



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE  
SOCIOSANITARIA E POLITICHE SOCIALI

tel + 39 040 377 5520  
fax + 39 040 377 5523

sanita.pol.soc@regione.fvg.it  
I - 34124 Trieste, riva Nazario Sauro 8

## **Servizio Sanitario Regionale**

### ***Conoscere per governare***

#### **Bilancio del primo triennio di legislatura e prospettive**

*giugno 2011*

## *INDICE*

<i>PRESENTAZIONE DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE . . .</i>	<i>pag. 2</i>
<i>PREMESSA DELL'ASSESSORE REGIONALE ALLA SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E POLITICHE SOCIALI .</i>	<i>pag. 3</i>
<i>INTRODUZIONE . . . . .</i>	<i>pag. 4</i>
<i>QUADRO PROGRAMMATARIO . . . . .</i>	<i>pag. 6</i>
<i>ATTIVITÀ 1° TRIENNIO . . . . .</i>	<i>pag. 10</i>
<i>BENCHMARKING INTERREGIONALE . . . . .</i>	<i>pag. 19</i>
<i>QUADRO ECONOMICO . . . . .</i>	<i>pag. 35</i>
<i>Conclusioni e prospettive . . . . .</i>	<i>pag. 45</i>

## **Presentazione**

Siamo convinti che non è più procrastinabile l'esigenza di presentare la situazione della sanità e del sociale dopo un triennio di legislatura in cui è stato attuato il riassetto della *governance* della sanità ed ha trovato corpo il Piano sociosanitario 2010-2012.

Questa esigenza scaturisce non solo dalla constatazione che spesso si assiste a dichiarazioni sulla sanità non corrispondenti alla realtà, o solo parzialmente corrispondenti, ma soprattutto dal rapido emergere anche da noi del problema di fondo per tutti i Paesi, ossia la dimensione di risorse disponibili a fronte dei crescenti bisogni sociosanitari dovuti all'evoluzione socio-demografica con l'aumento della disabilità e della cronicità, all'evoluzione tecnologica e all'allargamento del concetto di salute.

La crisi economica generale e i vincoli di rispetto del patto interno di stabilità portano nell'arco dei tre anni dal 2010 al 2012 ad un taglio complessivo di risorse del bilancio regionale di 354 milioni, percentuale di oltre l'8 sul totale.

È noto che precisa volontà dell'amministrazione regionale è la messa in sicurezza di sanità e sociale, che non si vuole assoggettare a riduzioni; d'altra parte è chiaro che per questi settori d'intervento son finiti i tempi dei ritmi annuali di crescita dell'ordine dei 100 milioni.

Siamo allora convinti che gli spazi di recupero di risorse – lungi dal ricercarsi sul livello dei servizi ai cittadini e sulla qualità già raggiunta - risiedano per un verso nelle azioni prefigurate anche sul Piano sociosanitario e già avviate dalle Aziende per il miglioramento dell'efficienza, e per un altro verso anche nel ripensamento degli assetti istituzionali ed organizzativi, con i loro apparati.

Renzo Tondo

## **Premessa**

“Conoscere” per fare sintesi sullo stato dell’arte ad oggi esistente, prendendo in considerazione la qualità dei risultati, soprattutto per guardare assieme le prospettive che abbiamo di fronte considerando il progresso scientifico, i bisogni dei cittadini, il contesto economico-finanziario.

La sanità del Friuli Venezia Giulia è una sanità di buon livello, e ricopre, con alcune funzioni di eccellenza, una posizione elevata nelle classifiche nazionali.

Le scelte programmatiche fatte con il Piano sociosanitario 2010 – 2012 hanno consentito il consolidamento dei livelli finora raggiunti di attività e di qualità, lo sviluppo ed il potenziamento di alcune linee privilegiando l’appropriatezza delle prestazioni e il miglioramento delle formule organizzative, favorito razionalizzazioni volte non a realizzare risparmi fine a se stessi, ma a liberare risorse da reinvestire per il miglioramento dei servizi e per la copertura di bisogni non sufficientemente evasi in passato.

Su quest’ultimo punto siamo ben consapevoli che molto rimane ancora da fare, soprattutto sul versante dei servizi distrettuali e della prevenzione, oltre che sul terreno di un più efficace orientamento dell’offerta ospedaliera, su tematiche specifiche come i tempi d’attesa, l’accreditamento, la formazione nonché sul fronte degli interventi di carattere sociale a sostegno delle categorie svantaggiate e più fragili di cittadini e delle famiglie.

Con la trasparenza di sempre, puntiamo ad inquadrare questi temi affinché tutti possano disporre delle stesse informazioni. Si intuisce lo scopo che ci prefiggiamo: la ricerca, attraverso i necessari momenti di confronto, di una condivisione sia della conoscenza che delle scelte che ne conseguono per sostenere le prospettive e le sfide che ne derivano, soprattutto per attuare le soluzioni possibili.

Vladimir Kosic

## **Introduzione**

Il presente rapporto di sintesi intende fare il punto sulla sanità della nostra Regione. L'adozione del Piano sanitario e sociosanitario regionale 2010 – 2012 coincide con un momento in cui la crisi economica ha già iniziato a produrre le pesanti ricadute anche sul bilancio regionale per il calo delle entrate sulle compartecipazioni.

Di fronte a tale scenario, la scelta strategica dell'Amministrazione regionale di garantire la sostenibilità degli interventi nei settori della sanità e del sociale riconoscendo agli stessi un sia pur contenuto incremento di risorse, mette in evidenza la rilevanza dell'attenzione riservata a tali settori attraverso una politica di bilancio improntata a scelte necessarie di riduzioni, contenimenti e sacrifici negli altri settori.

Tale scelta rappresenta il massimo impegno consentito nel contesto finanziario regionale; ciò nondimeno essa è preordinata a garantire al sistema sanitario e sociale – anche attraverso logiche di razionalizzazione e di recupero di efficienza all'interno delle aziende – non solo il sostanziale mantenimento dei livelli assistenziali finora raggiunti e unanimemente giudicati di elevata qualità, ma anche il progressivo superamento delle situazioni critiche rilevate dallo stesso Piano sanitario e sociosanitario 2010 – 2012, segnatamente quelle priorità non compiutamente realizzate rispetto alle indicazioni e agli obiettivi dei precedenti atti di programmazione sanitaria regionale, tra cui, a titolo esemplificativo:

- il territorio, sul versante della prevenzione, in particolare della sicurezza sui luoghi di lavoro, e sul versante del potenziamento dei servizi distrettuali e territoriali, segnatamente l'assistenza domiciliare infermieristica e riabilitativa, l'assistenza in R.S.A., le cure palliative, l'area materno infantile, la continuità delle cure e dell'assistenza, l'integrazione sociosanitaria, le strutture residenziali per gli anziani, la riabilitazione, la salute mentale, le dipendenze;
- l'assistenza ospedaliera, da orientare alle risposte alle acuzie, all'integrazione delle funzioni, all'appropriatezza e alla qualità delle prestazioni, nonché alla continuità assistenziale;
- interventi specifici, quali le azioni per l'abbattimento dei tempi d'attesa, per la distribuzione diretta dei medicinali ad alto costo, per la distribuzione dei farmaci cosiddetta "per conto", per la gestione e prevenzione del rischio clinico, per l'accreditamento, per la formazione del personale, per l'affinamento degli strumenti connessi ai sistemi

informativi, per gli aspetti gestionali connessi alle procedure centralizzate di acquisto di beni e servizi, nonché alla centralizzazione di funzioni amministrative e tecniche.

Certamente il raggiungimento degli obiettivi di piano è strettamente connesso ad un rigoroso governo delle risorse finanziarie, ad un uso razionale dei fattori produttivi, ad un efficace controllo della gestione delle aziende, centralizzato e strettamente collegato alle politiche di bilancio della Regione. Dopo il riassetto della *governance* in sanità attuato con la legge regionale 23 luglio 2009, n. 12, e dopo l'avvio del processo di riequilibrio territoriale delle risorse attraverso l'abbandono del finanziamento su base storica e l'adozione di criteri di finanziamento alle Aree Vaste basati sui principi della legge 662/1996, un ruolo decisivo è stato assegnato anche alle Aziende per la messa in atto delle iniziative di razionalizzazione e di recupero di efficienza indicate dal Piano, in particolar modo mediante politiche di integrazione interaziendale.

Il presente rapporto, senza costituire momento ufficiale di verifica sullo stato di avanzamento della programmazione, intende fornire in termini generali la fotografia della sanità regionale – toccando i richiami al quadro programmatico, le evidenze offerte da alcuni indicatori di attività, il confronto con le altre Regioni su vari aspetti ed infine il tema cruciale del quadro economico – che valga a disporre degli elementi principali di valutazione in ordine alle prospettive a breve, medio e lungo termine del nostro sistema di *welfare* - sanità e sociale – e alle condizioni necessarie per la sua sostenibilità.

## **QUADRO PROGRAMMATICO**

Si richiamano sinteticamente i principali obiettivi sanitari e sociosanitari contenuti nel programma per la X legislatura regionale 2008 – 2013:

- investimento sulla prevenzione e sulla sicurezza nei luoghi di lavoro ;
- garantire al cittadino qualità, sicurezza e certezza nelle risposte ai propri bisogni di salute;
- revisione del modello di *governance* sanitaria regionale;
- estensione del CUP - Centro Unico di Prenotazione – all'intera Regione;
- approvazione del nuovo Piano sanitario e sociosanitario;
- miglioramento dei tempi d'attesa per le prestazioni;
- equilibrio economico del sistema;
- superamento dei criteri di finanziamento basati sulla spesa storica.

Previa condivisione degli indirizzi generali pluriennali delle politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali regionali, la Giunta regionale del Friuli Venezia Giulia ha dato avvio a fine 2008 all'iter istituzionale per la stesura del nuovo Piano sanitario e sociosanitario.

S'è contemporaneamente inteso rendere trasparenti le scelte da effettuare ed affrontare in modo partecipato, attraverso la pubblicazione nel febbraio 2009 del "Libro verde sul futuro del sistema sociosanitario regionale - La vita sana nella società responsabile - Verso il Piano sociosanitario regionale 2010 -2012".

Si ricorda che sul "Libro verde" venne effettuata la consultazione pubblica con i soggetti istituzionali, sociali e professionali; il documento presentava una serie di linee strategiche per il sistema sociosanitario regionale:

- Eque opportunità di salute per tutti
- Un sistema sociosanitario di alta qualità
- Una rete ospedaliera efficiente e sicura
- Legami più stretti e alleanze più forti con le comunità locali
- Un capitale professionale valorizzato e motivato
- Strutture, servizi e percorsi sociosanitari accreditati a tutela della qualità e dell'equità
- Tempi di attesa ridotti
- Una presa in carico integrata delle persone con malattie croniche e con disabilità

- Cure e interventi domiciliari a sostegno della permanenza nel proprio ambiente di vita
- Inserimento nel mondo del lavoro come diritto delle persone con disabilità
- Scelte consapevoli per l'innovazione tecnologica
- Sistemi informativi integrati e accessibili ai diversi attori
- Una dimensione internazionale delle politiche per la salute

Dopo questa fase, per così dire preparatoria alla realizzazione del programma sulle tematiche sociosanitarie, la fase attuativa venne peraltro a coincidere con l'impatto della crisi finanziaria propagatasi dal 2008 sulle economie di tutti i Paesi, il che poneva con forza la questione generale della sostenibilità dei sistemi di *welfare* e, in particolare, delle misure a finanziamento dei sistemi sanitari pubblici.

Per quanto riguarda la nostra Regione, la circostanza dell'uscita fin dall'anno 1997 dal finanziamento statale del Fondo Sanitario Nazionale, per privilegiare l'autofinanziamento del sistema sanitario regionale a fronte delle maggiori partecipazioni regionali sulle imposte, ha esposto la Regione medesima in maniera più diretta e immediata alle dinamiche economiche generali, ed in particolare, a partire dagli anni 2008 – 2009, alla rilevante contrazione delle entrate causata dalla crisi economica.

A maggior ragione ciò ha comportato per la Regione la necessità di orientare la propria programmazione verso un forte controllo delle spese nel settore sanitario e sociale e a stabilire le possibili contrazioni in altri settori dell'amministrazione.

