

ANALISI ECONOMICO-STRUTTURALE DEL SISTEMA SANITARIO LAZIALE NEL QUADRO DI QUELLO NAZIONALE

L'esame della Sanità della Regione Lazio in rapporto al S.S.N. presenta degli squilibri, giustificati in parte dalla presenza della capitale e degli eventi che ivi si concentrano. Pertanto tali squilibri devono essere caricati all'economia degli eventi straordinari che supportano.

1) LA SANITA'

Introduzione

La scarsità di risorse economiche disponibili, anche per la sanità, ha imposto di valutare economicamente le prestazioni sanitarie ed ha portato all'introduzione di strumenti volti all'analisi ed al controllo dei costi di produzione.

La salute, però, non è un bene economico qualunque perché ha delle caratteristiche molto peculiari: incertezza di valore e di risultato, dipende dalle scelte del consumatore, è un bene pubblico, è un bene meritorio, presenta la turbativa delle esternalità, ecc.

La caratteristica di "bene Pubblico", per esempio, ha due conseguenze importanti:

- il consumo da parte di qualcuno non ne diminuisce la disponibilità per gli altri,
- nessuno può essere escluso dal consumo.

La caratteristica di "bene Meritorio" implica che il soddisfacimento di tale bene è ritenuto così importante dalla collettività da indurla a sostituirsi nelle scelte dei singoli individui (ad esempio, per limitare i pericoli di contagio).

Pertanto, le leggi economiche da applicare al "mercato sanitario" devono essere considerate con estrema prudenza. Sicuramente in campo sanitario è applicabile il *criterio della razionalità economica* da affiancare agli altri criteri che mantengono tutta la loro importanza (criterio etico, criterio clinico, criterio sociale, criterio politico).

Il Mercato dei Servizi Sanitari

Il mercato dei servizi sanitari ha delle caratteristiche peculiari che provocano distorsioni ed escludono la concorrenza perfetta.

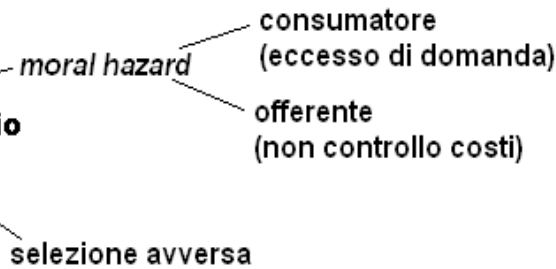
La principale caratteristica riguarda la domanda che si trova in posizione di netta debolezza rispetto all'offerta a causa del bisogno impellente che la genera.

CARATTERISTICHE DEL MERCATO DELLA SALUTE

Asimmetria informativa tra produttori e consumatori

Esternalità

Incertezza e rischio



Presenza di un certo grado di monopolio

EFFETTI

Impossibilità di un mercato di concorrenza perfetta
Necessità di un intervento pubblico di dimensioni e forme differenti nei diversi sistemi

La domanda di salute

Uno dei modelli più accreditati per descrivere questo tipo di domanda fu formulato da Grossman nel 1972. In questo modello si assume che la salute è un bene fondamentale domandato per due ragioni principali:

- come bene di consumo che concorre all'aumento dell'utilità del paziente;
- come bene di investimento che incrementa la quantità di tempo di buona salute, e di conseguenza, il reddito ed i beni che possono essere acquistati, migliorando la funzione di utilità del consumatore.

I principali assunti del modello possono essere riassunti come segue:

- il consumatore persegue la massimizzazione della propria utilità;
- è in grado a priori di determinare i suoi anni di vita;
- conosce i prezzi di tutte le prestazioni al momento delle scelte;
- l'effetto delle prestazioni sanitarie sul livello di salute è certo ed il consumatore è sempre in grado di trasformare le prestazioni sanitarie in giorni di buona salute.

L'individuo, in ogni periodo della sua vita, possiede una certa dotazione di risorse (la sua ricchezza) che da sola è in grado di produrre un certo reddito il quale, a sua volta, può essere diviso tra risparmio e consumo.

L'individuo può, poi, scegliere di partecipare al mercato del lavoro per ottenere un reddito supplementare. Tutte le decisioni tendono a massimizzare la propria utilità.

La gestione dello stock di salute è complementare alla gestione del reddito. Infatti, lo stock di salute genera le ore in cui il consumatore gode di buona salute ed ha energia sufficiente per dedicarsi ad altre attività fra cui spiccano: il lavoro, il mantenimento/ripristino dello stock di salute e l'apprendimento.

La suddivisione del tempo fra le varie attività dipende dalle preferenze dell'individuo e dalla sua capacità di giudizio.

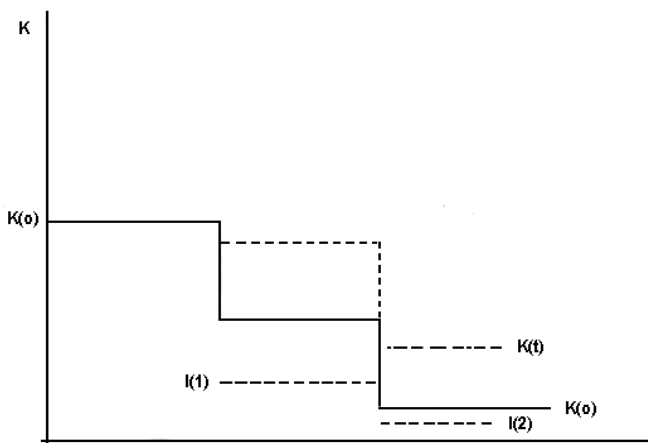
Il modello completo può essere scritto come:

$$\text{Max } U = f(h_0, \dots, h_n; X_0, \dots, X_n)$$

dove h_n sono i servizi resi dallo stock di salute e X_p è un bene privato composito; l'utilità dipende, cioè, dai beni che possono essere consumati durante il ciclo di vita e dai giorni in cui l'individuo gode di buona salute.

$$\text{Vincoli: } K_t - K_{t-1} = I_t - \delta K_t \quad K_t \geq K^- \quad I_t = g(S_t, T_t, E_t)$$

Esiste cioè un minimo di stock di salute che il consumatore deve preservare per sopravvivere. Se si scende sotto questo livello di sussistenza, sopraggiunge la morte. Se il paziente può ricevere il servizio solo quando il suo stock di salute è sceso al di sotto della soglia di sussistenza, il servizio diventa inutile poiché per il soggetto si azzerava ogni utilità. La fruibilità in tempo utile è determinante per il livello di efficienza del servizio sanitario.



$$\sum_{t=0}^t P_t X_t + \gamma_t S_t = \sum_{t=0}^t W_t T_t^w + A_0 \quad T^{TO} = T_t^w + T_t^h$$

Tale vincolo indica che la somma del valore attuale dei flussi di reddito e delle risorse iniziali deve essere uguale a quanto il consumatore spenderà nella sua vita.

In generale dal modello si evince che: si investe in prestazioni sanitarie solo se l'investimento si traduce in aumento di giorni di buona salute;

l'attrattiva ad investire diminuisce all'aumentare dell'età del consumatore.

Le principali critiche al modello riguardano gli assunti: di conoscenza certa da parte del consumatore di tutti i parametri necessari per decidere; del rendimento di uno stock di giorni in salute per il resto della propria vita grazie alle prestazioni sanitarie.

Ad esempio sarebbe possibile prevenire il cancro, sottoponendosi a chemioterapia preventiva, mentre sappiamo che tale trattamento su un soggetto sano provocherebbe solo danni.

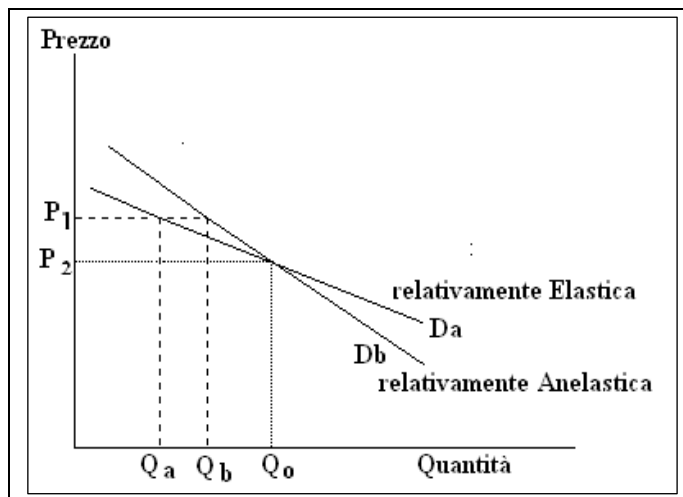
La funzione della domanda può essere scritta come segue:

$$Q_D = f(P, R_r, C_o, A_s, kH, H, C_g, A_q)$$

Quantità (domandata di assistenza sanitaria) = f (prezzo, reddito reale, costo opportunità del tempo del paziente, assicurazione sanitaria, tasso di deprezzamento dello stock di salute, severità della malattia, gusti del consumatore, qualità dell'assistenza)

Tale quantità presenta elasticità rispetto al prezzo secondo l'equazione:

$$\epsilon = - \frac{\frac{\Delta Q}{Q}}{\frac{\Delta P}{P}}$$



L'offerta di assistenza sanitaria

L'assistenza sanitaria è il principale mezzo attraverso cui si produce salute, cioè si ripristina o si aumenta un certo stock di salute e la domanda del prodotto finale (salute) induce una domanda "derivata" per i vari tipi di assistenza sanitaria.

