamento.

Se da un lato l'autonomia lascia spazio all'emergere di comportamenti differenziati, dall'altro appare necessario, soprattutto in chiave manageriale, disporre di informazioni sui risultati, sulle esperienze, così da poter operare scelte sempre più consapevoli.

È in questa direzione che la ricerca ha voluto cimentarsi: non certo dare dei giudizi sui sistemi sanitari, ma presentare in modo organico le specifiche caratteristiche istituzionali e organizzative, cercando di comprendere l'impatto sugli utenti dei servizi, per fornire al management informazioni strutturate e in grado di essere utili alla promozione di processi di miglioramento. La ricerca ha preso in esame solo alcune Regioni italiane: Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana e Veneto. Il progetto di ricerca è iniziato nel mese di maggio del 2007 e si è concluso nel mese di giugno 2008. Tale progetto si configura come ricerca empirica, sul campo, in quanto ha perseguito lo scopo di approfondire i diversi contesti istituzionali attraverso la creazione di casi di studio delle politiche regionali e delle scelte operative implementate a livello locale.

La ricerca<sup>5</sup> ha perciò come scopo fondamentale quello di comprendere le differenze, non solo sotto il profilo istituzionale e politico, ma sotto il profilo dei servizi erogati e delle modalità di erogazione. Come già sottolineato l'obiettivo principale è quello di mettere in evidenza differenze che da un punto di vista manageriale possano essere utili per promuovere il miglioramento del servizio. Si vuole concentrare l'attenzione sul tema della capacità di generare risposte utili all'utente del servizio. In questo senso la differenziazione diviene un punto di riferimento per il miglioramento e la ricerca di livelli di performance sempre più elevati.

Proprio per contribuire a questo obiettivo l'analisi è stata sviluppata sia a livello regionale sia a livello locale. Il metodo da una parte ha visto evidenziare le caratteristiche delle politiche regionali sviluppate, dall'altro ha voluto comprendere le specifiche soluzioni adottate attraverso approfondimenti su determinati casi aziendali che mettono in luce specifiche soluzioni<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> La ricerca si articola pertanto in due parti distinte, ma integrate.

La prima parte ha come unità di riferimento il livello regionale: si tratta di una ricerca prevalentemente documentale, elaborata a partire dalla revisione bibliografica della letteratura sull'argomento, dall'analisi della normativa e dall'approfondimento di alcuni aspetti maggiormente critici con i referenti regionali, in particolare per quanto riguarda il tema delle politiche sulla qualità. L'obiettivo perseguito nella ricerca documentale è di delineare le scelte e le politiche affermatesi nei diversi assetti istituzionali.

La seconda parte della ricerca ha come unità di riferimento il contesto locale (Aziende Sanitarie) analizzato in riferimento alle politiche e alle scelte istituzionali, approfondite nella prima parte della ricerca, con l'obiettivo di studiare come queste siano state interpretate e implementate a livello di singola Azienda Sanitaria. La seconda parte della ricerca si configura pertanto come ricerca empirica, costruita avendo come strumento metodologico di riferimento un'intervista semi-strutturata sottoposta ai referenti aziendali.

<sup>6</sup> Il caso come metodo di ricerca permette di approfondire specifiche modalità di funzionamento e di mettere in luce i fattori di successo di una specifica esperienza. L'utilità nello studio di un caso è da collegarsi alla comprensione dei meccanismi analitici che hanno permesso di generare un determinato risultato, utili da un lato al ricercatore per confermare ipotesi di ricerca e dall'altro al management per promuovere azioni di miglioramento continuo.

Il punto di vista della ricerca è stato comunque il cittadino, il paziente, l'utente dei servizi sanitari. Si è voluto comprendere quali sono le differenze nella erogazione dei servizi che incidono direttamente e non già i modelli organizzativi o le politiche regionali.

I modelli organizzativi e le politiche regionali sono state viste proprio in quanto determinanti differenze per il cittadino, il paziente, l'utente dei servizi. Questo punto di vista ha condizionato fortemente i contenuti della ricerca. Sono state così individuate specifiche aree di analisi che hanno permesso di mettere in luce questo punto di vista. Esse sono state selezionate con la finalità di avere un quadro il più ampio possibile dei temi caratterizzanti i sistemi sanitari, con un livello di approfondimento tale da evidenziare gli aspetti che hanno un impatto sugli utilizzatori dei servizi.

