

Grafico 55 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Approfondendo l'analisi sulle principali voci di costo nei grafici 55 e 56, si può osservare come l'incremento degli acquisti di servizi da privati, è spiegato dalla specialistica ambulatoriale e dalle prestazioni socio sanitarie a rilevanza sanitaria (es. assistenza agli anziani, disabilità, tossicodipendenze ecc.). La farmaceutica convenzionata, invece, tende a ridurre la propria costosità relativa a partire dall'esercizio 2002. Interessa sottolineare come non vi sia stata analoga riduzione per la farmaceutica ospedaliera, come in precedenza osservato.

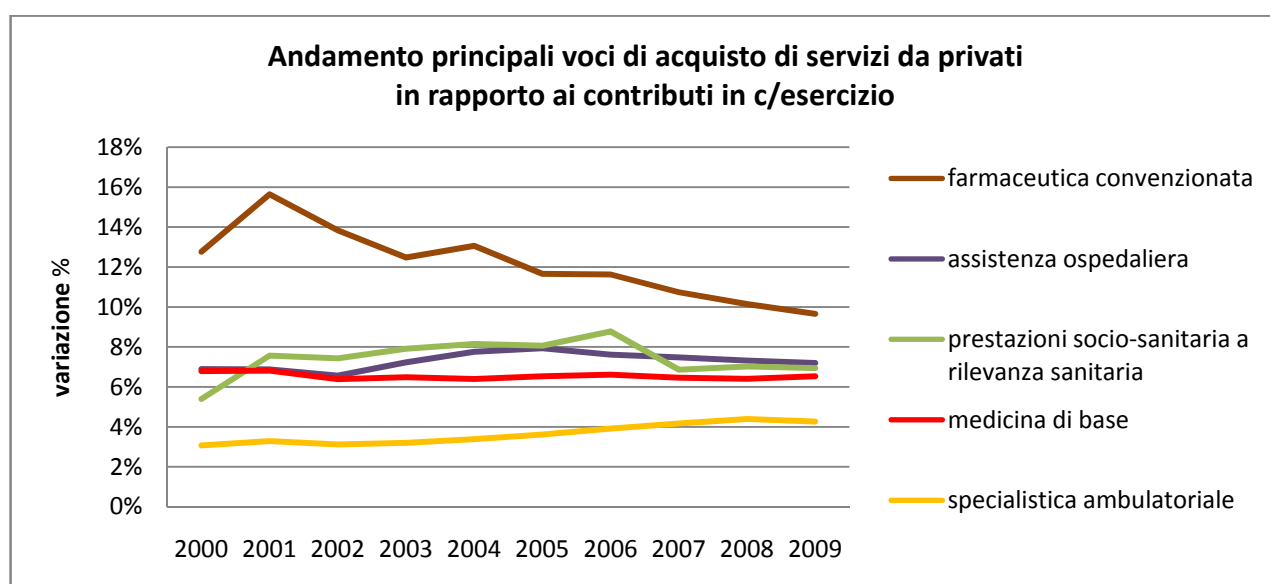


Grafico 56 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Esplorando con maggior dettaglio l'acquisto di servizi non sanitari, si propone l'andamento delle voci più significative, in valore assoluto ed in rapporto alla popolazione residente.

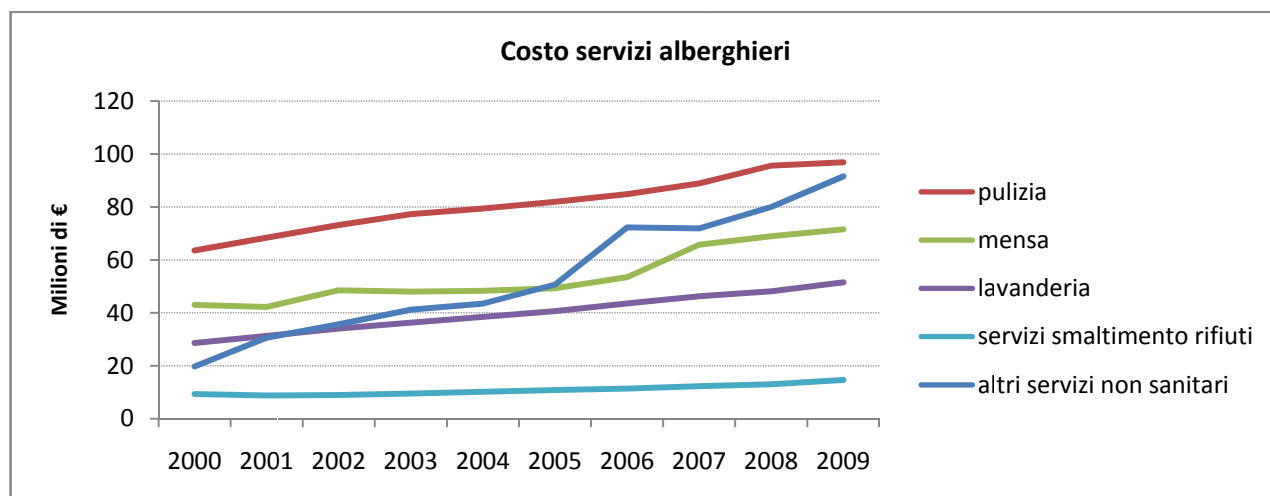


Grafico 57 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

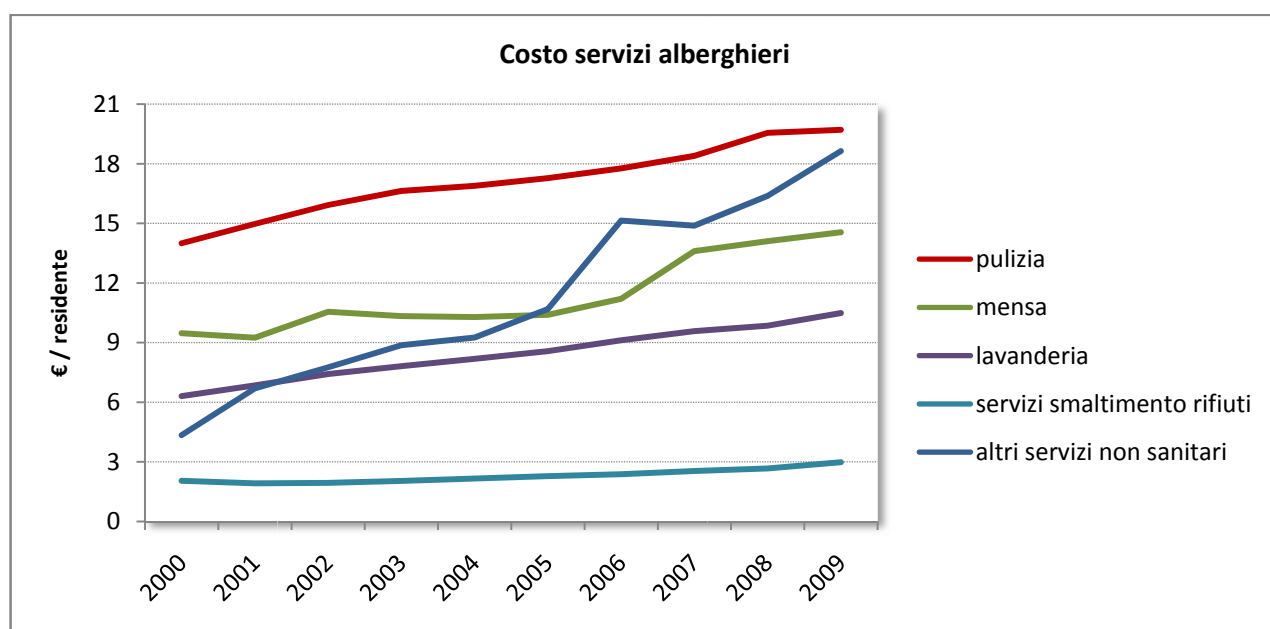


Grafico 58 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Analogamente, di seguito si propone l'andamento (in valore assoluto ed in rapporto alla popolazione residente) dei costi legati alle utenze ed all'energia impiegata.

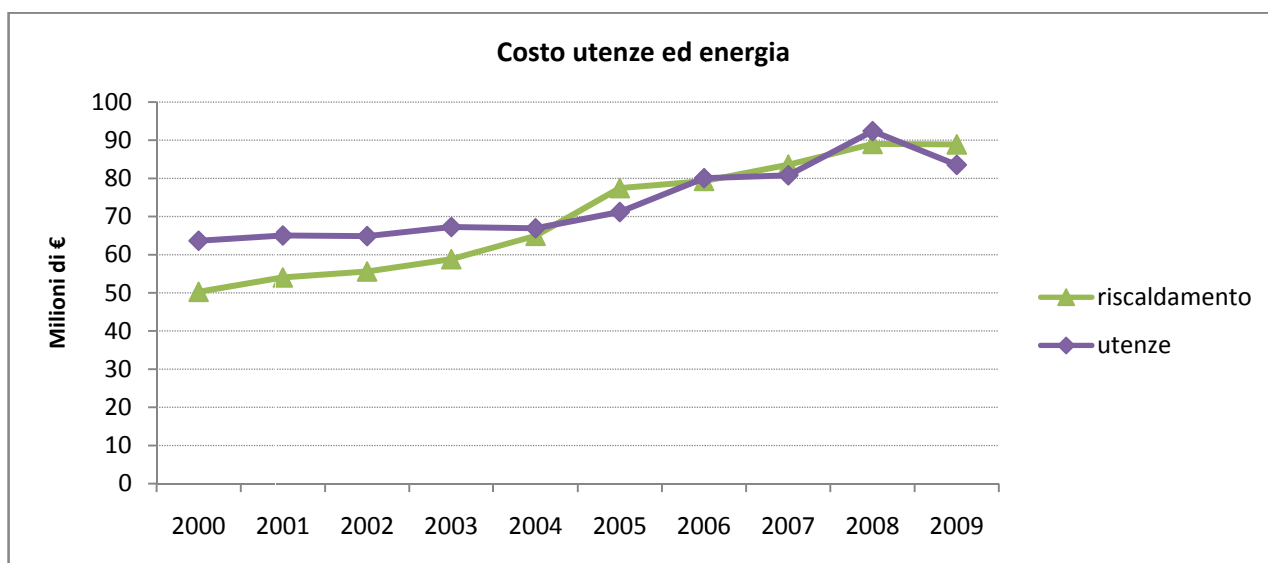


Grafico 59 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

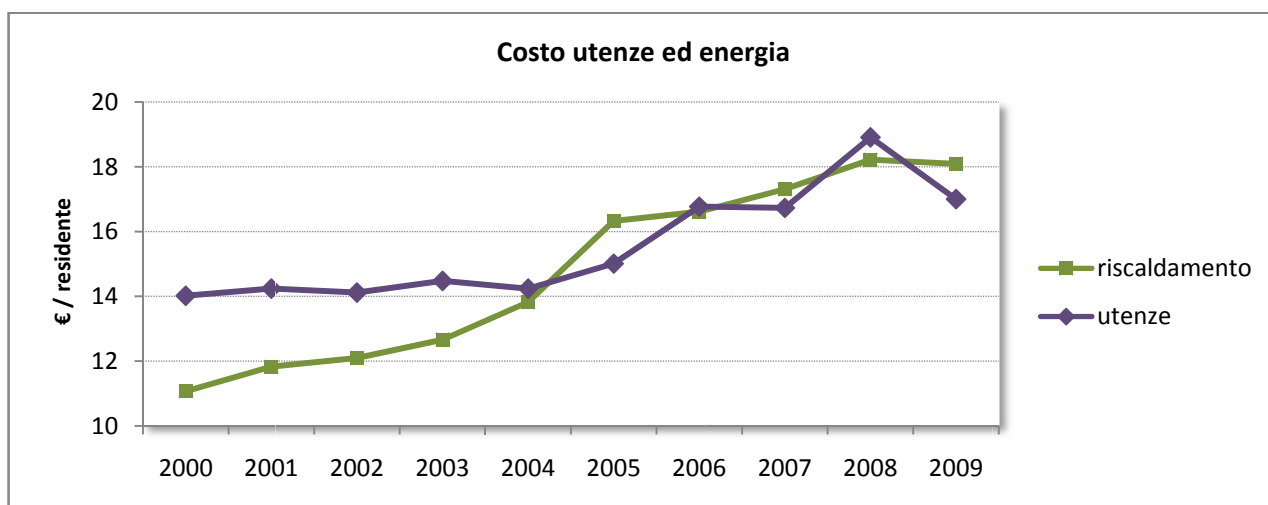


Grafico 60 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Infine, si dà evidenza dei costi dei servizi assicurativi, anche alla luce dei tassi di crescita che si registrano nel periodo in esame.

