

FRANCESCA VANARA <sup>(\*)</sup>

## LA PROGRAMMAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

### 1. *Illusioni, disillusioni e nuove speranze*

Per tracciare le dinamiche dell'assistenza ospedaliera "è necessario:

- prevedere lo sviluppo della rete ospedaliera nell'ambito della programmazione sanitaria globale;
- considerare attentamente tutte le complesse relazioni che intercorrono tra la evoluzione dei servizi per la salute e la programmazione socio-economica;
- tener conto, nella valutazione della domanda ospedaliera, non solo della situazione attuale ma anche, e soprattutto, delle sue tendenze evolutive;
- svincolare la pianificazione ospedaliera dalle sollecitazioni dei processi di sviluppo spontaneo provocati o da una 'patologia' della domanda attuale o da una irrazionale disposizione dei servizi così come sono oggi operanti.

In questo senso elaborare un piano ospedaliero significa non già applicare meccanicamente alcuni indici prefabbricati di fabbisogno in posti-letto, ma considerare invece con intelligenza il ruolo che l'ospedale deve assumere nell'ambito di tutta la organizzazione sanitaria e, in maniera anche più comprensiva, il ruolo dell'ospedale nel tessuto civile della società in cui opera, prevedendo la evoluzione della domanda di assistenza nel settore e predisponendo quel complesso di interventi amministrativi, tecnici ed organizzativi che consentano di adeguare la rete degli esistenti servizi alle esigenze reali della popolazione".<sup>1</sup>

<sup>(\*)</sup> *Fondazione Smith Kline, Milano.*

<sup>1</sup> Cappelli A., Gugliormella G., Pellicelli G., Scanagatta A., *Elementi di metodologia della programmazione ospedaliera*, Fiaro, Roma, 1970 (cit. p. 44).

Questo brano è stato scritto trenta anni fa, quando era opinione diffusa che uno dei risultati più rilevanti della legge di riforma ospedaliera del '68 fosse quello di aver sottratto lo sviluppo della rete nosocomiale italiana alle irrazionali tendenze all'espansione spontanea per inserirlo in una logica di piano che tenesse conto dei reali bisogni dei cittadini e delle disponibilità finanziarie che la collettività nel suo complesso decideva di impegnare nel settore.

La convinzione era che restava da compiere uno sforzo fondamentale per consolidare nel nostro Paese, quasi totalmente privo di tradizione in materia, una dottrina della pianificazione dei servizi di ricovero attraverso un approfondimento metodologico delle tecniche di programmazione ospedaliera<sup>2</sup> e qualche meritorio tentativo in questa direzione, come il testo da cui è tratto il brano citato, fu fatto.

A metà degli anni ottanta, ampiamente superato il primo periodo di applicazione della L. 833/78, è però ormai consolidato uno diffuso scontento e si è fatto strada la convinzione che “allo stato attuale si sia arrivati non all'insegna di modelli razionali di programmazione e di scelta collettiva, bensì sotto lo stimolo di decisioni individuali o corporative, di volta in volta prese sotto il condizionamento di circostanze particolari nonché dell'alternarsi delle disposizioni di legge”.<sup>3</sup>

Nel frattempo è maturata la consapevolezza, basata anche sull'elaborazione di serie storiche ormai ampie di dati statistici nazionali, che l'evoluzione dell'attività degli ospedali pubblici e privati sembra rispondere più alle modificazioni intervenute nelle modalità di pagamento degli istituti che alle esigenze di razionalizzazione e di riconversione sentite nel sistema sanitario nel suo complesso<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> Ivi, pp. IX-X.

<sup>3</sup> Sterpi S., Dirindin N., “Pubblico e privato nella tutela della salute: il caso italiano fra competizione e integrazione”, in Maynard A. (a cura di), *Pubblico e privato nei sistemi sanitari*, Angeli, Milano, 1986, Collana Fondazione Smith Kline, pp. 57-82 (cit. p. 57).

<sup>4</sup> Ivi, p. 64 e, per un approfondimento del tema, Albini S., “Il finanziamento degli ospedali”, in questo stesso volume, e Vanara F., “Sistemi di pagamento e reazione delle strutture di offerta: indicazioni della letteratura teorica”, *Mecosan*, 19, 1996, pp. 116-122.

L'ipotesi è peraltro confermata dalle innovazioni più recenti introdotte nel sistema di remunerazione.<sup>5</sup>

Un'occasione per rilanciare i temi propri della programmazione, prospettando l'adozione di criteri capaci di garantire l'efficiente utilizzo delle risorse e assicurare l'efficacia dei risultati, poteva essere rappresentata dal programma straordinario decennale di investimenti introdotto dall'art. 20 della L. 67/88, per un importo complessivo di 30.000 miliardi di lire destinati ad interventi di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico. Al riguardo si parla di "svuotamento della programmazione": "vi è stato un continuo rinvio del processo di programmazione a fasi successive o a diversi livelli di governo fino al punto di non sapere più quale fosse il luogo della programmazione (...). La messa a punto e la gestione di un piano richiede una amministrazione molto efficiente, preparata in tecniche di programmazione e capace di effettuare controlli. In realtà nella nostra amministrazione pubblica non esiste né una cultura della programmazione né una cultura della valutazione".<sup>6</sup>

Passando attraverso le speranze di fine anni sessanta e le disillusioni dei decenni successivi, si arriva ai giorni nostri,

<sup>5</sup> Analizzando l'evoluzione dell'assistenza ospedaliera nella seconda metà di questo secolo, Guzzanti scrive "il sistema di finanziamento ha una forte capacità di orientare, in una direzione o nell'altra, il tipo, la quantità, la durata, la sede e le modalità di svolgimento delle attività e delle prestazioni sanitarie" ("L'evoluzione e le prospettive della assistenza ospedaliera in Italia: considerazioni e proposte", *Ricerca sui Servizi sanitari*, 1997, I, 1 pp. 15-66; cit. p. 29).

<sup>6</sup> Tale esplicita denuncia di "programmazione mancata" viene da G. Mele e C. Virno, componenti del Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici che hanno partecipato all'istruttoria dei progetti esecutivi del programma straordinario di investimenti sanitari ("La programmazione mancata: il caso degli investimenti pubblici nel settore sanitario", *Economia Pubblica*, 1995, XXV, 1, pp. 67-106; cit. pp. 103 e 104).

