

Master in analisi delle politiche pubbliche (Mapp)
COREP – corso Trento 13, 10129 Torino
Tel. 011-5645111/07 – fax 011-500044 – E-mail: mapp@polito.it
IV edizione: 2001 – 2002

Tesi di Master

Gianmauro Merendino

Gianfranco Pomatto

COME CAPIRE SE SI MUOVONO NELLA DIREZIONE “GIUSTA”? L’ANALISI DEGLI EFFETTI ATTESI DEGLI INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA DELLA REGIONE PIEMONTE.

Sottoposta a:
Gianpiero Cerutti
Dirigente del Settore edilizia ed attrezzature sanitarie
Regione Piemonte
Corso Regina Margherita, 153 bis, 10122 Torino
Tel. 011-4324242

Tutor interno:
Marco Sisti

Torino, ottobre 2002

INDICE

-	SINTESI	p. 3
-	PREMESSA	p. 5
-	1. IN CHE MISURA GLI STANDARD REGIONALI SONO RISPETTATI?	p. 7
	1.1 L'offerta sanitaria tra il 1997 e il 2001 a confronto con gli standard	p. 7
	1.1.1 La definizione degli standard regionali: basi teoriche e loro evoluzione negli ultimi 5 anni	p. 7
	1.1.2 L'evoluzione reale dell'offerta sanitaria negli ultimi 5 anni	p. 10
	1.1.3 Un altro fattore di indirizzo: il <i>vincolo di bilancio</i> regionale	p. 12
	1.2 Gli interventi infrastrutturali sono in linea con gli standard?	p. 13
	1.2.1 Lo scenario post interventi al '97	p. 14
	1.2.2 Lo scenario post interventi al 2001	p. 15
	1.2.3 Gli interventi non in linea con gli standard	p. 15
	1.3 Alcune riflessioni conclusive	p. 16
-	2. PROGRAMMAZIONE E PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI: QUALE COORDINAMENTO?	p. 18
	2.1 Programmazione ordinaria e progettazione infrastrutturale: l'analisi dei due processi	p. 18
	2.1.1 La <i>programmazione ordinaria</i>	p. 19
	2.1.2 La <i>progettazione infrastrutturale</i>	p. 20
	2.2 Oltre i documenti "ufficiali": quattro studi di caso	p. 22
	2.2.1 Il caso A. Un progetto in via di abbandono?	p. 22
	2.2.2 Il caso B. L'opportunità per un nuovo progetto.	p. 23
	2.2.3 Il caso C. Verso un nuovo modello di ospedale.	p. 24
	2.2.4 Il caso D. Una realizzazione senza <i>impasse</i> .	p. 25
	2.3 Conclusioni ed alcuni suggerimenti	p. 26
	2.3.1 Programmazione e progettazione infrastrutturale: alcune indicazioni per il coordinamento	p. 26
	2.3.2 Il sistema di confronto: indicazioni operative	p. 28
	2.3.3 I costi di gestione: verso un ampliamento dell'analisi	p. 29
-	RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	p. 30
-	APPENDICE A: ATTI NORMATIVI DI RIFERIMENTO	p. 31
-	APPENDICE B: I DATI QUANTITATIVI	p. 32
-	APPENDICE C: LE INTERVISTE	p. 37

SINTESI

Nel settembre 2000 la Regione Piemonte e il Ministero della Sanità hanno firmato un Accordo di programma che riguarda la realizzazione di un piano di investimenti straordinari di edilizia sanitaria. Il responsabile dell'attuazione di tale accordo, nonché dirigente del Settore edilizia ed attrezzature sanitarie della Regione Piemonte, ci ha commissionato il presente lavoro.

Il nostro committente ha espresso l'esigenza di disporre di un'analisi aggregata del programma di investimenti. Tale analisi dovrebbe permettere di capire se, e in che misura, gli interventi finanziati siano coerenti con gli obiettivi della programmazione regionale. L'individuazione dei progetti "incoerenti", infatti, potrebbe permetterne, in alcuni casi, la correzione attraverso la presentazione di varianti.

Durante il periodo di *stage* abbiamo innanzitutto puntato a rispondere alla specifica richiesta del committente. Al fine di fornire un contributo ulteriore, ci siamo, inoltre, proposti di individuare alcuni tra i principali punti critici esistenti nel coordinamento tra la *programmazione ordinaria* e la *progettazione infrastrutturale*. Per raggiungere tali obiettivi il nostro lavoro si è strutturato in due fasi. La prima, si è basata sull'analisi dei documenti regionali di programmazione e sull'elaborazione della base informativa disponibile presso gli uffici regionali. La seconda, su di un piano di interviste rivolto ad un campione di attori rilevanti, sia a livello regionale che a livello locale, nei due correlati processi di programmazione e progettazione.

In relazione alla *programmazione ordinaria* è chiaramente emerso come negli ultimi anni gli standard di riferimento, che fissano l'offerta sanitaria ricorrendo alla variabile costituita dal numero di posti letto, siano variati più volte, ed in termini significativi, al fine di contenere la spesa. Tali modifiche ravvicinate degli standard hanno reso più difficile il coordinamento, momento per momento, con i progetti avviati. La *progettazione infrastrutturale* è del resto caratterizzata da tempi lunghi e prevede un solo punto di contatto con gli standard, all'inizio del processo. L'eventuale presentazione di varianti progettuali, in grado di adeguare gli interventi agli standard mutati, è, in seguito, responsabilità delle aziende sanitarie. Questa possibilità è comunque strettamente collegata al grado di avanzamento dei lavori: in molti casi, solo un ritardo nelle realizzazioni può permettere la modifica dei progetti senza aggravii insostenibili dei costi.

A nostro parere, un coordinamento più agevole potrebbe derivare da due fattori. Il primo è una *programmazione ordinaria* i cui standard di riferimento risultino stabili almeno sul medio periodo. Il secondo è la previsione di momenti di verifica, successivi alla prima fase della *progettazione infrastrutturale*, che, in coincidenza con la variazione degli standard, coinvolgano congiuntamente i responsabili regionali e le Direzioni aziendali. Tali occasioni dovrebbero avere l'obiettivo di individuare, tra gli interventi non più in linea con gli standard, quelli ancora modificabili.

Al fine di individuare gli interventi "fuori linea" riteniamo utile attuare un confronto tra gli standard in vigore e la prefigurazione dell'offerta sanitaria ad interventi realizzati, basato sulla variabile del numero di posti letto. Tale prefigurazione è ricostruibile facendo riferimento ad apposite *schede - progetto* che stimano l'incremento o il decremento in posti letto riconducibile alla realizzazione di ciascun intervento progettato.

Le *schede - progetto* in questione sono state predisposte dalla Regione in relazione ai progetti approvati nel 1997. Le stime che contengono sono, quindi, in parte superate: dal '97 ad oggi, infatti, molti di essi sono stati variati. E' dunque necessario procedere ad aggiornarle facendo riferimento alle varianti presentate alla Regione. Va inoltre rilevato che, nel corso delle interviste, è emersa, da

parte di alcune aziende sanitarie, l'intenzione di presentare, a breve, ulteriori modifiche progettuali. Al fine di identificare tali situazioni, riteniamo opportuno che la Regione impieghi un breve questionario periodico da indirizzare alle Direzioni sanitarie delle aziende.

In conclusione, in considerazione del rilievo assunto negli ultimi anni dall'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria, suggeriamo di avviare un ulteriore lavoro di ricerca che abbia come obiettivo l'analisi degli interventi avviati in relazione alla loro capacità di incidere direttamente sui costi di gestione futuri. Tale analisi fornirebbe un'ulteriore dimensione di valutazione degli interventi che, parallelamente al confronto basato sui posti letto da noi proposto, dovrebbe consentire una più precisa individuazione dei progetti da modificare.

PREMESSA

Nel settembre 2000 il Ministero della Sanità e la Regione Piemonte hanno sottoscritto un Accordo di programma¹ che prevede la realizzazione di 72 interventi di edilizia sanitaria per un ammontare di circa 1900 miliardi di lire². Tale Accordo si inserisce nell'ambito della seconda fase di un programma straordinario di investimenti, previsto dalla Legge finanziaria del 1988³. La progettazione e realizzazione degli interventi è responsabilità delle aziende sanitarie⁴. La Regione Piemonte monitora il processo di attuazione e può approvare eventuali variazioni dei progetti, previo accordo con il Ministero della Sanità. Uno degli attori chiave nel processo di implementazione, e nostro committente, è il responsabile dell'attuazione dell'Accordo, l'ing. G. Cerutti, dirigente del Settore edilizia ed attrezzature sanitarie della Regione Piemonte.

L'ing. Cerutti segue costantemente il procedere delle realizzazioni segnalando, ai responsabili della programmazione sanitaria regionale e al Ministero della Sanità, gli eventuali scostamenti nei tempi o nelle modalità di esecuzione e promuovendo iniziative in grado di garantire l'attuazione delle opere. Attualmente dispone di una conoscenza approfondita dei singoli interventi e del loro puntuale stato di avanzamento. Si trova, tuttavia, nella necessità di acquisire una lettura aggregata del programma che gli consenta di capire **se, e in che misura, gli interventi finanziati sono in linea con le indicazioni della programmazione sanitaria**. L'individuazione degli interventi "fuori linea" dovrebbe, infatti, permettere, dove ancora possibile, opportune correzioni dei progetti.

L'analisi richiesta dal committente risponde alla **più generale esigenza di promuovere una migliore forma di coordinamento tra gli effetti che si intendono raggiungere con la realizzazione degli interventi infrastrutturali e gli obiettivi enunciati nei documenti della programmazione sanitaria regionale**.

Il nostro lavoro si propone due obiettivi. Il primo è rispondere alla specifica richiesta del committente, individuando uno strumento di analisi degli interventi agevolmente utilizzabile dagli uffici regionali con la base informativa a disposizione. Il secondo è fornire un contributo utile ad individuare alcuni dei problemi che emergono nel raccordare gli obiettivi della programmazione e gli interventi infrastrutturali, al fine di individuare possibili strategie in grado, quanto meno, di ridurne la portata. A tal proposito si è rivelato necessario condurre una approfondita analisi dell'intero processo di programmazione, non immediatamente correlato alla realizzazione degli interventi edilizi. Processo che parte dalla definizione di standard di riferimento regionali e arriva ad individuare la precisa quota di produzione e di *budget* di ogni singola azienda sanitaria.

Il primo capitolo illustra i risultati della prima parte del lavoro, nel corso della quale abbiamo esaminato i documenti di programmazione ed elaborato la base informativa a disposizione della Regione. In particolare, in relazione al primo obiettivo, proponiamo un sistema di confronto tra gli standard della programmazione e la prefigurazione dell'offerta sanitaria ad interventi ultimati, costruita sulla base delle stime attualmente a disposizione della Regione. In relazione al secondo

¹ L'Accordo di programma, di recente adozione nella pubblica amministrazione italiana, è uno strumento di contrattazione bilaterale con il quale Stato e Regione individuano gli interventi da realizzare negli anni seguenti e definiscono la quota di finanziamento spettante a ciascuno [Bobbio, 2000].

² L'elenco degli interventi era stato precedentemente approvato dalla Regione Piemonte con la Delibera del Consiglio regionale 16 settembre 1997, n. 440 - CR - 13430, *Piano straordinario degli investimenti ex art. 20 L. 67/88. Programma decennale e triennale*.

³ Legge 11 marzo 1988, n. 67, art. 20, *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)*.

⁴ Per azienda sanitaria si intende l'insieme delle Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.) e delle Aziende Ospedaliere autonome (A.S.O.).

obiettivo, delineiamo una prima analisi della capacità dimostrata dagli standard, tra il 1997 e il 2001, nell'indirizzare l'offerta sanitaria regionale.

Il secondo capitolo espone le principali acquisizioni della seconda fase del lavoro, che si è basata su di un piano di interviste condotto ai principali attori della programmazione sanitaria e della progettazione degli interventi edilizi. In relazione al primo obiettivo, formuliamo un insieme di proposte utili a rendere operativo il sistema di confronto proposto nel primo capitolo, oltre ad individuare un'ulteriore dimensione di analisi. In relazione al secondo obiettivo, proponiamo alcune indicazioni che potrebbero agevolare il coordinamento tra gli obiettivi della programmazione e gli effetti riconducibili agli interventi infrastrutturali.

1. IN CHE MISURA GLI STANDARD REGIONALI SONO RISPETTATI?

La domanda espressa nel titolo si può declinare attraverso due diverse domande. Da un lato, infatti, ci siamo chiesti **se gli standard, da soli, siano in grado di influenzare l'offerta sanitaria reale o se intervengano ulteriori fattori di indirizzo**. Dall'altro, **se gli interventi infrastrutturali siano in linea con gli obiettivi della programmazione**.