## 1.2. Contenuti della ricerca

L'analisi dei Sistemi Sanitari Regionali ha come presupposto la necessità di valutare la gamma dei servizi erogati e l'accessibilità dei servizi da parte dei cittadini, pazienti, utenti. L'obiettivo della ricerca non è quindi il confronto tout court dei sistemi sanitari, ma di alcuni aspetti che incidono sulle possibilità di godere dei servizi, aspetto sia di natura qualitativa che quantitativa. Le aree messe sotto la «lente di ingrandimento» sono quelle che si è ritenuto avessero un impatto diretto o indiretto sui servizi al cittadino, paziente, utente dei servizi.

Quattro grandi aree hanno caratterizzato la ricerca:

- l'accesso dei cittadini ai servizi;
- la gamma dei servizi offerti;
- i costi per l'utente dei servizi;
- l'attenzione alla qualità.

Con l'accesso si intende analizzare quali sono i criteri di accesso ai servizi, le modalità attraverso cui si realizzano concretamente le politiche di continuità assistenziale.

Con la gamma dei servizi erogati si vuole mettere in luce la quantità e la qualità dei servizi erogati.

I costi per l'utente evidenziano le varie politiche di compartecipazione alla spesa.

Infine, con la qualità si indagano le politiche di miglioramento continuo sviluppate dalle varie Regioni.

Per rendere maggiormente pertinente questa analisi si sono poi individuati specifici elementi di approfondimento che favoriscono un confronto proficuo tra le varie realtà regionali:

1. analisi dei servizi (analisi di contesto);
2. politiche di finanziamento (regole di sistema);
3. specialistica ambulatoriale – modalità organizzative;
4. liste di attesa;
5. distribuzione diretta di farmaci;
6. politiche sui farmaci equivalenti;

7. accordi con i Medici di Medicina Generale;
8. compartecipazione alla spesa;
9. prestazioni nell'area socio-sanitaria (RSA);
10. prestazioni nell'area socio-sanitaria (assistenza domiciliare ed eventuali sistemi di contribuzione economica);
11. politiche di sistema sulla qualità.

### 1. Analisi dei servizi

Innanzitutto per ciascuna Regione si è evidenziato lo specifico contesto sanitario. Si fornisce una descrizione della gamma dei servizi offerti e una sintesi sulla disponibilità di servizi territoriali e ospedalieri per ciascuna Regione. La fonte dei dati è l'*Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale* elaborato dal Ministero della Salute, i cui dati si riferiscono all'anno 2005. Per quanto riguarda l'assistenza territoriale, i dati si riferiscono alla disponibilità dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta e dei Medici per la Continuità Assistenziale in riferimento alla popolazione target residente (gli adulti rispetto ai MMG, i bambini rispetto ai PLS, l'intera popolazione rispetto ai Medici di Continuità Assistenziale).

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, i dati si riferiscono al numero di posti letto in strutture pubbliche e accreditate, suddivisi in day hospital, ordinari e per non acuti<sup>7</sup>. Gli indicatori elaborati per l'assistenza ospedaliera si riferiscono ai posti letto per 1.000 residenti. Lo stesso indicatore è stato calcolato anche tenendo conto del saldo di mobilità, ovvero al netto dei fenomeni della mobilità attiva (i residenti in altre Regioni che usufruiscono di attività ospedaliera), della mobilità passiva (residenti che si rivolgono a strutture ospedaliere collocate in altre Regioni) e degli stranieri<sup>8</sup>.

Da questa analisi scaturisce un punto di vista generale, una struttura dei servizi sanitari delle varie Regioni, una caratterizzazione di elementi di offerta su cui le Regioni adottano le varie politiche. Appare interessante per comprendere come la differenziazione presente, frutto di scelte del passato, determina potenziali squilibri, ma anche punti di forza di ciascuna realtà regionale. Inoltre la struttura dell'offerta dice delle reali possibilità che i cittadini di ciascuna Regione hanno a disposizione per soddisfare i propri bisogni.

### 2. Politiche di finanziamento (regole di sistema)

Alcune regole di sistema impattano direttamente sulla libertà dei cittadini e degli utenti dei servizi. Ad esempio politiche di finanziamento a prestazione tendono a incrementare le prestazioni erogate, mentre il finanziamento a budget globale tende a ridurre le prestazioni fornite.

L'area dedicata alle regole di sistema approfondisce in particolare i sistemi di allocazione delle risorse e di finanziamento nelle Regioni per l'attività di ricovero e l'attività ambulatoriale. L'obiettivo di quest'area è quello di approfondire l'esistenza di vincoli (dai tetti alla regolamentazione della mobilità sanitaria di pazienti tra vari bacini di utenza) legati ai criteri di finanziamento dell'attività (esempio di dif-

<sup>7</sup> Per i posti letto non acuti sono stati considerati quelli afferenti alle seguenti discipline: 22 – Residuale manicomiale, 28 – Unità spinale, 56 – Recupero e riabilitazione funzionale, 60 – Lungodegenti, 75 – Neuroriabilitazione.

