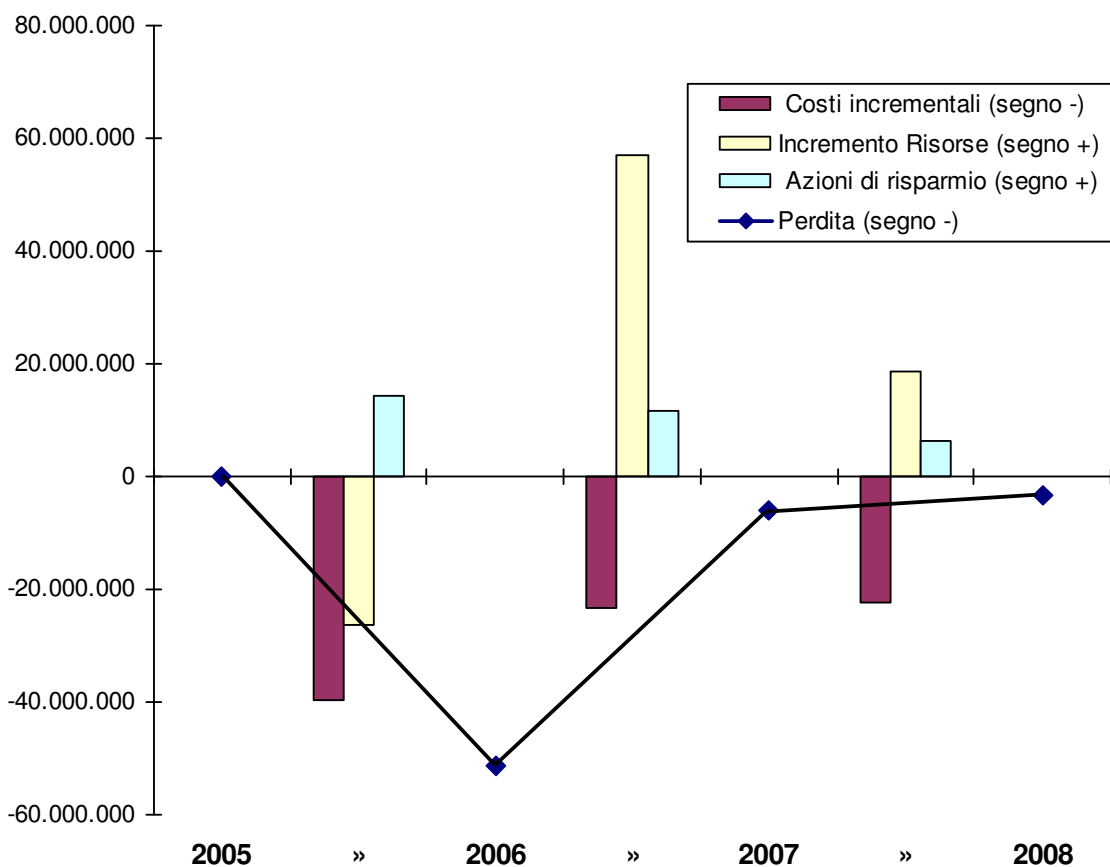


**IL GOVERNO DELL'AZIENDA TERRITORIALE SANITARIA
TRA PRESTAZIONI DI BILANCIO E APPROPRIATEZZA
2006 – 2008: le esperienze dell'AUSL Ferrara
Come l'Ausl Ferrara -un "pezzo" di pubblica amministrazione-
ha promosso l'efficienza gestionale migliorando la qualità del servizio**

Le seguenti note vogliono offrire un quadro sintetico di come una "porzione" significativa della pubblica amministrativa impegnata nell'area della assistenza sanitaria e sociosanitaria – l'ASL di Ferrara, caratterizzata da una dimensione territoriale coincidente con la provincia ferrarese (26 Comuni per un totale di 360.000 abitanti); da un numero di dipendenti pari a circa 4.000 unità e da un budget annuale di circa 700 milioni di € - sia stata capace – negli ultimi 3 anni – di generare processi di forte contrazione dei costi di produzione (aggregando il precedente disavanzo e utilizzando in modo più efficiente tutte le risorse assegnate) senza ridurre la quantità complessiva della "offerta" di attività e servizi (anzi!) né incidere minimamente sulla qualità della assistenza.

