GRUPPO CONSILIARE REGIONE LAZIO
TASK FORCE SANITÀ

SANITÀ LAZIALE:

SPENDING REVIEW, PIANO DI RIENTRO, PIANI OPERATIVI, TAGLI LINEARI E ALTRE MISTIFICAZIONI

OVVERO

COME TAGLIARE TUTTI GLI SPRECHI
--SENZA--
CHIUDERE OSPEDALI E RIDURRE SERVIZI AI CITTADINI

LE PROPOSTE DEL MOVIMENTO 5 STELLE

Revisione n.4.5_*finale* - data rilascio 14/11/014

SOMMARIO

Sommario 2
Gli inizi: tante norme per nulla 3
Non solo una questione economica 6
I modelli contabili di rilevazione regionale 13
Un concetto distorto di efficienza: il taglio lineare che fa danni 15
I costi di produzione 19
Entrare nel dettaglio del modello CE 26
I servizi non sanitari 28
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera e acquisti di specialistica ambulatoriale e di altri servizi sanitari 31
Beni sanitari 32
Beni non sanitari 36
Personale 36
Andamento delle degenze: l'esodo di massa dalle province extra capitoline 41
La provincia di Frosinone 44
La provincia di Rieti 47
La provincia di Viterbo 49
La provincia di Latina 50
Conclusioni 54
Ringraziamenti 57
Note sulla pubblicazione 58
Fonte dati 59
Allegati 60
ALLEGATO 1 61
ALLEGATO 2 64
ALLEGATO 3 66
ALLEGATO 4 67

GLI INIZI: TANTE NORME PER NULLA

La Spending Review parte da lontano. Già nel 2001 ci si era resi conto dell'inadeguatezza del sistema di pianificazione e controllo applicato alla sanità in quanto i disavanzi di gestione erano divenuti consuetudine e non eccezione. Si pensò quindi di istituire il cosiddetto Piano di rientro. Le regioni con disavanzi strutturali necessitavano di un intervento mirato, soprattutto in considerazione che il capitolo di spesa "Sanità" era (ed è) in grado di condizionare pesantemente una manovra finanziaria.

Pertanto, con la legge finanziaria per l'anno 2005 (articolo 1, comma 180, della legge n. 311/2004), e con la successiva Intesa tra Stato e Regioni del 23 marzo 2005 (articolo 8), si ritenne che la soluzione potesse essere ricercata solo nel varo da parte della regione di un programma operativo di riorganizzazione, sancito da un accordo tra i Ministri della salute, dell'economia e delle finanze e il Presidente della regione interessata. Nei retroscena rappresentati dalla Dirigenze delle singole aziende tale provvedimento venne accolto con estrema superficialità, per non parlare di ilarità. Del resto i dati che vedremo in seguito parlano chiaro.

Con la legge finanziaria per il 2006 (art. 1, commi 274 ss., della legge n.266/2005) confermava gli obblighi posti a carico delle Regioni con la citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, intesi a garantire l'equilibrio economico-finanziario e il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza. La legge finanziaria 2005 aveva poi previsto all'art. 1, comma 174 della L. 311/04, così come integrato dalla L. 266/05, un meccanismo di automatismo di innalzamento al livello massimo delle aliquote IRPEF ed IRAP nelle Regioni che non coprivano integralmente i disavanzi registrati a partire dall'anno 2005.

Fu così che venne definito il Piano di Rientro che prevedeva l'analisi dei costi delle strutture sanitarie pubbliche finalizzata al recupero della forbice tra costi della produzione e valore teorico della produzione, il potenziamento delle attività distrettuali per il governo della domanda orientato a garantire la continuità assistenziale e l'accesso alle cure appropriate. Attraverso la riorganizzazione delle attività territoriali per una diversa allocazione delle risorse, la riorganizzazione del livello dell'assistenza territoriale e lo sviluppo del sistema delle cure primarie ed infine attraverso una politica del farmaco che incidesse sulla spesa farmaceutica.

Naturalmente all'epoca si cercarono di uniformare i processi gestionali riferiti ad un contesto normativo nazionale e regionale molto contorto, di analizzare puntualmente l'intero contesto sanitario regionale di cui non si aveva contezza e soprattutto si cercò di capire quali fossero i sistemi di controllo esistenti riferiti all'erogazione del servizio e all'uso delle risorse. Agendo nell'ottica riformatrice di un piano industriale vero e proprio, si cercarono di individuare i punti di forza e debolezza e successivamente si tentò di programmare la produzione in un'ottica temporale triennale.

Stiamo considerando l'arco di tempo 2006-2009. Siamo quindi nel cuore dell'implementazione del Piano di rientro applicato alla regioni con disavanzi strutturali, che si proponeva di individuare gli interventi necessari ad efficientare il sistema.

I principali interventi contenuti nei piani di rientro nel 2007 perseguivano i seguenti propositi:

- blocco del turn-over del personale
- rideterminazione fondi contrattazione integrativa aziendale e piante organiche
- efficientamento nel modello di acquisizione dei beni e servizi in particolare prodotti farmaceutici ed altri beni sanitari;
- rideterminazione dei posti letto ospedalieri per acuti e post acuti ai fini del rispetto dello standard nazionale

- potenziamento dei controlli sull'inappropriatezza
- riorganizzazione della rete ospedaliera
- determinazione tetti di spesa e budget per i soggetti erogatori privati
- protocolli di intesa con le università
- potenziamento dei servizi territoriali
- potenziamento dei sistemi di monitoraggio aziendale e regionale
- certificazione della posizione debitoria e conseguenti operazioni di pagamento

Naturalmente tali propositi si realizzarono soltanto parzialmente e limitatamente agli aspetti di riduzione dell'offerta sanitaria piuttosto che agendo sul rinforzo delle procedure di pianificazione e controllo o quelle riferite ai sistemi di monitoraggio. E **tantomeno ebbero effetti sul contenimento razionale della spesa**, ma questo lo vedremo successivamente.

Sulla base dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, nella successiva legge finanziaria per l'anno 2010 si dispose che i Piani di rientro delle regioni commissariate sarebbero proseguiti mediante programmi operativi. Terminavano positivamente il piano di rientro la regione Liguria, mentre le regioni commissariate Lazio, Abruzzo, Campania, Molise e Calabria proseguirono con la gestione commissariale e mediante l'attuazione di programmi operativi. Vennero così impostate, per non dire imposte, delle metodologie standardizzate di controllo e di verifica dei risultati gestionali.

Per la prima volta, in base a vecchie disposizioni, vennero monitorati i conti economici consuntivi per la conclusione della valutazione del sistema premiale annuale. Si tenne conto di quanto espressamente previsto dal decreto legislativo n. 118/2011, dalla circolare ministeriale del 28 gennaio 2013, dal decreto ministeriale 17 settembre 2012 in merito alla casistica applicativa, dalla circolare ministeriale del 25 marzo 2013.

Il risultato di gestione, in questi ultimi anni, viene così desunto a partire dal conto economico (CE) consolidato regionale del Servizio sanitario regionale inviato al NSIS previa verifica della corretta contabilizzazione delle voci di entrata AA0030 e AA0040 nonché della mobilità sanitaria extraregionale e della loro coincidenza con quanto riportato nel bilancio regionale, perimetro sanità e con quanto riportato negli atti formali di riparto.

Furono inoltre introdotte dal decreto legislativo n. 118/2011 anche innovazioni sulla redazione delle poste patrimoniali quali l'istituzione della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) quale specifico centro di responsabilità nella struttura organizzativa regionale deputato alla tenuta di una propria contabilità di tipo economico-patrimoniale e alla gestione delle operazioni finanziate con risorse destinate al Servizio sanitario regionale;

Tuttavia, in base a quanto verrà illustrato in questo documento, se l'obiettivo prioritario perseguito dalla gestione commissariale fosse stato veramente il raggiungimento di un equilibrio economico finanziario, la GSA sarebbe stata investita di un ruolo più incisivo sul controllo della spesa. Invece, **sul sito della Regione Lazio non è individuabile all'interno della propria struttura organizzativa la GSA e le competenze, al contrario di quanto previsto dal dlgs 118/2011, anziché essere affidate ad un unico responsabile sono state ripartite tra più direttori.**

Recentemente si dichiara (Rapporto spesa sanitaria MEF 2014) che "nel periodo 2006-2010, anche grazie all'introduzione dello strumento dei piani di rientro, la governance del sistema è notevolmente migliorata, consentendo un significativo contenimento della dinamica di spesa". E che tale "contenimento della dinamica si è confermato negli anni successivi". E ancora che, "nel periodo 2010-2013, la spesa sanitaria ha registrato una riduzione dell'1,0% medio annuo, a fronte di un tasso di crescita medio annuo del finanziamento dello 0,5%".

Tuttavia, nel medesimo rapporto risulta anche che "la spesa sanitaria corrente è passata nel periodo 2002-2013 da un valore pari a 78.977 mln di euro a 109.260 mln di euro, con un incremento in valore

assoluto pari a 30.283 mln di euro nell'arco di undici anni, con un tasso di crescita medio annuo pari al 3,0%.

> "Nello stesso periodo il prodotto interno lordo è passato da 1.301.873 mln di euro a 1.560.024 mln di euro, con un aumento in valore assoluto di 258.151 mln di euro, a un tasso di crescita medio annuo pari all'1,7%.
>
> In termini di rapporto sul PIL, la spesa sanitaria è passata da una percentuale del 6,1% nel 2002 al 7,0% fatto registrare nel periodo 2010-2013.
>
> Nello specifico, **nel periodo 2002-2006 la spesa sanitaria corrente è cresciuta in valore assoluto di 19.971 mln di euro (pari a circa il 66% dell'incremento osservato nell'intero periodo 2002-2013), con un incremento medio annuo del 5,8%.** Mentre nel periodo 2006-2010 la spesa sanitaria è cresciuta in valore assoluto di 11.626 mln di euro, a un tasso medio annuo del2,8%, con un ulteriore rallentamento nell'ultimo periodo (2010-2013), nel quale si registra un tasso di variazione medio annuo negativo (-0,4%)".

Tale evidente cesura nella dinamica osservata dalla spesa sanitaria viene principalmente attribuito al risultato del salto di paradigma intervenuto a partire dall'anno 2006 rispetto alla legislazione previgente, a seguito della forte responsabilizzazione regionale e del venir meno della regola "dell'aspettativa del ripiano dei disavanzi", che in precedenza aveva indotto comportamenti opportunistici da parte delle regioni, allentando il vincolo di bilancio e rendendo necessaria una rinegoziazione ex-post della cornice finanziaria.

Analogamente l'Agenas compie un'esaltazione del buon esito delle azioni normative svolte negli anni precedenti, dichiarando come acquisiti gli aspetti "potenziali" delle manovre di Spending Review, quindi la riduzione, per l'anno 2012, del 5% degli importi e delle connesse prestazioni relative ai contratti di appalto/acquisto di servizi e beni che, con la legge 228/2012 è stata portata fino al 10% per l'anno 2013.

Ma veramente a partire dal 2006 si è verificata una cesura della dinamica della spesa sanitaria?

O è avvenuto altro?

NON SOLO UNA QUESTIONE ECONOMICA

Di fatto, se andiamo ad analizzare oltre che i conti economici anche i flussi informativi sanitari (SIS), tutta questa architettura e questo intento di riprogrammazione si è concretizzato essenzialmente nella riduzione sistematica dei posti letto, quindi dell'offerta sanitaria di tipo ospedaliero. Risulta evidente dalla scelte organizzative e operative perseguitela convinzione che il taglio dei posti letto avrebbe comportato, non si sa bene in base a quale considerazione, una riduzione conseguente della spesa sanitaria. Veniva difatti applicata in ambito sanitario una politica industriale, "contraggo la produzione contraggo i costi", con l'obiettivo di investire le risorse "liberate" dalla contrazione della produzione ospedaliera sull'ambito territoriale. Si tralasciava nell'analisi che individuava gli ambiti produttivi da contrarre le efficienze in essere, le filiere con un alto indice di appropriatezza.

Sono state veramente modeste, se non del tutto assenti, malgrado i propositi legislativi, **le azioni effettuate riferite ai sistemi di programmazione e controllo della spesa e le azioni dirette all'identificazione specifica e puntuale delle inefficienze.** Ci occuperemo nel corso del documento della opinabilità del dato riferito alla spesa sanitaria presentata dal rapporto del MEF.

Già tra il 2002 e il 2005 l'offerta di posti letto ospedalieri nelle varie regioni si era allineata alla media nazionale(da 4,4 a 4,0 posti letto per mille abitanti), anche se due regioni – Lazio e Molise – superavano i 5 posti letto per mille abitanti. Ed era anche già stato ridotto il numero di strutture ospedaliere che era sceso numericamente da 1.378 a 1.295. Si andava ridimensionando quindi anche il tasso di ospedalizzazione che era passato infatti da 159,8 a 142,0 ricoveri per mille abitanti.

Fatto sta che se il numero dei posti letto ogni mille abitanti nel 2002, in Italia, era pari a 4,3, nel 2007 era sceso a 3,7. E nel Lazio, se nel 2002 il tasso era 5,3, nel 2007 era 4,4.

TABELLA 1.NUMEROSITÀ POSTI LETTO. FONTE ISTAT

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Piemonte	4,2	4,1	4,0	3,9	3,8	3,8
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	3,6	3,5	3,4	3,4	3,4	3,3
Lombardia	4,4	4,2	4,0	4,0	4,0	3,9
Liguria	4,8	3,5	3,5	4,0	3,9	3,8
Trentino-Alto Adige	4,6	4,2	4,0	4,4	4,3	4,2
Bolzano/Bozen	*4,8*	*4,8*	*4,5*	*4,2*	*4,2*	*4,0*
Trento	*4,3*	*3,7*	*3,6*	*4,6*	*4,5*	*4,4*
Veneto	4,4	4,1	3,9	3,8	3,7	3,7
Friuli-Venezia Giulia	4,6	4,3	3,8	3,6	3,6	3,5
Emilia-Romagna	4,7	4,6	4,3	4,3	4,2	4,2
Toscana	4,4	3,8	3,7	3,7	3,5	3,4
Umbria	3,6	3,3	3,3	3,1	3,0	3,1
Marche	4,4	3,7	3,9	3,9	3,6	3,6
Lazio	5,3	5,0	4,9	4,8	4,7	4,4
Abruzzo	4,5	4,0	3,5	4,2	4,3	4,1
Molise	4,8	5,0	5,0	5,2	5,2	5,1
Campania	3,4	3,0	3,0	3,2	3,2	3,1
Puglia	3,9	3,8	3,5	3,6	3,7	3,6
Basilicata	4,0	3,2	3,2	3,1	3,4	3,3
Calabria	4,1	5,0	4,2	3,9	3,9	3,8
Sicilia	3,8	3,7	3,5	3,4	3,3	3,2
Sardegna	4,6	4,4	4,3	4,3	4,3	3,9
Nord-ovest	4,4	4,1	4,0	4,0	3,9	3,8
Nord-est	4,5	4,3	4,1	4,0	4,0	3,9
Centro	4,7	4,3	4,3	4,2	4,1	3,9
Centro-Nord	4,5	4,2	4,1	4,0	4,0	3,9
Mezzogiorno	3,9	3,7	3,5	3,6	3,6	3,5
Italia	4,3	4,1	3,9	3,9	3,8	3,7

Perché tanto accanimento sui posti letto e l'offerta ospedaliera ? Del resto a livello europeo, per quanto riguardava l'offerta di posti letto ospedalieri, nel 2007 l'Italia già si collocava ben al di sotto della media europea (pari a 5,9 posti letto ogni mille abitanti) e risultava già tra i paesi meno dotati. Al di sotto della dotazione italiana si trovavano solo Cipro, Portogallo, Danimarca, Regno Unito, Spagna e Svezia. Si potrebbe obiettare che l'offerta di posti letto ospedalieri dipende dalle politiche sanitarie e dal modello di sistema sanitario adottato. E che la maggior parte dei paesi con un'offerta di posti letto superiore alla media europea adotta (e adottava) un modello organizzativo della sanità che prevede che il finanziamento dell'assistenza sanitaria avvenga mediante contributi obbligatori dei cittadini lavoratori e/o mediante assicurazione. Al contrario, Irlanda, Grecia, Italia, Danimarca, Regno Unito, Francia e Svezia, tutti con una dotazione inferiore alla media europea, adottano sistemi sanitari universalistici che si finanziano con la tassazione.

Ma potremmo replicare che **considerando il livello abnorme di tassazione in Italia e il costo pro capite dell'offerta sanitaria che supera i 2400 euro l'anno a persona (nella regione Lazio), di certo tutto potremmo permetterci ad eccezione di una riduzione dell'offerta sanitaria attuata mediante la chiusura dei reparti e la contrazione dei posti letto.**

TABELLA 2. ANDAMENTO POSTI LETTO IN EUROPA, ANNO 2007, FONTE ISTAT

Paesi	Posti letto per 1.000 abitanti
Germania	8,3
Lituania	8,2
Austria	7,8
Malta	7,8
Lettonia	7,6
Repubblica Ceca	7,3
Ungheria	7,1
Francia	7,1
Finlandia	6,7
Slovacchia	6,7
Belgio	6,7
Romania	6,4
Polonia	6,4
Bulgaria	6,4
Lussemburgo	5,7
Estonia	5,6
Irlanda	5,2
Paesi Bassi	4,8
Grecia	4,7
Slovenia	4,7
ITALIA	3,9
Cipro	3,8
Portogallo	3,7
Danimarca	3,4
Regno Unito	3,4
Spagna	3,3
Svezia	2,9
Ue27	5,8

Del resto era già dalla fine degli anni 90 che il sistema sanitario italiano era stato sottoposto a continue riforme che avevano come obiettivo la razionalizzazione delle risorse e il contenimento della spesa. Il settore ospedaliero era stato oggetto di rilevanti cambiamenti legati agli indirizzi di programmazione nazionale e regionale che avevano già significativamente determinato una riduzione del numero di strutture e dei posti letto complessivi. Iniziò anche il trasferimento di una parte delle attività dal regime ordinario al day hospital. Fu così che nel 2007 l'offerta dei posti letto si allineava con il valore medio nazionale pari a 3,7 posti letto ogni mille abitanti. Fino a scendere ulteriormente nel 2009 e 2010 a 3,5. Nella Regione Lazio il valore rimaneva leggermente più alto, pari a 3,9 (fonte Istat).

TABELLA 3. OFFERTA OSPEDALIERA PER REGIONE

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	2002			2009		
	Istituti di cura	Posti letto (b)	Posti letto per 1.000 abitanti (c)	Istituti di cura	Posti letto (b)	Posti letto per 1.000 abitanti (c)
Piemonte	81	17.623	4,2	80	16.598	3,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	434	3,6	2	481	3,8
Liguria	20	7.498	4,8	17	5.893	3,6
Lombardia	114	39.725	4,4	134	37.413	3,8
Trentino-Alto Adige/Südtirol	32	4.331	4,6	26	4.162	4,1
Bolzano/Bozen	*13*	*2.244*	*4,8*	*12*	*1.959*	*3,9*
Trento	*19*	*2.087*	*4,3*	*14*	*2.203*	*4,2*
Veneto	92	19.923	4,4	53	17.175	3,5
Friuli-Venezia Giulia	24	5.490	4,6	21	4.301	3,5
Emilia-Romagna	79	18.809	4,7	73	17.332	4,0
Toscana	73	15.416	4,4	71	11.702	3,1
Umbria	16	3.029	3,6	16	2.662	3,0
Marche	52	6.508	4,4	46	5.597	3,6
Lazio	162	27.030	5,3	*139*	22.047	3,9
Abruzzo	35	5.749	4,5	*34*	4.580	3,4
Molise	9	1.528	4,8	10	1.425	4,4
Campania	139	19.551	3,4	123	17.055	2,9
Puglia	97	15.706	3,9	71	14.252	3,5
Basilicata	10	2.408	4,0	11	1.828	3,1
Calabria	75	8.325	4,1	69	6.453	3,2
Sicilia	129	18.946	3,8	132	14.720	2,9
Sardegna	46	7.455	4,6	44	6.468	3,9
Nord-ovest	216	65.280	4,4	337	674	3,8
Nord-est	227	48.553	4,5	303	606	3,7
Centro	303	51.983	4,7	414	828	3,5
Centro-Nord	746	165.816	4,5	1.054	2.108	3,7
Mezzogiorno	540	79.668	3,9	766	1.532	4,7
Italia	1.286	245.484	4,3	1.172	212.144	3,5

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della salute
(a) I dati si riferiscono al settore pubblico che comprende anche il privato accreditato.
(b) I dati comprendono i posti letto ordinari degli istituti di cura pubblici e delle case di cura private accreditate.
(c) Il denominatore utilizzato per il calcolo dell'indicatore dei posti letto per abitante è la popolazione media residente.

TABELLA 4. ANDAMENTO POSTI LETTO 2009-2010

ANNO 2009

Regioni	Posti letto per 1.000 abitanti
Piemonte	3,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,8
Liguria	3,6
Lombardia	3,8
Bolzano/Bozen	*3,9*
Trento	*4,2*
Veneto	3,5
Friuli-Venezia Giulia	3,5
Emilia-Romagna	4,0
Toscana	3,1
Umbria	3,0
Marche	3,6
Lazio	3,9
Abruzzo	3,4
Molise	4,4
Campania	2,9
Puglia	3,5
Basilicata	3,1
Calabria	3,2
Sicilia	2,9
Sardegna	3,9
Italia	3,5

ANNO 2010

Regioni	Posti letto per 1.000 abitanti
Piemonte	3,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,8
Liguria	3,7
Lombardia	3,9
Bolzano/Bozen	*3,9*
Trento	*4,2*
Veneto	3,5
Friuli-Venezia Giulia	3,6
Emilia-Romagna	4,0
Toscana	3,2
Umbria	3,0
Marche	3,6
Lazio	3,9
Abruzzo	3,5
Molise	4,3
Campania	2,9
Puglia	3,5
Basilicata	3,2
Calabria	3,2
Sicilia	3,0
Sardegna	3,7
Italia	3,5

Arriviamo poi al 2008 l'anno della crisi, prima internazionale, che diventa persistente e continuativa nel nostro paese. I piani operativi sono ancora in vigore.

La sanità italiana si trova ad affrontare il difficile contesto nazionale ed internazionale di crisi economico-finanziaria e subisce un ulteriore ridimensionamento delle risorse a disposizione sia in termini di finanziamento, sia di strutture. In particolare, per il settore sanitario all'occasione viene prevista una forte riduzione in termini finanziari dal 2012 al 2014 (circa 21 miliardi di euro, considerando tutti gli interventi delle manovre finanziarie) e il proseguimento dei tagli del numero dei posti letto ospedalieri, che a regime dovrebbe attestarsi a 3,7 posti letto ogni mille abitanti (di cui lo 0,7 riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza).

Nei prossimi due anni si prevede, all'insegna della continuità, che assisteremo (sempre secondo il rapporto MEF), proprio in base ai piani operativi, ai piani di rientro e alla Spending Review, a una ulteriore riduzione di circa 20 mila posti letto, conseguibile esclusivamente attraverso la chiusura di unità operative complesse, che interesserà le strutture del Servizio Sanitario Nazionale per circa altri 7 mila posti letto (ossia un taglio di almeno il 40 per cento nel servizio pubblico). A questa tendenza si aggiunge la revisione dello standard di riferimento per l'attività di ricovero ospedaliero, passato da 180 a 160 ricoveri ogni mille abitanti (di cui il 25 per cento fa riferimento ai ricoveri diurni).

Facciamo a questo punto un quadro rappresentativo dell'Italia contemporanea in base ad un recentissimo studio Istat:

> "Siamo una popolazione che invecchia, in cui le patologie croniche sono sempre più diffuse, aumentano tumori maligni, Alzheimer e demenze senili anche perché c'è maggiore capacità di riconoscere le malattie, migliora lo

> stato di salute fisico ma peggiora quello mentale La depressione è il problema di salute mentale più diffuso e il più sensibile all'impatto della crisi: riguarda ben 2,6 milioni di individui (4,3%), con prevalenze doppie tra le donne rispetto agli uomini in tutte le fasce di età. In compenso continua a diminuire la quota di persone con limitazioni funzionali (si stima che siano oltre 3 milioni di persone), di cui oltre l'80% anziani e i due terzi donne. Le famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali sono l'11%; di queste, meno del 20% ricevono assistenza domiciliare pubblica. Considerando anche quelle che suppliscono a tale carenze ricorrendo a servizi privati a pagamento, rimane comunque più del 70 % che non usufruisce di alcun tipo di assistenza domiciliare, né privata né pubblica. Diminuiscono i forti fumatori, ma aumenta la percentuale di adolescenti e giovani donne che iniziano a fumare prima dei 14 anni, passando da 7,6% a 10,5%. È obeso l'11,2% degli adulti, quota in aumento sia rispetto al 2000 (erano il 9,5%), che al 2005 (10%). Nel 2013 solo il 20,6% della popolazione di 5 anni e più pratica un'attività fisica ritenuta protettiva per la salute secondo la definizione dell'Oms: il 25,9% tra gli uomini ed il 15,6% tra le donne. Aumenta la prevenzione dei tumori femminili rispetto al 2005, grazie alla diffusione dei programmi pubblici di screening. Aumentano le persone che ricorrono a visite mediche specialistiche, escluse quelle odontoiatriche (11,9% nel 2005 e 14,8% nel 2013) e diminuiscono le visite dal dentista del 30%.Il livello di soddisfazione per i servizi sanitari pubblici è elevato tra chi ne ha fruito (circa 8 su una scala da 1 a 10), ma rimangono invariate le disuguaglianze sociali nella salute, nei comportamenti non salutari, nelle limitazioni di accesso ai servizi."

