

TAB 54/ER

ASSISTENZA OSPEDALIERA - INDICATORI DI ATTIVITA'
ANNI 1991 - 1995

ANNI	POSTI LETTO		POPOLAZIONE RESIDENTE AL 31.12	POSTI LETTO x 1000 abitanti	Giornate Degenza ^(*) GD	IOM GD / PL al netto day hospital x 365	RICOVERI (residenti) RC ^(*)	DM GD / RC	TS ^(**)	ITO (PL al netto day hospital x 365) - GD/RC	IR RC / PL al netto day hospital
	PL	PL al netto day hospital									
1991	23.075	21.931	3.909.512	5,90	6.241.257	77,97%	655.374	9,52		2,69	29,88
1992	22.214	21.231	3.926.486	5,66	6.053.595	78,12%	658.769	9,19	202	2,57	31,03
1993	21.859	20.325	3.924.352	5,57	5.873.596	79,17%	646.219	9,09	204	2,39	31,79
1994	21.345	19.619	3.922.702	5,44	5.720.276	79,88%	647.576	8,83	209	2,22	33,01
1995	21.212	19.133	3.924.952	5,40	5.477.734	78,44%	642.976	8,52		2,34	33,61

FONTE: dati trasmessi dall'Assessorato sanità della Regione Emilia Romagna e riscontrati dalla Corte dei conti. Per il TS l'indicatore è calcolato dalla Regione

(*) Presenti all'1.1. più ingressi

(**) Riferito ai ricoveri ordinari e day hospital sia pubblici che privati

LEGENDA:

IOM = Indice occupazione media

TS = Tasso spedalizzazione

DM = Degenza medica

ITO = Indice turn over

IR = Indice rotazione

Tali indicatori di attività rispettano sostanzialmente quanto disposto dalla disciplina di legge annualmente vigente, migliorando in qualche caso la performance stabilita. Così per l'occupazione dei posti letto il cui tasso, rispetto a quanto prescritto [75 per cento in media annua], espone risultati più favorevoli e, quel che conta, si coniuga con un parametro di degenza media valevole a confermare un'efficienza operativa che trova rispondenza nel basso indice di "letti vuoti" [ITO] e una buona rotazione di pazienti per letto [IR].

Quanto alla dotazione media di posti letto, c'è da dire che il relativo indice migliora nel periodo ma resta entro il limite richiesto per legge solo al netto dei posti letto convenzionati [da calcolare al 50%]. Al lordo, è del 5,8% l'indice di dotazione media riferito all'anno 1995 che, seppure deteriore con riguardo al dato normativo [5,5%], non si discosta dalla media nazionale [6,0% si veda: I° Compendio SSN, *cit.*].

Altro aspetto da considerare è l'elevata utilizzazione dei servizi ospedalieri da parte della popolazione residente. A livello nazionale sono 155 i ricoveri ogni 1.000 abitanti presso strutture ospedaliere pubbliche e private [v. SISTAN - I° Compendio SSN 1991/1995 - luglio 1996]; l'Emilia Romagna con l'indice di 209 si posiziona alquanto al di sopra del valore nazionale [v. Allegato 12/ER]. Ad influire sulla domanda ospedaliera è del resto la stessa struttura demografica della Regione, la cui caratteristica è l'elevato indice di invecchiamento con una presenza di ultra-sessantacinquenni, percentualmente pari al 20,8% a fronte del dato nazionale del 16,4% [v. Allegato 13/ER]. La seguente tabella espone con riferimento all'anno 1995 i dati relativi all'indice di consumo di risorse ospedaliere per fasce di età, misurato in base ai punti DRG consumati dalla popolazione residente per 1.000 abitanti, con distinta considerazione per i ricoveri ordinari e in day hospital:

TAB 55/ER

INDICE DI CONSUMO DI RISORSE OSPEDALIERE PER FASCIA D'ETA'
(Punti DRG consumati dalla popolazione residente / popolazione residente) * 1000 abitanti

ANNO 1995

FASCE D'ETA'	0	1 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 64	65 - 74	75 - 84	85 oltre	TOTALE
REGIME ORDINARIO									
MASCHI	376	94	54	69	154	358	498	574	157
FEMMINE	321	71	42	82	121	229	369	473	146
DAY HOSPITAL									
MASCHI	98	38	23	17	34	63	59	35	31
FEMMINE	87	29	23	27	39	44	38	19	33

FONTE: scheda di dimissione ospedaliera 1995

I suesposti dati offrono la misura di quanto incida in termini di utilizzazione di servizi ospedalieri la popolazione anziana, sia per frequenza di episodio morboso sia per complessità di intervento.