Sembrano esprimersi in tal senso anche documenti ufficiali come il Piano sanitario nazionale 1994-1996 (p. 7): "Le uniche norme di pianificazione sanitaria sin qui emanate, contenute nella legge 595/85 e nella più recente legge 412/91, riguardano solo l'organizzazione della rete ospedaliera: previsioni ancora oggi attuali, ma non del tutto attuate, in particolare per quanto riguarda la parte di carattere precettivo relativa alla riconversione delle strutture per alcuni sottodimensionate o sottoutilizzate, da adibire a funzioni riabilitative o di lungadegenza".

con il Piano sanitario nazionale 1998-2000, nel quale è richiamato il ruolo che la programmazione dovrebbe svolgere ed è scritto che “la riallocazione delle risorse, da realizzarsi attraverso l’elaborazione di programmi che favoriscano un diffuso coordinamento intra e inter aziendale, deve prevedere il potenziamento dell’assistenza in regime di ricovero diurno (in alternativa alla degenza ordinaria), lo sviluppo di interventi di riabilitazione e lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare (in alternativa alle prestazioni per acuti), la diffusione dell’assistenza integrata a domicilio (in alternativa a quella residenziale) ... (p. 62). Al fine di orientare l’allocazione delle risorse alla realizzazione della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, le Regioni provvedono a definire linee di indirizzo per l’individuazione delle priorità assistenziali verso cui indirizzare le risorse, relativamente alle funzioni e alle attività da potenziare (...) o da depotenziare (come l’assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario) (p. 72). L’Istituto dell’accreditamento risponde all’esigenza di operare il processo di selezione degli erogatori attraverso criteri di qualità dell’assistenza. Viene realizzato in armonia con le esigenze di programmazione della rete di servizi, tenuto conto dei bisogni della popolazione assistita, dei livelli di assistenza da garantire e delle risorse finanziarie disponibili (p. 73)”.

Interessante ai fini di questo volume, è l’analisi di alcuni significativi documenti programmatori regionali, volta a far emergere le linee di tendenza evolutive e le dinamiche del settore ospedaliero che, sperabilmente, in tempi più o meno brevi, dovrebbero realizzarsi: i disegni tracciati sono, nelle logiche di fondo, volti a delineare situazioni desiderabili.

## 2. *La programmazione ospedaliera della Regione Piemonte 2000/2003: una consistente contrazione dell’attività di ricovero e della spesa*

La Regione Piemonte ha elaborato un documento di “Programmazione sanitaria 2000/03” che, uscito nel gennaio 2000, traccia le linee evolutive lungo le quali deve svilupparsi il Servizio sanitario regionale nei prossimi anni.

Le strategie ospedaliere delineate prevedono una consistente trasformazione dell'attività erogata in regime di *day hospital* in trattamenti ambulatoriali e dell'attività di ricovero ordinario in ricoveri a ciclo diurno, con gli effetti complessivi illustrati nel seguito.<sup>7</sup>

a) *Trasformazione di day hospital in prestazioni ambulatoriali*. La prima azione concreta per razionalizzare l'attività ospedaliera consiste nel convertire i ricoveri a ciclo diurno considerati impropri dalle Società scientifiche in prestazioni ambulatoriali.

All'interno della produzione ospedaliera diretta a ciclo diurno del 1998, disaggregata per interventi chirurgici e medici e per classi di peso Drg (maggiore di 2, compreso fra 2 e 0,9 e minore di 0,9), sono individuate le prestazioni di *day hospital* effettuabili in regime ambulatoriale, ridotte all'80% considerando la peculiarità dei casi clinici che, per le particolari condizioni anagrafiche e/o patologiche, possono richiedere in ogni caso il ricovero.

È prevista la trasformazione del 54% dei *day hospital* in prestazioni ambulatoriali (121.186 casi, la maggior parte dei quali – 73.713, il 61% del totale – rappresentata da trattamenti medici di bassa complessità, ossia con peso < 0,9), con una riduzione della spesa per l'attività di *day hospital* pari al 38% (- 126 miliardi di lire, il 4% per i chirurgici e ben il 59% per i medici) (Tab. 1).

b) *Trasformazione di ricoveri ordinari chirurgici in day surgery*. Nell'ambito della produzione ospedaliera diretta di interventi chirurgici 1998 per classi di peso Drg, sono individuate, secondo l'elenco proposto dalla Federazione Italiana di *Day Surgery*, le codifiche degli interventi principali effettuabili in *day surgery*. La quantità di ricoveri ordinari chirurgici convertibili così calcolata è ridotta all'80%, sulla base delle medesime considerazioni espresse al punto precedente.

<sup>7</sup> Le azioni correttive, per le quali nel presente saggio si riportano i valori quantitativi aggregati a livello regionale, sono state calate nelle singole aziende sanitarie regionali sia territoriali che ospedaliere, per ciascuna delle quali è stato elaborato un documento specifico con la quantificazione dei risultati delle diverse azioni a livello aziendale.

TAB. 1 *Trasformazione di day hospital in prestazioni ambulatoriali (v. par. 2.a)*

TIPO	DATI	DAY HOSPITAL TRASFORMATI			DAY HOSPITAL %		
		PESO >2	2> PESO >0,9	PESO <0,9	TOTALE	1998	TRASFOR.
<i>Chirurgico</i>	casi	48	207	1.694	1.949	48.648	4
	giornate	69	315	2.272	2.656	75.588	4
	peso	112	284	1.049	1.446	40.526	4
	valore	324	841	3.265	4.431	122.965	4
<i>Medico</i>	casi	1.575	43.950	73.713	119.238	175.877	68
	giornate	5.463	112.625	149.161	267.249	443.259	60
	peso	6.086	53.815	45.729	105.630	157.665	67
	valore	4.008	49.597	68.346	121.951	207.610	59
<i>Totale</i>	casi	1.623	44.157	75.406	121.186	224.525	54
	giornate	5.532	112.940	151.433	269.905	518.847	52
	peso	6.199	54.099	46.778	107.076	198.191	54
	valore	4.332	50.438	71.611	126.382	330.575	38

Fonte: Regione Piemonte, *Programmazione sanitaria 2000/03*, p. 6.