Per organizzare un servizio efficace, cioè in grado di incidere sulla salute, occorre conoscere il tipo e l'entità del bisogno da soddisfare.

Il concetto di salute che viene oggi concepita non come assenza di malattia, ma come stato completo di benessere fisico, psichico, sociale (definizione dell' OMS), innalzando la quantità di servizi sanitari richiesti.

Insomma, il mercato è in continua crescita ed evoluzione per cui non esiste un ammontare standard di spesa per l'Assistenza Sanitaria.

Le variabili da cui dipende l'offerta di assistenza sanitaria sono:

- Costo dei fattori impiegati;
- Prezzo;
- Tecnologia;
- Tipologia dell'organizzazione che eroga l'assistenza;
- Normativa di regolamentazione dell'attività produttiva.

La funzione di produzione dei servizi sanitari è la seguente:

$$H = f(Pe, Fa, Ps, At, \dots)$$

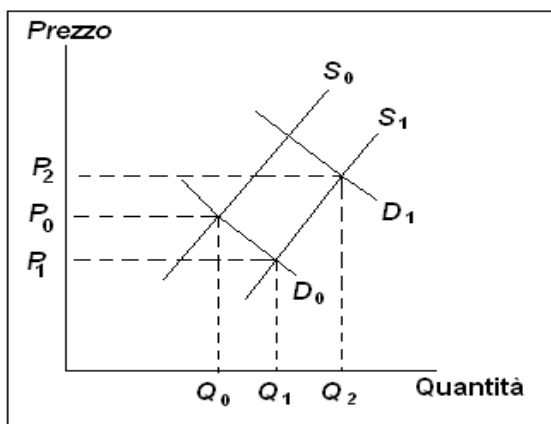
Pe = Personale,

Fa = Farmaci,

Ps = Presidi sanitari,

At = Attrezzature

Nel grafico che segue è mostrata la determinazione del prezzo delle prestazioni sanitarie in un mercato caratterizzato da concomitante crescita di domanda e offerta; si passa dal punto di equilibrio iniziale P_0Q_0 al nuovo punto di equilibrio P_2Q_2 che ha un prezzo ed una quantità maggiore.



Il farmaco

Il farmaco è uno dei componenti essenziali per soddisfare la domanda di salute; la duplice natura del farmaco, prodotto industriale e strumento

terapeutico, comporta la necessità di amministrare il settore attraverso norme legislative che disciplinino produzione e commercializzazione dei prodotti ed intervengano sulla determinazione dei prezzi e delle forme di compartecipazione dei cittadini alla spesa.

Ne deriva la caratteristica di mercato "protetto", sottoposto a regole speciali che in alcuni casi giungono a sospendere le leggi del mercato sulla base del riconoscimento del farmaco quale prodotto essenziale per la tutela della salute.

Il sistema sanitario

Per "*sistema sanitario*" si intende l'insieme di regole che stabiliscono il finanziamento e l'organizzazione delle prestazioni sanitarie in un determinato sistema economico allo scopo di operare una allocazione efficiente delle risorse imponendo un uso corretto dei fondi. Un sistema sanitario, pertanto, è caratterizzato da:

- metodo di **finanziamento** della spesa sanitaria,
- organizzazione del **sistema di fornitura**,
- criteri di **allocazione delle risorse** tra impieghi alternativi.

I **principali metodi di finanziamento** dei sistemi sanitari sono:

- la *fiscalità generale* (imposte applicate ad esempio a livello regionale come in Italia)
- *l'assicurazione sociale* come in Francia e Germania
- *l'assicurazione privata* come negli USA .

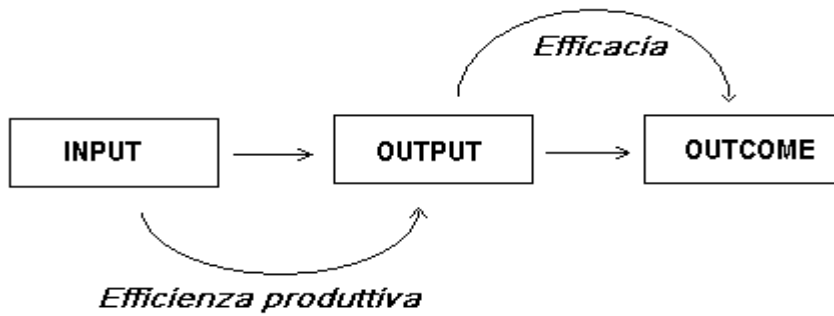
Nei paesi dell'area OCSE sussistono metodi di finanziamento basati sulla fiscalità, sull'assicurazione sociale e quello pluralistico.

L'organizzazione dell'assistenza sanitaria è dipendente da:

- *proprietà* (pubblica o privata) dei fornitori di servizi sanitari;
- distinzione tra le *funzioni di acquisto* e *di fornitura* dei servizi;
- *metodo di pagamento dei servizi* (budget fisso, pro capite, per servizio),
- *metodo di pagamento dei fornitori di servizi* (salario fisso, pro capite, per tipo di servizio).

La **distribuzione territoriale delle risorse finanziarie**, laddove necessaria, deve essere fatta secondo un criterio di riparto che rispetti i principi di *equità* e di *efficienza*. Tale criterio può essere: copertura ex post della spesa effettivamente sostenuta, secondo la spesa storica, secondo indicatori correlati alla domanda, etc.

La scarsità di risorse a disposizione impone obiettivi di "efficienza" sia a livello macro che micro-economico.

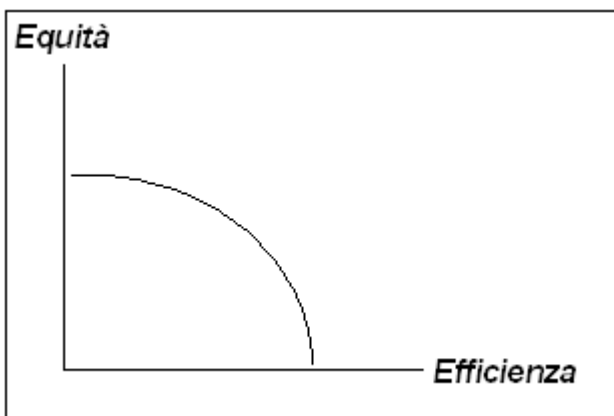


Flusso efficienza ed efficacia.

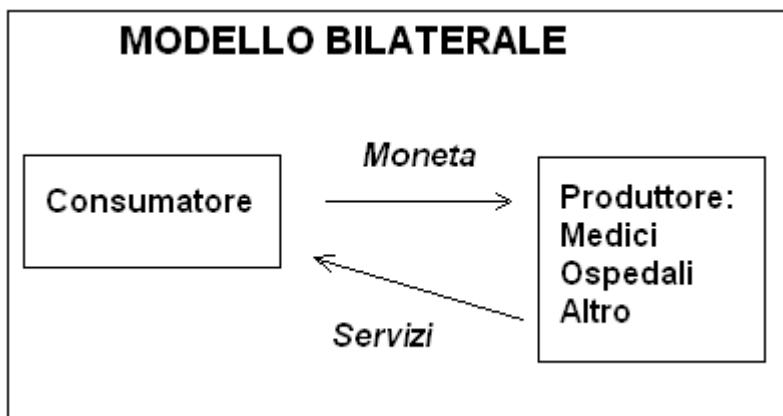
Alla medicina spetta il compito di fissare e raggiungere i propri obiettivi (efficacia), all'economia e alla politica sanitaria quello di applicare i propri principi (efficienza).

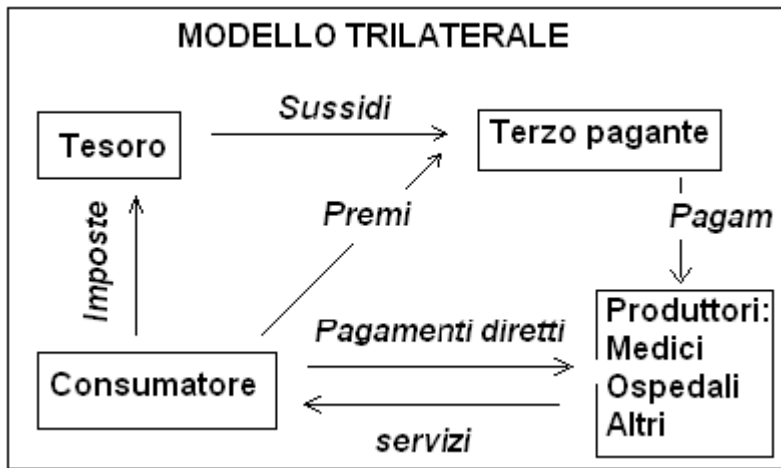
L'efficienza comporta una ulteriore complicazione: non garantisce un uso equo delle risorse.

Efficienza ed equità, dunque, spesso sono contrastanti, ma il giudizio sull'equità avviene a monte del processo decisionale e non spetta quindi all'economista.



Il **pagamento delle prestazioni sanitarie** può essere effettuato secondo due modelli principali: il modello bilaterale ed il modello trilaterale.