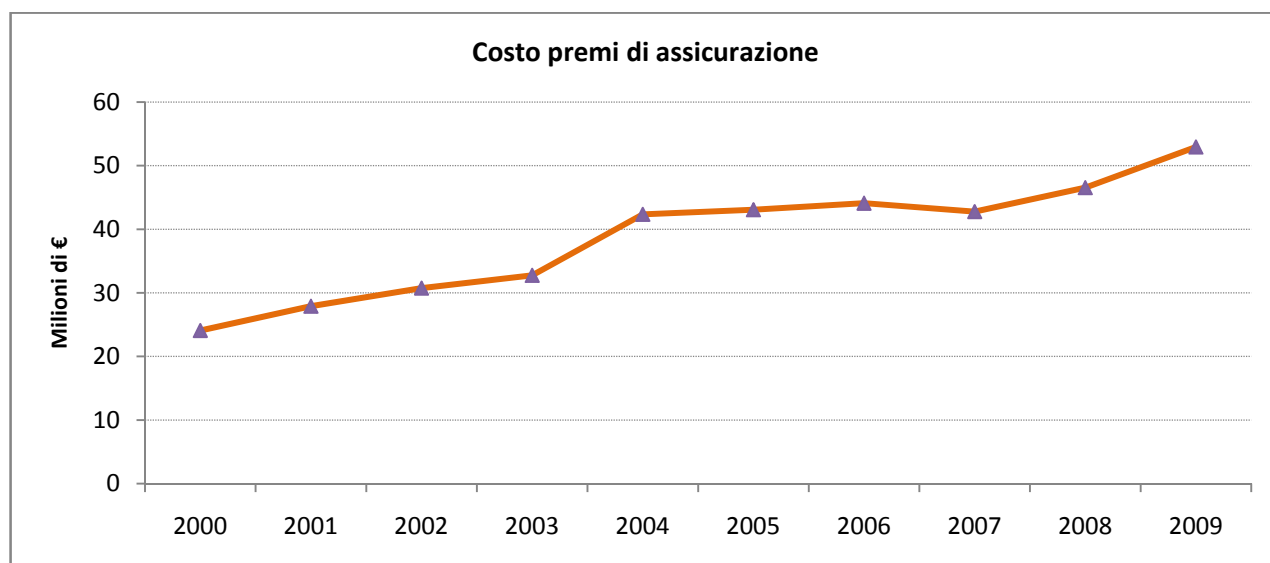


Grafico 61 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

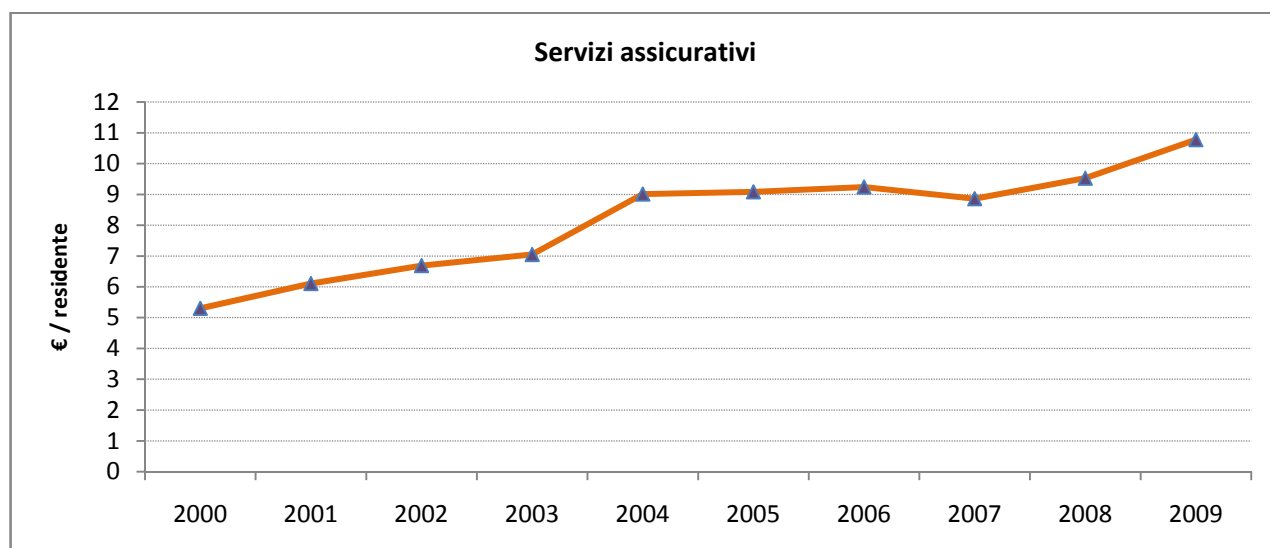


Grafico 62 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Il grafico 63 mette in evidenza il trend di crescita dei servizi non sanitari nel periodo in esame, dal quale si evince sia lo sviluppo assolutamente di rilievo dei premi assicurativi, che la sensibile crescita dei servizi di natura alberghiera, soprattutto considerando l'andamento decrescente dei posti letto, dei ricoveri e delle giornate di degenza osservato in precedenza.

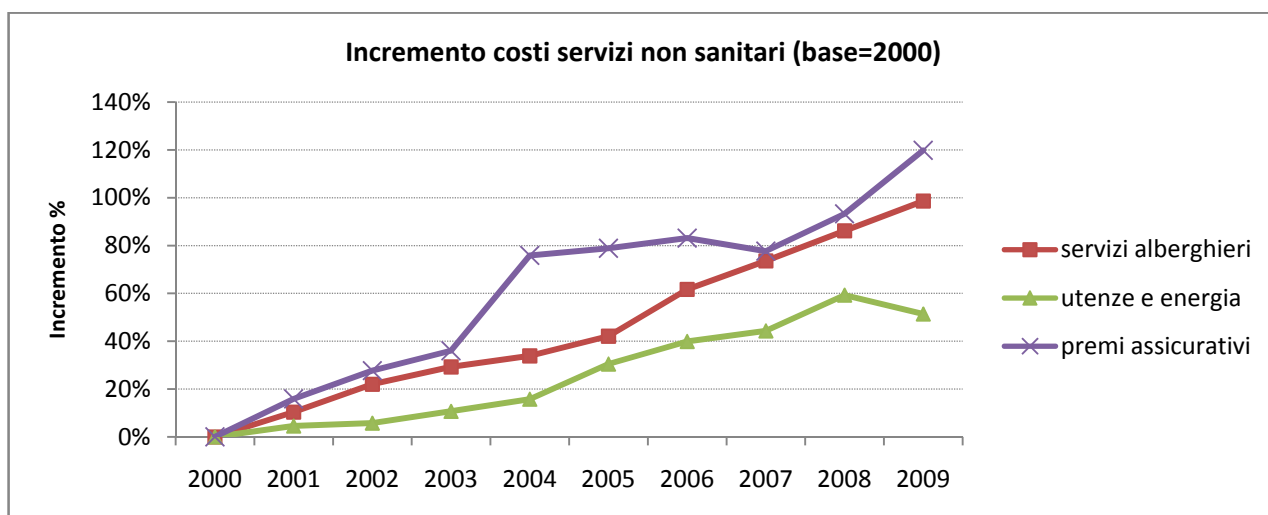


Grafico 63 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Dettagliamo di seguito il costo dei principali servizi non sanitari per ciascuna Azienda Sanitaria in rapporto alla popolazione residente. Tale indicatore risente di molteplici fenomeni quali il livello e le specificità delle esternalizzazioni, le tipologie contrattuali adottate, le caratteristiche delle strutture servite, ecc. In alcuni casi, inoltre, i costi confluiscono su voci differenti (es. alcuni costi di riscaldamento sono registrati contabilmente come utenze). Tuttavia, questa analisi fornisce un interessante osservatorio sulla variabilità dei costi tra le diverse Aziende del SSSR; per un confronto un po' più significativo tra le Aziende, si propone in conclusione un grafico che somma complessivamente le singole voci di costo.

Per tutti i grafici proposti (dal 64 al 72), le fonti informative sono rappresentate dai Bilanci dell'esercizio 2009 delle Aziende Sanitarie e, per la popolazione residente, dal datawarehouse regionale. Tutti gli indicatori sono espressi in euro/residente.