Da questo quadro si evince che **il fabbisogno è orientato verso cure legate a patologie croniche, o correlate all'invecchiamento della popolazione, e che necessitano di un tipo di assistenza di tipo territoriale piuttosto che ospedaliera**. Un convincimento ovvio per coloro che curano ed assistono gli utenti, una mera intuizione della Giunta che, in attuazione del Piano di Rientro, architetta una rimodulazione dell'offerta sanitaria riducendo i posti letto, riconvertendo le strutture ospedaliere in presidi da asservire all'assistenza territoriale, al trattamento della fragilità e della cronicità, un'evidenza ignorata dai Medici di Medicina Generale, che svicolano dalla presa in carico del paziente ed ignorano la necessità di interloquire con chi eroga assistenza sanitaria progettando dei percorsi assistenziali, ma preferiscono ricorrere alla prescrizione farmaceutica.

È in questa direzione che il Movimento 5 Stelle è propenso a valutare nuovi modelli e proposte purché orientati efficacemente alla soddisfazione di questo bisogno. Non giustificando comunque l'abbandono selvaggio dell'assistenza ospedaliera attuata mediante chiusura di interi reparti, senza effettivamente utilizzare a pieno le strutture in attuazione dei propositi di investimento sull'assistenza territoriale, sulla prevenzione, sulla disabilità e sui percorsi assistenziali, l' abbandono volontario o il mancato utilizzo di macchinari o la riduzione dei posti letto che non consideri il fabbisogno locale, soprattutto geo-localizzata in specifici territori (come ad esempio le province laziali ad esclusione di Roma), quando questa si tramuta e comparta un esodo di massa verso ricoveri accentrati a livello regionale, magari verso centri di matrice "vaticanense", e nel contempo se a questa non corrisponde alcuna diminuzione della spesa. Così come la preponderante attenzione e orientamento operativo verso i servizi distrettuali territoriali o verso le agognate Case della salute, non giustifica affatto l'esistenza di oltre il 70% della popolazione con limitazioni funzionali che resta fuori sia dall'assistenza domiciliare pubblica e sia privata!

In ogni caso, e soprattutto improvvisamente, ha cominciato a prevalere una logica di tipo contabile. Ma allo stesso tempo tale logica non è stata rispondente ai criteri più razionali dell'analisi contabile. **Non si è dedicato sufficiente tempo e analisi al fabbisogno territoriale geolocalizzato e si è proceduti pedissequamente ad applicare i limiti contabili generali e generici dei decreti legislativi.** Salvo poi essere in grado di valutarne attendibilità delle fonti o a saperne interpretare i contenuti. O agire nella coerenza del taglio della spesa dopo aver individuato realmente le inefficienze e le improduttività.

Come si evince dal Titolo II del citato decreto legislativo n. 118/2011, almeno per valutare gli intenti, veniva disposto, a partire dal 1° gennaio 2012, quanto segue in termini di **rendicontazione contabile**:

> "nell'ambito del bilancio regionale le regioni devono garantire la perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale (SSR), al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo servizio sanitario regionale per l'esercizio in corso"

Pertanto il bilancio regionale deve essere articolato in capitoli tali da garantire, sia nella sezione dell'entrata che nella sezione della spesa, separata evidenza:

A) nelle entrate:

- al finanziamento sanitario ordinario corrente, ivi compresa la mobilità attiva programmata per l'esercizio;
- al finanziamento sanitario aggiuntivo corrente, ivi compreso il finanziamento aggiuntivo finalizzato all'erogazione dei livelli di assistenza superiori rispetto ai LEA;
- al finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso;
- al finanziamento per investimenti in ambito sanitario.

B) nelle spese:

- alla spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA, ivi compresa la mobilità passiva programmata per l'esercizio;
- alla spesa sanitaria aggiuntiva per il finanziamento di livelli di assistenza sanitaria superiori ai LEA;
- alla spesa sanitaria per il finanziamento di disavanzo sanitario pregresso;
- alla spesa per investimenti in ambito sanitario.

Viene inoltre richiesto che ciascuna voce del piano dei conti sia univocamente riconducibile ad una sola voce dei modelli di rilevazione SP o CE. E' fatta salva la possibilità da parte degli enti di dettagliare il proprio piano dei conti inserendo ulteriori sottovoci, rispetto a quelle di cui ai modelli di rilevazione SP e CE, garantendo sempre la riconduzione univoca ad una sola voce del modello SP o CE.

Cosa sono questi Modelli di rilevazione SP, CE, CP o LA?

I MODELLI CONTABILI DI RILEVAZIONE REGIONALE

Sono dei Modelli di rilevazione che fanno riferimento al **Conto economico** (modello CE di rilevazione a preventivo, trimestrale e consuntivo), allo **Stato Patrimoniale** (modello SP di rilevazione a consuntivo), ai **Costi dei Livelli di assistenza** (LA rilevazione a consuntivo) e ai **Costi dei presidi ospedalieri a gestione diretta** (CP, rilevazione a consuntivo). La regione assunse il proposito di farsi fornire dalle singole aziende i dati della spesa secondo alcuni prospetti che sarebbero dovuti essere compilati. Questo però senza che la regione Lazio ne indicasse chiaramente le procedure di compilazione. E in taluni casi, come per quanto riguarda i modelli CP, limitandosi soltanto alla spesa ospedaliera, e per di più senza metterla in rapporto ai volumi e valori di produzione per poter valutare e giustificare l'appropriato utilizzo delle risorse.

Il nucleo principale dell'attività di monitoraggio della spesa sanitaria è naturalmente, come anche per le aziende private, la rilevazione dei dati di conto economico. Per le aziende sanitarie, abbiamo visto che viene effettuata attraverso lo specifico modello di rilevazione CE che, già a partire dal 2001, ciascuna azienda sanitaria e ciascuna regione (dopo il relativo consolidamento delle transazioni infra regionali) trasmette al Sistema Informativo Sanitario (SIS). Le predette informazioni contabili sono trasmesse da ogni azienda sanitaria e dalla regione a preventivo, trimestralmente e a consuntivo di ciascun anno.

Una ulteriore rilevazione acquisita in occasione del consuntivo è relativa ai costi dei presidi a gestione diretta della ASL, mediante il modello CP. Tale rilevazione permette, attraverso uno schema semplificato, di relazionare sui costi di produzione dei singoli presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL e aziende ospedaliere, i cui costi confluiscono nel conto economico dell'azienda di appartenenza. Purtroppo, come già detto, **non sono specificati i criteri di attribuzione dei costi di beni e servizi, che così fluttuano e oscillano discontinuamente anno per anno nonché azienda per azienda**. Così come non sono evidenziati i volumi e i valori della produzione per valutarne l'equilibrio.

Tuttavia nessuno in Regione ha mai parlato della criticità di rilevazione del dato, o della sua parzialità interpretativa; in pratica i costi per beni e servizi o anche i costi di ammortamento, affinché possano essere attribuiti alle singole strutture ospedaliere, necessitano di un criterio di attribuzione o ribaltamento che la Regione non ha mai comunicato alle singole aziende. **Pertanto è stato lasciato libero arbitrio alle singole aziende di rilevare il criterio di attribuzione dei costi, che tra l'altro possono avere valenza di parecchi milioni di euro, per singolo presidio e possono alterare qualsiasi analisi che tenda al monitoraggio della spesa.**

Per di più, i dati forniti dalle aziende sono sempre stati oggetto di controllo superficiale da parte della regione, che a sua volta, senza fornire alcuna elaborazione degli stessi, ed interloquire interrogativamente con le Aziende, si è solo preoccupata di trasferirli passivamente al Ministero della salute. Pertanto le successive analisi si basano in partenza su presupposti arbitrari di assegnazione dei costi demandati alle singole aziende. Criteri che possono variare da azienda ad azienda.

Gli stessi Piani di Rientro sono la rappresentazione dell'incompetenza della Regione nel monitoraggio del dato che essa stessa richiedeva alla singole aziende. Il tavolo tecnico regionale richiedeva delle compilazioni numeriche che nei modelli non quadravano in termini di valore se raffrontate tra loro. Dalla regione non sono mai usciti dei dati coerenti in quanto non sono mai state richieste necessarie quadrature dei conti nella compilazione dei modelli. Non esistono regole neanche per l'attribuzione dei valori dei conti. Per esempio il totale del modello CP (costi per assistenza ospedaliera) dovrebbe combaciare con il totale dell'assistenza ospedaliera del modello LA che comprende la spesa per Livello

di Assistenza sia territoriale e sia ospedaliera. Cosa che non avviene. Così come il totale del modello LA dovrebbe coincidere con il conto economico espresso nel modello CE. Ma tale obbligo di quadratura è stato posto soltanto di recente.

Anche il Movimento 5 Stelle Lazio ha richiesto alla regione Lazio i dati dei Modelli CP, CE, LA. La prima cosa che è risultata evidente è che, come già evidenziato, **le rilevazioni dei dati per struttura non sono mai stati aggregati e uniformati nelle decodifiche dei conti e nelle descrizioni.** Un lavoro di pulitura del dato che qualunque utilizzatore dello stesso avrebbe fatto e dovuto fare. Una seconda cosa che è emersa è la **discontinuità ingiustificata di alcuni valori di costo**. Per esempio in alcuni anni, presso qualche presidio scomparivano i costi del personale sanitario per poi ricomparire l'anno successivo o risultavano magari valori di ammortamento milionari che poi scomparivano negli anni a seguire. Insomma, qualsiasi elaboratore del dato avrebbe chiesto conto alle aziende sanitarie fornitrici dello stesso sui motivi dell'incongruenza. Una terza incongruenza è legata alla **relatività dell'incidenza della voce dei costi attribuiti ai beni, servizi e manutenzioni ospedalieri rispetto alla voce totale dei costi dell'intera azienda sanitaria**. In pratica se si confronta l'incidenza dei costi di produzione nel modello CP rispetto agli stessi costi nel modello CE, quelli del modello CP risultano irrilevanti rispetto al totale rappresentato nel conto economico totale del modello CE, malgrado la funzione ospedaliera sia quella che richiede il maggiore dispendio di beni e servizi, oltre che di manutenzioni.

Tralasciando questo metodo di rilevazione che mostra tutte le sue falle, però è opportuno aggiungere che la regione già prevedeva partire dal 2005 un obbligo normativo, ex DGR 203/2005 che indicava le "Linee Guida per il Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie". In pratica già da quell'anno venivano incentivate le aziende sanitarie ad implementare un sistema di controllo più sofisticato atto a ripartire l'azienda per centri di costo e ad implementare la contabilità analitica. Seguiva il Prot. N. 141693 del 26.11.2009 "Manuale Operativo per l'implementazione delle procedure del Sistema Informativo della Contabilità Analitica" che avrebbe dovuto consentire alla Regione l'afflusso informatizzato dei dati di spesa ripartiti per singolo centro di costo. Non sarebbe dovuto essere difficile ottenere informaticamente dati puntuali tali da poter indicare per singolo centro di responsabilità la corretta imputazione dei costi e dei valori di produzione e conseguentemente valutare le efficienze di produzione e consumo, soprattutto se consideriamo che sono passati quasi **dieci anni** da quando è maturato questo lodevole intento. **Tuttavia risulta che in regione Lazio le affluenze di tali dati siano state piuttosto disomogenee e scarse e soprattutto che non vi sia mai stata alcuna aggregazione ed elaborazione degli stessi.** In riferimento a tali flussi la Regione ha provveduto con solleciti per l'ottenimento del dato dalle singole aziende, ha addirittura dato obiettivi ai direttori generali riferiti proprio all'implementazione della contabilità analitica. Salvo poi mostrarsi assolutamente incapace ad elaborare e monitorare il dato pervenuto.

Alcune aziende volenterose (che nel Lazio non sono molte) che hanno implementato la contabilità analitica e hanno provveduto ad inviare i dati, a seguito di un sospettato disinteresse riferito alla ricezione degli stessi,ne hanno ultimamente cessato la fornitura. La Regione conseguentemente non ne ha mai sollecitato l'invio. **Eppure sarebbe bastato utilizzare i dati della contabilità analitica e incrociarli con quelli riferiti ai flussi sanitari per poter evidenziare inconfutabilmente i responsabili di eventuali inefficienze e improduttività. Evidentemente è stato sempre più facile percorrere la strada dei "Tagli lineari", ovvero la metodologia dell'indistintività, per far fronte al taglio della spesa sanitaria.** Salvo poi accorgersi verso la fine dell'anno dell'impossibilità di contenimento di spese incontenibili derivanti strettamente magari dalla contingenza del fabbisogno sanitario, per esempio l'amplificazione della spesa per l'assistenza domiciliare o l'impossibilità di revisione di contratti al ribasso a seguito di estensione delle richieste al fornitore.

UN CONCETTO DISTORTO DI EFFICIENZA: IL TAGLIO LINEARE CHE FA DANNI

Le conclusioni di un recentissimo studio (Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari (Altems) dell'Università Cattolica di Roma e dal gruppo Economic Evaluation, HTA and Corruption in Health (EEHTA) del Ceis-Centro di studi economici internazionali presso l'Università di Tor Vergata della Capitale (pubblicato nel 2014 a cura dell'Ispe, l'Istituto per la promozione dell'etica in sanità).) convergono pienamente con le posizioni del Movimento 5 Stelle in materia politica sanitaria. E soprattutto avvalorano il sensodelle richieste di accesso agli atti inoltrate nel mese di Agosto, che il Movimento ha indirizzato a Regione e singole aziende, riferite a contabilità analitica e flussi sanitari. Riportiamo il senso delle conclusioni dello studio:

> "Le manovre 2011-2012 e la spending review, in particolare, hanno in comune la tendenza a richiedere a Regioni e aziende tagli orizzontali. Se il livello di efficienza operativa delle diverse strutture nel Paese e all'interno delle Regioni fosse analogo, potremmo dire che la spending review è lo strumento adeguato per incrementare globalmente il livello di efficienza e, con ogni probabilità, di efficacia del sistema".

Lo studio di Altems dimostra che la situazione è diversa. Il livello di produttività ed efficienza delle singole strutture è molto differenziato. Pur non avendo "aggiustato" gli indicatori per gli esiti, la normalizzazione dei casi in relazione alla loro complessità clinica, ha permesso di comparare "mele con mele". Il risultato e le implicazioni sono evidenti. Tagliare con la scure della spending review – linearmente - in una situazione come quella che caratterizza oggi (come nel 2010) la Regione Lazio, non significa affatto "fare efficienza". In realtà significa fare esattamente l'opposto. Se taglio il 5% della spesa per beni e servizi al S. Camillo (che si dimostra relativamente efficiente in questa attività) e la stessa percentuale a Tor Vergata, ho tolto risorse non considerando la diversa produttività di queste risorse, ottenendo, così, una riduzione della produttività complessiva. Analogamente si può decidere di chiudere il presidio specialistico dell'Eastman, privilegiando il Policlinico Umberto I e non considerando che il semplice presidio manifestava efficienza economica e produttiva mentre il secondo non evidenziava un tale vanto.

TABELLA 5. ANDAMENTO STORICO DEGENZE E COSTI DI PRODUZIONE . RILIEVO MODELLI CP

Alcuni esempi per presidio

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	variazione 2013 vs 2006
POLO OSPEDALIERO UNICO INTEGRATO	degenze	19.727	18.211	17.473	20.514	20.789	19.458	18.608	17.986	-9%
	costi produzione	93.699	106.777	105.316	126.506	133.415	138.222	121.983	120.024	28%
OSPEDALE GENERALE SANTO SPIRITO	degenze	15.944	15.223	14.478	14.431	13.991	12.467	12.819	12.576	-21%
	costi produzione	70.909	70.566	67.407	66.235	79.056	76.041	75.906	95.868	35%
ISTITUTO ODONTOSTOMATOLOGICO EASTMAN	degenze	3.396	3.093	3.261	3.558	3.457	3.895	4.349	4.351	28%
	costi produzione	28.549	20.676	22.767	27.541	38.789	22.067	21.784	20.810	-27%
OSP.RIUNITI ALBANO-GENZANO	degenze	13.341	12.068	12.207	11.447	9.626	9.428	10.116	9.687	-27%
	costi produzione	22.606	42.020	41.458	40.385	57.163	58.451	54.478	53.418	136%
PRESIDIO OSPEDALIERO NORD	degenze	28.495	26.120	26.156	24.699	25.339	22.877	22.803	23.541	-17%
	costi produzione	127.271	131.416	127.856	141.513	148.749	163.205	156.701	155.983	23%
OSPEDALE SANDRO PERTINI	degenze	26.344	20.282	18.219	17.634	16.863	14.641	17.399	17.018	-35%
	costi produzione	143.524	148.013	140.552	150.552	129.922	138.536	136.809	142.080	-1%
COMPLESSO OSPEDALIERO DI BELCOLLE	degenze	21.501	18.985	19.538	19.306	18.774	-	20.303	21.590	0%
	costi produzione	98.672	89.932	99.993	114.282	114.423	-	138.380	125.015	27%

Chiuso

Gli strumenti e gli approcci programmatori che la Regione Lazio, così come tutte le Regioni in piano di rientro (in particolare) devono perseguire, dovrebbero ispirarsi a una nuova logica. **Il driver per l'allocazione delle risorse non può essere - come oggi avviene - la dimensione dell'offerta, ma deve essere la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'offerta.**

I nostri sistemi informativi sanitari (nazionali e regionali) mettono a disposizione dati che, con una minima capacità di analisi (quella di Altems, nella fattispecie, ma potrebbe essere anche quella della Task Force del Movimento 5 stelle se le aziende fornissero loro i dati e abbandonassero la reticenza a farlo), ci restituiscono informazioni chiare e soprattutto utili per le decisioni allocative. È fondamentale porre al centro dell'attenzione l'evidenza scientifica da un lato e, dall'altro, abbandonare ogni pregiudizio ideologico, adottando le stesse regole per tutti. Efficacia, efficienza e appropriatezza sono le regole di un approccio non solo convincente per i cittadini, ma anche globalmente più efficace.

> "La Regione Lazio, oggi, deve fare i conti con la realtà di un sistema estremamente articolato. Il 45% dei pazienti in acuzie sono dimessi da ospedali che non sono pubblici (27% da ospedali no-profit, di ispirazione religiosa). Nessuna Regione ha una segmentazione simile nel proprio "mercato sanitario". In un tale contesto due opzioni sono possibili: (1) perseguire ottusamente il miraggio di un sistema totalmente pubblico ma "snello", oppure, forse più pragmaticamente, (2) investire su quello che realmente funziona meglio sviluppando nell'amministrazione Regionale la funzione di "committenza" e conseguendo, attraverso gli strumenti già noti (autorizzazione stringente, accreditamento all'eccellenza, accordi contrattuali rigorosi, tariffario "competitivo"), una vera e propria rivoluzione, salvando la sanità pubblica della Regione".

Proprio per questo possiamo affermare senza alcun dubbio che gli effetti della Spending Review, dei Piani di rientro, dei piani operativi ci sono stati e non sono sintetizzabili o enunciabili come un semplice contenimento della spesa. E non si può usare un tono trionfalistico di presentazione ed interpretazione del dato, ostentato dai vari rapporti, senza effettuare un'analisi più approfondita e dettagliata. **Gli effetti sono stati devastanti e hanno comportato comunque una mancata diretta correlazione tra la riduzione dell'offerta sanitaria e il costo sostenuto**. E in molti casi l'offerta sanitaria è stata così ridotta che ha costretto l'utenza a delle vere e proprie migrazioni dell'assistenza, degli esodi quasi di massa verso servizi accentrati, in molti casi presso centri accreditati religiosi.

Possiamo considerare il taglio lineare l'ammissione del fallimento delle politiche regionali in termini di controllo della spesa.

Non era stato forse istituito il File R proprio per individuare degli standard di spesa farmaceutica ricavabili dalla elaborazione e unione con i dati provenienti dai flussi sanitari ?

Non esiste forse un puntuale flusso del personale delle singole aziende identificativo delle voci stipendiali, delle qualifiche per singolo centro di costo per cui sarebbe stato possibile ricavarsi un dato di produttività per singolo centro di responsabilità se fosse ad esempio stata effettuata una correlazione con di dati del SIO? Non si sarebbe forse potuto identificare uno standard di produzione e consumo per singolo DRG e il tutto senza necessariamente ricorrere alla contabilità analitica?

Chi è stato in regione il referente che non ha provveduto all'elaborazione degli standard per poi capitolare nell'inutile richiesta alla singole aziende di riduzione indistinta della spesa del 5 o 10% per tutte le voci di costo senza entrare mai nel merito dell'essenza del costo stesso? E tale referente è stato forse premiato per raggiungimento degli obiettivi? E quelli esistenti adesso sono in possesso delle competenze giuste per poter provvedere non solo ad implementare il flusso di contabilità analitica, ma soprattutto all'elaborazione dei dati e all'identificazione degli standard mediante operazione di bench marking, quindi di comparazione puntuale tra attività?

> *Qual è quindi la strategia di questa Spending Review o piano di rientro o operativo?*
>
> *Esiste una strategia dietro o è semplicemente ottusità e incompetenza?*
>
> *nell'ottusità ci si sta comunque dirigendo verso specifici favoritismi?*
>
> *Vogliamo fare qualche esempio di analisi, ancora semplici ma che attingono dalla stessa banca dati da cui ha attinto il MEF?*

L'attuale servizio sanitario regionale del Lazio è formato da 21 aziende che godono di autonomia di bilancio, alle quali si deve aggiungere la Gestione sanitaria accentrata (Gsa) che fa capo alla Regione Lazio.

Le aziende sanitarie territoriali sono 12, otto per la provincia di Roma (contrassegnate con le lettere da A ad H) e una ciascuna per le rimanenti 4 province. A queste si aggiungono 7 aziende ospedaliere (San Camillo-Forlanini, San Giovanni-Addolorata, San Filippo Neri, Policlinico Umberto I, S. Andrea, Policlinico Tor Vergata, Ares 118) e 2 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Ifo, Inmi-Spallanzani).

La ripartizione del Fondo sanitario regionale (FSR) tra le Asl avviene con deliberazioni del Commissario ad acta, utilizzando i medesimi criteri adottati per ripartire tra le regioni il fondo nazionale, come sopra specificato.

Il FSR è distribuito per il 93% alle Asl territoriali (9,1 miliardi di euro), per il 4% alle aziende ospedaliere, Irccs e Ares (473 milioni di euro) e per il restante 3% alla Gestione sanitaria accentrata (322 milioni di euro). A loro volta le Asl, attraverso la mobilità intra regionale, rimborsano le aziende

ospedaliere e gli altri ospedali della regione che non costituiscono azienda per i servizi prestati ai residenti (1,1 miliardi di euro).

I COSTI DI PRODUZIONE

Sia i rapporti del MEF tanto quello dell'Agenas, riportati alla ribalta dal Commissario ad Acta, esultano in merito all'andamento dei costi della produzione, in particolare nell'incidenza avuta dalla gestione del 2013. Osserviamo quindi i costi della produzione, anche per legare l'analisi dei conti economici (Modelli CE) in relazione con il dato più evidente (la riduzione dei posti letto e di conseguenza delle degenze).

Prendiamo in considerazione esclusivamente i costi di produzione diretti, ovvero quelli più strettamente correlati alle prestazioni erogate in termini di servizi e offerta sanitaria e quelli responsabilizzanti verso le Unità Operative che erogano prestazioni.

Queste sono le aziende sanitarie e ospedaliere che verranno prese in considerazione nell' analisi del modello CE:

Asl Roma A	Asl Roma B	Asl Roma C	Asl Roma D	Asl Roma E	Asl Roma F
Asl Roma G	Asl Roma H	Asl Viterbo	Asl Rieti	Asl Latina	Asl Frosinone
IFO	INRCA	Pol. Tor Vergata	Pol. Umberto 1	AO San Camillo	AO San Filippo
AO S.Giovanni	AO Sant'Andrea	AO Spallanzani			

E queste sono le voci di costo:

B.1) Acquisti di beni
B.2) Acquisti di servizi
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)
B.4) Godimento di beni di terzi
B.5) Personale del ruolo sanitario
B.6) Personale del ruolo professionale
B.7) Personale del ruolo tecnico
B.8) Personale del ruolo amministrativo
B.9) Oneri diversi di gestione

Che si scompongono ulteriormente in queste voci:

B.1.a) Prodotti farmaceutici
B.1.b) Emoderivati e prodotti dietetici
B.1.c) Materiali per la profilassi (vaccini)
B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici
B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.
B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari
B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi
B.1.j) Prodotti alimentari
B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere
B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti
B.1.m) Supporti informatici e cancelleria
B.1.n) Materiale per la manutenzione
B.1.o) Altro
B.10) + B.12) Ammortamenti delle immobilizzazioni
B.14) Variazione delle rimanenze
B.2.10) Consulenze sanitarie e non sanitarie

B.2.11) Altri servizi sanitari
B.2.12) Formazione (esternalizzata e non)
B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale
B.2.7) per altra assistenza
B.2.B.1) Servizi non sanitari
B.2.B.1.1) Lavanderia
B.2.B.1.2) Pulizia
B.2.B.1.3) Mensa
B.2.B.1.4) Riscaldamento
B.2.B.1.9) Utenze elettricità
B.2.13.b) Altro

Mettendo in relazione tali costi con le dimissioni ospedaliere si evidenzia quanto **l'andamento dei costi di produzione non sia affatto allineato con la diminuzione progressiva delle degenze che ha avuto origine a partire dall'anno 2006.** Nell'arco di tempo considerato, a fronte di una contrazione dell'offerta ospedaliera pari al -24% si è avuto un aumento dei costi di produzione pari al +16%

Il primo dato macro è impietoso verso qualsiasi esultanza. La Roma A diminuisce l'offerta del 43% (29 mila degenze in meno rispetto al 2006), ma aumenta i costi di produzione del 25%, portandoli da 900 milioni circa nel 2006 a 1 miliardo e 130 milioni nel 2013! La Roma E diminuisce l'offerta del 21% (50 mila degenze in meno rispetto al 2006), ma aumenta i costi di produzione addirittura del 53%, portandoli da un miliardo circa nel 2006 a 1 miliardo e 546 milioni nel 2013.