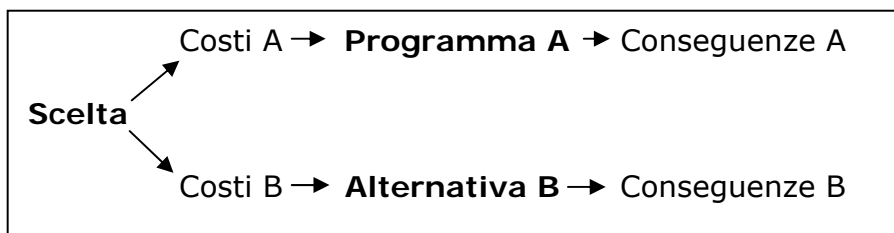
Le relazioni tra Sistema di Finanziamento, Pagamento ed Organizzazione dell'Offerta di Assistenza Sanitaria sono del tipo causa-effetto come dimostra l'esperienza dei paesi dove sono applicati; ad ex. Il Finanziamento attraverso il sistema Fiscale da Governo Centrale con servizi pubblici o privati (Gran Bretagna) ha come effetto di vincolare strettamente la spesa sanitaria al bilancio statale.

Gli indicatori

Gli indicatori sono uno strumento di supporto e di monitoraggio in Sanità; si tratta di informazioni selezionate che consentono di misurare cambiamenti in relazione a criteri definiti e permettono di monitorare aspetti specifici delle politiche sanitarie e/o fattori pertinenti i fenomeni in studio per operare confronti ed esprimere giudizi.

Valutazione economica

La valutazione economica è un'analisi comparativa, sia dal lato dei costi che delle conseguenze, tra modalità alternative di azione.

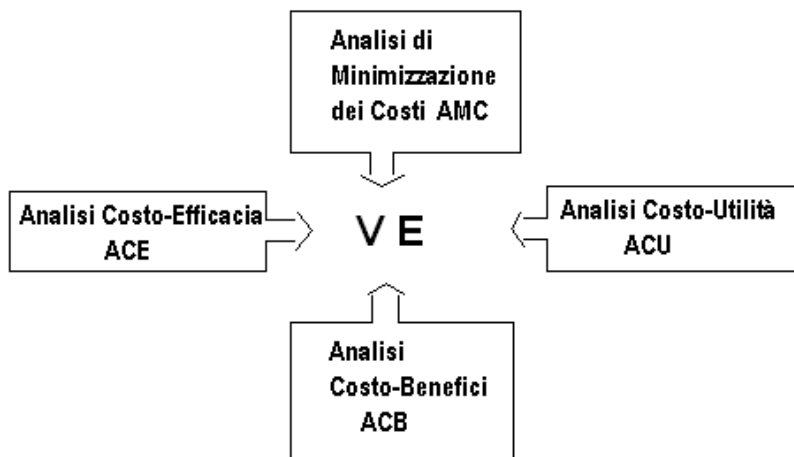


I risultati delle analisi dipendono dalla scelta dei costi presi in considerazione, da come sono stimati o normalizzati e dalla loro distribuzione nel tempo.

Il confronto tra le alternative da valutare può avvenire solo dopo aver scontato (tasso di interesse/sconto annuo) i costi futuri al valore presente:

$$P = \sum_{N=0}^3 F_n (1+r)^{-n}$$

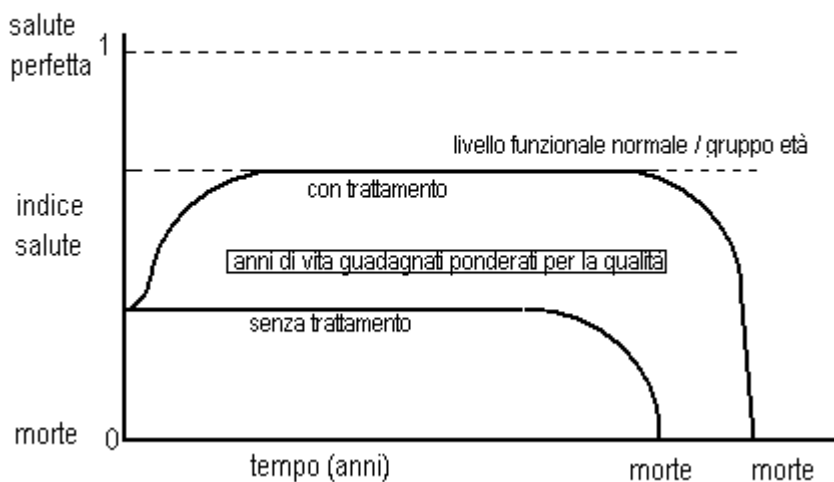
Principali tipologie-Eventi VE



Analisi Costo-Utilità

Si tratta di una forma particolare dell'analisi costo-efficacia, dove i benefici sono espressi in unità di misura che tengono conto degli anni di vita guadagnati ponderati per la qualità: QALY (Quality Adjusted Life Years).

Rappresentazione grafica dei QALY



2) Il Sistema Sanitario italiano

Introduzione

In Italia il Servizio Sanitario Nazionale, pur con le difficoltà attuali, presiede al più importante dei servizi sociali: la **tutela della salute di tutti i cittadini**.

Oggi costituisce uno dei più importanti comparti del settore pubblico dal punto di vista finanziario, occupazionale, produttivo, per il valore aggiunto in termini di *know how* nella ricerca scientifica e farmaceutica, nelle tecnologie e nelle scienze mediche, gestionali e organizzative.

Più del 6% della forza lavoro occupata nell'intera economia; i servizi sanitari contribuiscono direttamente e indirettamente per il 7,1% alla formazione della ricchezza nazionale.

L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è avvenuta con la l. 833 del 1978. Dal 1° gennaio 1980 il SSN è l'organo col quale lo Stato tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività (art. 32 Cost.).

Il SSN comprende il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività utili alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, con la partecipazione dei cittadini. In particolare, a livello regionale sono ricondotti i compiti di regolazione, programmazione e finanziamento.

I principi fondanti del SSN sono:

- **universalità**: garantire prestazioni a tutti senza distinzioni;
- **uguaglianza**: tutti hanno diritto alle stesse prestazioni a parità di bisogno;
- **globalità**: viene presa in considerazione la persona, non la malattia, includendo servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione.

Nel 1992 e nel 1995 (D.lgs. 502 e 517) il sistema sanitario italiano venne riformato sulla base dei seguenti tre indirizzi:

- aziendalizzazione;
- regionalizzazione del servizio;
- concorrenza tra strutture pubbliche e private.

Gli ospedali e le USL, vennero trasformati in aziende dotate di personalità giuridica, patrimoniale ed economica la cui gestione, rispondente a criteri di economicità, venne affidata ad un organo monocratico, il *direttore generale*, che diventò, pertanto, il responsabile dei risultati conseguiti.

Prevede, inoltre, che l'aziendalizzazione non debba rispondere alla logica del profitto e del rapporto costo-benefico, né che il pareggio di bilancio debba essere l'unico elemento di valutazione delle Aziende e del Direttore Generale; il prodotto salute si misura col raggiungimento di obiettivi che migliorano la qualità delle prestazioni, la loro efficienza e la loro efficacia.

legge 419/98: Alle **Regioni** viene assegnata la **responsabilità** totale della **programmazione** e del **governo**; viene introdotto il federalismo sanitario.

Nel **1999** (D.lgs. 229) ha luogo la terza riforma sanitaria.

Il decreto rafforzò la regionalizzazione del servizio sanitario nazionale aprendo la strada a sistemi sanitari regionali tra loro differenziati. Le Regioni devono concorrere alla definizione del PSN e alla determinazione del fabbisogno complessivo.

Il Governo deve sorvegliare ed, in caso di gravi inadempienze da parte delle Regioni, assume poteri sostitutivi.

2001: il Ministero della Sanità mutò il nome in Ministero della Salute.

Il servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dalla l. 833/78, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal PSN nel rispetto dei principi del SSN, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse (D.lgs. 502/92, come modificato dal d.l. 347/01).

Livelli essenziali di assistenza

I LEA indicati nel PSN costituiscono i limiti necessari e sufficienti per l'obbligo di servizio che le regioni devono assicurare ad ogni cittadino sul proprio territorio.

L'individuazione dei LEA assicurati dal SSN, per il periodo di validità del PSN, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie dedicate, secondo la compatibilità con i bisogni dell'intero sistema di finanza pubblica quindi sono soggette ad aggiornamento periodico. Le prestazioni sanitarie comprese nei LEA sono garantite dal SSN a titolo gratuito o con partecipazione da parte degli assistiti .

Il d.lgs. 502/92 prevede che le regioni assicurano i LEA avvalendosi di: presidi direttamente gestiti dalle ASL, aziende ospedaliere, aziende ospedaliero -universitarie, IRCCS, nonché dei soggetti accreditati.

La pianificazione

La *programmazione sanitaria* è articolata (502/1992) in:

1. Piano sanitario nazionale;
2. Piani sanitari regionali.

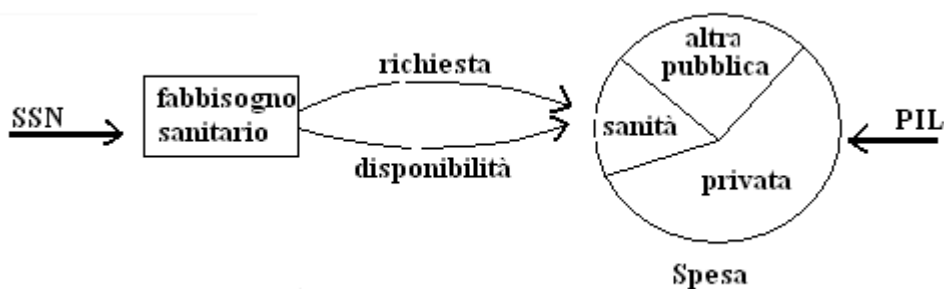
Il *Piano sanitario nazionale* ha durata triennale (può essere modificato in itinere) ed è adottato entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente dal Governo. Esso in particolare definisce la spesa sanitaria pubblica, i criteri e gli indicatori per la verifica dei LEA assicurati in rapporto a quelli previsti; stabilisce, a livello di macrosistema, le

attività da porre in essere ed i relativi vincoli di finanziamento "budgetario" per il livello, identifica obiettivi, azioni e risorse.