Abbiamo risposto a queste domande facendo riferimento ai documenti di programmazione e ai dati disponibili presso le strutture regionali in merito alle dotazioni strutturali del settore ospedaliero esistenti e all'*impatto*⁵ su di esse derivante dalla realizzazione degli interventi previsti.

La variabile fondamentale del sistema di programmazione e delle basi informative a disposizione della Regione è costituita dal numero di posti letto. Tale variabile, infatti, è correntemente utilizzata sia per stimare l'offerta dei servizi sanitari che l'*impatto* derivante dagli interventi. Più nello specifico sono disponibili:

- gli standard, espressi in posti letto, all'interno dei documenti di programmazione redatti dalla Regione;
- i dati relativi ai posti letto, disponibili presso le strutture pubbliche del Servizio Sanitario Regionale⁶ al 31 dicembre di ogni anno (tali dati vengono comunicati alla Regione a fini statistici⁷);
- l'*impatto* degli interventi, stimato in posti letto all'interno delle apposite *schede - progetto* predisposte dalla Regione.

Nella prima parte del capitolo rispondiamo alla prima domanda confrontando l'andamento degli standard con la reale dinamica dell'offerta sanitaria tra il 1997 e il 2001.

Nella seconda parte del capitolo rispondiamo alla seconda domanda: facendo riferimento alle *schede - progetto* e alle dotazioni esistenti, elaboriamo, infatti, un sistema di confronto tra gli standard e la prefigurazione dell'offerta ospedaliera ad interventi ultimati. **Tale strumento analitico è in grado di individuare gli interventi edilizi che provochino variazioni dell'offerta sanitaria non coerenti con le indicazioni degli standard.**

1.1 L'offerta sanitaria tra il 1997 e il 2001 a confronto con gli standard

Prima di condurre il confronto tra l'evoluzione reale dell'offerta sanitaria e l'andamento degli standard regionali è utile soffermarsi sulle modalità di definizione e di variazione di questi ultimi.

1.1.1 La definizione degli standard regionali: basi teoriche e loro evoluzione negli ultimi 5 anni

I documenti di programmazione dell'offerta sanitaria nel periodo 1997-2001 sono i seguenti:

1. **il Piano Sanitario Regionale (P.S.R.) 1997-1999**: è il primo piano sanitario approvato nella Regione Piemonte. Costituisce il documento fondamentale di programmazione della politica sanitaria regionale ed è attualmente in vigore, in attesa dell'approvazione del nuovo piano sanitario 2002-2004;

⁵ Per impatto degli interventi intendiamo le variazioni sull'offerta sanitaria determinate dall'utilizzo a regime delle strutture in via di progettazione e realizzazione.

⁶ Fanno parte del servizio pubblico l'insieme delle Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.), delle Aziende Ospedaliere (A.S.O.) e delle strutture private accreditate, ossia di quelle che erogano servizi finanziati dal bilancio pubblico.

⁷ La Regione, a sua volta, infatti, li trasmette all'Istat che li pubblica nell'annuario *Statistiche della sanità*.

2. **due Delibere di Giunta Regionale** (D.G.R.) approvate, rispettivamente, l'1 marzo 2000⁸ ed il 21 dicembre 2001⁹: tali delibere emendano il P.S.R., variando gli standard ma non ne determinano la decadenza.

I documenti citati fissano gli standard regionali relativi all'ospedalizzazione ordinaria¹⁰ e si riferiscono all'insieme degli ospedali che operano nell'ambito del servizio pubblico. Tali standard derivano dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera prodotte nel 1993 dagli ospedali di nove regioni del Centro Nord. Si assume insomma che *“l'epidemiologia della popolazione di una regione del Centro Nord Italia, quale il Piemonte, non sia significativamente dissimile da quella del campione nazionale del Centro Nord”*¹¹. In particolare dalle schede di dimissione si desumono le seguenti variabili:

- **il tasso di ospedalizzazione** per specialità medica: individua il numero di ricoveri ogni mille abitanti per ciascuna specialità;
- **la degenza media**: individua il numero medio di giorni di degenza per ciascuna specialità medica.

Il numero di posti letto standard a livello regionale per ciascuna specialità è quindi calcolato combinando¹² le variabili sopra descritte con **il tasso di utilizzo** dei posti letto e **la popolazione residente**. Il tasso di utilizzo individua la percentuale media di giorni in un anno in cui i posti letto per ciascuna specialità sono utilizzati. Il P.S.R. adotta come riferimento il tasso di utilizzo standard definito dalla legislazione nazionale (75%, tranne che per il reparto Malattie infettive per cui è previsto un tasso del 60%).

Come si può notare dalla tabella 1, gli standard così definiti sono infine aggregati su due dimensioni:

- 1) **le attività**: individuano i raggruppamenti di specialità mediche che costituiscono la base della nuova organizzazione dipartimentale. Nello specifico le aree individuate sono:

- l'area medica
 - l'area psichiatrica
 - l'area chirurgica
 - l'area materno infantile
 - l'area dell'urgenza
 - l'area delle non acuzie.
- } area delle acuzie

L'aggregazione delle prime cinque aree individua la complessiva **area delle acuzie**. Tale area definisce l'ambito di cura delle patologie acute che richiedono un intervento tecnologicamente intensivo e concentrato nel tempo. **L'area delle non acuzie**, viceversa, individua l'insieme dei ricoveri a carattere riabilitativo e delle patologie croniche a lenta risoluzione che richiedono un intervento medico ed assistenziale prolungato nel tempo;

⁸Delibera di Giunta Regionale 1 marzo 2000, n. 32 – 29522, *Modalità e termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie.*

⁹ Delibera di Giunta Regionale 21 dicembre 2001, n. 11 – 4878, *Indirizzi per la razionalizzazione delle attività ed il recupero di efficienza gestionale.*

¹⁰ L'ospedalizzazione ordinaria individua l'insieme dei ricoveri ospedalieri che non siano effettuati secondo la modalità del *Day Hospital* e del *Day Surgery*. Il primo individua l'ospedalizzazione diurna a carattere medico, il secondo, l'ospedalizzazione diurna a carattere chirurgico.

¹¹ Legge regionale 12 dicembre 1997, n. 61, *Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999*, pag. 53.

¹²La funzione utilizzata è la seguente: N° posti letto = tasso di ospedalizzazione/(365*tasso di utilizzo/degenza media)*popolazione residente.

- 2) **i quadranti:** individuano macro - aggregazioni di A.S.L., ciascuna delle quali dovrebbe essere dotata di un'offerta sanitaria tendenzialmente autosufficiente ed omogenea. I quadranti individuati sono: il quadrante A.S.L. 1 - A.S.L. 10, che copre il territorio della Provincia di Torino; il quadrante A.S.L. 11 - A.S.L. 14, che copre le Province di Vercelli, Biella e Novara; il quadrante A.S.L. 15 - A.S.L. 18 che copre il Cuneese; il quadrante A.S.L. 19 - A.S.L. 22, che individua le Province di Asti ed Alessandria. A ciascun quadrante è assegnata una quota di posti letto proporzionale alla popolazione residente¹³.

Tabella 1: Posti letto standard P.S.R. 1997-1999

ATTIVITA'	QUADRANTE 1-10 (p.l.)	QUADRANTE 11-14 (p.l.)	QUADRANTE 15-18 (p.l.)	QUADRANTE 19-22 (p.l.)	TOTALE REGIONE (p.l.)
<i>Area Medica</i>	4020	1948	966	1148	8082
<i>Area Psichiatrica</i>	245	86	60	65	456
<i>Area Chirurgica</i>	4176	1568	1012	1200	7956
<i>Area M. Infantile</i>	1160	523	282	335	2300
<i>Area Urgenze</i>	300	112	72	86	570
AREA ACUZIE	9901	4237	2392	2834	19364
AREA NON ACUZIE	2185	955	530	630	4300
TOTALE	12086	5192	2922	3464	23664

Fonte: P.S.R. 1997-1999

La delibera di Giunta dell'1 marzo 2000, come si può notare nella tabella 2, interviene prescrivendo **una diminuzione di circa il 15% dei posti letto per l'area delle acuzie:** lo standard passa dai complessivi 19364 p.l. individuati dal P.S.R nel 1997, a 16429 p.l., quasi 3000 posti letto in meno. Per l'area delle non acuzie, invece, la delibera non prevede sostanziali variazioni e risultano, di fatto, confermati gli obiettivi del P.S.R¹⁴.

Tabella 2: Posti letto standard delibera di Giunta 1 Marzo 2000

ATTIVITA'	QUADRANTE 1-10 (p.l.)	QUADRANTE 11-14 (p.l.)	QUADRANTE 15-18 (p.l.)	QUADRANTE 19-22 (p.l.)	TOTALE REGIONE (p.l.)
<i>Area Medica</i>	3668	1777	881	1047	7373
<i>Area Psichiatrica</i>	227	80	56	60	423
<i>Area Chirurgica</i>	3345	1256	811	961	6373
<i>Area M. Infantile</i>	854	385	208	247	1694
<i>Area Urgenze</i>	298	111	72	85	566
AREA ACUZIE	8392	3609	2028	2400	16429
AREA NON ACUZIE	2180	953	529	628	4290
TOTALE	10572	4562	2557	3028	20719

Fonte: elab. dati Regione Piemonte

¹³ A questa regola esiste un'eccezione. Infatti, i posti letto dei due Istituti di Ricerca presenti sul territorio della Regione (la Fondazione Maugeri di Veruno ed il Centro Auxologico Italiano di Piancavallo), non sono computati nella quota di posti letto regionale da suddividere tra i quadranti proporzionalmente alla popolazione, ma sono assegnati al proprio quadrante (il quadrante 11 - 14) "fuori quota".

¹⁴ La delibera in questione riduce il numero dei posti letto standard nell'area delle acuzie attraverso la riduzione della degenza media e l'aumento del tasso di utilizzo di riferimento. Tale delibera non assegna, tuttavia, esplicitamente le nuove quote di posti letto ai vari quadranti. Abbiamo dunque proceduto a suddividere la quota standard regionale avendo come riferimento le proporzioni adottate dal P.S.R..

La delibera di Giunta del 21 dicembre 2001, come si può notare dalla tabella 3, interviene nuovamente, a distanza di poco più di un anno prescrivendo **un'ulteriore significativa diminuzione dei posti letto nell'area delle acuzie, di quasi il 10%** (lo standard scende da 16429 p.l. a 14858 p.l.). Anche in questo caso, peraltro l'area delle non acuzie non subisce variazioni¹⁵.

Tabella 3: Posti letto standard delibera di Giunta 21 dicembre 2001

ATTIVITA'	QUADRANTE 1-10 (p.l.)	QUADRANTE 11-14 (p.l.)	QUADRANTE 15-18 (p.l.)	QUADRANTE 19-22 (p.l.)	TOTALE REGIONE (p.l.)
Area Medica	3397	1646	816	970	6829
Area Psichiatrica	214	75	52	57	398
Area Chirurgica	2980	1119	722	856	5677
Area M. Infantile	700	316	170	202	1388
Area Urgenze	298	111	72	85	566
AREA ACUZIE	7589	3267	1832	2170	14858
AREA NON ACUZIE	2180	953	529	628	4290
TOTALE	9769	4220	2361	2798	19148

Fonte: elab. dati Regione Piemonte

Riassumendo, quindi, dal **1997 al 2001 gli standard per l'area delle acuzie sono stati rivisti in termini significativi verso il basso: si registra un decremento complessivo di oltre il 23% che corrisponde a circa 4500 posti letto in meno.**

1.1.2 L'evoluzione reale dell'offerta sanitaria negli ultimi 5 anni

Al fine di confrontare l'andamento reale delle dotazioni ospedaliere piemontesi nel periodo 1997 - 2001 con gli standard della programmazione, abbiamo scelto di considerare le dotazioni esistenti al 1997, al 1999 ed al 2001¹⁶. Come visto, infatti, gli standard sono stati definiti nel 1997, variati nel primo semestre del 2000 e nel dicembre 2001.

L'andamento reale dell'offerta ospedaliera piemontese tra il 1997 e il 2001¹⁷ si distingue in relazione alle due principali aree di attività.

Come si può notare dal grafico 1, **l'area delle acuzie presenta una dinamica reale di riduzione dei posti letto che, tra il 1997 e il 1999 è indipendente dagli standard del P.S.R. in vigore, mentre, tra il 2000 e il 2001 risulta più marcata rispetto alle stesse indicazioni dei nuovi standard del 2000.** Se, infatti, nel 1997 l'offerta nell'area delle acuzie risulta lievemente sottorappresentata (l'1,7%) rispetto alle indicazioni del P.S.R., nel 1999, tale carenza, anziché ridursi al fine di avvicinarsi agli standard in vigore, risulta incrementata fino al 9%. L'offerta reale

¹⁵ Anche questa delibera interviene riducendo la degenza media e aumentando il tasso di utilizzo di riferimento e non suddivide la nuova quota regionale fra i vari quadranti. Abbiamo, dunque, individuato la quota di ciascuno facendo riferimento alle proporzioni del P.S.R..