A questo si aggiunge, altresì, il fenomeno della mobilità interregionale il cui incremento dal lato attivo depone per un elevato grado di attrazione delle strutture di ricovero dell'Emilia Romagna.

Con riferimento all'anno 1995 la seguente tabella mostra come a fronte dei ricoveri complessivamente effettuati [966.083], ascendono a 97.000 quelli relativi a pazienti non residenti nella Regione [10%]. Tale flusso di entrata è rappresentato per il 9,4% da residenti in altre Regioni e per lo 0,6% da residenti all'estero.

La mobilità passiva si attesta viceversa su cifre assai più bassa con 33.000 pazienti esportati e con un saldo positivo regionale di oltre 60.000 ricoveri. A tale riguardo va detto pure che l'import regionale dei punti DRG rappresenta l'11% del totale prodotto in Regione, mentre il peso medio per caso trattato relativamente a ricoveri dei "fuori-regione" [0,93] è del 12% superiore a quello dei pazienti residenti [0,82].

La seguente tabella espone, ancora, la direzione verso la quale si è mosso il flusso dei pazienti esportati; laddove in cima alla graduatoria è la Lombardia con 13.282 ricoveri di cittadini emiliano-romagnoli [41,18%], seguita dal Veneto con 11.045 ricoveri [24,89%]. Molto distanti le altre Regioni; il che spiega perché Lombardia e Veneto fatturino per mobilità l'86,52% dell'importo complessivo facente carico all'Emilia Romagna per esportazione di pazienti.

TAB 56/ER

MOBILITA' OSPEDALIERA**ANNO 1995**

RICOVERI IN EMILIA-ROMAGNA		966.083	
EMILIANO-ROMAGNALI	868.369		
ENTRATI	97.714	USCITI	33.000
- Non definiti	1.628		
- Estero	5.337		
- Altre Regioni	90.749		
Piemonte	2.393		1.221
Valle d'Aosta	99		n.d.
Lombardia	17.977		13.282
Prov. Aut. Bolzano	341		n.d.
Prov. Aut. Trento	684		n.d.
Veneto	7.704		11.045
Friuli V. Giulia	992		n.d.
Liguria	2.425		1.751
Toscana	7.709		2.817
Umbria	924		295
Marche	9.948		2.618
Lazio	3.171		n.d.
Abruzzo	3.472		n.d.
Molise	806		n.d.
Campania	6.375		n.d.
Puglia	9.226		n.d.
Basilicata	1.496		n.d.
Calabria	6.379		n.d.
Sicilia	7.472		n.d.
Sardegna	1.156		n.d.

FONTE: Assessorato sanità - ASR: gli ospedali dell'Emilia Romagna, novembre 1996

5.5. La rimodulazione della rete ospedaliera in Emilia Romagna

Il d.l. 17 maggio 1996 n. 280, convertito con la legge 18 luglio 1996 n. 382 ha introdotto nuovi criteri cui le Regioni devono ispirarsi nella ristrutturazione delle rete ospedaliera. Si tratta di regole che fissano scadenze, modalità procedurali e sanzioni, se è vero che entro il 31 dicembre 1996 doveva essere adottato l'atto programmatico di una razionalizzazione da completare entro il 1999. In assenza di che, già dal 1997, è previsto un taglio del 2% sul fondo sanitario nazionale. Nondimeno la nuova disciplina è valsa a superare il difficile scoglio sul quale si era arenata la questione della chiusura dei piccoli ospedali [legge 412/91, legge 724/94, 549/95] in un'ottica di più ampio respiro, collocandola nel disegno complessivo di una ristrutturazione della rete alla cui realizzazione è funzionale lo sblocco dei fondi per l'edilizia ospedaliera di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67. Si tratta di 2.000 miliardi, secondo l'accantonamento previsto dalla finanziaria '97, prioritariamente finalizzati a quegli interventi di trasformazione per destinazione, di accorpamento, di riconversione, di disattivazione necessari per assicurare il rispetto degli standard di prestazione [ITO: 75%; posti letto: 5,5 x 1000; TO: 160 x 1.000].