> *Nessuno se ne è mai accorto?*
>
> *Perché nessuno ha mai chiesto conto ai direttori della Roma A o della Roma E di questa macroscopica amplificazione dei costi?*
>
> *A fronte poi di una diminuzione dell'offerta ospedaliera non indifferente. Piuttosto che approvare i Bilanci soddisfatti dell'andamento?*

Si procederà un passo alla volta.

Situazioni analoghe e poco lusinghiere in termini di contenimento costi e riduzione offerta sono estendibili praticamente a quasi tutte le Asl e Aziende ospedaliere. Se si esamina il periodo in cui entra pienamente in vigore il Piano di rientro, dal 2010, complessivamente sembra che il contenimento dei costi diminuisca del 2% (2013 vs 2010). Ma questo non avviene per tutte le aziende naturalmente. La ASL Frosinone, che continua ad aumentare i costi a fronte di riduzione di offerta pari al -14%, o come l'ASL Latina, o ancora la Roma A che ha ridotto l'offerta del 13% aumentando ancora i costi del 2%. I casi sono molteplici. Il motivo per cui il costo della sanità pro capite per abitante nella regione Lazio abbia raggiunto livelli insostenibili è derivato proprio da questa **assenza di analisi e controllo.** La popolazione laziale spende 2.400 euro l'anno per sorreggere il costo sanitario! Uno dei più alti costi a livello europeo. Quale regime di tassazione potrebbe sorreggere questa spesa? Fatto inconfutabile resta che dal 2006 la spesa di produzione diretta sanitaria è passata da 11,7 miliardi a 13, 5 miliardi, a fronte di una diminuzione delle degenze che sono passate da 1,14 milioni a 865 mila.

TABELLA 6. ANDAMENTO STORICO DELLE DEGENZE E DEI COSTI DI PRODUZIONE RIPARTITI PER AZIENDA SANITARIA

DESCRIZIONE AZ		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	differenza 2013 vs 2006	differenza 2013 vs 2010
ASL FROSINONE	Numero Degenze	73.352	67.087	65.481	61.537	58.020	49.233	52.565	50.131	-32%	-14%
	Costi di produzione	760.704	812.823	823.122	796.120	808.648	807.401	814.850	825.920	9%	2%
ASL LATINA	Somma di degenze	83.853	74.635	72.107	66.382	64.804	60.843	61.772	60.591	-28%	-7%
	Somma di Totale Ce	783.301	832.402	862.358	886.644	906.472	895.791	889.269	925.909	18%	2%
ASL RIETI	Somma di degenze	23.266	20.943	20.281	20.514	20.789	19.458	18.608	17.986	-23%	-13%
	Somma di Totale Ce	281.354	297.683	310.670	323.289	327.890	331.254	328.124	325.930	16%	-1%
ASL RMA	Somma di degenze	69.866	64.701	62.027	54.173	46.220	43.578	42.334	40.012	-43%	-13%
	Somma di Totale Ce	899.543	1.095.920	1.105.728	1.079.617	1.106.960	1.142.408	1.142.847	1.127.819	25%	2%
ASL RMB	Somma di degenze	57.236	50.602	49.252	49.224	48.240	42.827	46.215	46.128	-19%	-4%
	Somma di Totale Ce	1.270.046	1.297.177	1.343.910	1.277.657	1.322.486	1.314.567	1.285.962	1.297.017	2%	-2%
ASL RMC	Somma di degenze	91.154	75.971	75.964	78.011	80.946	76.851	82.040	77.759	-15%	-4%
	Somma di Totale Ce	1.079.976	1.193.261	1.258.438	1.261.579	1.284.427	1.274.079	1.262.483	1.279.365	18%	0%
ASL RMD	Somma di degenze	50.100	48.678	47.843	48.246	46.779	43.893	46.204	43.351	-13%	-7%
	Somma di Totale Ce	928.446	1.025.053	1.055.945	1.018.191	1.036.598	1.007.287	997.726	1.024.268	10%	-1%
ASL RME	Somma di degenze	237.408	224.809	222.854	221.466	219.352	207.624	198.379	186.908	-21%	-15%
	Somma di Totale Ce	1.008.023	1.441.011	1.656.201	1.626.388	1.615.624	1.600.710	1.628.642	1.546.431	53%	-4%
ASL RMF	Somma di degenze	15.776	15.664	15.713	14.195	14.371	12.479	11.181	10.587	-33%	-26%
	Somma di Totale Ce	435.817	464.363	476.873	495.080	494.285	496.155	485.122	488.823	12%	-1%
ASL RMG	Somma di degenze	38.147	35.819	35.539	32.755	32.586	30.083	28.896	26.885	-30%	-17%
	Somma di Totale Ce	753.187	791.217	832.088	834.848	846.005	847.876	838.247	846.748	12%	0%
ASL RMH	Somma di degenze	79.610	73.472	70.259	68.194	62.512	55.547	57.064	53.033	-33%	-15%
	Somma di Totale Ce	871.699	966.953	1.033.866	1.015.961	995.490	982.096	960.514	978.033	12%	-2%
ASL VITERBO	Somma di degenze	40.736	36.252	37.214	36.017	34.948	30.279	29.313	30.807	-24%	-12%
	Somma di Totale Ce	540.159	571.488	633.735	605.279	598.008	603.186	585.791	605.640	12%	1%
IFO	Somma di degenze	17.522	15.939	14.856	14.917	14.310	12.874	11.016	10.629	-39%	-26%
(roma c)	Somma di Totale Ce	172.317	170.846	189.677	189.325	194.873	186.322	192.559	190.501	11%	-2%
INRCA	Somma di degenze	4.392	3.699	2.824	2.731	2.291	2.620	1.729		-100%	-100%
(roma e)	Somma di Totale Ce	13.141	12.525	12.347	12.015	11.801	11.390	11.773		-100%	-100%
Policlico Tor Vergata	Somma di degenze	21.004	26.190	25.889	24.383	28.766	26.838	24.671	24.455	16%	-15%
(roma b)	Somma di Totale Ce	192.381	211.035	238.840	250.881	274.852	257.205	263.555	271.852	41%	-1%
Policlinico Umberto 1	Somma di degenze	71.212	63.233	63.728	64.950	65.302	65.129	63.023	64.323	-10%	-1%
(roma a)	Somma di Totale Ce	469.298	502.540	544.000	550.703	538.219	542.194	542.180	537.786	15%	0%
San Camillo	Somma di degenze	60.050	58.075	56.378	50.003	48.543	47.856	47.441	46.780	-22%	-4%
(roma d)	Somma di Totale Ce	464.745	469.168	524.458	491.276	514.421	523.074	498.215	467.505	1%	-9%
San Filippo	Somma di degenze	32.184	28.800	27.470	27.709	26.543	25.101	22.822	21.149	-34%	-20%
(roma e)	Somma di Totale Ce	229.174	236.283	257.531	238.158	240.443	234.860	231.617	219.415	-4%	-9%
San Giovanni	Somma di degenze	40.028	34.227	33.737	34.371	33.301	30.602	29.938	28.674	-28%	-14%
(roma a)	Somma di Totale Ce	270.671	265.194	289.070	275.763	276.233	261.392	255.639	242.129	-11%	-12%
Sant Andrea	Somma di degenze	25.452	24.001	24.086	23.381	23.240	22.737	22.141	22.034	-13%	-5%
(roma e)	Somma di Totale Ce	200.139	221.440	221.503	224.792	236.606	220.511	226.862	223.329	12%	-6%
Spallanzani	Somma di degenze	9.081	9.481	9.569	6.363	5.244	4.486	3.991	3.482	-62%	-34%
(roma d)	Somma di Totale Ce	92.982	100.719	115.425	112.503	115.016	111.474	116.716	112.940	21%	-2%
Somma di degenze totale		**1.141.429**	**1.052.278**	**1.033.071**	**999.522**	**977.107**	**910.938**	**901.343**	**865.704**	-24%	-11%
Somma di Totale Costi produzione		**11.717.103**	**12.979.101**	**13.785.785**	**13.566.069**	**13.745.357**	**13.651.232**	**13.558.693**	**13.537.360**	16%	-2%

TABELLA 7. SPESA SANITARIA PROCAPITE

azienda	costo pro capite 2006	costo pro capite attuale	var%
ASL FROSINONE	1.535	1.653	7,7%
ASL LATINA	1.457	1.685	15,7%
ASL RIETI	1.841	2.082	13,1%
ASL RMA	3.327	3.871	16,4%
ASL RMB	2.163	2.269	4,9%
ASL RMC	2.228	2.605	16,9%
ASL RMD	2.656	2.805	5,6%
ASL RME	2.817	3.863	37,1%
ASL RMF	1.577	1.653	4,8%
ASL RMG	1.687	1.801	6,8%
ASL RMH	1.730	1.854	7,2%
ASL VITERBO	1.814	1.980	9,1%
tot	**2.126**	**2.400**	**12,9%**

Innanzi tutto, dopo aver evidenziato l'incremento dei costi di produzione, si ritiene opportuno scomporli affinché si possa evidenziare quale di questi costi abbia avuto un maggiore incremento: i macro raggruppamenti di costo evidenziano (tabella sottostante) che l'incremento è essenzialmente dovuto all'esponenziale aumento degli acquisti di beni e servizi e alle manutenzioni e riparazioni ordinarie.

L'acquisto di beni, anche farmaceutici, sono aumentati di ben il 65% dal 2006 e del 12 % dal 2010, sempre a fronte di una diminuzione dell'offerta sanitaria.
Le Manutenzioni poi che sono rimaste piuttosto costanti in termini di costo fino al 2010, si incrementano del 21% soltanto nell'ultimo triennio.

A fronte delle azioni previste dalla Spending Review in merito alle riduzioni sui prezzi degli appalti, si è assistito ad un contenimento dell'incidenza del costo per lavanolo, mensa e pulizie dal 2010 al 2013 del 10,65%. Peccato che questi virtuosismi siano stati fagocitati dagli aumenti del costo delle commesse per riscaldamento ed elettricità del 139,60%. Un dato singolare vista la diminuzione tariffaria che ha investito favorevolmente il mercato dell'energia(AEEG).

E' singolare che l'Agenas compia un'esaltazione della diminuzione dei costi riferiti ai servizi alberghieri e non noti assolutamente l'esponenziale aumento degli altri. Quelle che sovviene è che spesso tali servizi sono gestiti in Global Service, da imprese o ATI multiservizio, non sarà certo possibile che gli sconti accordati su alcuni appalti siano poi stati compensati in aumento sugli altri.

Consideriamo comunque che il Piano di Rientro prevedeva un'attenzione sulla gara d'appalto "Vettori energetici – Lazio (Multiservizio Tecnologico)" con l'obiettivo di migliorare il rapporto costi e benefici e di conseguire il risultato tramite la:

- razionalizzazione della produzione, distribuzione e utilizzo dei vettori energetici;
- maggiore efficienza degli impianti e nella gestione;
- ottimizzazione del processo di erogazione del servizio;

- razionalizzazione dei costi di esercizio per liberare risorse economiche che potrebbero essere destinate ad interventi di miglioria;
- riduzione dei costi delle forniture

Probabilmente nell'attuazione operativa si sono distratti tutti i Direttori Generali ed anche la Giunta.

L'assetto normativo in materia di controllo e razionalizzazione della spesa sanitaria con riferimento ai beni e servizi e, in particolare, le disposizioni riguardanti la pubblicazione dei prezzi di riferimento in ambito sanitario ha subito, rispetto alle iniziali previsioni contenute nell'articolo 17, comma 1, lettera a) del decreto legislativo n. 98/2011 (convertito con legge n. 111/2011), considerevoli mutamenti nel corso di poco più di un anno.

Difatti la norma stabilisce che:

> "nelle more del perfezionamento delle attività concernenti la determinazione annuale dei costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura da parte dell'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, e anche al fine di potenziare le attività delle Centrali regionali per gli acquisti, il citato Osservatorio, a partire dal 1° luglio 2012, attraverso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici, fornisce alle regioni un'elaborazione dei prezzi di riferimento, ivi compresi quelli eventualmente previsti dalle convenzioni Consip, alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, ivi compresi i dispositivi medici ed i farmaci per uso ospedaliero, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del Servizio sanitario nazionale. Ciò, al fine di mettere a disposizione delle regioni ulteriori strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa".

Con l'istituzione nel 2012 dell'Osservatorio dei contratti pubblici è stata quindi effettuata, tramite questionari inviati alle Asl e alle Centrali regionali di acquisto, la prima rilevazione campionaria per l'individuazione dei prezzi da prendere come riferimento per l'acquisto di beni e servizi sanitari. Le informazioni derivanti dall'indagine erano appunto finalizzate ad attivare, a livello regionale, politiche correttive di contenimento dei costi.

La rilevazione ha preso in considerazione sia beni di costo modesto e di largo consumo (es. aghi, siringhe, ecc.), ma anche beni di costo rilevante (es. protesi). Per ogni bene oggetto di osservazione sono state attribuite precise specifiche tecniche, il prezzo minimo e massimo registrato, quello mediano nonché il prezzo di riferimento da considerare.

Sulla base della predetta indagine, a partire dal 1° luglio 2012, sul sito dell'AVCP sono stati pubblicati i prezzi di riferimento di:

- 130 principi attivi di farmaci per uso ospedaliero8;
- 160 dispositivi medici;
- servizi di pulizia, ristorazione e lavanderia, distinti per le diverse tipologie.

Il risultato purtroppo è stato fallimentare.

Soprattutto perché le procedure per identificare il fabbisogno nelle singole ASL non esistono quasi mai, qualsiasi tentativo di omogeneizzazione dell'acquisto si trasforma in dispersione del controllo, incapacità di valutazione del fabbisogno e ridondanza della spesa.

A partire dal 2006 **la vera e unica riduzione della spesa sanitaria inerente ai costi di produzione è dovuta essenzialmente all'abbattimento del costo del lavoro.** Non per quanto riguarda il personale medico e sanitario che rispetto al 2006 è decrementato di appena il 4% (l'offerta ospedaliera abbiamo visto è decrementata del 27%, mentre la domanda di specialistica ambulatoriale, era già soddisfabile dal personale esistente). Ciò è accertabile mediante il conteggio delle prestazioni orarie dei medici Sumai e dipendenti e dal relativo confronto con il numero di prestazioni orarie previste dal nomenclatore di categoria).

Se a questa leggera flessione del costo del personale sanitario aggiungiamo però i costi riferiti ai servizi di assistenza sanitaria, ovvero il ricorso alle consulenze specialistiche di personale medico, si evince che potenzialmente la capacità di soddisfare il fabbisogno di assistenza non è mai diminuita.

Il vero decremento è stato prodotto dalla diminuzione della spesa per il personale amministrativo e tecnico che dal 2006 è scesa dai quasi 500 milioni di euro a poco più di 380 milioni.

Non assumere più personale tecnico e lasciare volare incontrollata la spesa per beni e servizi, senza valutare la produttività del personale medico e, contemporaneamente, ridurre l'offerta assistenziale selvaggiamente senza tener conto delle esigenze territoriali e senza valutare l'efficienza e produttività dei reparti, sembra l'azione scomposta dettata dalla regia di una mente irrazionale e illogica.

TABELLA 8. EVOLUZIONE DEI COSTI DI PRODUZIONE REGIONE LAZIO

	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs 2006	differenza 2013 vs 2010
B.1) ACQUISTI DI BENI	961.266	1.075.931	1.203.927	1.307.655	1.423.059	1.492.760	1.534.240	1.587.436	65%	12%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	7.280.972	8.275.194	8.568.892	8.633.968	8.843.612	8.753.644	8.533.501	8.529.344	17%	-4%
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (OR	106.158	115.343	98.704	107.830	112.025	113.632	113.471	135.459	28%	21%
B.4) Godimento di beni di terzi	164.049	90.610	85.874	86.627	93.811	89.734	87.184	81.625	-50%	-13%
B.5) Personale del ruolo sanitario	2.345.524	2.343.269	2.378.612	2.415.092	2.444.524	2.383.505	2.302.032	2.246.515	-4%	-8%
B.6) Personale del ruolo professionale	15.376	10.528	11.183	11.699	11.138	10.186	9.333	9.313	-39%	-16%
B.7) Personale del ruolo tecnico	249.650	237.901	233.402	223.628	215.574	205.751	191.805	183.017	-27%	-15%
B.8) Personale del ruolo amministrativ	238.039	231.908	237.616	245.438	243.720	232.628	214.186	206.150	-13%	-15%
Totale costi della produzione (B)	**11.717.103**	**12.979.101**	**13.785.785**	**13.566.069**	**13.745.357**	**13.651.232**	**13.558.693**	**13.537.360**	**16%**	**-2%**

Cercando di scomporre all'interno delle ASL identificate quali fossero le unità operative o i presidi produttivi ai quali potessero essere imputati i costi, e presumendo che i presidi ospedalieri identificati nel modello CP potessero essere i centri presso cui si sarebbero concentrati tali costi, abbiamo scoperto quanto **tale modello e modalità di rilevazione non sia attendibile**. Analizzando i dati ricevuti dalla Regione abbiamo constatato che ai presidi ospedalieri considerati (inclusi nelle ASL) non è stato imputato un valore coerente del costo di beni e servizi. Difatti risulta impossibile che a fronte di una spesa complessiva pari a quasi 5 miliardi di euro, sia stata imputata ai presidi ospedalieri una quota di costo inferiore a 10% (dalla tabella sottostante il valore complessivo è pari a 345 milioni di euro e in taluni presidi è assolutamente irrilevante).

Qual è stato dunque il criterio di imputazione di tali costi?

Perché è stato lasciato il libero arbitrio di attribuzione alle singole aziende?

Possibile che i costi di beni, servizi e manutenzioni ricaschino al 90% e più sui distretti territoriali o presso le strutture direzionali?

Questo attesta due cose: **a monte il modello di rilevazione è errato, così come non risulta chiara la procedura di compilazione.** E che, se fosse stato implementato un sistema efficiente di contabilità analitica presso tutte le aziende e se tale sistema fosse stato informatizzato, non ci sarebbe stato alcun bisogno di richiedere alcun modello precompilabile su foglio elettronico del modello CP.

TABELLA 9. ANDAMENTO COSTI BENI E SERVIZI PER AZIENDA SANITARIA LOCALE – MODELLI CP

Somma di Totale Cp		anno							
codice asl	nuova denominazione pres	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
101	CENTRO PER LA SALUTE DELLA DONNA S.AN		-	-	1.076	1.550	1.224	1.285	1.342
	ISTITUTO ODONTOIATRIA G.E	5.380	4.978	4.214	6.682	6.483	4.564	5.050	5.524
	OSPEDALE SAN GIACOMO	16.516	31.032	14.746					
	PRESIDIO NUOVO REGINA MA	3.062	8.946	-	9.750	14.526	12.321	13.155	13.958
101 Totale	ASL RMA	24.958	44.956	18.960	17.508	22.559	18.109	19.490	20.824
103	OSP. C.T.O. ANDREA ALESINI	32.495	37.141	41.196	288	44.748	25.691		
	OSPEDALE S. EUGENIO	70.346	79.317	84.361	287	95.258	56.050	82.509	81.630
103 Totale	ASL RMC	102.841	116.458	125.557	575	140.006	81.741	82.509	81.630
105	OSPEDALE GENERALE SANTO	20.951	19.424	23.107	22.705	27.779	25.629	27.035	38.666
	OSPEDALE REGIONALE OFTAL	6.460	5.815	6.968	6.847	8.612	8.507	8.072	8.101
105 Totale	ASL RME	27.411	25.239	30.075	29.552	36.391	34.136	35.107	46.767
108	OSP. ANZIO-NETTUNO	19.885	8.119	14.375	15.011	16.823	19.862	17.032	3.715
	OSP. ARICCIA	5.473	876	816	2.580	2.187	800	646	17.365
	OSP. CARTONI ROCCA PRIORA	2.684	697	635	1.227	80			
	OSP. S.GIUSEPPE MARINO	18.529	10.910	9.468	8.387	4.545	4.766	4.529	12.297
	OSP. S.SEBASTIANO FRASCAT	11.569	5.441	1.494	7.846	17.374	19.828	16.395	655
	OSP. VILLA ALBANI ANZIO	2.000	67	1.073	2.581	605	766	962	16.753
	OSP.'PAOLO COLOMBO' VELLE	16.288	11.693	10.533	10.009	13.293	12.828	11.646	1.410
	OSP.RIUNITI ALBANO-GENZA	21.631	9.407	8.376	12.660	18.527	19.214	18.241	19.459
108 Totale	ASL RMH	98.059	47.210	46.770	60.301	73.434	78.064	69.451	71.654
111	PRESIDIO OSPEDALIERO CENT	12.415	13.052	19.070	21.206	24.829	26.301	21.377	18.058
	PRESIDIO OSPEDALIERO NOR	41.288	46.771	56.331	62.834	69.289	84.016	81.503	84.289
	PRESIDIO OSPEDALIERO SUD	15.653	16.201	22.667	26.525	25.173	28.266	22.592	22.687
111 Totale	ASL LATINA	69.356	76.024	98.068	110.565	119.291	138.583	125.472	125.034
Totale complessivo		322.625	309.887	319.430	218.501	391.681	350.633	332.029	345.909

ENTRARE NEL DETTAGLIO DEL MODELLO CE

E' opportuno però procedere ulteriormente con una scomposizione e un'analisi dei costi più dettagliata.

Si inizia con lo scorporare quei costi per servizi (indicati in verde) che hanno una contropartita di ricavo. Tali costi potrebbero essere infatti comparati con i ricavi derivati per singola azienda sanitaria al fine di comprendere o analizzare quanto sia sbilanciata o bilanciata la capacità di compensare il fabbisogno sanitario dei residenti appartenenti alla singole ASL. E' opportuno anche non considerare gli accantonamenti per rischi e gli ammortamenti.

Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale
Acquisti servizi sanitari per medicina di base
Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F
Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica
Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa
Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria
Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale
Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione

Accantonamenti tipici dell'esercizio
Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali
Ammortamento dei fabbricati
Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti
Variazione delle rimanenze

Diventa invece rilevante evidenziare soltanto quei costi di beni e servizi che non hanno alcuna contropartita di ricavo ma che servono direttamente a sostenere il volumi di produzione erogata sia in termini di degenze, sia di servizio e sia in termini di prestazioni.

A questo punto sono stati evidenziati i veri costi rilevanti nell'ambito dei costi di produzione, ovvero quelli direttamente correlati allo svolgimento dell'attività sanitaria, quelli controllabili gestionalmente e oggetto di responsabilizzazione da parte di chi dirige. Meno di dieci voci di costo sono da sole rappresentative di quasi il 90% dei costi di produzione. Nella tabella sottostante sono state riportate in ordine decrescente tali voci partendo da quella con maggiore incidenza nell'anno 2013. I campi evidenziati sono rappresentativi degli incrementi di spesa.