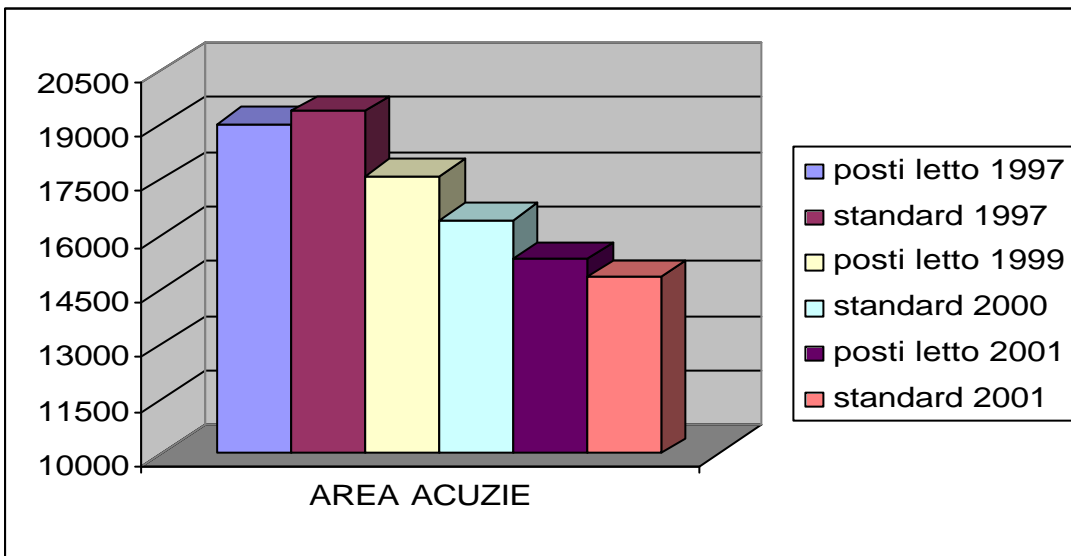
¹⁶ Per dotazioni esistenti intendiamo i posti letto *teoricamente attivi* nel corso dell'anno, salvo motivi contingenti che ne determinino il mancato utilizzo. La nostra scelta si è rivolta verso i *posti letto teorici*, comunicati annualmente da ciascuna struttura sanitaria alla Regione, in quanto individuano una misurazione delle dotazioni strutturali esente da variazioni estemporanee e, dunque, più significativa per condurre comparazioni intertemporali. Le dotazioni esistenti al 1997, al 1999 e al 2001 sono consultabili nell' *Appendice B* rispettivamente nelle tabelle *B1, B2 e B3*.

¹⁷ Gli scostamenti tra le dotazioni reali al 1997 e gli standard del P.S.R. sono consultabili nell' *Appendice B Tabella B4*; gli scostamenti tra le dotazioni al 1999 e gli standard del P.S.R., nell' *Appendice B Tabella B5*; gli scostamenti tra le dotazioni reali al 1999 e gli standard del 2000, nell' *Appendice B Tabella B6*; gli scostamenti tra le dotazioni reali al 2001 e gli standard al 2000, nell' *Appendice B Tabella B7*; gli scostamenti tra le dotazioni reali al 2001 e gli standard del 2001 nell' *Appendice B Tabella B8*.

nel 2001, inoltre, risulta inferiore agli standard definiti nel 2000 di quasi il 7%. E' peraltro interessante rilevare come i nuovi standard del dicembre 2001 indichino la necessità di una ulteriore diminuzione rispetto agli stessi livelli reali del 2001. La dinamica decrescente risulta, dunque, ulteriormente incentivata.

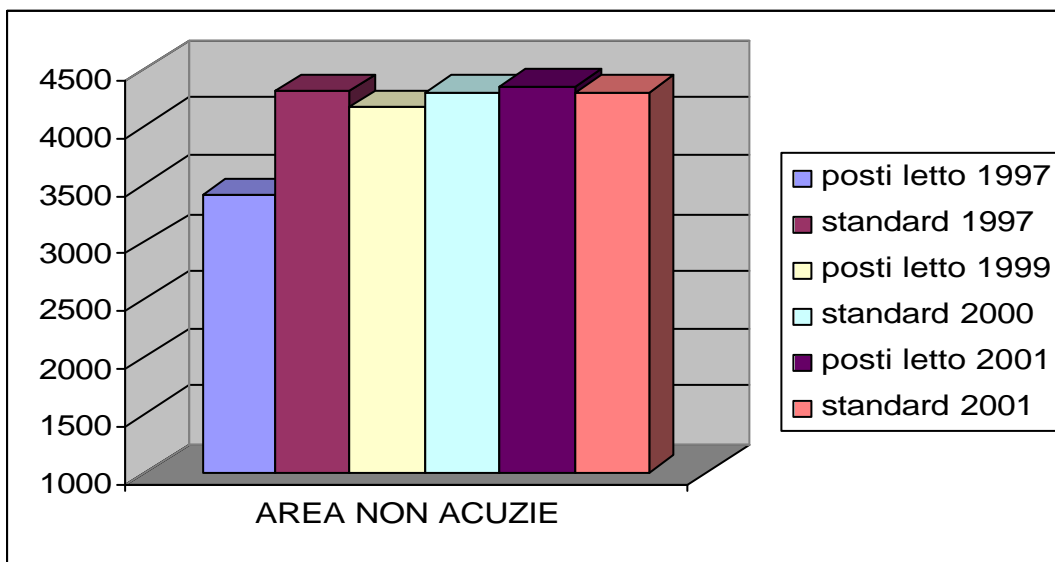
All'interno dell'area delle acuzie è possibile, inoltre, rilevare come i maggiori decrementi si siano concentrati tra il 1997 e il 2001 nell'area medica (-26%) e nell'area chirurgica (-19%), mentre l'area materno – infantile non abbia subito evidenti riduzioni, in contrasto con le indicazioni degli standard.

Grafico 1: Dinamica dotazioni reali/standard 1997-2001 area acuzie



L'area delle non acuzie, viceversa, come si può notare dal grafico 2, tra il 1997 e il 2001 registra un incremento delle dotazioni reali sostanzialmente in linea con gli standard in vigore. Standard che, come visto, non subiscono rilevabili variazioni lungo tutto il periodo.

Grafico 2: Dinamica dotazioni reali/standard 1997-2001 area non acuzie



La dinamica degli standard e delle dotazioni reali descritta induce due domande:

1. *Quali sono le ragioni che hanno portato a ridurre significativamente l'offerta nell'area delle acuzie?*
2. *Quale fattore ha determinato una riduzione dell'offerta reale nell'area delle acuzie più marcata di quella prescritta dagli standard? Perché le riduzioni si sono concentrate nell'area medica e nell'area chirurgica?*

1.1.3 Un altro fattore di indirizzo: il vincolo di bilancio regionale

Per rispondere alle domande formulate è necessario prendere in considerazione un'altra variabile rilevante nel sistema di programmazione sanitaria regionale: il vincolo di bilancio.

Il *Documento di Programmazione Economico Finanziaria 2002-2004* della Regione Piemonte esplicita chiaramente come il progressivo decremento, degli standard e delle dotazioni reali nell'area delle acuzie, nell'ambito della ospedalizzazione ordinaria, sia riconducibile alla necessità di ridurre il deficit sanitario annuale.

Già a partire dal 1999, pur con standard ancora invariati, il *budget* assegnato a ciascuna azienda ha subito una riduzione in termini assoluti. E' infatti corrisposto al *budget* del 1998 ridotto dell'1%. Come conseguenza, le aziende sanitarie hanno operato una riduzione dell'offerta reale, indipendentemente dalle indicazioni degli standard, nelle due più rilevanti aree di attività, la medica e la chirurgica, parallelamente ad una parziale conversione verso il *Day Hospital* ed il *Day Surgery*¹⁸.

Nel 2000 e nel 2001 il *budget* assegnato alle aziende non ha subito variazioni rispetto al 1999. La dinamica volta a ridurre i costi, attraverso la riduzione dell'offerta ed una parziale riconversione delle attività, è stata ulteriormente incentivata dalle due successive modifiche degli standard intervenute¹⁹.

L'analisi condotta dimostra come **gli standard, negli ultimi cinque anni, non abbiano costituito l'elemento guida della programmazione regionale: il fattore di indirizzo più incisivo si è, infatti, rivelato il vincolo di bilancio regionale.**

Gli standard teoricamente sono costruiti al fine di individuare la quota di offerta sanitaria in grado, da un lato di rispondere adeguatamente ai bisogni di salute della popolazione, dall'altro, di garantire l'equilibrio tra le entrate e le uscite del sistema sanitario regionale. Tuttavia, **tra il 1997 e il 2001**, il loro rispetto si è rivelato incompatibile con l'equilibrio dei conti: **l'esigenza di contenere le spese è prevalsa ed ha indotto due revisioni degli stessi standard ravvicinate nel tempo.**

E' inoltre necessario formulare alcune brevi considerazioni critiche sulla stessa metodologia di rilevazione dei bisogni di salute alla base della formulazione degli standard. Il sistema utilizzato dal P.S.R., descritto nel paragrafo 1.1.1, assume che i bisogni di salute futuri coincidano con i casi trattati nel passato. Infatti, il bisogno di salute della popolazione nel biennio successivo alla definizione degli standard (1997-1999) è approssimato con il tasso di ospedalizzazione rilevato negli anni precedenti. In tal modo non sono stimabili i bisogni di salute insoddisfatti, né eventuali variazioni dei bisogni legati a cambiamenti epidemiologici e socio-demografici nella popolazione.

¹⁸ E' necessario sottolineare come la conversione dell'ospedalizzazione ordinaria verso quella diurna è strettamente connessa al progresso scientifico e tecnologico della medicina e non produce soltanto un vantaggio dal punto di vista economico: a parità di efficacia i pazienti evitano prolungate degenze ospedaliere e possono godere di "tempi di recupero" accelerati.

¹⁹ Cfr. Deliberazione di Giunta Regionale 12 novembre 2001, n. 1 - 4371, *Documento di Programmazione Economico Finanziaria 2002 - 2004*, pagg. 35 - 37.

Una stima dei bisogni più puntuale dovrebbe avvalersi sia di studi epidemiologici prospettici sull'evoluzione delle principali cause di malattia e delle patologie più rilevanti, sia di un monitoraggio continuo sullo stato di salute della popolazione. Stime che attualmente non sono disponibili se non a titolo sperimentale²⁰.

1.2 Gli interventi infrastrutturali sono in linea con gli standard?

Questa è la domanda che ci è stata rivolta dal nostro committente. Nel corso del paragrafo presentiamo un sistema di confronto utile ad individuare gli interventi non in linea con gli standard, oltre ad una sua applicazione concreta con i dati attualmente a disposizione della Regione.

Al fine di individuare gli interventi infrastrutturali che, a lavori ultimati, determinerebbero un'offerta sanitaria non in linea con gli standard in vigore è necessario confrontare gli standard stessi con una prefigurazione dell'offerta sanitaria ad interventi finiti. Tale prefigurazione si può ottenere sommando la stima dell'*impatto* previsto per gli interventi alle dotazioni esistenti. Per *impatto* intendiamo l'incremento o il decremento di posti letto riconducibile alla realizzazione degli interventi progettati.

Una stima dell'*impatto*, per ciascun intervento, è presente nelle *schede - progetto* predisposte dagli uffici regionali nel 1997. Come appare nella tabella 4 l'*impatto*, aggregato a livello regionale, è costituito da un incremento di complessivi 1411 posti letto, di cui 844 nell'area delle acuzie e 567 nell'area delle non acuzie. **E' utile sottolineare che tale stima si riferisce ai progetti approvati nel 1997 e, quindi, non tiene conto di eventuali variazioni intervenute successivamente.**

Tabella 4: *Impatto* interventi ex art. 20 (L. 67/'88)

ATTIVITA'	QUADRANTE 1-10 (p.l.)	QUADRANTE 11-14 (p.l.)	QUADRANTE 15-18 (p.l.)	QUADRANTE 19-22 (p.l.)	TOTALE REGIONE (p.l.)
<i>Area Medica</i>	328	-49	49	76	404
<i>Area Psichiatrica</i>	44	-10	-13	8	29
<i>Area Chirurgica</i>	385	-39	-39	-53	254
<i>Area M. Infantile</i>	-15	-37	-8	-22	- 82
<i>Area Urgenze</i>	162	15	14	48	239
AREA ACUZIE	904	-120	3	57	844
AREA NON ACUZIE	318	40	78	131	567
TOTALE	1222	-80	81	188	1411

Fonte: elab. dati Regione Piemonte

Con i dati a disposizione della Regione è dunque possibile ricostruire sia lo scenario degli scostamenti ad interventi ultimati, rispetto agli standard del P.S.R., prevedibile nel 1997, che lo scenario degli scostamenti, rispetto ai nuovi standard del 2001, prevedibile ad oggi.