<sup>8</sup> I criteri di calcolo adottati sono i seguenti: per i posti letto ordinari si è considerata la degenza media di 6 giornate con un tasso di occupazione dei posti letto del 90%; per i posti letto per non acuti si è considerata la degenza media di 25 giornate e un tasso di occupazione dei posti letto dell'80%.

ferenze tra strutture pubbliche e private, budget alle prestazioni erogate per i residenti nei presidi di altre ASL ecc.), che incidono direttamente sul comportamento degli erogatori e indirettamente sulla libertà di scelta dei cittadini e quindi sull'accessibilità ai servizi.

A completamento dell'analisi sulle regole di sistema, è stato condotto un approfondimento dei sistemi tariffari in uso nelle Regioni in riferimento alle prestazioni di ricovero (tariffe Diagnosis Related Groups – DRG) e alle prestazioni ambulatoriali (tariffe da nomenclatore tariffario). L'obiettivo di questa analisi è quello di rilevare la costosità del sistema delle tariffe e l'impatto sul comportamento degli erogatori. Infatti i prezzi di rimborso delle prestazioni sanitarie sono differenti nelle varie Regioni e sicuramente specifiche politiche tariffarie possono determinare diversità nei criteri di accesso dei pazienti (per esempio il caso della incentivazione economica delle prestazioni erogate in day hospital, rispetto al tradizionale ricovero acuto).

### 3. *Specialistica ambulatoriale – Modalità organizzative*

Per gli utenti l'accesso alla specialistica rappresenta sicuramente un elemento di qualità dei servizi. Il tema della accessibilità rappresenta un elemento fondamentale per la rete di servizi. Quest'area ha perciò come oggetto l'assistenza ambulatoriale dal punto di vista delle modalità organizzative, cioè si vuole indagare l'esistenza di semplificazioni nell'accesso e le scelte che le Regioni hanno elaborato in questo senso; per esempio, l'attivazione di modalità di Day Service, di pacchetti di prestazioni e di percorsi diagnostici terapeutici per le patologie croniche. Inoltre offre uno specifico approfondimento sul tema dell'accesso alle prestazioni e ai sistemi di prenotazione. L'ipotesi di fondo è che per l'utente dei servizi appaiono particolarmente significative la facilità di accesso e la continuità delle cure.

### 4. *Liste di attesa*

Le liste di attesa, e di conseguenza il tempo dell'attesa, hanno un impatto diretto sull'accessibilità ai servizi da parte del cittadino. Questo fenomeno è rilevante per almeno due aspetti: l'importanza del fattore temporale per alcuni problemi clinici e l'impatto sulla percezione negativa del cittadino rispetto al sistema sanitario. La Conferenza Stato-Regioni e, in modo differenziato, le singole Regioni, da tempo stanno elaborando strategie per affrontare il fenomeno delle liste di attesa. In particolare, la Conferenza Stato-Regioni del 28/03/2006 ha approvato il Piano Nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008, in cui sono state individuate le prestazioni ambulatoriali e di ricovero che, per varie ragioni, sono ritenute prioritarie e quindi necessitano di essere erogate in tempi certi. Le Regioni sono pertanto chiamate a elaborare i Piani Regionali, in cui definiscono le prestazioni tra quelle individuate nel Piano Nazionale, per le quali definiscono dei tempi massimi di attesa e un sistema di monitoraggio finalizzato alla rilevazione dei «comportamenti» aziendali.

L'area delle liste di attesa è stata approfondita attraverso l'analisi delle strategie messe in campo dalle Regioni per affrontare il tema delle liste di attesa e delle modalità di recepimento del Piano Nazionale. Per ogni area individuata nel Piano Nazionale (area oncologica, cardiovascolare, materno-infantile, geriatrica, visite di maggiore impatto, altre prestazioni), sono state rilevate le prestazioni per le quali ciascuna Regione ha definito i tempi massimi di attesa e gli eventuali criteri di priorità applicati. Infine, è stato rilevato il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa e la fruibilità per i cittadini di queste informazioni.

### 5. Distribuzione diretta di farmaci

Quest'area è dedicata all'approfondimento delle scelte delle Regioni in materia di distribuzione diretta dei farmaci. L'implementazione di questa modalità distributiva, oltre a rappresentare un potenziale miglioramento dell'accesso del cittadino all'assistenza farmaceutica, rappresenta anche una potenziale area di riduzione dei costi, con benefici evidenti sulle risorse disponibili<sup>9</sup>. Peraltro appare necessario valutare con attenzione come la continuità assistenziale possa essere favorita da questa modalità, così come la effettiva accessibilità del servizio.