TABELLA 10. ANDAMENTO DEI COSTI DI PRODUZIONE REGIONE LAZIO - FONTE MODELLO CE

descrizione costo	macro task	tipo	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs 2006	differenza 2013 vs 2010	inc% vs tot 2013
Personale del ruolo sanitario	B.5	per	2.396.554	2.395.396	2.431.769	2.469.332	2.500.163	2.438.302	2.357.103	2.301.601	-4%	-8%	42%
Prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici	B.1	bs	426.268	532.925	562.486	625.233	688.470	719.642	768.001	835.343	96%	21%	15%
Presidi, protesi, dispositivi e materiali sanitari	B.1	bs	316.994	324.321	349.906	367.745	404.690	411.307	432.823	515.770	63%	27%	9%
Altri servizi non sanitari	B.2	sns	256.617	271.404	287.090	312.526	335.265	356.051	378.932	243.415	-5%	-27%	4%
Personale del ruolo tecnico	B.7	per	287.898	278.127	273.887	264.794	256.874	245.413	230.866	220.778	-23%	-14%	4%
Personale del ruolo amministrativo	B.8	per	240.560	234.869	241.501	249.661	248.041	236.589	218.224	210.403	-13%	-15%	4%
Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavor	B.2	ss	97.086	117.514	167.893	168.133	161.875	153.328	164.413	158.086	63%	-2%	3%
Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	B.3	sns	107.299	117.169	100.358	109.121	113.550	115.665	115.550	137.317	28%	21%	2%
Pulizia	B.2	sns	109.521	109.457	113.040	118.882	126.796	128.573	128.628	123.270	13%	-3%	2%
Acquisto prestazioni trasporto sanitari	B.2	ss			37.801	44.701	49.876	62.952	79.033	85.402	126%	71%	2%
Godimento di beni di terzi	B.4	alt	164.520	91.018	86.466	87.478	94.672	90.614	88.155	81.942	-50%	-13%	1%
Riscaldamento	B.2	sns	33.502	32.526	23.290	23.038	26.574	26.855	25.436	66.091	97%	149%	1%
Mensa	B.2	sns	64.102	69.420	77.545	81.071	75.182	74.016	69.781	62.753	-2%	-17%	1%
Utenze elettricità	B.2	sns			26.692	21.406	23.234	25.915	27.103	60.393	126%	160%	1%
Rimborsi, assegni e contributi sanitari	B.2	ss	32.412	35.238	39.780	41.933	37.650	40.347	58.296	59.251	83%	57%	1%
Premi di assicurazione	B.2	sns			54.339	58.377	67.026	69.737	54.134	54.219	0%	-19%	1%
Lavanderia	B.2	sns	52.624	53.536	59.050	59.750	62.261	58.771	57.746	50.355	-4%	-19%	1%
Oneri diversi di gestione	B.9	alt	172.081	227.234	661.948	148.912	59.611	42.489	43.900	41.821	-76%	-30%	1%
Materiali per la profilassi (vaccini)	B.1	bs	22.023	25.193	32.148	32.223	33.897	30.289	30.264	28.298	28%	-17%	1%
Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavor	B.2	sns			43.246	41.610	44.809	41.596	32.954	27.814	-36%	-38%	1%
Smaltimento rifiuti	B.2	sns	20.969	23.704	21.754	23.916	28.732	29.078	28.989	25.403	21%	-12%	0%
Servizi di assistenza informatica	B.2	sns	58.413	66.515	18.188	19.454	18.793	17.942	17.256	22.271	-62%	19%	0%
Altre utenze	B.2	sns	67.857	50.594	11.059	9.984	10.729	10.013	10.016	18.560	-73%	73%	0%
Utenze telefoniche	B.2	sns	26.941	28.157	25.299	23.893	20.864	19.338	15.471	14.118	-48%	-32%	0%
Servizi trasporti (non sanitari)	B.2	sns	9.412	10.134	9.591	11.727	14.450	12.644	13.424	12.107	29%	-16%	0%
Altri beni e prodotti sanitari	B.1	bs			782	808	177	344	20.778	9.649	1134%	5351%	0%
Personale del ruolo professionale	B.6	per	15.437	10.605	11.232	11.785	11.228	10.296	9.527	9.475	-39%	-16%	0%
Supporti informatici e cancelleria	B.1	bns	10.245	11.295	10.745	10.936	11.391	10.744	9.733	8.709	-15%	-24%	0%
Formazione (esternalizzata e non)	B.2	sns	3.902	2.497	6.666	7.575	8.379	6.049	6.269	5.252	35%	-37%	0%
Altri beni non sanitari	B.1	bns	2.580	1.544	2.032	2.120	3.034	3.651	3.630	4.116	60%	36%	0%
Combustibili, carburanti e lubrificanti	B.1	bns	7.484	4.457	3.142	2.547	2.274	3.227	3.618	3.595	-52%	58%	0%
Prodotti alimentari	B.1	bns	6.371	6.317	5.999	3.760	3.761	3.760	3.474	3.120	-51%	-17%	0%
Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	B.1	bns	3.517	3.259	2.701	3.267	3.221	3.342	3.409	2.946	-16%	-9%	0%
Materiale per la manutenzione	B.1	bns	3.570	2.755	1.865	1.853	1.281	1.407	1.042	616	-83%	-52%	0%
Materiali e Prodotti per uso veterinario	B.1	bs	510	529	674	540	420	479	507	566	11%	35%	0%
Materiali diagnostici prodotti chimici	B.1	bs	163.034	164.909	165.731	153.766	157.098	152.527	79.457	74	-100%	-100%	0%
Totale complessivo			**5.180.303**	**5.302.618**	**5.967.695**	**5.613.925**	**5.706.348**	**5.653.292**	**5.587.942**	**5.504.899**	**6%**	**-4%**	100%

Per procedere razionalmente però è opportuno scomporre questi costi nelle seguenti categorie: servizi non sanitari, servizi sanitari, beni non sanitari, beni sanitari e altro.

I SERVIZI NON SANITARI

Tali costi rappresentano il 16% dei costi di produzione e che raggiungono quasi il miliardo di euro l'anno, hanno avuto un'impennata del 7% rispetto al 2006. Soltanto nel 2013 però si è cercato di arginare l'andamento in quanto alcune voci di tali costi hanno continuato a crescere esponenzialmente fino al 2012. Partendo dalla voce degli "altri servizi non sanitari", in cui confluiscono servizi vari offerti prevalentemente da fornitori privati, voce che cresce progressivamente dal 2006 fino a raggiungere nel 2012 importi che quasi sfiorano i 400 milioni di euro, è visibile una contrazione soltanto nel 2013.

TABELLA 11. ANDAMENTO CONSOLIDATO COSTI SERVIZI NON SANITARI

Somma di Totale Ce	ANNO										
descrizione task	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs 2006	differenza 2013 vs 2010	inc% vs tot 2013
Altri servizi non sanitari	253.802	271.176	285.983	311.820	334.521	354.593	377.856	241.668	-5%	-28%	4%
Manutenzione e riparazione (ordinari	106.158	115.343	98.704	107.830	112.025	113.632	113.471	135.459	28%	21%	2%
Pulizia	109.383	109.035	112.547	118.506	126.252	127.932	127.978	122.653	12%	-3%	2%
Riscaldamento	33.502	32.526	23.290	23.038	26.574	26.855	25.436	66.091	97%	149%	1%
Mensa	62.317	68.008	76.234	79.614	73.950	72.727	68.556	61.317	-2%	-17%	1%
Utenze elettricità			26.627	21.359	23.172	25.848	27.018	60.303	126%	160%	1%
Lavanderia	50.840	51.592	57.096	57.786	60.288	56.794	55.787	48.512	-5%	-20%	1%
Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lav			42.551	41.152	44.539	41.323	32.611	27.466	-35%	-38%	0%
Smaltimento rifiuti	20.887	23.343	21.388	23.559	28.437	28.854	28.835	25.261	21%	-11%	0%
Servizi di assistenza informatica	58.411	66.515	18.188	18.866	17.835	16.975	16.032	21.678	-63%	22%	0%
Altre utenze	67.808	50.533	11.046	9.964	10.705	9.986	9.985	18.527	-73%	73%	0%
Utenze telefoniche	26.461	26.766	24.242	22.328	19.513	18.463	14.788	13.499	-49%	-31%	0%
Servizi trasporti (non sanitari)	9.410	10.134	9.573	11.727	14.444	12.644	13.424	12.107	29%	-16%	0%
Formazione (esternalizzata e non)	3.897	2.462	6.606	7.541	8.342	6.001	6.197	5.111	31%	-39%	0%
Totale complessivo	**802.876**	**827.433**	**814.075**	**855.090**	**900.597**	**912.627**	**917.974**	**859.652**	7%	-5%	16%

Le voci più eclatanti di spesa riguardano **le manutenzioni esternalizzate che continuano a crescere senza sosta e il cui controllo sembra non essere sottoposto a vincoli.** I 135 milioni l'anno rappresentano comunque un'opportunità di business per i fornitori che offrono questo tipo di servizio, che diventa controllato soltanto a livello periferico da parte delle aziende sanitarie quando tali interventi diventano straordinari. In genere dovrebbe esserci una gara di appalto necessaria alla centralizzazione degli interventi e dell'interlocutore, ma sembra che non vi sia stato opportuno controllo e sforzo di contenimento. Sarebbe stato auspicabile un controllo dell'esistenza delle procedure interne per l'identificazione del fabbisogno presso le singole strutture. La stessa cosa dovrebbe valere per le **pulizie, il cui costo continua a crescere fino al 2012**, che sottoposte a centralizzazione della gara di appalto, continuano a soggiacere a logiche di mancato controllo dell'esecuzione del contratto e a fatturazioni cui non corrisponde la verifica del servizio erogato. Spesso nelle singole aziende non sono state identificate superfici e aree di rischio o spesso ne manca l'aggiornamento per conformarlo al sistema di fatturazione del fornitore. In taluni casi si è rilevato che sia stato lo stesso fornitore a fornire all'ufficio tecnico aziendale quali fossero le superfici, le relative metrature e le aree di rischio. Per anni è stato carente un sistema di rilevazione delle planimetrie tecniche che dovrebbe essere alla base per il controllo di una spesa di tale entità. **Altra voce sorprendente è il costo del riscaldamento che proprio a seguito di centralizzazione del fornitore è triplicato nel 2013 passando a 66 milioni di euro rispetto 33 milioni del 2006. Medesima cosa vale per il costo dell'elettricità addirittura triplicato rispetto al 2008.** Il lavanolo, dopo un'ingiustificata impennata fino al 2012, considerando appunto che è una voce di spesa strettamente correlata con il numero del personale sanitario, delle degenze e con i posti letto occupati, si attesta nel 2013 agli stessi valori del 2006, anno in cui c'erano nella regione Lazio oltre 150 mila degenze (pubbliche) in più oltre che 5 mila posti letto in più. Stessa cosa per quanto riguarda lo smaltimento rifiuti, mentre risulta in contrazione l'investimento in sistemi informativi (si potrebbe parlare a pieno titolo di disinvestimento) contrariamente a quanto era in indirizzo nel piano di rientro, e le utenze telefoniche e altre utenze.

TABELLA 12. ANDAMENTO STORICO DELLA VOCE DI COSTO "SERVIZI NON SANITARI" RIPARTITA PER SINGOLA AZIENDA

SERVIZI NON SANITARI											
	ANNO										
	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs 2006	differenza 2013 vs 2010	inc% vs tot 2013
Policlinico Umberto 1	62.139	62.610	68.017	69.261	70.122	73.280	87.061	84.900	37%	21%	10%
ASL RMC	56.446	58.242	61.465	68.999	71.521	70.862	69.216	72.009	28%	1%	8%
San Camillo	61.347	51.373	59.667	58.461	61.135	73.682	70.181	62.904	3%	3%	7%
ASL RME	56.984	54.652	58.540	59.835	64.139	67.116	67.763	58.816	3%	-8%	7%
ASL RMH	35.632	37.543	43.329	44.745	47.473	54.462	53.690	51.756	45%	9%	6%
Policlico Tor Vergata	32.154	35.428	39.105	41.516	44.631	47.155	48.025	47.962	49%	7%	6%
ASL LATINA	30.410	32.271	38.536	42.696	47.136	46.709	47.016	47.635	57%	1%	6%
ASL RMB	122.145	127.008	40.701	43.069	46.155	44.602	44.864	45.990	-62%	0%	5%
ASL FROSINONE	32.197	34.529	37.683	43.114	45.642	50.462	47.299	44.028	37%	-4%	5%
San Filippo	46.782	48.973	49.226	49.015	50.336	44.968	41.072	39.632	-15%	-21%	5%
ASL VITERBO	28.542	31.012	39.072	42.552	42.028	41.916	41.730	38.993	37%	-7%	5%
ASL RMG	23.620	26.758	29.008	34.037	35.320	35.237	38.977	37.971	61%	8%	4%
IFO	31.087	31.550	39.267	39.584	41.359	36.278	36.096	35.144	13%	-15%	4%
San Giovanni	37.560	38.619	36.623	36.883	38.680	37.320	36.103	33.881	-10%	-12%	4%
ASL RMD	40.180	39.484	43.268	43.408	49.072	46.672	45.919	32.515	-19%	-34%	4%
Sant Andrea	31.727	32.891	35.965	40.482	39.300	38.175	37.396	32.101	1%	-18%	4%
ASL RIETI	20.423	21.413	25.437	25.871	28.754	32.560	32.066	31.572	55%	10%	4%
ASL RMA	24.332	26.255	23.804	23.791	27.795	25.952	28.893	24.726	2%	-11%	3%
ASL RMF	14.397	22.648	26.454	29.733	31.619	28.358	27.523	23.151	61%	-27%	3%
Spallanzani	12.559	11.990	17.643	16.879	17.289	15.774	16.169	13.966	11%	-19%	2%
INRCA	2.213	2.184	1.265	1.159	1.091	1.087	915		-100%	-100%	0%
Totale complessivo	802.876	827.433	814.075	855.090	900.597	912.627	917.974	859.652	7%	-5%	100%

L'ulteriore analisi dovrebbe concentrarsi sull'evidenziazione delle aziende che maggiormente hanno subito incrementi riferiti a tale voce di costo. Ne verrà effettuata qualcuna a titolo di esempio. Il Policlinico Umberto I, oltre a rappresentare l'azienda che raggiunge in termini di valore assoluto il maggior valore di costo per servizi non sanitari è anche una di quelle che ha avuto e ha un incremento peggiorativo più rilevante. In più, le sola voce di costo riferite al consumo di servizi non sanitari di tale azienda rappresenta da sola il 10% degli interi costi riferiti ai servizi non sanitari delle aziende della intera regione Lazio! Come si può visionare dalla tabella sottostante, il Policlinico ha avuto un incremento di tali costi pari al **37%** rispetto al 2006 e ha continuato ad averlo anche a partire dal 2010. Le voci più critiche che avrebbero richiesto un intervento urgente sono quelle riferite agli "altri servizi non sanitari", alle manutenzioni, alla pulizia.

TABELLA 13. ANDAMENTO STORICO SERVIZI NON SANITARI POLICLINICO UMBERTO I

DESCRIZIONE AZ	descrizione task	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs	differenza 2013 vs	inc% vs tot 2013
Policlinico Umberto 1	Altri servizi non sanitari	4.764	5.164	14.981	16.557	17.356	16.402	19.144	18.069	279%	4%	2%
	Manutenzione e riparazione (ordinaria este	12.485	13.452	13.375	12.540	12.773	13.244	13.271	14.755	18%	16%	2%
	Pulizia	9.253	9.298	9.625	10.009	10.777	11.034	11.227	11.309	22%	5%	1%
	Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanit			1.637	1.568	1.519	1.084	12.305	9.734	#DIV/0!	541%	1%
	Riscaldamento	6.889	6.052	6.300	6.479	6.520	7.777	6.726	8.440	23%	29%	1%
	Utenze elettricità			6.230	5.039	5.432	6.284	7.542	7.731	#DIV/0!	42%	1%
	Mensa	1.664	4.280	2.997	2.286	2.292	4.360	4.502	4.405	165%	92%	1%
	Lavanderia	5.578	5.583	6.436	6.160	5.537	5.307	4.906	4.086	-27%	-26%	0%
	Smaltimento rifiuti	2.017	2.442	2.132	2.914	3.796	3.240	3.476	2.893	43%	-24%	0%
	Servizi di assistenza informatica	11.096	7.726	1.191	1.191	1.224	1.401	1.457	1.448	-87%	18%	0%
	Altre utenze	6.696	6.803	1.307	2.229	1.601	1.453	1.308	891	-87%	-44%	0%
	Utenze telefoniche	1.502	1.778	1.350	1.703	823	1.246	748	692	-54%	-16%	0%
	Servizi trasporti (non sanitari)	195	-	260	355	330	313	318	287	47%	-13%	0%
	Formazione (esternalizzata e non)	-	32	196	231	142	135	131	160	#DIV/0!	13%	0%
Policlinico Umberto 1 Totale		**62.139**	**62.610**	**68.017**	**69.261**	**70.122**	**73.280**	**87.061**	**84.900**	37%	21%	**10%**

Anche la Roma C meriterebbe approfondimenti riferiti appunto all'incremento del **38 %** dei servizi non sanitari e del raddoppio rispetto al 2006 del costo delle manutenzioni. In totale un incremento del **28%** rispetto al 2006 in tempi di Spending Review meriterebbe analisi in merito alle cause degli incrementi e individuazioni di responsabilità.

TABELLA 14. ANDAMENTO STORICO SERVIZI NON SANITARI ASL ROMA C

DESCRIZIONE AZ	descrizione task	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs	differenza 2013 vs	inc% vs tot 2013
ASL RMC	Altri servizi non sanitari	19.422	19.492	15.962	19.821	21.188	21.010	35.963	26.752	38%	26%	3%
	Manutenzione e riparazione (ordinaria este	5.603	5.556	4.182	4.791	4.696	5.610	5.614	11.648	108%	148%	1%
	Pulizia	9.925	10.787	11.238	12.172	12.330	12.602	12.023	11.465	16%	-7%	1%
	Utenze elettricità			94	88	118	4	34	5.307	#DIV/0!	4397%	1%
	Mensa	6.018	5.833	5.674	5.473	5.823	5.708	4.636	4.088	-32%	-30%	0%
	Servizi di assistenza informatica	4.939	10.740	5.569	5.667	3.688	3.345	2.936	3.908	-21%	6%	0%
	Lavanderia	2.797	3.153	2.970	3.593	4.177	3.494	3.769	3.765	35%	-10%	0%
	Riscaldamento	3	-	1	3	-	-	-	1.660	55233%	#DIV/0!	0%
	Smaltimento rifiuti	1.032	993	1.023	1.329	1.564	1.292	1.500	1.099	6%	-30%	0%
	Servizi trasporti (non sanitari)	889	702	573	1.102	878	333	774	659	-26%	-25%	0%
	Utenze telefoniche	1.262	779	882	1.400	1.316	1.203	1.143	604	-52%	-54%	0%
	Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanit			12.880	13.053	14.986	15.937	273	387	#DIV/0!	-97%	0%
	Altre utenze	4.312	-	40	164	41	22	7	342	-92%	734%	0%
	Formazione (esternalizzata e non)	244	207	377	343	716	302	544	325	33%	-55%	0%
ASL RMC Totale		**56.446**	**58.242**	**61.465**	**68.999**	**71.521**	**70.862**	**69.216**	**72.009**	28%	1%	8%

Di seguito presso la Asl Roma H gli "altri servizi non sanitari" crescono in modo molto marcato e non subiscono contenimento. In ogni caso l'incremento complessivo del **45%** rispetto al 2006 e del **9%** rispetto al 2010 mette in evidenza come questa spesa non sia stata sottoposta ad adeguato controllo.

TABELLA 15. ANDAMENTO STORICO SERVIZI NON SANITARI ASL ROMA H

DESCRIZIONE AZ	descrizione task	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs	differenza 2013 vs	inc% vs tot 2013
ASL RMH	Altri servizi non sanitari	5.065	5.707	14.668	15.447	19.147	23.396	23.251	22.148	337%	16%	3%
	Utenze elettricità			3.023	2.071	3.005	4.167	4.118	5.887	#DIV/0!	96%	1%
	Pulizia	6.931	5.811	5.721	5.916	6.084	6.196	5.688	5.658	-18%	-7%	1%
	Riscaldamento	2.305	2.615	2.164	1.755	2.494	3.459	3.419	4.888	112%	96%	1%
	Mensa	3.120	3.892	5.236	8.115	5.425	5.150	3.890	3.553	14%	-35%	0%
	Manutenzione e riparazione (ordinaria este	3.043	4.494	2.437	2.190	2.348	3.669	5.011	3.111	2%	32%	0%
	Lavanderia	4.143	3.261	3.381	3.641	3.597	3.246	3.019	2.330	-44%	-35%	0%
	Servizi trasporti (non sanitari)	655	776	926	797	1.747	2.020	2.057	1.026	57%	-41%	0%
	Servizi di assistenza informatica	4.276	4.683	-	-	-	-	-	865	-80%	#DIV/0!	0%
	Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanit			1.515	1.057	674	855	826	830	#DIV/0!	23%	0%
	Smaltimento rifiuti	688	1.248	1.220	928	877	791	759	635	-8%	-28%	0%
	Utenze telefoniche	2.113	2.254	1.963	1.812	822	197	595	511	-76%	-38%	0%
	Formazione (esternalizzata e non)	298	250	593	720	736	524	341	273	-8%	-63%	0%
	Altre utenze	2.995	2.552	482	296	517	792	716	41	-99%	-92%	0%
ASL RMH Totale		**35.632**	**37.543**	**43.329**	**44.745**	**47.473**	**54.462**	**53.690**	**51.756**	45%	9%	6%

Un Ultimo esempio di approfondimento su tale voce di costo, ma in realtà potremmo continuare per altre aziende, potrebbe essere quella rivolta al Policlinico di Tor vergata, in cui le manutenzioni e riparazioni raddoppiano dal 2006 e il cui incremento diventa del **25%** rispetto al 2010. Certamente oltre 15 milioni di euro l'anno per le riparazioni troveranno pure legittima giustificazione, ma meriterebbero comunque un approfondimento che parta dall'evidenziazione di questa spesa.

TABELLA 16. ANDAMENTO STORICO SERVIZI NON SANITARI POLICLINICO TOR VERGATA

DESCRIZIONE AZ	descrizione task	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs	differenza 2013 vs	inc% vs tot 2013
Policlico Tor Vergata	Manutenzione e riparazione (ordinaria este	7.773	8.355	9.365	10.444	12.494	14.488	15.445	15.674	102%	25%	2%
	Altri servizi non sanitari	5.575	9.552	5.820	6.494	7.209	8.463	8.778	7.936	42%	10%	1%
	Utenze elettricità			4.111	4.162	5.053	5.281	5.929	7.277	#DIV/0!	44%	1%
	Pulizia	6.292	4.963	5.339	5.529	5.710	6.123	5.639	4.984	-21%	-13%	1%
	Altre utenze	4.326	4.008	2.708	2.264	3.103	2.916	3.199	3.338	-23%	8%	0%
	Mensa	3.004	3.373	3.657	3.654	3.932	3.622	3.348	3.149	5%	-20%	0%
	Lavanderia	2.890	2.989	2.876	3.195	3.163	2.586	2.464	2.267	-22%	-28%	0%
	Smaltimento rifiuti	1.588	1.423	1.498	1.939	1.780	1.667	1.775	1.818	14%	2%	0%
	Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanit			3.031	2.896	1.271	1.133	864	902	#DIV/0!	-29%	0%
	Servizi trasporti (non sanitari)	-	24	160	258	292	310	325	256	#DIV/0!	-12%	0%
	Utenze telefoniche	511	580	472	591	519	500	241	231	-55%	-55%	0%
	Servizi di assistenza informatica	115	155	3	-	24	4	-	120	4%	400%	0%
	Formazione (esternalizzata e non)	80	6	65	90	81	62	18	10	-88%	-88%	0%
	Riscaldamento	-	-	-	-	-	-	-	-	#DIV/0!	#DIV/0!	0%
Policlico Tor Vergata Totale		**32.154**	**35.428**	**39.105**	**41.516**	**44.631**	**47.155**	**48.025**	**47.962**	49%	7%	6%

ACQUISTI SERVIZI SANITARI PER ASSISTENZA OSPEDALIERA E ACQUISTI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI ALTRI SERVIZI SANITARI

Rappresentano le voci di costo preponderanti inerenti ai costi di produzione che riguardano quegli acquisti che le singole aziende effettuano per fronteggiare il fabbisogno di assistenza ospedaliera non soddisfatto internamente. Tale voce crescente dimostra la sempre più forte interdipendenza delle strutture tra loro, nel senso che l'accresciuta mobilità dell'utenza fa aumentare i costi del servizio dedicati a pazienti non residenti.

Il servizio assistenza ospedaliera sovrintende le seguenti attività:

- Analisi, d'intesa con i responsabili dei distretti, del fabbisogno di prestazioni di assistenza ospedaliera (area acuzie e post acuzie);
- dimensionamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera da acquisire dai soggetti erogatori privati;
  definizione e gestione dei contratti con i soggetti erogatori privati;
- standardizzazione delle modalità operative attraverso la predisposizione di linee guida, protocolli e percorsi assistenziali in collaborazione con i Presidi ospedalieri aziendali;
- verifica dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero, in collaborazione con il CUP Aziendale;
- elaborazione e analisi dei dati sull'assistenza ospedaliera, assolvimento del debito informativo di competenza verso la Regione e il Ministero.

Appartenenti ai servizi sanitari e che non hanno un corrispettivo in termini di ricavo sono invece le sottostanti voci di costo riferite a consulenze, collaborazioni (con i circa 160 milioni l'anno) che rappresentano il 3% del totale dei costi di produzione regionali, gli acquisti di prestazioni di trasporto sanitari e rimborsi e assegni contributi sanitari.

TABELLA 17. ANDAMENTO CONSULENZE, COLLABORAZIONI, RIMBORSI

descrizione costo	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs 2006	differenza 2013 vs 2010	inc% vs tot 2013
Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sa	97.086	117.514	167.893	168.133	161.875	153.328	164.413	158.086	63%	-2%	3%
Acquisto prestazioni trasporto sanitari			37.801	44.701	49.876	62.952	79.033	85.402	126%	71%	2%
Rimborsi, assegni e contributi sanitari	32.412	35.238	39.780	41.933	37.650	40.347	58.296	59.251	83%	57%	1%

Soffermandoci esclusivamente sulle consulenze possiamo evincere che sempre il Policlinico Umberto I **decuplica il costo delle consulenze** il cui ammontare rappresenta il **34%** di quelle totali a livello regionale.

Si osservi anche, dalla tabella sottostante, che in genere tali consulenze hanno un'incidenza rilevante presso ASL e aziende extra capitoline ad eccezione dei due Policlinici che da soli raggruppano il 50% del costo.