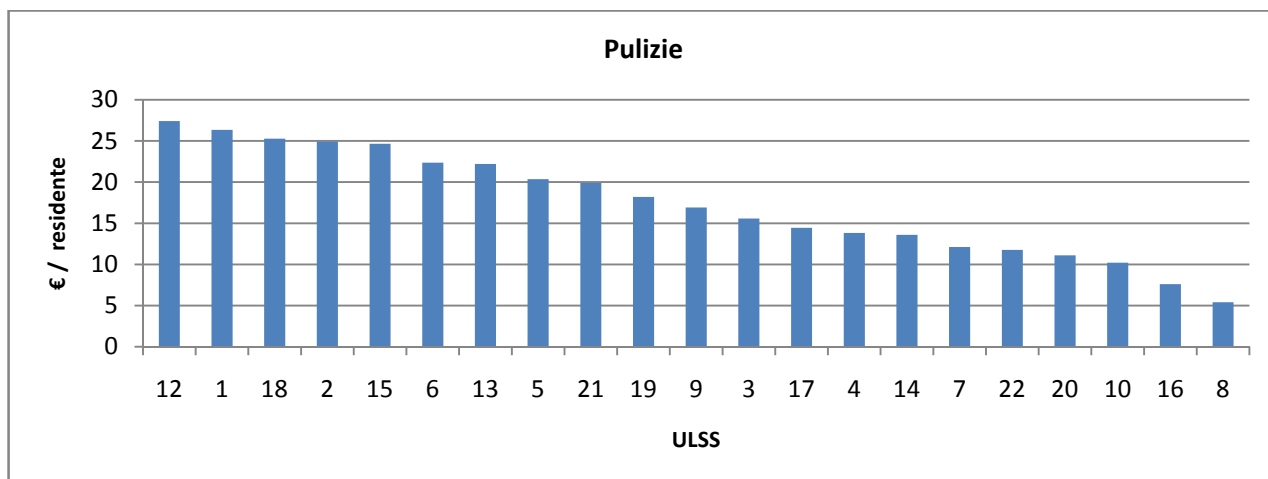


Grafico 64

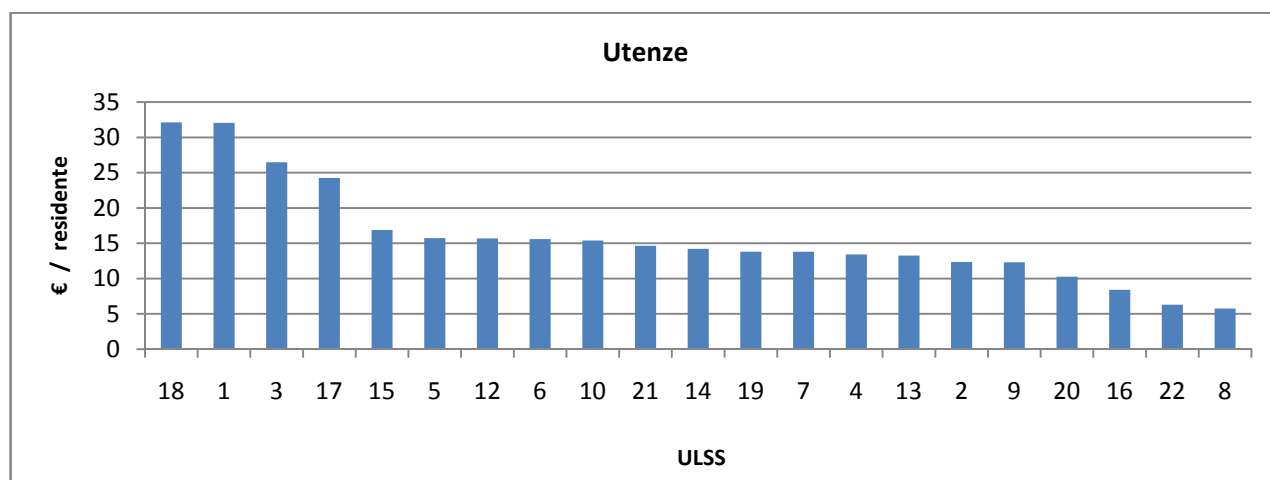


Grafico 65

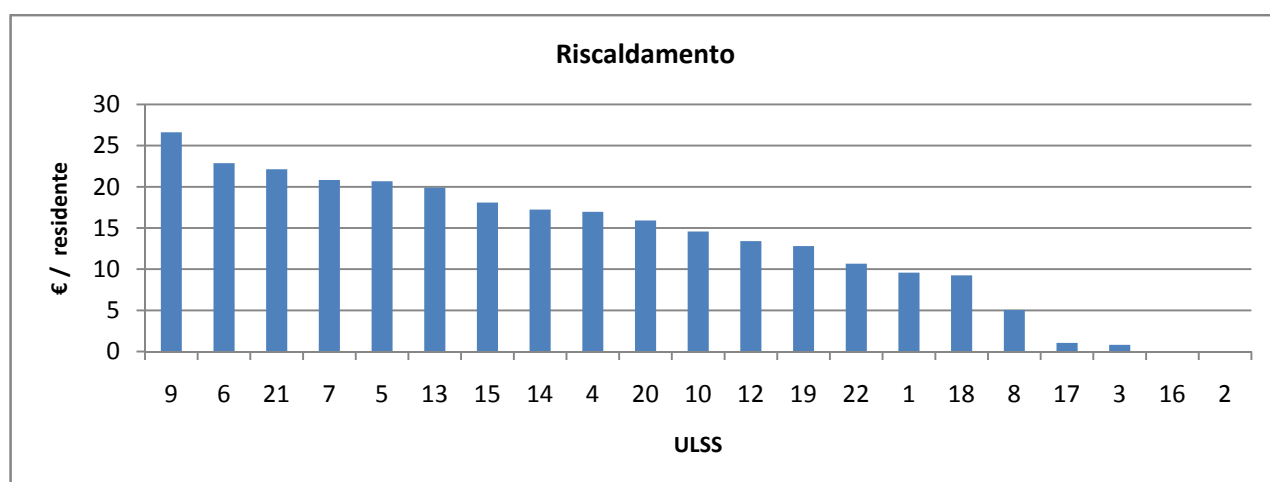


Grafico 66

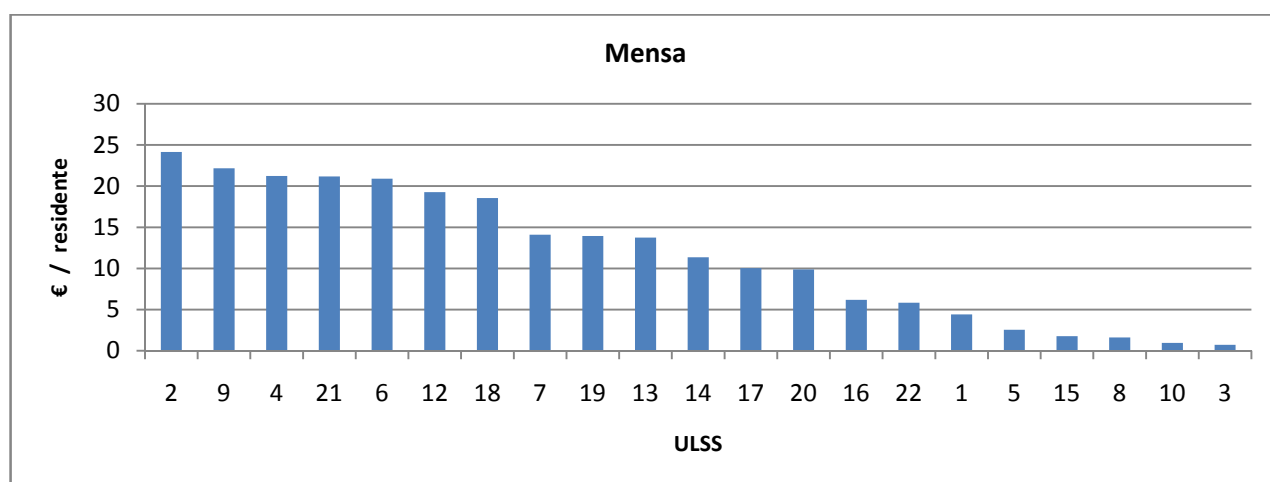


Grafico 67

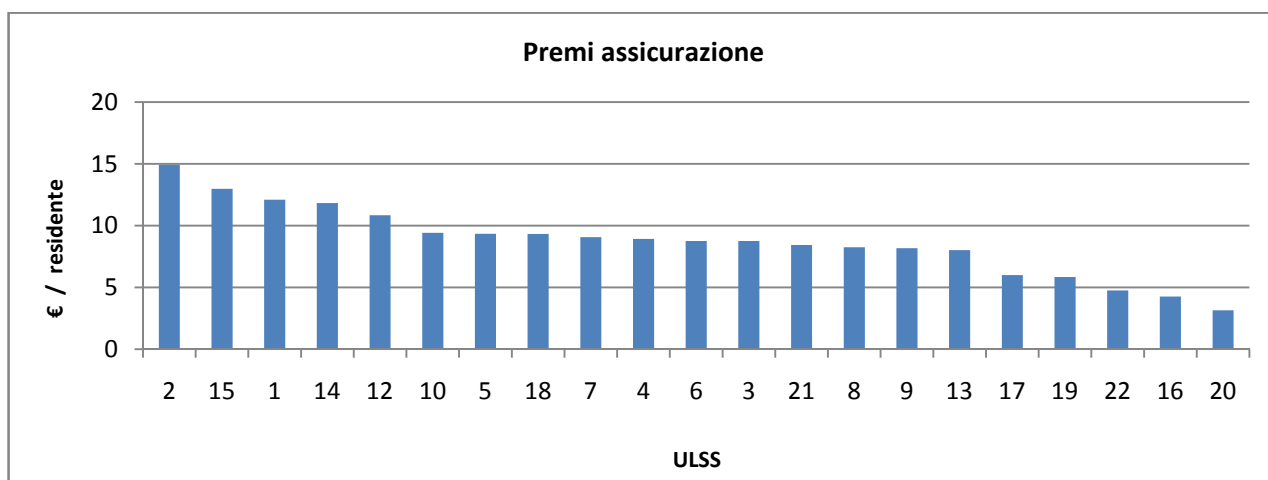


Grafico 68

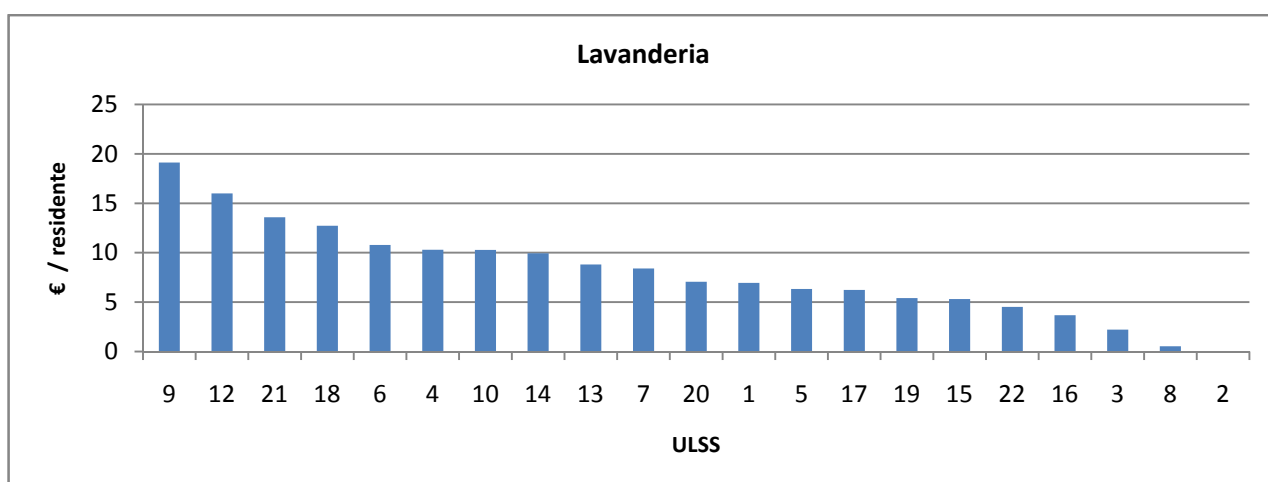


Grafico 69

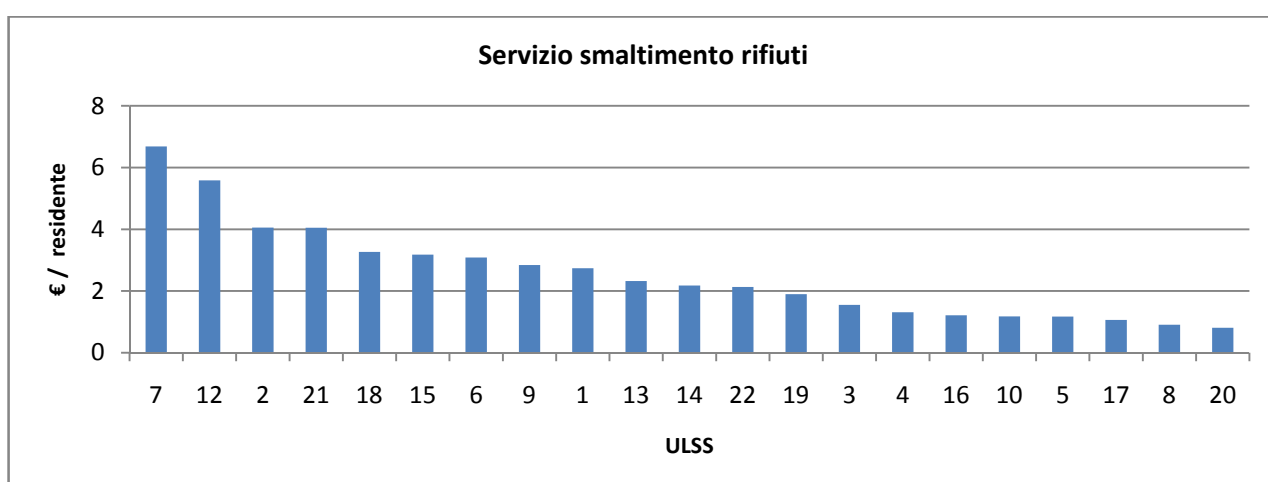


Grafico 70

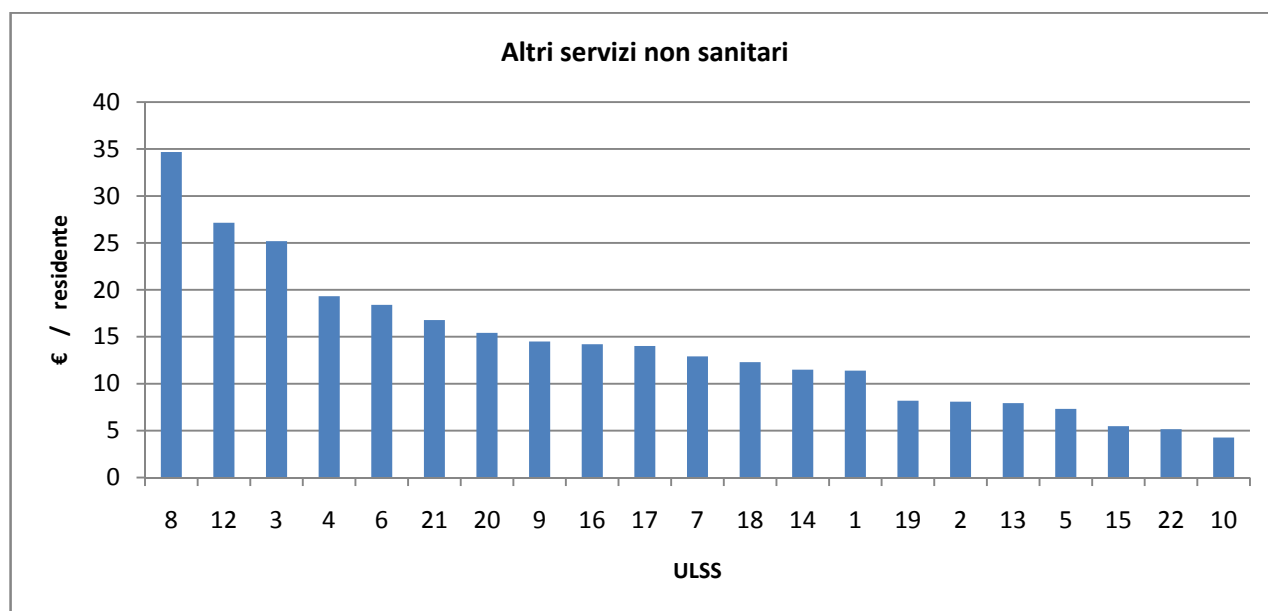


Grafico 71

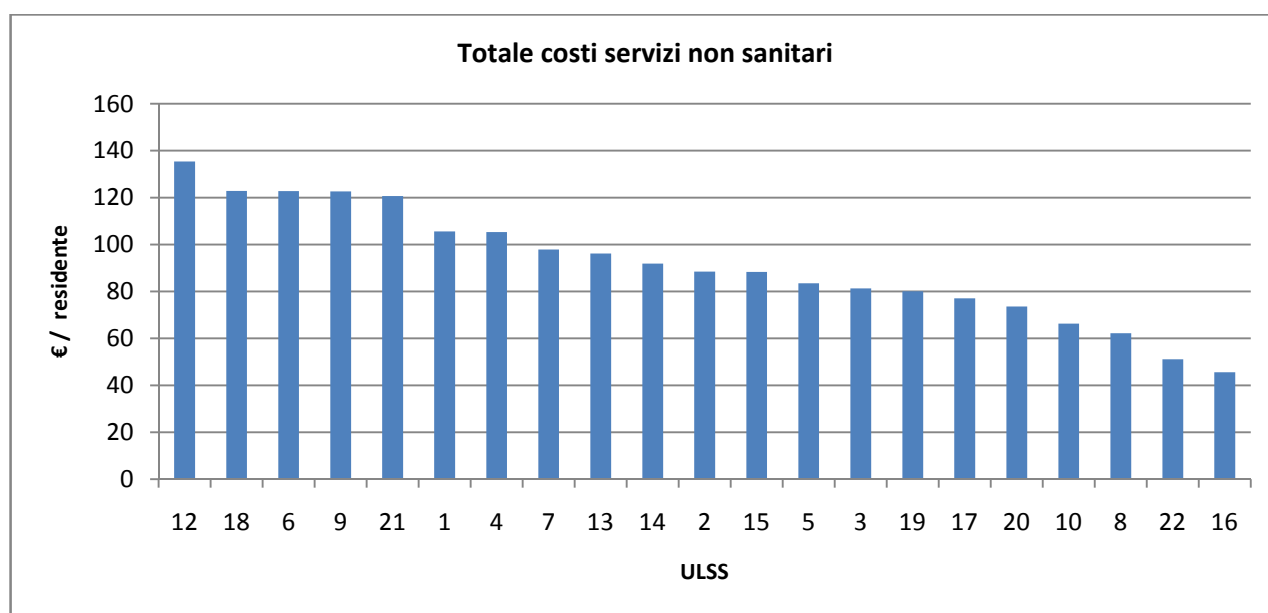


Grafico 72

Completiamo l'analisi sul costo dei servizi sanitari proponendo un confronto nazionale pubblicato recentemente dal *Il Sole 24 Ore*. Come si evince dal grafico, per un sottoinsieme di voci da noi selezionate e ritenute di maggior interesse, vi sono alcune tipologie di acquisto per le quali il Veneto si posiziona al di sopra della media nazionale (ma comunque prossimamente ai livelli delle regioni di riferimento), eccezion fatta per i costi di riscaldamento, i quali sembrano essere, in Veneto, decisamente superiori.