La trasformazione riguarda complessivamente 64.770 casi, il 35% dei ricoveri chirurgici, e comporta una riduzione di spesa di 241 miliardi di lire (- 22%), generando una nuova spesa per *day surgery* di soli 169 miliardi di lire (- 72 miliardi di lire, pari al 70% della spesa sostenuta in precedenza) (Tab. 2).

c) *Trasformazione di ricoveri ordinari medici in day hospital.* Una ulteriore revisione della produzione di ricoveri ordinari è compiuta attraverso la conversione in ricoveri a ciclo diurno del 50% delle prestazioni effettuate con degenza di 2-3 giorni (escluso decesso o trasferimento) attribuiti a Drg aventi degenza effettiva media regionale superiore al doppio della degenza rilevata.

L'operazione comporta la trasformazione complessiva di 18.455 casi di ricovero ordinario medico (5%) ed una riduzione della spesa da 75 miliardi di lire a 17 (il 22,7% della precedente) (Tab. 3).

d) *Trasformazione di ricoveri ordinari medici in prestazioni ambulatoriali o di assistenza residenziale o di cure domiciliari.* Il rimanente 50% della casistica particolare di ricoveri medici di cui al punto precedente viene trasformata per la metà (25% del totale) in prestazioni ambulatoriali: questo comporta la

TAB. 2 Trasformazione di ricoveri ordinari chirurgici in day surgery (v. par. 2.b)

DATI	RICOVERI ORDINARI CHIRURGICI TRASFORMATI		RICOV. ORD. CHIR. 1998	%	DAY SURGERY NUOVI		TOTALE
	PESO >2	PESO <0,9			2> PESO >0,9	PESO <0,9	
<i>casì</i>	4.134	44.100	187.166	35	16.536	44.100	64.770
<i>giornate</i>	49.694	159.575	1.592.932	20	16.536	44.100	64.770
<i>peso</i>	10.805	30.925	270.683	22	18.770	30.295	59.871
<i>valore</i>	45.882	117.962	1.100.993	22	54.037	82.573	168.727

Fonte: Regione Piemonte, *Programmazione sanitaria 2000/03*, p. 6.

TAB. 3 Trasformazione di ricoveri ordinari medici in day hospital (v. par. 2.c)

DATI	RICOVERI ORDINARI MEDICI TRASFORMATI		RICOV. ORD. MED. 1998	%	DAY HOSPITAL NUOVI		TOTALE
	PESO >2	PESO <0,9			2> PESO >0,9	PESO <0,9	
<i>casì</i>	199	10.770	352.368	5	7.487	10.770	18.455
<i>giornate</i>	487	24.447	2.892.298	1	14.973	21.539	36.910
<i>peso</i>	576	7.261	326.432	5	9.330	7.261	17.166
<i>valore</i>	2.391	33.451	1.354.286	6	7.037	10.123	17.348

Fonte: Regione Piemonte, *Programmazione sanitaria 2000/03*, p. 7.

conversione di 9.228 casi (il 3% della casistica totale) che assorbono 37,6 miliardi di lire (il 3% del relativo totale) (Tab. 4, parte a).

Anche il 50% dei ricoveri ordinari medici di durata 0-1 giorno (escluso decesso o trasferimento) è trasformato in prestazioni ambulatoriali: 16.853 casi (5%) per complessivi 8 miliardi di lire (1%) (Tab. 4, parte b).

È, inoltre, prevista la trasformazione del 20% dei ricoveri ordinari medici ripetuti (stessa persona, stesso istituto, stessa *Major Diagnostic Category*) di oltre 2 giorni di degenza in

TAB. 4 *Trasformazione di ricoveri ordinari medici in prestazioni ambulatoriali o di assistenza residenziale o di cure domiciliari (v. par. 2.d)*

a) *Ricoveri 2-3 giorni*

	RICOVERI ORDINARI MEDICI TRASFORMATI				RICOV.ORD. MEDICI '98	%
	PESO >2	2 > PESO >0,9	PESO <0,9	TOTALE		
casi	100	3.743	5.385	9.228	352.368	3
giornate	243	9.097	12.224	21.564	2.892.298	1
peso	288	4.665	3.630	8.583	326.432	3
valore	1.196	19.676	16.726	37.598	1.354.286	3

b) *Ricoveri 0-1 giorno*

	RICOVERI ORDINARI MEDICI TRASFORMATI				RICOV.ORD. MEDICI '98	%
	PESO >2	2 > PESO >0,9	PESO <0,9	TOTALE		
casi	137	2.994	13.723	16.853	352.368	5
giornate	137	2.994	13.723	16.853	2.892.298	1
peso	395	3.744	7.808	11.947	326.432	4
valore	83	1.325	6.506	7.914	1.354.286	1

c) *Ricoveri ripetuti*

	RICOVERI ORDINARI MEDICI TRASFORMATI				RICOV.ORD. MEDICI '98	%
	PESO >2	2 > PESO >0,9	PESO <0,9	TOTALE		
casi	352	6.354	4.451	11.157	352.368	3
giornate	7.056	80.892	33.741	121.689	2.892.298	4
peso	1.161	8.347	2.880	12.389	326.432	4
valore	5.099	34.896	13.296	53.292	1.354.286	4

Fonte: Regione Piemonte, *Programmazione sanitaria 2000/03*, pp. 7-8.

ricoveri presso le residenzialità sanitarie e/o in interventi di assistenza domiciliare integrata, attribuiti però nelle stime successive ai trattamenti ambulatoriali: 11.156 casi (3%) per 53 miliardi di lire (4%) (Tab. 4, parte c).

Complessivamente, si registra una riduzione di 37.237 casi e di 99 miliardi di lire.

e) *Riepilogo degli interventi precedenti*. Le conversioni ipotizzate sono riepilogate nella Tab. 5, strutturata per tipologia di intervento:

- i ricoveri effettuati in regime di *day hospital* passano da 224.525 casi a 186.563 (-17%) per effetto di una riduzione dovuta al passaggio ad attività ambulatoriale del 54% dei casi, compensata però in parte dall'aumento di interventi assorbiti da ricoveri ordinari chirurgici (29%) e ricoveri ordinari medici di 2-3 giorni (8%); questa trasformazione comporta un aumento di spesa del 18% (da 330 a 390 miliardi di lire), dovuta all'incremento consistente di spesa della *day surgery* che, pur riguardando solo 64.770 casi, assorbe 169 miliardi di lire, superando quindi la contrazione legata alla trasformazione di attività di *day hospital* in ambulatoriale (126 miliardi di lire);