Il *Piano sanitario regionale*, è un piano di politica sanitaria regionale che le Regioni devono adottare, o adeguare, entro 150 giorni dall'entrata in vigore del PSN.

La "**spesa sanitaria pubblica**" misura quale parte di PIL viene destinata a soddisfare il bisogno di salute dei cittadini in termini di prestazioni sanitarie. Negli ultimi trenta anni, in Italia, ha avuto una crescita costante sia in termini assoluti che in rapporto al PIL. Le principali spinte sono venute dall'aumento della vita media della popolazione, dall'aumento dei costi legati delle nuove tecnologie e dei metodi di cura, dai mancati investimenti in ricerca e prevenzione, dalla carenza di una buona organizzazione territoriale e dalla competizione non ben regolata tra pubblico e privato.

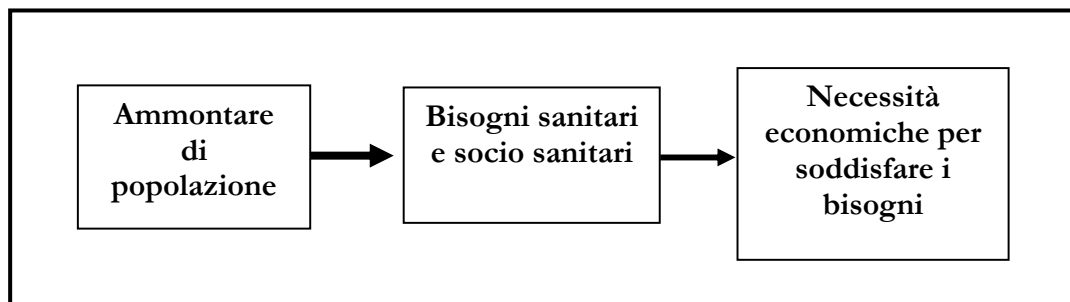
Il problema della determinazione delle risorse da destinare al SSN dipende dalla loro incidenza sul PIL perché sono da acquisire tramite prelievo fiscale. Questa determinazione può essere fatta applicando modelli e teorie macroeconomiche oppure adeguandosi all'andamento storico.



Una soluzione teorica ma operativamente poco risolutiva, è data dall'"approccio marginale dell'utilità" dei diversi settori pubblici: la spesa sanitaria è quantitativamente corretta quando l'utilità marginale del SSN non è inferiore all'utilità marginale degli altri settori pubblici. La difficoltà sta nella valutazione delle utilità marginali dei diversi settori. Spetta ovviamente al politico individuare queste utilità e definire quale somma spetta alla sanità purché sia garantita una allocazione ottimale tra i settori.

La soluzione sta nell'equilibrio tra la richiesta del SSN e la disponibilità politica e tecnica in materia di Spesa Pubblica. Sussiste comunque la necessità che la spesa sia almeno congrua con la definizione dei LEA, come previsto dalla norma costituzionale.

In quasi tutti i sistemi di riparto delle risorse sanitarie si fa riferimento a questi tre macro-criteri



Oggi, per la sempre maggiore limitatezza delle risorse disponibili, si sta imponendo la valutazione dei costi dei servizi, inaccettabili quando generati da inefficienza.

Il bisogno sanitario complessivo di una popolazione non può essere misurato con strumenti diretti, occorre quindi una sua valutazione indiretta. Il bisogno deve essere considerato, nel breve periodo, un vincolo imm modificabile per la stima del fabbisogno economico, mentre il consumo di prestazioni e il loro costo sono in larga misura dipendenti dai governi regionali e quindi, modificabili nel breve-medio periodo.

Il finanziamento

La l. 833/78 al fine di garantire il finanziamento del servizio sanitario nazionale aveva istituito un "fondo sanitario nazionale", annualmente determinato con la legge di approvazione del bilancio dello stato.

Il d.lgs. 56/2000, sopprimendo tale fondo, lo sostituiva con alcune entrate tributarie attribuite alle regioni (es. addizionale regionale dell'IRPEF) con vincolo di destinazione alle spese sanitarie.

L'entità del finanziamento del SSN a carico del bilancio statale è una delle componenti di cui la programmazione deve tenere conto nel valutare gli obiettivi da conseguire nel triennio per l'inviolabilità del diritto alla salute.

La struttura pubblica deve sopportare la concorrenza scorretta del privato e pertanto deve sostenere maggiori oneri per curare tutti indistintamente.

Monitoraggio del PSN

Le attività di valutazione e monitoraggio assumono un ruolo di presidio e di controllo dei risultati relativi agli obiettivi del sistema.

Monitorare le performance significa misurare le prestazioni, apprezzare i comportamenti agiti e fornire un feedback, al fine di:

- verificare il grado di *raggiungimento* dei risultati intermedi ;
- individuare eventuali *azioni correttive* se necessarie;
- consentire l'eventuale *ridefinizione* degli obiettivi.

Lo strumento di valutazione del processo attuativo del PSN è la "Relazione sullo stato sanitario del Paese", predisposta annualmente dal Ministro della salute che tra gli indicatori individua quelli in grado di

cogliere lo sviluppo attuativo ed il raggiungimento degli obiettivi del Piano. Si tratta di una Relazione (congiunturale) prodotta annualmente che è costituita da documenti di sintesi di taglio politico istituzionale e da documenti di analisi tecnico economica.

Il raggiungimento degli obiettivi intermedi indicati nel piano consente l'accesso a quota parte del maggior finanziamento, in caso contrario l'erogazione è sospesa.

Piani di Rientro

La finanziaria 2005 pose le basi per il rientro dal deficit per le Regioni con forti disavanzi.

I **piani di rientro** partono da un'analisi della normativa di riferimento, nazionale e regionale, dall'analisi della domanda, dell'offerta, della situazione economico-finanziaria, e prendendo atto delle criticità maggiori presenti nella Regione, sia in termini di disavanzi che di mancata erogazione dei Lea, individuano un complesso sistema di obiettivi generali, specifici ed operativi che devono concretizzarsi in una serie di interventi attuativi ; infine definiscono gli effetti attesi anche in termini di impatto sulla spesa conseguibile per ciascun anno del triennio. Gli obiettivi generali sono per lo più comuni a tutti i piani di rientro in quanto interessano delle macroaree dove più frequentemente sono state riscontrate sacche di inefficienza, diseconomie o inadeguatezza:

- la rete ospedaliera e l'acquisto di prestazioni dal privato;
- lo sviluppo del territorio;
- l'assistenza farmaceutica;
- l'acquisto di beni e servizi;
- le politiche per il personale.

La L. 222/07 ha stabilito che in caso di mancato rispetto degli adempimenti previsti piano di rientro, risultante dalla verifica, il Presidente del Consiglio dei Ministri prima diffida la Regione ad adottare i necessari atti e poi, per inadempienza, nomina un Commissario ad acta per tutta la vigenza del piano di rientro.

La L. 189/2008 stabilisce che nelle Regioni dove sia avvenuta la nomina del Commissario possa essere erogato in tutto o in parte il maggior finanziamento.

Le somme erogate "si intendono erogate a titolo di anticipazione e sono oggetto di recupero. Con deliberazione del Consiglio dei Ministri sono stabiliti l'entità, la tempistica e le modalità del predetto recupero, in relazione ai mancati obiettivi regionali.

Nonostante quanto stabilito la forbice tra finanziamento e spesa sanitaria ha ricominciato ad allargarsi sia perché il concorso dello Stato al ripiano dei disavanzi non ha spinto le Regioni a comportamenti virtuosi sia perchè le modalità di riparto, essenzialmente su base capitaria, non hanno consentito alle Regioni in maggiore difficoltà di superare le criticità presenti nel proprio territorio.

Il nuovo *Patto 2010-2012* vale circa 10 miliardi in più del previsto tra Fsn e investimenti e porta il totale dei finanziamenti a circa 330 miliardi.

Le regole sono: Piani di rientro controllati dalle Regioni, taglio per personale e posti letto, utilizzo dei Fas per investimenti e deficit, scatto oltre il massimo di Irap e Irpef in caso di extradeficit. Ma anche blocco dei pignoramenti per le Regioni in rosso.

In caso di risultati economici dell'anno passato non positivi, le aliquote Irpef e Irap saranno portate al massimo del consentito, il blocco del turn over per un biennio. Se lo scostamento supera il 5% la Regione ha l'obbligo di presentare il Piano di rientro entro il 30 giugno. Il Piano deve essere elaborato con l'ausilio dell'Aifa e dell'Agenas, valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio e approvato dal Consiglio dei ministri. In caso di esito negativo scatta il commissariamento.

Tra le misure previste dal nuovo Patto c'è la riduzione dei posti letto per acuti (da 4,5 a 4 posti letto per mille abitanti) con un conseguente taglio di circa 9.800 posti letto entro il 2011; la ristrutturazione della rete ospedaliera prevede anche il perfezionamento di accordi interregionali sulla mobilità sanitaria; per il personale sono confermati la riduzione stabile degli organici.