La rimodulazione della rete ospedaliera rappresenta per le Regioni un impegno di grande spessore laddove l'aspetto più delicato è proprio quello di saper coniugare l'esigenza di mantenere inalterati i livelli di offerta con una realtà finanziaria che sconta un consistente contenimento della spesa.

Il d.lgs. 502 del 1992 [art. 8 commi 5 e 7] ha del resto avviato un sistema di finanziamento delle strutture ospedaliere misurato su prestazioni effettivamente erogate e sulla base di un sinallagma corrispettivo che utilizza a parametro i c.d. raggruppamenti omogenei di diagnosi [DRGs]. Di qui una logica di pianificazione che nel prendere atto dell'elevato costo di ogni giornata di degenza ospedaliera ha inteso meglio calibrare qualità e soddisfazione dell'utenza nel quadro di una maggiore attenzione a soluzioni alternative ai ricoveri ospedalieri.

Con la delibera di Giunta regionale n. 86 del 1996 prende avvio il processo di rimodulazione della rete ospedaliera in Emilia Romagna intesa alla disattivazione e/o riconversione dei presidi ospedalieri con dotazione di posti letto inferiore a 120; un

processo, le cui linee di fondo sono poi meglio definite a seguito della risoluzione approvata dal Consiglio regionale nella seduta del 18 dicembre 1996.

La riduzione dei posti letto, di cui si è dato riscontro nel precedente paragrafo con riguardo al periodo 1990-'95, viene inquadrata in una più ampia strategia che assume a denominatore comune l'appropriatezza delle risposte sanitarie; perciò, prima di tutto, netta separazione fra la rete degli ospedali "per acuti" e la rete di strutture adibite ai problemi delle "post-acuzie", della cronicizzazione, della non autosufficienza. Il problema dei costi e l'esigenza di rientro da un fabbisogno fuori linea si coniuga con una dimensione strutturale più mirata all'effettivo bisogno sanitario, opportunamente selezionato e diversificato sulla base di una più stretta aderenza dell'offerta alla domanda.

In questo quadro pianificatorio convergono tanto il nuovo modello di finanziamento degli ospedali sulla base di tariffa DRG, come pure le nuove, favorevoli opportunità che tale modello corrispettivo schiude nel rapporto pubblico e privato.

Nell'ambito degli ospedali pubblici il finanziamento a tariffa DRG si traduce in un metodo che non solo è strumentale alla valutazione economico-gestionale in termini di efficienza della struttura, ma agisce altresì da incentivo nel perseguimento di risposte di qualità e funzionalità a loro volta suscitate dall'interesse al recupero [o alla conservazione] di quella quota di mercato fisiologicamente coerente con la popolazione di residenza riferibile alla Azienda-usl. Diversamente il rischio è di non poter remunerare le proprie strutture con i finanziamenti ricevuti, da utilizzare viceversa per compensare le prestazioni da "altri" rese ai propri residenti.

E' poi anche nei confronti con le case di cura private che il nuovo sistema di remunerazione agisce nel rifondare l'interesse del produttore all'efficienza, disincentivando in particolare il prolungamento delle degenze.

E' in questo scenario di competizione controllata che prende vigore l'obiettivo di una dotazione di posti letto privati dimensionata, a partire dall'anno 1997, in una percentuale fra l'8% e il 10% del totale della rete ospedaliera. Va osservato a riguardo che, a fronte dei dati riferibili alla situazione 1994, la percentuale privata dovrebbe quindi scendere di circa 3,7 punti percentuali, se è vero che sul totale dei posti letto di quell'anno [24.733] erano 3.388 quelli convenzionati.

Con deliberazione 19 dicembre 1996 n. 535 il Consiglio regionale ha intanto approvato la proposta di Giunta [n. 2272 del 17.9.96] sul riordino organizzativo della rete ospedaliera dell'Emilia Romagna, ove la dotazione complessiva dei posti letto pubblici e privati finanziati dal servizio sanitario nazionale è fissata in 20.433, pari al 5,19 per mille abitanti, di cui

- n. 16.965 destinati a funzioni di degenza per acuti [4,31 per 1.000];
- n. 3.468 per funzioni di lungodegenza post-acuzie [0,88 per 1.000].