TABELLA 18. ANDAMENTO CONSULENZE, COLLABORAZIONI SANITARIE PER SINGOLA AZIENDA

Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie												
Somma di Totale Ce	ANNO											
	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs 2006	differenza 2013 vs 2010	inc% vs tot 2013	inc% vs tot costi produzione 2013
Policlinico Umberto 1	5.265	5.324	53.042	51.155	50.141	46.647	59.134	53.934	924%	8%	34%	1,0%
Policlico Tor Vergata	19.070	36.087	26.214	20.626	19.672	18.209	17.351	16.639	-13%	-15%	11%	0,3%
ASL RIETI	1.091	840	4.478	7.366	13.013	10.034	9.796	10.510	863%	-19%	7%	0,2%
ASL FROSINONE	9.908	9.913	9.664	12.304	10.631	9.038	10.092	9.463	-4%	-11%	6%	0,2%
ASL RMG	6.756	12.033	9.652	8.091	8.708	9.068	8.318	8.509	26%	-2%	5%	0,2%
ASL VITERBO	7.143	8.440	8.477	7.933	6.906	8.004	6.405	6.732	-6%	-3%	4%	0,1%
Sant Andrea	2.127	1.743	13.877	12.090	6.623	6.059	6.072	6.636	212%	0%	4%	0,1%
ASL RMB	2.355	2.031	1.447	4.661	4.703	6.046	6.401	6.246	165%	33%	4%	0,1%
ASL LATINA	6.631	6.752	8.790	6.926	6.337	5.891	5.676	5.976	-10%	-6%	4%	0,1%
IFO	2.929	926	1.412	1.396	3.367	5.581	5.593	5.639	93%	67%	4%	0,1%
ASL RMA	1.565	1.604	3.323	3.873	4.238	5.211	4.309	4.881	212%	15%	3%	0,1%
San Camillo	4.785	6.967	5.408	8.747	7.677	4.779	3.088	4.418	-8%	-42%	3%	0,1%
ASL RME	575	806	1.850	2.610	4.126	4.426	3.686	4.259	641%	3%	3%	0,1%
ASL RMC	3.105	2.968	4.364	6.037	3.604	3.301	3.041	3.034	-2%	-16%	2%	0,1%
Spallanzani	640	804	4.196	3.710	2.602	2.263	2.721	2.965	363%	14%	2%	0,1%
San Filippo	1.854	2.841	2.119	1.343	449	698	3.117	2.457	33%	447%	2%	0,0%
San Giovanni	6.630	6.689	1.255	2.708	3.018	1.875	3.961	1.310	-80%	-57%	1%	0,0%
ASL RMF	1.704	1.052	1.097	1.280	1.260	2.165	1.754	1.296	-24%	3%	1%	0,0%
ASL RMD	6.064	3.347	2.279	1.422	1.670	1.522	1.759	1.273	-79%	-24%	1%	0,0%
ASL RMH	3.418	4.169	3.745	2.710	1.908	1.357	1.154	1.062	-69%	-44%	1%	0,0%
INRCA	48	33	41	12	56	73	10		-100%	-100%	0%	0,0%
Totale complessivo	93.663	115.369	166.730	167.000	160.709	152.247	163.438	157.239	68%	-2%	100%	2,9%

BENI SANITARI

La voce presso cui andrebbe invece posta maggiore attenzione è quella riferita al consumo di beni sanitari, ovvero di farmaci, presidi, protesi, dispositivi e altro materiale. Queste due voci rappresentano il 25% della spesa di produzione totale e hanno avuto rispettivamente **un incremento a partire dal 2006 pari al 96% (un raddoppio che ha portato la spesa da circa 750 milioni a circa 1,4 milioni nel 2013. Spesa che è continuata a crescere anche dopo il 2010 di oltre il 25%.**

Tuttavia occorre precisare che nel modello CE fornitoci dalla Regione è indicato il valore del consumo dei beni farmaceutici che sono suddivisi in:

1. Farmaceutica ospedaliera in "File F" rappresentativi della distribuzione diretta, non sono un costo che grava sulla degenza, si tratta di consumi di farmaci in corso di prestazioni ambulatoriali (ospedaliere e distrettuali), di RSA, Hospice, Residenze Sanitarie Protette, CSM(centri salute mentale), Unità dialitiche decentrate, Carceri e in continuità terapeutica ovvero i farmaci erogati ai pazienti dimessi dopo un ricovero ospedaliero.
2. Farmaceutica ospedaliera in ricovero in "File R", che sono prettamente quei farmaci consumati dalle unità operative per erogare la prestazione ospedaliera.

Le politiche incentivanti da parte della Regione riferite alla distribuzione diretta fanno aumentare la spesa farmaceutica, bilanciata dal risparmio ottenuto sull'acquisto della farmaceutica convenzionata, ma non permettono di identificare il dato riferito al consumo e utilizzo dei farmaci in ambito ospedaliero. In ogni caso, in attesa che la Regione ci invii i dati Farmed e il file R (a partire dal 2006) ripartito per centro di costo, procediamo ad una macro analisi riferita alla spesa dei farmaci.

Intanto evidenziamo perlomeno il consumo di farmaci Farmed inerenti agli anni 2012 e 2013: Il consumo totale ammonta ad oltre mezzo milione di euro che vengono distribuiti da aziende sanitarie e ospedaliere come illustrato da tabella sottostante:

TABELLA 19. CONSUMO FARMACI FARMED DISTRIBUZIONE DIRETTA ANNO 2012 – 2013 (ASP REGIONE LAZIO)

Importi per struttura (produzione gen-dic 2013)

Struttura	2012	2013	Δ% 13- 12	
R Apostolorum	2.185.702	2.109.592	-3,5	12,5
S Pietro FBF	5.613.282	6.589.833	17,4	
S Giovanni Cal	4.048.190	4.523.420	11,7	
S Carlo	144.586	51.154	-64,6	
Cristo Re	33.789	46.886	38,8	
Israelitico	441.936	515.449	16,6	
Vannini	1.041.228	1.367.102	31,3	
ASL RmA	15.020.350	16.934.055	12,7	12,7
ASL RmB	15.851.834	19.562.645	23,4	
ASL RmC	19.200.561	25.920.230	35,0	
ASL RmD	7.813.210	11.657.086	49,2	
ASL RmE	13.028.883	13.640.441	4,7	
ASL RmF	7.715.979	9.722.397	26,0	
ASL RmG	10.202.349	14.204.957	39,2	
ASL RmH	11.497.958	15.924.394	38,5	
ASL VT	15.583.762		-100,0	
ASL RI	9.592.760	9.005.806	-6,1	
ASL LT	22.958.477	27.857.020	21,3	
ASL FR	15.469.999	20.284.439	31,1	
INI	195.140	252.217	29,2	
S. Camillo	15.396.182	18.739.199	21,7	10,6
S. Giovanni	11.608.107	11.994.551	3,3	
S. Filippo	5.598.102	6.096.904	8,9	
S. Andrea	19.973.357	21.310.197	6,7	
Gemelli	53.226.107	63.147.489	18,6	15,3
Umberto I	67.476.106	75.598.232	12,0	
Campus	9.308.786	11.681.185	25,5	
Tor Vergata	27.242.198	30.859.079	13,3	
Bambino Gesù	5.841.138	6.909.293	18,3	10,0
IFO	22.031.344	26.085.990	18,4	
IDI	3.581.598	4.136.099	15,5	
Spallanzani	40.833.043	42.413.101	3,9	
Totale	**459.756.042**	**519.140.438**	12,9	

TABELLA 20. ANDAMENTO ACQUISTO BENI SANITARI

BENI SANITARI

descrizione costo	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs 2006	differenza 2013 vs 2010	inc% vs tot 2013	inc% vs tot costi produzione 2013
Prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici	426.268	532.925	562.486	625.233	688.470	719.642	768.001	835.343	96%	21%	60%	15,2%
Presidi, protesi, dispositivi e materiali sanitari	316.994	324.321	349.906	367.745	404.690	411.307	432.823	515.770	63%	27%	37%	9,4%
Materiali per la profilassi (vaccini)	22.023	25.193	32.148	32.223	33.897	30.289	30.264	28.298	28%	-17%	2%	0,5%
Altri beni e prodotti sanitari			782	808	177	344	20.778	9.649	#DIV/0!	5351%	1%	0,2%
Materiali e Prodotti per uso veterinario	510	529	674	540	420	479	507	566	11%	35%	0%	0,0%
Materiali diagnostici prodotti chimici	163.034	164.909	165.731	153.766	157.098	152.527	79.457	74	-100%	-100%	0%	0,0%
TOT	928.829	1.047.877	1.111.727	1.180.315	1.284.752	1.314.588	1.331.830	1.389.700	50%	8%	100%	

Per prima cosa possiamo dire che se compariamo il 2012 e il 2013 è evidente che a livello regionale il consumo dei farmaci, al netto della distribuzione diretta, è comunque aumentato. Nell'ipotesi che I consumi della Roma A siano falsati dall'eventuale attribuzione nel costo dei farmaci di quelli distribuiti per nome e per conto alle convenzionate (non si capisce perché nel bilancio tale voce non vada a ricadere su quella dei servizi delle convenzionate), in considerazione del valore abnorme della spesa, il consumo dei farmaci, al netto dei dispositivi e del File F, a livello regionale cresce comunque. Risulta evidente dalla tabella 18.1 come il costo dei farmaci erogati in regime ospedaliero per singolo degente vari in base alla specializzazione ospedaliera delle singole aziende, ma in ogni caso **l'incremento complessivo ammonta al 10% malgrado una contrazione delle degenze del 2,2 %** tra il 2013 e il 2012. Probabilmente se avessimo il dato del File F o del file R anche inerente agli anni precedenti avremmo potuto constatare un aumento assai più marcato del costo della spesa farmaceutica.

Soprattutto se il 2013 sarebbe dovuto essere l'anno del controllo assoluto riferito a questa tipologia di spesa.

> *Sarà lecito chiedersi perché a Tor Vergata il costo nel 2013 per singolo paziente è passato dai 600 euro del 2012 agli oltre 750 del 2013?*
>
> *E perché vi sia stato un aumento della spesa di oltre 4 milioni di euro malgrado le degenze siano diminuite?*
>
> *Sarà lecito chiedersi perché al S. Camillo la spesa sia aumentata di quasi il 9% malgrado vi siano 1000 degenze in meno?*
>
> *O perché a Frosinone i costi siano aumentati di un ulteriore 1,5 milioni a fronte di 2500 degenze in meno?*
>
> *O ancora perché all'IFO un paziente debba costare quasi mille euro di farmaci quando l'anno precedente ne costava meno di 700, o ancora perché la spesa per singolo degente in farmaci vari dai 148 euro della Roma B fino ai 938 dell'IFO?*

Per non parlare della crescita galoppante riferita ai **dispositivi, presidi e protesi**, voce di spesa **aumentata del 63% dal 2006 e del 27% nell'ultimo triennio**, 200 milioni di euro in più in 7 anni su una sola voce di conto in bilancio!

Probabilmente in regione Lazio queste domande non se le è mai poste nessuno. E pensare che il File R, ovvero quello relativo ai dati di spesa dei farmaci ospedalieri, fu proprio predisposto dalla Regione per creare i Costi Standard! In pratica si sarebbe potuto conoscere, se qualcuno in regione avesse provveduto ad analizzare e incrociare i dati, la diretta correlazione tra il consumo dei farmaci e i dati di produzione. Si sarebbe potuto creare una relazione diretta tra DRG per singola disciplina e relativo consumo dei farmaci. Questo sarebbe stato di fatto possibile. In realtà i dati del File R, esistente già da almeno 3 anni, non vengono monitorati e controllati da nessuno a livello regionale malgrado contengano elementi che consentirebbero un bencharking tra aziende. Sarebbe stato infatti possibile incrociare i dati del File R con i flussi del SIO in quanto in entrambi i flussi sono evidenziati i codici della disciplina, del presidio, del reparto. Il tutto sarebbe stato possibile senza dovere necessariamente ricorrere alla contabilità analitica. Si sarebbero potuti creare degli standard di spesa per DRG e disciplina e dei criteri di monitoraggio sicuramente più accurati e meno approssimativi del taglio Lineare indistinto.

Perché questa operazione non è stata fatta? A che serve a questo punto il file R? E la Regione? Non è forse opportuno dire che l'applicazione del taglio lineare rappresenta la disfatta categorica per una regione incapace di controllare la spesa per indolenza o incompetenza, malgrado avesse tutti i mezzi per esercitare dei tagli opportunamente mirati? Il problema è quindi anche a monte, a livello di governance.

TABELLA 21. SPESA DEI FARMACI (ESCLUSI DISPOSITIVI E FILE F) 2012 -2013 PER SINGOLO DEGENTE PER AZIENDA (IN MIGLIAIA DI EURO)

consumo farmaci al netto del File F

	consumo farmaci totale		consumo farmaci escluso file F			Degenze			spesa farmaci (escluso file F) per singola degenza		
	2.012	2.013	2.012	2.013	var%	2.012	2.013	var%			var%
ASL RMA	209.297	219.089	194.277	202.155	4,1%	8.039	7.312	-9,0%	24.167	27.647	14,4%
Policlinico Umberto 1	97.943	104.213	30.467	28.615	-6,1%	63.023	64.323	2,1%	483	445	-8,0%
Policlico Tor Vergata	42.010	49.267	14.768	18.408	24,6%	24.671	24.455	-0,9%	599	753	25,7%
ASL LATINA	42.522	45.432	19.564	17.575	-10,2%	44.768	44.445	-0,7%	437	395	-9,5%
Spallanzani	43.019	44.486	2.186	2.073	-5,2%	3.991	3.482	-12,8%	548	595	8,7%
San Camillo	34.708	39.726	19.312	20.987	8,7%	47.441	46.780	-1,4%	407	449	10,2%
ASL RMC	32.978	37.740	13.777	11.820	-14,2%	23.982	23.982	0,0%	574	493	-14,2%
IFO	29.678	36.052	7.647	9.966	30,3%	11.016	10.629	-3,5%	694	938	35,1%
ASL FROSINONE	27.261	33.578	11.791	13.294	12,7%	46.258	43.961	-5,0%	255	302	18,6%
Sant Andrea	29.645	32.651	9.672	11.341	17,3%	22.141	22.034	-0,5%	437	515	17,8%
ASL VITERBO	26.034	29.917	10.450	29.917	186,3%	27.822	29.347	5,5%	376	1.019	171,4%
ASL RMB	25.231	24.988	9.379	5.425	-42,2%	37.183	36.665	-1,4%	252	148	-41,3%
ASL RMH	19.872	23.567	8.374	7.643	-8,7%	32.457	30.251	-6,8%	258	253	-2,1%
ASL RMG	18.188	20.367	7.986	6.162	-22,8%	28.896	26.885	-7,0%	276	229	-17,1%
ASL RME	18.078	19.723	5.049	6.083	20,5%	14.636	14.213	-2,9%	345	428	24,1%
San Giovanni	19.377	19.460	7.769	7.465	-3,9%	29.938	28.674	-4,2%	259	260	0,3%
ASL RMD	17.029	18.374	9.216	6.717	-27,1%	17.535	17.554	0,1%	526	383	-27,2%
ASL RIETI	13.174	13.547	3.581	4.541	26,8%	18.608	17.986	-3,3%	192	252	31,2%
ASL RMF	10.558	12.249	2.842	2.527	-11,1%	10.242	9.704	-5,3%	277	260	-6,2%
San Filippo	10.816	10.745	5.218	4.648	-10,9%	22.822	21.149	-7,3%	229	220	-3,9%
INRCA	397										
Totale complessivo	**767.815**	**835.171**	**393.323**	**417.360**	**6,1%**	**535.469**	**523.831**	**-2,2%**	**735**	**797**	**8,5%**
tot esc rmA			**199.047**	**215.205**	**8,1%**	**527.430**	**516.519**	**-2,1%**	**377**	**417**	**10,4%**

Per perfezionare l'analisi sarà comunque opportuno acquisire puntualmente dalla regione sia i file R e sia i file F malgrado sia già evidente che il consumo farmaceutico di tipo ospedaliero è cresciuto comunque malgrado il calo delle degenze.

TABELLA 22. ANDAMENTO COSTI BENI E PRODOTTI SANITARI PER SINGOLA AZIENDA

Prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici
Presidi, protesi, dispositivi e materiali sanitari

DESCRIZIONE AZ	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs 2006	differenza 2013 vs 2010	inc% vs tot 2013	inc% vs tot costi produzione 2013
ASL RMA	24.265	77.731	96.627	136.332	158.274	207.803	216.243	225.822	831%	43%	16%	4,1%
Policlinico Umberto 1	108.244	106.372	117.332	133.801	141.375	143.511	163.557	164.831	52%	17%	12%	3,0%
Policlico Tor Vergata	45.928	54.459	55.187	63.809	73.952	71.606	76.554	99.677	117%	35%	7%	1,8%
ASL LATINA	41.243	46.955	54.314	61.495	69.428	73.735	78.037	90.985	121%	31%	7%	1,7%
San Camillo	62.407	65.334	68.454	71.064	78.437	75.728	80.054	84.334	35%	8%	6%	1,5%
ASL RMC	48.465	53.186	52.947	50.816	55.975	51.014	55.648	67.468	39%	21%	5%	1,2%
ASL FROSINONE	38.098	45.537	44.834	46.640	46.974	45.310	44.291	59.781	57%	27%	4%	1,1%
Sant Andrea	38.838	43.197	45.286	45.029	48.945	47.413	54.892	57.232	47%	17%	4%	1,0%
IFO	29.292	32.999	34.772	40.066	43.950	43.282	45.353	54.916	87%	25%	4%	1,0%
ASL VITERBO	36.122	38.338	41.990	40.930	46.627	47.127	43.801	54.449	51%	17%	4%	1,0%
ASL RMH	35.108	36.119	35.568	35.722	40.788	36.476	37.594	51.731	47%	27%	4%	0,9%
Spallanzani	30.903	30.701	35.887	38.747	42.065	43.163	48.683	49.932	62%	19%	4%	0,9%
ASL RMB	38.995	42.485	37.019	31.597	36.586	35.310	38.325	49.471	27%	35%	4%	0,9%
San Filippo	38.563	38.867	41.046	43.887	45.510	49.349	49.913	48.293	25%	6%	3%	0,9%
ASL RMG	30.295	34.509	35.195	33.727	38.677	36.506	37.193	44.562	47%	15%	3%	0,8%
San Giovanni	33.013	31.123	33.099	35.506	38.310	38.280	39.212	39.199	19%	2%	3%	0,7%
ASL RME	14.309	23.178	26.528	27.578	28.215	25.088	26.937	31.474	120%	12%	2%	0,6%
ASL RMD	18.695	20.653	19.496	19.761	21.569	20.985	25.638	29.437	57%	36%	2%	0,5%
ASL RIETI	17.268	19.816	21.077	20.419	21.651	22.160	24.564	26.902	56%	24%	2%	0,5%
ASL RMF	12.197	14.741	14.823	15.121	14.979	16.003	13.402	20.328	67%	36%	1%	0,4%
INRCA	912	844	815	796	533	589	631		-100%	-100%	0%	0,0%
Totale complessivo	743.160	857.144	912.296	992.843	1.092.820	1.130.438	1.200.522	1.350.824	82%	24%	97%	24,5%

BENI NON SANITARI

Una contrazione dei costi invece si è avuta in riferimento all'acquisto e consumo di beni non sanitari, ma considerato il basso livello di incidenza complessiva del costo rispetto a quelli totali di produzione, possiamo evitare di procedere in ulteriori scomposizioni analitiche. Nonostante la concessione degli sconti previsti dalla normativa sui prezzi ed i quantitativi delle commesse, il totale di tali costi rappresentano infatti appena lo 0,4% del totale dei costi di produzione, quindi la criticità non deriva certamente da questi e la contrazione della spesa non risulta certo risolutiva ai fini delle logiche di Spending Review.

TABELLA 23. ANDAMENTO COSTI BENI NON SANITARI

BENI NON SANITARI descrizione costo	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs 2006	differenza 2013 vs 2010	inc% vs tot 2013	inc% vs tot costi produzione 2013
Supporti informatici e cancelleria	10.245	11.295	10.745	10.936	11.391	10.744	9.733	8.709	-15%	-24%	38%	0,2%
Altri beni non sanitari	2.580	1.544	2.032	2.120	3.034	3.651	3.630	4.116	60%	36%	18%	0,1%
Combustibili, carburanti e lubrificanti	7.484	4.457	3.142	2.547	2.274	3.227	3.618	3.595	-52%	58%	16%	0,1%
Prodotti alimentari	6.371	6.317	5.999	3.760	3.761	3.760	3.474	3.120	-51%	-17%	14%	0,1%
Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	3.517	3.259	2.701	3.267	3.221	3.342	3.409	2.946	-16%	-9%	13%	0,1%
Materiale per la manutenzione	3.570	2.755	1.865	1.853	1.281	1.407	1.042	616	-83%	-52%	3%	0,0%
Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione			-	68	-	-	-	-	#DIV/0!	#DIV/0!	0%	0,0%
	33.767	29.627	26.484	24.551	24.962	26.131	24.906	23.102	-32%	-7%	100%	0,4%

PERSONALE

Il costo del personale è quello che rappresenta l'incidenza maggiore dei costi di produzione raggiungendo quasi il 50% del totale. In particolare il personale del ruolo sanitario da solo rappresenta il 41% della spesa.

Quest' ultimo è diminuito rispetto al 2006 di appena il 4%, ha raggiungo un picco negli anni 2010 e 2011 per una spesa pari a 2,5 miliardi, e poi si è nuovamente assestato ai valori del 2006 per una cifra pari a 2,3 miliardi. Molte aziende lamentano però la mancanza di personale medico e sanitario, ovvero il mancato turn over delle risorse. Sussiste forse un problema organizzativo per cui a fronte di una chiusura di reparto non è stata fatta corrispondere la relativa riallocazione del personale o a fronte di un pensionamento o trasferimento di risorse (soprattutto se questo avviene in aziende extra capitoline) non è stato effettuato un rimpiazzo malgrado possa sussistere una ridondanza presso altre aziende? **Il vero taglio dei costi di produzione in pratica si è concentrato nella mancata sostituzione del personale amministrativo e tecnico professionale che si è contratto del 19% rispetto al 2006.** Tale contrazione comunque non ha comportato una proporzionale diminuzione della spesa a fronte della forte contrazione dell'offerta del servizio sanitario.

TABELLA 24. ANDAMENTO DEL COSTO DEL PERSONALE

PERSONALE descrizione costo	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs 2006	differenza 2013 vs 2010	inc% vs tot 2013	inc% vs tot costi produzione 2013
Personale del ruolo sanitario	2.396.554	2.395.396	2.431.769	2.469.332	2.500.163	2.438.302	2.357.103	2.301.601	-4%	-8%	84%	41,8%
Personale del ruolo tecnico	287.898	278.127	273.887	264.794	256.874	245.413	230.866	220.778	-23%	-14%	8%	4,0%
Personale del ruolo amministrativo	240.560	234.869	241.501	249.661	248.041	236.589	218.224	210.403	-13%	-15%	8%	3,8%
Personale del ruolo professionale	15.437	10.605	11.232	11.785	11.228	10.296	9.527	9.475	-39%	-16%	0%	0,2%
	2.940.449	2.918.997	2.958.389	2.995.572	3.016.306	2.930.600	2.815.720	2.742.257	-7%	-9%	100%	49,8%

Si evince dalla tabella che la spesa del personale sanitario non ha subito sostanziali riduzioni rispetto al 2006. Soltanto a partire dal 2010 inizia a decrescere fino al raggiungere un decremento dell'8% del 2013 rispetto al 2010. Se a tale voce però aggiungiamo la spesa sostenuta per il personale medico

specialistico ambulatoriale che si è incrementata di alcune decine di milioni e ammonta a circa 120 milioni l'anno, si può considerare sostanzialmente stabile la voce di spesa riferita al complesso del personale sanitario rispetto agli anni precedenti. Escludendo per ora il costo esorbitante delle consulenze sanitarie.

Ci si potrà chiedere però, guardando la tabella sottostante, se la spesa del personale sanitario sia effettivamente congrua se questo viene relazionato con il servizio erogato in termini di prestazioni ambulatoriali, servizi e prestazioni ospedaliere. Inaspettatamente il San Camillo compare come l'azienda con la voce di spesa più rilevante in termini di costo del personale sanitario (da solo rappresenta il **4%** dei costi di produzione della regione Lazio). Possiamo ritenere giustificato il costo del personale delle ASL di Frosinone e Latina che sono quelle che poi hanno una spesa tra le più rilevanti della regione? E perché tali aziende lamentano la carenza di organico e l'impossibilità a procedere nell'erogazione del servizio proprio per mancanza di turn over?

Ed ancora è stupefacente che, per quanto in ritardo, tra il 2013 ed il 2014 la Regione Lazio si accorge che sulla sanità territoriale non sono stati fatti investimenti; saltano fuori le Case della Salute, si prendono a braccetto gli MMG(i pediatri vengono lasciati ancora in disparte tanto i bambini cronici, o con disabilità non si lamentano), **però le deroghe per acquisire personale puntano sempre in ambito ospedaliero e per gestire le Case della salute**. Ma se il personale medico ambulatoriale è cresciuto possibile che nessuno si chieda come far fronte ai LEA sulla Riabilitazione territoriale, sulla disabilità adulta, sul materno-infantile? Ambiti in cui le liste di attesa non si riescono a fronteggiare e con bacini di utenza da stimare in ragione dell'assoluta mancanza di presa in carico.