- i ricoveri ordinari scendono da 539.534 a 419.072 (-22%), trasformandosi in *day hospital* medico (3,4%), *day surgery* (12%), prestazioni ambulatoriali, di assistenza residenziale o di cure domiciliari (7%); in questo caso si registra anche una riduzione della spesa, che passa da 2.455 miliardi di lire a 2.040 (-17%);

- complessivamente, si registra una riduzione del numero di ricoveri del 21% (da 764.059 a 605.635) e della spesa del 13% (da 2.786 miliardi di lire a 2.430).

f) *La specialistica ambulatoriale*. La specialistica ambulatoriale è il settore nel quale si ripongono le maggiori aspettative riguardo alla possibilità di ridurre i ricoveri ospedalieri. Sulla base degli interventi descritti in precedenza:

- la conversione della produzione erogata in regime di *day hospital* in ambulatoriale (v. punto a) comporta la riduzione di 269.905 giornate di *day hospital*, pari a 126 miliardi di lire, in 1.619.430 prestazioni erogate ambulatorialmente (si ipotizza un numero di 6 prestazioni per singolo accesso in *day hospital*); il costo medio atteso di ogni prestazione ambu-

TAB. 5 Riepilogo degli interventi di trasformazione

RICOVERI	TIPO	DATI	SITUAZIONE 1998	A) D IN AMB.	TRASFORMAZIONI			RISULTATO
					B) ORD. CHIR. IN DS	C) ORD.MED. IN DH	D) ORD.MED. IN AMB./TERR.	
<i>Day hospital</i>	Chirurgico	casi	48.648	-1.949	64.770	-	-	111.469
		giornate	75.588	-2.656	64.770	-	-	137.702
		peso	40.526	-1.446	59.871	-	-	98.951
	Medico	valore	122.965	-4.431	168.727	-	-	287.261
		casi	175.877	-119.238	-	18.455	-	75.094
		giornate	443.259	-267.249	-	36.910	-	212.920
	Totale	peso	157.665	-105.630	-	17.166	-	69.201
		valore	207.610	-121.951	-	17.348	-	103.007
		casi	224.525	-121.187	64.770	18.455	-	186.563
giornate		518.847	-269.905	64.770	36.910	-	350.622	
peso		198.191	-107.076	59.871	17.166	-	168.152	
valore		330.575	-126.382	168.727	17.348	-	390.268	
<i>Ordinari</i>	Chirurgico	casi	187.166	-	-64.770	-	-	122.396
		giornate	1.592.932	-	-323.771	-	-	1.269.161
		peso	270.683	-	-59.871	-	-	210.812
	Medico	valore	1.100.993	-	-241.039	-	-	859.954
		casi	352.368	-	-	-18.455	-	296.676
		giornate	2.892.298	-	-	-43.128	-	2.689.064
	Totale	peso	326.432	-	-	-17.166	-	276.347
		valore	1.354.286	-	-	-75.195	-	1.180.287
		casi	539.534	-	-64.770	-18.455	-	419.072
<i>Totale</i>	giornate	4.485.230	-	-323.771	-43.128	-	3.958.225	
	peso	597.115	-	-59.871	-17.166	-	487.159	
	valore	2.455.279	-	-241.039	-75.195	-	2.040.241	
<i>Totale</i>	casi	764.059	-121.187	0	0	0	605.635	
	giornate	5.004.077	-269.905	-259.001	-6.218	-	4.308.847	
	peso	795.306	-107.076	0	0	-	655.311	
		valore	2.785.854	-126.382	-72.312	-57.847	2.430.509	

Fonte: Regione Piemonte, Programmazione sanitaria 2000/03, p. 8.

latoriale è di 25.850 lire nel 2003 (+ 10% rispetto alle 23.500 lire del 1998); quindi, si ha una spesa di 42 miliardi di lire (il 33% della precedente), con una riduzione di 84;

- la conversione descritta al punto d) comporta la trasformazione di 160.106 giornate di degenza (= 21.564 di ricoveri ordinari 2-3 giorni + 16.853 di ricoveri ordinari medici 0-1 giorno + 121.689 di ricoveri medici ripetuti) in 960.636 prestazioni ambulatoriali (si ipotizza un numero di 6 prestazioni per singola giornata di ricovero ordinario); la spesa si riduce a 25 miliardi di lire, il 25% della precedente (pari a 99 miliardi di lire).

g) *Effetti complessivi*. In definitiva, le manovre suggerite comportano:

- una trasformazione di 269.905 giornate di *day hospital* in 1.619.430 prestazioni ambulatoriali e di 160.106 giornate di degenza di ricovero ordinario medico breve in 960.636 prestazioni ambulatoriali;

- una trasformazione di 64.770 casi di ricovero ordinario chirurgico in *day surgery*;

- una trasformazione di 18.455 casi di ricovero ordinario medico in *day hospital*;

- una riduzione della spesa di 289 miliardi di lire, da 2.786 miliardi a 2.497 (= 2.430 + 42 + 25).

### 3. *La programmazione ospedaliera della Regione Friuli-Venezia Giulia 2000-2002: un forte richiamo alla collaborazione fra strutture*

Nel Piano sanitario regionale 2000-2002 (“Piano di intervento a medio termine per l’assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria per il triennio 2000-2002”), la Regione Friuli-Venezia Giulia traccia un quadro di sviluppo del livello “assistenza ospedaliera” che, partendo dall’analisi epidemiologica dello stato di salute e dei bisogni della popolazione e passando attraverso i principi ed i criteri per il disegno della rete ospedaliera, ricompone un rapporto fra domanda ed offerta fortemente volto all’integrazione dei servizi ed alla collaborazione fra le strutture.

a) *Azioni per la trasformazione ed il contenimento dei ricoveri.* Dall'analisi epidemiologica dello stato di salute della popolazione emergono indicazioni di utilizzo improprio del ricovero ospedaliero e, per il triennio 2000-2002, pur confermando sul lungo periodo il valore di 160 ricoveri per 1000 abitanti previsto dalla normativa nazionale, il valore massimo del tasso di ospedalizzazione è fissato in 170 per 1000 abitanti, che implica una riduzione di almeno 17.000 ricoveri rispetto a quelli registrati nel 1999.