1. I dati economico/finanziari di riferimento

	2005	2005-2006	2006	2006-2007	2007	2007-2008	2008
Perdita (segno -)	0		-51.300.000		-6.012.758		-3.253.357
Costi incrementali (segno -)		-39.617.000		-23.350.763		-22.173.965	
Incremento Risorse (segno +)		-26.318.000		56.936.005		18.553.496	
Azioni di risparmio (segno +)		14.439.000		11.702.000		6.379.870	



La Tavola sopra riportata illustra, in modo sintetico ma esauriente, gli andamenti fondamentali registrati nei risultati economici di esercizio 2006 VS 2005; 2007 VS 2006 e – allo stato della verifica del settembre u.s. - 2008 VS 2007.

All'anno nero (2006) in cui si sono sommati un forte incremento dei costi (39.617.000 €) ed una altrettanto significativa diminuzione dei ricoveri (26.318.000), per un complessivo di minori risorse – rispetto al 2005 – pari a circa 70 milioni di €, si sono succeduti due anni virtuosi:

- Il 2007, con un incremento dei ricavi pari a 56.936.000 € e un più contenuto incremento dei costi (23.350.763 €)
- il 2008 con una assai più modesta crescita dei ricavi (18.553.456 €) ma anche una ulteriore (anche se, lieve) diminuzione della crescita dei costi (22.173.965 €).

Va notato come l'incremento dei costi si sostanzia di tre fattori:

- la crescita di oneri collegati a scelte e/o condizioni esterne alla volontà aziendale e tali da generare incrementi automatici (si pensi ai rinnovi contrattuali; all'andamento inflattivo reale per beni e servizi; alla variazione delle tariffe decretata da norme nazionali e/o regionali, etc...);
- il consolidamento sui 12 mesi di costi sostenuti per frazioni di anno nell'esercizio precedente a quello considerato;

- maggiori, nuovi oneri derivanti da qualche azione di sviluppo (vedremo infra).

Ne consegue come sia già un successo notevole evitare l'incremento di tali costi, generati da automatismi e da trascinamenti, da un anno all'altro.

Va rimarcato, inoltre, come, in riferimento ad ogni esercizio, siano state realizzate "azioni di risparmio" che presentano il seguente andamento: 14.439.000 € nel 2006; 11.702.000 € nel 2007; 6.379.000, nel 2008 per un complessivo, nel triennio, di 32.520.000 €.

Il contenimento della crescita dei costi 2007 e 2008, abbinato ai risultati di consistenti azioni di risparmio ha comportato, conclusivamente la riduzione della perdita di esercizio passando dai 51.300.000 € del 2006 ai 6.012.758 € del 2007 e ai 3.253.357 € del 2008 (un abbattimento pari a circa 48.000.000 € in due anni).

2. Le azioni di risparmio

Ci pare di un qualche interesse indicare quelle azioni orientate al risparmio, o al contenimento della crescita dei costi, che hanno determinato risultati particolarmente significativi.

In particolare:

2.1 Il governo della risorsa umana

Ciò si è sostanziato:

- in un significativo blocco del turn-over;
- nella rideterminazione dei carichi di lavoro (soprattutto per il personale amministrativo);
- nella razionalizzazione di alcune linee di produzione (accorpamento di pp.II. chirurgici nell'ospedale di Comacchio; riduzione della attività chirurgica presso l'ospedale di Bondeno; la eliminazione della degenza chirurgica ordinaria presso l'Ospedale di Copparo; ecc... , ad esempio)

Nel solo anno 2007 tali interventi hanno comportato una riduzione del fabbisogno di unità lavorative pari a 40 unità e complessivamente -nei tre anni- si è registrata una diminuzione della spesa pari a circa 3.500.000 €.