### 6. Politiche sui farmaci equivalenti

L'approfondimento delle politiche intraprese nelle Regioni rispetto al tema dei farmaci equivalenti ha come obiettivo quello di individuare il modo in cui le Regioni perseguono il contenimento della spesa farmaceutica e la misura in cui perseguono il governo dell'appropriatezza prescrittiva. Infatti, le scelte delle Regioni in questo ambito hanno comunque un effetto sul cittadino: indiretto se il governo del sistema passa attraverso il comportamento prescrittivo del medico, e diretto se, per esempio, la scelta è quella di non applicare il ticket a questi farmaci. L'indicatore di contesto disponibile per quest'area è aggiornato ai primi nove mesi del 2007<sup>10</sup> e fornisce indicazioni sul consumo di farmaci in generale e sugli equivalenti nello specifico, sia in termini di spesa che in termini di dose definita giornaliera (DDD)<sup>11</sup>.

### 7. Accordi con i Medici di Medicina Generale

L'analisi di questa area risponde alla necessità di comprendere le scelte regionali che, attraverso il comportamento, in particolare prescrittivo, dei MMG, hanno un impatto indiretto sull'accesso ai servizi (soprattutto farmaci, prestazioni ambulatoriali) da parte dei cittadini.

Quest'area prende in considerazione i contenuti degli accordi integrativi sottoscritti a livello regionale con i MMG. In particolare l'attenzione è stata posta sulle modalità di coinvolgimento dei medici nei programmi di governo clinico (art. 59 lettera b, comma 15)<sup>12</sup> e sulle modalità di incentivazione di forme organizzative

<sup>9</sup> Questa area è stata indagata a partire dal monitoraggio dell'applicazione dell'articolo 8 della legge n. 405/2001. L'articolo prevede infatti le seguenti possibilità:

- a) stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette, con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio Sanitario Nazionale, da definirsi in sede di convenzione;
- b) assicurare l'erogazione diretta da parte delle Aziende Sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale;
- c) disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.

<sup>10</sup> *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale gennaio-settembre 2007*, a cura dell'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali, Ministero della Salute.

<sup>11</sup> La DDD è definita come la dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto, con riferimento all'indicazione terapeutica principale del farmaco stesso.

<sup>12</sup> «In attesa o in mancanza della stipula degli accordi regionali, ciascuna regione dispone, dal 01/01/2004, di ulteriori fondi, derivanti dal 50% degli aumenti contrattuali determinati all'articolo 9 del presente accordo, di € 2,03 annui per assistito, eventualmente integrato con le risorse di cui ai punti antecedenti, non utilizzate nell'anno solare precedente, per la effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico, nel rispetto dei livelli programmati di spesa. Tale fondo è aumentato di € 0,55 annui dal 31/12/2004 e di € 0,50 annui dal 31/12/2005».

complesse e integrate (UTAP, nucleo di Cure Primarie ecc.). L'ipotesi di fondo è quella che politiche di coinvolgimento dei MMG generino maggiore accessibilità appropriata ai servizi.

#### 8. *Compartecipazione alla spesa*

Le scelte regionali sui sistemi di compartecipazione alla spesa hanno un impatto diretto sull'accesso dei cittadini ai servizi sanitari. Infatti, tali sistemi sono stati tipicamente utilizzati per razionare/contenere la domanda di prestazioni sanitarie. Quest'area tratta i sistemi di compartecipazione alla spesa in riferimento ai seguenti aspetti:

- ticket sui farmaci di fascia A;
- livello massimo di compartecipazione alla spesa per ricetta per le prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- ticket per gli accessi in Pronto Soccorso (PS) definiti codici bianchi.

Per quanto riguarda la compartecipazione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, si ricorda che quanto introdotto dalla legge finanziaria 2007 (10 euro di quota fissa per ricetta) è stato successivamente superato (maggio 2007). Sui ticket per i codici bianchi in PS, si rileva la modalità di recepimento da parte delle Regioni della Finanziaria, che ha introdotto un ticket di 25 euro per l'accesso al PS per le prestazioni che non presentano carattere di urgenza, a cui va aggiunto il ticket per le prestazioni di specialistica, secondo le regole della specialistica ambulatoriale.