Dalle analisi sviluppate, emerge che le tipologie di ricovero per le quali è opportuno intraprendere azioni di contenimento, ovvero di trasformazione in un livello assistenziale più appropriato – *day hospital* anziché ricovero ordinario breve e trattamento ambulatoriale anziché *day hospital* – senza dequalificare l'assistenza erogata, sia in termini qualitativi che di efficacia, sono le seguenti:

- *day hospital* medico con un unico accesso;
- *day hospital* chirurgico;
- ricoveri ordinari, medici e chirurgici, con degenza di due giorni;
- ricoveri ordinari medici con degenza superiore a due giorni, ma di basso impegno e affrontabili ambulatorialmente; tra questi le maggiori probabilità di riduzione sono da ricercarsi nei ricoveri attribuiti ai Drg riportati in Tab. 6.

Le azioni efficaci da intraprendere per contenere i ricoveri ospedalieri sono sintetizzate nella Tab. 7.

b) *Linee di indirizzo per l'offerta.* Nel Piano vengono precisati elementi di indirizzo e criteri-guida che sono coerenti con la normativa nazionale e regionale più recente e tengono conto dell'esperienza maturata con l'applicazione del Piano precedente, tra cui:

- la degenza ospedaliera deve essere prevalentemente rivolta ai casi acuti e vanno incentivate le soluzioni alternative perseguibili a livello domiciliare e residenziale (già attuate con esito positivo in diversi distretti regionali);
- nella ricerca dell'efficienza dei servizi di diagnosi e cura senza posti letto, è necessario superare la visione autarchica di singolo presidio e, in taluni casi, di singola azienda: sono possibili consistenti azioni di razionalizzazione organizzativa

TAB. 6 Drg cui sono attribuiti ricoveri ordinari medici con degenza superiore a due giorni, ma di basso impegno, che hanno le maggiori probabilità di poter essere trasformati in trattamenti ambulatoriali

---

65	alterazioni dell'equilibrio
66	epistassi
88	malattia polmonare cronica ostruttiva
96	bronchite e asma, età > 17 con cc
97	bronchite e asma, età > 17 senza cc
132	aterosclerosi, con cc
133	aterosclerosi, senza cc
134	ipertensione
142	sincope e collasso, senza cc
182	esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'app. digerente, età > 17 con cc
183	esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'app. digerente, età > 17 senza cc
184	esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'app. digerente, età < 18
243	affezioni mediche del dorso
246	artropatie non specifiche
284	malattie minori della pelle senza cc
294	diabete, età > 35
295	diabete, età < 36
301	malattie endocrine, senza cc
426	nevrosi depressive
427	nevrosi eccetto nevrosi depressive

---

Fonte: Regione Friuli-V. Giulia, *Piano sanitario regionale 2000-2002*, p. 46.

TAB. 7 Azioni efficaci da intraprendere per contenere i ricoveri ospedalieri

- 
- interventi di sanità pubblica (vaccinazione antinfluenzale, uso delle cinture di sicurezza, uso del casco per motociclisti e ciclisti);
  - sensibilizzazione dei medici di base: per alcune condizioni (epilessia, asma, diabete, ...) con corsie preferenziali nella consultazione di specialisti e nell'accesso ai servizi;
  - educazione sanitaria a gruppi selezionati di pazienti sulla conoscenza della malattia e sull'uso dei farmaci (es.: diabetici);
  - assistenza domiciliare (per dimissioni precoci, pazienti a breve aspettativa di vita, nutrizione artificiale, ossigeno terapia, emodialisi e dialisi peritoneale), anche programmando visite di routine a pazienti selezionati dimessi senza la segnalazione di particolari esigenze;
  - allarmi personali domiciliari (telesoccorso, telecontrollo);
  - incremento dei letti ospedalieri di osservazione affiancati al pronto soccorso e rafforzamento del pronto soccorso;
  - assessment geriatrico inteso come l'identificazione dei bisogni degli anziani (cura, riabilitazione, ausili, educazione sanitaria, ...) e la presenza e disponibilità di servizi che possano facilmente rispondere a questi bisogni con interventi tempestivi;
  - linee guida (oltre a quelle ricomprese nei punti precedenti).
- 

Fonte: Regione Friuli-V. Giulia, *Piano sanitario regionale 2000-2002*, pp. 46, 47.

senza determinare conseguenze negative nell'impatto con l'utenza e con le comunità locali, essendo comunque garantite le stesse prestazioni;

- riguardo alla dimensione, la dotazione minima di 250 posti letto per ogni ospedale di rete, così come le dotazioni minime per specifiche unità operative, devono essere riviste alla luce della consistente diminuzione dei ricoveri e della degenza media ed allo sviluppo di *day hospital/day surgery*, cui si aggiunge la spinta ad una sempre maggiore dotazione tecnologica degli ospedali del futuro ed allo sviluppo della chirurgia microinvasiva, che consente di ridurre la permanenza in ospedale e trattare ambulatorialmente una casistica più ampia. Tutti questi fattori stanno determinando una rilevante riduzione della struttura ospedaliera che in molti casi consente un dimensionamento dei presidi anche al di sotto dei 250 posti letto, senza compromettere i requisiti di sicurezza richiesti;

- non necessariamente la presenza di una funzione ospedaliera implica l'esistenza dell'unità operativa specifica (con l'assegnazione di tutti i fattori produttivi che usualmente le si associano): le funzioni "possono" e spesso "devono" collocarsi nell'ambito di una disciplina generale e la messa in comune di risorse, spazi, tecnologie e personale e l'adozione di protocolli e percorsi diagnostici costituiscono il nuovo modello organizzativo flessibile integrato a "rete";

- il modello dipartimentale deve diventare il cardine della nuova organizzazione ospedaliera: essere lo strumento gestionale/strutturale per superare la preesistente organizzazione divisionale, conferendo maggiore flessibilità ed efficienza all'utilizzo dei fattori produttivi e contribuendo ad orientare maggiormente le strutture alle esigenze dei pazienti;

- riguardo alla dotazione in alte tecnologie, se si assiste alla diffusione di alcune apparecchiature (come la Tac) anche negli ospedali di rete, per altre, più complesse ed a meno frequente utilizzo, che richiedono un contesto ospedaliero specifico (come la camera iperbarica e la tomografia ad emissione di positroni), è necessaria una collocazione coerente con il mandato istituzionale e, quindi, con le gerarchie previste nella rete ospedaliera regionale, e comunque in strutture atte a garantirne sicurezza, efficienza ed efficacia;