2.2 La politica del farmaco

Vari e numerosi sono stati gli interventi nei confronti dei consumi, e quindi, dei costi correlati all'uso dei farmaci. In particolare:

- Azioni incentrate sulla **appropriatezza prescrittiva**; del tipo:
 - Promozione dell'uso del farmaco generico o dei principi attivi a minor costo DDD (dose, media giornaliera) nel rispetto della equivalenza terapeutica;
 - "Audit clinici" con i prescrittori (m.m.g. e specialisti) sugli usi terapeutici e costi/terapia di farmaci ad elevato impatto sociale (ipotensivanti; ipoliponizzanti; antiulcera, etc.);
 - la attivazione – in collaborazione con l'Università di Ferrara – del progetto "ALARM", il cui obiettivo è stato quello di valutare i processi terapeutici applicati

alle patologie croniche sulla base di uno standard di riferimento prefissato tratto dalle migliori evidenze scientifiche;

- la campagna di educazione sanitaria sull'uso corretto del farmaco per la popolazione anziana;
- la revisione del Prontuario Terapeutico Provinciale;

- **Il grande potenziamento della attività di erogazione diretta del farmaco da parte dei servizi ospedalieri e territoriali.**

Ciò è avvenuto in modo capillare coinvolgendo, non solo tutte le strutture ospedaliere del territorio, ma anche le “Medicine di Gruppo” dei m.m.g.; le strutture residenziali socio-sanitarie; le assistenze domiciliari; i poliambulatori e i consultori e, infine, le stesse farmacie territoriali (“distribuzione per conto”).

- **Il controllo clinico dell'impiego dei farmaci ad alto costo**

Soprattutto nell'area oncologica i farmaci di ultima generazione rappresentano un fattore di costo crescente di notevoli proporzioni (+ 60% nei tre anni precedenti il 2006).

Si è operato, in accordo con l'Azienda Ospedaliera S.Anna, in modo tale da:

- Inserire un tetto di spesa (articolato per Unità Operativa e con riferimento alle categorie di farmaci più significativi) nell'Accordo di fornitura che regola i rapporti fra ASL (committente) e Azienda Ospedaliera (fornitore);
- Monitorare l'andamento di tali Budget mediante il “Dipartimento Interaziendale del Farmaco”;
- Sviluppare “audit” sulla appropriatezza coinvolgendo i clinici prescrittori nelle situazioni in cui si dichiara la necessità di uno sfondamento.

Tutto ciò ha comportato la inevitabile crescita della spesa, ma con un “trend” assai minore rispetto alla media regionale.

- **Le strategie d'acquisto unitario**

La costituzione del “Dipartimento inter-aziendale del farmaco”, con la conseguente impostazione integrata e omogenea delle scelte farmaceutiche in ambito provinciale (con particolare riferimento agli acquisti e alla equivalenza terapeutica, allo scopo di promuovere l'impiego di quelli a più basso costo in presenza di diversi principi attivi) sono stati il presupposto per l'ottenimento di notevoli risultati economici.

- **La promozione del farmaco generico**

Ciò è avvenuto nei confronti sia dei medici ospedalieri sia dei m.m.g..

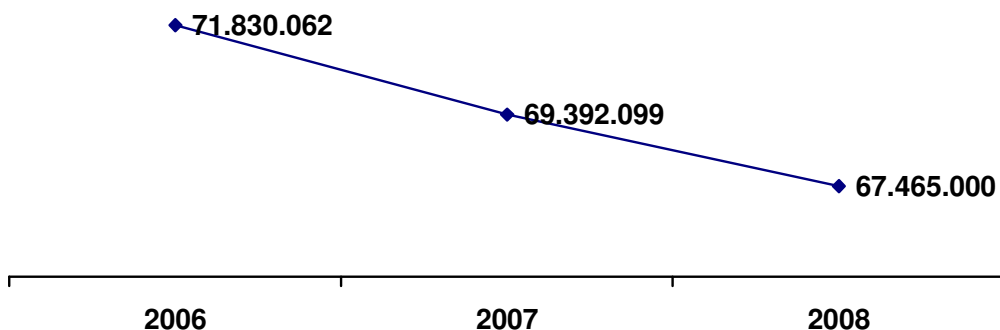
La informazione sui costi/terapia relativi alle cure ad elevato impatto sociale (diabete, ipertensione, ulcera, ecc..) si è abbinata –sulla base di precisi obiettivi oggetto di accordo con i m.m.g.– alla previsione puntuale del contenimento della spesa medico per medico.