Il primo scenario deriva dal confronto tra gli standard del P.S.R. e la prefigurazione dell'offerta sanitaria ad interventi ultimati stimabile nel '97, sommando l'*impatto* alle dotazioni allora esistenti.

²⁰ Cfr. Legge regionale 12 dicembre 1997, n. 61, *Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999*, p. 52.

Il secondo, da un analogo confronto tra gli standard del 2001 e la prefigurazione dell'offerta a progetti realizzati ottenuta dalla somma tra l'impatto e le dotazioni esistenti nel 2001.

E' importante sottolineare come, a tale ricostruzione, sia sottesa un'assunzione rilevante: si assume infatti che le uniche possibili variazioni nelle dotazioni future derivino dalla semplice realizzazione degli interventi e non anche, come avviene in realtà, da una continua correzione dell'offerta dettata dalla programmazione ordinaria. Tuttavia tale assunzione è necessaria in quanto non esistono ulteriori stime, oltre a quelle delle *schede - progetto*, che rivelino la probabile evoluzione dell'offerta sanitaria negli anni a venire.

Pur con i limiti evidenziati, il primo scenario, ci offre il quadro delle previsioni realizzabili, sull'evoluzione dell'offerta sanitaria legata alle nuove realizzazioni, al momento di avvio del programma di investimenti infrastrutturali. Il secondo scenario offre, di contro, il quadro previsionale realizzabile ad oggi, con i dati a disposizione, consentendo di ipotizzare le aree di intervento "incongruenti" rispetto al mutato contesto.

1.2.1 Lo scenario post interventi al '97

L'analisi dello scenario prefigurabile nel '97 (tabella 5) rileva come, **cinque anni fa, l'impatto complessivo degli interventi, a livello regionale, appariva sostanzialmente coerente con le indicazioni della programmazione.** Ad interventi realizzati, le dotazioni regionali, infatti, presentavano solo un lieve eccesso rispetto agli standard del P.S.R. (0,8%; 196 p.l.).

I principali punti critici erano rilevabili nella non ottimale distribuzione dell'impatto tra le varie aree mediche. All'eccesso nell'area delle acuzie (520 p.l.) infatti, corrispondeva il permanere delle carenze strutturali nell'area delle non acuzie (324 p.l.). Inoltre, anche all'interno dell'area delle acuzie la distribuzione degli interventi presentava squilibri. L'impatto infatti, da un lato determinava uno scostamento in eccesso nell'area delle urgenze (221 p.l.), nell'area medica (496 p.l.) e nell'area psichiatrica (118 p.l.), dall'altro non colmava il difetto nell'area chirurgica (permaneva una carenza di 299 p.l.).

Tabella 5: Scostamento dotazioni post interventi prefigurabili al '97/standard P.S.R. '97-'99

ATTIVITA'	QUADRANTE 1-10 (p.l.)	QUADRANTE 11-14 (p.l.)	QUADRANTE 15-18 (p.l.)	QUADRANTE 19-22 (p.l.)	TOTALE REGIONE
Area Medica	16,4%	-12,6%	-9,6%	15,3%	6,1% (496 p.l.)
Area Psichiatrica	-2,4%	141,9%	-38,3%	38,5%	25,9% (118 p.l.)
Area Chirurgica	-0,3%	-17,0%	-8,9%	5,7%	-3,8% (-299 p.l.)
Area M. Infantile	5,1%	-23,1%	27,3%	-9,3%	-0,7% (-16 p.l.)
Area Urgenze	40,7%	32,1%	4,2%	69,8%	38,8% (221 p.l.)
AREA ACUZIE	8,3%	-11,2%	-5,3%	10,5%	2,7% (520 p.l.)
AREA NON ACUZIE	-5,1%	-9,3%	24,5%	-40,3%	-7,5% (-324 p.l.)
TOTALE	5,9%	-10,9%	0,1%	1,3%	0,8% (196 p.l.)

Fonte: elab. dati Regione Piemonte

1.2.2 Lo scenario post interventi al 2001

Nel 2001 si presenta uno scenario radicalmente cambiato rispetto al 1997. Del resto, come visto, tra il 1997 e il 2001 sia gli standard che le dotazioni reali sono variati in termini consistenti.

Come si può notare dalla tabella 6, l'*impatto* degli interventi risulta, a differenza del '97, significativamente in eccesso rispetto alle indicazioni degli standard attualmente in vigore. Infatti, sia l'area delle acuzie che quella delle non acuzie presentano, nella prefigurazione ad interventi ultimati, un notevole eccesso nelle dotazioni di posti letto, rispettivamente di 1309 p.l. e di 627 p.l.. E' peraltro da notare come, nonostante il generale eccesso di posti letto determinato dagli interventi, questi ultimi, tuttavia, non colmino la persistente carenza nell'area medica, la quale, a lavori ultimati, manterrebbe uno squilibrio in difetto di 397 p.l..

Tabella 6: Scostamento dotazioni post interventi prefigurabili al 2001/standard 21 dicembre 2001

ATTIVITA'	QUADRANTE 1-10 (p.l.)	QUADRANTE 11-14 (p.l.)	QUADRANTE 15-18 (p.l.)	QUADRANTE 19-22 (p.l.)	TOTALE REGIONE
Area Medica	1,0%	-29,6%	-6,1%	11,1%	-5,8% (-397 p.l.)
Area Psichiatrica	-12,1%	-45,3%	-26,9%	56,1%	-10,6% (-42 p.l.)
Area Chirurgica	18,1%	-15,5%	12,0%	13,9%	10,1% (573 p.l.)
Area M. Infantile	82,3%	18,0%	104,1%	40,1%	64,2% (891 p.l.)
Area Urgenze	58,7%	39,6%	23,6%	56,5%	50,2% (284 p.l.)
AREA ACUZIE	17,1%	-18,2%	11,8%	17,9%	8,8% (1309 p.l.)
AREA NON ACUZIE	13,9%	27,1%	36,5%	-20,1%	14,6% (627 p.l.)
TOTALE	16,4%	-8,0%	17,4%	9,4%	10,1% (1936 p.l.)

Fonte: elab. dati Regione Piemonte

1.2.3 Gli interventi non in linea con gli standard

Lo scenario post interventi del 2001, per come è stato ricostruito, presenta, come visto, notevoli incongruenze rispetto agli obiettivi della programmazione regionale. Coerentemente con la richiesta del committente, abbiamo quindi proceduto a rilevare, per ciascun quadrante e per ciascuna area medica, l'insieme degli interventi che, aggregati, producono un *impatto* che determina un incremento delle dotazioni in eccesso rispetto agli standard. Questo ci ha consentito di avere una prima "mappa degli interventi incongruenti", come risulta dalla successiva tabella 7.

Abbiamo scelto di considerare come "incongruenti" solo gli *impatti* che producono un eccesso di posti letto rispetto agli standard, tralasciando quelli che determinano carenze. Questa scelta è motivata da due considerazioni. Da un lato, gli standard regionali individuano soglie massime all'interno delle quali le aziende sanitarie dovrebbero restare; da questo punto di vista solo gli scostamenti in eccesso sono indesiderabili in quanto, verosimilmente, producono incrementi nei costi di gestione. Dall'altro lato, nel quadro delineato gli *impatti* "incongruenti" in difetto, pur presenti, hanno dimensioni relativamente trascurabili.

Al fine di verificare se le stime delle *schede - progetto* siano ancora aggiornate e di approfondire

Tabella 7: La mappa degli *impatti**

ATTIVITA'	QUADRANTE 1-10 (p.l.)	QUADRANTE 11-14 (p.l.)	QUADRANTE 15-18 (p.l.)	QUADRANTE 19-22 (p.l.)	TOTALE REGIONE (p.l.)
Area Medica	328	-49	49	76	404
Area Psichiatrica	44	-10	-13	8	29
Area Chirurgica	385	-39	-39	-53	254
Area M. Infantile	-15	-37	-8	-22	-82
Area Urgenze	162	15	14	48	239
AREA ACUZIE	904	-120	3	57	844
AREA NON ACUZIE	318	40	78	131	567
TOTALE	1222	-80	81	188	1411

*In evidenza le aree che presentano *impatti* “incongruenti”

Fonte: elab. dati Regione Piemonte

L'analisi del processo di progettazione degli interventi infrastrutturali, abbiamo scelto, in accordo con il committente, di concentrare la nostra attenzione, nella seconda parte del lavoro, sul quadrante 1 - 10. Tale quadrante infatti è quello che evidenzia il maggior numero di realizzazioni, presentando un *impatto* di 1222 su 1411 p.l. complessivi a livello regionale (cfr. tabella 7). Più nello specifico, abbiamo individuato i quattro interventi che, in tale quadrante, non sono chiaramente in linea con la programmazione ed individuano quasi il 40% dell'*impatto* complessivo²¹.

1.3 Alcune riflessioni conclusive

Nel corso del presente capitolo, che espone le acquisizioni della prima parte del nostro lavoro, abbiamo condotto una critica agli standard sotto due punti di vista. Da un lato abbiamo messo in luce come, negli ultimi cinque anni, essi non siano stati correlati con precisione al vincolo di bilancio regionale e come ciò ne abbia determinato un accelerato superamento, dettato dall'esigenza del contenimento della spesa. Dall'altro lato, abbiamo sottolineato come la stessa metodologia di stima dei bisogni di salute, alla base della loro definizione, presenti carenze significative.

Pur avendo presente i limiti della loro capacità di indirizzo, abbiamo comunque individuato un elenco di interventi infrastrutturali che risultano incoerenti rispetto agli standard attualmente in vigore.

Il nostro ragionamento, si struttura, dunque, su due binari paralleli: da un lato intendiamo analizzare criticamente il processo di programmazione e gli standard di riferimento, dall'altro, individuare, coerentemente alla specifica domanda del committente, uno strumento analitico utile a rilevare gli interventi infrastrutturali non coerenti con l'attuale sistema di programmazione e gli attuali standard. Nel corso del prossimo capitolo proseguiremo questo percorso.

²¹ L'elenco integrale degli interventi incongruenti, ordinati, per ciascun quadrante, in base alla consistenza numerica della quota di *impatto* indesiderato da essi prodotto, è consultabile nell'*Appendice B*, tabella B9.

2. PROGRAMMAZIONE E PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI: QUALE COORDINAMENTO ?

Nella seconda fase del nostro lavoro abbiamo puntato a verificare le ipotesi in merito agli interventi “incongruenti” formulate nella prima fase. In particolare ci siamo proposti di accertare se la stima dell’*impatto* di ogni intervento edilizio, attualmente a disposizione della Regione Piemonte, sia aggiornata rispetto ad eventuali varianti progettuali intervenute dal 1997 ad oggi. Abbiamo, inoltre mirato ad analizzare il processo di programmazione dell’offerta sanitaria e il processo di progettazione degli interventi infrastrutturali al fine di individuarne i punti di raccordo.

Abbiamo scelto di utilizzare come metodo di indagine un piano di interviste a testimoni privilegiati. Tale metodologia consente infatti di considerare i diversi punti di vista dei vari attori in campo, facendo emergere i principali nodi problematici dei processi decisionali ed i più significativi elementi di contenuto, non sempre rilevabili da una analisi puramente quantitativa [R. K. Yin, 1993].

I colloqui hanno coinvolto la Regione Piemonte e le quattro A.S.L. individuate dall’analisi condotta nella prima parte. Più in particolare, sono state effettuate, in questa fase del lavoro, 8 interviste di cui 2 presso la Regione e 6 presso le A.S.L.²².

Le interviste condotte hanno adottato una struttura tendenzialmente libera che ruotava però attorno ad alcuni temi principali. In tal senso, le interviste condotte ai dirigenti regionali presentavano come punti qualificanti la ricostruzione sia del processo di programmazione dell’offerta sanitaria che degli interventi ex art. 20²³. Al contrario, le interviste condotte agli attori locali vertevano sui seguenti punti:

- la verifica dei dati quantitativi, in relazione all’*impatto* in posti letto a nostra disposizione;
- la ricostruzione della *storia* dei singoli progetti;
- la descrizione dell’attuale fase di avanzamento dei progetti;
- problemi emersi nella fase di implementazione;
- obiettivi rilevanti attesi dalla realizzazione degli interventi, al di là della mera variazione quantitativa nelle dotazioni di posti letto.

Il presente capitolo espone le principali acquisizioni ricavate dalle interviste. Il primo paragrafo ricostruisce il processo di programmazione e quello di progettazione degli interventi nei loro snodi più significativi. Il paragrafo successivo relaziona brevemente sui casi oggetto di analisi. Su tale base, l’ultimo paragrafo formula alcune proposte che puntano a migliorare il coordinamento tra i due processi e a rispondere alla specifica richiesta espressa dal committente.