#### 9. *Prestazioni nell'area socio-sanitaria (RSA)*

Nell'ambito dell'area socio-sanitaria si è scelto di approfondire il tema delle Residenze Sanitario-Assistenziali (RSA) e quello delle prestazioni domiciliari (si veda punto 10). Il quadro demografico-epidemiologico, che delinea per il futuro un sempre crescente bisogno di servizi in risposta alla popolazione anziana, porta a valutare con attenzione la rete dei servizi per anziani. In particolare gli aspetti approfonditi si riferiscono a:

- disponibilità dell'offerta (posti letto) in relazione alla popolazione target (indicatore di contesto);
- definizione e organizzazione delle strutture;
- modalità di accesso alle strutture;
- classificazione degli ospiti;
- quota sanitaria a copertura della componente sanitaria a carico del Fondo Sanitario Regionale;
- standard di personale e rappresentazione sintetica del livello assistenziale offerto;
- sistema degli interventi regionali mirati al controllo della retta a carico degli utenti/Comuni a copertura della quota alberghiera.

#### 10. *Prestazioni nell'area socio-sanitaria (Assistenza domiciliare ed eventuali sistemi di contribuzione economica)*

Rimanendo nell'ambito dei servizi socio-sanitari è stato approfondito il sistema delle cure domiciliari con particolare attenzione per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Quest'area è stata approfondita in riferimento alle prestazioni domiciliari erogate



direttamente e a quelle in cui, a fronte dell'erogazione di un contributo economico a carico del Fondo Sanitario Regionale, è data la possibilità all'utente di scegliere il fornitore delle cure. Gli interventi in questo senso sono diversificati nelle Regioni: dal voucher socio-sanitario lombardo, all'assegno di cura (Emilia-Romagna e Veneto), alle misure del Fondo per l'Autonomia Possibile del Friuli Venezia Giulia. Alcune Regioni non prevedono queste misure (Toscana, Piemonte) se non in forma di sperimentazioni aziendali. Quest'area, come la precedente, è stata analizzata focalizzando l'attenzione sui seguenti aspetti: destinatari dell'intervento, modalità di accesso e criteri di valutazione.

### 11. Le politiche di sistema sulla qualità

L'ultima area approfondita riguarda le politiche di qualità implementate nelle Regioni al fine del miglioramento del sistema sanitario nel suo complesso. Questa parte, che rappresenta una visione di sintesi e di raccordo di più interventi diversificati, è stata elaborata in seguito a interviste mirate rivolte ai referenti regionali della qualità. I fenomeni rilevati, attraverso i quali le politiche regionali perseguono la qualità, sono riconducibili a: accreditamento istituzionale, accreditamento con metodologie internazionali, progetti sul rischio clinico, progetti di *accountability* per il coinvolgimento dei cittadini, sistemi di valutazione delle performance.

Il modello interpretativo che esce da questa analisi è così riassumibile:

i servizi disponibili (che nascono dal contesto sia sanitario che socio-sanitario) rappresentano il primo elemento su cui considerare le specifiche situazioni regionali. Specifiche politiche possono sviluppare una tensione positiva alla qualità, alla disponibilità di servizi appropriati, alla continuità assistenziale, alla presa in carico del paziente. L'efficienza nella gestione delle liste di attesa, nei sistemi di organizzazione dei servizi ambulatoriali e socio-sanitari, nella gestione a rete dei servizi sanitari e dei Medici di Medicina Generale possono rappresentare per il cittadino un punto di riferimento importante. Ovviamente la compartecipazione alla spesa del cittadino è elemento che caratterizza i singoli sistemi sanitari. Infine l'attenzione a politiche per il farmaco può permettere di erogare servizi efficaci a costi bassi.

Le specifiche azioni e politiche sviluppate dalle Regioni devono essere conosciute e valutate attentamente, per apprenderne metodi e contenuti. Il metodo della sperimentazione e della sistematica valutazione dei risultati è utile in chiave manageriale, per dare al management regionale e aziendale una effettiva autorevolezza e un reale supporto alle decisioni politiche, che sicuramente nel contesto istituzionale regionale hanno un ruolo fondamentale.

Per favorire una focalizzazione efficace su questi temi, si sono affiancati alla descrizione di politiche e risultati conseguiti anche casi aziendali, che aiutano a comprendere i meccanismi di orientamento al servizio da parte dei Servizi Sanitari Regionali.

Un consiglio al lettore: la curiosità di capire come le politiche si traducono in azioni sia più forte della tentazione di dare un voto a ciascuna Regione. Certo è che le politiche sono diverse e che ciascuno deve comunque trarre insegnamenti per realizzare politiche sempre più efficaci nel futuro.