Lo sviluppo delle azioni sopracitate (e di altre ancora) ha consentito alla ASL di Ferrara di decrementare la spesa farmaceutica 2007 VS 2006 del 3,2%, a fronte di

una media regionale del -2,9% (181,8 €. pro-capite, a fronte di una media regionale del 182,3 €. pro capite).

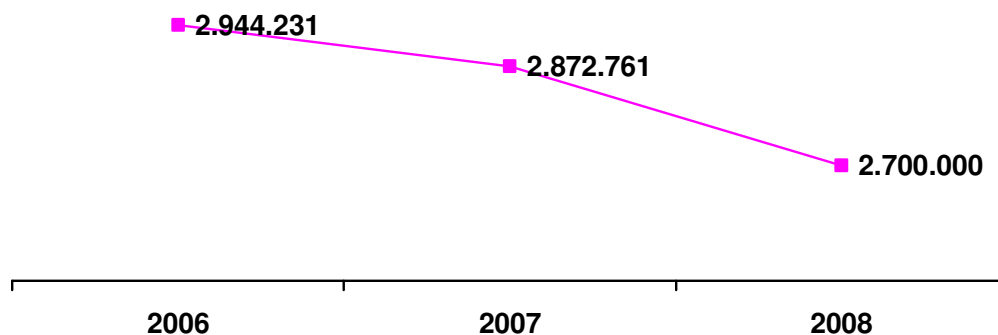
Il risparmio complessivo è stato pari –nel triennio– a 4.365.000 € per la sola farmaceutica convenzionata, cui devono aggiungersi altri 5.500.000 €, circa, per “presidi medico/chirurgici” e farmaceutica ospedaliera.

Farmaceutica convenzionata

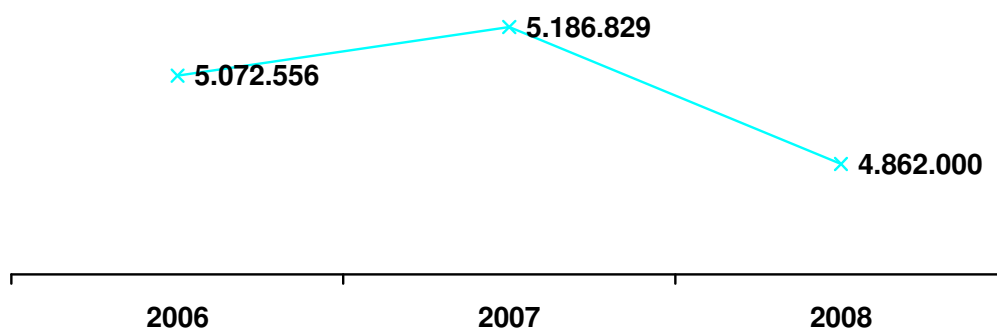


2.3 L'appropriatezza nell'impiego della “ossigeno terapia domiciliare” e nella “assistenza protesica integrativa”

Ossigeno Domiciliare



Assistenza Protesica integrativa



In queste aree assistenziali si registrava – in assenza di un monitoraggio e di una valutazione preventiva di appropriatezza clinica – una spesa assai consistente.

Si sono introdotti “protocolli” condivisi con gli specialisti prescrittori e si è attivato un “filtro” autorizzativo.

Ciò ha consentito non solo di bloccare il “trend” di crescita precedentemente verificato ma di invertirlo, realizzando un decremento pari a circa 250.000 € nella “ossigenoterapia” e a circa 325.000 € in quel vasto mondo di ausili e protesi che comprende: tutori; carrozzine, letti e materassi antidecubito; plantari; etc...