2.1 Programmazione ordinaria e progettazione infrastrutturale: l’analisi dei due processi

Per *programmazione ordinaria* intendiamo il sistema che, avendo come riferimento gli standard regionali, attribuisce annualmente a ciascuna azienda sanitaria una quota di posti letto e di *budget*. Per *progettazione infrastrutturale*, il sistema che, in relazione alle carenze strutturali rilevate rispetto agli obiettivi della *programmazione ordinaria*, progetta e realizza interventi straordinari di

²² L’elenco integrale delle interviste effettuate è consultabile nell’*Appendice C*.

²³ Tale denominazione si riferisce agli interventi di edilizia straordinaria avviati dalla Legge 67/’88 all’art. 20 ed è abitualmente utilizzata tra gli “addetti ai lavori”.

edilizia sanitaria. Il presente paragrafo, prendendo spunto dalle interviste effettuate con gli attori individuati, ne offre una ricostruzione di entrambe e ne analizza i punti di contatto.

2.1.1 La programmazione ordinaria

Il sistema di *programmazione ordinaria* si struttura su due livelli di azione. A livello macro, come abbiamo visto, la Regione fissa gli standard di riferimento (espressi in posti letto) dell'offerta sanitaria, aggregata per quadranti di A.S.L.. A livello micro, l'implementazione di tali standard è demandata ad accordi contrattuali bilaterali tra la Regione e ciascuna azienda sanitaria.

Il contenuto degli accordi bilaterali è costituito dalla **quota di produzione** ed il correlato *budget*, assegnato all'azienda in questione. Per quota di produzione si intende il mix di ricoveri e tipologie di prestazioni erogabili in un anno, in correlazione ai posti letto assegnati a ciascuna area medica. Il *budget* individua la quota di risorse economiche assegnate.

L'individuazione della quota di posti letto e della relativa produzione, da assegnare a ciascuna azienda, non avviene sulla base di una semplice distribuzione fra le stesse dei posti letto standard a livello regionale, in termini proporzionali alla popolazione residente.

Non è, infatti, possibile individuare, per ciascuna azienda, il preciso bacino d'utenza, ricorrendo semplicemente alla popolazione residente sul territorio dell'A.S.L. a cui appartiene. Bisogna infatti considerare che, su di uno stesso territorio, possono risiedere più aziende sanitarie²⁴ e che inoltre, alcune funzioni specialistiche sono assolte da strutture ospedaliere *sovrazionali*, che forniscono il servizio alla popolazione di un insieme di A.S.L.. I vincoli di bilancio, inoltre, come visto nel capitolo 1, non sono sempre compatibili con il rispetto integrale degli standard.

In un tale contesto, l'assegnazione della quota di produzione fra i vari erogatori avviene attraverso un processo di contrattazione, che presenta i seguenti punti di riferimento: **il dato storico di produzione** di ciascun erogatore, **il vincolo di bilancio** e **la dinamica degli standard** definiti a livello regionale. In sostanza, la programmazione dell'offerta sanitaria avviene attraverso una contrattazione tra due attori fondamentali: la Regione e le aziende sanitarie. La Regione mira a variare marginalmente la quota di produzione ospedaliera di ciascuna azienda, coerentemente alle risorse disponibili per l'anno in corso e, se possibile, agli standard. Le aziende, all'opposto, tendenzialmente, puntano ad incrementare, o quantomeno a mantenere, le quote di posti letto e di produzione che detengono, potendo, in alcuni casi, far leva anche su risorse legate al **consenso politico locale**.

Come è stato rilevato nel corso delle interviste la difficoltà emersa a partire dal '97 ad implementare le riduzioni di posti letto previste dagli standard per l'area materno infantile²⁵, pur in un contesto di riduzioni generalizzate dell'offerta, sembra riconducibile alle opposizioni delle comunità locali interessate. Il rispetto degli standard, infatti, implicherebbe la chiusura di interi reparti in piccoli ospedali periferici. Le riduzioni nell'area medica e chirurgica, viceversa, creano meno allarme sociale in quanto tendono a distribuirsi tra i vari reparti senza determinarne la chiusura: tali reparti, del resto, rispetto a quelli dell'area materno infantile, presentano un numero di posti letto che, in termini assoluti, è sempre nettamente superiore.

Il processo di contrattazione si struttura, a livello formale, in tre fasi:

²⁴ E' utile richiamare come, sul territorio di una stessa Azienda Sanitaria Locale, possano risiedere presidi ospedalieri diversi: l'insieme dei presidi non scorporati dall'A.S.L. stessa, eventuali aziende ospedaliere private accreditate ed eventuali aziende ospedaliere autonome.

²⁵ Cfr. capitolo 1, paragrafo 1.1.2.

- **il Piano di attuazione:** ciascuna azienda propone annualmente alla Regione la quota di posti letto e di produzione che ritiene capace di far fronte, da un lato, ai bisogni assistenziali del proprio bacino d'utenza e, dall'altro, alle esigenze espresse dai documenti della programmazione regionale;
- **l'Intesa di programma:** tale intesa viene posta in essere da ciascuna azienda con la Regione, in conclusione del processo di contrattazione avviato con il Piano di attuazione. Essa fissa la quota di posti letto, di produzione e di *budget* per ciascun erogatore;
- **il Piano di attività:** esso individua il piano esecutivo dell'intesa raggiunta con la Regione, adottato da ciascuna azienda e definisce nello specifico gli aspetti organizzativi e gestionali utili a mettere in atto gli obiettivi stabiliti.

Nel corso delle interviste è chiaramente emerso come negli ultimi anni il vincolo di bilancio regionale abbia rappresentato il fattore di riferimento preminente del processo di definizione dell'offerta sanitaria: le conclusioni raggiunte nella prima parte del lavoro risultano, dunque, confermate.

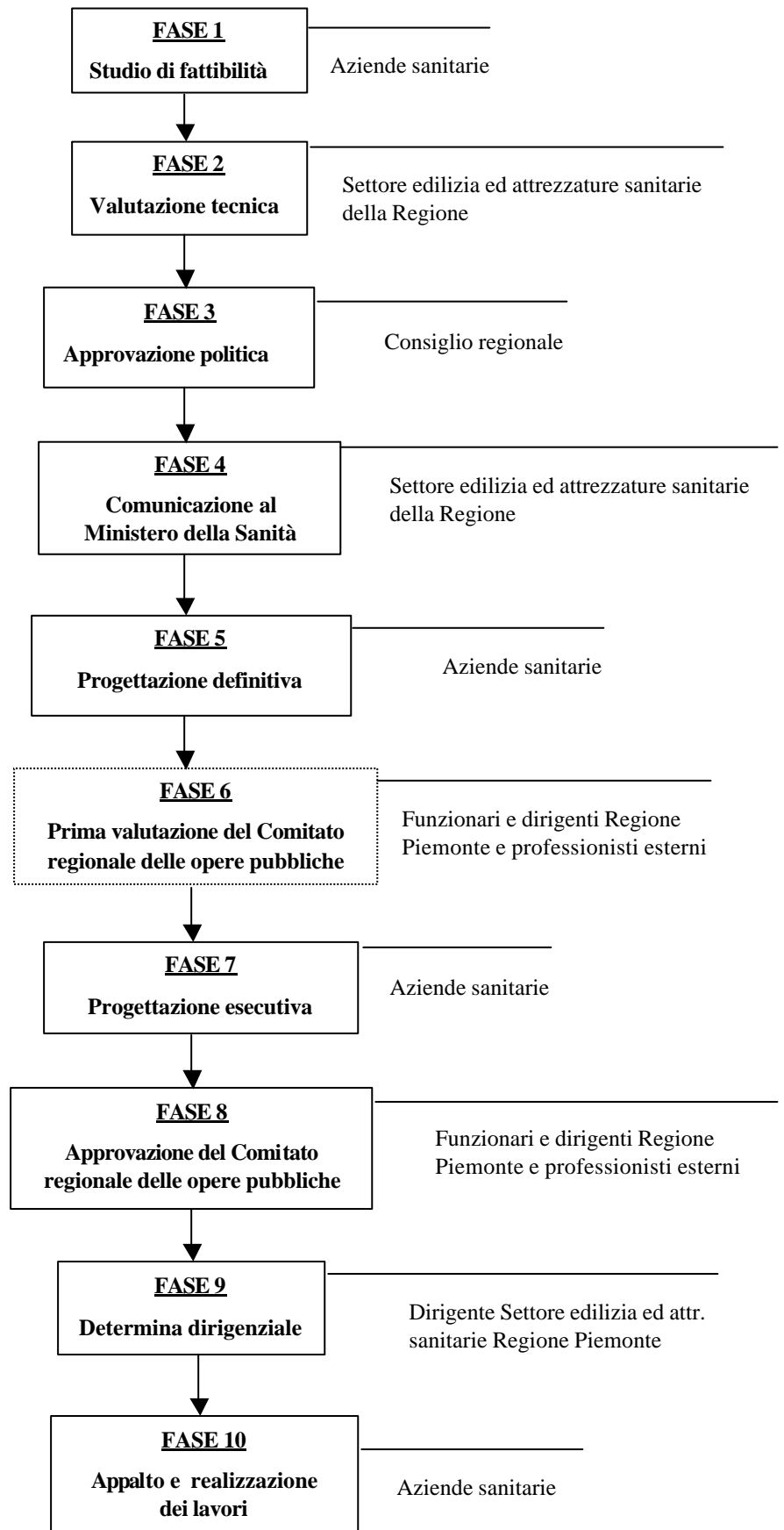
2.1.2 La progettazione infrastrutturale

La progettazione e la realizzazione degli interventi straordinari di edilizia sanitaria ex art. 20, si articola attraverso un complesso processo decisionale preesistente all'Accordo di programma²⁶. I momenti cardine del procedimento politico - amministrativo che caratterizza la *progettazione infrastrutturale* sono i seguenti (lo schema 1 ne individua le specifiche fasi):

- **lo Studio di fattibilità:** ciascuna azienda sanitaria ha la facoltà di proporre interventi straordinari sulle proprie strutture, producendo, a tal fine, uno specifico Studio di fattibilità (fase 1). Tale studio delinea gli aspetti fondamentali dell'intervento richiesto. In particolare, ne stima l'*impatto* in termini di posti letto e di variazione della quota di produzione, in correlazione agli standard della *programmazione ordinaria*;
- **la valutazione della Regione:** gli Studi di fattibilità prodotti vengono innanzitutto esaminati da un punto di vista tecnico da parte del Settore edilizia e attrezzature sanitarie (fase 2). La successiva approvazione politica è demandata al Consiglio regionale tramite apposita delibera (fase 3);
- **la comunicazione al Ministero della Sanità** (fase 4): quest'ultimo ha la facoltà di verificare che gli interventi infrastrutturali previsti a livello regionale siano conformi alla legislazione nazionale di settore;
- **la progettazione:** in seguito all'approvazione formale dello Studio di fattibilità proposto, le aziende sanitarie si occupano della progettazione specifica degli interventi. Tale fase si struttura in due momenti: la progettazione definitiva (fase 5), che ne delinea con chiarezza la fisionomia e la progettazione esecutiva (fase 7), che ne definisce le fasi e gli strumenti di attuazione;
- **l'approvazione del Comitato regionale delle opere pubbliche:** tale comitato è composto da funzionari e dirigenti della Regione Piemonte oltre che da professionisti esterni. Formalmente l'approvazione del Comitato è richiesta solo per la progettazione esecutiva (fase 8). In relazione, tuttavia, a progetti di particolare rilevanza, può intervenire, a livello preventivo, sulla progettazione definitiva (fase 6), al fine di favorire la successiva approvazione di quella esecutiva senza intoppi. Il giudizio espresso è di natura tecnico-amministrativa;
- **la Determina dirigenziale** (fase 9): una volta che il progetto esecutivo è stato approvato, il responsabile del Settore edilizia sanitaria, mediante apposita Determina dirigenziale, conferisce alle aziende la facoltà di procedere agli appalti e, dunque, alla concreta

²⁶ Tale processo è regolato dalla Legge 4 dicembre 1993, n. 492.

Schema 1: La progettazione infrastrutturale



esecuzione dei lavori (fase 10). Con la firma del capo settore, l'atto pubblico viene successivamente pubblicato sul *Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte*.

Il processo decisionale descritto si caratterizza, nella pratica, per tempi di attuazione lunghi e variabili da caso a caso. Più nello specifico, sono spesso i tempi dell'approvazione politica a risultare particolarmente estesi, oltre che incerti. Nell'ambito del Consiglio regionale infatti, sia in aula che nella commissione competente, la discussione di carattere tecnico tende a legarsi a dinamiche riconducibili ai rapporti tra le coalizioni di maggioranza e di opposizione. Dinamiche non sempre esenti da fattori contingenti che rischiano di contribuire a dilatare tempi e procedure di approvazione.