- la programmazione deve perseguire l'obiettivo di riequilibrare la presenza dell'offerta privata indirizzando l'accreditamento verso i settori carenti e le funzioni finalizzate alla deospedalizzazione, riducendo le eterogeneità presenti in alcune aree territoriali e l'eccesso di domanda impropriamente indotta;

- si intende favorire le iniziative di creazione di società miste a capitale pubblico e privato per la gestione in comune di quote di assistenza sanitaria, ove risulti di reciproco interesse la collaborazione gestionale.

c) *Mandato istituzionale e funzioni degli ospedali.* Il Piano stabilisce per gli ospedali differenti livelli di mandato istituzionale e tipologie di funzioni. Riguardo a queste ultime, vengono dettagliatamente specificate per ogni singola struttura regionale le:

- 1) funzioni essenziali che devono essere obbligatoriamente garantite;

- 2) funzioni che possono essere mantenute o attivate nell'ambito dell'autonomia aziendale, previo rispetto dei criteri indicati nel Piano;

e si determinano, di conseguenza, le funzioni che non possono essere attivate in alcuni ospedali in quanto già garantite da altre strutture.

Nel Piano non sono indicati, per le diverse funzioni, né la formula organizzativa, né il numero di unità operative, né il numero di posti letto, elementi che vengono demandati all'autonomia aziendale, ferma restando l'obbligatorietà di garantire la degenza nei casi espressamente indicati.

Gli ospedali di rete costituiscono il primo livello di assistenza ospedaliera e sono indirizzati ad erogare prestazioni di diagnosi e cura connesse alle funzioni di base (Tab. 8).

Essi sono strettamente integrati con le funzioni distrettuali e collegati funzionalmente agli ospedali di rilievo regionale e nazionale.

Nell'ambito della propria autonomia, l'azienda può prevedere la presenza di alcune funzioni (funzioni facoltative) di supporto, di funzioni specialistiche senza degenza o con degenza ordinaria e/o, prioritariamente, con degenza diurna di oculistica, otorinolaringoiatria, urologia e neurologia; la

TAB. 8 *Funzioni essenziali che l'ospedale di rete deve garantire*

- 
- Pronto soccorso e osservazione temporanea
  - Area dell'emergenza con guardia attiva con posti letto per terapia intensiva e subintensiva
  - Medicina generale con degenza
  - Cardiologia
  - Oncologia
  - Recupero e riabilitazione funzionale
  - Chirurgia generale con degenza
  - Ortopedia e traumatologia con degenza
  - Ostetricia e ginecologia con degenza
  - Pediatria con degenza
  - Anestesia e rianimazione con guardia attiva
  - Radiologia
  - Laboratorio analisi
  - Medicina trasfusionale, collegata al Servizio immunotrasfusionale dell'ospedale di riferimento
  - Emodialisi
  - Farmacia (funzione organizzata su base aziendale)
  - Direzione sanitaria (a livello di singolo stabilimento)
  - Anatomia patologica (garantiti dall'ospedale di riferimento gli esami al congelatore e l'accertamento diagnostico).
- 

Fonte: Regione Friuli-V. Giulia, *Piano sanitario regionale 2000-2002*, pp. 56 e 57.

necessità del mantenimento o l'eventuale necessità dell'attivazione di funzioni facoltative deve avvenire prioritariamente mediante accordi con le aziende ospedaliere di riferimento.

Gli ospedali di rilievo regionale, oltre ad essere caratterizzati dalla presenza obbligatoria di tutte le funzioni di base proprie degli ospedali di rete, sono dotati, in ragione del loro bacino d'utenza, di ulteriori funzioni specialistiche obbligatorie, nonché di altre facoltative che possono costituire riferimento anche per altri ospedali.

Gli ospedali di rilievo nazionale, oltre ad essere caratterizzati dalla presenza obbligatoria di tutte le funzioni di base proprie degli ospedali di rete e delle funzioni proprie degli ospedali di rilievo regionale, presentano il più alto livello di complessità di assistenza ospedaliera presente in Regione ed hanno un ambito geografico di riferimento identificabile nel-

l'intero territorio regionale o sono caratterizzati dalla presenza dell'Università.

Nella definizione dei diversi livelli di mandato istituzionale, nel Piano sono esplicitati elementi di coordinamento e integrazione per le diverse realtà aziendali, che tengono conto dei bacini geografici di riferimento e della necessità di assicurare una risposta coordinata ai bisogni dell'utenza, evitando duplicazioni e dispersione di risorse tecnologiche e di competenze professionali.

Sono sollecitati, tra l'altro, accordi interaziendali per realizzare organizzazioni dipartimentali interaziendali e per la definizione di protocolli e linee guida (per le dimissioni protette, i percorsi ambulatoriali e diagnostici preferenziali, ...) al fine di realizzare un'integrazione secondo il modello dell'area vasta.<sup>8</sup>

#### 4. *La programmazione ospedaliera della Regione Lazio 2000-2002: promozione di qualità, efficacia, appropriatezza, equità*

Nella "Proposta del Piano sanitario regionale del triennio 2000-02" della Regione Lazio, è rilevato che sia l'offerta (posti letto attivi presso le strutture pubbliche e private accreditate) sia la domanda soddisfatta (numero di ricoveri) di assistenza

<sup>8</sup> Ad esempio, per quanto riguarda l'integrazione di area vasta, l'azienda ospedaliera mista Ospedali Riuniti di Trieste deve sviluppare:

- i rapporti con la azienda sanitaria n.1, consolidando ed ampliando i programmi già avviati in oncologia, cardiologia, diabetologia, emergenza e anziani; gli obiettivi della collaborazione sono orientati a definire percorsi diagnostici di accesso dell'utenza, protocolli e linee-guida;
- la collaborazione con l'Irccs Burlo Garofolo, procedendo all'integrazione dei servizi diagnostici (radiologia, laboratorio di analisi, medicina trasfusionale, anatomia patologica) e di alcune attività cliniche (tra cui, oncematologia, oculistica, otorinolaringoiatria, chirurgia maxillo-facciale, odontostomatologia);
- i rapporti con l'azienda sanitaria n. 2, che devono essere orientati a concretizzare le collaborazioni in tema di cardiologia (con particolare riferimento alle attività complesse), oncologia e radioterapia, "stroke unit", anatomia patologica, medicina trasfusionale, medicina nucleare e fisica sanitaria.

ospedaliera per acuti a carico del Ssn risultano largamente eccedenti rispetto ai bisogni stimati della popolazione, nonché ai valori di riferimento definiti a livello nazionale (il tasso di ospedalizzazione per 1000 abitanti è 209,3 nel 1997 e 213,4 nel 1998).