Prende così avvio in Emilia Romagna il nuovo percorso strategico concordato con le Aziende sanitarie con riguardo alle principali aree di attività del sistema sanitario regionale [prevenzione, assistenza ospedaliera, ambulatoriale, e territoriale, assistenza agli anziani ecc.] e per i due principali aggregati di spesa [beni e servizi e personale] nonché per la messa a regime di un programma di monitoraggio e controllo sulle attività e sugli andamenti di spesa [controllo di gestione].

Il complesso delle azioni prospettate si propone: a) in primo luogo, obiettivi a breve, finalizzati alla diminuzione dei costi dei fattori e all'aumento dell'efficienza operativa; b) in secondo luogo, obiettivi di medio periodo, con interventi strutturali e di riorganizzazione del sistema dei servizi sanitari regionali.

Dal punto di vista strutturale - come si è detto - particolare significato assume il riordino della funzione di assistenza ospedaliera. La previsione per il '97 è: I) riduzione del 40% dei posti letto in eccedenza [in numero di 700 posti letto a livello regionale]; II) riconversione alla nuova funzione ospedaliera di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione del 50% dei posti previsti a regime [complessivamente pari a circa 1.900 posti letto]; III) riconversione del 100% dei posti letto previsti per l'assistenza in day hospital, medico e chirurgico, pari a circa 1.900 posti letto. Il che porta a considerare come, a fine 1997, il sistema ospedaliero regionale dovrebbe connotarsi per le significative trasformazioni strutturali, i cui principali effetti dovrebbero essere di riduzione nel numero di posti letto per acuti [- 3,5%] e loro riconversione in attività di day hospital e di lungodegenza pos-acuzie e riabilitativa.

Quanto all'assistenza residenziale extraospedaliera, il progetto è di attivazione di 860 nuovi posti in RSA, i quali, con quelli disponibili in Case protette, costituiranno

l'offerta alla popolazione ultra-settantacinquenne di una disponibilità molto prossima alla percentuale del 4%, prevista per il triennio 1996-1999.

Obiettivo generale e prioritario di questo complesso piano programmatico è una appropriata diversificazione dell'offerta, funzionale ad un più mirato soddisfacimento delle esigenze dei pazienti.

Requisiti minimi strutturali, in coerenza a quanto previsto per l'accreditamento dal DPR 17 febbraio 1997, come pure rimodulazione delle tariffe per l'assistenza residenziale e extraospedaliera, sono ulteriori iniziative che si inseriscono nel quadro del Piano delle azioni '97 i cui interventi muovono in direzione di un disegno di riequilibrio volto a correggere le principali distorsioni strutturali e organizzative con l'obiettivo di recupero sul piano dei saldi finanziari del settore e di migliore risposta sul piano dell'offerta dei servizi.

5.5.1. Segue: A) integrazione fra interventi socio-sanitari e socio-assistenziali

Ulteriore linea di azione è quella rivolta a dare continuità ad una gestione integrata alla funzione sanitaria e a quella socio-assistenziale. Tale esigenza ha trovato recepimento nella legge regionale 12 maggio 1994 n. 19 di riordino del sistema sanitario regionale [art. 7].

L'ipotesi progettuale è la consistente integrazione fra servizi, sanitari e socio-assistenziali, valevoli a meglio identificare una domanda nella quale assumono prevalenza i profili di carattere sociale e rispetto alla quale non pertinente si prospetta la soluzione del ricovero ospedaliero; oltre le specifiche tipologie riferentisi ai pazienti di età superiore ai 75 anni, vi figurano le patologie croniche invalidanti successive ad episodi acuti, come pure le particolari situazioni dei poli-traumatizzati bisognevoli di periodo di riabilitazione, o infine dei malati di AIDS privi di adeguato supporto familiare. Una scelta, quella dell'Emilia Romagna che tende a rivalutare l'assistenza sanitaria "extra-ospedaliera" con elementi alternativi nell'ambito di un ampio ventaglio di scelte tra differenti soluzioni in rete: assistenza domiciliare integrata [AIDS e oncologici]; assegno di cura [popolazione anziana; legge r. 5/94]; residenze sanitarie assistenziali [RSA - legge r. 5/94]; case protette [legge r. 5/94]; centri diurni [legge 5/94].