La *finanziaria per il 2010* (legge n.191/99), in linea con le previsioni del nuovo **Patto per la salute 2010-2012**, ha stabilito nuove regole per la predisposizione del **Piano di rientro** a valere per le regioni con elevati disavanzi sanitari (attualmente Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Sicilia e Calabria). In particolare ha ridotto al **5% il livello di squilibrio economico** (prima fissato al 7%) che costituisce il presupposto per la presentazione da parte della regione di un Piano di rientro.

Monitoraggio dei piani di rientro

La verifica sulla attuazione del piano di rientro è effettuata in sede di istruttoria tecnica dai due organismi previsti dall'Intesa del 2005.

Il raggiungimento degli obiettivi intermedi indicati nel piano consente l'accesso ad una quota parte del maggior finanziamento, in caso contrario l'erogazione è sospesa.

Le verifiche del 2007 hanno portato al commissariamento delle Regioni Lazio e Abruzzo.

Nell'ultima verifica (marzo 2010) con le Regioni impegnate nei Piani di rientro è stata valutata la possibilità (prevista dal nuovo Patto per la salute) di utilizzare i fondi FAS per ripianare eventuali disavanzi di gestione del 2009, in modo da evitare l'inasprimento dell'addizionale regionale su IRPEF ed IRAP.

Tale verifica ha riguardato le regioni Calabria, Lazio, Molise e Campania, mentre per le regioni Sicilia e Sardegna la verifica ha riguardato solo il Piano di rientro 2007-2009.

Solo la Sicilia per il 2009 presenta come risultato di gestione, dopo le coperture straordinarie, un avanzo di circa 26 milioni pertanto ha consentito di prospettare la erogabilità di 445 milioni di quote premiali.

Architettura organizzativa

Il Servizio sanitario nazionale è un insieme di enti ed organi che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini. Il primo è il Ministero della Salute che coordina il PSN .

Seguono una serie di enti e organi a livello nazionale, quali: il [Consiglio superiore di sanità \(CSS\)](#), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'[Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro \(ISPESL\)](#), l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), [Istituti Zooprofilattici Sperimentali \(IZS\)](#), l'[Agenzia Italiana del Farmaco \(AIFA\)](#)

I servizi sanitari regionali : Aziende Sanitarie locali (ASL) e le Aziende Ospedaliere (AO).

Le **ASL** sono enti a personalità giuridica pubblica con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, che provvedono ad organizzare l'assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale e ad erogarla attraverso strutture pubbliche o private accreditate.

Sono organi dell'ASL il direttore generale; il direttore sanitario; il consiglio dei sanitari; il collegio sindacale; il collegio di direzione.

Sono organizzate in distretti sanitari di base, dipartimenti e presidi ospedalieri. In particolare ogni ASL può comprendere, ad esempio: consultori, dipartimenti di prevenzione, servizi di continuità assistenziale, servizi per le dipendenze patologiche, etc.

Le **AO** sono gli ospedali scorporati dalle ASL e costituiti in aziende autonome dotate di personalità giuridica ed autonomia imprenditoriale.

Le strutture di erogazione

Per l'erogazione delle prestazioni il servizio sanitario nazionale ricorre ad una pluralità di strutture e organismi, sia pubblici che privati accreditati.

L'Accreditamento è rilasciato dalla regione alle strutture e ai professionisti che ne fanno richiesta, subordinatamente al possesso dei requisiti ulteriori di qualificazione, alla funzionalità rispetto agli indirizzi programmatici regionali e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

- In Italia abbiamo 149 ASL disomogeneamente distribuite sul territorio; ci sono, infatti, casi limite come lo sproporzionato numero di ASL nel Veneto (21) e regioni con un'unica ASL come Marche e Val d'Aosta .

La distribuzione della popolazione rapportata a quella delle ASL mostra un valore medio nazionale di 403.000 abitanti: emerge un gruppo di regioni con ASL piccole, 200.000 abitanti ognuna (Veneto, Umbria,

Abruzzo e Sardegna) ed un altro gruppo con ASL grandi, oltre 500.000 abitanti ognuna (Lombardia, Campania, Puglia e Sicilia).

- La prevalenza delle AO (97%) nell'offerta ospedaliera in Lombardia mentre nelle rimanenti regioni predominano gli ospedali a gestione diretta; un elevatissimo tasso medio di accreditamento delle strutture private (89%).

La rete ospedaliera italiana appare ancora strutturata con istituti di dimensioni medio-piccole. A fronte di una dimensione media di 285 posti letto per ospedale, esistono ancora centinaia di strutture pubbliche con meno di 120 posti letto, concentrate nelle regioni del centro-sud.

Si usano una serie di indicatori per analizzare l'adeguatezza delle strutture ai bisogni di salute della popolazione, di cui se ne analizza anche la dinamica (tasso di immigrazione, saldo naturale, tasso di invecchiamento, speranza di vita, etc.).

L'indicatore più importante per valutare l'adeguatezza del SSN è la "mortalità evitabile" che considera quei decessi dovuti a cause prevenibili con azioni di prevenzione o con interventi di diagnosi e cura. Negli ultimi anni l'indicatore sta costantemente migliorando, tuttavia si contano ancora in molte decine di migliaia i morti per cause "evitabili".

L'analisi della distribuzione regionale dell'indicatore "posti letto per 1.000 abitanti" mostra come le politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera hanno determinato una rilevante diminuzione della dotazione di posti letto: da oltre il 7 per 1.000 abitanti del 1992 al 4,6 per 1.000 registrato nell'anno 2005. La dotazione di posti letto per riabilitazione e lungodegenza è, a livello nazionale, di 0,6 posti letto per mille abitanti colmata con un notevole ricorso alle strutture accreditate per un pari ammontare.

L'analisi della distribuzione regionale delle risorse "posti letto" evidenzia disomogeneità territoriale, che varia complessivamente da oltre 5,5 nel Lazio e in Molise a meno di 4,5 in Valle d'Aosta, Liguria, Umbria e molte regioni meridionali (es. Campania, Puglia, etc).

Aziende Sanitarie Locali e Strutture Sanitarie pubbliche e private in Italia, suddivise per Regione.

Regione	ASL	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L
Piemonte	13	10	6	2	6	0	48	0	72	50	41
Lombardia	15	97	1	26	0	0	3	6	133	84	72
Bolzano	1	0	0	0	0	0	7	0	7	6	5
Trento	1	0	0	0	0	0	10	2	12	5	5
Veneto	21	3	6	1	0	0	54	6	70	20	17
Friuli VG	6	2	0	2	2	0	12	0	18	5	5
Liguria	5	1	0	3	0	0	18	2	24	8	5
Em. Rom	13	1	0	1	4	0	54	0	60	47	45
Toscana	12	0	3	2	4	2	44	0	55	31	28
Umbria	4	2	0	0	0	0	20	0	22	5	5
Marche	1	4	0	2	0	0	29	0	35	13	13
Lazio	12	6	1	11	6	0	58	8	90	94	64

Abruzzo	6	0	0	0	0	0	20	0	20	13	13
Molise	1	0	0	1	0	1	6	0	8	3	3
Campania	7	9	1	2	2	0	59	3	76	72	67
Puglia	6	0	0	5	3	0	59	2	69	34	34
Basilicata	2	2	0	1	0	0	12	0	15	2	2
Calabria	6	8	0	1	0	0	32	0	41	34	34
Sicilia	9	25	0	2	5	0	45	1	78	62	62
Sardegna	8	1	0	1	3	0	28	0	33	11	11
TOTALI	149	171	18	63	35	3	618	30	938	599	531

Legenda: ASL = Azienda Sanitaria Locale; A = Azienda Ospedaliera;

B = Presidio USL; C = Istituto scientifico (ricovero e cura); D = Policlinico;

E = Istituto di Ricerca; F = Ospedale a gestione diretta; G = Assimilati;

H = Totale Strutture Pubbliche; I = Strutture Private Totali; L = Strutture Private accreditate.

Analisi della spesa sanitaria

I dati per l'analisi della spesa sanitaria nazionale sono quelli dei Conti Economici che ogni Azienda sanitaria è tenuta a compilare annualmente e ad inviare al Ministero della Salute. Attraverso tali dati è poi possibile ottenere un quadro consolidato a livello regionale e a livello nazionale.

Il concetto di *valore della produzione* nelle aziende a fini commerciali comprende prevalentemente i ricavi delle vendite dei prodotti dell'azienda. Nelle aziende pubbliche sanitarie il valore della produzione è determinato per lo più dal finanziamento pubblico che valorizza l'attività a priori ed è stabilito esternamente, senza vincolare il volume dell'attività che l'azienda è tenuta a produrre. E' come se il finanziamento per le Regioni rappresentasse il ricavo delle vendite dei servizi sanitari erogati che lo Stato paga nella veste di assicuratore.

Sussistono due principali incongruità: la prima è data dal fatto che l'eventuale disavanzo di gestione può dipendere o dall'eccesso dei costi o dall'esiguità del finanziamento; la seconda è data dal fatto che il valore totale (basato sulla stima a inizio anno della domanda di prestazioni sanitarie) sia di per sé indipendente dal volume di attività erogato.

Il prospetto dei conti economici dal 2003 al 2007 mostra che il risultato di gestione, come il disavanzo, ha presentato un miglioramento continuo e progressivo dal 2004. Risultato verosimilmente imputabile all'attuazione dei Piani di Rientro e agli incrementi dei finanziamenti destinati al SSN negli ultimi anni.

La tabella seguente è relativa ai soli costi della produzione distinti in tre gruppi: costi dei servizi interni prodotti, costi dei servizi acquistati e costi delle risorse umane.