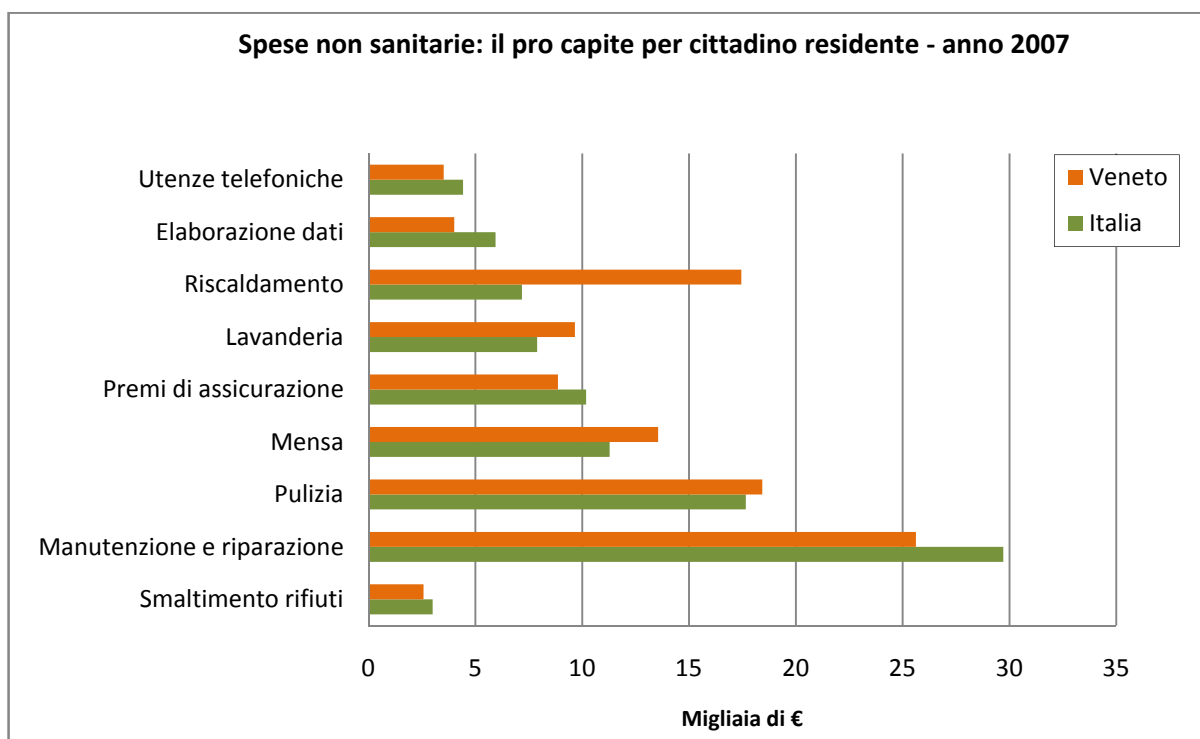


Grafico 73 – Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità - 28 settembre - 4 ottobre 2010

Il costo del personale nel periodo viene riportato nel grafico 74. La variabilità dell'andamento è spiegata dai rinnovi contrattuali dell'esercizio di competenza e degli esercizi pregressi (in particolare per quanto riguarda gli esercizi 2004 e 2005).

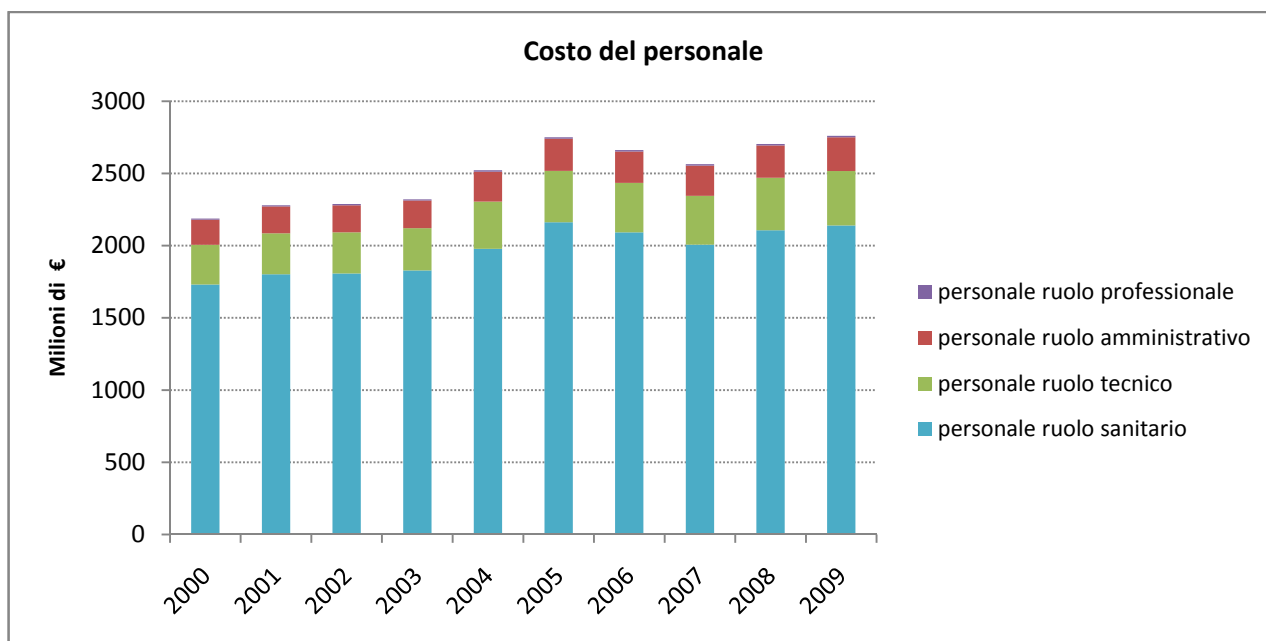


Grafico 74 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie

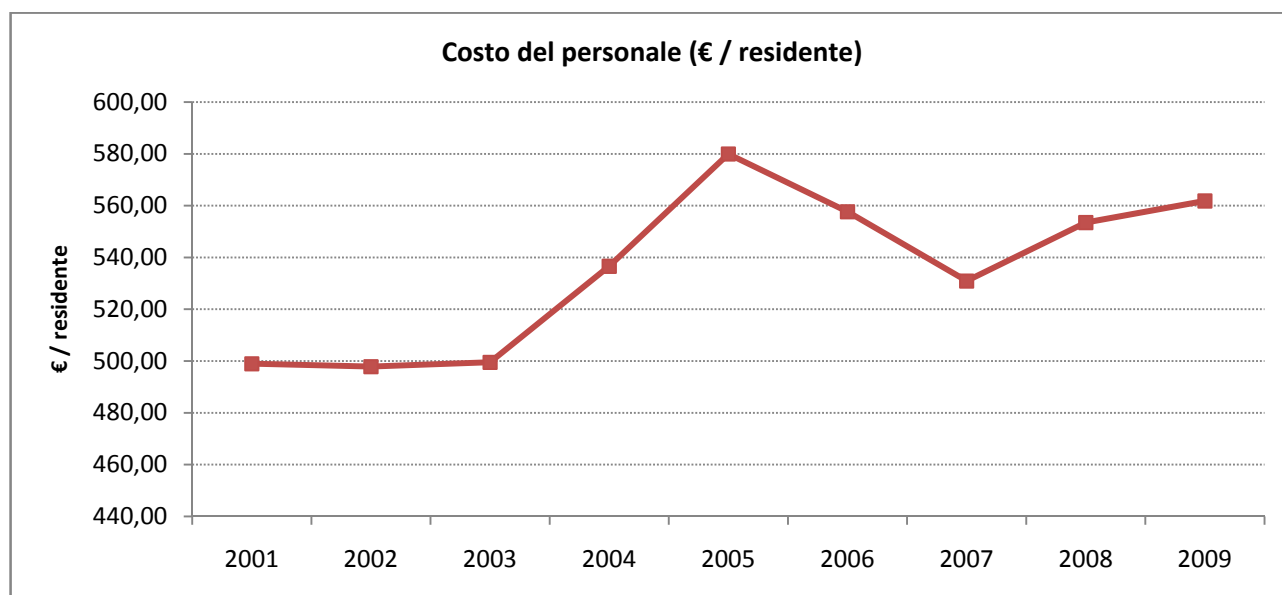


Grafico 75 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie

Un elemento di interesse è sicuramente rappresentato dall'incidenza decisamente decrescente del costo del personale rispetto ai contributi in conto esercizio, che passa dal 50% al 35% nel periodo in esame.

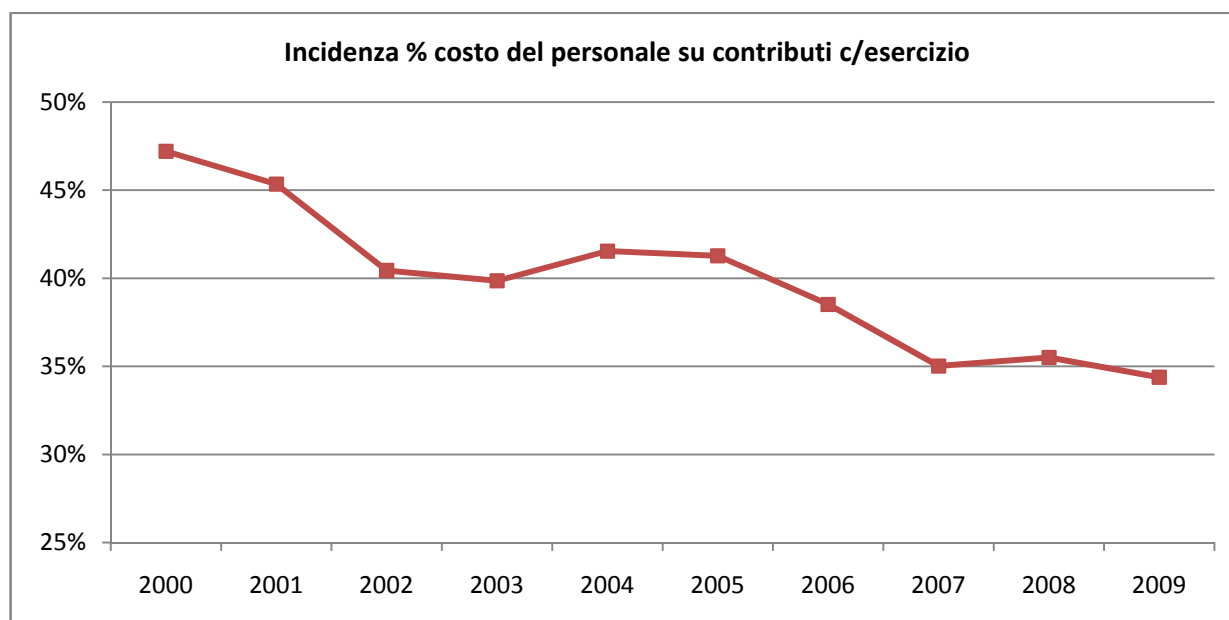


Grafico 76 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie

L'analisi economica si conclude con un dettaglio degli ammortamenti, la cui incidenza sui contributi in c/esercizio passa dal 2,6% del 2000 all'attuale 3,2%.

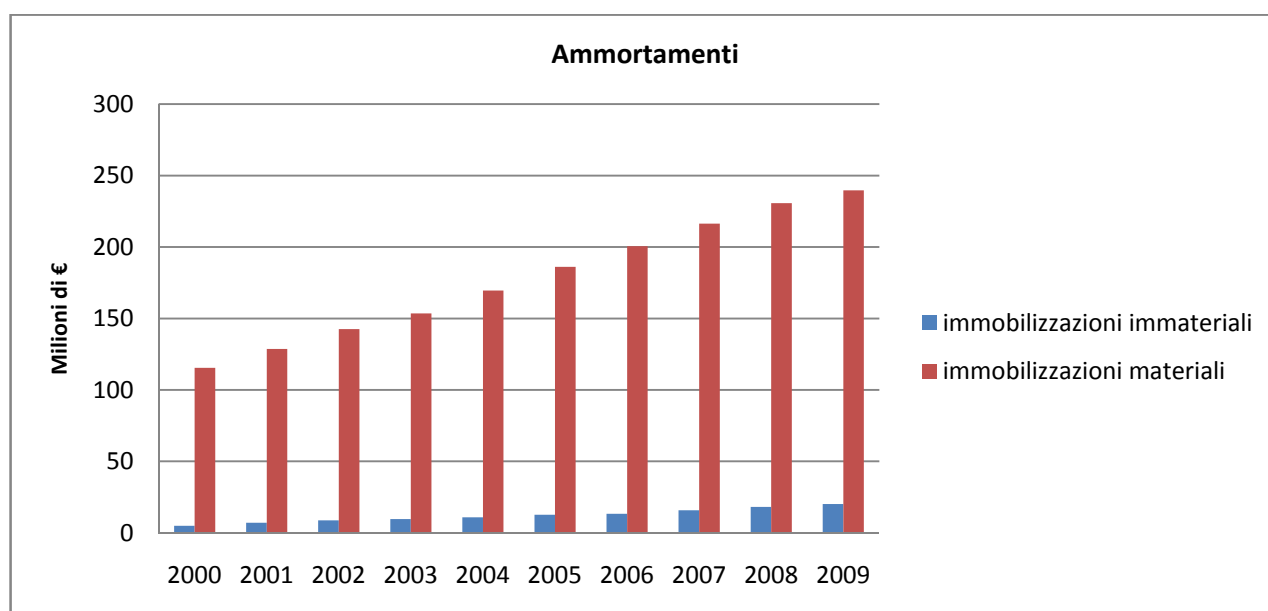


Grafico 77 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie

2.6.3. Analisi finanziaria e patrimoniale

Il capitale immobilizzato rappresenta il valore delle attività “fisse”, che partecipano cioè alla produzione in modo continuo, essendo utilizzato per più esercizi di un’Azienda Sanitaria e, pertanto, del Servizio Socio Sanitario Regionale. Comprende le immobilizzazioni materiali (terreni, immobili, impianti, attrezzature), immateriali (avviamento, brevetti, marchi, ecc.) e finanziarie (partecipazioni).