La fase realizzativa del programma del governo regionale segue due versanti principali:

- il riassetto della *governance* regionale sulla sanità;
- la pianificazione.

Circa il riassetto della *governance* si richiamano qui i tratti essenziali della norma "Misure per la razionalizzazione della spesa sanitaria" contenuta nell'art. 10 della legge regionale 23 luglio 2009, n. 12.

La norma ha definito il mandato della nuova Direzione centrale della salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali; ha stabilito la soppressione dell'Agenzia regionale della Sanità, prevedendo che nei rapporti giuridici già in capo a quest'ultima subentri la nuova Direzione; ha stabilito inoltre la soppressione del Centro Servizi Condivisi, prevedendone l'assorbimento delle funzioni secondo le decisioni, successivamente adottate dalla Giunta regionale, di attribuirle all'Azienda ospedaliero universitaria di Udine.

Per quanto riguarda la pianificazione sanitaria e sociosanitaria, si fa essenzialmente riferimento al Piano Sanitario e Sociosanitario per il triennio 2010-2012, approvato con delibera di Giunta regionale n. 465 dell'11 marzo 2010, al quale si fa rinvio e che – si ricorda – è articolato nelle seguenti direttrici strategiche:

1. riorganizzazione dell'offerta della rete ospedaliera;
2. istituzione di un'unica centrale operativa dell'emergenza;
3. presa in carico integrata delle persone con malattie croniche e disabilità;
4. ricerca di una maggiore efficienza complessiva del sistema sanitario e sociale attraverso l'adozione di criteri di gestione che consentano di eliminare inutili sovrapposizioni e favoriscano sinergie operative tra le Aziende del Servizio sanitario regionale.

Una delle integrazioni previste nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera è connessa alla definizione delle funzioni che debbono essere garantite obbligatoriamente in ciascuna azienda, le funzioni di rete, le funzioni coordinate, e le funzioni *“hub and spoke”*, queste ultime in capo alle Aziende ospedaliere (ivi comprese quelle ospedaliero universitarie) e agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. L'assetto organizzativo e di erogazioni viene definito d'intesa tra le Aziende di area vasta ed i privati accreditati, sotto la regia della direzione centrale regionale della salute.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale viene prefigurato un maggiore ruolo in capo ai medici di medicina e generale, con il passaggio da una medicina di attesa a una di iniziativa anche grazie a tipologie organizzative diverse, tra cui aggregazioni funzionali di più medici, unità complesse per le cure primarie, *équipes* territoriali. Anche a tale proposito viene previsto il potenziamento dell'autonomia e dell'operatività dei Distretti, per favorire la continuità dell'assistenza, nonché un più forte coordinamento delle funzioni per la cura delle

malattie croniche favorendo la più ampia accessibilità ai servizi su tutto il territorio.

Il Piano delinea inoltre, per l'area vasta pordenonese, l'accorpamento dal 1° gennaio 2011 degli ospedali di rete (San Vito al Tagliamento e Spilimbergo) e delle funzioni ospedaliere facenti capo a quelli "ex art. 21" (Maniago e Sacile) all'Azienda ospedaliera di Pordenone, che subentra all'Azienda Sanitaria n. 6 del Friuli Occidentale nei relativi rapporti giuridici.

Il Piano Sanitario e Sociosanitario 2010 – 2012 definisce inoltre le linee d'azione per il triennio su:

- strategia di allocazione delle risorse
- risorse umane
- investimenti
- sistema informativo

Indicazioni organizzative specifiche riguardano poi l'organizzazione delle attività di diagnostica di laboratorio, l'uso delle terapie e delle tecnologie ad alto costo, la rete oncologica, e l'istituzione di un'unica centrale operativa regionale per l'emergenza sanitaria.

Si ricorda che le tematiche sui tempi d'attesa, pure trattate nell'ambito del Piano, avevano trovato codificazione nella cornice definita dall'apposita legge regionale 26 marzo 2009, n. 7.

Sul fronte del miglioramento dell'efficienza viene stabilito che nell'organizzazione delle funzioni amministrative e di supporto, le aziende devono privilegiare, a parità di livello qualitativo, l'economicità della gestione attraverso la definizione di modalità organizzative comuni in accordo con le altre Aziende del Servizio Sanitario; a tale scopo le aziende si fanno carico di elaborare un Piano di riorganizzazione gestionale da negoziare con la Regione. Esse, inoltre, provvedono a rideterminare le dotazioni organiche rendendole congruenti con gli specifici livelli di attività delle singole unità organizzative, attraverso la metodologia dei piani di lavoro.

## ATTIVITÀ 1° TRIENNIO

Nel precedente paragrafo è stato brevemente ricordato il percorso programmatico del governo regionale in tema di sanità, con evidenza fra l'altro sia del momento legislativo di riordino della *governance* sanitaria regionale, sia dell'atto fondamentale di pianificazione costituito dall'approvazione del Piano Sanitario e sociosanitario 2010 – 2012.

Si vuole ora porre in evidenza, sia pure con dati sintetici, a quali risultati sta conducendo l'attuazione del processo programmatico in tal modo avviato.

Relativamente al primo aspetto, ossia il riassetto della *governance* sanitaria regionale, è stata così data attuazione alle previsioni della legge regionale 12/2009:

- dal 1° gennaio 2010 la Direzione centrale salute e protezione sociale è stata ordinata in forma di gestione speciale autonoma con compiti di vigilanza e coordinamento degli enti del servizio sanitario regionale ed autonomia organizzativa e gestionale, denominata Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali;
- contestualmente all'avvio del nuovo ordinamento della Direzione centrale è stata soppressa l'Agenzia regionale della sanità. Le funzioni già espletate da questa sono state trasferite alla Direzione medesima, che è subentrata in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi;
- a decorrere dall'1° gennaio 2010, su conforme deliberazione giuntalesca, è stato soppresso il Centro servizi condivisi, con trasferimento delle relative funzioni all'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine, che ha costituito apposito dipartimento aziendale ed è subentrata in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi;
- su conformi deliberazioni giuntalesche, a decorrere dall'1° gennaio 2010 è stato disposto l'avvalimento degli uffici dell'ASS 2 "Isontina" per l'espletamento delle funzioni di gestione amministrativa e finanziaria del Centro formazione per l'area delle cure primarie, e degli uffici dell'ASS 5 "Bassa Friulana" per l'espletamento della funzione di Centro collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e altre funzioni in campo socio sanitario (valutazione presa in carico persone per patologie croniche, disabilità).

La nuova Direzione centrale si è data le norme di organizzazione interna e di funzionamento, prevedendo un assetto coerente con i limiti derivanti dalla legge e individuati dalla Giunta regionale con delibera 2445 del 5.11.2009 (numero massimo di aree d'intervento (6), di servizi (9), di incarichi dirigenziali (5), unità tempo pieno equivalenti di personale in comando o distacco (64), nell'ambito di una dotazione complessiva della Direzione pari a 144 unità tempo pieno equivalenti).

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa indicante i costi effettivi sostenuti negli anni 2008, 2009 e 2010 dagli Enti di *governance* interessati dalla riorganizzazione istituzionale, e più precisamente dalla Direzione regionale e dall'Agenzia regionale della sanità per gli anni 2008 e 2009 e dalla Direzione e ASS 5 per il 2010 <sup>(1)</sup>.

Tab. 1

**Costi per prestazioni di personale e prestazioni assimilate**

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
	Direzione regionale salute + ARS	Direzione regionale salute + ARS	Direzione regionale salute (+ ASS 5 BF)
Dirigenti strutturati e a tempo determinato	2.786.532	2.498.291	2.399.798
Personale dipendente	3.347.615	3.134.223	3.113.294
Personale in utilizzo	3.069.532	3.450.460	2.243.367
Altri incarichi e prestazioni	1.304.081	1.409.874	312.068
€	10.507.760	10.492.848	8.068.526

Δ 2008 - 2009 . . . . .	- 14.912	
Δ 2009 - 2010 . . . . .		- 2.424.322
		<b>- 23,1%</b>

Al riguardo è necessario precisare quanto segue:

- sono stati considerati i costi già sostenuti dall'Agenzia regionale della Sanità, che dal 2010 vengono sostenuti dall'ASS 5 Bassa Friulana ai sensi dell'avvalimento a cui s'è fatto sopra riferimento.
- non sono stati considerati i costi di personale o collaboratori acquisiti a tempo determinato in funzione di progettualità derivanti da finanziamenti esterni.

<sup>(1)</sup> Non sono stati considerati i dati del Centro Servizi Condivisi (anni 2008 e 2009) e del Dipartimento Servizi Condivisi (2010) operante nell'ambito dell'Azienda ospedaliera di Udine, poiché la dimensione numerica del personale necessario si lega di anno in anno ai programmi di attività definiti annualmente dalla Giunta regionale. In ogni caso, i dati in questione sono in seguenti:

C.S.C. – costi personale anno 2008	€ 4.093.949
C.S.C. – costi personale anno 2009	€ 3.879.901
D.S.C. c/o AouUd – costi personale 2010	€ 3.807.661

Relativamente all'attuazione, nell'ultimo triennio, del processo pianificatorio descritto in precedenza, va innanzitutto considerato che i programmi e gli obiettivi annuali del Servizio sanitario regionale vengono definiti in sede di approvazione delle "Linee annuali per la gestione del S.S.R" da parte della Giunta regionale. Questo documento sta a monte dei programmi aziendali, delle specifiche linee di attività e dei correlati bilanci economici preventivi.

Nel corso di ciascun esercizio la Regione espleta i controlli periodici sulla gestione ed in sede di rendicontazione trimestrale viene valutata l'eventualità di interventi correttivi alla programmazione.

Il controllo annuale coincide con la formalizzazione del "consolidato consuntivo", che esibisce i risultati ottenuti in relazione ai programmi, ivi compresi quelli economici.

Un'analisi completa sui risultati è pertanto possibile soprattutto attraverso l'esame dei suddetti documenti, ai quali si fa rinvio per gli approfondimenti del caso.

In questa sede si reputa utile limitarsi a riportare alcuni indicatori di attività maggiormente significativi, ponendo a confronto i dati relativi all'anno 2007 con quelli del 2010.

Tab. 2

**Alcuni indicatori di attività ospedaliera**

		<b>2007</b>	<b>2010</b>	
Accessi pronto soccorso (codice bianco)		49,40%	45,20%	- 4,2%
Spedalizzazione residenti		148%	146,10%	- 1,9%
Ricoveri ordinari	n.	154.766	149.650	- 3,3%
Ricoveri day-hospital	n.	47.545	53.124	+ 11,7%
Prestazioni ambulatoriali	n.	16.373.876	17.218.770	+ 5,2%
Dimessi con procedura di rivascolarizzazione	n.	2.494	2.518	+ 1,0%
Dimessi con procedura di protesi ortopedica	n.	4.091	4551	+ 11,2%

Il primo indicatore, ad esempio, sta ad indicare un'accresciuta propensione all'uso appropriato dei Servizi per l'emergenza, data la contrazione dei "codici bianchi" che sono indicativi di problemi non urgenti e di minima rilevanza.

I dati sui ricoveri esprimono la tendenza, ormai consolidatasi, del ricorso sempre minore al ricovero ordinario, per privilegiare i trattamenti in regime di day-hospital ed ambulatoriali, il cui numero è effettivamente assai aumentato.

A fronte della rilevata riduzione della spedalizzazione dei residenti in Regione (-1,9%), il numero complessivo dei ricoveri ordinari e di quelli in day hospital è passata da 202.311 a 202.774, con un lieve incremento dello 0,2%: questi dati stanno anche ad indicare che l'attività di ricovero è aumentata nei confronti di non residenti.

I dati sui dimessi per rivascolarizzazione cardiaca e quelli per protesi ortopedica (anca, ginocchio, spalla) – i quali sono universalmente considerati indicatori della capacità di risposta delle strutture alla domanda sanitaria – mostrano che gli incrementi registrati negli ultimi anni favoriscono il superamento delle criticità connesse ai tempi d'attesa per tali tipologie di ricovero.