Di qui, la delimitazione delle competenze finanziarie e istituzionali facenti capo a Comuni e Province, da un lato, e al servizio sanitario, dall'altro, mediante un sistema di pattuizioni convenzionali tradottosi, sin dal 1994, in un primo accordo stipulato tra l'Assessorato alla sanità e l'ANCI.

E' venuto così a determinarsi un complesso di regole volte a definire gli *interventi socio-assistenziali* di competenza finanziaria degli Enti locali e gli *interventi sociali a rilievo sanitario [socio-sanitari]* di competenza del servizio sanitario nazionale. Questi ultimi, in particolare, comprendono: attività sociali organicamente inserite nel progetto sanitario e aventi finalità terapeutica o riabilitativa. Tale duplice presupposto fonda la coesistenza con la prestazione sanitaria e li fa partecipi della medesima natura. Quanto agli interventi socio-assistenziali, loro caratteristica è di assicurare accettabili condizioni materiali, culturali, relazionali.

Da dire tuttavia che, nel luglio scorso, la Giunta regionale ha ulteriormente messo a punto criteri per una più precisa definizione degli interventi a carico del bilancio sociale e di quelli invece a carico del fondo sanitario nazionale [delib. G.R. 17 luglio 1996 n. 1637].

In tale quadro, assume poi specifico significato il quarto accordo sulla politica sociale a favore degli anziani, siglato il 22 luglio 1966 fra le Organizzazioni Sindacali dei Pensionati [OSP] e la Regione Emilia Romagna. Il richiamo è alla legge regionale 3 febbraio 1994 n. 5, recante norme a "Tutela e valorizzazione delle persone anziane - Interventi a favore degli anziani non autosufficienti". Si tratta dello svolgimento di una precisa idea di fondo della quale è permeata una politica che punta sulla valorizzazione della persona anziana, intesa come risorsa della società e al contempo ne tutela i diritti con riguardo alla condizione di non autosufficienza. Una politica che si distribuisce in azioni positive [culturali, relazionali, di servizio] e in interventi socio-assistenziali e socio-sanitari [anziani non autosufficienti].

Proprio su tale ultimo aspetto è il coinvolgimento progettuale della Regione con l'impegno nel campo: a) dell'assistenza domiciliare integrata [A.D.I.] ove si prevede fra il '96 e il '99 una presa in carico di anziani pari, per ciascuno degli anni, a: 1.250, 3.000, 4.250, 5.500; b) dei Centri diurni con una previsione di posti da attivare di: 600, 950,

1.150, 1.350; c) delle R.S.A. ove, in aggiunta a quelle esistenti, il piano dell'accordo '96-'99 è per i seguenti ulteriori posti: 750, 1.600, 2.550, 3.500.

Particolarmente significativa - perciò se ne fa menzione - è la direttiva diramata dalla Giunta regionale nel marzo dello scorso anno [delib. 6 marzo 1996 n. 351] per la specifica definizione delle prestazioni sanitarie assicurate da parte del fondo sanitario nazionale per assistenza medica di base, specialistica, farmaceutica, infermieristica, riabilitativa, con riguardo agli anziani ospitati in Case protette, in RSA, in Centri diurni assistenziali, laddove oltre la individuazione di prestazioni specifiche, nonché orari e tempistica nell'attività, sono altresì previste forme di coordinamento come pure forme di controllo di qualità, certificazioni sulla non autosufficienza e infine puntuali riscontri di monitoraggio sull'andamento della spesa.

Sotto altro aspetto viene ad assumere contorni precisi il percorso volto ad assicurare alle Aziende sanitarie la necessaria base di riferimento ai fini della predisposizione, nell'intesa con gli Enti locali, dei Piani Attuativi Locali [PAL] e procedere, così, alle richieste di finanziamento ex art. 20 legge 67/88. I tempi previsti sono il 31 marzo 1997 per la presentazione da parte delle Aziende e il 30 aprile per l'approvazione regionale. Contestualmente dovranno essere attivate le strutture destinate alla libera professione intramurale.