TABELLA 25. ANDAMENTO COSTO DEL PERSONALE SANITARIO RIPARTITO PER SINGOLA AZIENDA

PERSONALE SANITARIO

Somma di Totale Ce	ANNO											
DESCRIZIONE AZ	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs 2006	differenza 2013 vs 2010	inc% vs tot 2013	inc% vs tot costi produzione 2013
San Camillo	216.681	214.704	218.872	222.311	224.371	219.957	214.067	207.855	-4%	-7%	9%	3,8%
ASL FROSINONE	187.313	183.953	195.445	194.250	195.741	192.480	184.702	182.176	-3%	-7%	8%	3,3%
ASL LATINA	160.695	161.540	170.306	174.738	180.520	176.113	170.654	167.920	4%	-7%	7%	3,1%
ASL RMH	171.130	170.961	179.143	183.229	183.322	178.754	170.548	166.921	-2%	-9%	7%	3,0%
ASL RMC	167.506	164.571	173.634	176.512	175.540	171.041	166.815	160.894	-4%	-8%	7%	2,9%
ASL RMG	137.199	137.563	142.754	147.448	151.126	145.991	144.398	141.764	3%	-6%	6%	2,6%
ASL RMB	135.388	134.507	137.867	140.081	142.318	138.853	136.304	134.499	-1%	-5%	6%	2,4%
ASL VITERBO	125.823	128.290	135.472	138.149	137.470	137.657	132.484	129.395	3%	-6%	6%	2,4%
ASL RME	123.041	121.847	123.218	127.570	127.808	124.725	118.432	114.286	-7%	-11%	5%	2,1%
San Giovanni	120.277	120.538	122.020	126.623	127.407	121.542	117.431	114.280	-5%	-10%	5%	2,1%
ASL RMD	97.559	98.261	101.995	105.305	108.075	106.479	104.788	104.211	7%	-4%	5%	1,9%
Policlinico Umberto 1	159.000	160.831	115.931	120.724	119.489	116.354	97.954	98.571	-38%	-18%	4%	1,8%
San Filippo	94.014	90.770	93.963	99.806	101.305	100.245	99.384	97.336	4%	-4%	4%	1,8%
ASL RMA	124.497	118.674	121.459	101.443	98.632	93.327	89.428	87.246	-30%	-12%	4%	1,6%
Sant Andrea	70.149	75.492	72.930	73.987	79.275	77.177	77.540	76.428	9%	-4%	3%	1,4%
ASL RIETI	76.248	77.079	80.021	81.615	81.673	79.351	78.803	73.528	-4%	-10%	3%	1,3%
ASL RMF	66.259	68.625	73.111	77.074	76.710	73.367	71.281	69.420	5%	-10%	3%	1,3%
IFO	51.025	50.374	50.865	50.577	52.413	51.263	51.849	50.575	-1%	-4%	2%	0,9%
Policlico Tor Vergata	33.453	35.458	36.983	39.830	46.569	45.594	44.131	44.219	32%	-5%	2%	0,8%
Spallanzani	21.768	23.005	26.277	27.492	28.336	27.254	25.713	24.991	15%	-12%	1%	0,5%
INRCA	6.499	6.226	6.346	6.328	6.424	5.981	5.326		-100%	-100%	0%	0,0%
Totale complessivo	2.345.524	2.343.269	2.378.612	2.415.092	2.444.524	2.383.505	2.302.032	2.246.515	-4%	-8%	100%	40,8%

Se si effettua una comparazione tra il costo del personale e il servizio ospedaliero offerto in termini di numero di degenze (inclusive, oltre a quelle ordinarie, del DH, Ds e AD) si può avere un'idea, anche se ancora non consente di trarre conclusioni in merito ad indicatori di produttività, di come procedere ulteriormente in apposite valutazioni atte a definire la produttività delle risorse umane impiegate. E' chiaro che il personale sanitario è anche impiegato per l'erogazione di prestazioni specialistiche distrettuali e di molteplici altri servizi, ma risulta sempre utile partire da un macro indicatore per procedere in un secondo tempo in approfondimenti successivi. Pertanto la valutazione che segue è rappresentativa soltanto di una metodologia il cui approfondimento definitivo potrà essere effettuato

esclusivamente quando sopraggiungeranno presso il gruppo consiliare del Movimento 5 Stelle del Lazio i dati riferiti alla contabilità analitica e ai flussi sanitari ripartiti per centro di costo.

TABELLA 26. ANDAMENTO DEGENZE PER SINGOLA AZIENDA

ANDAMENTO STORICO DEGENZE ORDINARIE, DH, DS E AD												
	Cod.az	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	differenza 2013 vs 2006	differenza 2013 vs 2010	inc% vs tot 2013
Policlinico Umberto 1	906	71.212	63.233	63.728	64.950	65.302	65.129	63.023	64.323	-10%	-1%	12%
San Camillo	901	60.050	58.075	56.378	50.003	48.543	47.856	47.441	46.780	-22%	-4%	9%
ASL LATINA	111	56.278	50.772	50.700	47.968	48.387	44.055	44.768	44.445	-21%	-8%	8%
ASL FROSINONE	112	62.314	57.523	56.425	54.384	51.324	42.824	46.258	43.961	-29%	-14%	8%
ASL RMB	102	42.926	38.502	37.079	37.223	37.408	33.812	37.183	36.665	-15%	-2%	7%
ASL RMH	108	48.988	44.584	42.974	40.922	37.493	32.791	32.457	30.251	-38%	-19%	6%
ASL VITERBO	109	39.244	34.893	35.239	35.078	34.070	28.868	27.822	29.347	-25%	-14%	6%
San Giovanni	902	40.028	34.227	33.737	34.371	33.301	30.602	29.938	28.674	-28%	-14%	5%
ASL RMG	107	33.992	32.886	33.883	31.298	32.586	30.083	28.896	26.885	-21%	-17%	5%
Policlico Tor Vergata	920	21.004	26.190	25.889	24.383	28.766	26.838	24.671	24.455	16%	-15%	5%
ASL RMC	103	33.972	29.556	28.089	27.536	25.937	24.447	23.982	23.982	-29%	-8%	5%
Sant Andrea	919	25.452	24.001	24.086	23.381	23.240	22.737	22.141	22.034	-13%	-5%	4%
San Filippo	903	32.184	28.800	27.470	27.709	26.543	25.101	22.822	21.149	-34%	-20%	4%
ASL RIETI	110	19.727	18.211	17.473	20.514	20.789	19.458	18.608	17.986	-9%	-13%	3%
ASL RMD	104	18.002	17.952	18.020	18.733	18.159	17.327	17.535	17.554	-2%	-3%	3%
ASL RME	105	18.699	16.850	15.936	15.910	15.611	14.024	14.636	14.213	-24%	-9%	3%
IFO	908	17.522	15.939	14.856	14.917	14.310	12.874	11.016	10.629	-39%	-26%	2%
ASL RMF	106	13.210	13.946	14.163	13.243	13.006	11.573	10.242	9.704	-27%	-25%	2%
ASL RMA	101	18.033	14.863	11.701	8.321	6.910	7.470	8.039	7.312	-59%	6%	1%
Spallanzani	918	9.081	9.481	9.569	6.363	5.244	4.486	3.991	3.482	-62%	-34%	1%
INRCA	912	4.392	3.699	2.824	2.731	2.291	2.620	1.729		-100%	-100%	0%
	Totale	**686.310**	**634.183**	**620.219**	**599.938**	**589.220**	**544.975**	**537.198**	**523.831**	-24%	-11%	**100%**

Ponendosi nell'ottica di costruire un'ipotetica indicizzazione del rapporto tra costo del personale sanitario e degenza, si può osservare come dal 2006 il costo per singola degenza sia continuato ad incrementarsi progressivamente. In pratica **al calo delle degenze è seguita una sproporzione del costo del personale per singola degenza.**

Ci piacerebbe immaginare che l'incidenza crescente sia stata ripartita sull'assistenza territoriale, che quindi la Roma A, con una sproporzione più marcata in quanto il singolo degente viene a costare quasi 12 mila euro, costo quasi raddoppiato rispetto al 2006, abbia fatto fronte in maniera più efficace alla domanda sanitaria dei propri distretti; su tal questione giova ricordare che tutta la riabilitazione ex art 26 è affidata agli accreditati proprio per mancanza di risorse.

A meno che la Roma A e la Roma E non svolgano con il personale attività estremamente orientate all'erogazione delle attività distrettuali, **non è facilmente intuibile il motivo per cui il rapporto personale/ degenza sia superiore di quasi 3 volte a quello delle aziende più virtuose.** Anche in questo caso sarebbe opportuno procedere con azioni di valutazione e di benchmarking più mirate e approfondite atte ad accertare l'organizzazione interna delle strutture che mostrano valori tanto divergenti al fine di individuare sia le criticità e sia gli standard esportabili in senso migliorativo. Tra le Aziende Ospedaliere sono proprio il Policlinico Umberto I e Tor Vergata che hanno il miglior rapporto tra personale sanitario impiegato in rapporto al numero di degenze. Eppure ci sovviene che poco sopra proprio **il Policlinico Umberto I ha aumentato dal 2006 al 2013 del 924% i costi per collaborazioni e consulenze sanitarie, un modo come un altro per aggirare il blocco del Turn-over**. Non di meno in questa élite degenere si piazza lo Spallanzani, dove il rapporto del costo del personale rispetto alle degenze aumenta del **199%** e le consulenze aumentano del **1108%!**

TABELLA 27. ANDAMENTO COSTO DEL PERSONALE SANITARIO SUL NUMERO DELLE DEGENZE

DESCRIZIONE AZ	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs 2006	differenza 2013 vs 2010
ASL RMA	6,90	7,98	10,38	12,19	14,27	12,49	11,12	11,93	73%	-16%
ASL RME	6,58	7,23	7,73	8,02	8,19	8,89	8,09	8,04	22%	-2%
ASL RMF	5,02	4,92	5,16	5,82	5,90	6,34	6,96	7,15	43%	21%
ASL RMC	4,93	5,57	6,18	6,41	6,77	7,00	6,96	6,71	36%	-1%
ASL RMD	5,42	5,47	5,66	5,62	5,95	6,15	5,98	5,94	10%	0%
ASL RMH	3,49	3,83	4,17	4,48	4,89	5,45	5,25	5,52	58%	13%
ASL RMG	4,04	4,18	4,21	4,71	4,64	4,85	5,00	5,27	31%	14%
ASL VITERBO	3,21	3,68	3,84	3,94	4,03	4,77	4,76	4,41	38%	9%
ASL FROSINONE	3,01	3,20	3,46	3,57	3,81	4,49	3,99	4,14	38%	9%
ASL RIETI	3,87	4,23	4,58	3,98	3,93	4,08	4,23	4,09	6%	4%
ASL LATINA	2,86	3,18	3,36	3,64	3,73	4,00	3,81	3,78	32%	1%
ASL RMB	3,15	3,49	3,72	3,76	3,80	4,11	3,67	3,67	16%	-4%
Spallanzani	2,40	2,43	2,75	4,32	5,40	6,08	6,44	7,18	199%	33%
IFO	2,91	3,16	3,42	3,39	3,66	3,98	4,71	4,76	63%	30%
San Filippo	2,92	3,15	3,42	3,60	3,82	3,99	4,35	4,60	58%	21%
San Camillo	3,61	3,70	3,88	4,45	4,62	4,60	4,51	4,44	23%	-4%
San Giovanni	3,00	3,52	3,62	3,68	3,83	3,97	3,92	3,99	33%	4%
Sant Andrea	2,76	3,15	3,03	3,16	3,41	3,39	3,50	3,47	26%	2%
Policlico Tor Vergata	1,59	1,35	1,43	1,63	1,62	1,70	1,79	1,81	14%	12%
Policlinico Umberto 1	2,23	2,54	1,82	1,86	1,83	1,79	1,55	1,53	-31%	-16%
INRCA	1,48	1,68	2,25	2,32	2,80	2,28	3,08		-100%	-100%
Totale complessivo	**3,42**	**3,69**	**3,84**	**4,03**	**4,15**	**4,37**	**4,29**	**4,29**	**25%**	**3%**

TABELLA 28. ANDAMENTO DEL RAPPORTO CONSULENZE SANITARIE SULLE DEGENZE

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	differenza 2013 vs 2006	differenza 2013 vs 2010
ASL RMA	0,09	0,11	0,28	0,47	0,61	0,70	0,54	0,67	669%	9%
ASL RIETI	0,06	0,05	0,26	0,36	0,63	0,52	0,53	0,58	957%	-7%
ASL RMG	0,20	0,37	0,28	0,26	0,27	0,30	0,29	0,32	59%	18%
ASL RME	0,03	0,05	0,12	0,16	0,26	0,32	0,25	0,30	874%	13%
ASL VITERBO	0,18	0,24	0,24	0,23	0,20	0,28	0,23	0,23	26%	13%
ASL FROSINONE	0,16	0,17	0,17	0,23	0,21	0,21	0,22	0,22	35%	4%
ASL RMB	0,05	0,05	0,04	0,13	0,13	0,18	0,17	0,17	211%	36%
ASL LATINA	0,12	0,13	0,17	0,14	0,13	0,13	0,13	0,13	14%	3%
ASL RMC	0,09	0,10	0,16	0,22	0,14	0,14	0,13	0,13	38%	-9%
ASL RMF	0,13	0,08	0,08	0,10	0,10	0,19	0,17	0,13	4%	38%
ASL RMD	0,34	0,19	0,13	0,08	0,09	0,09	0,10	0,07	-78%	-21%
ASL RMH	0,07	0,09	0,09	0,07	0,05	0,04	0,04	0,04	-50%	-31%
Spallanzani	0,07	0,08	0,44	0,58	0,50	0,50	0,68	0,85	1108%	72%
Policlinico Umberto 1	0,07	0,08	0,83	0,79	0,77	0,72	0,94	0,84	1034%	9%
Policlico Tor Vergata	0,91	1,38	1,01	0,85	0,68	0,68	0,70	0,68	-25%	-1%
IFO	0,17	0,06	0,10	0,09	0,24	0,43	0,51	0,53	217%	125%
Sant Andrea	0,08	0,07	0,58	0,52	0,28	0,27	0,27	0,30	260%	6%
San Filippo	0,06	0,10	0,08	0,05	0,02	0,03	0,14	0,12	102%	587%
San Camillo	0,08	0,12	0,10	0,17	0,16	0,10	0,07	0,09	19%	-40%
San Giovanni	0,17	0,20	0,04	0,08	0,09	0,06	0,13	0,05	-72%	-50%
INRCA	0,01	0,01	0,01	0,00	0,02	0,03	0,01			
	0,14	**0,18**	**0,27**	**0,28**	**0,27**	**0,28**	**0,30**	**0,30**	120%	10%

ANDAMENTO DELLE DEGENZE: L'ESODO DI MASSA DALLE PROVINCE EXTRA CAPITOLINE

Se si passa all'analisi di quelle che sono state le conseguenze della massiccia riduzione dei posti letto, non si può prescindere da quello che ha comportato nella regione in termini di **mobilità passiva**.

Dalla prima visione dei dati (tabella sottostante) si evince una contrazione generale dei ricoveri (sia DH e sia ordinari per acuti) che si attesta a valori pari al -22% per gli ordinari e -28% per il DH. Questo dimostra che l'assistenza in regime DH non ha affatto sostituito quella in regime ordinario. Anche perché la soppressione dei posti letto ha riguardato anche tale regime. Dal 2006 si sono perse quasi 200 mila degenze (private e pubbliche) in regime ordinario e 115 mila in regime DH.

TABELLA 29. ANDAMENTO DELLE DEGENZE

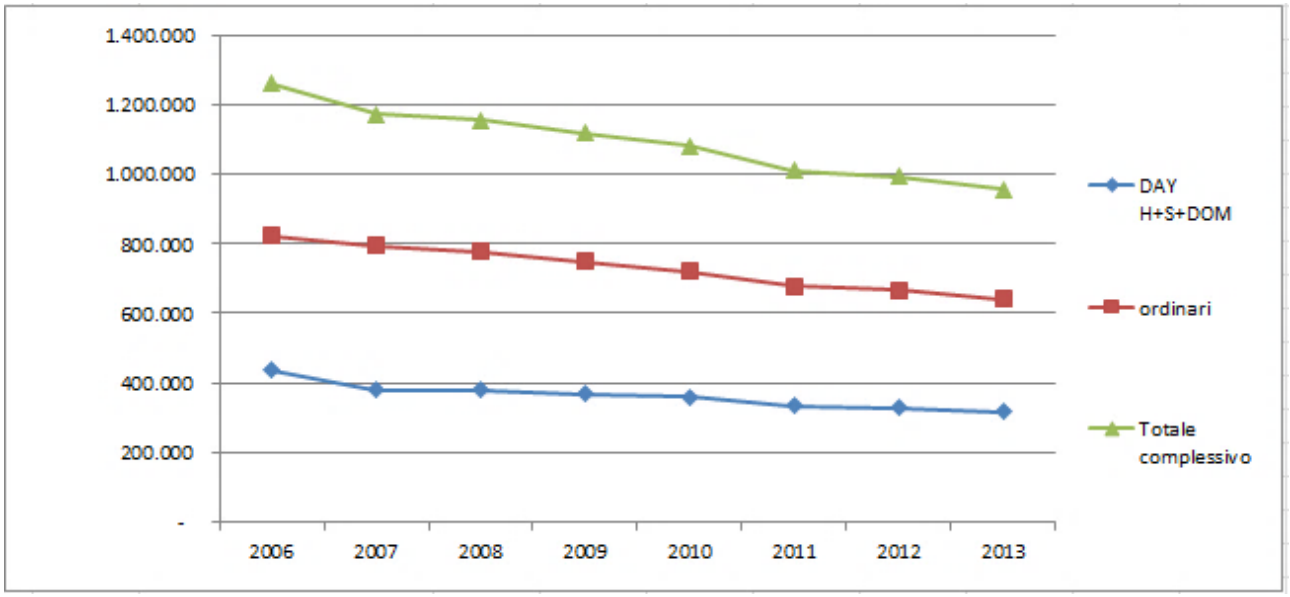
REGIONE LAZIO										
DEGENZE										
	2006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	differenza 2013 vs 2006	differenza 2013 vs 2010
ass dom	273	297	275	357	338	472	357	360	**32%**	**7%**
day hospital	435.999	377.249	377.232	367.527	357.146	331.736	325.304	314.797	**-28%**	**-12%**
day surgery	361	901	1.158	1.109	1.392	1.621	1.814	2.105	**483%**	**51%**
ordinari	823.057	794.918	777.078	748.855	721.763	676.604	666.741	639.703	**-22%**	**-11%**
Totale complessivo	1.259.690	1.173.365	1.155.743	1.117.848	1.080.639	1.010.433	994.216	956.965	**-24%**	**-11%**
RAPPORTO FABB SAN/ABI	22%	21%	21%	20%	19%	18%	18%	17%		

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
DAY H+S+DOM	436.633	378.447	378.665	368.993	358.876	333.829	327.475	317.262
ordinari	823.057	794.918	777.078	748.855	721.763	676.604	666.741	639.703
Totale complessivo	1.259.690	1.173.365	1.155.743	1.117.848	1.080.639	1.010.433	994.216	956.965

	2006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	**2013 VS 2006**
DAY H+S+DOM		-13,3%	0,1%	-2,6%	-2,7%	-7,0%	-1,9%	-3,1%	**-27%**
ordinari		-3,4%	-2,2%	-3,6%	-3,6%	-6,3%	-1,5%	-4,1%	**-22%**
Totale complessivo		-6,9%	-1,5%	-3,3%	-3,3%	-6,5%	-1,6%	-3,7%	**-24%**

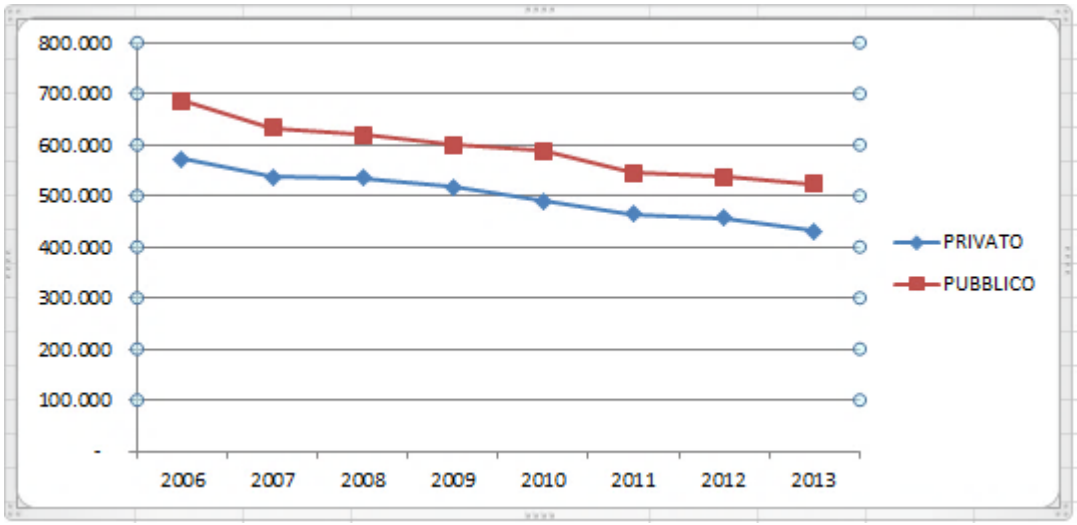
	2006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	**2013 VS 2006**
DAY H+S+DOM		- 58.186	218	- 9.672	- 10.117	- 25.047	- 6.354	- 10.213	- 119.371
ordinari		- 28.139	- 17.840	- 28.223	- 27.092	- 45.159	- 9.863	- 27.038	- 183.354
Totale complessivo		- 86.325	- 17.622	- 37.895	- 37.209	- 70.206	- 16.217	- 37.251	- 302.725

	2006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	Totale complessivo
DAY H+S+DOM	35%	32%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	-2027%
ordinari	65%	68%	67%	67%	67%	67%	67%	67%	93%
Totale complessivo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	-1935%



Anche il settore privato ha vissuta tale contrazione, dal 2006 si sono ridotte di 140 mila, ma territorialmente non in maniera omogenea. **Si è assistito in questi anni a una progressiva contrazione dei posti letto che ha riguardato essenzialmente le provincie di Rieti, Frosinone, Latina e Viterbo.** Roma ha di fatto mantenuto livelli di assistenza piuttosto elevati, con relativo parametro di PL per mille abitanti pari a 3 (solo ordinari per acuti), ma di fatto ha raccolto la mobilità passiva degli assistiti delle altre province laziali che ha raggiunto livelli prossimi al 50%! Quindi anche il parametro della provincia di Roma pari a 3 posti letto per mille abitanti viene a decadere se si considera l'afflusso extra provinciale e extraregionale.

Etichette di riga									
PRIVATO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013 VS 2006
day h+s+dom		- 25.259	2.621	- 505	- 6.516	- 10.883	- 4.881	- 7.462	- 52.885
ordinari		- 8.939	- 6.279	- 17.109	- 19.975	- 15.078	- 3.559	- 16.422	- 87.361
		- 34.198	- 3.658	- 17.614	- 26.491	- 25.961	- 8.440	- 23.884	- 140.246
PUBBLICO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013 VS 2006
day h+s+dom		- 32.927	- 2.403	- 9.167	- 3.601	- 14.164	- 1.473	- 2.751	- 66.486
ordinari		- 19.200	- 11.561	- 11.114	- 7.117	- 30.081	- 6.304	- 10.616	- 95.993
		- 52.127	- 13.964	- 20.281	- 10.718	- 44.245	- 7.777	- 13.367	- 162.479
Totale complessivo		**- 86.325**	**- 17.622**	**- 37.895**	**- 37.209**	**- 70.206**	**- 16.217**	**- 37.251**	- 302.725



Il depauperamento delle province esterne a Roma si evince dal livello di assistenza che si fonda su un rapporto tra posti letto per mille abitanti inferiore a 2 o poco superiore a questo livello! **I casi di Frosinone e Viterbo risultano più gravi.**

Tale contrazione ha comportato una mobilità passiva preoccupante per gli abitanti della Regione.

E' utile un quadro che illustri, in termini più generali, cosa sta di fatto accadendo a livello regionale a seguito dei vari decreti emessi nel corso degli ultimi anni dai vari Commissari ad acta, incluso Zingaretti.

Senza andare troppo indietro nel tempo e partendo dal famigerato decreto 80 del 2010 emesso dalla Polverini, in cui la Regione veniva ripartita in 4 Macro aree che sarebbero dovute diventare autonome in termini di soddisfacimento del fabbisogno sanitario locale (concetto assolutamente approvabile), di fatto si è concretizzata la seguente situazione: dei circa 250 mila pazienti o degenti ordinari che rappresentano il fabbisogno sanitario annuale di posti letto delle Province di Rieti, Viterbo, Latina e Frosinone, quasi il **50%** è costretto a rivolgersi presso aziende ospedaliere ubicate fuori dalla ASL di riferimento. In pratica **l'indicatore della mobilità passiva** verso altre ASL e verso altre Regioni (ad esclusione di Roma che rimane il fulcro sanitario attrattivo regionale) **ha raggiunto livelli tali da mettere in dubbio il concetto stesso di Livello Essenziale di Assistenza**. Il flusso migratorio dei cittadini bisognosi di cure verso i Policlinici specialistici della Capitale e verso il Gemelli, o verso altre regioni, rappresentano il fallimento dell'idea di autonomia sanitaria delle province. Proprio la creazione delle Macro aree portando un pezzetto di Roma dentro le province ha aperto una via di uscita per il personale sanitario che ha reputato più accattivanti i Presidi romani, trascinandosi dietro l'ulteriore fuga degli utenti, che non riscontrano più qualitativamente o proprio fisicamente un'offerta sanitaria soddisfacente. **Di fatto ne hanno tratto vantaggio strutture accreditate e policlinici specialistici "vaticanensi" a discapito di tutte le strutture pubbliche, soprattutto quelle extra capitoline, e della cittadinanza ad essi afferente**. **Senza che alla riduzione di oltre il 25% delle degenze in poco più di un quinquennio sia corrisposto minimamente un decremento proporzionale dei costi.** Anzi. Sarebbe questa la Spending Review?