Tab. 3

#### **Alcuni indicatori di attività sul territorio**

		<b>2007</b>	<b>2010</b>	
Dimessi RSA	n.	9.073	9.530	+ 5,0%
Dimessi <i>Hospice</i>	n.	588	844	+ 43,5%
Utenti Assistenza infermieristica domiciliare	n.	30.559	35.036	+ 14,7%
Accessi Assistenza infermieristica domiciliare	n.	470.658	564.876	+ 20,0%
Utenti Assistenza Riabilitativa domiciliare	n.	9.816	11.422	+ 16,4%
Accessi Assistenza Riabilitativa domiciliare	n.	49.448	53.488	+ 8,2%

I dati sullo sviluppo delle attività svolte a livello distrettuale appaiono in tutta la loro evidenza e non richiedono commenti, considerando in particolare che il numero di utenti dell'assistenza infermieristica a domicilio è aumentato di quasi il 15% e quello di utenti dell'assistenza riabilitativa di oltre il 16%.

Sul versante delle risorse, segnatamente quelle umane, che garantiscono lo svolgimento delle attività e della gestione, va premesso che il 2009 rappresenta l'anno in cui il Servizio sanitario regionale ha raggiunto la massima dimensione delle unità di personale dipendente, con un numero complessivo pari a 20.607 <sup>(2)</sup>.

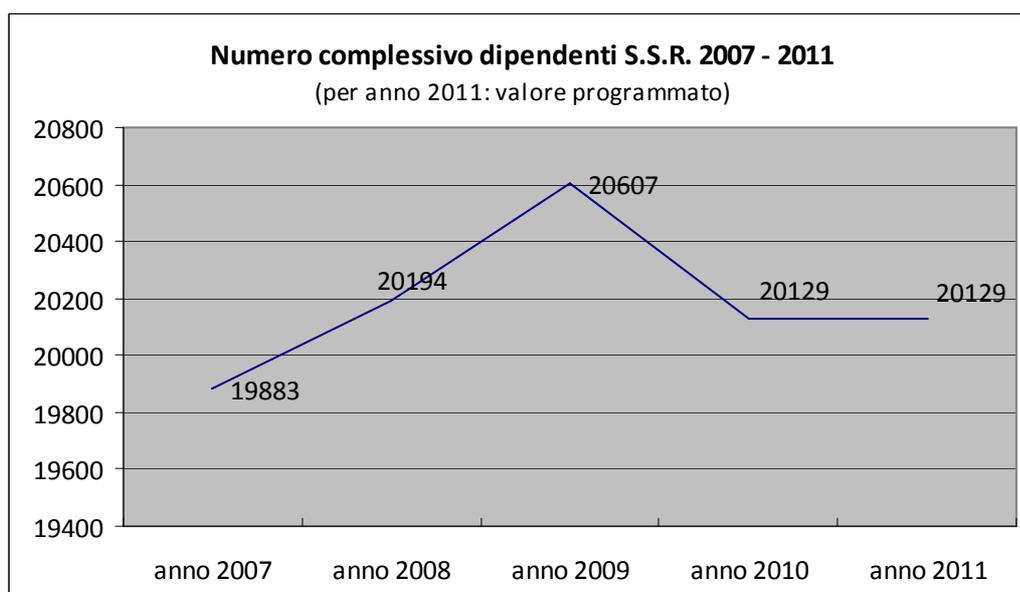
Particolare interesse si ricava dall'analisi di alcuni dati sulla dinamica nel triennio del personale dipendente dalle undici Istituzioni del Servizio sanitario regionale:

Tab. 4

### Personale dipendente

(Aziende del S.S.R.)

		<b>2007</b>	<b>2010</b>		
Complessivo	n.	19.883	20.129	+ 246	+ 1,2%
Infermieri Professionali (cat. D e DS)	n.	6.547	6.824	+ 277	+ 4,2%
O.S.S. - Operatori SocioSanitari	n.	1.991	2.332	+ 341	+ 17,1%
Personale Amministrativo	n.	1.975	1.918	- 57	- 2,9%



<sup>(2)</sup> Il numero differisce di 21 unità rispetto al dato del conto annuale 2009 del MEF (ved. tabelle 5 e seguenti), in quanto il computo della forza è avvenuto con criteri di aggregazione parzialmente differenti.

Viene innanzitutto posto in evidenza che nel triennio vi è stato un incremento complessivo di 246 unità di personale.

Considerando in particolare le principali figure professionali che sono dedicate all'assistenza sanitaria, ossia il personale infermieristico e gli operatori socio sanitari, si sottolinea il significativo incremento che la tabella mette bene in luce.

L'avvio del percorso indicato dal Piano sociosanitario per la razionalizzazione organizzativa attraverso l'accentramento e il riordino di funzioni amministrative e di supporto risulta evidente dalla rilevata riduzione del personale amministrativo.

---ooOoo---

#### Interventi di potenziamento / sviluppo realizzati nel S.S.R nel triennio 2008-2010

Vengono di seguito elencati i principali interventi di miglioramento dei servizi sanitari realizzati dalle Aziende negli ultimi anni, omettendo per semplicità l'elenco delle nuove dotazioni tecnologiche acquisite o gli investimenti edili – impiantistici che hanno consentito l'adeguamento delle strutture e gli aggiornamenti tecnologici.

#### Area vasta Giuliano Isontina

##### *Azienda per i Servizi sanitari n. 1 Triestina:*

Attivazioni: nuovi posti letto (9) RSA; servizio interdisciplinare interaziendale per la diagnosi e il trattamento delle ulcere degli arti inferiori; Ambulatorio Terapia del dolore; ambulatorio di presa in carico pazienti con cardiopatia cronica e ambulatorio infermieristico di continuità assistenziale presso il Centro cardiovascolare; presidio in ambito portuale del Dipartimento di Prevenzione; Laboratorio "fibre"; Presidio distrettuale di Medicina generale; presidio di Medicina dello Sport; servizio SID di reperibilità infermieristica distrettuale sulle 24 ore per pazienti oncologici; presidio infermieristico di ASS1 presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Cattinara; servizio infermieristico 7 giorni su 7 del Dipartimento delle Dipendenze presso il Carcere di

Trieste; ambulatori dei CSM nelle sedi dei Distretti; percorso di continuità assistenziale per la presa in carico dei pazienti con scompenso cronico dimessi dai reparti ospedalieri; percorso interaziendale per la gestione del piede diabetico.

*Azienda per i Servizi sanitari n. 2 Isontina:*

Attivazione nuovo ospedale sede di Gorizia; da 8 a 16 posti letto CSM nelle 24 ore; Nucleo transmurale Cure Palliative (Distretto Basso Isontino); ambulatorio infermieristico Romans d'Isonzo e Mariano del F.; "Progetto sorriso" odontoiatria - prev. primaria carie (Distretto Alto Isontino).

Potenziamento Servizio Infermieristico Domiciliare (+ 5,2% utenti) e Servizio Riabilitativo Domiciliare (+ 23,8% utenti); potenziamento procedure trattamento piede diabetico.

*Azienda ospedaliero universitaria di Trieste:*

Attivazioni: Servizio di senologia; Centro Prime Cure presso Ospedale Maggiore, con ASS 1; posti letto di Terapia intensiva (+13) e di Recovery Room (+16).

Potenziamento: incremento attività operatoria ortopedica e di day surgery; attività di angiografia; estensione servizi di guardia attiva e potenziamento di turni infermieristici.

*IRCCS "Burlo Garofolo"*

Attivazioni: reparto di degenza del dipartimento di chirurgia; terapia intensiva neonatale; partoanalgesia sulle 24 ore.

Potenziamento: attività di procreazione medicalmente assistita con adesione agli standard di qualità della Regione FGV (accreditamento istituzionale)

Area vasta Udinese

*Azienda per i Servizi sanitari n. 3 Alto Friuli:*

Attivazioni: CSM sulle 24 ore a Gemona; Infermiere di comunità nei comuni di Moggio Udinese, Resiutta e Tarvisio; Presenza dei pediatri ospedalieri in zone scoperte dal PLS (Tarvisio e Pontebba); - Apertura di 3 posti letto di hospice a Tolmezzo; Apertura CSM 24h a Tolmezzo; ambulatorio *Early Arthritis* in medicina; 6 posti letto di post acuti presso la medicina di Gemona e riorganizzazione reparto per intensità di cure; una sede del servizio riabilitativo aziendale ad Arta terme ed attivazione prestazioni ex art. 26 L.833; attività screening audiologico per i neonati; Distribuzione per Conto di una lista di farmaci PHT

*Azienda per i Servizi sanitari n. 4 Medio Friuli:*

Attivazioni: da 9 a 24 p.l. (+15) RSA a S. Daniele; +5 posti letto di Nefrologia (Medicina generale S. Daniele); Attivazione Hospice provvisorio con 15 p.l.; 11 nuove sedi di infermiere di comunità nei

comuni di Udine, Tarcento, San Daniele, Codroipo e Cividale; Punti Unici di accesso distretti di Udine, Codroipo, S. Daniele. *Inoltre, nell'ambito delle attività sociali delegate: attivazione di 17 p.l. (da 129 a 146) Casa di Riposo San Daniele; Attivazione Centro Gravi Gravissimi – diurno e Centro Gravi Gravissimi – residenziale; Attivazione offerta residenziale per anziani con problemi di salute mentale).*

Strutturazione e potenziamento Neuropsichiatria Infantile; rafforzamento rete cure palliative; potenziamento servizi di assistenza ospedaliera (Endoscopia, Ostetricia-Nido, Alcolgia, SOPDC); potenziamento servizi di prevenzione (Medicina del lavoro, Igiene degli ambienti confinati; Ampliamento Post acuzie Ospedale San Daniele; Potenziamento CSM 12h Cividale, Codroipo, Tarcento.

*Azienda per i Servizi sanitari n. 5 Bassa Friulana:*

Attivazioni: Hospice con 6 p.l. (Latisana), hospice con 4 p.l. (Palmanova); Punto Unico di accesso (Distretto est); Ambulatorio Tabagismo; Sportello Info Fumo e Info Azzardo; Struttura complessa Medicina del Dolore e Palliativa; Ambulatorio “Terapia del dolore e cure palliative” presso RSA Palmanova; Ambulatori Nutrizione Artificiale Domiciliare - NAD presso RSA Palmanova e Latisana; Guardia attiva pediatrica Ospedali Palmanova e Latisana; Partoanalgesia a Latisana; Servizio domiciliare 7 giorni su 7; Guardia medica pediatrica H Palmanova.

*Azienda ospedaliero universitaria di Udine:*

Attivazione sezione di Cure Palliative all'interno del Dipartimento di Oncologia.

Area vasta Pordenonese

*Azienda per i Servizi sanitari n. 6 Friuli occidentale:*

Attivazioni: Rete delle cure palliative per l'assistenza a domicilio dei pazienti in fase terminale (collaborazione Distretti, CRO, Hospice San Vito al T., MMG); Unità funzionale delle malattie infettive; modulo per pazienti neurologici presso la residenza protetta ‘Casa Serena’ di Pordenone (+18 pl); Equipe per la dipendenza da gioco d'azzardo; Equipe per la dipendenza da tabacco; Gruppi terapeutici per familiari di soggetti con dipendenza e avviamento di gruppi territoriali di auto mutuo aiuto.

Potenziamento: RSA di Sacile da 26 a 32 (+ 6 pl); Hospice di S. Vito al T.to da 5 a 10 p.l.; attività di specialistica ambulatoriale Maniago: 5 ore/sett. neurologia, 5 pneumologia, 5 urologia, 6 cardiologia, e Claut: 4 ore/sett pediatria.

*Azienda ospedaliera di Pordenone:*

Attivazione Stroke Unit con 7 posti letto; Unità per post acuti con 19 p.l. (Sacile); Unità funzionale per la diagnosi e cura del piede diabetico; Struttura internistica per acuti a minore intensità assistenziale; cure

palliative pediatriche domiciliari; nuovo gruppo sale parto nell'Ospedale di San Vito.