Gli investimenti in immobilizzazioni, negli ultimi esercizi, variano tra i 300 ed i 450 milioni di euro per esercizio, pari circa ad un 5% delle risorse del riparto.

In particolare si propone il trend temporale del capitale investito in tecnologia sanitaria, al netto dei relativi fondi di ammortamento. Come si evince dal grafico 78, il valore della tecnologia sanitaria è incrementata nel tempo, al fine di dotare i servizi sanitari di strumentazioni tecnologicamente adeguate e sicure.

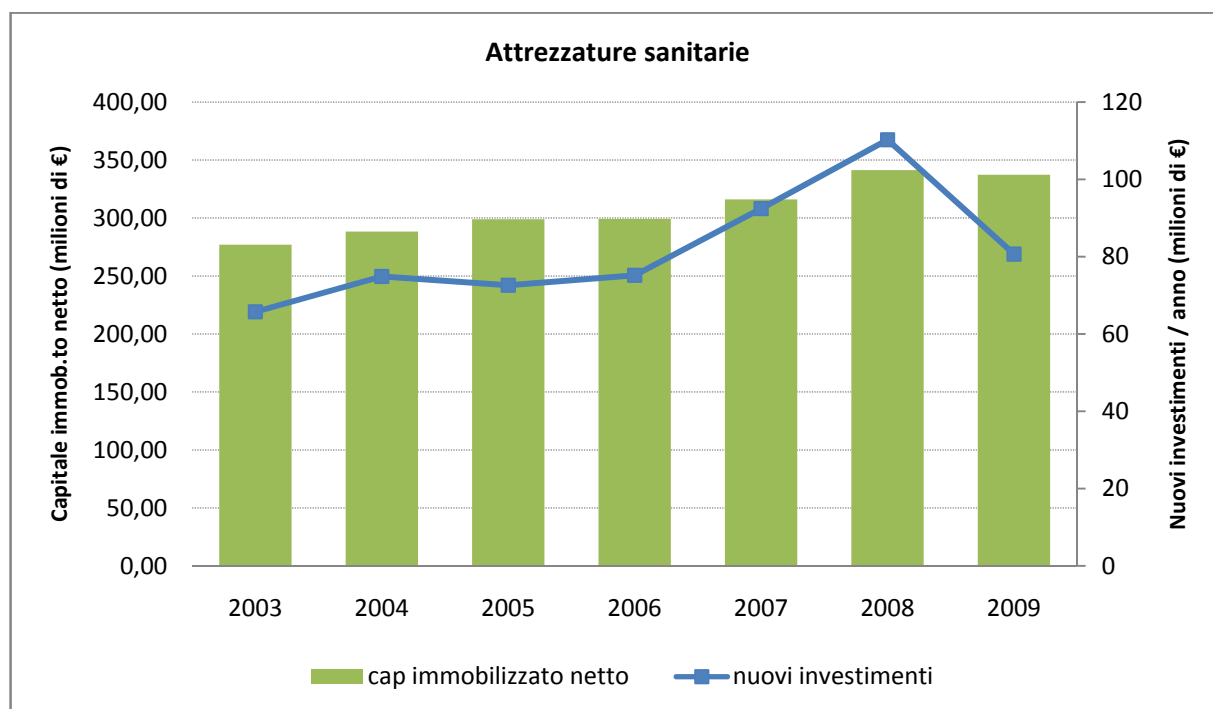


Grafico 78 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie

Interessa notare come la riduzione del valore dei nuovi investimenti, registrato nel 2009, sia contestuale alla piena operatività della Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE), istituita con DGRV n. 1455/2008. La CRITE ha il compito di supportare l'organo di governo regionale nella scelta dei progetti di investimento in edilizia e in attrezzature, presentati dalle Aziende Sanitarie, da avviare a realizzazione. L'attività della CRITE ha consentito altresì di dare priorità all'aggiornamento del parco attrezzature soprattutto per garantire i necessari standard di qualità e sicurezza.

La Tabella 8 illustra le modifiche nell'età media delle attrezzature per l'imaging clinico, a seguito degli investimenti aziendali autorizzati dalla CRITE.

Età media del parco macchine regionale

	età media giu 08	età media set 09	età media set 10	Standard di riferimento ¹⁷	
				qualità	sicurezza
ACCELERATORE PER RADIOTERAPIA	7,4	7,0	6,5	n.d.	n.d.
ANGIOGRAFO	8,6	7,0	6,5	6	8
GAMMACAMERA	11,7	8,0	7,5	7	9
MAMMOGRAFO	10,0	7,0	5,0	6	8
RISONANZA MAGNETICA	6,2	6,0	5,5	5	7
TAC	7,5	6,5	5,5	5	7
TELECOMANDATO RADIOLOGICO	10,4	9	7,5	7	9

Tabella 9 - Fonte: ARSS Veneto – Unità Ricerca e Innovazione

¹⁷ Standard formulati da SIRM-ANIE-AIMN

Sotto il profilo delle passività patrimoniali, una delle voci più significative è rappresentata dall'esposizione debitoria nei confronti dei fornitori.

Il grafico 79 evidenzia il trend in crescita dei debiti, anche in rapporto ai contributi in c/esercizio. Come si evince dal grafico, nel triennio 2007-2009 il Servizio Socio Sanitario Regionale ha ricevuto liquidità sufficienti a mantenere sostanzialmente invariato lo stock di debito verso fornitori, che resta comunque elevato (30% del finanziamento annuale).

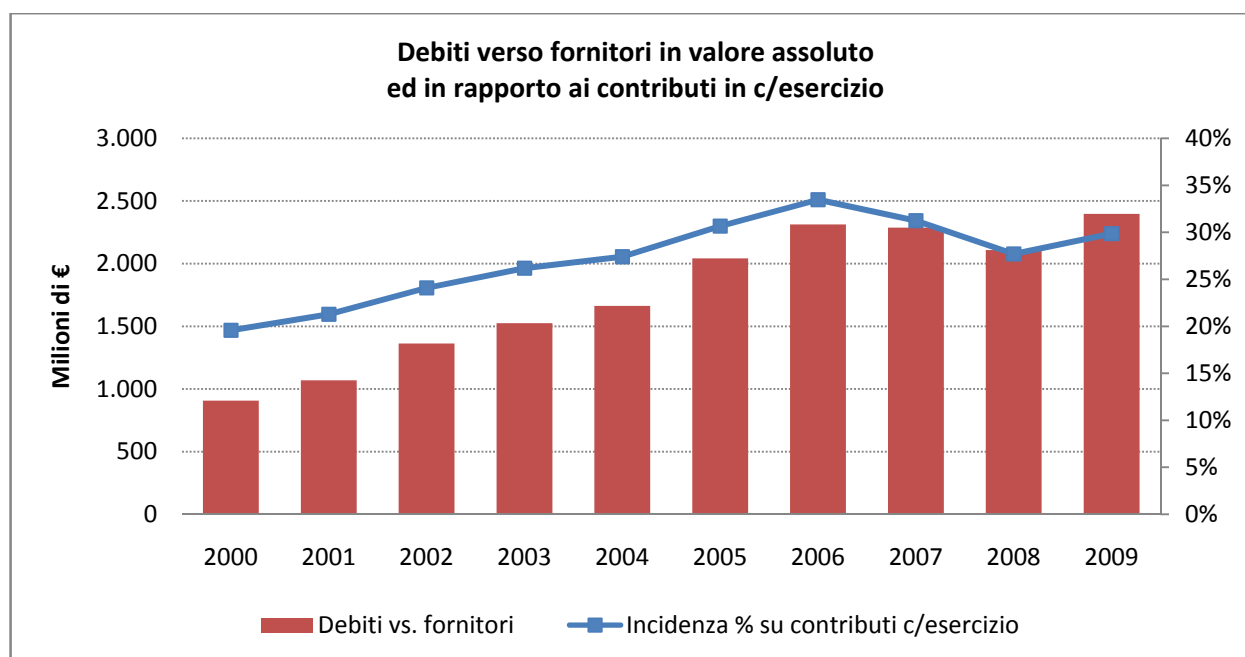


Grafico 79 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie

L'analisi finanziaria può essere rappresentata anche attraverso l'analisi del capitale circolante, come illustrato nel grafico 80, dal quale si evidenzia la progressiva tensione finanziaria che ha subito il Servizio Socio Sanitario Regionale negli ultimi esercizi, soprattutto al fine di consentire una adeguata politica degli investimenti a fronte di finanziamenti strutturalmente insufficienti.

Si può facilmente notare come il capitale circolante netto operativo (calcolato secondo la riclassificazione di bilancio secondo criterio delle Pertinenze gestionali) sia strutturalmente negativo. Tale situazione indica una tendenza del SSSR di dilazionare nel futuro il pagamento dei propri debiti verso fornitori (si veda il grafico 79) e quindi un sistematico aumento degli stessi rispetto alle voci dell'attivo corrente.

Il grafico 80 evidenzia, altresì, che il CCNO negativo finanzia quasi completamente anche gli *asset* operativi mettendo in luce un tendenziale squilibrio patrimoniale. È possibile notare come il capitale investito netto operativo (CINO), dato dalla somma algebrica di CCN e attivo immobilizzato, sia rappresentato da un linea il cui andamento è vicino al pareggio.

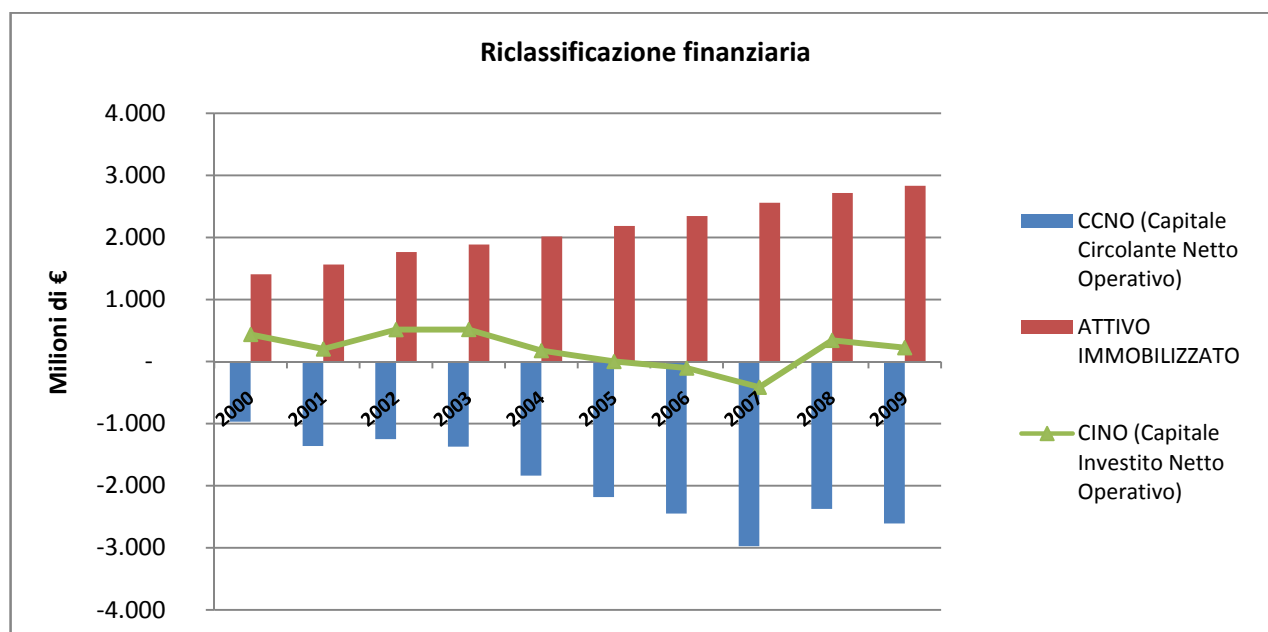


Grafico 80 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie. Riclassificazione di bilancio secondo criterio Pertinenza gestionale:
 CCNO (CAPITALE CIRCOLANTE NETTO OPERATIVO) = ATTIVITA' CORRENTI-PASSIVITA' CORRENTI.
 CINO (CAPITALE INVESTITO NETTO OPERATIVO) = CCN-ATTIVITA' IMMOBILIZZATE

Anche il successivo grafico 81 dimostra come le fonti di finanziamento a lungo termine (finanziamenti per investimenti, mutui e donazioni) siano in genere insufficienti per coprire totalmente le acquisizioni relative al patrimonio immobilizzato. Conseguentemente i debiti a breve "co-finanziano" gli investimenti a lungo termine.