E' utile sottolineare come esista un unico punto di raccordo tra gli standard definiti dalla programmazione ordinaria e gli interventi ex art. 20. Esso è costituito esclusivamente dallo Studio di fattibilità, che si produce all'inizio del processo decisionale, senza peraltro che siano previsti altri momenti di verifica successivi. Eventuali modifiche negli standard regionali di riferimento, che intervengano parallelamente a tale processo decisionale, non sono automaticamente recepite nei progetti in corso di definizione. Si determina, dunque, già nelle fasi precedenti all'appalto, il rischio di uno scollamento tra gli obiettivi della programmazione regionale in vigore e gli effetti previsti dalla realizzazione degli interventi.

L'eventuale proposizione di varianti ai progetti definitivamente approvati, inoltre, necessita di un nuovo Studio di fattibilità presentato da parte delle aziende sanitarie. Ciò conduce all'avvio di un processo decisionale *ex novo* che deve ripercorrere tutte le tappe descritte. Anche in casi come questo, i tempi di approvazione politica in sede di Consiglio regionale sono difficilmente prevedibili. Prassi consolidata da parte degli uffici regionali è aggregare in un'unica delibera, da far approvare in Consiglio regionale, un numero ritenuto congruo di proposte di modifica dei progetti. Questo metodo, da un lato evita il proliferare delle delibere da approvare, dall'altro, però, rischia di incrementare in modo significativo i tempi di attesa, precedenti al passaggio al Consiglio, degli Studi di fattibilità presso il Settore edilizia sanitaria della Regione.

2.2 Oltre i documenti "ufficiali": quattro studi di caso

Le interviste condotte nelle quattro aziende sanitarie individuate nel precedente capitolo ci permettono di fornire una rappresentazione "viva" del sistema di programmazione sin qui descritto. Ciascun caso considerato, infatti, si trova in una precisa fase del processo di *progettazione infrastrutturale*. Di seguito ne delineiamo sinteticamente gli aspetti rilevanti, ai fini del nostro lavoro.

2.2.1 Il Caso A. Un progetto in via di abbandono?

Nel '97 la Regione ha approvato uno Studio di fattibilità che prevedeva la costruzione di un nuovo centro di riabilitazione su di un terreno di sua proprietà, temporaneamente occupato da fabbricati in via di dismissione.

L'attuale situazione è caratterizzata da una grande incertezza. Il processo di progettazione è fermo da alcuni anni alla fase della progettazione definitiva (fase 5). Alla base dello stallo vi sono sia la mancata dismissione dei fabbricati, sia rilevanti problemi di ordine finanziario. Tali problemi derivano dal forte deficit accumulato dall'azienda proponente negli ultimi anni.

La difficile situazione economica venutasi a creare si inserisce in un più ampio processo di contrattazione, tuttora in corso, tra l'azienda proponente e la Regione sulla quota annuale di *budget*.

Tale processo si caratterizza per una forte conflittualità che, al momento, non ha ancora condotto ad un accordo fra le parti.

Più recentemente, l'azienda proponente ha proposto alla Regione Piemonte di stornare la prima quota di finanziamenti regionali previsti per il centro di riabilitazione, a favore degli interventi relativi al suo più importante presidio ospedaliero. Il progetto del centro di riabilitazione verrebbe, dunque, al momento abbandonato, legando la sua effettiva realizzazione alla eventuale disponibilità futura di fondi. Attualmente la Regione sta esaminando la specifica proposta di dislocazione dei fondi inizialmente previsti per il centro di riabilitazione.

2.2.2 Il Caso B. L'opportunità per un nuovo progetto.

L'A.S.L. di cui ci occupiamo si caratterizza per un territorio esteso che comprende al suo interno più presidi ospedalieri di piccole dimensioni.

Nel 1997 la Regione ha approvato uno Studio di fattibilità presentato dall'A.S.L. in relazione ad una sua specifica azienda ospedaliera. Come si può notare dalla tabella 8, tale studio stimava, ad interventi realizzati, un significativo incremento delle dotazioni nell'area delle acuzie: incremento che risulterebbe adesso incompatibile con i nuovi standard definiti dalla Regione nel dicembre 2001.

Tabella 8: *Impatto '97* interventi ex art. 20 Caso B

ATTIVITA'	IMPATTO (p.l.)
Area Medica	80
Area Psichiatrica	5
Area Chirurgica	88
Area M. Infantile	43
Area Urgenze	4
AREA ACUZIE	220
AREA NON ACUZIE	0
TOTALE	220

Fonte: elab. dati Regione Piemonte

L'opportunità di una revisione complessiva del progetto è offerta dal mancato avvio delle realizzazioni dei lavori (fase 10), legato al fallimento di una azienda edile vincitrice della gara di appalto. La Direzione aziendale è infatti intenzionata a proporre un nuovo Studio di fattibilità che non preveda nuovi posti letto, ma solo l'incremento degli spazi ambulatoriali e di quelli riservati alle urgenze. Il nuovo progetto, in particolare prevederebbe un piano di interventi di umanizzazione delle degenze²⁷ ed il miglioramento dei percorsi connettivi interni. Quest'ultimo intervento dovrebbe garantire una più efficiente mobilità interna, tale da consentire minori spese per il personale addetto al trasporto dei pazienti.

La presentazione di un nuovo Studio di fattibilità è, in ogni caso, subordinata alla conclusione del processo di contrattazione sulle quote di produzione annuale tuttora in corso con la Regione che ha come riferimento i nuovi standard del 2001. La Direzione sanitaria ha attualmente avanzato una complessiva proposta alla Regione, che è possibile riassumere in due punti essenziali:

- la riconversione di uno dei presidi ospedalieri esclusivamente verso attività di *D.H.* e *D.S.*;

²⁷ Per umanizzazione delle degenze si intende un insieme di interventi volti a migliorare, in senso lato, la qualità della permanenza del paziente nell'istituzione sanitaria.

- il mantenimento dell'attuale quota di posti letto per l'azienda ospedaliera che aveva proposto lo Studio di fattibilità.

In sostanza, la Direzione aziendale propone di concentrare la riduzione dei posti letto per l'ospedalizzazione ordinaria su di un singolo presidio sul quale concentrare il processo di riconversione in *D.H.* e *D.S.*, mantenendo inalterate le dotazioni di posti letto degli altri presidi. Sostiene infatti che, al fine di diminuire i costi fissi ma non la qualità delle prestazioni, sia più opportuno riconvertire totalmente un presidio, piuttosto che effettuare una riduzione di posti letto omogenea, presidio per presidio e reparto per reparto. Del resto, i reparti dell'A.S.L. in questione sono mediamente di piccole dimensioni (circa 35 posti letto). Una loro leggera riduzione (che, ad esempio, li porti a 25 posti letto) comporterebbe certamente una riduzione del numero di prestazioni erogabili, ma non inciderebbe sui costi del personale. Viceversa, la eventuale conversione di un intero presidio permetterebbe di diminuire i giorni di degenza e dunque i costi fissi, incrementando il ricorso all'ospedalizzazione diurna (obbiettivo, peraltro, individuato come centrale dalla Regione), senza diminuire il tenore dell'assistenza erogata.

2.2.3 Il Caso C. Verso un nuovo modello di ospedale.

Attualmente la Direzione sanitaria ha presentato un nuovo Studio di fattibilità che recepisce le indicazioni della *programmazione ordinaria*, definite nel dicembre 2001. Tale rimodulazione degli interventi è stata resa possibile dai ritardi legati alla realizzazione del precedente progetto. Il nuovo Studio di fattibilità è tuttora all'analisi del Settore edilizia sanitaria della Regione (fase 2).

Gli obiettivi del nuovo Studio di fattibilità prevedono una ristrutturazione della complessiva fisionomia dell'ospedale. Più in particolare, tale studio si ispira ad un modello di presidio articolato su tre piani, ciascuno dei quali individua una specifica fase del ciclo assistenziale.

Il primo piano sarebbe occupato dalle strutture dell'area delle urgenze e delle diagnosi, il secondo, dalle sale operatorie e di rianimazione, mentre il terzo, dalle camere per degenti e lungodegenti. Ciò consentirebbe una strutturazione degli spazi fisici funzionale all'organizzazione dipartimentale²⁸: in sostanza, la tradizionale divisione per reparti tra loro indipendenti verrebbe così ad essere superata anche al livello delle strutture architettoniche.

Tabella 9: *Impatto 1997/2002 interventi ex art. 20 Caso C*

ATTIVITA'	IMPATTO 1997 (p.l.)	IMPATTO 2002 (p.l.)
Area Medica	17	-65
Area Psichiatrica	6	0
Area Chirurgica	12	-27
Area M. Infantile	4	-9
Area Urgenze	25	18
AREA ACUZIE	64	-83
AREA NON ACUZIE	46	68
TOTALE	110	-15

Fonte: elab. dati Regione Piemonte e A.S.L. di riferimento

²⁸ Il dipartimento, introdotto dal Decreto legislativo 229/99, è la nuova unità operativa interna all'ospedale, che sostituisce il reparto. Mentre quest'ultimo si basa sulla rigida distinzione tra le varie specialità della medicina, inducendo ad un lavoro a compartimenti stagni, il dipartimento è un *modulo multi - professionale* volto a coprire l'intero ciclo di cura di specifici gruppi di patologie.

A tali innovazioni progettuali, si affiancherebbe la riconversione di parte della attuale produzione sanitaria, erogata nelle forme della ospedalizzazione ordinaria nell'area delle acuzie, verso l'ospedalizzazione nell'area delle non acuzie, il *Day Hospital*, il *Day Surgery* e l'assistenza territoriale (un esempio è fornito dal potenziamento dell'assistenza domiciliare). Come si può notare dalla tabella 9, infatti, il nuovo progetto, a differenza del precedente risalente al '97, prevede una sensibile diminuzione dei posti letto nell'area delle acuzie a fronte di un più marcato incremento delle dotazioni nell'area delle non acuzie.

Lo scopo finale, dunque, è articolato in un duplice obiettivo: da una parte, il mantenimento o l'incremento dell'attuale quota di produzione, correlato al miglioramento della soddisfazione degli utenti²⁹, dall'altra, la diminuzione dei costi fissi.

2.2.4 Il Caso D. Una realizzazione senza *impasse*.

Gli interventi si caratterizzano per un avanzato stadio di realizzazione (fase 10).

Il progetto del '97 ha, tuttavia, subito significative variazioni. Nel corso del 2000, infatti, la Regione ha approvato un nuovo Studio di fattibilità presentato dalla Direzione dell'A.S.L..

Tabella 10: *Impatto* 1997/2000 interventi ex art. 20 Caso D

ATTIVITA'	IMPATTO 1997 (p.l.)	IMPATTO 2000 (p.l.)
<i>Area Medica</i>	57	12
<i>Area Psichiatrica</i>	12	0
<i>Area Chirurgica</i>	72	77
<i>Area M. Infantile</i>	13	51
<i>Area Urgenze</i>	8	0
AREA ACUZIE	162	140
AREA NON ACUZIE	40	0
TOTALE	202	140

Fonte: elab. dati Regione Piemonte e A.S.L. di riferimento

La stima dell'*impatto* degli interventi predisposta nelle *schede – progetto* a nostra disposizione non è, dunque, aggiornata. Come si può notare dalla tabella 10, il nuovo progetto, rispetto a quello precedente, si caratterizza per:

- una generale diminuzione dell'*impatto*, che passa da un incremento di 202 p.l. ad uno di 140 p.l.;
- il mantenimento delle dotazioni attualmente esistenti nell'area delle non acuzie, a fronte di un incremento di 40 p.l.;
- una lieve diminuzione dell'*impatto* nell'area delle acuzie (da un incremento di 162 p.l. ad uno di 140 p.l.): in particolare si registra una redistribuzione dell'*impatto* fra l'area medica e l'area materno infantile, a favore di quest'ultima (la prima, infatti, riduce l'*impatto* da 57 a 12 p.l., la seconda lo incrementa da 13 a 51 p.l.)

In generale, tali interventi, oltre a determinare gli incrementi delle dotazioni nelle aree individuate, puntano a favorire un migliore assetto organizzativo nell'erogazione dei servizi. In particolare, il

²⁹ La filosofia alla base di questo obiettivo ritiene che una assistenza specialistica di qualità non sia necessariamente legata all'ospedalizzazione ordinaria. Del resto, a parità di efficacia, l'utente tendenzialmente preferisce le cure domiciliari al ricovero ospedaliero.

nuovo progetto mira ad una più razionale dislocazione fisica di reparti e *servizi accessori*³⁰, in modo da diminuire le diseconomie dovute all'eccessiva dispersione dei tradizionali spazi ospedalieri³¹.