*IRCCS Centro di riferimento Oncologico:*

Attivazioni: Attività a livello di area vasta pordenonese relativa alle cure palliative e terapia del dolore per i pazienti oncologici in assistenza domiciliare; Ambulatorio di Stomoterapia per la cura e la gestione delle stomie; Ambulatorio di Oncologia Riabilitativa per persone libere da malattia da almeno 5 anni; Psicologia Oncologica per il miglioramento continuo nella rete assistenziale dedicata alle cure palliative; Biobanca; Potenziamento: estensione all'utenza esterna dell'ambulatorio endocrino-oncologico ginecologico; estensione dell'attività di preparazione dei farmaci antitumorali al presidio ospedaliero di San Vito; ambulatorio pazienti oncologici anziani.

## **BENCHMARKING INTERREGIONALE**

Nel presente paragrafo viene posta a confronto la situazione rilevata nella nostra Regione rispetto alle altre Regioni, in primo luogo in relazione alla risorsa più importante, il personale, e successivamente con riferimento ai costi dei servizi appaltati, all'attività sanitaria convenzionata e alla mobilità extraregionale.

Siffatti confronti richiedono sempre di essere valutati con una certa cautela, data la presenza di situazioni assai differenti da Regione a Regione: si assuma a titolo di esempio l'assistenza ospedaliera convenzionata, che ha un'incidenza molto contenuta nella nostra Regione, mentre in altre Regioni, soprattutto al Centro e nel Meridione d'Italia, esprime una quota rilevante del costo totale della sanità. È quindi evidente che il confronto sull'incidenza del personale dipendente dal Servizio sanitario pubblico risente in misura rilevante di questo fattore portato come esempio, ma che del resto è il più rilevante.

Tab. 5

### **Abitanti per unità di personale**

	<b>2009</b>		
	Popolazione al 1° gen. 2010 (*)	Dipendenti al 31.12.2009 (**)	<b>Abitanti per unità di personale</b>
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	<b>1.234.079</b>	<b>20.586</b>	<b>59,95</b>
LIGURIA	1.615.986	26.008	62,13
AOSTA	127.866	2.053	62,28
TRENTINO	1.028.260	16.149	63,67
TOSCANA	3.730.130	52.224	71,43
EMILIA	4.395.569	60.033	73,22
PIEMONTE	4.446.230	58.884	75,51
SARDEGNA	1.672.404	21.661	77,21
MARCHE	1.559.542	20.138	77,44
UMBRIA	900.790	11.125	80,97
VENETO	4.912.438	60.644	81,00
MOLISE	320.229	3.921	81,67
CALABRIA	2.009.330	22.706	88,49
ABRUZZO	1.338.898	14.969	89,44
LOMBARDIA	9.826.141	102.569	95,80
PUGLIA	4.084.035	39.263	104,02
SICILIA	5.042.992	46.988	107,33
LAZIO	5.681.868	52.337	108,56
CAMPANIA	5.824.662	52.041	111,92
BASILICATA	588.879	4.698	125,35
<b>TOTALE</b>	<b>60.340.328</b>	<b>688.997</b>	<b>87,58</b>

(\*) fonte: ISTAT <http://demo.istat.it/pop2010/index.html>

(\*\*) Conto annuale 2009 MEF – S.S.N. nazionale - personale in servizio al 31 dicembre - distribuzione geografica

Spicca il primo posto che la nostra Regione assume in Italia, ed anche fra le Regioni maggiormente suscettibili di essere confrontate fra loro, per quanto riguarda il rapporto Abitanti / Dipendenti del Servizio sanitario pubblico.

Per rendere più agevole il confronto, anche sulle successive tabelle, s'è ritenuto opportuno escludere i dati relativi alle dieci Regioni Marche, Abruzzo, Molise, Lazio, Campania, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna, e ciò proprio per limitarsi all'esame delle situazioni relative alle seguenti dieci Regioni più confrontabili:

Tab. 6

### **Abitanti per unità di personale**

	<b>2009</b>		
	Popolazione al 1° gen. 2010 (*)	Dipendenti al 31.12.2009 (**)	<b>Abitanti per unità di personale</b>
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	<b>1.234.079</b>	<b>20.586</b>	<b>59,9</b>
LIGURIA	1.615.986	26.008	62,1
VALLE D'AOSTA	127.866	2.053	62,3
TRENTINO ALTO ADIGE	1.028.260	16.149	63,7
TOSCANA	3.730.130	52.224	71,4
EMILIA ROMAGNA	4.395.569	60.033	73,2
PIEMONTE	4.446.230	58.884	75,5
UMBRIA	900.790	11.125	81,0
VENETO	4.912.438	60.644	81,0
LOMBARDIA	9.826.141	102.569	95,8
<b>ITALIA</b>	<b>60.340.328</b>	<b>688.997</b>	<b>87,58</b>

(\*) fonte: ISTAT <http://demo.istat.it/pop2010/index.html>

(\*\*) Conto annuale 2009 MEF – S.S.N. nazionale - personale in servizio al 31 dicembre - distribuzione geografica

Considerando ora la variazione percentuale intervenuta fra l'anno 2003 ed il 2009 sulla consistenza numerica del personale dipendente, troviamo anche qui confermato un primo posto per il Friuli Venezia Giulia, con un incremento

registrato di ben l'11,4%, a fronte di altre situazioni (es. Lombardia, Umbria) caratterizzate invece da una sostanziale stabilità:

Tab. 7

## Variazione del personale

N° dipendenti (\*) S.S.N. al:

	31 dic. 2003	31 dic. 2006	31 dic. 2009	<b>Δ 2003 / 2009</b>
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	<b>18.480</b>	<b>18.906</b>	<b>20.586</b>	<b>+ 11,4%</b>
TRENTINO ALTO ADIGE	14.841	15.426	16.149	+ 8,8%
EMILIA ROMAGNA	56.919	57.501	60.033	+ 5,5%
TOSCANA	49.684	50.146	52.224	+ 5,1%
VENETO	58.990	58.984	60.644	+ 2,8%
PIEMONTE	57.635	56.988	58.884	+ 2,2%
VALLE D'AOSTA	2.010	2.074	2.053	+ 2,1%
LOMBARDIA	102.842	100.310	102.569	- 0,3%
UMBRIA	11.179	10.979	11.125	- 0,5%
LIGURIA	26.484	26.024	26.008	- 1,8%

(\*) Conto annuale 2003, 2006, 2009 MEF - Servizio sanitario nazionale - personale in servizio al 31 dicembre - distribuzione geografica

Dopo aver constatato che la Regione Friuli Venezia Giulia si colloca al primo posto sia per quanto riguarda il parametro degli abitanti per unità di personale dipendente appartenente a tutti i profili professionali, sia per la variazione in aumento intervenuta fra gli anni 2003 ed il 2009, nelle successive tabelle sarà esaminato il posizionamento della nostra Regione, fra le Regioni considerate, per quanto riguarda il rapporto Abitanti / Dipendenti per categoria professionale e, più precisamente, per:

Dirigenti medici

Dirigenti non medici

Personale non dirigente (totale area del comparto)

Personale infermieristico

Personale tecnico sanitario

Personale di riabilitazione

I dati sugli organici del personale sono ricavati dal Conto annuale 2009, l'ultimo disponibile per la consultazione, pubblicato dal Ministero dell'Economia e Finanze, e sono riferiti al 31 dicembre di quell'anno.

Tab. 8

<b>Abitanti per unità di personale DIRIGENTE MEDICO</b>	<b>2009</b>	
	Dirigenti Medici al 31.12.2009 (**)	<b>Abitanti per unità di personale</b>
LIGURIA	4.052	398,8
VALLE D'AOSTA	299	427,6
TOSCANA	8.082	461,5
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	<b>2.620</b>	<b>471,0</b>
UMBRIA	1.874	480,7
PIEMONTE	8.840	503,0
EMILIA ROMAGNA	8.481	518,3
TRENTINO ALTO ADIGE	1.834	560,7
VENETO	7.919	620,3
LOMBARDIA	14.332	685,6

Tab. 9

<b>Abitanti per unità di personale Dirigente NON medico</b>	<b>2009</b>	
	Dirigenti non Medici al 31.12.2009 (**)	<b>Abitanti per unità di personale</b>
LIGURIA	781	2069,1
VALLE D'AOSTA	58	2204,6
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	<b>536</b>	<b>2302,4</b>
TRENTINO ALTO ADIGE	425	2419,4
EMILIA ROMAGNA	1.805	2435,2
TOSCANA	1.472	2534,1
UMBRIA	328	2746,3
PIEMONTE	1.447	3072,7
LOMBARDIA	2.794	3516,9
VENETO	1.383	3552,0

(\*\*) Conto annuale 2009 MEF - Servizio sanitario nazionale - personale in servizio al 31 dicembre - distribuzione geografica

Tab. 10

<b>Abitanti per unità di personale non dirigente (comparto sanità)</b>	<b>2009</b>	
	Personale del comparto al 31.12.2009 (**)	<b>Abitanti per unità di personale</b>
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	<b>17.282</b>	<b>71,4</b>
TRENTINO ALTO ADIGE	13.800	74,5
LIGURIA	21.052	76,8
VALLE D'AOSTA	1.658	77,1
TOSCANA	42.280	88,2
EMILIA ROMAGNA	49.119	89,5
PIEMONTE	47.989	92,7
VENETO	50.847	96,6
UMBRIA	8.757	102,9
LOMBARDIA	84.519	116,3

Tab. 11

<b>Abitanti per unità di personale infermieristico</b>	<b>2009</b>	
	Personale infermieristico al 31.12.2009 (**)	<b>Abitanti per unità di personale</b>
LIGURIA	10.762	150,2
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	<b>8.082</b>	<b>152,7</b>
TRENTINO ALTO ADIGE	6.127	167,8
TOSCANA	21.716	171,8
EMILIA ROMAGNA	24.967	176,1
UMBRIA	4.730	190,4
VALLE D'AOSTA	663	192,9
VENETO	24.961	196,8
PIEMONTE	22.053	201,6
LOMBARDIA	38.511	255,2

(\*\*) Conto annuale 2009 MEF - Servizio sanitario nazionale - personale in servizio al 31 dicembre - distribuzione geografica

Tab. 12

<b>Abitanti per unità di personale tecnico sanitario</b>	<b>2009</b>	
	Personale tecnico sanitario al 31.12.2009 (**)	<b>Abitanti per unità di personale</b>
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	<b>1.300</b>	<b>949,3</b>
VALLE D'AOSTA	133	961,4
LIGURIA	1.549	1043,2
TOSCANA	3.302	1129,7
TRENTINO ALTO ADIGE	817	1258,6
PIEMONTE	3.382	1314,7
EMILIA ROMAGNA	3.302	1331,2
UMBRIA	667	1350,5
VENETO	3.008	1633,1
LOMBARDIA	5.543	1772,7

Tab. 13

<b>Abitanti per unità di personale della riabilitazione</b>	<b>2009</b>	
	Personale di riabilitazione al 31.12.2009 (**)	<b>Abitanti per unità di personale</b>
TRENTINO ALTO ADIGE	756	1360,1
VALLE D'AOSTA	88	1453,0
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	<b>708</b>	<b>1743,0</b>
LIGURIA	888	1819,8
EMILIA ROMAGNA	2.228	1972,9
VENETO	2.201	2231,9
TOSCANA	1.597	2335,7
PIEMONTE	1.807	2460,6
UMBRIA	365	2467,9
LOMBARDIA	3.496	2810,7

(\*\*) Conto annuale 2009 MEF - Servizio sanitario nazionale - personale in servizio al 31 dicembre - distribuzione geografica

Le tabelle riportate sopra confermano il posizionamento del Friuli Venezia Giulia ai primi posti fra le Regioni per quanto riguarda il rapporto Abitanti / Dipendenti, anche considerando le categorie professionali all'interno della dotazione complessiva.

Il primo posto viene confermato per il personale appartenente all'intera area del comparto (tab. 10).

All'interno di quest'area il primo posto si conserva per il personale tecnico sanitario (tab. 12); per il personale infermieristico (tab. 11) il Friuli Venezia Giulia, al secondo posto, è appena al di sotto del dato della Liguria; per il personale della riabilitazione (tab. 13) si è alla terza posizione dopo Trentino e Valle d'Aosta.

Per quanto riguarda l'area della dirigenza, la Regione Friuli Venezia è preceduta da Liguria e Valle d'Aosta relativamente ai dati dei Dirigenti non medici (tab. 9) ed anche dalla Toscana per i Dirigenti Medici (tab. 8).