TABELLA 30. ANDAMENTO DELLE DEGENZE PER PROVINCIA

prov	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	PL ordinari	abitanti	pl per 1000 abitanti
FR	73.352	67.087	65.481	61.537	58.020	49.233	52.565	50.131	927	497.678	1,86
LT	83.853	74.635	72.107	66.382	64.804	60.843	61.772	60.591	1.287	569.664	2,26
RI	23.266	20.943	20.281	20.514	20.789	19.458	18.608	17.986	348	159.670	2,18
RM	1.038.483	974.448	960.660	933.398	902.078	850.620	831.958	797.450	12.971	4.321.244	3,00
VT	40.736	36.252	37.214	36.017	34.948	30.279	29.313	30.807	609	322.195	1,89
Totale complessivo	1.259.690	1.173.365	1.155.743	1.117.848	1.080.639	1.010.433	994.216	956.965	16.142		

prov	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013 vs 2006
FR		- 6.265	- 1.606	- 3.944	- 3.517	- 8.787	3.332	- 2.434	- 23.221
LT		- 9.218	- 2.528	- 5.725	- 1.578	- 3.961	929	- 1.181	- 23.262
RI		- 2.323	- 662	233	275	- 1.331	- 850	- 622	- 5.280
RM		- 64.035	- 13.788	- 27.262	- 31.320	- 51.458	- 18.662	- 34.508	- 241.033
VT		- 4.484	962	- 1.197	- 1.069	- 4.669	- 966	1.494	- 9.929
Totale complessivo		- 86.325	- 17.622	- 37.895	- 37.209	- 70.206	- 16.217	- 37.251	- 302.725

prov	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
FR		-8,5%	-2,4%	-6,0%	-5,7%	-15,1%	6,8%	-4,6%	-31,7%
LT		-11,0%	-3,4%	-7,9%	-2,4%	-6,1%	1,5%	-1,9%	-27,7%
RI		-10,0%	-3,2%	1,1%	1,3%	-6,4%	-4,4%	-3,3%	-22,7%
RM		-6,2%	-1,4%	-2,8%	-3,4%	-5,7%	-2,2%	-4,1%	-23,2%
VT		-11,0%	2,7%	-3,2%	-3,0%	-13,4%	-3,2%	5,1%	-24,4%
Totale complessivo		-6,9%	-1,5%	-3,3%	-3,3%	-6,5%	-1,6%	-3,7%	-24,0%

prov	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
FR	5,8%	5,7%	5,7%	5,5%	5,4%	4,9%	5,3%	5,2%
LT	6,7%	6,4%	6,2%	5,9%	6,0%	6,0%	6,2%	6,3%
RI	1,8%	1,8%	1,8%	1,8%	1,9%	1,9%	1,9%	1,9%
RM	82,4%	83,0%	83,1%	83,5%	83,5%	84,2%	83,7%	83,3%
VT	3,2%	3,1%	3,2%	3,2%	3,2%	3,0%	2,9%	3,2%
Totale complessivo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

LA PROVINCIA DI FROSINONE

Esaminando individualmente le province extra capitoline, i presidi ospedalieri presenti nella provincia di Frosinone sono quelli che subiscono il maggior decremento di degenze rispetto a tutti gli altri presidi presenti nella regione Lazio. Il calo delle degenze nei presidi della provincia raggiunge il 32% rispetto al 2006, mentre mediamente nel Lazio il calo è stato di circa il 24%. Nella sostanza nel solo frusinate si sono perse circa 23 mila degenze su un totale di circa 300 mila dell'intera regione. Nel dettaglio un calo progressivo e consistente si rileva fino all'anno 2011, anno in cui vengono chiusi i presidi di Ceccano e Pontecorvo e in cui nel frusinate si perdono complessivamente quasi 9000 degenze rispetto all'anno precedente (da 58 mila a 49 mila). Tale decremento è stato determinato prevalentemente dal calo di degenze dell'Umberto I oltre che dalla chiusura di Pontecorvo i cui 5000 degenti l'anno non sono stati recuperati completamente dall'ospedale di Cassino.

Ad incidere nel decremento è anche il settore ospedaliero privato che dimezza circa in 6 anni il numero di degenti ordinari (da 7500 a 3900).

FIGURA **ERRORE. NON È STATA SPECIFICATA ALCUNA SEQUENZA.**. EVOLUZIONE DELLE DEGENZE NELLA PROVINCIA DI FROSINONE

A seguito della chiusura di Anagni, di Ceccano e di Pontecorvo si riduce ulteriormente il rapporto dei posti letto sul numero degli abitanti residenti: il rapporto su mille abitanti si attesta quasi sempre sui valori pari a 2. Fa eccezione il polo C (Sora) in cui il rapporto sale al 2,5%, ma sempre sotto i valori auspicati dalle direttive regionali che dovrebbero attestarsi attorno al 3,5% ogni mille abitanti.

TABELLA 31. DISPONIBILITÀ POSTI LETTO ASL FROSINONE

		PL	ABITANTI	P L /1000 ABITANTI
POLO A	Alatri	180	**86.263**	2,09
POLO A	Anagni	148		CHIUSO
POLO D	Cassino	236	**119.477**	1,98
POLO B	Ceccano	49		CHIUSO
POLO B	Frosinone	369	**181.476**	2,03
POLO D	Pontecorvo	115		CHIUSO
POLO C	Sora	264	**107.109**	2,46

Nella tabella sottostante si evince il flusso di mobilità passiva dalla provincia di Frosinone verso i centri della capitale: in particolar maniera verso il Bambino Gesù e il Policlinico Gemelli.

TABELLA 32. ASL EROGATRICE UTENTI

Asl erogatrice	Utenti	
RM A	836	1,3%
RM B	564	0,9%
RM C	909	1,4%
RM D	360	0,5%
RM E	1.536	2,3%
RM F	24	0,0%
RM G	1.255	1,9%
RM H	798	1,2%
Viterbo	57	0,1%
Rieti	19	0,0%
Latina	1.831	2,8%
Frosinone	40.969	61,8%
AO San Camillo - Forlanini	939	1,4%
AO San Giovanni Addolorata	379	0,6%
AO San Filippo Neri	459	0,7%
IRCCS Bambino Gesù	4.079	6,2%
Policlinico A.Gemelli	4.441	6,7%
Policlinico Umberto I	2.601	3,9%
IRCCS I.F.O.	824	1,2%
IRCCS I.D.I.	554	0,8%
IRCCS I.N.R.C.A.	10	0,0%
Policlinico Campus Biomedico	990	1,5%
IRCSS L.Spallanzani	67	0,1%
AO Sant'Andrea	659	1,0%
Policlinico Tor Vergata	1.100	1,7%
	66.258	100,0%

LA PROVINCIA DI RIETI

Anche il caso dell'Asl di Rieti può essere considerato emblematico per quanto concerne le Province. La provincia è composta da 160 mila abitanti con un indice di vecchiaia della popolazione molto elevato (Istat 2013: ci sono 194 ultra sessantacinquenni ogni 100 giovani). Le cronicità che affliggono la popolazione ultra sessantacinquenne si manifestano mediamente per oltre l'85%.

Dall'analisi effettuata emerge che su un fabbisogno di circa 30.000 degenze annuali appena 16 mila vengono soddisfatte internamente dalla Asl di Rieti. Nello stesso tempo l'ospedale De Lellis, di fatto l'unico della provincia, risulta mediamente saturo in termini di occupazione media dei posti letto (oltre 85%). I reparti chirurgici, ortopedici, urologici, cardiologici, pediatrici, di medicina generale risultano avere indici massimi di saturazione dei posti letto, pertanto fronteggiano già al massimo dell'effettiva potenzialità la domanda assistenziale di ricovero.

Nel contempo c'è un esodo passivo presso il Policlinico Gemelli di circa 2000 pazienti l'anno, altri 1300 circa presso il Bambino Gesù, circa altri mille presso l'Asl Roma E, altri 4000 presso le Asl extraregionali, per un totale di circa 15 mila pazienti che chiedono assistenza altrove. La domanda insoddisfatta a livello territoriale riferita alle patologie neurochirurgiche, pneumologiche, ematologiche, cardiochirurgiche, di radiologia interventistica, di chirurgia addominale complessa, di medicina nucleare rappresentano l'essenza della mobilità passiva extraregionale, in prevalenza verso Terni.

Dando poi uno sguardo ai dati analitici di contabilità pubblicati sul sito (unico caso in regione), in primo luogo emerge che a livello di bilancio consolidato, a fronte di un valore della produzione pari a circa 78 milioni di euro, il solo costo del personale che ammonta a circa 100 milioni di euro produce già una perdita. **Il costo del personale sanitario da solo annulla l'intero valore della produzione!** Già questo dato preliminare dovrebbe far pensare che qualcosa di macroscopico non funziona. Eppure si paventa necessità di personale medico non rimpiazzato.

E gli altri costi? Nello stesso report vengono indicati i costi diretti, ovvero quelli necessari all'erogazione del servizio e non inclusivi dei costi comuni di struttura che portano già a **una perdita aziendale annuale di oltre 120 milioni di euro.** Ma a livello consolidato il conto economico ci dice ancora poco.

Diventa "divertente" ed emblematico percorrere l'illustrazione delle spese per singolo centro di responsabilità: a livello di Direzione Aziendale si vede un raddoppio rispetto al 2010 del costo del personale sanitario che passa dai 280 mila euro agli oltre 500 mila. Verrebbe da chiedersi a cosa serve un macroscopico incremento di costo del personale sanitario presso la direzione aziendale quando si paventa la scarsità di personale sanitario presso i reparti, soprattutto a fronte di un costo del personale non dipendente sestuplicato che nel 2012 ha raggiunto i 619 mila euro. Per non parlare dei **compensi agli organi direttivi che sono passati dai 309 mila euro del 2010 ai quasi 490 mila del 2012!** Alla faccia della Spending Review! Il servizio lavanderia o quello dei rifiuti o dei servizi informatici o ancora delle manutenzioni, misteriosamente imputati a tale direzione, hanno visto un incremento del costo complessivo che è passato dai 4 milioni del 2010 ai quasi 13 milioni del 2012. E sono solo i costi riferiti alla direzione aziendale, non quelli dei reparti che dovrebbero produrre valore!

Per rendere evidente l'utilità della contabilità analitica è interessante procedere con l'analisi di questo caso.

Diamo quindi un'occhiata alle unità produttive, prendendo a titolo di esempio soltanto uno dei tanti centri di responsabilità in quanto il dato, nella sua drammaticità documentale si ripete, soprattutto a livello di servizio distrettuale. La Direzione Distrettuale Montepiano Reatino N.1, per esempio, raggiunge mediante erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale un valore della produzione pari a 1,3 milioni di euro. Salvo poi constatare che il solo costo

del personale medico per erogare queste prestazioni ammonta a 6,1 milioni di euro! E il solo costo dei prodotti farmaceutici e galenici per erogare la prestazione ammontano ad **oltre 3 milioni di euro!** Sarebbe come dire che vendo una bottiglia di vino a 10 euro dopo essermi accertato che il costo del solo vino ammonta a 30 euro, il costo del personale per produrla ammonta a 60 euro e tutti gli altri costi ammontano a 300 euro! Proprio così, perché vengono imputati al tale centro di costo un ammontare complessivo di costi per servizi sanitari pari a circa 30 milioni di euro. In definitiva, per guadagnare 1,3 milioni di euro vengono spesi 50 milioni di euro! C'è o non c'è qualcosa che non va in questa gestione? Non basterebbe da solo il fatto che le spese dei costi variabili diretti, ovvero i farmaci, superino il valore della produzione per farci sorgere il dubbio che vi sia un uso o abuso improprio della risorsa produttiva? Tale dato non induce forse la Guardia di Finanza all'effettuazione di un controllo? Solo per curiosità, si intende… E tutto quel personale medico per produrre solo un milione di euro? E' ridondante o improduttivo? E chi è il direttore di questa unità produttiva? Non è forse egli responsabile del funzionamento della stessa? E in base al piano della performance come è stato valutato?

Queste osservazioni servono soltanto per dimostrare che l'attenta analisi basata sulla contabilità analitica non lascia dubbi sull'individuazione dell'inefficienza e delle responsabilità. Pertanto resta confermata la tesi secondo cui, **una rivisitazione generale dei costi e della loro origine è il preludio per la rifondazione di una sanità potenziata a livello locale. Altro che riequilibrio della rete ospedaliera. Altro che taglio dei posti letto e ridimensionamento! L'unica cosa che andrebbe cambiata radicalmente dovrebbe essere semplicemente la gestione.**

Di seguito si possono visionare i dati della mobilità passiva di Rieti e l'affluenza presso l'Ospedale Bambino Gesù e il Policlinico Gemelli che risulta anche in questo caso preponderante.

TABELLA 33. EROGAZIONE CURE AI RESIDENTI DELLA PROVINCIA DI RIETI

Asl erogatrice	Utenti	
RM A	398	1,6%
RM B	202	0,8%
RM C	273	1,1%
RM D	160	0,6%
RM E	853	3,4%
RM F	24	0,1%
RM G	112	0,4%
RM H	160	0,6%
Viterbo	170	0,7%
Rieti	16.549	66,4%
Latina	57	0,2%
Frosinone	-	0,0%
AO San Camillo –Forlanini	358	1,4%
AO San Giovanni Addolorata	175	0,7%
AO San Filippo Neri	218	0,9%
IRCCS Bambino Gesù	1.194	4,8%
Policlinico A.Gemelli	1.984	8,0%
Policlinico Umberto I	698	2,8%
IRCCS I.F.O.	116	0,5%
IRCCS I.D.I.	222	0,9%
IRCCS I.N.R.C.A.	55	0,2%
Policlinico Campus Biomedico	146	0,6%
IRCSS L.Spallanzani	36	0,1%
AO Sant'Andrea	591	2,4%
Policlinico Tor Vergata	188	0,8%
	24.936	100,0%

LA PROVINCIA DI VITERBO

Anche a Viterbo il depauperamento dei posti letto ha i suoi effetti: un cittadino su due preferisce andare a curarsi negli ospedali di Roma, Grosseto, Siena e Terni.

Dei 28.367 pazienti ricoverati presso la Asl di Viterbo, 23.828 (85%) sono provenienti dalla stessa provincia mentre 4.539 hanno residenza presso altre Asl. Tuttavia il fabbisogno sanitario ospedaliero della provincia di Viterbo ammonta a **quasi 38 mila pazienti l'anno, quindi soltanto il 62% dei pazienti della provincia fa riferimento agli ospedali della Asl di Viterbo.** La mobilità passiva maggiore si rileva presso gli ospedali della Roma E (quasi 2000 pazienti l'anno), presso il Policlinico Gemelli (quasi 3000 pazienti l'anno), presso l'IDI (circa 1500 pazienti l'anno) e per quanto riguarda la pediatria si può considerare **un esodo quasi totale dei residenti della provincia** verso il Bambino Gesù (2300 pazienti l'anno), fattore quest'ultimo che fa ritenere l'offerta pediatrica (15 posti Belcolle)

assolutamente insufficiente per la soddisfazione della domanda. In ogni caso gli Ospedali o Policlinici Romani a vocazione specialistica restano un polo forte di attrattività per i pazienti della Provincia.

TABELLA 34. EROGAZIONE CURE AI RESIDENTI DELLA PROVINCIA DI VITERBO

Asl erogatrice	Utenti	
RM A	318	0,8%
RM B	161	0,4%
RM C	363	1,0%
RM D	240	0,6%
RM E	1.962	5,2%
RM F	473	1,2%
RM G	28	0,1%
RM H	106	0,3%
Viterbo	23.828	62,7%
Rieti	75	0,2%
Latina	57	0,2%
Frosinone	-	0,0%
AO San Camillo –Forlanini	492	1,3%
AO San Giovanni Addolorata	320	0,8%
AO San Filippo Neri	508	1,3%
IRCCS Bambino Gesù	2.288	6,0%
Policlinico A.Gemelli	2.835	7,5%
Policlinico Umberto I	698	1,8%
IRCCS I.F.O.	219	0,6%
IRCCS I.D.I.	1.441	3,8%
IRCCS I.N.R.C.A.	134	0,4%
Policlinico Campus Biomedico	349	0,9%
IRCSS L.Spallanzani	93	0,2%
AO Sant'Andrea	796	2,1%
Policlinico Tor Vergata	188	0,5%
	37.973	100,0%

LA PROVINCIA DI LATINA

A Latina è divenuta notizia di cronaca il fatto che si usano i farmaci con troppa disinvoltura: la spesa farmaceutica media pro-capite (ovvero quanto mediamente si spende in farmaci per ogni abitante) nel 2013 per l'ASL Latina è pari a 183 €, nella Regione Lazio 168 euro e in Italia 152 €: ciò significa

che la Regione Lazio ha speso 93 milioni di € in più rispetto all'Italia per l'assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate; ciò significa che **l'ASL di Latina ha speso 17 milioni di € in più rispetto all'Italia**. Tali numeri preoccupanti sono stati resi noti dalla direzione generale dell'azienda sanitaria locale che si traducono in una spesa eccessiva che non permette di investire in altri settori dedicati alla cura del paziente e che hanno portato la Asl di Latina ad approntare un piano per l'appropriatezza nell'uso dei farmaci. L'obiettivo è ridurre la spesa aumentando la qualità dell'offerta dei servizi ai cittadini proprio ponendo attenzione ai costi della farmaceutica e dell'appropriatezza prescrittiva.

Ma come se la contabilità analitica presso questa Asl non è mai esistita?

E come può il nuovo direttore amministrativo, che scavalcando la modalità di analisi per funzione, passare direttamente all'efficientamento dei processi senza conoscere le improduttività e inefficienze verticali?

La singola denuncia di una spesa eccessiva non implica che si stia procedendo verso un sistema di pianificazione e controllo in grado di individuare puntualmente le inefficienze.

Anche in questo caso la mobilità passiva si rileva un deflusso verso la capitale e in particolare verso gli accreditati religiosi:

FIGURA 2. FLUSSI REGIONALI DELLA MOBILITÀ PASSIVA

TABELLA 35. MOBILITÀ PASSIVA NELLA REGIONE LAZIO

anno 2011	rma	rmb	rmc	rmd	rme	rmf	rmg	rmh	vt	ri	lt	fr	fuori reg	estero	ricoverati	per asl	
RM A	8.917	6.329	5.573	5.095	2.747	1.154	2.906	2.349	318	398	916	836	2.269	80	**39.807**	100	
RM B	4.031	23.136	3.225	806	887	484	3.184	1.814	161	202	484	564	1.370	40	**40.307**	100	
RM C	2.635	8.313	17.126	4.497	1.363	863	2.226	3.452	363	273	1.045	909	2.135	273	**45.427**	100	
RM D	2.960	2.600	4.160	20.321	1.760	1.040	1.520	2.520	240	160	720	360	1.360	240	**40.001**	100	
RM E	7.679	6.314	5.119	9.300	26.961	9.727	4.607	3.328	1.962	853	1.706	1.536	5.631	683	**85.321**	100	
RM F	133	133	109	182	303	10.060	61	48	473	24	12	24	424	133	**12.121**	100	
RM G	335	892	335	139	139	474	22.838	641	28	112	167	1.255	363	167	**27.885**	100	
RM H	585	3.828	1.436	744	425	160	2.127	36.103	106	160	4.413	798	1.489	744	**53.171**	100	
Viterbo	227	255	142	142	227	1.844	113	57	23.828	170	85	57	964	227	**28.367**	100	
Rieti	302	208	151	113	94	189	528	75	75	16.549	38	19	396	151	**18.870**	100	
Latina	343	458	343	343	172	57	400	2.860	57	57	46.679	1.831	3.432	172	**57.205**	100	
Frosinone	138	184	184	92	92	46	369	138	-	-	1.152	40.969	2.535	184	**46.084**	100	
AO San Camillo - Forlanini	2.906	3.398	5.992	16.500	2.817	1.431	1.610	2.728	492	358	1.386	939	2.504	1.699	**44.715**	100	
AO San Giovanni Addolorata	3.466	6.234	10.137	1.253	874	437	1.311	1.952	320	175	495	379	1.457	670	**29.130**	100	
AO San Filippo Neri	1.451	1.258	967	1.330	11.874	2.878	967	629	508	218	411	459	1.137	73	**24.183**	100	
IRCCS Bambino Gesù	5.372	9.650	7.163	10.047	7.560	7.262	5.969	6.964	2.288	1.194	5.670	4.079	25.566	597	**99.480**	100	
Policlinico A.Gemelli	6.614	6.519	5.102	6.141	23.149	5.858	5.386	4.346	2.835	1.984	4.819	4.441	17.007	94	**94.484**	100	
Policlinico Umberto I	11.989	13.955	6.216	2.918	2.854	1.586	6.851	3.172	698	698	2.347	2.601	6.216	1.332	**63.433**	100	
IRCCS I.F.O.	747	1.390	1.841	1.571	554	412	850	1.442	219	116	850	824	1.931	129	**12.874**	100	
IRCCS I.D.I.	1.045	1.156	871	1.362	2.280	1.346	871	633	1.441	222	522	554	3.546	-	**15.832**	100	
IRCCS I.N.R.C.A.	270	183	123	89	1.166	369	102	34	134	55	8	10	76	-	**2.620**	100	
Policlinico Campus Biomedico	1.572	4.774	5.647	2.620	844	728	1.455	4.512	349	146	1.805	990	3.638	58	**29.107**	100	
IRCSS L.Spallanzani	458	636	596	997	352	196	227	374	93	36	93	67	312	27	**4.450**	100	
AO Sant'Andrea	3.047	3.615	2.046	250	2.933	3.138	2.683	864	796	591	591	659	1.478	68	**22.737**	100	
Policlinico Tor Vergata	1.154	10.977	3.006	912	671	376	2.308	3.435	188	188	725	1.100	1.798	27	**26.838**	100	
fabbisogno per asl	68.375	116.397	87.610	87.765	93.098	52.113	71.469	84.470	37.973	24.936	77.140	66.258	89.035	7.868			
inc soddisfazione territoriale fabbisogno (escl extraregione)	13%	20%	20%	23%	29%	19%	32%	43%	63%	66%	61%	62%					

Fatto sta che gli accreditati religiosi, pur subendo una leggera contrazione delle degenze, stanno diventando sempre di più i punti di riferimento della sanità regionale raggiungendo quote di accoglienza complessiva che raggiungono quasi il 20% della soddisfazione del fabbisogno totale.

Dal 2010 il Policlinico Gemelli è il primo ospedale per numero di dimessi e per percentuale di provenienti da fuori Lazio. È quanto emerge da uno studio dei ricercatori dell'Alta scuola di Economia e Management dei sistemi sanitari dell'Università Cattolica.

> "L'ospedale è inoltre una delle strutture «con la migliore efficienza operativa»: il costo di produzione interna per paziente dimesso è il più basso. Nel Lazio un paziente trattato al Gemelli nel 2010 costava in media 6.118 euro contro una media di 12.119 degli ospedali pubblici. Anche il costo dei beni e servizi per il singolo paziente dimesso (2.135 euro) risulta al Gemelli la metà (4.422) o un terzo (6.435) di quello di strutture omologhe. "

Perché per una struttura privata è possibile un contenimento di tali costi mentre per una struttura pubblica, come abbiamo già analizzato, continua l'indiscriminata amplificazione sotto gli occhi di una regione inerte?

Lo studio, mette anche in evidenza che le strutture laziali del campione producono oltre 330.000 ricoveri (su 1.083.582 di tutta la Regione) di cui il 20% sono pazienti dimessi dal Policlinico Umberto I (6% del totale dei dimessi nel Lazio) e il 32% dal Policlinico Gemelli (10% dei dimessi della Regione Lazio), che rappresentano di gran lunga le strutture con la maggiore attività assistenziale. Il Policlinico Gemelli è il maggiore attrattore di pazienti da altre Regioni italiane (18% dei casi nel 2010), seguito dal Policlinico Umberto I con l'11% di pazienti non laziali trattati in ricovero ordinario e DH. In termini di complessità, però, è l'AO S. Camillo (1,18) a mostrare il maggior indice di case-mix, seguita dal Policlinico di Tor Vergata (1,14). Le altre strutture considerate si attestano tra l'1,03 e l'1,07.

La differenza nella produttività degli ospedali "laziali" rispetto agli ospedali del benchmark non appare così marcata. L'indicatore evidenzia che le aziende ospedaliere universitarie della Regione sono anche quelle con la più alta produttività per posto letto.

Se poi si considera la produttività del personale pesandola per la complessità della casistica, si iniziano a vedere le prime differenze rilevanti. In questo caso, considerando sia medici universitari che non universitari (Fonte: Conto Annuale, Ragioneria Generale dello stato, Anno 2010), Gemelli e Sant'Andrea dimostrano una produttività del personale medico sostanzialmente superiore rispetto alla media.

Le medesime differenze si osservano anche considerando il personale infermieristico. Se infatti per ogni infermiere in servizio al Gemelli si trattano 47 pazienti, al San Camillo se ne trattano solo 23. I benchmark extraregionali sono a "metà strada"; al Careggi il rapporto dimessi/infermiere è 31,4, al S. Orsola 31,3. I dati dei due policlinici pubblici (Tor Vergata e Umberto I), si attestano su livelli migliori dei benchmark. E' bene notare, a questo proposito, che questi due ospedali ricorrono in modo più massiccio all'acquisizione di forza lavoro attraverso cooperative, rendendo questo confronto non facilmente interpretabile.

In merito alle "cause" di queste differenze, una grande rilevanza sembra avere la capacità dell'azienda di fare "economia" attraverso la funzione di acquisto dei beni e servizi. Qui le differenze sono eclatanti anche tra le strutture del Lazio. **Un paziente che al S. Camillo "costa" in termini di beni e servizi 5.856€ al Gemelli ne costa 2.135 e al S. Giovanni 2.667**. In alcune situazioni (es. Tor Vergata) si osserva un chiaro shift delle poste contabili. Le economie realizzate sul costo del personale, infatti, sembrano essere scaricate sull'incremento della componente "beni e servizi", per effetto, con ogni probabilità, degli appalti di servizio e l'affitto di personale attraverso il ricorso alle cooperative.