Quanto ai finanziamenti destinati alle azioni di ristrutturazione, da dire che nell'anno 1996 con deliberazione CIPE 26 gennaio è stato ammesso a finanziamento un progetto, con mutuo a carico dello Stato, per 4.180 milioni relativo a RSA per anziani dell'Azienda usl di Ravenna, cui hanno fatto seguito ulteriori finanziamenti deliberati dal CIPE il 26 giugno e il 12 luglio rispettivamente per 131.005 milioni di cui 55.347 milioni destinati a RSA, gran parte delle quali per anziani, e 3.097 milioni per la realizzazione di una RSA per anziani da parte della azienda usl città di Bologna.

Ulteriori finanziamenti sono stati ammessi con deliberazione CIPE 27 novembre 1996, sempre con mutuo a carico dello Stato, in relazione a tre progetti per 2.524 milioni ripartiti fra Azienda usl di Modena [1.100 mil] e Università di Bologna [712 + 712].

5.5.2. Segue: B) i rapporti con le case di cura private

Il riordino della rete ospedaliera include anche la riconsiderazione del rapporto con l'offerta rinveniente dalle strutture private, le quali, nel quadro di una regolazione del mercato sanitario ispirata a criteri di competizione, divengono snodi essenziali per una corretta pianificazione dell'offerta.

Il 16 maggio 1996, con propria circolare n. 24 indirizzata a tutti i direttori generali, l'Assessorato alla sanità ha dato le direttive da seguire per l'assistenza sanitaria presso le strutture private di ricovero e cura. Tali direttive, traggono fondamento dalla deliberazione di Giunta 379 del marzo 1996 ratificata dal Consiglio regionale [delib. 275/96], assunta del resto sulla base del protocollo d'intesa siglato con le rappresentanze regionali della speditività privata [AIOP e ARIS].

E' sulla tariffa, valevole a compensare le prestazioni richieste, che gioca il meccanismo della concorrenza fra strutture pubbliche e private, calibrata per tener conto di una pianificazione finanziaria nella quale è la scommessa di tenuta di un vincolo di spesa condizionato al finanziamento accordato dal livello nazionale.

La soluzione in Emilia Romagna è di graduare i DRGs nel quadro di una convenzionalità programmata su una degenza misurata in rapporto ad episodio di ricovero, ove il rischio contrattuale per degenze superiori si sposta a carico della struttura privata tramite la previsione di tariffe differenziate per il supero delle giornate. Il meccanismo funziona tramite la previsione di un *budget* fisso complessivo [367 miliardi per il 1996], al di sopra del quale è la tariffa variabile, a scalarità progressiva, che serve a riportare nei limiti le risorse destinate all'ospedalità privata.

Resta essenziale il valore accordato alla libertà di scelta, a garantire il quale contribuisce l'uniformità della tariffa ma pure controlli di qualità fondati su regole uguali e omogenee. Quanto a questi, l'esigenza è la prevenzione dei comportamenti opportunistici da parte delle strutture accreditate [v. All. 1 Circolare 24]. C'è da dire che per alcune specialità - quali la psichiatria, la riabilitazione, la lungodegenza - è stato mantenuto un sistema corrispettivo misurato sulla tariffa giornaliera a causa della difficile adattabilità dei DRGs alle relative patologie. Anche per questi casi, tuttavia, il prolungamento della degenza oltre il limite *standard* fa scattare abbattimenti percentuali sulla tariffa giornaliera.

In conclusione, l'intesa siglata il 10 gennaio 1996 con le Rappresentanze delle case di cura è valsa a concordare alcuni aspetti essenziali di regolazione del mercato sanitario, laddove l'integrazione fra pubblico e privato è obiettivo perseguito, in previsione poi di una più estesa applicazione una volta superata la fase transitoria dell'accreditamento automatico delle case di cura. Una integrazione che gioca la scommessa dell'efficienza a garanzia dei livelli di prestazione, laddove il rischio del *surplus* di costo si sposta sulla struttura produttrice tramite un sistema che coniuga il budget complessivo alla variabilità delle tariffe.