Si rileva come l'evoluzione del peso relativo dei costi dei servizi interni prodotti cresca di circa un punto ogni anno; l'andamento dei costi dei servizi acquistati è fatto a scala in discesa, determinata per lo più dalla componente farmaceutica, presentando alla fine del periodo una diminuzione del peso relativo di circa tre punti e mezzo percentuali; il peso relativo dei costi del personale resta praticamente costante.

La spesa ed il consumo farmaceutici aumentano con l'età: un assistito ultra settantacinquenne ha una spesa 10 volte superiore a quella di una persona con età compresa tra 25 e 34 anni. Il SSN copre circa il 70% della spesa complessiva per i farmaci. La spesa farmaceutica presenta lo stesso andamento del disavanzo e del risultato di gestione, cioè inizia a ridursi dal 2004 in poi.

I servizi acquistati sono poco più di un terzo e il personale dipendente è poco di più. I beni e i servizi intermedi acquistati per la produzione sono invece solo un quarto del totale. Quindi il sistema pubblico eroga una forte quota di servizi acquistandoli dall'esterno e principalmente dal privato.

La spesa sanitaria pubblica italiana è molto inferiore rispetto a quella di altri importanti Paesi europei.

Contributo delle famiglie alla spesa sanitaria

Nel 2007 la spesa sanitaria complessiva rappresenta l'8,4% del Pil e viene finanziata per 6,5 punti percentuali con risorse pubbliche mentre i restanti 1,8 punti sono coperti attraverso risorse dirette delle famiglie.

Il contributo delle famiglie (circa 479€ per abitante) risulta in leggero calo tra il 2001 e il 2007, mentre la spesa complessiva cresce di oltre mezzo punto percentuale di Pil.

Ci sono forti disparità territoriali circa il contributo alla spesa sanitaria da parte delle famiglie andando da un minimo di 290€ pro capite che spendono le famiglie in Basilicata, ai 647€ che spendono nel Friuli-Venezia Giulia .

Il regime in convenzione è particolarmente rilevante nel Nord-ovest (40,9%) e nel Mezzogiorno (40,2), mentre nel Nord-est prevalgono le prestazioni dirette (59,4%). Le regioni che più fanno ricorso al regime in convenzione sono il Lazio (45,5%), la Lombardia (44,9%) e la Puglia (42,4%). La spesa in convenzione nazionale è indirizzata soprattutto verso l'assistenza farmaceutica .

3) Il sistema sanitario della regione Lazio

Introduzione

La regione Lazio è caratterizzata dal più alto livello di disavanzo procapite ed è stata obbligata, nel corso del 2007, alla procedura del Piano di Rientro.

Ai circa 60 indicatori contenuti nel PdR viene affiancato un meccanismo di rilevazione sistematica dei livelli di efficacia delle prestazioni sanitarie a cura dell'Agenzia sanitaria.

Questo sistema di misurazione si caratterizza per il rilevante uso di indicatori economici (42,4%), dovuto soprattutto alla necessità di supportare adeguatamente i vincoli di spesa stabiliti, che hanno impatto sia sull'area centrale (core) che dell'indotto diretto.

Architettura organizzativa

Attualmente l'architettura delle strutture regionali consiste nel Commissario ad acta per la sanità, l'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP), le 12 ASL (di cui 8 solo a Roma) e le strutture di erogazione.

Il **commissario (presidente della Regione)** è la neogovernatrice regionale, Renata Polverini.

L'**Agenzia di sanità Pubblica** della Regione Lazio è stata istituita dalla Legge Regionale n.16 del 1/9/1999, che le ha assegnato le seguenti competenze:

- a) sistema informativo sanitario della Regione sullo stato di salute della popolazione e sul funzionamento dei servizi per la tutela della salute.
- b) epidemiologia.
- c) supporto tecnico-scientifico al decisore politico attraverso la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie e lo sviluppo di più efficienti modelli organizzativo - gestionali .

ASL	Residenti (dati PdR)
ASL-VT	4 59.759
ASL-RI	6 38.061
ASL-LT	5 15.486
ASL-FR	5 16.326
ASL-RM-E	4 93.278
ASL-RM-F	2 77.057
ASL-RM-G	4 37.672
ASL-RM-H	4 88.493
ASL-RM-A	3 03.248
ASL-RM-B	1 55.005
ASL-RM-C	5 25.776
ASL-RM-D	4 94.617
LAZIO	5 .304.778

Dalla tabella della popolazione residente totale (pari a 5.626.710 nel 2009), spalmata sulle 12 ASL, si rileva che i bacini di utenza medi per Asl (469.000 unità circa) e per distretti sanitari, pur con un'alta varianza, sono molto superiori dei rispettivi valori medi nazionali.

Strutture di erogazione del servizio

Il riepilogo sintetico delle strutture presenti sul territorio può essere il seguente:

Totale Pubbliche	= 91	di cui:	
		Aziende Ospedaliere	= 6
		Policlinici	= 6
		Irccs	= 11
		Assimilate	= 8
		Istituto qualificato	= 1
		Presidio USL	= 1
		Gestione Diretta	= 58

Totale Private	= 94	di cui Accreditate	= 64
Totale strutture	= 185		
Tot per SSN	= 155		

Per quanto riguarda i posti letto, pur mancando molti dati, si è potuta stimare una disponibilità pari a 4,2 posti letto per mille abitanti, di cui pubblici 3,5 inferiori a 4,4 che è il dato nazionale per il 2007.

La banca dati del "sistema informativo ospedaliero" (SIO), al consuntivo del 2/9/10, indica la dotazione regionale in 17.582 posti letto, di cui 10.804 nella città di Roma.

Questi dati sul SSR vanno collegati alle dinamiche demografiche che mostrano una situazione caratterizzata da:

- * progressivo invecchiamento della popolazione
- * forte incremento della quota di popolazione immigrata
- * segnali di ripresa della dinamica demografica, probabilmente dovuti all'immigrazione.

Il reale uso di queste strutture è descritto dall' indicatore "T.O." (Tasso di occupazione) che si calcola rapportando il numero delle giornate di degenza effettive al numero di giornate di degenza potenziali (numero posti letto per 365 giorni dell'anno) moltiplicato per 100 ($0 \leq TO \leq 100$). Il valore medio regionale è di 48,5%; oltre la soglia dell'80% si collocano 25 strutture; sotto il valore medio si trovano 23 strutture di cui 14 private.

Suscitano perplessità i valori che superano il massimo sia per il calcolo dell'indicatore che per il segnale di alto pericolo cui sono associati, infatti è scientificamente dimostrato che, se "T.O." è superiore al 90% il rischio di mortalità e di errori aumenta.

Ciononostante uno degli interventi più rilevanti per contenere la spesa sanitaria riguarda la riduzione dei posti letto nelle strutture pubbliche, anche se un recente studio ne ha evidenziato la scarsa efficacia sul contenimento della spesa a causa della rigidità dei fattori (non è automatica la riduzione del personale, a differenza di quanto si potrebbe ottenere con lo stesso intervento in strutture private convenzionate).

Il confronto di due tipici indicatori di efficienza ("numero di dimissioni ospedaliere in rapporto ai posti letto" e "tasso medio di utilizzo del posto letto") mostra come, sia pur con la cautela dovuta agli indicatori esaminati, ad un minimo guadagno di efficienza del comparto pubblico, si accompagna una forte riduzione nel comparto privato.

Considerando i dati relativi all'indicatore di complessità dei DRG e alla degenza media risulta che: nel comparto ospedaliero pubblico si riscontrano ricoveri di complessità mediamente superiore rispetto al comparto privato.

	Case-Mix			Degenza media		
	2000	2005	Var.% 05-00	2000	2005	Var.% 05-00
Pubblici	1,115	1,215	8,9	8,3	8,4	0,9
Privato	1,041	1,132	8,7	8,2	7,2	-12,4
Totale	1,102	1,2	8,9	8,3	8,1	-1,5

Sembrerebbe che la contrazione di degenza media nel privato si accompagni alla diminuzione del tasso di utilizzo dei posti letto, per il forte aumento del numero di posti letto in convenzione nel periodo considerato (a fronte di una sensibile contrazione nel pubblico). Un basso T.O. dei posti privati giustifica il contenimento delle convenzioni ed inficia la convenienza economica delle convenzioni relative.

La valutazione dell'efficienza economica di un investimento in strutture sanitarie pubbliche si basa fra l'altro sul numero di giorni di utilizzo del posto letto nell'arco dell'anno: se il posto letto è sempre occupato vuol dire che è efficiente ed è utile a fronteggiare la domanda di quel particolare servizio sanitario ospedaliero.

Personale

Il personale dipendente è uno dei fattori principali della produzione del servizio sanitario e la consistenza dell'organico deve rispondere al criterio di "utilità collettiva".

L'incidenza dei costi del personale sui conti economici delle aziende è sostanziosa perciò è soggetta ad attenta analisi.