Considerando la complessità dei dimessi (attraverso l'ICM) si possono effettuare delle comparazioni "interne" tra le strutture Regionali. A parità di complessità del caso, **il costo per paziente più basso si riscontra ancora al Policlinico universitario "A. Gemelli" (5.947€ per paziente),** e questo soprattutto grazie alla migliore performance nella funzione "acquisti" di beni e servizi (2076€). La situazione più critica si registra **presso l'azienda Ospedaliera S. Andrea** (che ha dati analoghi a quelli del S. Camillo e del S. Filippo Neri). In questo ospedale il caso trattato (pesato per la complessità) **costa 8.921€ con un costo per beni e servizi che sale a 4243 euro.**

TABELLA 36. EVOLUZIONE INCIDENZA DEGENZE DEL GEMELLI E DEL BAMBINO GESÙ

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
degenze regione lazio	**1.260.601**	**1.173.365**	**1.155.743**	**1.117.848**	**1.080.639**	**1.010.433**	**994.216**	**956.965**
policlinico gemelli	103.856	98.548	99.645	101.034	104.205	96.930	95.473	95.462
Bambino Gesù	118.261	121.087	122.672	118.326	103.532	99.495	92.873	91.261
% policlinico gemelli vs tot	8,2%	8,4%	8,6%	9,0%	9,6%	9,6%	9,6%	10,0%
%Bambino Gesù vs tot	9,4%	10,3%	10,6%	10,6%	9,6%	9,8%	9,3%	9,5%

CONCLUSIONI

La stesura di questo documento ha subito la sovrapposizione di due filoni di riscontro. Partita dall'analisi degli effetti del Piano di Rientro e della Spending Review si è trovata al fianco l'evidenza degli scostamenti tra quanto previsto dalla normativa e quanto effettivamente applicato dalla Giunta e dalle Aziende.

Il Piano di Rientro prevedeva difatti la necessità della riduzione della forbice esistente tra il valore della produzione ed i costi. Era evidente a tutti che il Fondo Sanitario attribuito alle Aziende, in qualità di valore della produzione volto a sostenere i costi, era largamente insufficiente. La Regione negli anni ha quindi provveduto ad assegnare alle singole Aziende una quota maggiore di Fondo.

Difatti dal 2006 ad oggi la perdita evidenziata dai Conti Economici è andata progressivamente diminuendo. Questo ha generato una sorta di "distrazione" verso la spinta all'efficientamento: la perdita sta diminuendo quindi le politiche adottate sono corrette. Ma la perdita è diminuita in ragione proprio dell'aumento del valore della produzione, mentre i costi sono andati progressivamente aumentando.

Il Piano di rientro prevedeva del resto una spinta all'aumento dei costi della produzione, ma non in queste misure. Oltretutto considerando che i costi che hanno continuato a spingere si legano a quegli ambiti su cui l'attenzione al risparmio doveva effettivamente concentrarsi, gli appalti, le consulenze e la spesa farmaceutica: quello sui vettori energetici è emblematico, a fronte delle riduzioni delle tariffe sul mercato ed a riduzione degli spazi (dal 2010 i presidi riconvertiti sono stati in buona parte non utilizzati) i costi emergenti sono più che raddoppiati; le manutenzioni stessa direzione, evidentemente le strutture sono così fatiscenti sulle quali occorre continuamente intervenire, eppure proprio in questi ultimi due anni c'è stata la Fase 0, la Fase 1 per gli investimenti attraverso il finanziamento degli ex art. 20 (l'edilizia sanitaria appunto); la farmaceutica, dove gli impegni delle Asl nella diminuzione della spesa convenzionata sono stati più che compensati dall'aumento dell'acquisto dei farmaci; ovvero se la convenzionata scende in rapporto allo sforzo delle Asl nella distribuzione diretta, le degenze diminuiscono, perché il costo dei farmaci, dei presidi e dei dispositivi aumenta in alcuni casi fino allo 830% dal 2006 al 2013? Analogamente per le Aziende Ospedaliere, a fianco della contrazione delle degenze la spesa per i farmaci è salita al galoppo.

I modelli richiesti dalla regione utili al monitoraggio della spesa sono incoerenti e i conti in essi contenuti non quadrano se tali modelli vengono incrociati tra loro. Non è mai stato data una direttiva di compilazione razionale del dato e di relativi criteri di ripartizione della spesa. I modelli Ce inoltre risultano insufficienti per procedere analiticamente nell'individuazione delle responsabilità, degli sprechi e dell'improduttività. I modelli CP invece sono elaborati in modo errato dalla aziende e quindi inutilizzabili, per assenza di procedure comunicate dalla regione riferite all' attribuzione dei costi ai singoli presidi. Essendo carenti anche del valore della produzione non consentono neanche la più elementare parametrazione di benchmarking.

Nell'intera Regione l'offerta ospedaliera è pesantemente diminuita (-24%) ma i costi di produzione hanno subito un aumento del 16% rispetto al 2006 e moderata stabilizzazione rispetto al 2010. Siamo oltre i 2.000.000.000 rispetto alle previsioni del Piano di Rientro.

Sarebbe bello pensare che gli investimenti "risparmiati" sull'ospedaliera fossero confluiti sull'assistenza territoriale, dove risiede la vera capacità di cura, dove c'è bisogno di una forte integrazione di risorse, dove l'ambito socio-sanitario è fortemente carente (ricordiamo che la Regione Lazio non ha ancora una legge che attui la L.328/2000, e purtroppo il Progetto di Legge sul Welfare

manca di qualsiasi prospettiva di un'applicazione effettiva con i sui 20 articoli di enunciato di principio), ma così non è stato: la riabilitazione è affidata completamente ai privati, fosse anche agli accreditati, ma in realtà buona parte di coloro che hanno bisogno di progetti riabilitativi (ex art. 26, neuropsichiatria infantile ed adulta, neuromotoria infantile ed adulta, …) si rivolgono al privato puro. L'assistenza domiciliare? Nessuno ha notato quanto ormai ricorre il termine badante? Il Rapporto OASI evidenzia quanto l'assistenza agli anziani o disabili ricade direttamente ed unicamente sui bilanci familiari, e l'assistenza domiciliare? Le risorse sono scarse…. Ma nella maggior parte dei casi restano allocate all'assistenza ospedaliera malgrado le carenze territoriali. **La politica territoriale, pur se auspicabile, è di fatto risultata assolutamente fallimentare.**

La mobilità passiva: creata dal depotenziamento delle strutture ospedaliere nelle province extra capitoline ha raggiunto livelli talmente preoccupanti (quasi il 50%) da mettere in dubbio il concetto stesso di livello essenziale di assistenza. Della mobilità passiva si sono avvantaggiati le aziende sanitarie religiose che hanno assorbito gran parte dell'offerta sanitaria derivante dall'accresciuta mobilità passiva delle province extra capitoline.

Invece di ridimensionare l'offerta sanitaria ospedaliera desertificando e dequalificando gli ospedali delle province extra capitoline si sarebbe dovuto procedere nella puntuale evidenziazione delle inefficienze e improduttività mediante benchmarking. La corretta allocazione e controllo dei costi e della produttività sestuplicato I flussi della contabilità analitica, malgrado nelle intenzioni vi fosse volontà di ottenimento da parte della Regione, non sono mai stati implementati. Quindi non esiste utilizzo della stessa come criterio di individuazione puntuale della spesa. **E' stata effettuata una mega riorganizzazione del piano sanitario e ospedaliero senza conoscere dove fossero veramente le inefficienze e le improduttività.** Praticamente una riforma al buio! Qualcuno di noi, in caso di bolletta energetica troppo cara, avrebbe subito demolito l'impianto elettrico dell'abitazione o avrebbe prima cercato di individuare se la causa del consumo derivasse dal cattivo funzionamento della lavatrice o della lavastoviglie? La prima scelta è stata quella attuata da Zingaretti.

Non si è implementato un funzionale sistema di pianificazione e controllo né nelle singole aziende, in cui non è stato prodotto un adeguato servizio di controllo di gestione e di contabilità analitica, e né a livello centralizzato (GSA) regionale in cui risulta ancora non identificabile l'ufficio e le responsabilità. Anche gli acquisti accentrati a livello regionale dei servizi non sanitari non hanno prodotto alcun risultato, anzi, le sestuplicato

I **Tagli Lineari sono il fallimento più eclatante della Regione.** Rappresentano la dichiarazione esplicita di incapacità di individuazione puntuale degli sprechi per non aver saputo utilizzare, senza necessariamente fare ricorso alla contabilità analitica, i dati di flusso dei File R, file F, Sio, Sias ecc. necessari per l'elaborazione di specifici standard di produzione ed erogazione del servizio. Non è stato quindi possibile effettuare alcuna operazione di benchmarking, quindi di comparazione tra aziende nell'omogeneità dell'erogazione del servizio. A che serve la Regione? I tagli lineari quindi non hanno prodotto né economia, né efficienza, né evidenziazione delle singole problematiche a livello aziendale: **le consulenze sanitarie e collaborazioni sono aumentate del 63% dal 2006, le manutenzioni del 28%, il consumo dei farmaci e dispositivi è esploso, i servizi non sanitari hanno avuto aumenti ingiustificati (Policlinico +37%, Roma C +28%, Roma H, ecc.). Spesso i costi dei servizi non sanitari si sono quintuplicati in alcune aziende a partire dal 2006 e le consulenze sanitarie sono diventate opportunità ghiotta per i privati (ne fanno pesante ricorso il Policlinico Umberto I, Tor Vergata, Asl Rieti, ecc.)**

Tra l'altro le criticità nelle voci di spesa delle singole aziende sono già parzialmente individuabili utilizzando i bilanci aggregati in cui emergono differenziali tali da suscitare volontà di approfondimento, ma la regione ha preferito applicare i tagli lineari indistintamente su tutte le voci di bilancio salvo poi ripristinare il budget di spesa iniziale per impossibilità di effettuazione del taglio.

Non è stata applicata alcuna valutazione comparativa degli standard di efficienza e produttività ricavabile da analisi dei bilanci e dalla contabilità analitica, il tutto già potenzialmente possibile in Regione.

Il costo del personale sanitario: non è diminuito di molto rispetto alla diminuzione di oltre 150 mila degenze l'anno rispetto al 2006. **In alcune aziende lo sbilanciamento è talmente marcato che un singolo degente può costare 12 mila euro soltanto di personale sanitario.**

Si è preferito, riversare i risparmi tendenziali, ottenibili da un'allocazione più efficiente delle risorse e dal taglio dei costi non giustificati, sulle tasche degli utenti, per lo meno di quelli che se lo possono permettere. Ancora oggi, con il DCA 368/14 appena "varato" cade l'occhio sull'Eastman, che a fronte dell'appropriatezza e guarda caso della virtuosa gestione economica viene chiuso, ed integrato nel Policlinico Umberto I, che non si è davvero distinto nell'efficienza. Speriamo che il personale del presidio specialistico possa ben agire, ne dubitiamo visto che i dirigenti dei Centri di Responsabilità del Policlinico saranno sempre gli stessi.

Sembrerebbe proprio che tutte le intenzioni del legislatore fossero di dare una razionalizzazione dei costi (Spending Review, no?), però senza esagerare, in fondo in fondo "vogliamoci bene", così che nella pratica gli attori coinvolti abbiano preferito non eccedere, negoziando l'uso delle risorse con quelle lobby farmaceutiche, imprenditoriali e perfino di casta che non potevano essere violate.

Perché effettivamente, diciamocelo, la Sanità è ancora un ottimo salvadanaio da cui attingere per finanziare la classe politica.

RINGRAZIAMENTI

Elaborazione Task Force Sanità Gruppo Consiliare Movimento 5 Stelle Regione Lazio

DANIELA RUNCI, PIERLUIGI IMPEDOVO

NOTE SULLA PUBBLICAZIONE

Licenza Creative Commons

BY-NC-SA

Permette di distribuire, modificare, creare opere derivate dall'originale, ma non a scopi commerciali, a condizione che venga riconosciuta la paternità dell'opera all'autore e che alla nuova opera vengano attribuite le stesse licenze dell'originale (quindi ad ogni derivato non sarà permesso l'uso commerciale).

FONTE DATI

Regione Lazio - Modelli CE dal 2006 al 2013

Modelli SP dal 2006 al 2013

Modelli LA dal 2006 al 2013

Modelli CP dal 2006 al 2013

Agenzia Sanità Pubblica – Open data SIO 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013

Open data SIAS 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013

Rapporto Ospedaliera 2011

Piano di Rientro 2007 – D.G.R. 149 del 06.03.2007

ALLEGATI

Materiale di approfondimento

ALLEGATO 1

Estratto dal LIBRO BIANCO SANITA' 5 STELLE: "**LA SANITA' CHE VOGLIAMO: COSTRUZIONE DI UN MODELLO DI SANITA' PER LAZIO 2018".** Linee guida per realizzare atti legislativi, verso un servizio sanitario regionale pubblico, efficiente ed efficace.

http://www.lazio5stelle.it/libro-bianco-2018/

Prospetto di interventi durante il commissariamento (2014-2015)

FASE 1: INTERVENTO SUL FUNZIONAMENTO DELLA SANITÀ

Ambito di intervento: fabbisogno, erogazione del servizio e risorse impiegate

1) Efficienza territoriale e ospedaliera (servizi diagnostici, distretti e poliambulatori, poli ospedalieri)

1. LABORATORI DI ANALISI
2. RADIOLOGIE
3. DISTRETTI E POLIAMBULATORI
4. POLI OSPEDALIERI

Obiettivo: analisi dei volumi di produzione e dei servizi erogati a livello regionale in rapporto con il fabbisogno sanitario; individuazione degli standard di riferimento produttivo e di costo, analisi differenziali, valutazione e individuazione delle efficienze e inefficienze reali per centro di responsabilità, proposta metodo a livello normativo, e elaborazione rapporto con valorizzazione delle inefficienze e del potenziale produttivo non esplicato.

RICHIESTA DI ACCESSO AGLI ATTI E AI DATI DELLE SINGOLE AZIENDE INERENTI AL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO E ALLA **CONTABILITA' ANALITICA**

2) Intramoenia e attività istituzionale

Obiettivo: analisi dei volumi dell'attività libero professionale intramuraria e comparazione con quelli dell'attività istituzionale riferita alle prestazioni per singolo medico, verifica dell'esistenza della rendicontazione e della contabilità separata, verifica delle strutture presso cui viene esercitata l'ALPI, delle autorizzazioni dei medici all'esercizio, dell'organizzazione degli uffici e del personale di supporto.

RICHIESTA DI ACCESSO AGLI ATTI E AI DATI DELLE SINGOLE AZIENDE INERENTI ALL'ATTIVITÀ ALPI (VOLUMI E VALORE PRESTAZIONI) E ALL'ATTIVITÀ ISTITUZIONALE PER SINGOLA DISCIPLINA E MEDICO AUTORIZZATO

3) Agende prenotazione Recup, organizzazione ambulatori specialistici

Obiettivo: analisi del potenziale produttivo, basato su nomenclatore di categoria, del personale medico presente nei poliambulatori e ambulatori specialistici distrettuali e ospedalieri, controllo dell'inserimento presso agende di prenotazione, valutazione accessibilità, controllo volumi di produzione e tempi di attesa

RICHIESTA DI ACCESSO AGLI ATTI E AI DATI DELLE SINGOLE AZIENDE INERENTI IL NUMERO MEDICI PER AMBULATORIO E ALLE PRESTAZIONI EROGATE. RICHIESTA DATI LAIT SU DATA PRENOTAZIONE PRESTAZIONE E DATA EROGAZIONE, ANALISI RINUNCIA ALLE PRESTAZIONI E TEMPI DI ATTESA.

4) Accreditamento (criteri e verifiche)

Obiettivo: Controllo a campione conformità aziende accreditate in base ai requisiti minimi strutturali di accreditamento, analisi e controllo delle prestazioni erogate e dei rispettivi DRG, confronto tra SDO e ricoveri inseriti, controllo compatibilità tra autorizzazioni progetto riabilitativo e prestazioni erogate.

RICHIESTA DI ACCESSO AGLI ATTI E AI DATI DELLE SINGOLE AZIENDE ACCREDITATE INERENTI ALLE IMPEGNATIVE E PRESTAZIONI INSERITE, RICHIESTA DATI SDO E SU RICOVERI INSERITI, DATI SU PROGETTO RIABILITATIVO PER SINGOLO PAZIENTE E PRESTAZIONI EROGATE

5) Fornitura farmaci, spesa e ingerenze aziende farmaceutiche

Obiettivo: Analisi e controllo della spesa farmaceutica, della conformità in base agli standard, dell'appropriatezza prescrittiva dei medici, analisi e controllo del file Farmed, File R e S.I.R.Farma (erogazione diretta farmaci a cittadini non ricoverati, ricoverati e in distribuzione dalle Farmacie).

RICHIESTA DEI DATI DEI FLUSSI FARMED, FILE R, S.I.R.FARMA PER SINGOLA AZIENDA SANITARIA

6) Processo di auditing interno

Obiettivo: Valutazione della funzione di auditing interno presso le singole aziende sanitarie, degli audit realizzati, dei rilievi e raccomandazioni susseguenti agli stessi e dell'implementazione correttiva attuata

ACQUISIZIONE DI TUTTI I DATI INERENTI AGLI AUDITOR, AUDIT E RELATIVI RAPPORTI CONDOTTI DALLE AZIENDE

7) Piano della performance, analisi misurabilità dirigenza, pertinenza obiettivi rispetto piano strategico

Obiettivo: Valutazione e mappatura di tutti i prospetti di assegnazione obiettivi dirigenziali presso tutte le aziende sanitarie, classificazione obiettivi assegnati, criteri di misurabilità e appropriatezza, valutazione procedura assegnazione budget per unità operativa complessa, ponderazione pesi degli obiettivi rispetto obiettivi strategici prefissati.

ACQUISIZIONE DI TUTTI GLI OBIETTIVI ASSEGNATI DALLE SINGOLE AZIENDE ALLE DIRIGENZE.

FASE2: "INTERVENTO SUI SERVIZI AL FUNZIONAMENTO"

Ambito di intervento: analisi della spesa, degli appalti, della modalità di assegnazione e delle procedure per l'identificazione del fabbisogno dei servizi non sanitari

- 1) Efficienza nei servizi
    1. LAVANOLO
    2. PULIZIE

3. MENSA
4. VIGILANZA
5. SISTEMI INFORMATIVI
6. MANUTENZIONI
7. PARCO MACCHINE
8. Altri servizi

Obiettivo: Controllo delle gare di appalto, dell'esistenza di specifiche procedure per la definizione del fabbisogno, valutazione dei controlli del servizio reso, analisi delle fatture emesse e della relativa liquidazione, dell'esistenza delle procedure per il controllo e per l'identificazione del fabbisogno, analisi differenziali, analisi ciclo passivo fornitori.

ACQUISIZIONE DI TUTTI I CAPITOLATI DI GARA, DEGLI GLI ATTI DI AGGIUDICAZIONE APPALTO, DEI CONTRATTI DI APPALTO, DELLE FATTURE E DEGLI ATTI DI LIQUIDAZIONE COMPARAZIONE DEGLI ATTI E VERIFICA PROCEDURE INTERNE PER DEFINIZIONE FABBISOGNO.

FASE 3: INTERVENTO SU STRUTTURE E PATRIMONIO

Obiettivo: Analisi differenziale dell'operazione di sales e leaseback (cartolarizzazioni), del valore di acquisto dei beni patrimoniali, dell'operazione SANIM e relativa cartolarizzazione crediti vs Regione per pagamento leasing, del costo annuale del leasing per singola struttura, dell'utilizzo del flusso di cassa conseguente, del costo di ristrutturazione e manutenzione patrimoniale degli immobili nel corso degli anni antecedenti l'operazione di cartolarizzazione e susseguenti.

ACQUISIZIONE DI TUTTI I DATI RIFERITI AI BENI PATRIMONIALI, CENSIMENTO DEGLI STESSI, CESSIONE E PREZZO DI VENDITA ALLA SANIM, DATI RIFERITI A RISTRUTTURAZIONI E MANUTENZIONI

SINTESI:

INDIVIDUARE LE INEFFICIENZE PER PROGRAMMARE L'ORGANIZZAZIONE: SENZA CONOSCERE DOVE, PERCHE', CHI LE PRODUCE E QUANTO COSTANO LE INEFFICIENZE NON E' POSSIBILE RIORGANIZZARE IL SISTEMA SANITARIO REGIONALE. INDIVIDUANDO GLI STANDARD DI PRODUZIONE PER EVIDENZIARE LE INEFFICIENZE E' POSSIBILE ESTENDERE LE GARANZIE ASSISTENZIALI ANZICHE' SOTTRARLE.

AD OGGI, AD UN DEPOTENZIAMENTO DELL'OFFERTA SUPERIORE AL 25% NON E' CORRISPOSTO ALCUN DECREMENTO DELLA SPESA.

ALLEGATO 2

Livello di collaborazione nella raccolta dati

Aziende che hanno ricevuto la richiesta di accesso agli atti inviati in data 24/07/2014

(scadenza 90 giorni, 24/10/2014)

Nome dell'azienda/presidio ospedaliero	Data della risposta	Data di incontro con il direttore generale	Invio dati completi ?	Livello di collaborazione
Regione Lazio (Flori Degrassi)		07/2014	No	Nessuna
Risorse finanziarie, analisi di bilancio e contabilità analitica e crediti sanitari (Bomboni)	06/10/14		SI	Mediocre
Giuridico normativa, istituzionale e di interfaccia con l'avvocatura regionale(Matranga)	Nessuna		NO	Nessuna
Servizio informativo sanitario(Arcà)	Nessuna		NO	Nessuna
ASL ROMA A (Riccioni)	Nessuna	Richiesta: nessuna risposta		
ASL ROMA B (De Salazar)	Nessuna			
ASL ROMA C (Saitto)	Nessuna			
ASL ROMA D (Panella)	Nessuna			
ASL ROMA E (Tanese)	10/2014			
ASL ROMA F (Quintavalle)		01/10/14	Completi	Disponibile
ASL ROMA G (Caroli)		10/2014	Solo 2014	Disponibile
ASL ROMA H		09/2014	Completi	Disponibile

(D'Alba)				
ASL FROSINONE (Mastrobuono)	30.10.14	09/2014		Disponibili
ASL LATINA (Caporossi)				Mediocre
ASL RIETI (Figorilli)		09/2014		Disponibili
ASL VITERBO (Macchitella)		02/10/14		Disponibili
SAN GIOVANNI (Coiro)	Nessuna			
SAN CAMILLO FORLANINI (D'Urso)	Nessuna			
SAN FILIPPO NERI (Tanese)	10/2014			
IRCSS BAMBIN GESU' (Profiti)	Nessuna			
GEMELLI (Guizzardi)	Nessuna			
UMBERTO I (Alessio)	Nessuna			
IRCSS IFO (Moirano)	Nessuna			
IRCSS IDI (Spina)	Nessuna			
CAMPUS BIOMEDICO (Oricchio)	Nessuna			
IRCSS SPALLANZANI (Moirano)	30/10/14		No CO.AN.	
SANT'ANDREA (Bianconi)	Nessuna			
TOR VERGATA (Frittelli)	Nessuna			

ALLEGATO 3

RICHIESTE DEL MOVIMENTO 5 STELLE ALLA GIUNTA REGIONALE

SOSPENSIONE IMMEDIATA del Decreto del Commissario Ad Acta n. U00368/2014 (31 ottobre 2014) "Attuazione programmi operativi 2013-2015" per l'adozione del dca U00247/2014 "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio"

APERTURA URGENTE di un TAVOLO ISTITUZIONALE fra il Commissario ad acta e Il MoVimento 5 Stelle per la ridefinizione e la rimodulazione dei piani operativi 2013-2015.

DELIBERA URGENTE a cura della Cabina di Regia SSR per rendere pienamente operativa entro 30 giorni le strutture di contabilità analitica in TUTTE le ASL della Regione Lazio, assegnando le risorse necessarie per l'invio dei dati verso la Direzione Regionale Salute e integrazione sociosanitaria

AVVIO DI UNA CONSULTA PARTECIPATA con i Direttori Generali delle ASL e dei presidi ospedalieri laziali, le forze politiche e i rappresentanti della società civile per una condivisione delle strategie di attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera che tenga conto di tutte le criticità e di tutti gli impatti sociali ed economici sul singolo territorio

ALLEGATO 4

Atti presentati dal MoVimento 5 Stelle Lazio nei primi 500 giorni, rimasti completamente inascoltati:

MOZIONI ED INTERROGAZIONI IN AMBITO ECONOMIA SANITARIA E GOVERNANCE

- Centrale unica di acquisto 25/11/2013
- Recup prenotazione prestazioni 25/11/2013
- Piano di rientro 25/11/2013
- Controllo esenzione 25/11/2013
- Pignorabilità beni ASL 27/08/2013
- Modifica criteri piano di rientro 15/11/2013
- Gare centralizzate 21/10/2013
- Interrogazione su rimborsi cittadini comunitari 09/04/2014
- Mappatura investimenti sanitari 03/07/2014
- Istituzione modello performance 04/07/2014
- Liste di attesa 25/11/2013
- Registro tumori 25/11/2013
- Piano prevenzione 25/11/2013
- Recup e liste di attesa 28/10/2013
- Interventi urgenti per prevenzione suicidi 10/04/2014
- Corsi disostruzione pediatrica 10/04/2014
- Riduzione tempi di attesa 06/07/2014
- Presidi sanitari nelle scuole 20/07/2014

Lista completa e aggiornata qui: http://www.lazio5stelle.it/atti-sanita/

DISEGNI DI LEGGE IN AMBITO SANITA' E PREVENZIONE

1) Attuazione delle iniziative di eHealth nella Regione Lazio (Sanità elettronica)
2) Istituzione del Registro dei tumori di popolazione della Regione Lazio
3) "Istituzione di una Commissione Speciale sugli errori in campo sanitario e sulle cause di inefficienze del servizio sanitario
4) Disposizioni di riforma delle procedure di selezione dei direttori generali delle aziende sanitarie
5) "Norme per il parto a domicilio e nelle case di maternità"
6) Obbligo vaccinale: sospensione per l'età evolutiva
7) Trasparenza nel settore funerario
8) Cimiteri per animali di affezione
9) Istituzione della commissione speciale sulle cause del disavanzo sanitario della Regione Lazio e sul depotenziamento delle strutture ospedaliere durante il periodo di commissariamento
10) Disposizioni in materia di primo soccorso e di assistenza medica di emergenza nei centri commerciali