Considerazione finale è sul dato relativo alla utilizzazione sin qui fatta delle strutture ospedaliere private a integrazione del servizio pubblico. Nel 1994 i posti letto negli ospedali convenzionati erano 3.388 mentre 21.345 erano quelli in strutture pubbliche [v. Allegato 14/ER]. Nel 1995, a fronte di una dotazione complessiva che flette di poco [24.379], la componente privata sale a 3.789 [15,5% del totale] e diminuisce invece quella delle strutture pubbliche [20.590 - I° Compendio *cit.*]. Sulla base della rimodulazione della rete ospedaliera e della pianificazione '97-'99 di cui alla deliberazione del Consiglio regionale 535 del dicembre 1996, la dotazione complessiva dei posti letto pubblici e privati finanziati dal servizio sanitario nazionale ascendono a 20.433, il 12,7% dei quali [n. 2.595] assicurati in strutture private [v. delib. C.R. 535/96 Alleg. A].

5.6. Profili organizzativi di riordino del servizio sanitario e nuova disciplina di contabilità

L'esame che segue è per dar conto delle principali linee organizzative emergenti dalla legislazione regionale con la quale in Emilia Romagna si è proceduto alla ridefinizione degli ambiti territoriali, nonché alla istituzione delle nuove Aziende-usl e Aziende e presidi ospedalieri sulla base di una linea di riforma recata dal d. lgs. 502 del 1992, specialmente fondata su un modello decisamente orientato al perseguimento della funzionalità pubblica.

Da dire intanto che l'Emilia Romagna, prima fra tutte le Regioni insieme al Lazio, ha avviato il processo di riordino [legge r. 12 maggio 1994 n. 19] mediante la ridefinizione degli ambiti territoriali e la conseguente riduzione numerica delle aziende

sanitarie. Queste sono state determinate in numero di 13 rispetto ad una situazione che in precedenza ne annoverava 41. In numero di 5 le aziende ospedaliere, cui è da aggiungere poi l'istituto ortopedico Rizzoli. L'ampliamento territoriale porta con sé la valorizzazione del distretto, quale articolazione funzionale e organizzativa dell'Azienda-usl.

I principi e gli obiettivi cui si ispira il riordino, espressi all'art. 2 della legge regionale 19/94 e nello svolgimento dell'articolato, si riassumono in quanto segue:

- ampia partecipazione delle Comunità locali alla programmazione sanitaria e alla definizione dei bisogni socio-sanitari tramite l'istituzione di specifici strumenti nell'ambito di un sistema relazionale che prevede una Assemblea permanente della Regione e delle Autonomie locali ed una Assemblea dei Sindaci;

- integrazione delle funzioni socio-assistenziali con quelle sanitarie;
- integrazione fra strutture pubbliche e private;
- separazione netta fra funzioni di direzione e finanziamento e funzioni gestionali;
- controllo di gestione come metodo privilegiato di verifica dei risultati.

Segue, di pochi mesi, la disciplina valevole a porre le nuove "Norme in materia di programmazione, contabilità contratti e controlli" delle Aziende-usl e ospedaliere [legge r. 20.10.1994 n. 50] nelle quali è la previsione delle regole e dei criteri funzionali alla: ristrutturazione degli strumenti di programmazione, ridefinizione dei documenti di bilancio, revisione del sistema contabile e di controllo.

Nella sintesi dell'indicata disciplina, l'attuazione dei principi enunciati nel decreto legislativo di riordino va specialmente valutata con riguardo: I) al sistema di finanziamento e al grado di integrazione verticale fra azienda-usl, presidi e distretti; II) al modo di regolazione del mercato sanitario quanto a integrazione fra strutture pubbliche e private e a meccanismi pro-concorrenziali; III) al sistema contabile e ai controlli.