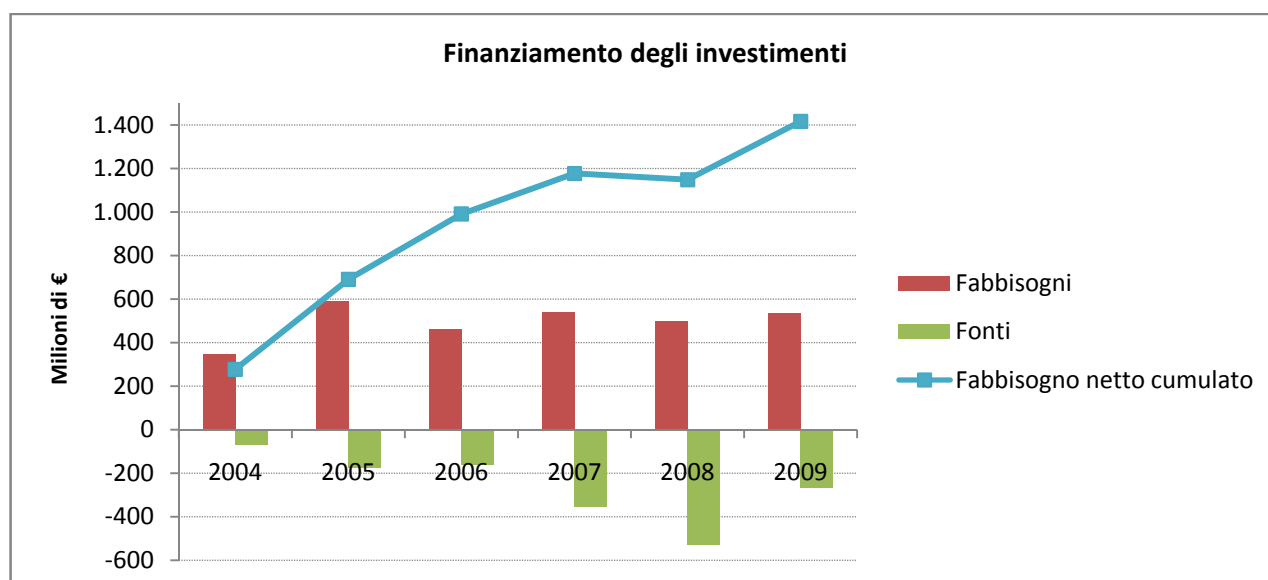


Grafico 81 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie

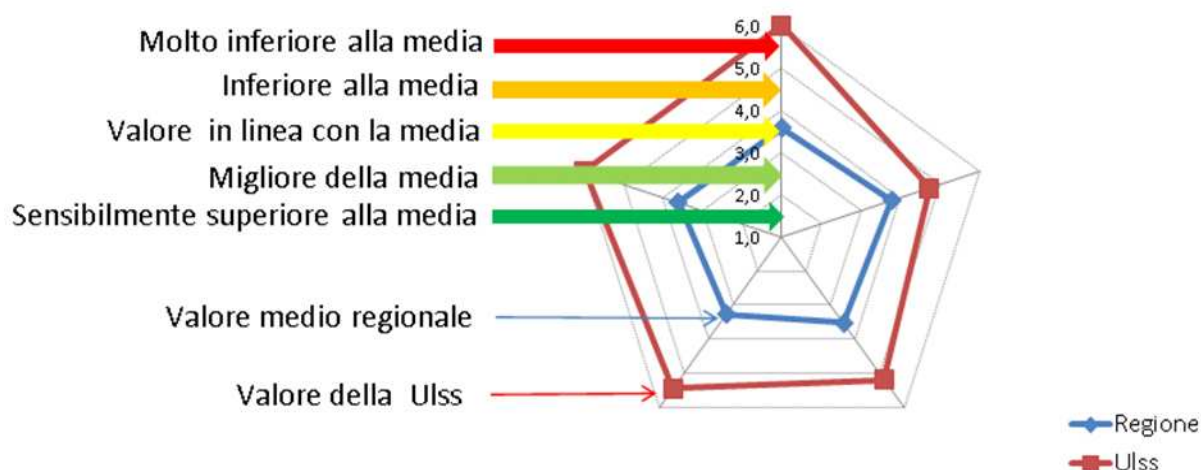
3. QUADRO DI SINTESI PER AZIENDA SANITARIA

3.1. Metodologia utilizzata

Questa sezione effettua una fotografia di sintesi di ciascuna Azienda Sanitaria, in rapporto al valore medio regionale degli indicatori proposti.

La metodologia utilizzata è quella del grafico radiale (o “bersaglio”), che permette una visualizzazione semplice ed integrata dei punti di forza e di debolezza di ciascuna azienda sanitaria. Con questa logica sono stati quindi creati dei grafici radiali che permettono di posizionare, per i diversi indicatori calcolati, ciascuna azienda sanitaria rispetto la performance media regionale.

Posizionamento delle Aziende rispetto alla media regionale



La valutazione di posizionamento di ciascuna Azienda Sanitaria è il risultato di un processo di ranking calcolato secondo la logica dei quintili, ovvero ordinando le aziende secondo i valori crescenti dell'indicatore e dividendo la distribuzione degli stessi in cinque classi. Le aziende con la performance migliore sono quelle che ricadono nel primo quintile (con valori tra 1 e 2), mentre quelle con la performance peggiore ricadono nel quinto (con valori tra 5 e 6). A livello grafico questo significa che più il valore misurato si avvicina al centro del grafico radiale più la performance aziendale risulta essere migliore rispetto alle altre aziende, e viceversa.

Per quanto concerne le Aziende ULSS, si è scelto di rappresentare la performance aziendale attraverso due grafici radiali; il primo rappresenta l'efficienza nell'erogazione dei servizi e il secondo il costo dei consumi di prestazioni per i propri assistiti.

A) Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi1) Indice comparativo di performance:

$$ICP = \frac{\sum_{DRG=1}^{579} \frac{GG_{DRG}^{IST}}{N_{DRG}^{IST}} * N_{DRG}^{REG}}{\sum_{DRG=1}^{579} GG_{DRG}^{REG}}$$

È un indicatore di efficienza che consente di valutare la performance relativa della casistica trattata in aziende poste a confronto. Tale rapporto vede al numeratore il numero delle giornate di degenza che si sarebbe riscontrato a livello regionale nell'ipotesi che la produzione dell'intera casistica fosse avvenuta secondo la performance dell'azienda sanitaria in questione, e al denominatore il numero di giornate di degenza effettivamente rilevato.

Se l'ICP è maggiore di 1 si ha una performance inferiore alla media regionale. Se il valore è minore di 1 si ha il caso opposto (efficienza superiore al valore medio).

2) Ricoveri potenzialmente inappropriati:

$$\% \text{ Ricoveri potenzialmente inappropriati} = \frac{N. \text{ Ricoveri potenzialmente inappropriati (RO + DH)}}{N. \text{ Ricoveri (RO + DH)}}$$

È un indicatore che consente di valutare l'appropriatezza dei ricoveri effettuati da parte delle strutture ospedaliere delle singole aziende. Sono esclusi i ricoveri riabilitativi la cui appropriatezza è gestita con delibera n. 3913 del 04/12/2007 e n. 839 del 08/04/2008.

3) Tasso di occupazione dei posti letto:

$$TO = \frac{\text{Giornate di degenza ordinaria}}{\text{Posti letto medi} \times 365}$$

È un indicatore di efficienza che esprime la percentuale di posti letto mediamente occupati durante l'anno.

4) Giorni degenza / Personale addetto all'assistenza:

$$Gg \text{ degenza} / \text{Personale addetto all'assistenza} = \frac{\text{Totale giorni degenza}}{\text{Totale personale assistenza in fte (INF.+ OSS+ OTA)}}$$

È un indicatore di efficienza che indica il numero di giornate di degenza per ogni addetto all'assistenza.

5) Personale distretto su 10.000 abitanti:

$$\text{Personale distretto su 10.000 abitanti} = \frac{\text{Personale distretto in fte (di ogni categoria professionale)}}{10.000}$$

È un indicatore che misura il personale del distretto, comprensivo di ogni categoria professionale, per ogni 10.000 residenti nella ULSS di riferimento.

Il secondo grafico radiale confronta ciascuna Azienda in ragione del costo di ciascun livello assistenziale, in rapporto alla popolazione residente. Tra gli indicatori, come di seguito dettagliato, si propone l'incidenza della popolazione maggiore o uguale a 65 anni e ciò richiede una breve spiegazione. Il posizionamento di un'Azienda tra i quartili inferiori alla media significa che presenta una popolazione mediamente più anziana e, pertanto, è ragionevole attendersi un maggiore valore di costo dei livelli assistenziali. Ad esempio, un'Azienda che ha un'incidenza della popolazione anziana maggiore rispetto alla media regionale ma con valori inferiori di costosità per livello assistenziale, presenta una performance elevata.

B) Confronto del costo dei livelli assistenziali

1) Livello di assistenza ospedaliera:

Indica il costo dell'assistenza ospedaliera complessivo per ogni residente pesato. Il criterio di pesatura usato è quello del reparto presente nella delibera di giunta DGR 3494/2009.

2) Livello di assistenza specialistica:

Indica il costo dell'assistenza specialistica ambulatoriale complessivo per ogni residente. Il criterio di pesatura usato è quello del reparto presente nella DGR 3494/2009.

3) Livello di assistenza farmaceutica:

Indica il costo dell'assistenza farmaceutica territoriale complessivo per ogni residente.

La popolazione residente è stata pesata con i criteri forniti dall'Unità di Informazione sul Farmaco in modo da tenere in considerazione le differenze determinate da alcuni fattori (età, sesso, ...).

4) Livello dell'assistenza delle cure primarie:

Indica il costo dell'assistenza delle cure primarie complessivo per ogni residente.

5) Incidenza popolazione ≥ 65 anni:

Indica la percentuale di popolazione residente con un'età superiore o uguale a 65 anni.

Per quanto concerne le Aziende Ospedaliere e lo IOV, si propone il solo grafico **A (Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi)**, modificato come segue:

1) Indice comparativo di performance:

$$ICP = \frac{\sum_{DRG=1}^{579} \frac{GG_{IST}^{DRG}}{N_{IST}^{DRG}} * N_{REG}^{DRG}}{\sum_{DRG=1}^{579} GG_{REG}^{DRG}}$$

È un indicatore di efficienza che consente di valutare la performance relativa della casistica trattata in aziende poste a confronto. Tale rapporto vede al numeratore il numero delle giornate di degenza che si sarebbe riscontrato a livello regionale nell'ipotesi che la produzione dell'intera casistica fosse avvenuta secondo la performance dell'azienda sanitaria in questione, e al denominatore il numero di giornate di degenza effettivamente rilevato.

Se l'ICP è maggiore di 1 si ha una performance inferiore alla media regionale. Se il valore è minore di 1 si ha il caso opposto (efficienza superiore al valore medio).

2) Ricoveri potenzialmente inappropriati:

$$\% \text{ Ricoveri potenzialmente inappropriati} = \frac{N. \text{ Ricoveri potenzialmente inappropriati (RO + DH)}}{N. \text{ Ricoveri (RO + DH)}}$$

È un indicatore che consente di valutare l'appropriatezza dei ricoveri effettuati da parte delle strutture ospedaliere delle singole aziende. Sono esclusi i ricoveri riabilitativi la cui appropriatezza è gestita con delibera n. 3913 del 04/12/2007 e n. 839 del 08/04/2008.

3) Indice di rotazione posto letto:

$$\text{Indice di rotazione posto letto} = \frac{N. \text{ Ricoveri Ordinari}}{\text{Posti Letto Ordinari Medi}}$$

È un indicatore che esprime il numero dei ricoveri realizzati mediamente, in un anno, per ciascun posto letto ordinario medio.

4) Giorni degenza / Personale addetto all'assistenza:

$$\text{Gg degenza / Personale addetto all'assistenza} = \frac{\text{Totale giornate di degenza}}{\text{Totale personale assistenza in fte (INF. + OSS + OTA)}}$$

È un indicatore di efficienza che indica il numero di giornate di degenza per ogni addetto all'assistenza.

5) Numero di ricoveri prodotti per utenti non residenti:

È un indicatore che fornisce la percentuale dei ricoveri ordinari e diurni prodotti per residenti al di fuori della Regione Veneto rispetto al totale dei ricoveri ordinari e diurni; tale indicatore determina il livello di attrazione che le Aziende Ospedaliere e lo IOV hanno nei confronti dei residenti non Veneti.