2.3 Conclusioni ed alcuni suggerimenti

L'analisi fin qui condotta ci ha consentito di ricostruire con chiarezza le fasi principali del processo di *programmazione ordinaria* e del processo di *progettazione infrastrutturale*. In particolare, l'analisi dei casi ci ha offerto una immagine concreta del processo di implementazione degli interventi a livello locale, consentendoci anche di verificare la attendibilità ed il grado di aggiornamento della stima dell'*impatto* in posti letto a disposizione della Regione. In questo paragrafo conclusivo è dunque possibile passare da una dimensione descrittiva ad un piano più prettamente prescrittivo. Ci proponiamo, in primo luogo, di fornire alcuni suggerimenti utili a favorire il coordinamento tra la *programmazione ordinaria* e la *progettazione infrastrutturale*. In secondo luogo, intendiamo contribuire a rispondere all'esigenza, espressa dal committente, di disporre di una lettura aggregata degli effetti determinati dalla realizzazione degli interventi.

2.3.1 Programmazione e progettazione infrastrutturale: alcune indicazioni per il coordinamento

Al fine di comprendere con più chiarezza le caratteristiche fondamentali dei due processi descritti nel corso del capitolo, è utile, a nostro parere, fare riferimento ad alcuni fra i principali modelli interpretativi dei processi decisionali, proposti dalla letteratura politologica.

Il processo di *programmazione ordinaria* è riconducibile, da un lato al **modello razionale - comprensivo**, dall'altro al **modello incrementale**. Il modello razionale – comprensivo presuppone che nei processi decisionali vi sia un decisore unico, in grado di attuare un'analisi della realtà e dei problemi oggettiva e di produrre scelte ottimali la cui attuazione si riduce ad un calcolo. Il modello incrementale, viceversa, non ritiene realistico tale schema e propone l'immagine di arene decisionali in cui le scelte sono il frutto dell'accordo fra più attori rilevanti, ciascuno dei quali non dispone di una analisi esaustiva del contesto e misura piuttosto le varie proposte in relazione alla capacità di produrre innovazioni, anche piccole, nella direzione desiderata, rispetto all'esistente [L. Bobbio, 1996, a].

La definizione degli standard a livello regionale risponde chiaramente alla logica razionale - comprensiva: postula la capacità della Regione (il decisore unico) di attuare un'analisi completa dei bisogni di salute della popolazione, utile a definire con chiarezza l'ottimale offerta sanitaria.

Il processo di implementazione di tali standard, viceversa, è paragonabile al modello incrementale. L'assegnazione della quota di produzione a ciascuna azienda sanitaria, come visto, anziché essere il frutto di una semplice distribuzione oggettiva dei posti letto standard tra i vari erogatori, definita unilateralmente dalla Regione, si struttura in un articolato processo di negoziazione che ha come riferimento le dotazioni esistenti. Gli standard sono un punto di riferimento che interagisce con altre variabili, quali il vincolo di bilancio regionale³² o il consenso delle comunità locali³³.

³⁰ Esempi di *servizi accessori* ai reparti sono i laboratori di analisi e di diagnostica.

³¹ La crescita delle reti ospedaliere negli ultimi decenni si è infatti caratterizzata per interventi parziali sulle strutture pre-esistenti, che spesso hanno configurato una organizzazione degli spazi poco razionale e, in definitiva, poco efficiente.

³² Non sempre, infatti, gli standard sono correlati ai vincoli di bilancio. Nel periodo 1997 - 2001 le ristrettezze economiche, come visto nel capitolo 1, hanno determinato riduzioni dell'offerta sanitaria superiori a quelle indicate dagli standard in vigore periodo per periodo.

Anche il processo di *progettazione infrastrutturale* sembra chiaramente ispirarsi alla logica razionale - comprensiva: all'inizio del processo, infatti, l'approvazione degli interventi è legata alla loro coerenza con gli standard. La stessa richiesta formulata dal committente del nostro lavoro, che esprime la necessità di una verifica in corso d'opera di tale coerenza, è riconducibile al modello razionale. L'analisi condotta ci induce, tuttavia, a ritenere che, nei fatti, le modalità di coordinamento dei progetti con gli standard regionali, nelle fasi successive allo Studio di fattibilità, presentino alcune caratteristiche tipiche del modello *garbage can* o "*bidone della spazzatura*". In tale modello gli attori si trovano a dover affrontare una molteplicità di problemi contemporaneamente, in situazioni caratterizzate dalla forte ambiguità degli obiettivi e dei mezzi per raggiungerli: il criterio di scelta che tende a prevalere è la coincidenza temporale [L. Bobbio, 1996, b].

Come è emerso nell'analisi dei casi, infatti, la possibilità di modificare i progetti, senza insostenibili aggravii dei costi, è strettamente connessa al grado di avanzamento dei lavori. Un ritardo nelle realizzazioni può, dunque, trasformarsi in un'opportunità utile a rimodulare gli interventi, mentre, viceversa, il rispetto dei tempi può condurre a realizzazioni incoerenti con l'evoluzione dell'offerta sanitaria programmata. La scelta di presentare una proposta di variante progettuale da parte delle Direzioni aziendali è, di fatto, spesso, legata alla coincidenza temporale tra la definizione, a livello regionale, di nuovi standard di riferimento e un prolungato stallo delle realizzazioni, o, addirittura, il loro mancato avvio³⁴.

Per quanto la prospettiva di una perfetta coerenza, momento per momento, tra gli interventi infrastrutturali e gli standard in vigore sia poco realistica, a nostro parere, una forma di coordinamento meno legata ad elementi casuali, quali le coincidenze temporali, può derivare da due fattori.

Il primo è un processo di *programmazione ordinaria* che, a differenza degli ultimi cinque anni, non si caratterizzi per variazioni ravvicinate nel tempo degli standard di riferimento, dettate da stringenti esigenze di bilancio, ma per la loro stabilità in un orizzonte di medio periodo.

Il secondo è l'istituzione di momenti di verifica complessiva degli interventi in coincidenza con l'evoluzione degli standard. Tali momenti di verifica dovrebbero coinvolgere sia i responsabili regionali che quelli aziendali ed avere l'obiettivo di:

1. individuare l'area degli interventi non in linea con i nuovi orientamenti della programmazione;
2. identificare, all'interno di quest'area, quegli interventi che, in relazione al loro grado di avanzamento dei lavori, siano ancora opportunamente modificabili.

In tal modo si introdurrebbe un punto di raccordo tra la *programmazione ordinaria* e la *progettazione infrastrutturale* successivo a quello iniziale, previsto nello Studio di fattibilità per ciascun intervento, stimolando le stesse Direzioni aziendali ad una attenta considerazione del possibile *impatto* sulle proprie dotazioni derivante dalla realizzazione degli interventi avviati.

³³ Il processo di negoziazione in corso tra la Regione e l'A.S.L. di riferimento del Caso B dimostra come gli standard costituiscano una base di partenza della discussione, ma non necessariamente l'esito. La Direzione aziendale, infatti, come visto nel paragrafo 2.2.2, punta a limitare le riduzioni di posti letto sulla base di un insieme di argomentazioni, sia di natura economica che legate alla qualità dei servizi da erogare.

³⁴ A tal proposito, il Caso B ed il Caso C forniscono una utile esemplificazione: il mancato avvio delle realizzazioni ha offerto, infatti, l'occasione di una revisione complessiva dei progetti.

Uno strumento analitico utile ad individuare gli interventi da modificare è il **sistema di confronto tra gli standard in vigore e la prefigurazione dell'offerta sanitaria ad interventi realizzati**, presentato nel precedente capitolo (paragrafo 1.2). Di seguito, ne precisiamo le indicazioni utili a renderlo operativo.

2.3.2 Il sistema di confronto: indicazioni operative

Nel corso delle interviste presso le aziende, abbiamo rilevato come le stime delle *schede – progetto* della Regione siano superate. Tali stime, infatti, si riferiscono all'*impatto*, in termini di posti letto, previsto dalla realizzazione dei progetti approvati nel '97. La situazione attuale, nel campione considerato, non rispecchia del tutto tali progetti. Si rilevano infatti quattro stadi diversi:

1. l'accantonamento *sine die* del progetto (Caso A);
2. lo stallo dei lavori e l'intenzione, manifestata dalla Direzione aziendale, di proporre una profonda variazione del progetto del '97, attraverso un nuovo Studio di fattibilità (Caso B);
3. il processo di analisi tecnica in corso, da parte degli uffici regionali, di un nuovo Studio di fattibilità che apporta rilevanti modifiche al progetto originario (Caso C);
4. il buon andamento dei lavori di realizzazione di un nuovo progetto, approvato nel 2000, che apporta modifiche significative rispetto a quello del 1997 (Caso D).

Ne deriva, dunque, che **l'elenco degli interventi³⁵, ritenuti non in linea con la programmazione, in base all'analisi condotta nel primo capitolo, è superato**, in quanto si basa sui progetti (quelli del 1997) non aggiornati. Tuttavia, il sistema di confronto utilizzato è, in generale, utile ad evidenziare le aree di maggiore criticità rispetto agli standard della programmazione.

Al fine di individuare una “mappa” aggiornata di interventi “incongruenti” è dunque necessario aggiornare la stima degli *impatti* previsti per ciascun intervento, facendo riferimento ai nuovi Studi di fattibilità presentati dopo il '97 dalle aziende al Settore edilizia ed attrezzature sanitarie della Regione. In tali Studi di fattibilità, infatti, come visto, si trova la prefigurazione più aggiornata delle dotazioni strutturali ad intervento realizzato.

E' inoltre necessario, a nostro parere, individuare un ulteriore strumento in grado di registrare con ancora maggiore tempestività l'evoluzione delle scelte delle Direzioni aziendali in relazione agli interventi edilizi. In tal senso la realizzazione di un breve questionario, destinato alle Direzioni di tutte le aziende sanitarie oggetto di interventi, sarebbe in grado di rilevare le situazioni di *impasse* prolungata delle realizzazioni, che preludano all'accantonamento del progetto o alla presentazione di un nuovo Studio di fattibilità. Riteniamo che, nell'attuale fase, caratterizzata ancora da una evidente fluidità dei progetti, tale questionario dovrebbe avere una cadenza periodica, ad esempio, ogni quadrimestre. Le informazioni che ne deriverebbero permetterebbero di escludere, nel sistema di confronto proposto, le stime degli *impatti* relative a progetti, di fatto, superati. Ci riferiamo, in particolare, ai progetti per i quali le aziende sanitarie stanno avviando un processo di revisione che non si sia ancora esplicitato nella presentazione di un nuovo Studio di fattibilità³⁶.

Il sistema di confronto proposto, integrato dal questionario, presenterebbe un rilevante grado di flessibilità: sarebbe in grado, infatti, di fornire una “istantanea in tempo reale” dello scenario prevedibile ad interventi finiti, contribuendo a razionalizzare il processo di revisione dei progetti.

2.3.3 I costi di gestione: verso un ampliamento dell'analisi

La variabile fondamentale alla base del sistema di confronto proposto nel presente lavoro è costituita dal numero di posti letto. Tale variabile, nel sistema di programmazione regionale, intende

³⁵ Tale elenco è consultabile nell'*Appendice B*, tabella B9.

³⁶ Una utile esemplificazione è offerta dal Caso B: la Direzione aziendale ha infatti intenzione di formulare un nuovo Studio di fattibilità che, peraltro, non ha ancora posto in essere.

essere una *proxy* dei costi di gestione: un aumento dei posti letto tende a corrispondere ad un incremento dei costi di gestione, una loro diminuzione, ad un decremento della spesa.

Nel corso dell'analisi condotta, tuttavia, è chiaramente emerso come, negli ultimi cinque anni, la *proxy* individuata dal numero dei posti letto non si sia rivelata adeguata a definire una precisa quota di offerta sanitaria in grado di annullare il deficit annuale del bilancio³⁷. L'obiettivo del contenimento della spesa permane tuttora³⁸.

In alcune delle interviste condotte presso le stesse aziende sanitarie, inoltre, è emerso come uno degli obiettivi centrali degli interventi infrastrutturali sia costituito dalla riduzione dei costi fissi. Tale contenimento dei costi deriverebbe dal miglioramento dell'organizzazione fisica degli spazi e dalla conversione della produzione verso l'ospedalizzazione diurna e l'assistenza territoriale³⁹.

A nostro parere, quindi, risulterebbe utile avviare un ulteriore lavoro di ricerca che analizzi l'impatto derivante da ciascun intervento, in relazione alla sua capacità di incidere direttamente sui costi di produzione, mantenendo o incrementando il livello dell'assistenza erogata.

Tale analisi fornirebbe una ulteriore dimensione di valutazione che, affiancata a quella da noi proposta, dovrebbe consentire ai responsabili regionali una più precisa individuazione degli interventi infrastrutturali da modificare.

³⁷ Cfr. capitolo 1, paragrafo 1.1.3.

³⁸ Cfr. Legge regionale 12 dicembre 1997, n. 61, *Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997 – 1999*, p. 35 – 37.

³⁹ Tali obiettivi sono chiaramente emersi dalle interviste condotte sia nel Caso B, che nei casi C e D.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Agenzia Sanitaria Regionale, *Relazione sullo stato di attuazione del Piano Sanitario Regionale 1997 – 1999*, Torino, 2000.