Dai dati che risultano all'agenzia per la sanità pubblica, Lazio sanità, si rileva che :

- Risultano impiegati nel SSR **434.901** dipendenti
- La regione presenta il più elevato rapporto "medici di medicina generale/abitanti" dell'intero territorio nazionale
- Dal confronto con la composizione relativa nazionale emerge un deficit di Veterinari, di personale di Vigilanza, di Riabilitazione, di Operatori tecnici e Operatori tecnici di assistenza, di Analisti specializzati e di Collaboratori amministrativi
- Allo stesso modo emerge una sovradotazione di Medici, Psicologi, Operatori di I categoria, Assistenti sociali, Personale Amministrativo (nelle strutture pubbliche)
- Nelle quattro AO che operano nella regione (S. Giovanni/Addolorata, S. Filippo Neri, Sant'Andrea ed il Policlinico Tor Vergata): risultano impiegate 7.006 unità. Dall'analisi di queste risulta che il personale amministrativo è più basso sia della media nazionale che di quella regionale, mentre il rapporto operatori/medici è pari a circa 2 in linea con la media regionale ma inferiore a quella nazionale.
- Le 82 strutture private occupano 12.978 unità e risultano particolarmente dedite alle cure riabilitative.

Monitoraggio e controllo dei fattori di spesa

"Operazioni sul debito cumulato". L'equilibrio finanziario della sanità regionale del Lazio è fortemente condizionato dal debito accumulato nel passato. Le cause di formazione di questa imponente massa debitoria sono molteplici: disordine contabile ed amministrativo delle aziende; insufficienza nella struttura di coordinamento regionale; forte dilatazione

tra la gestione della competenza e della cassa; assenza di controlli ad ogni livello. Tutto ciò ha prodotto squilibri crescenti, inefficienze e crescita dei costi di produzione, sui quali si è innestato un vero e proprio sistema corruttivo, oggetto di indagine, da molti mesi, da parte della magistratura.

Il debito cumulato fino al 31 dicembre 2005 verso fornitori e soggetti cessionari è stato valutato in linea capitale in circa 9.900 milioni €, che, sommati agli interessi maturati, portano il debito complessivo a 11.200 milioni di euro (7.500 transatti + 3.700 non transatti). Questa cifra va rideterminata in circa 9.400 milioni di euro in quanto, con riferimento al debito transatto, sono già state estinte le rate fino a tutto il 2006 per complessivi 1.800 milioni di euro circa, di cui circa 1.056 milioni utilizzando le risorse dell'anno 2006.

Il **ripiamento** è stato previsto attraverso l'innalzamento delle aliquote IRAP al 5,25% ed IRPEF all'1,4% che hanno prodotto maggiori entrate per 900 milioni/anno negli ultimi quattro anni (2006, 07, 08 e 09). Altri 700 milioni/anno per lo stesso periodo la Regione li ha distolti da altri capitoli di spesa. A questi va aggiunto un finanziamento statale di 1.300 milioni nell'anno 2008 a valere sul debito accumulato prima del 2005.

Quindi il debito ante 2006 si è ridotto del 67% ed esattamente a 3,3 miliardi. A questi va aggiunto il disavanzo gestionale che ammontava a 1.983.940.000 € per il 2006, a 1.577.562.000 per il 2007. Per gli anni 2008 e 2009, i dati previsionali riportati nel PSR 2010-2012 indicano disavanzi pari a 1.700 e 1.350 milioni rispettivamente. Pertanto l'ammontare del deficit è pari ancora a 10 miliardi.

Analisi della spesa sanitaria

I conti economici del quinquennio 2003-2007 mostrano un miglioramento dal 2006; lo stesso andamento mostra il disavanzo. La crescita, apparente, dei costi grezzi del personale (29% in quattro anni) è imputata per la gran parte al personale sanitario di ruolo.

La tabella relativa ai soli costi della produzione mostra:

- l'evoluzione del peso relativo dei "costi dei servizi interni prodotti" cresce di 6 punti percentuali (circa un punto e mezzo ogni anno);
- l'andamento dei "costi dei servizi acquistati" scende di 6 punti tra il 2004 e il 2005, negli anni successivi è altalenante; il calo è determinato dalla componente Convenzionata (Farmaceutica, Ospedaliera e Specialistica);
- il peso relativo dei "costi del personale" resta praticamente costante.

In particolare è possibile affermare che il modello regionale di Assistenza Laziale si caratterizza per la presenza di indici superiori alla media nazionale per le seguenti prestazioni:

- Farmaceutica convenzionata + 21,5%
- Specialistica ambulatoriale privata + 35,5%
- Assistenza riabilitativa + 29,5%
- Assistenza integrativa e protesica + 40,5%
- Altra assistenza + 20,0%
- Assistenza ospedaliera da privati +80,0%

Come a livello nazionale, le spese maggiori riguardano i costi dei beni e servizi finali acquistati e quelli del personale.

Nonostante i correttivi apportati dal 2006 la Regione Lazio continua ad essere tra le regioni che hanno i maggiori consumi farmaceutici con una quota di spesa farmaceutica lorda a carico del Servizio Sanitario ai valori percentuali più elevati a livello nazionale.

Un ulteriore aspetto interessante nel settore ospedaliero è quello riguardante la numerosità delle strutture; sono presenti in totale, tra pubbliche e private, 188 pari al 12% di quelle presenti in ambito nazionale a fronte di una popolazione che rappresenta il 9,37% di quella italiana. Emerge, inoltre, la presenza di un eccesso di piccole strutture.

Il costo del personale non è superiore alla media nazionale ma il dato andrebbe collegato alla spesa ospedaliera convenzionata. Infatti, la maggiore incidenza di quest'ultima, riduce il numero dei dipendenti pubblici necessari rispetto alla popolazione.

Esiste un esubero di personale in ambito ospedaliero con strutture che presentano un rapporto personale/posti letto anche superiore a 3, eccessivo se si considera l'elevata quantità di servizi esternalizzati.

Piano di rientro

Per la definizione del Piano di rientro è essenziale l'analisi delle tendenze evolutive sia della spesa che del finanziamento. Detto tendenziale è stato costruito, per il Piano 2007-2009, applicando ai dati del 2006 (entrata e spesa) alcuni deflatori (per tenere conto della crescita spontanea), nonché, per le componenti della spesa più dinamiche, del tasso medio annuo di crescita del triennio 2003 - 2005.

Il profilo spontaneo della spesa deve tenere conto dell'andamento che le varie componenti hanno registrato negli ultimi anni.

Dal confronto tra l'andamento spontaneo delle entrate e delle spese emerge il "saldo tendenziale" che presenta un andamento divergente: il "saldo complessivo" (riga 3) presenta un andamento progressivamente negativo fino agli 1,1 miliardi del 2009. Il "saldo corrente" (riga 6) mostra il passaggio da un avanzo di 120 milioni nel 2005 ad un disavanzo di 74 milioni nel 2009.

Saldi tendenziali (milioni di euro)						
		2005	2006	2007	2008	2009
1	Entrate finali	11.136	11.526	11.894	12.299	12.680
2	Spese finali	11.944	12.447	12.875	13.322	13.780
3	Saldo complessivo	-808	-921	-981	-1.023	-1.100
4	Entrate correnti	10.359	10.721	11.064	11.441	11.795
5	Spese correnti	10.238	10.709	11.082	11.468	11.869
6	Saldo corrente	121	12	-18	-27	-74

Il profilo programmatico viene costruito applicando ai dati del bilancio regionale, i vincoli esterni sulle diverse tipologie della spesa e le decisioni assunte con la legge finanziaria regionale per il 2006

Dal confronto tra i profili programmatici emerge la formazione di un avanzo corrente nel triennio 2007 – 2009, che raggiunge, a fine periodo, 834 milioni. Tale avanzo corrente, potrà concorrere al ripiano dei disavanzi sanitari.

Saldi programmatici (milioni di euro)						
		2005	2006	2007	2008	2009
1	Entrate finali	11.136	11.526	12.440	12.849	13.252
2	Spese finali	11.944	12.447	12.911	13.402	13.804
3	Saldo complessivo	-808	-921	-472	-553	-552
4	Entrate correnti	10.359	10.721	11.610	11.991	12.367
5	Spese correnti	10.238	10.709	10.972	11.265	11.534
6	Saldo corrente	120	12	638	726	834

E' possibile, ora, mettere in relazione il "saldo corrente programmatico" con l'evoluzione del "disavanzo sanitario", secondo quanto previsto dal piano.

relazione tra saldo corrente programmatico e disavanzo					
	Sanità	2006	2007	2008	2009
A	Stima ricavi	9.735	10.015	10.205	10.245
B	Costi -andamento tendenziale (piano di rientro sanità)	10.473	10.798	11.230	11.679
C1	Manovra costi sanità (finanziaria regionale 2006)	195	488	792	1.167
C2	Ulteriore manovra costi sanità		300	300	300
D	Totale manovra sanità (D = C1 + C2)	195	788	1.092	1.467
E	Costi -andamento programmatico (E = B - D)	10.278	10.010	10.138	10.212
F	Disavanzo sanità (F = A - E)	-543	5	67	33

La tabella mostra (riga A) un profilo dei ricavi desumibile dall'applicazione delle disposizioni della finanziaria nazionale per il 2007, di un'ipotesi di ripartizione delle risorse tra le regioni ed incorpora l'incremento delle addizionali regionali ed il contributo straordinario dello Stato.

Per quanto concerne i costi invece (riga B), l'andamento tendenziale 2007 - 2009 è stato costruito in accordo con il governo nazionale, come base per il piano di rientro. Come mostra la riga B, il disavanzo tendenziale, crescerebbe, a partire dal 2007, ad un ritmo molto sostenuto. La riga C1 indica gli effetti della manovra di contenimento dei costi, prevista dalla legge finanziaria regionale per il 2006. La riga C2 indica gli effetti della manovra aggiuntiva, decisa dalla Giunta regionale dopo la scoperta dell'ulteriore debito negli stati patrimoniali del 2005. Il totale della manovra di riduzione dei costi (riga D) abbatte l'andamento tendenziale, delineando un profilo programmatico praticamente piatto (riga E). Il disavanzo (riga F) risulta permanere nel 2006 e azzerarsi dall'anno successivo.