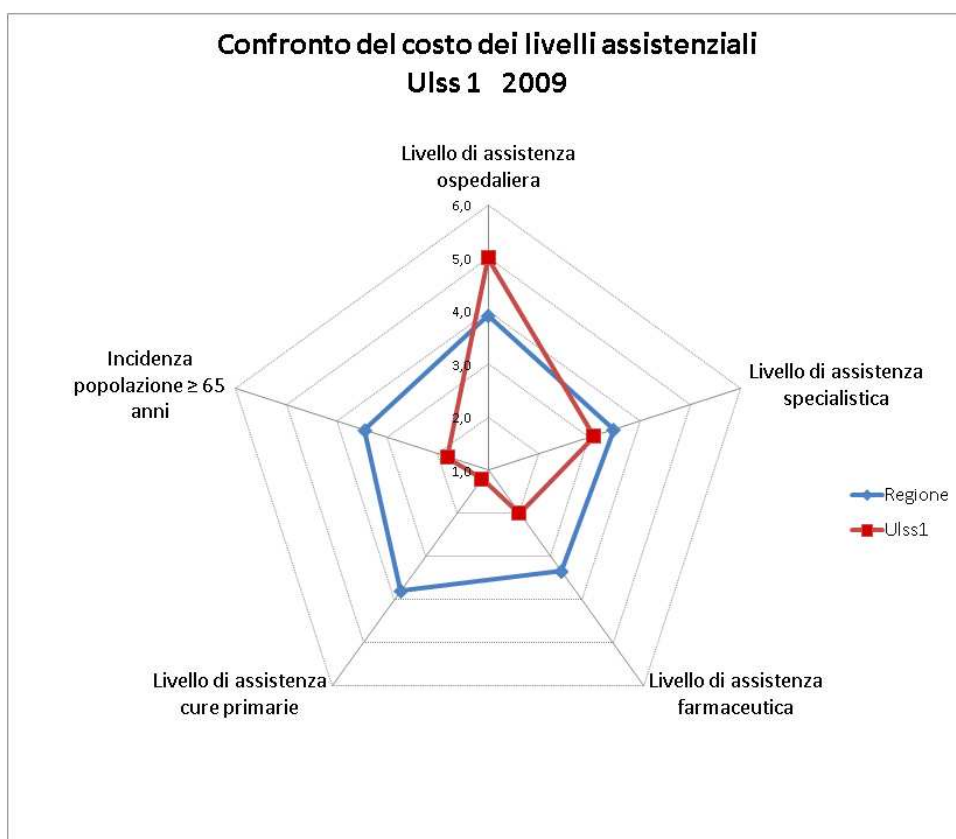
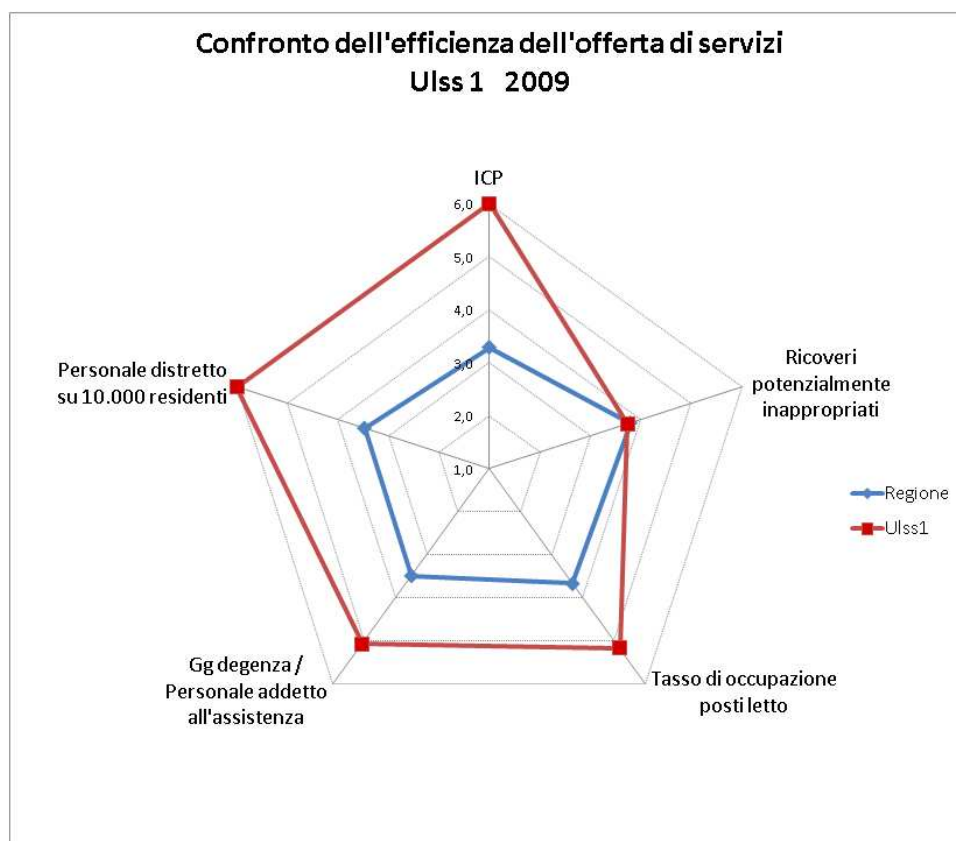
Si è ritenuto opportuno inserire anche l'andamento relativo all'indice di case-mix per valutare la complessità relativa della casistica trattata dalle Aziende Ospedaliere e dallo IOV:

$$\text{ICM} = \frac{\text{Peso medio per azienda}}{\sum_{DRG} \text{Numero dimissioni per DRG della Regione} \times \text{Peso nazionale per DRG}}$$

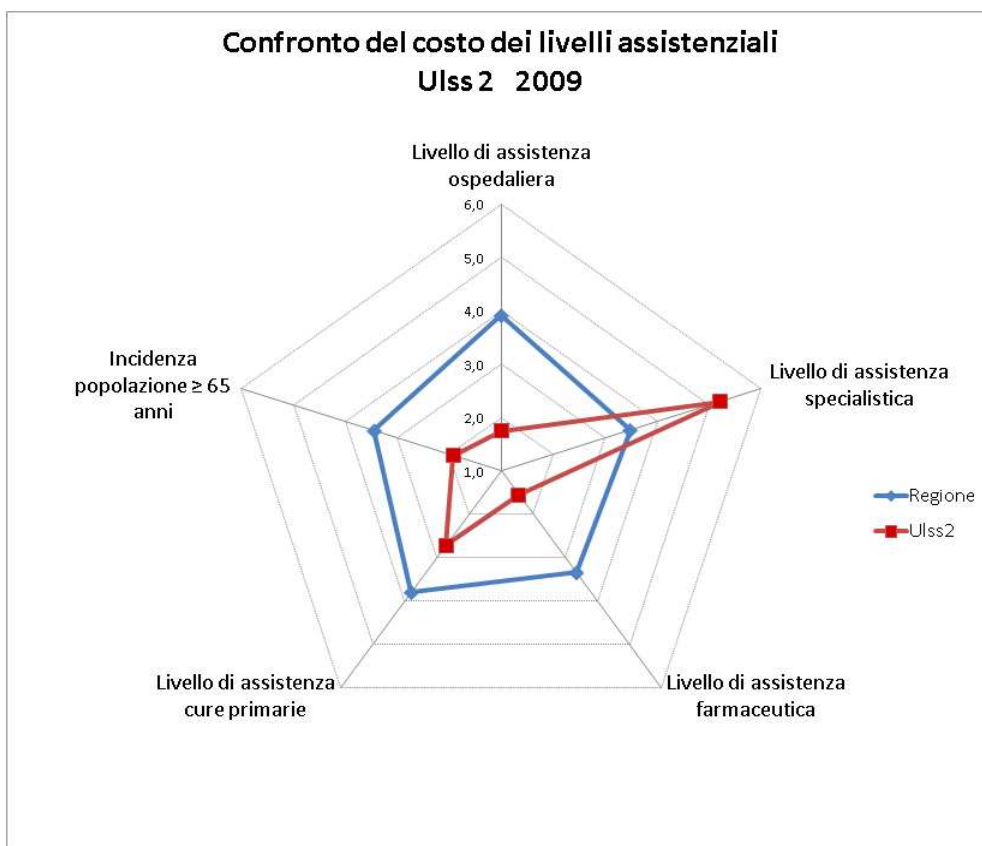
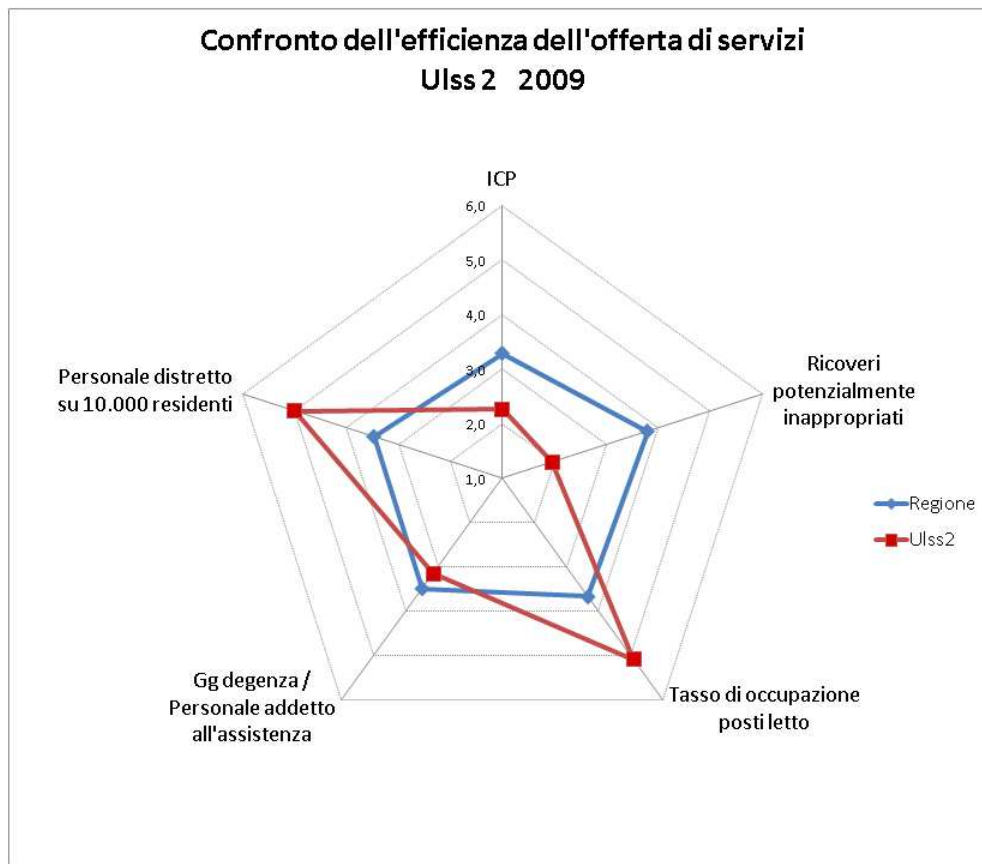
Esso esprime dunque la complessità dei casi trattati rapportando il peso medio calcolato con il riferimento all'azienda ed il peso medio regionale. Un valore superiore a 1 esprime una situazione di maggior complessità della casistica dell'azienda in questione rispetto al valore medio riscontrato nella popolazione standard (archivio regionale) e viceversa.

3.2. Analisi Aziende ULSS

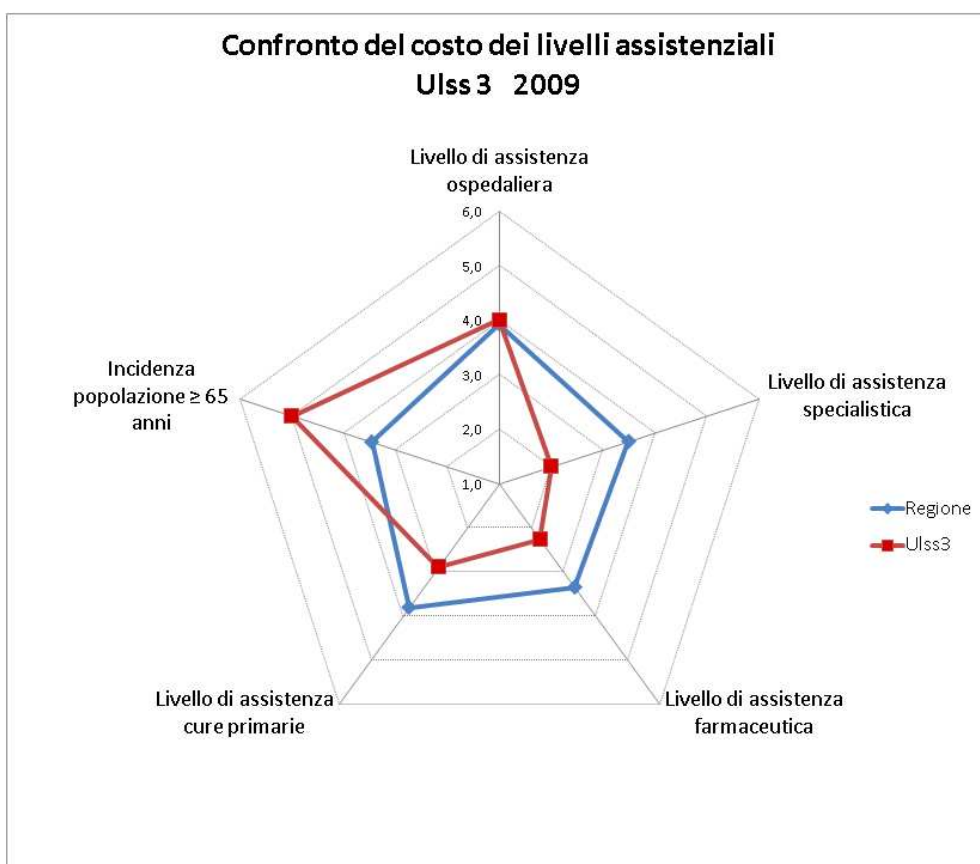
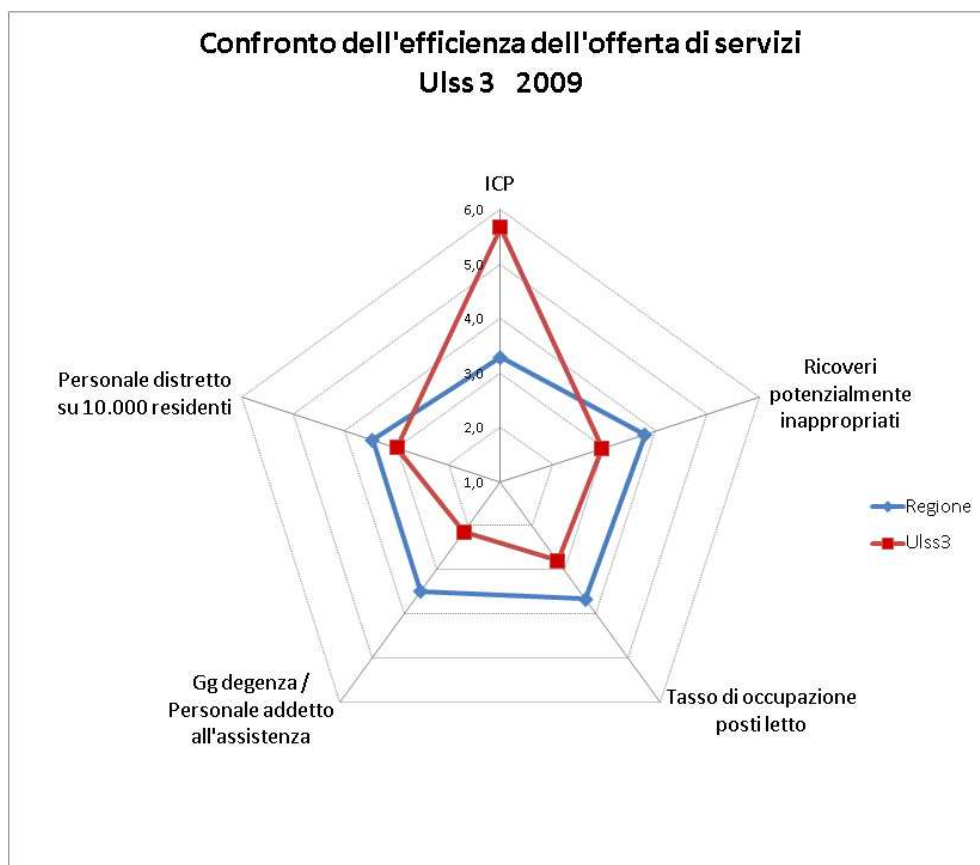
ULSS 1