Assessorato Sanità Settore Gestione Risorse Strumentali e Finanziarie Servizio Investimenti S.S.R. Regione Piemonte, *Relazione Progetti Preliminari II° fase ex Art. 20 L. 67/88*, Torino, 1997.

L. Bobbio, *La democrazia non abita a Gordio. Studio sui processi decisionali politico – amministrativi*, FrancoAngeli, Milano, 1996.

L. Bobbio, *Produzione di politiche a mezzo di contratti nella pubblica amministrazione*, “Stato e mercato”, n. 58, 2000.

D. Bondonio, R. Cestari, *Analisi e prospettive del dipartimento ospedaliero*, “Organizzazione Sanitaria”, n. 2, 1994.

E. Diana, *L’architettura dell’ospedale nella sua evoluzione storica*, “Salute e Territorio. Rivista bimestrale di politica socio – sanitaria”, n. 2, 2002.

M. Di Gennaro, M. P. Di Martino, *Il programma di investimenti sanitari*, “Salute e Territorio. Rivista bimestrale di politica socio – sanitaria”, n. 2, 2002.

M. Geddes da Filicaia, *Le politiche ospedaliere in Italia*, “Salute e Territorio. Rivista bimestrale di politica socio – sanitaria”, n. 2, 2002.

F. Longo, E. Vendramini, *Analisi dello scenario strategico per il governo della domanda. Logiche e strumenti possibili per le aziende USL*, “Tendenze Nuove”, n. 3, 1999.

R. K. Yin, *Applications of case study research*, Sage Production Editor, Newbury Park London New Delhi, 1993.

APPENDICE A: ATTI NORMATIVI DI RIFERIMENTO

1988

- Legge 11 marzo 1988, n. 67, *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)*.

1993

- Legge 4 dicembre 1993, n. 492, *Disposizioni in materia di edilizia sanitaria*.

1997

- Delibera del Consiglio Regionale 16 settembre 1997, n. 440 – CR – 13430, *Piano straordinario degli investimenti ex art. 20 L. 67/'88. Programma decennale e triennale*.

- Legge regionale 12 dicembre 1997, n. 61, *Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano Sanitario Regionale per il triennio 1997 – 1999*.

2000

- Delibera di Giunta Regionale 1 marzo 2000, n. 32 – 29522, *Modalità e termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie*.

- Accordo di programma quadro per il settore degli investimenti sanitari tra il Ministero della Sanità e la Regione Piemonte 6 settembre 2000.

2001

- Delibera di Giunta Regionale 12 novembre 2001, n. 1 - 4371, *Documento di Programmazione Economico Finanziaria 2002 – 2004*.

- Delibera di Giunta Regionale 21 dicembre 2001, n. 11 – 4878, *Indirizzi per la razionalizzazione delle attività ed il recupero di efficienza gestionale*.

APPENDICE B: I DATI QUANTITATIVI

Tabella B1: Posti letto al 31/12/1997

ATTIVITA'	QUADRANTE 1-10 (p.l.)	QUADRANTE 11-14 (p.l.)	QUADRANTE 15-18 (p.l.)	QUADRANTE 19-22 (p.l.)	TOTALE REGIONE (p.l.)
<i>Area Medica</i>	4351	1751	824	1248	8174
<i>Area Psichiatrica</i>	195	218	50	82	545
<i>Area Chirurgica</i>	3780	1341	961	1321	7403
<i>Area M. Infantile</i>	1234	439	367	326	2366
<i>Area Urgenze</i>	260	133	61	98	552
AREA ACUZIE	9820	3882	2263	3075	19040
AREA NON ACUZIE	1756	826	582	245	3409
TOTALE	11576	4708	2845	3320	22449

Fonte: Direzione Programmazione Sanitaria Regione Piemonte

Tabella B2: Posti letto al 31/12/1999

ATTIVITA'	QUADRANTE 1-10 (p.l.)	QUADRANTE 11-14 (p.l.)	QUADRANTE 15-18 (p.l.)	QUADRANTE 19-22 (p.l.)	TOTALE REGIONE (p.l.)
<i>Area Medica</i>	3478	1642	791	1119	7030
<i>Area Psichiatrica</i>	206	81	55	81	423
<i>Area Chirurgica</i>	3565	1280	913	1250	7008
<i>Area M. Infantile</i>	1357	495	390	310	2552
<i>Area Urgenze</i>	326	137	69	75	607
AREA ACUZIE	8932	3635	2218	2835	17620
AREA NON ACUZIE	2096	1127	599	346	4168
TOTALE	11028	4762	2817	3181	21788

Fonte: Direzione Programmazione Sanitaria Regione Piemonte

Tabella B3: Posti letto al 31/12/2001

ATTIVITA'	QUADRANTE 1-10 (p.l.)	QUADRANTE 11-14 (p.l.)	QUADRANTE 15-18 (p.l.)	QUADRANTE 19-22 (p.l.)	TOTALE REGIONE (p.l.)
<i>Area Medica</i>	3102	1207	717	1002	6028
<i>Area Psichiatrica</i>	144	51	51	81	327
<i>Area Chirurgica</i>	3135	985	848	1028	5996
<i>Area M. Infantile</i>	1291	410	355	305	2361
<i>Area Urgenze</i>	311	140	75	85	611
AREA ACUZIE	7983	2793	2046	2501	15323
AREA NON ACUZIE	2164	1171	644	371	4350
TOTALE	10147	3964	2690	2872	19673

Fonte: Direzione Programmazione Sanitaria Regione Piemonte

Tabella B4: Scostamenti dotazioni 1997/standard P.S.R. 1997-1999

ATTIVITA'	QUADRANTE 1-10	QUADRANTE 11-14	QUADRANTE 15-18	QUADRANTE 19-22	TOTALE REGIONE
<i>Area Medica</i>	8,2%	- 10,1%	- 14,7%	8,7%	1,1% (92 p.l.)
<i>Area Psichiatrica</i>	- 20,4%	153,5%	- 16,7%	26,2%	19,5% (89 p.l.)
<i>Area Chirurgica</i>	- 9,5%	- 14,5%	- 5,0%	10,1%	- 7,0% (- 553 p.l.)
<i>Area M. Infantile</i>	6,4%	- 16,1%	30,1%	- 2,7%	2,9% (66 p.l.)
<i>Area Urgenze</i>	- 13,3%	18,8%	- 15,3%	14,0%	- 3,2% (- 18 p.l.)
AREA ACUZIE	- 0,8%	- 8,4%	- 5,4%	8,5%	- 1,7% (- 324 p.l.)
AREA NON ACUZIE	- 19,6%	- 13,5%	9,8%	- 61,1%	- 20,7% (- 891 p.l.)
TOTALE	- 4,2%	- 9,3%	- 2,6%	- 4,2%	- 5,1% (- 1215 p.l.)

Fonte: elab. dati Regione Piemonte

Tabella B5: Scostamenti dotazioni 1999/standard P.S.R. 1997-1999

ATTIVITA'	QUADRANTE 1-10	QUADRANTE 11-14	QUADRANTE 15-18	QUADRANTE 19-22	TOTALE REGIONE
<i>Area Medica</i>	- 13,5%	- 15,7%	- 18,1%	- 11,2%	- 13,0% (- 1052 p.l.)
<i>Area Psichiatrica</i>	- 15,9%	- 5,8%	- 8,3%	- 1,5%	- 7,2% (- 33 p.l.)
<i>Area Chirurgica</i>	- 14,6%	- 18,4%	- 9,8%	- 5,9%	- 11,9% (- 948 p.l.)
<i>Area M. Infantile</i>	17,0%	- 5,4%	38,3%	- 4,8%	11,0% (252 p.l.)
<i>Area Urgenze</i>	8,7%	22,3%	- 4,2%	- 26,7%	6,5% (37 p.l.)
AREA ACUZIE	- 9,8%	- 14,2%	- 7,3%	- 8,5%	- 9,0% (- 1744 p.l.)
AREA NON ACUZIE	- 4,1%	18,0%	13,0%	16,0%	- 3,1% (- 132 p.l.)
TOTALE	- 8,8%	- 8,3%	- 3,6%	- 4,0%	- 7,9% (- 1876 p.l.)

Fonte: elab. dati Regione Piemonte

Tabella B6: Scostamenti dotazioni 1999/standard 1 marzo 2000

ATTIVITA'	QUADRANTE 1-10	QUADRANTE 11-14	QUADRANTE 15-18	QUADRANTE 19-22	TOTALE REGIONE
<i>Area Medica</i>	- 5,2%	- 7,6%	- 10,2%	6,9%	- 4,7% (- 343 p.l.)
<i>Area Psichiatrica</i>	- 9,3%	1,3%	- 1,8%	35,0%	0,0% (-)
<i>Area Chirurgica</i>	6,6%	1,9%	12,6%	30,1%	10,0% (635 p.l.)
<i>Area M. Infantile</i>	58,9%	28,6%	87,5%	25,5%	50,6% (858 p.l.)
<i>Area Urgenze</i>	9,4%	23,4%	- 4,2%	- 11,8%	7,2% (41 p.l.)
AREA ACUZIE	6,4%	0,7%	9,4%	18,1%	7,2% (1191 p.l.)
AREA NON ACUZIE	- 3,9%	18,3%	13,2%	- 44,9%	- 2,8% (- 122 p.l.)
TOTALE	4,3%	4,4%	10,2%	5,1%	5,2% (1069 p.l.)

Fonte: elab. dati Regione Piemonte

Tabella B7: Scostamenti dotazioni 2001/standard 1 marzo 2000

ATTIVITA'	QUADRANTE 1-10	QUADRANTE 11-14	QUADRANTE 15-18	QUADRANTE 19-22	TOTALE REGIONE
<i>Area Medica</i>	- 15,4%	- 32,1%	- 18,6%	- 4,3%	- 18,2% (- 1345 p.l.)
<i>Area Psichiatrica</i>	- 36,6%	- 36,3%	- 8,9%	35,0%	- 22,7% (- 96 p.l.)
<i>Area Chirurgica</i>	- 6,3%	- 21,6%	4,6%	7,0%	- 5,9% (- 377 p.l.)
<i>Area M. Infantile</i>	51,2%	6,5%	70,7%	23,5%	39,4% (667 p.l.)
<i>Area Urgenze</i>	4,4%	26,1%	4,2%	0,0%	8,0% (45 p.l.)
AREA ACUZIE	- 4,9%	- 22,6%	0,9%	4,2%	- 6,7% (- 1106 p.l.)
AREA NON ACUZIE	- 0,7%	22,9%	21,7%	- 40,9%	1,4% (60 p.l.)
TOTALE	- 4,0%	- 13,1%	5,2%	- 5,2%	- 5,0% (- 1046 p.l.)

Fonte: elab. dati Regione Piemonte

Tabella B8: Scostamenti dotazioni 2001/standard 21 dicembre 2001

ATTIVITA'	QUADRANTE 1-10	QUADRANTE 11-14	QUADRANTE 15-18	QUADRANTE 19-22	TOTALE REGIONE
<i>Area Medica</i>	- 8,7%	- 26,7%	- 12,1%	3,3%	- 11,7% (- 801 p.l.)
<i>Area Psichiatrica</i>	- 32,7%	- 32,0%	- 1,9%	42,1%	- 17,8% (- 71 p.l.)
<i>Area Chirurgica</i>	5,2%	- 12,0%	17,5%	20,1%	5,6% (319 p.l.)
<i>Area M. Infantile</i>	84,4%	29,7%	108,8%	51,0%	70,1% (973 p.l.)
<i>Area Urgenze</i>	4,4%	26,1%	4,2%	0,0%	8,0% (45 p.l.)
AREA ACUZIE	5,2%	- 14,5%	11,7%	15,3%	3,1% (465 p.l.)
AREA NON ACUZIE	- 0,7%	22,9%	21,7%	- 40,9%	1,4% (60 p.l.)
TOTALE	3,9%	- 6,1%	13,9%	2,6%	2,7% (525 p.l.)

Fonte: elab. dati Regione Piemonte

Tabella B9: Interventi “incongruenti”

QUADRANTE	IMPATTO IN ECCESSO (p.l.)
1-10	143
	138
	118
	88
	66
	64
	53
	53
	37
	35
	34
	32
	30
	26
	24
	23
	16
	16
	13
	13
	12
	10
	7
	2
	2
11-14	20
	18
	11
	10
	4
	2
	2
	2
15-18	84
	9
	4
19-22	116
	20
	18
	9
	9
	6

Fonte: elab. dati Regione Piemonte

APPENDICE C: LE INTERVISTE

Regione Piemonte

- Ingegnere Cerutti, Settore Edilizia ed Attrezzature Sanitarie
- Dottoressa Aimone, Direzione Programmazione Sanitaria

Aziende sanitarie

Personale tecnico ed amministrativo delle quattro A.S.L. oggetto di indagine.