Come è stato in precedenza accennato, tuttavia, il dimensionamento delle dotazioni di personale – soprattutto se si è proceduto a parametrarlo in rapporto ai cittadini residenti come nel nostro caso – dev'essere valutato negli specifici contesti, i quali possono differire anche notevolmente, in special modo per i seguenti fattori:

- dimensione dei servizi appaltati: ci si aspetta che le realtà con maggiore propensione all'esternalizzazione dei servizi diretti o di supporto presentino una minore dimensione dell'organico di personale;
- mobilità sanitaria dei cittadini fra le diverse Regioni: le realtà che esercitano una forte attrazione nei confronti di cittadini non residenti necessitano evidentemente di maggiori risorse di personale, commisurate all'eccedenza di attività rispetto ai residenti;
- entità dei convenzionamenti con le strutture sanitarie private: l'espletamento di attività sanitarie in convenzionamento esterno riduce l'entità di personale e di fattori produttivi occorrenti al Servizio sanitario pubblico.

Tab. 14

**Incidenza costo servizi e appalti sul totale - Anno 2007 (\*)**

	Servizi e appalti (valori in migliaia di €)	Totale costi 2007 (valori in migliaia di €)	Incidenza Servizi e appalti su totale costi
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	<b>180.556</b>	<b>2.193.611</b>	<b>8,2%</b>
TOSCANA	406.062	6.454.263	6,3%
LIGURIA	176.600	3.135.564	5,6%
EMILIA ROMAGNA	420.420	7.714.241	5,4%
UMBRIA	80.653	1.498.692	5,4%
VENETO	417.513	8.303.009	5,0%
LOMBARDIA	621.548	16.246.502	3,8%
TRENTINO ALTO ADIGE	73.001	2.035.112	3,6%
VALLE D'AOSTA	9.423	267.569	3,5%
PIEMONTE	276.085	7.871.947	3,5%

(\*) Fonte: AGE.NA.S. - Analisi della spesa sanitaria attraverso i C.E. - estratto Monitor - Tabelle regionali

Tab. 15

**Mobilità extraregionale ospedaliera (\*)**

	<b>2009</b>		
	Valore attrazione	Valore fuga	Saldo
LOMBARDIA	689.219.867	285.425.518	+ 403.794.349
EMILIA ROMAGNA	511.926.676	189.225.288	+ 322.701.388
TOSCANA	255.851.892	150.739.896	+ 105.111.996
VENETO	274.817.222	184.537.785	+ 90.279.438
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	78.721.342	56.452.210	<b>+ 22.269.132</b>
PIEMONTE	212.471.861	195.879.111	+ 16.592.750
UMBRIA	88.811.911	77.437.884	+ 11.374.028
TRENTINO ALTO ADIGE	64.732.796	77.436.903	- 12.704.107
VALLE D'AOSTA	6.859.283	23.532.386	- 16.673.103
LIGURIA	125.842.759	160.350.913	- 34.508.154

(\*) Fonte: Coordinamento interregionale sulla mobilità sanitaria c/o Regione Umbria. Addebiti iniziali anno 2009 flusso A (ricoveri ordinari e day hospital) e flusso C (specialistica ambulatoriale)

**Attività sanitaria convenzionata - Anno 2007 (\*)**

	Ospedaliera + Specialistica + Riabilitativa	Totale costi 2007	Incidenza attività sanitaria conven- zionata su totale costi
	(migliaia di €)	(migliaia di €)	
Lombardia	3.035.231	16.246.502	18,7%
Liguria	459.832	3.135.564	14,7%
Piemonte	866.157	7.871.947	11,0%
Veneto	889.026	8.303.009	10,7%
Emilia Romagna	722.912	7.714.241	9,4%
Toscana	421.747	6.454.263	6,5%
Valle d'Aosta	15.382	267.569	5,7%
Umbria	77.746	1.498.692	5,2%
Trentino Alto Adige	98.621	2.035.112	4,8%
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	<b>94.894</b>	<b>2.193.611</b>	<b>4,3%</b>

(\*) Fonte: AGE.N.A.S. - *Analisi della spesa sanitaria attraverso i C.E.- Conti Economici - estratto Monitor - Tabelle regionali*

Come si può osservare, le precedenti tre tabelle non sembrano indicare univocamente una conferma delle considerazioni appena espresse: per il Friuli Venezia Giulia, ad esempio, il rilevato primato nelle dotazioni di personale trova delle parziali motivazioni sul fronte della mobilità sanitaria (tab. 15) e dell'attività sanitaria convenzionata (tab. 16), ma non certamente per l'incidenza dei servizi appaltati, che è la più alta proprio per la nostra Regione fra quelle considerate.

Valutazioni analoghe possono essere fatte anche per le altre Regioni, come ad esempio la Lombardia, che presenta il più elevato rapporto Abitanti / Dipendenti (95,8 come da tabella 6), avvalorato peraltro dalla più elevata incidenza delle attività sanitarie in convenzione. Un ruolo opposto viene tuttavia esercitato dalla mobilità, che presenta il saldo più elevato proprio a favore della Lombardia (tab. 15).

Si è voluto, a questo punto, recuperare il dato iniziale relativo al rapporto Abitanti / Dipendenti, neutralizzando per quanto possibile gli effetti rilevati per i servizi appaltati, la mobilità interregionale e l'assistenza ospedaliera convenzionata.

La notevole differenziazione di situazioni rilevata all'interno della categoria dei servizi appaltati, non solo fra le Regioni ma anche fra le aziende di una medesima Regione a causa di tipologie di appalti che richiedono l'impiego di personale in misura assai diversificata, ha suggerito di limitare la simulazione del ricalcolo delle unità di personale considerando esclusivamente la mobilità e l'assistenza ospedaliera convenzionata.

Si osservi innanzitutto che le Regioni con un saldo attivo di mobilità impiegano personale e risorse oltre le esigenze riferite ai propri residenti, e di conseguenza è stato stimato un numero di unità di personale da portare in detrazione al numero effettivo di dipendenti.

Per converso, l'attività sanitaria svolta dalle strutture convenzionate si traduce in unità di personale che andrebbero aggiunte alle dotazioni effettive del pubblico.

Sia per la mobilità sanitaria, sia per l'attività sanitaria convenzionata, va considerato che trattasi di attività entrambe di carattere ospedaliero. Poiché l'incidenza del costo del personale in ambito ospedaliero è stata calcolata attorno al 58%, questa percentuale è stata applicata ai valori dei saldi della mobilità (da tab. 15) e all'assistenza sanitaria convenzionata. Successivamente, per ottenere la stima numerica di unità di personale destinate alle attività considerate, i dati risultanti sono stati divisi per il costo medio delle retribuzioni nel Servizio sanitario rilevato sul conto annuale 2009 del Ministero dell'Economia e Finanze (€ 35.788 + oneri riflessi 36,5%) .

Quantunque i dati numerici del personale si riferiscano all'anno 2009 e quelli sulla mobilità e l'assistenza sanitaria convenzionata all'anno 2007 (gli ultimi disponibili nell'analisi dell'Age.na.s., Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali), si è ugualmente proceduto al seguente ricalcolo, considerato sia che variabilità dei dati nell'arco di due anni non è significativamente ampia, sia che si è comunque trattato di ricavare valori stimati.

Tab. 17

**Ricalcolo del rapporto Abitanti / dipendenti, al netto della mobilità sanitaria interregionale e dell'assistenza sanitaria convenzionata**

	Abitanti per unità di personale (=tab.6)	N° Dipendenti effettivi	Unità di personale per mobilità sanitaria	Unità di personale per attività sanitaria convenzionata	N° virtuale dipendenti	Rapporto virtuale Abitanti / dipendenti
LIGURIA	62,1	26.008	+ 410	+ 5.460	31.877	50,7
VALLE D'AOSTA	62,3	2.053	+ 198	+ 183	2.434	52,5
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	<b>59,9</b>	<b>20.586</b>	- 264	+ 1.127	21.448	<b>57,5</b>
TRENTINO ALTO ADIGE	63,7	16.149	+ 151	+ 1.171	17.471	58,9
PIEMONTE	75,5	58.884	- 197	+ 10.284	68.971	64,5
TOSCANA	71,4	52.224	- 1.248	+ 5.007	55.983	66,6
EMILIA ROMAGNA	73,2	60.033	- 3.831	+ 8.583	64.785	67,8
VENETO	81,0	60.644	- 1.072	+ 10.555	70.127	70,1
LOMBARDIA	95,8	102.569	- 4.794	+ 36.037	133.812	73,4
UMBRIA	81,0	11.125	- 135	+ 923	11.913	75,6

In particolare si osserva che la Regione Friuli Venezia Giulia, passando al terzo posto, cede alla Liguria il primo posto precedentemente occupato; al secondo posto si colloca ora la Valle d'Aosta. Il valore più elevato del rapporto Abitanti / Dipendenti, già della Lombardia, è ora dell'Umbria.

Peraltro, si può ancora considerare che nel ricalcolo appena esposto, come detto sopra, non sono stati considerati gli effetti dei “servizi appaltati” a causa delle disomogeneità fra le diverse tipologie di appalti relativamente all'impiego di personale. Tale categoria di costi, come mostra la precedente tabella 14, indica però l'incidenza più elevata proprio nella Regione Friuli Venezia (l'8,2% a fronte del 3,8% della Lombardia o del 3,5% del Piemonte) e questo fa supporre che, ove fosse possibile considerare nel ricalcolo anche i servizi appaltati, probabilmente la nostra Regione tornerebbe ad occupare una posizione più alta.

---ooOoo---

Dopo le analisi orientate al personale dipendente, si riportano di seguito i risultati di studi condotti dall'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali –

Age.na.s. (3), per misurare e valutare l'attività sanitaria, ed in particolare di quella ospedaliera.

A tale scopo sono stati elaborati particolari indicatori sintetici idonei a valutare, ad esempio, le molteplici attività ospedaliere tra loro differenti, attribuendo alle stesse un valore per compararle con i costi di produzione.

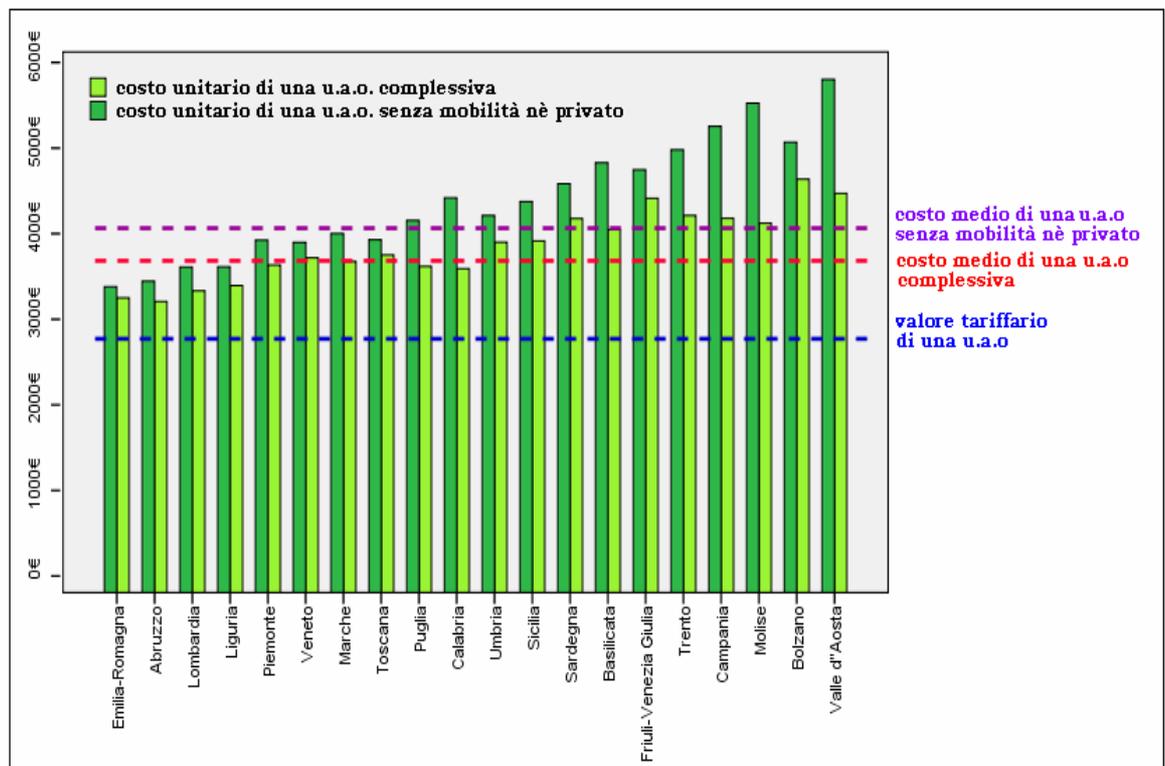
Uno fra gli indicatori è la U.A.O., ossia l'unità di misura dell'attività ospedaliera, che si basa sulla rappresentazione del numero di ricoveri ordinari acuti equivalenti calcolati su tutta l'attività assumendo come variabile il loro valore tariffario e come unità di misura il valore medio dei ricoveri acuti ordinari. Per semplicità, può essere intesa come una sorta di "prestazione tipo" ospedaliera.