2.4. Gli acquisti di Area Vasta

L'ASL di Ferrara partecipa all'Area Vasta Emilia Centro” (Provincia di Ferrara e Bologna) in ottemperanza a precise direttive regionali. La quasi totalità degli acquisti di beni e il rinnovo della committenza per alcuni, grandi servizi (ad es. i contratti assicurativi) sono gestiti sulla base di importi globali corrispondenti a centinaia di milioni di € e attraverso trattative che realizzano proroghe a prezzi scontati o definiscono nuove forniture a prezzi scontati.

La ricaduta su Ferrara di tale strategia (per oltre 25 gare effettuate) ha determinato, nel triennio, non solo una non crescita dei costi (nonostante gli andamenti inflattivi) ma una diminuzione della spesa storica pari a circa 460.000 €.

2.5. La unificazione della rete laboratoristica

Questo adempimento (peraltro previsto come obiettivo delle ASL dalle normative sia nazionali che regionali) è in avanzata fase di realizzazione. Si tratta di unificare i sistemi laboratoristici delle due aziende – territoriale e ospedaliero/universitaria – ferraresi.

Il processo di concentrazione procede per fasi; allo stato attuale le prime unificazioni, da un lato, e le totali o parziali soppressioni di strutture laboratoristiche periferiche,

dall'altro, hanno generato una riduzione dei costi di gestione storici pari a circa 100.000 €.

2.6. I Risparmi Energetici

L'ASL di Ferrara ha predisposto un piano poliennale destinato a generare un significativo contenimento dei consumi e, quindi dei costi energetici (piano che è stato assunto come prototipo della stessa Regione Emilia Romagna).

Fondamentalmente, il piano è stato suddiviso in 5 parti:

- 1) interventi in centrali termiche che prevedono sostituzioni di bruciatori con altri ad alto rendimento, sostituzione di caldaie, inserimento di caldaie estive, ecc.; il tutto finalizzato ad un miglioramento della combustione, con minori emissioni di CO₂ e NO_x. E' altresì previsto un impianto di cogenerazione che prevede il recupero di calore di dispersione e la produzione di energia elettrica;
- 2) automazione degli impianti di illuminazione finalizzati anch'essi ad un minor consumo di energia elettrica e sostituzione di 3.500 punti luce con lampade a basso consumo;
- 3) realizzazione di impianti fotovoltaici destinati alla produzione di energia elettrica attraverso fonti rinnovabili ad emissione zero;
- 4) telelettura e telecontrollo delle utenze;
- 5) eliminazione delle fonti "mobili" di condizionamento e riscaldamento negli uffici (back office)

La generazione di risparmi – su base poliennale (2006/2012) – si determina in ragione di una duplice modalità:

- il "risparmio" generato dalla proroga dell'attuale contratto con la ditta "Multiservice" (3 anni, fino al 2012) che ci fornisce calore, manutenzioni, ecc...., per un importo di – 604.000 € l'anno;
- la copertura degli oneri di investimento prodotti dalla messa in opera delle azioni contenute nei punti precedenti con tale cifra e la messa a risparmio di una cifra annua (come conseguenza di dette azioni) pari a circa 360.000 €.

2.7. La gestione del rischio clinico

Una serie molto articolata e puntuale di interventi (monitoraggio degli eventi avversi; identificazione delle cause; formazione e "audit clinici"; elaborazione di protocolli standard; corretto "consenso informato"; etc..) ha consentito alla ASL di Ferrara di limitare l'incremento delle denunce e dei conseguenti risarcimenti per colpa grave, negli ultimi 3 anni, molto al di sotto dell'andamento medio sia nazionale che regionale.

2.8. Il Piano della specialistica

Pensato in modo vario e concreto per contrastare con oltre 10 grandi azioni di miglioramento, il fenomeno dei tempi di attesa (pur in presenza di un consumo “storico” di prestazioni, da parte dei cittadini ferraresi superiore alla media regionale, si riscontrano - oggi - sofferenze – su oltre 40 tipologie di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche - per non più di 4/5 specialità) il suddetto piano genera anche notevoli risparmi.