Confrontando i dati usati da questo Piano di rientro con quelli che risultano dai conti economici forniti dall'Agenas, si rileva come siano stati sviluppati su dati completamente diversi. Infatti i risultati previsti per gli anni 2006 e 2007 sono assolutamente difforni da quanto certificato dai conti economici.

Piano sanitario regionale 2010-2012

Il sistema istituzionale entro cui si colloca la programmazione sanitaria regionale è molto articolato: la Regione è suddivisa amministrativamente in 5 province e 378 comuni (di cui 121 appartenenti alla provincia di Roma). La Capitale comprende circa la metà della popolazione residente in regione ed è il più esteso comune d'Europa (1.286 km²), costituisce una condizione di particolarità rispetto alle altre regioni italiane, soprattutto se si considera che, per le ragioni citate, il SSR è caratterizzato da una marcata prevalenza della componente ospedaliera soprattutto nell'area metropolitana, rispetto ai servizi territoriali.

A fronte delle problematiche evidenziate, questo piano individua tre ambiti di grande rilevanza in cui occorre definire le strategie per fornire risposte adeguate:

- l'evoluzione dei servizi sanitari verso l'integrazione e la multidisciplinarietà;
- l'eliminazione di situazioni di assistenza a livelli di qualità inadeguati;
- il disavanzo economico cui far fronte tramite modifiche virtuose della spesa sanitaria e più moderni ed efficienti modelli organizzativi.

I costi di produzione del SSR nel 2008 sono stati 11.127 milioni di euro, comprensivi degli ammortamenti con un disavanzo pari a circa 1.700 milioni di euro.

Nel 2009 i costi totali, sulla base dei primi 9 mesi sono proiettati in euro 10.876 milioni, compresi gli ammortamenti.

Il valore della produzione ammonta ad euro 9.711,8 milioni circa che, al lordo del saldo negativo di mobilità scende a 9.605,6 con un disavanzo di euro 1.271 milioni che, valutando possibili rischi viene elevato a 1.350 milioni. Viene convenzionalmente mantenuto costante il saldo di mobilità.

Costi della Produzione

	2009	2010	2011	2012
Prevenzione	- 413.302.097,54	- 437.054.839,52	- 461.007.581,50	- 485.380.323,47
Ass. Ospedaliera	- 5.710.094.768,70	- 5.572.449.203,88	- 5.488.185.494,00	- 5.272.995.332,26
Ass. Territoriale	- 4.752.974.121,76	- 4.916.866.944,60	- 5.027.177.912,50	- 5.272.995.332,26
Saldo di Mobilità	- 106.245.496,67	- 106.245.496,67	- 106.245.496,67	- 106.245.496,67
Totale Costi	- 10.982.616.484,67	- 11.032.616.484,67	- 11.082.616.484,67	- 11.137.616.484,66
Rischi Associati	- 80.000.000,00			
Totale Ricavi	9.711.812.100,27	10.038.708.100,27	10.305.104.772,27	10.601.306.137,78
Disavanzo	- 1.350.804.384,40	- 993.908.384,40	- 777.511.712,40	- 536.310.346,88

Conclusioni

La valutazione economica fornisce importanti informazioni ai decisori istituzionali solo su uno degli aspetti che compongono il processo decisionale.

Sackett sostiene che una valutazione economica è maggiormente utile se preceduta da altre tre tipologie di valutazione che affrontano tre differenti questioni :

- *efficacia teorica.*
- *efficacia reale.*
- *accessibilità.*

A fronte della scarsità delle risorse disponibili è necessario, e lo sarà anche in futuro, prendere delle decisioni sulla loro distribuzione. Tali decisioni vanno supportate da analisi strutturate e sistematiche delle alternative per tre motivi:

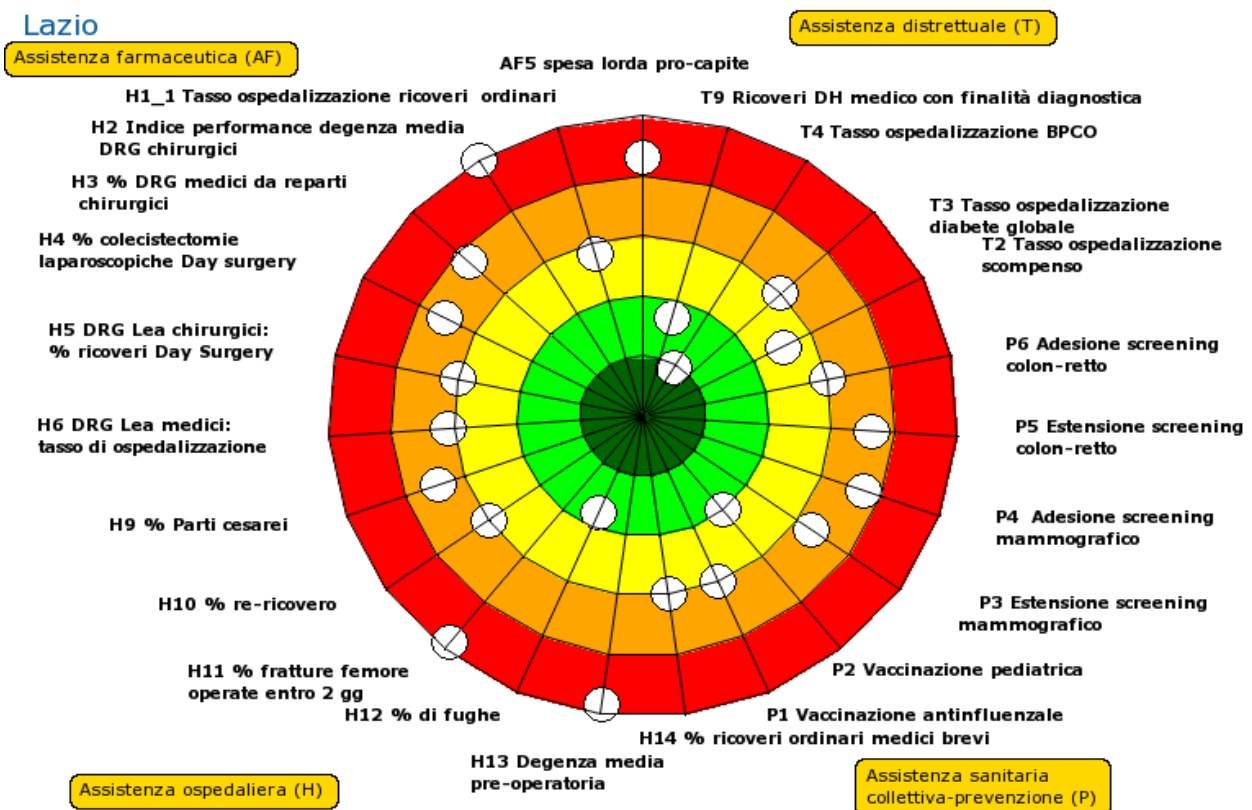
- identificare chiaramente le *alternative rilevanti.*

- tener conto di più *punti di vista*
- per fare un *tentativo di misurazione* degli *effetti di un programma*

Senza una misurazione e un confronto tra risultati e risorse impiegate, qualsiasi giudizio di valore sui soldi necessari ha scarsa credibilità, infatti, il costo reale di ogni programma non è dato dalla somma di denaro iscritta nel bilancio del programma, ma dai risultati in termini di salute che sarebbe stato possibile ottenere utilizzando tali risorse in altri programmi (“costo-opportunità”).

È questo «costo-opportunità» che la valutazione economica cerca di stimare e di confrontare con i benefici derivanti dal programma.

La valutazione complessiva del servizio sanitario della regione Lazio, secondo il sistema di indicatori utilizzato dal ministero è mostrata nel grafico seguente



Gli indicatori che cadono nella zona rossa riguardano: degenza media chirurgica, spesa farmaceutica lorda pro capite, fratture del femore operate entro due giorni e la degenza media pre-operatoria. Gli indicatori che rivelano buone prestazioni concernono: tasso di ospedalizzazione BPCO, ricoveri in DH con finalità diagnostica, la % di fughe e la vaccinazione pediatrica. I rimanenti affollano gli stadi intermedi.

Critiche:

1. Il sistema di indicatori usati dal Ministero trascura il T.O. dei posti letto
2. Il servizio sanitario laziale deve tener conto che a Roma sono molto frequenti grandi eventi, quindi è necessario disporre di strutture adeguatamente dimensionate. Di conseguenza non è corretto calcolare la dotazione necessaria riferendosi alla sola popolazione residente. Gli eccessi di dotazione di strutture di servizio a Roma vanno considerati nel quadro economico dei grandi eventi. Questi vanno supportati con servizi sanitari adeguati, e devono essere finanziati dai soggetti che ne ricevono vantaggi economici che certamente non sono solo la Regione o la città di Roma.
3. Quanto alla spesa sanitaria, bisogna ribadire che questa non si riduce tagliando i posti letto delle strutture pubbliche perché rimane il carico del personale e della struttura; si riduce certamente tagliando i posti letto delle strutture private. Altra possibilità di riduzione della spesa è l'abbassamento dei LEA e dei servizi esternalizzati, primo fra tutti i farmaci. Questa riduzione comporta l'erogazione di minori servizi a fronte di una maggiore partecipazione delle famiglie, a discapito dei meno abbienti.