L'analisi ha distintamente mostrato il posizionamento di ciascuna Regione per quanto riguarda sia il costo unitario di una U.A.O., sia il costo al netto della mobilità e dell'assistenza sanitaria convenzionata.

Tab. 18

### Costi unitari di produzione per U.A.O.

(fonte: Age.na.s. – Cesare Cislighi – Analisi degli elementi si spesa del Servizio sanitario regionale – Trieste 1° marzo 2010)



(3) Age.na.s. – Cesare Cislighi – Analisi degli elementi si spesa del Servizio sanitario regionale – Trieste 1° marzo 2010

Si può osservare che i costi di una singola U.A.O. (intesa, si ripete, come una sorta di prestazione ospedaliera “tipo”) erogata nella Regione Friuli Giulia sono abbastanza elevati: al terzo posto in Italia per una U.A.O. complessiva, dopo la Provincia autonoma di Bolzano e Regione autonoma Valle d’Aosta. (Il costo della U.A.O. complessiva tiene conto anche della mobilità e del convenzionamento con il privato).

L’elevato costo che comunque caratterizza la situazione della nostra Regione lascia aperto, nell’analisi che è stata fatta, l’interrogativo se si tratta dell’effetto di:

- una migliore qualità dell’assistenza
- oppure minore efficienza
- oppure maggiori costi strutturali.

Rispetto a tale interrogativo si può ritenere, anche alla luce di più dati di *benchmarking* intraregionale fra le diverse Aziende del Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia che, fermo restando l’elevato livello di qualità di assistenza riconosciuto, un ruolo importante sia esercitato nella nostra Regione da maggiori costi strutturali unitamente ad un’efficienza non ottimale.

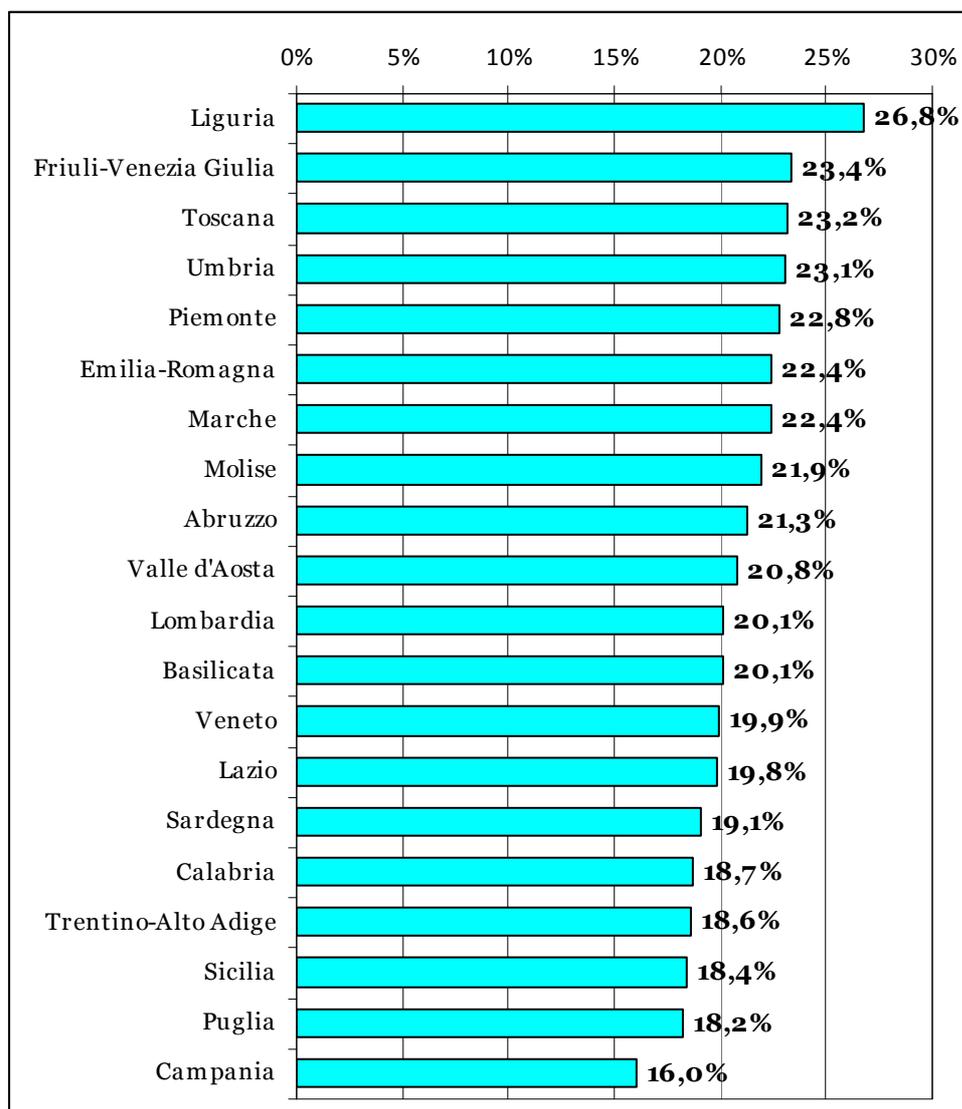
---ooOoo---

Nel confronto con le altre Regioni sui diversi aspetti d'interesse, assume particolare rilievo anche la composizione demografica, con particolare riguardo al numero di anziani di età superiore ai 65 anni: nella nostra Regione, che risulta al secondo posto in Italia, questi già rappresentano quasi un quarto della popolazione.

Tab. 19

### Classifica % degli ultra-65enni nelle Regioni

(Fonte: ISTAT – Indicatori demografici 2010 – Tab. 6)



Incidentalmente, questi dati possono suggerire qualche riflessione. Come si nota, la percentuale di ultra-65enni nella nostra Regione (23,4%) è assolutamente sovrapponibile a quella dell'Umbria (23,1%).

L'Umbria è considerata (assieme al Friuli Venezia Giulia) la Regione “*benchmark*” in Italia (4), tuttavia è anche il caso di ricordare quanto esposto nelle pagine precedenti (si vedano in particolare le precedenti tabelle 6 e 17), dove si è riscontrato un rapporto Abitanti / Dipendenti nettamente differente, il che suggerisce la possibilità di un ulteriore approfondimento per comprendere la natura dell'apparente contraddizione.

Al di là di questa riflessione, il problema degli anziani sarà ripreso anche nel successivo paragrafo per evidenziare le previste dinamiche d'incremento degli ultra-65enni, con gli immaginabili riflessi sull'organizzazione dei servizi sanitari e sui relativi costi.

---ooOoo---

---

(4) CERM - Competitività, Regole, Mercati – Centro di ricerche, Roma – “*Le differenze regionali nella governance della spesa sanitaria - La Sanità alla sfida del Federalismo*” (“SaniRegio 2” - Working Paper 2/2011), dove le Regioni Umbria e Friuli Venezia Giulia risultano le Regioni che presentano gli scarti minori dal proprio livello di spesa standard e gli indici di qualità più alti. Per la valutazione della qualità delle prestazioni sono stati usati quattro gruppi di indicatori: un gruppo derivato dal “Progetto Mattoni” del Ministero della Salute; uno dall'indagine multiscopo dell'Istat sulle famiglie italiane; uno dalla mobilità interregionale, considerata come indicatore indiretto di qualità; un quarto gruppo di indicatori è stato estratto dall’“Atlante Sanitario 2008”, costituito dal working group “Epidemiologia e Ricerca Applicata”, per il monitoraggio del rischio di ospedalizzazione nelle diverse Regioni italiane.

Per concludere la breve analisi di benchmarking interregionale, si riporta di seguito il risultato delle scelte fatte dalle Regioni (limitandosi a quelle finora considerate) per quanto riguarda l'assetto istituzionale del rispettivo Servizio sanitario.

Tab. 20

**Istituzioni pubbliche dei Servizi Sanitari Regionali e rapporto Abitanti / numero totale Istituzioni pubbliche**

	Popolazione al 1° gen. 2010	<b>TOTALE Istituzioni sanitarie pubbliche (*)</b>	<b>Rapporto abitanti / N° totale istituzioni</b>
<b>Friuli VG</b>	1.234.079	<b>11</b>	<b>112.189</b>
Valle d'Aosta	127.866	<b>1</b>	127.866
Umbria	900.790	<b>6</b>	150.132
Lombardia	9.826.141	<b>49</b>	200.533
Liguria	1.615.986	<b>8</b>	201.998
Veneto	4.912.438	<b>24</b>	204.685
Piemonte	4.446.230	<b>21</b>	211.725
Toscana	3.730.130	<b>16</b>	233.133
Emilia Romagna	4.395.569	<b>17</b>	258.563
PA Bolzano	503.434	<b>1</b>	503.434
PA Trento	524.826	<b>1</b>	524.826
		<b>155</b>	<b>207.855</b>

(\*) Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie e IRCCS

A fronte di una media di una Istituzione sanitaria pubblica ogni 207.000 nelle 10 Regioni considerate, spicca il primo posto della nostra Regione con un'Azienda sanitaria pubblica ogni 112.000 abitanti.

## QUADRO ECONOMICO

Gli stanziamenti annuali del bilancio regionale sui capitoli della sanità (riconducibili alla finalità 7 “salute” ) rappresentano oltre il 50% della totalità degli stanziamenti e negli ultimi anni, dopo l’assestamento in corso d’esercizio, essi hanno presentato, per la parte corrente (escluse le spese d’investimento) le dimensioni seguenti:

Tab. 21

### **Stanziamenti di parte corrente per la sanità**

Bilancio della Regione FVG:	Capitoli (parte corrente) della finalità 7 - SALUTE	$\Delta$ %
	€	
Assestato 2001	1.365.324.664	
Assestato 2002	1.416.660.711	+ 3,76%
Assestato 2003	1.655.618.385	+ 16,87%
Assestato 2004	1.763.196.430	+ 6,50%
Assestato 2005	1.838.168.852	+ 4,25%
Assestato 2006	1.899.811.904	+ 3,35%
Assestato 2007	2.095.819.650	+ 10,32%
Assestato 2008	2.136.941.650	+ 1,96%
Assestato 2009	2.221.746.700	+ 3,97%
Assestato 2010	2.256.310.394 *	+ 1,56%
Iniziale 2011	2.237.453.321 **	- 0,84%

(\*) importo al netto di € 4.000.000 a parziale copertura mobilità interregionale anni 1997-2004, e comprensivo di € 9.360.000 per spese di sviluppo del SISR - Sistema Informativo Sanitario Regionale (INSIEL) trasferiti a spese d’investimento.

(\*\*) importo comprensivo di € 9.360.000 per spese di sviluppo del SISR, nonché di € 31.300.000 per spese di conduzione SISR trasferiti alla competenza Funzione Pubblica per costi INSIEL.

Gli stanziamenti dell’esercizio 2010 e 2011 sono in realtà di importo inferiore ai valori esposti in tabella (rispettivamente 2.250.950.394 e 2.206.153.321), ma l’esigenza del confronto nel tempo su dati omogenei suggerisce di considerare virtualmente incluse negli stanziamenti anche le poste relative a tutti costi del Sistema Informativo Sanitario Regionale che, pur restando a carico del bilancio regionale, hanno avuto una collocazione esterna alla spesa di parte corrente della finalità 7 - salute.