Consegue, infatti, anche alla esigenza di raggiungere livelli ottimali di appropriatezza organizzativa, attraverso la riduzione di prestazioni di ricovero ospedaliero in regime sia ordinario sia diurno e il corrispondente aumento delle attività ambulatoriali capaci di garantire il medesimo trattamento assistenziale (ad esempio, per le cataratte; piccola chirurgia dermatologica, etc..) e di far incassare il conseguente ticket alla Azienda.

2.9. L’incardinamento dei Medici di Medicina Generale nella organizzazione del Distretto.

Rendere il m.m.g. componente organico della organizzazione aziendale (loro rappresentanze siedono nel “Collegio di Direzione”) e Distrettuale (l’organigramma del Distretto prevede tre “linee” operative dedicate: ai servizi territoriali sanitari – poliambulatori; consultori; pediatria di comunità; ecc... -; ai servizi socio sanitari residenziali e semiresidenziali – per anziani, disabili e minori -, per l’appunto, ai servizi “primari” – medicina di base e tutte le forme di domiciliarità al cui interno trovano collocazione le forme aggregative dei medici di m.g.) ha comportato l’ottenimento di una serie di indiscutibili vantaggi:

- In primo luogo, impegnare tutti i m.m.g. (nelle loro forme aggregative territoriali – i “nuclei delle cure primarie” – e associative – medicine di gruppo -) nel raggiungimento di una serie di obiettivi condivisi che fanno parte della programmazione del Distretto. Sono stati, ad esempio, individuati come progetti prioritari quelli relativi a:
 - assistenza a soggetti con particolari fattori di rischio o patologie (ipertensione arteriosa; diabete; condizioni di non autosufficienza; scoagulati)
 - organizzazione della erogazione di particolari prestazioni sanitarie (vaccinazioni antinfluenzali; cardiologia territoriale; prelievi ematici; prenotazione visite; distribuzione diretta dei farmaci; corretta applicazione delle note AIFA e dei principi di farmacoeconomia)
 - riduzione dei consumi farmacologici (in particolare all’area dei cardiovascolari) inappropriati.

La realizzazione dei succitati progetti ha comportato, da un lato, il miglioramento della qualità della assistenza attraverso forme di presa in carico che hanno enormemente favorito lo sviluppo delle assistenze domiciliari e ridotto il disagio provocato – all’utente e alla sua famiglia – dal doversi rivolgere, “rimbalzando”, a più

uffici e servizi e ottenuto dall'altro, con il miglioramento del livello della appropriatezza prescrittiva, anche consistenti risparmi sulla spesa farmaceutica.

- In secondo luogo, introdurre il principio che anche ai m.m.g. vengano corrisposti indennità e incentivi (variamente previsti dai contratti nazionali e dagli integrativi regionali e locali) solo in ragione della loro adesione agli obiettivi della programmazione distrettuale e sulla base della verifica dei risultati ottenuti;
- In terzo luogo, stimolare l'addestramento all'uso di una serie di metodiche che sono orientate allo sviluppo culturale e professionale dei temi della appropriatezza clinica e organizzativa (elaborazione di protocolli clinici e operativi basati sulla evidenza e orientati al lavoro interprofessionale; la applicazione di principi e criteri di economia sanitaria; la partecipazione a processi di valutazione e revisione della qualità).

2.10. Lo sviluppo degli interventi di prevenzione secondaria e primaria

- Per quanto concerne le grandi campagne di prevenzione secondaria (screening dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto) i dati di adesione e di test positivi rilevati pone l'ASL di Ferrara ai vertici regionali.

La diagnostica precoce salva vite umane e riduce gli oneri derivanti da lunghe e costose terapie.

Gli screening sono realizzati attraverso una forte integrazione gestionale fra ASL territoriale; Azienda Ospedaliera e Università (unicità di coordinamento e sviluppo unitario degli interventi e di molteplici campagne di informazione e sensibilizzazione).