L'analisi dei dati mette in luce consistenti aree di inappropriatazza, relative, per esempio, all'uso del ricovero diurno (o addirittura del ricovero breve) per l'assistenza a patologie e condizioni trattabili ambulatorialmente. Inoltre, l'articolazione territoriale dell'offerta e della risposta ai bisogni evidenzia ancora notevoli squilibri, con la permanenza anche di strutture che non sono in grado di garantire *standard* accettabili di qualità.

Il modello di offerta ospedaliera laziale che si intende costruire si fonda sui seguenti criteri generali:

- creare una rete integrata di presidi ospedalieri con funzioni differenziate;
- definire criteri di accreditamento per le strutture ospedaliere che prevedano livelli diversi di complessità assistenziale;
- definire criteri di processo, prodotto ed esito per l'accreditamento di funzioni specialistiche ospedaliere;
- integrare le funzioni specialistiche ospedaliere con le attività territoriali.

Sono, inoltre, previsti interventi finalizzati alla concentrazione di alcune funzioni specialistiche ospedaliere ed alla definizione di volumi minimi di attività come requisito per l'accreditamento.

Gli specifici obiettivi del Piano vengono raggruppati in cinque aree, articolate a loro volta in obiettivi ed interventi, per alcune delle quali si richiamano nel seguito elementi di approfondimento.

1) *Aumento della qualità dei trattamenti erogati in ospedale.*

Tra i sette obiettivi inseriti in questa area, vi sono:

- ridurre a meno del 2% il tasso di ri-ospedalizzazione a 30 giorni dopo interventi di colecistectomia ed appendicectomia;
- ridurre a zero gli eventi di morte materna "evitabile";
- garantire che la proporzione di ricoveri per acuti con diagnosi selezionate (fratture, accidenti cerebrovascolari acuti)

seguiti da ricoveri in riabilitazione sia non inferiore al 30%.

Il raggiungimento degli obiettivi si basa sulla definizione dei criteri e sull'avvio del processo di accreditamento istituzionale. Fra i sei interventi specifici previsti, vi sono:

a) la definizione, per le aree assistenziali di maggior rilievo, di criteri di classificazione delle strutture, dei requisiti necessari per accedere ai diversi livelli di accreditamento e dei relativi indicatori di struttura, processo, prodotto e risultato;

b) la pubblicizzazione dei risultati della valutazione comparativa dei soggetti erogatori rispetto agli indicatori selezionati.

2) *Estensione dei trattamenti di efficacia dimostrata e riduzione dei trattamenti di efficacia non dimostrabile in rapporto alle condizioni cliniche.* Tra gli undici obiettivi inseriti in questa area, vi sono:

- garantire almeno 2.500 interventi di craniotomia (Drg 1-3) per anno;

- favorire non più di 12.000 interventi di taglio cesareo (Drg 370 e 371) per anno.

Il raggiungimento degli obiettivi si basa, oltre che sui necessari interventi di promozione della medicina basata sulle evidenze, sulla progettazione e sull'adozione di un sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera strutturato come segue.

a) Classificazione dei soggetti erogatori, sulla base delle capacità assistenziali e della complessità organizzativa (non di caratteristiche giuridico-amministrative).

b) Programmazione della quantità di prestazioni: il Servizio sanitario regionale programma la quantità di prestazioni offerta alla popolazione, per classe di soggetti erogatori e per tipo di prestazione (singolo Drg o raggruppamenti di Drg).

Il processo di determinazione delle quantità programmate, che a regime deve essere basato esclusivamente sulla stima dei bisogni di salute della popolazione, sulle conoscenze disponibili circa l'efficacia dei trattamenti e sul rapporto tra il loro costo e la loro utilità, è inizialmente sviluppato a partire dalla domanda espressa di prestazioni.

In questo modo viene avviata la prima fase di un processo di prioritizzazione esplicita delle prestazioni erogate a carico del Ssn e si inizia anche ad introdurre una articolazione per

gruppi di popolazione residente di alcune prestazioni per promuovere una maggior equità nella accessibilità a prestazioni appropriate ed efficaci.

c) Modulazione tariffaria: ciascun soggetto erogatore viene remunerato al valore massimo delle tariffe specifiche per classe e per tipo di prestazione solo quando l'insieme dei soggetti erogatori della classe produce una quantità di prestazioni specifiche per Drg corrispondente o inferiore alla quantità programmata. Se è superiore, tutti i soggetti della classe vengono remunerati a tariffa modulata in modo tale che la spesa programmata per classe e prestazione non venga superata. La programmazione della quantità programmata è uno strumento di prioritarizzazione, per incentivare prestazioni appropriate e di qualità. Sono inoltre introdotti strumenti di compensazione esplicita per regolare la competizione e prevenire comportamenti opportunistici ed il sorgere di posizioni dominanti.

3) *Riduzione del numero di trattamenti erogati a livelli assistenziali inappropriati.* Oltre che sui necessari interventi di promozione della medicina basata sulle evidenze e sull'adozione del sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera descritti al punto precedente, il raggiungimento dei diciotto obiettivi compresi in questa area (fra cui ridurre il tasso di ospedalizzazione per acuti a non più del 185%) si basa sulla definizione dell'organizzazione regionale della funzione di controllo esterno, e sulla promozione della qualità dell'assistenza erogata.

4) *Riduzione, ove presenti, delle disparità nell'accesso a prestazioni efficaci legate all'area di residenza e/o al livello socio-economico.*

5) *Miglioramento della qualità dell'informazione sugli episodi di ricovero, in particolare riduzione degli episodi di manipolazione opportunistica dei contenuti informativi della scheda di dimissione ospedaliera.*

Venendo, ora ad un'area specifica, nel Piano si rileva, ad esempio, che il sistema delle emergenze è sottoposto ad una pressione fortissima, in parte determinata da una domanda appropriata, ma in larga maggioranza dovuta ad un uso improprio delle richieste: oltre il 60% dei più di 3 milioni di accessi

in pronto soccorso non sono seguiti da ricovero e almeno il 20% dei ricoveri da pronto soccorso si rivela, sulla base delle diagnosi di dimissione, riferibile a Drg con elevati tassi di ricovero inappropriato.