Il ritmo medio di crescita tra il 2001 ed il 2008 si attesta su circa 100 milioni di euro all’anno, che in tutta evidenza mostra l’assoluta impraticabilità in

futuro di un simile *trend*, proprio in quanto si ha a che fare con oltre il 50% dell'intero bilancio regionale.

Per quanto riguarda la finalità 8 – sociale, gli stanziamenti sul bilancio regionale rappresentano indicativamente un decimo della spesa per la sanità. Il quadro che segue consente un confronto fra gli anni 2007 e 2010, ed inoltre riassume i valori degli stanziamenti per le spese d'investimento sul versante sociale negli anni medesimi:

Tab. 22

CAP	Interventi della finalità 8 - sociale	STANZIAMENTI ASSESTATI Fondi regionali	
		2007	2010
	<b>Spese correnti:</b>		
4700	Finanziamento ai Comuni singoli e associati	64.891.004	61.700.000
4518	Fondo per l'Autonomia possibile	14.200.000	18.000.000
4524	Fondo gravissimi	-	2.000.000
4519	Reddito di cittadinanza	11.000.000	-
4529	Fondo solidarietà	-	10.500.000
4499	Abbattimento rette servizi residenziali anziani non autos.	29.500.000	44.600.000
8402	Abbattimento rette servizi semiresidenz. anziani non autos.		2.000.000
4784	Centri gestori servizi per l'handicap disabili	22.160.000	27.500.000
4701	Sostegno famiglie lavoro occupazione (social card)		2.250.000
Altri	Vari interventi	21.480.830	17.494.200
	Totale parziale	163.231.834	186.044.200
4883	Copertura oneri pregressi abbattimento rette		18.486.265
	<b>Totale spese correnti</b>	<b>163.231.834</b>	<b>204.530.465</b>
Vari	<b>Spese d'investimento</b>	<b>25.756.649</b>	<b>39.623.268</b>
	<b>Totale finalità 8 - sociale (sp. correnti + sp. d'investim.</b>	<b>188.988.483</b>	<b>244.153.733</b>

È il caso di aggiungere che negli esercizi 2010 e 2011 la sanità ha dovuto farsi carico di una serie di straordinarietà in termini di costi, come, a titolo esemplificativo, oneri pregressi per abbattimento rette in strutture di accoglimento di anziani non autosufficienti (€ 18.486.000), riserve pregresse per gestione assicurativa centralizzata della responsabilità civile verso terzi e operatori della sanità (9.300.000), saldo negativo mobilità sanitaria interregionale anni dal 1997 al 2004 (4.000.000), riequilibrio nel finanziamento corrente 2011 delle Aree vaste (5.275.000), contenziosi pregressi delle sopresse Unità sanitarie locali (2.000.000).

Questi maggiori costi sono stati solo parzialmente compensati da minori costi determinati dal blocco dei contratti collettivi del personale dipendente e convenzionato, che, per effetto dell'art. 9 del decreto legge 31 maggio 2010 n. 78, determina in un anno un beneficio economico di 16.500.000.

---ooOoo---

#### Vincoli al bilancio regionale

Per meglio inquadrare la dinamica finanziaria della programmazione della spesa in relazione alle finalità 7 e 8, salute e sociale, così come si è presentata negli ultimi anni, e valutare altresì le prospettive che si aprono per il futuro, è essenziale avere ben presenti i vincoli a cui è sottoposto il bilancio regionale.

Si richiama innanzitutto il calo delle entrate derivanti dalle partecipazioni regionali sulle imposte dovuto alla crisi economica generale. Nell'anno 2010 questa situazione ha costretto ad un taglio complessivo degli stanziamenti regionali in ragione di ben 200 milioni di euro rispetto al 2009.

In seguito, la norma sul patto interno di stabilità contenuta nell'art. 14 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, ha indicato per la Regione Friuli Venezia Giulia il vincolo di una riduzione della spesa, rispetto all'anno 2010, così articolata:

Anno 2011:	77 milioni di euro
Anno 2012:	154 milioni
Anno 2013:	154 milioni

In altre parole, tra l'anno 2009 ed il 2012, la contrazione complessiva è pari a circa 354 milioni, di cui 200 milioni nel 2010, ulteriori 77 milioni nel 2011 ed ulteriori 77 milioni a partire dal 2012.

Ancora: il protocollo d'intesa fra Stato e Regione Friuli Venezia Giulia in data 29 ottobre 2010 ha previsto un contributo per l'attuazione del federalismo fiscale pari a 370 milioni all'anno parzialmente attutito dal credito arretrato per partecipazioni alle imposte sui redditi da pensione.

Sulla base di questo scenario, la Regione ha deciso di:

- stabilizzare il finanziamento per:
  1. salute
  2. protezione sociale
  3. trasferimenti alle autonomie locali
- contenere i finanziamenti per:
  1. settori produttivi
  2. tutela dell'ambiente

Ma cosa significa stabilizzazione della spesa per salute e protezione sociale?

La sostanziale invarianza di risorse per la sanità è stata praticata nella nostra Regione proprio per l'anno 2011 (vedasi tabella 20), preceduta l'anno prima da uno stanziamento incrementale di poco più dell'1 per cento rispetto al 2009.

La tenuta economica del sistema sanitario viene assicurata nei due anni 2010 e 2011 soprattutto per effetto di:

- contenimento delle dotazioni di personale;
- recupero di efficienza operato dalle singole Aziende;
- recupero di efficienza per il miglioramento delle condizioni economiche contrattuali derivanti dalle attività centralizzate di acquisti (Dipartimento Servizi Condivisi);
- blocco dei rinnovi contrattuali del personale dipendente e delle convenzioni collettive nazionali di cui all'articolo 9 del decreto legge 78 del 2010, che ha consentito di assorbire in buona misura gli incrementi inflativi sull'acquisizione di beni e servizi;
- recupero di risorse residuali per oltre 50 milioni di euro su spese pregresse (risparmi sui leasing aziendali, recupero di utili aziendali 2008 e 2009, introiti per compensazioni interregionali relative al piano sangue nazionale, risparmi su spese sovraziendali pregresse, risultato

della gestione liquidatoria della soppressa Agenzia regionale della Sanità).

Occorre aggiungere che la contrattazione nazionale per il personale convenzionato riprenderà nel 2013, e quella per il personale dipendente nel 2014. Inoltre i recuperi per oltre 50 milioni a cui s'è appena fatto cenno verranno meno già a partire dal 2012, poiché le risorse residuali su spese pregresse hanno già in gran parte trovato impiego per il finanziamento soprattutto delle cosiddette "spese sovraziendali" dell'esercizio 2011.

#### Quadro finanziario per il mantenimento dell'esistente - sanità e sociale

Ai fini del mantenimento dell'esistente in sanità, senza interventi correttivi, sono stati valutati i maggiori oneri di parte corrente da sostenere nei prossimi esercizi, quali l'inflazione, il finanziamento integrativo per il riequilibrio delle Aree Vaste, la ripresa della contrattazione collettiva, la copertura finanziaria delle cosiddette spese sovraziendali e così via.

Analogamente, per il "sociale", si é essenzialmente considerato il venir meno dei finanziamenti statali sul Fondo per le Politiche sociali e sul Fondo per l'Autonomia possibile, che sono un riflesso dei tagli di spesa fino a 154 milioni di euro derivanti dalla norma sul patto interno di stabilità a cui s'è precedentemente accennato, e che complessivamente comportano, a regime, un deficit di 16,1 milioni sulla parte corrente.

Tab. 23

#### **Quadro finanziario per il mantenimento dell'esistente - spesa corrente sanità e sociale 2012 ÷ 2016**

Anno	Sanità	Sociale	Totale	
2012	+ 65.300.000	+ 12.100.000	<b>+ 77.400.000</b>	rispetto al 2011
2013	+ 24.200.000	+ 3.500.000	<b>+ 27.700.000</b>	rispetto al 2012
2014	+ 45.500.000	+ 500.000	<b>+ 46.000.000</b>	rispetto al 2013
2015	+ 50.000.000	+ 0	<b>+ 50.000.000</b>	rispetto al 2014
....	+ 50.000.000	+ 0	<b>+ 50.000.000</b>	rispetto al 2015
				...

**Fabbisogno stimato sanità e sociale rispetto all'esercizio 2011  
per il mantenimento dell'esistente (spesa corrente)**

<b>Scopertura stimata</b>	<b>Anno 2012</b>	<b>Anno 2013</b>	<b>Anno 2014</b>	<b>Anno 2015</b>
<b>Sanità</b>	<b>+65.300.000</b>	<b>+89.500.000</b>	<b>+135.000.000</b>	<b>+185.000.000</b>
<b>Sociale</b>	<b>+12.100.000</b>	<b>+15.600.000</b>	<b>+16.100.000</b>	<b>+16.100.000</b>
<b>Sanità + Sociale</b>	<b>+77.400.000</b>	<b>+105.100.000</b>	<b>+151.100.000</b>	<b>+201.100.000</b>
	(rispetto al 2011)	(rispetto al 2011)	(rispetto al 2011)	(rispetto al 2011)

Non può sfuggire l'osservazione che questi valori di fabbisogno crescente assumono un verso esattamente opposto ai vincoli di riduzione di spesa al bilancio regionale riportati sopra e relativi al calo di entrate sulle compartecipazioni statali e alla manovra legata al patto di stabilità interno Stato - Regioni.

---00000---

I dati esposti nelle tabelle precedenti fanno riferimento alla spesa corrente e non va quindi trascurato il fabbisogno per investimenti.

Per quanto in particolare riguarda il riordino della rete ospedaliera di Trieste ed il nuovo ospedale di Pordenone, l'attuale situazione è di seguito riportata:

**Finanziamenti per nuovi Ospedali di Trieste e Pordenone**

	Totale previsto dei costi delle opere	Finanziamento regionale in conto capitale (*) (in 4 annualità)	Finanziamento statale ex art. 20 L.67/1988(**)
<b>Riordino rete ospedaliera di Trieste</b>	142.763.580	96.130.000	46.633.580
<b>Nuovo Ospedale di Pordenone</b>	180.000.000	115.875.000	64.125.000
	<b>322.763.580</b>	<b>212.005.000</b>	<b>110.758.580</b>

(\*)

(\*) di cui 32.533.580 AOUTS e 14.100.000 Burlo G.

(\*) Legge finanziaria regionale 2011

	HPN	HTS
2011	35.875.000	28.130.000
2012	25.000.000	20.000.000
2013	27.500.000	24.000.000
2014	27.500.000	24.000.000
	115.875.000	96.130.000

(\*\*) In alternativa copertura con risorse regionali ai sensi del ddl n. 160 adottato dalla G.R. in data 24.06.2011.

L'ultima colonna espone il finanziamento statale ai sensi dell'art. 20 della Legge 67/1988.

Oltre agli investimenti sui nuovi Ospedali di Trieste e Pordenone come da quadro sopra rappresentato ed il completamento dell'Ospedale di Udine, va qui citata l'esigenza di effettuare gli interventi per rispettare i requisiti necessari all'accreditamento istituzionale di tutte le strutture ospedaliere e sanitarie pubbliche.

---ooOoo---

Gli scenari a medio termine della sanità e del sociale richiedono di essere integrati con le necessarie osservazioni legate al noto problema del progressivo invecchiamento demografico dovuto a fattori quali diminuzione della fecondità, innalzamento della speranza di vita a tutte le classi d'età e riduzione del tasso di mortalità.