- Per quanto riguarda, invece, la prevenzione primaria, ci si è dedicati essenzialmente a tre tipi di azione:
 - l'approfondimento della raccolta ed elaborazione dei dati epidemiologici e di descrizione degli "stili di vita" ottenendo "profili di salute" della popolazione provinciale aggiornatissimi e molto dettagliati;
 - lo sviluppo di grandi campagne di sensibilizzazione relative ai corretti comportamenti del "vivere sano" (alimentazione; attività fisica; rifiuto del fumo e dell'alcool...) utilizzando tutti gli strumenti "mass-mediatici" a disposizione;
 - la attivazione di un vero e proprio intervento strutturato di attività motoria, rivolto a tutti i pazienti diabetici provinciali (11.000 unità) – in collaborazione con l'Università di Ferrara e il Dipartimento di Igiene della Regione Emilia Romagna – allo scopo di sperimentare scientificamente la possibilità di utilizzare programmi personalizzati di esercizio fisico come alternativa al farmaco. Ciò si sta realizzando con la collaborazione di tutti i m.m.g.; costa circa 25 € l'anno per paziente e si prevede una riduzione di costi farmacologici attorno ai 500/600 € l'anno per utente.

3. Non solo risparmi

L'azione di risanamento economico della Azienda si è realizzata nei termini illustrati (almeno in parte) nei punti precedenti.

Va, però sottolineato come – nonostante ciò – l'Azienda non abbia rinunciato – nel biennio 2007/2008 – a rispettare alcune esigenze di sviluppo di attività e servizi – ritenute insopprimibili per evitare cadute di qualità nella organizzazione e gestione della “offerta”.

Tale approccio ha comportato l'utilizzo di 2.940.470 € di Fondo Sanitario (1.378.200 € nel 2007; 1.562.270 € nel 2008) e di circa 9 milioni di € acquisiti – per l'area della assistenza socio sanitaria e sociale – attraverso la istituzione recente del Fondo Regionale per la non autosufficienza.

4. La “strategia” di fondo

In larghissima parte le azioni che hanno caratterizzato il processo di risanamento economico/finanziario della ASL di Ferrara rispondono a due macro-obiettivi che qualificano le strategie di “politica sanitaria” da essa perseguite.

- Lo sviluppo di molteplici **processi di “integrazione gestionale e professionale”**. Ciò è avvenuto, nelle strutture dipartimenti interaziendali, fra ASL e Azienda Ospedaliera (il Dipartimento Unico del Farmaco ne è un luminoso esempio); nella gestione di tutte le campagne di prevenzione secondaria; nella assistenza odontoiatrica e ortodontica; nella strutturazione delle grandi Reti provinciali (oncologica; geriatrico/lungodegenziale; cardiologia...); nella definizione dei percorsi di continuità assistenziale; nella gestione di tutta l'area del socio sanitario (con una fortissima integrazione istituzionale fra ASL e Amministrazioni Comunali); nel rapporto fra i m.m.g. e i servizi distrettuali; etc. . .
- Il perseguimento di un costante innalzamento del livello della **appropriatezza clinica e organizzativa**.

Tutti gli obiettivi orientati a ridurre i consumi abnormi; a diminuire i ricoveri ospedalieri a favore dello sviluppo delle attività poliambulatoriali; a sviluppare le forme della domiciliarità integrata; a ricercare l'essenzialità dei trattamenti; etc..., nei termini e modi illustrati (con riferimento puntuale) nel corso della esposizione dei contenuti che hanno connotato le azioni di risparmio poc'anzi richiamate.

Conclusione

Non abbiamo, con queste note, detto tutto, ma riteniamo che ciò che è stato scritto sia sufficiente a dare il senso di uno sforzo enorme e poliedrico che ha generato risultati di “buona amministrazione e di buona gestione” (art. 3, D.Leg.vo 80/98).

Fosco Foglietta

Direttore Generale Azienda USL di Ferrara