L'obiettivo è ricercare una maggior integrazione tra i diversi livelli di cura e un riconoscimento di funzioni ospedaliere di emergenza solo a quelle strutture in grado di fornire prestazioni di elevata qualità: le strutture destinate all'emergenza devono essere integrate in una rete operativa che coinvolga il sistema del trasporto di emergenza e consenta l'uso dell'ospedale solo nei casi appropriati ed il migliore uso delle risorse ospedaliere ovunque siano disponibili.

##### *5. Riflessioni conclusive*

Si è aperto il presente contributo richiamando illusioni e disillusioni della programmazione ospedaliera italiana e ponendo nuove speranze per il futuro.

Le ricche esperienze regionali richiamate presentano linee di tendenza evolutiva simili, tracciando un quadro di contenimento dell'assistenza ospedaliera erogata in regime di ricovero specie grazie alla trasformazione di degenza ordinaria in *day hospital/day surgery* e di quest'ultima in trattamenti ambulatoriali e ponendo l'accento sulla collaborazione e sull'integrazione che deve essere coltivata fra le diverse strutture, definendo così strategie di azione volte a promuovere appropriatezza, efficacia, qualità ed equità delle prestazioni erogate. Certamente un quadro volto alla promozione della salute complessiva, con uno spostamento di attenzione verso la diffusione dell'assistenza domiciliare e territoriale, volta a garantire la continuità delle cure anche grazie all'intervento della medicina generale, la responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti e la promozione dell'efficienza tesa a massimizzare gli outcome ottenuti, emerge dalle linee programmatiche centrali e periferiche del nostro Paese.

In una serie di articoli comparsi a fine '99 sul *British Medical Journal*, dedicati proprio all'ospedale del futuro, si lancia il messaggio che gli ospedali per acuti inglesi devono essere rior-

ganizzati e che non è affatto chiaro quale sia il modo migliore per procedere.<sup>9</sup> In particolare, si denuncia la generale carenza di studi e ricerche relativi all'ospedale, peraltro sorprendente data l'importanza ed il ruolo svolto da tali istituzioni: "little research has been done that highlights the central issues of hospital planning: how many hospital we need, what services each should offer, how they should relate to each other, and how, once these issues are resolved, they should be organised, staffed, and managed".<sup>10</sup> Molte delle assunzioni correntemente utilizzate non sono dimostrate in modo chiaro e si basano spesso su limitata o scarsa evidenza e la carenza di ricerca riflette la più ampia mancanza di considerare seriamente la programmazione.

Il volume di cui fa parte il presente contributo nasce proprio con l'intento di contribuire a colmare questo vuoto diffuso: "Che cosa è dunque l'ospedale oggi? A che cosa serve?", sono le domande con cui si apre il "Documento introduttivo" del libro.

Pensare l'ospedale del futuro significa interrogarsi su una miriade di questioni che proviamo a raccogliere sinteticamente nel seguito, ricordando che le esperienze vanno maturate ai diversi livelli di governo in quanto ogni area ha i propri valori,

<sup>9</sup> Smith R., "Reconfiguring acute hospital services", *Bmj*, 319, 1999, pp. 797-8. Quest'articolo è l'editoriale che presenta i sette contributi dedicati al tema "The hospital of the future":

- Hensher M., Edwards N., Stokes R., "International trends in the hospital provision and utilisation of hospital care", *Bmj*, 319, 1999, pp. 845-8;

- Hensher M., Edwards N., "Hospital provision, activity, and productivity in England since 1980s", *Bmj*, 319, 1999, pp. 911-4;

- Possnet J., "Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care", *Bmj*, 319, 1999, pp. 1063-5.

- Hensher M., Fulop N., Coast J., Jefferys E., "Better out than in? Alternatives to acute hospital care", *Bmj*, 319, 1999, pp. 1127-30.

- Dowie R., Langman M., "Staffing hospital: future needs, future provision", *Bmj*, 319, 1999, pp. 1193-5.

- Haycock J., Stanley A., Edwards N., Nicholls R., "Changing hospitals", *Bmj*, 319, 1999, pp. 1262-4.

- Edwards N., Harrison A., "Planning hospitals with limited evidence: a research and policy problem", *Bmj*, 319, 1999, pp. 1361-3.

<sup>10</sup> Edwards N., Harrison A., *op. cit.*, pp. 1363.

il proprio retroterra culturale, la propria configurazione geografica, ... ed i decisori periferici devono specificare le soluzioni più adatte per le proprie realtà.

- Le risposte assistenziali vanno programmate con riferimento ai bisogni (presenti e futuri) della collettività, che sono legati, tra l'altro, alla situazione demografica ed al quadro epidemiologico, alle caratteristiche economico-sociali ed alle preferenze dei cittadini, alle tecnologie disponibili (tra cui quelle informative e telecomunicative), al ruolo giocato dai cittadini e dagli operatori, elementi tutti a loro volta strettamente connessi. La programmazione dei servizi ospedalieri deve comprendere una previsione dello sviluppo della domanda ed inserirsi all'interno del sistema complessivo, in quanto l'ospedale è un sottosistema di uno o più sistemi sociali più vasti, le cui dinamiche influiscono a loro volta sullo stato di salute della popolazione.

- Il disegno dell'offerta ospedaliera deve rispondere ad esigenze di equità, di accessibilità e di flessibilità, promuovere l'integrazione e la collaborazione con gli altri servizi, incentivare il senso di fiducia reciproca, di comunità e di solidarietà tra i diversi soggetti, attivare modelli di reti tra fornitori (mettendo a punto anche processi innovativi di rapporto tra pubblico e privato) per offrire agli assistiti un servizio globale specie in termini di continuità delle cure.

- Sistemi di remunerazione che inducano comportamenti virtuosi vanno accuratamente studiati ed esaminati, analizzandone l'impatto sui risultati in termini di qualità e di salute.

- La valutazione dell'assistenza erogata deve diventare patrimonio culturale comune e diffuso, valutazione in termini sia gestionali e di efficienza complessiva dell'offerta, sia di efficacia e di appropriatezza delle cure e di *outcome*, nonché di soddisfazione da parte degli utenti.

- Le strategie tese al miglioramento dello stato di salute della popolazione possono essere delineate solo all'interno delle risorse finanziarie complessive che la collettività, attraverso i suoi rappresentanti politici, decide di allocare al settore e devono far riferimento a scelte di priorità.