Le proiezioni per i prossimi decenni sulla popolazione totale e sugli ultra-65enni nella nostra Regione mostrano i seguenti dati:

Tab. 26

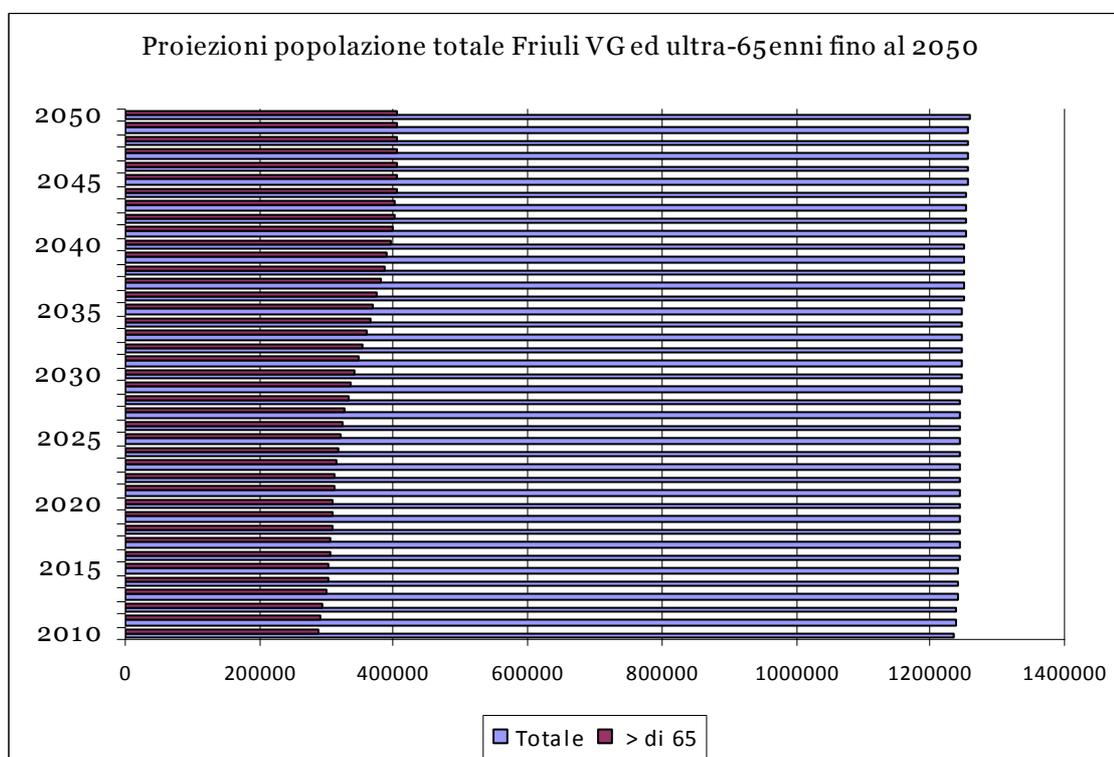
Proiezioni demografiche Regione Friuli Venezia Giulia (\*)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Popolazione totale	1.237.377	1.238.851	1.240.096	1.241.126	1.241.961	1.242.623	1.243.143
anziani > di 65	290.244	294.755	298.503	301.459	303.715	305.395	306.565
% sul totale	<b>23,5%</b>	23,8%	24,1%	24,3%	24,5%	24,6%	24,7%

	2018	2020	2023	2025	2028	2030	2033
Popolazione totale	1.243.529	1.244.038	1.244.518	1.244.835	1.245.488	1.246.104	1.247.371
anziani > di 65	307.722	310.207	314.979	320.257	331.708	343.015	359.266
% sul totale	24,7%	24,9%	25,3%	25,7%	26,6%	27,5%	28,8%

	2035	2038	2040	2043	2045	2048	2050
Popolazione totale	1.248.429	1.250.268	1.251.595	1.253.593	1.254.868	1.256.715	1.258.046
anziani > di 65	369.888	385.301	394.490	402.586	405.038	405.735	405.225
% sul totale	29,6%	30,8%	31,5%	32,1%	32,3%	32,3%	<b>32,2%</b>

(\*) Valori medi tra proiezioni Istat 2007-2050 (scenario centrale) e proiezioni demografiche del novembre 2010 del Servizio Statistica della Regione Friuli Venezia (tasso di migratorietà del 5%)



Il progressivo incremento del numero di anziani ultra-65enni, che oggi costituiscono il 23,5% della popolazione e che nell'arco dei prossimi 25 anni passeranno al 30%, è argomento che richiede già oggi attente valutazioni con riferimento soprattutto al parallelo incremento delle persone non autosufficienti. Trascurare l'attenzione sul punto significherebbe, sul versante degli interventi regionali di carattere sociale, assistere ad un progressivo scadimento dei livelli di assistenza.

Ipotizzando costanti nei prossimi decenni le proporzioni attuali dei soggetti non autosufficienti a domicilio e di quelli ospitati nelle strutture residenziali protette, la Regione – per mantenere gli attuali standard di intervento nei confronti di tali soggetti (abbattimento rette nelle strutture residenziali e nei centri diurni, assegni per l'autonomia, contributi per l'aiuto familiare o altre forme di intervento attraverso il Fondo per l'autonomia possibile) – dovrebbe assumere un impegno incrementale annuale di almeno un milione di euro, con un montante di circa 32 milioni nell'anno 2050. Incidentalmente va osservato che tuttavia già oggi il Fondo per l'autonomia possibile - per quanto le risorse regionali destinate allo stesso siano passate da 8,5 milioni del 2006 a 20,3 milioni nel 2011 – richiederebbe un ulteriore incremento di almeno il 50% per raggiungere tutti i richiedenti.

È tuttavia sul versante dell'assistenza sanitaria che il problema dell'incremento del numero degli anziani presenta certamente prospettive ben più critiche in termini di aggravamento delle spese sanitarie rispetto all'assistenza sociale. Si deve far riferimento all'assistenza ospedaliera, alla specialistica ambulatoriale, all'assistenza farmaceutica, all'assistenza domiciliare, all'assistenza in RSA ed in Hospice e così via, funzioni che presentano già oggi un peso economico ben maggiore per le fasce d'età degli anziani rispetto alle altre fasce. È quindi intuibile la ricaduta economica nei prossimi decenni quando si assisterà ad una crescita del numero degli ultra-65enni dagli attuali 290.000 ad oltre 400.000.

Ad appesantire ulteriormente lo scenario vi è la circostanza che nei prossimi decenni gli anziani potranno contare su un'offerta di cure familiari <sup>(5)</sup> inferiore all'attuale, per la riduzione numerica della rete familiare complessiva dovuta alle dinamiche demografiche e alle trasformazioni sociali della famiglia.

---

*(5) Secondo il Rapporto 2011 dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) sulla non autosufficienza "Bisogno d'aiuto? Fornitura e finanziamento delle cure di lungo periodo" riportato nell'articolo "Assistenza ai disabili? Da noi ci pensa la famiglia" su Il Sole 24 Ore Sanità 7-16 giugno 2011, l'Italia è attualmente il primo Paese nell'OCSE per percentuale di persone che forniscono aiuto a lungodegenti, a un familiare anziano o disabile, con il 16,2%. Il dato è ben superiore a quello di altri grandi Paesi europei come la Germania (11%) e la Francia (10,7%). Tra gli over 65 italiani infatti il 4,9% è in cura a lungo termine in casa, mentre solo il 3% lo è in strutture specializzate.*

## **Conclusioni e prospettive.**

Fra i sistemi sanitari regionali il Friuli Venezia Giulia mostra livelli sufficientemente prossimi al *benchmark* <sup>(6)</sup>, ma – come è stato osservato in precedenza (ved. tabelle 18 e 20) – sussiste uno squilibrio sul versante sia dei costi ospedalieri, sia dell'architettura istituzionale e conseguenti apparati burocratici, circostanza questa probabilmente connessa al rilevato posizionamento della nostra Regione ai primi posti per quanto riguarda le dotazioni di personale.

Se la dimensione complessiva dei costi del nostro sistema sanitario è comunque giudicata buona, ossia non riducibile, ciò significa che occorre innanzitutto puntare ad un riequilibrio interno, da un lato sul versante dell'architettura istituzionale, e dall'altro lato tra i costi per l'assistenza ospedaliera e quelli per l'assistenza sul territorio attraverso riordino e potenziamento della rete distrettuale e delle altre funzioni territoriali (salute mentale, prevenzione, dipendenze).

L'obiettivo di garantire adeguati livelli qualitativi nelle prestazioni dei servizi sociosanitari in un contesto di risorse limitate è compito di estrema complessità: la combinazione delle dinamiche e dei bisogni che seguono l'evoluzione socio-demografica ed epidemiologica (in particolare l'aumento della disabilità e della cronicità), la pressione tecnologica, l'elevata professionalità richieste per la sanità, l'ampliamento della nozione di salute, sono tra i fattori che principalmente determinano una marcata tendenza all'espansione dei costi.

È stato precedentemente osservato che il sistema sanitario regionale ha potuto contare fra il 2001 e il 2008 su un ritmo di crescita mediamente attestato su 100 milioni di euro all'anno, circostanza che ha certamente favorito la tenuta e lo sviluppo del nostro sistema su livelli qualitativi tra i più elevati.

Nessuno può evidentemente anche per un solo istante prefigurare l'ipotesi di disperdere questo patrimonio di qualità.

---

<sup>(6)</sup> Ved. CERM - Competitività, Regole, Mercati – Roma – “Benchmarking tra Sistemi Sanitari Regionali” (Short notes n. 8/2010) e “Le differenze regionali nella governance della spesa sanitaria - La Sanità alla sfida del Federalismo” (“SaniRegio 2” - Working Paper 2/2011).

Ved. Age.na.s. – Cesare Cislighi – Analisi degli elementi di spesa del Servizio sanitario regionale – 2010.

Il mantenimento dell'attuale livello di risposta al bisogno sanitario e sociale comporta comunque – a contesto organizzativo, sociodemografico, ed epidemiologico invariato – di dover mettere in campo, da parte della Regione che finanzia il sistema, entità finanziarie aggiuntive di decine di milioni di euro ogni anno come si è visto in precedenza, con pesanti effetti di cumulo facilmente calcolabili a carico della finanza regionale, ed a scapito degli altri ambiti d'intervento (industria, lavoro, agricoltura, ambiente, cultura, istruzione ecc.).

Si è anche visto che questa situazione si presenta in un contesto finanziario che – vuoi innanzitutto per le ricadute sulle entrate della crisi economica generale, vuoi in secondo luogo per i vincoli normativi relativi al patto interno di stabilità con lo Stato – vede abbattersi sul bilancio regionale un taglio di risorse, tra il 2009 ed il 2012, di oltre 354 milioni di euro, un valore che tende ad avvicinarsi al dieci per cento del bilancio stesso.

Il problema diventa quindi quello di stabilire qual è l'ammontare complessivo delle “risorse date” alla sanità e al sociale nei prossimi anni, ovvero qual è il vincolo dato per la compatibilità finanziaria.

È fuori di dubbio che gli obblighi posti a carico del sistema sanitario regionale, sia con il Piano 2010 – 2012, sia con le linee annuali di gestione, relativamente alle iniziative di riordino e razionalizzazione (acquisti centralizzati, integrazioni interaziendali e centralizzazioni per funzioni amministrative e di supporto, azioni di miglioramento dell'efficienza, in particolare il recupero di efficienza tecnico – organizzativa ospedaliera) rimangono quanto mai attuali, ma verosimilmente insufficienti per esaurire il problema.

A tutto questo si aggiungano le prospettive, in rapido avanzamento, sulle dinamiche demografiche a cui si è fatto cenno parlando dei soggetti anziani e che riguardano le dimensioni via via crescenti della disabilità e della cronicità: si tratta di fattori che richiedono evidentemente l'ulteriore messa in campo di risorse aggiuntive via via crescenti, sul versante sia del sociale, sia soprattutto della sanità.

Si apre a questo punto la valutazione, che peraltro esula dal presente rapporto, se la ricerca delle risorse per rispondere alla crescita della domanda e

garantire la tenuta qualitativa del sistema debba essere trovata portando alle conseguenze del caso l'esigenza di equilibrare il decentramento della produzione con l'accentramento dei fattori gestionali caratteristici, in una dimensione necessariamente sovraziendale rispetto all'attuale assetto organizzativo.

In altre parole s'intende porre in evidenza che il problema delle risorse richiede la necessità d'interventi sul versante del recupero di efficienza dei sistemi organizzativi e degli apparati, ossia d'incidere laddove non possano determinarsi ricadute sull'offerta di servizi ai cittadini e sulla loro qualità.