Sul primo aspetto, lo svolgimento delle disposizioni nei provvedimenti di Giunta e di Consiglio regionale depongono per un intento di adesione al modello tracciato dal d. lgs 502/92 e alla sua filosofia di fondo. Ed invero è netta la distinzione fra chi organizza e acquista prestazioni e servizi [Azienda-usl] e coloro che li producono e li forniscono [ospedali e strutture convenzionate]. Non a caso negli acquisti di beni e servizi figurano nel modello di contabilità regionale [RDN 01] le prestazioni dei medici di base. Resta, nel finanziamento delle Aziende-usl, il criterio della quota capitaria; questa, tuttavia, pesata

per tener conto di un complesso sistema misurato sul consumo di punti DRG ove trova spazio di incidenza e valutazione sia la mobilità, sia la composizione demografica della popolazione, sia l'indice standardizzato di mortalità regionale [SMR]. Un modello subito adottato e valevole sino al 1996, ma che si è ulteriormente specificato per tener conto dei macro-livelli di assistenza definiti nel PSN e degli spostamenti di risorse fra livelli.

Per il '97, l'ipotesi di finanziamento a favore delle 13 Aziende-usl dell'Emilia Romagna si esplicita nei dati della seguente tabella, a meglio intendere la quale, va pure considerato come, una volta definita la percentuale di composizione riservata a ciascun macro-livello nella distribuzione delle risorse, si tiene poi conto del diverso grado che assumono, con riguardo a ciascuna Azienda-usl, alcuni specifici pesi individuati in via generale e obiettiva. In sostanza, il grande sforzo della Regione è per far corrispondere il finanziamento con il grado di bisogno reso esplicito tramite indicatori costruiti per monitorare bisogno sanitario e corrispondente dimensione finanziaria.

IPOTESI FINANZIAMENTO 1997 AZIENDE USL

AZIENDE USL	Prevenzione ^(*)	Assistenza di base farmaceutica pesi campioni RER corretta ^(***)	Specialistica pesi DH per 3 macro classi di età corretta ^(****)	Ospedaliera ^(**) ordinari e DH corretto SMR <75 al 50%	Assistenza extra ospedaliera anziani popolazione >75 aa	Altro ^(****) popolazione residente corretta ^(****)	TOTALE criteri 1997
PIACENZA	0,38	0,70	0,68	3,48	0,37	1,48	7,09
PARMA	0,55	1,03	1,00	4,99	0,56	2,19	10,31
REGGIO EMILIA	0,53	1,07	1,08	5,17	0,54	2,38	10,78
MODENA	0,72	1,49	1,54	7,20	0,70	3,43	15,08
BOLOGNA SUD	0,29	0,57	0,58	2,79	0,25	1,29	5,76
IMOLA	0,12	0,26	0,26	1,20	0,13	0,57	2,55
BOLOGNA NORD	0,22	0,46	0,46	2,20	0,22	1,02	4,58
BOLOGNA CITTA'	0,47	1,10	1,04	5,15	0,60	2,28	10,65
FERRARA	0,48	0,93	0,91	4,57	0,46	2,00	9,38
RAVENNA	0,45	0,91	0,89	4,21	0,48	1,94	8,87
FORLI'	0,24	0,44	0,43	2,06	0,23	0,95	4,35
CESENA	0,23	0,43	0,45	2,03	0,19	1,00	4,32
RIMINI	0,33	0,62	0,66	2,94	0,27	1,47	6,28
TOTALE	5,00	10,00	10,00	48,00	5,00	22,00	100,00

FONTE: Assessorato sanità ASR - relazione sui criteri di finanziamento 1997

(*) La quota della Prevenzione (il 5% delle risorse) è comprensiva delle funzioni esercitate dalle Aziende ospedaliere (0,015%)

E' inoltre comprensiva degli oneri organizzativi per l'attuazione del D.L. 626/94 e dei costi per l'organizzazione dei programmi di screening regionali. I criteri adottati tengono conto della popolazione residente e del territorio. La popolazione residente è stata corretta considerando i flussi turistici e gli studenti rapportati a persone anno

(**) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri distinguendo quelli di degenza ordinaria da quelli in day hospital; per la ponderazione tra le due tipologie di attività si è tenuto conto delle indicazioni contenute nel piano di riorganizzazione della rete ospedaliera

(****) Si fa riferimento alla popolazione "corretta" in quanto si è tenuto conto della popolazione residente e di quella presente, quest'ultima abbattuta del 10% e finanziata al 70

(****) Nel livello "altro" è compreso: l'attività di medicina generale, l'attività consultoriale, ambulatoriale, psichiatrica, attività distrettuale, sert, attività di supporto, emergenza e 118 non compresa nel progetto, ecc.