ULSS 2

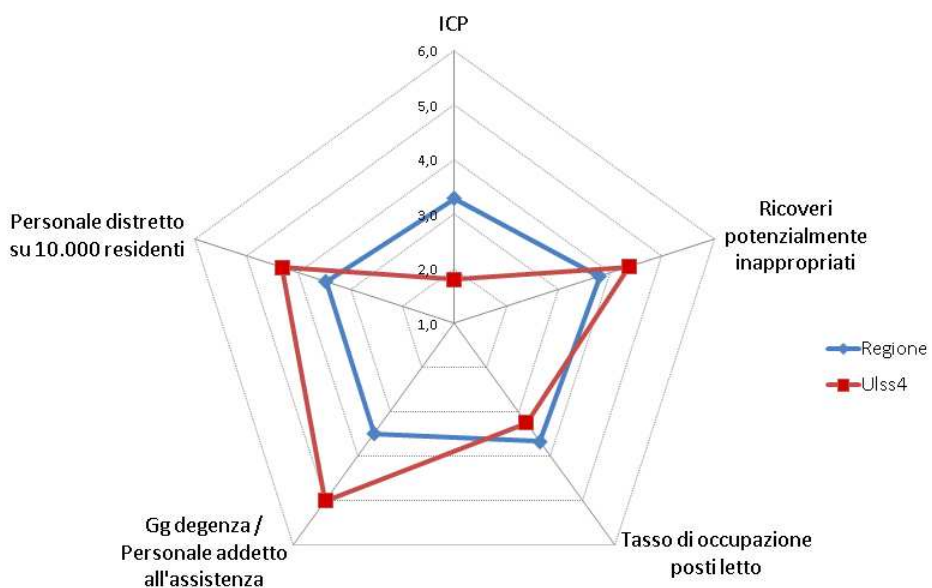


ULSS 3

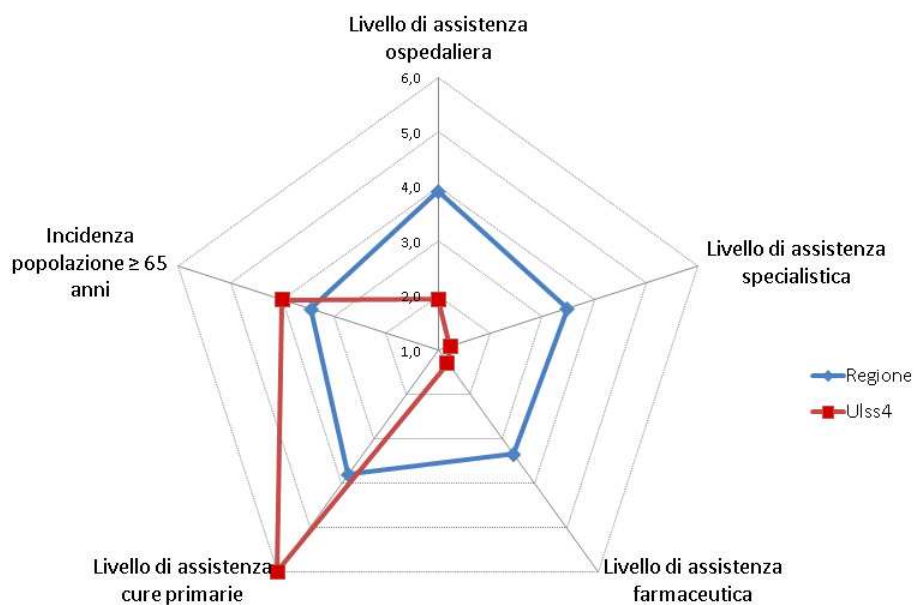


ULSS 4

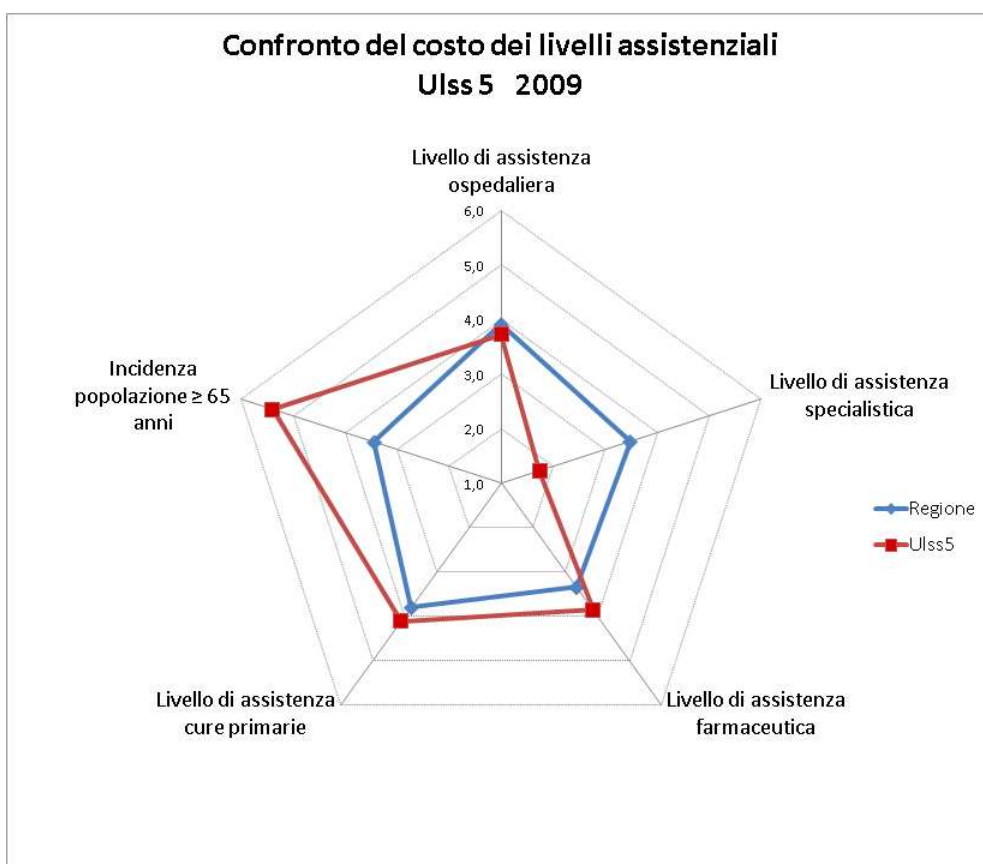
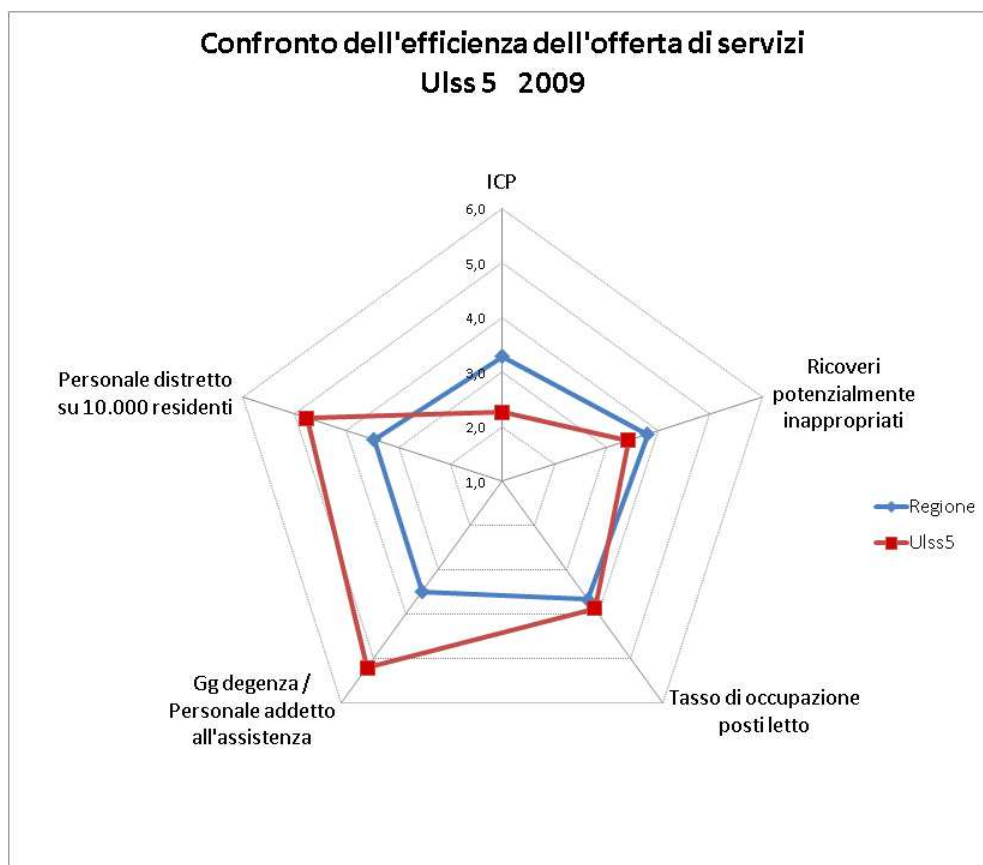
**Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi
Ulss 4 2009**



**Confronto del costo dei livelli assistenziali
Ulss 4 2009**

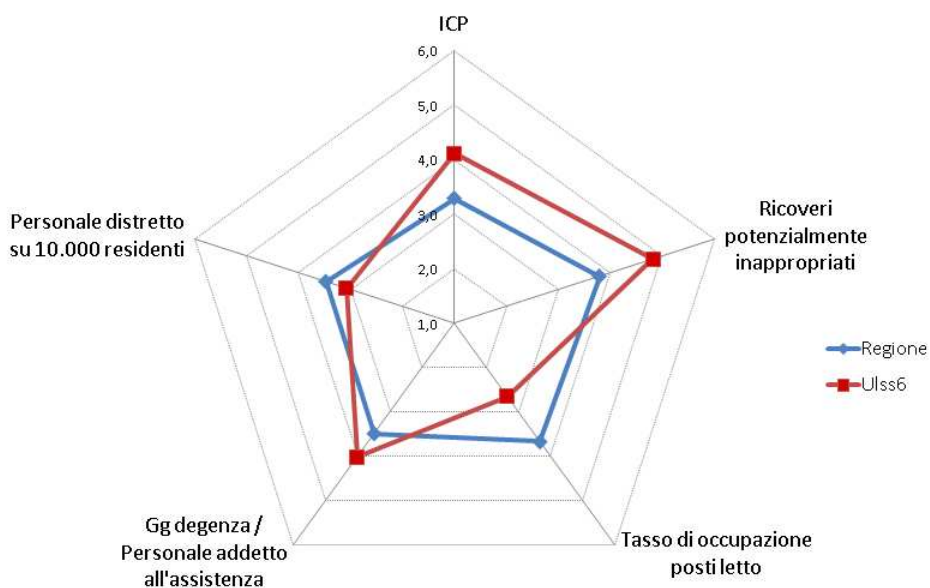


ULSS 5

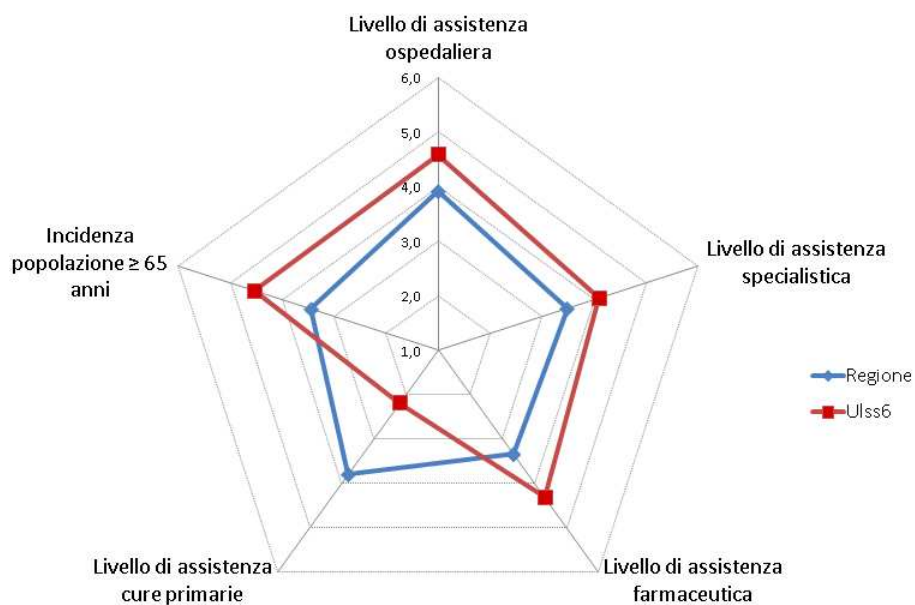


ULSS 6

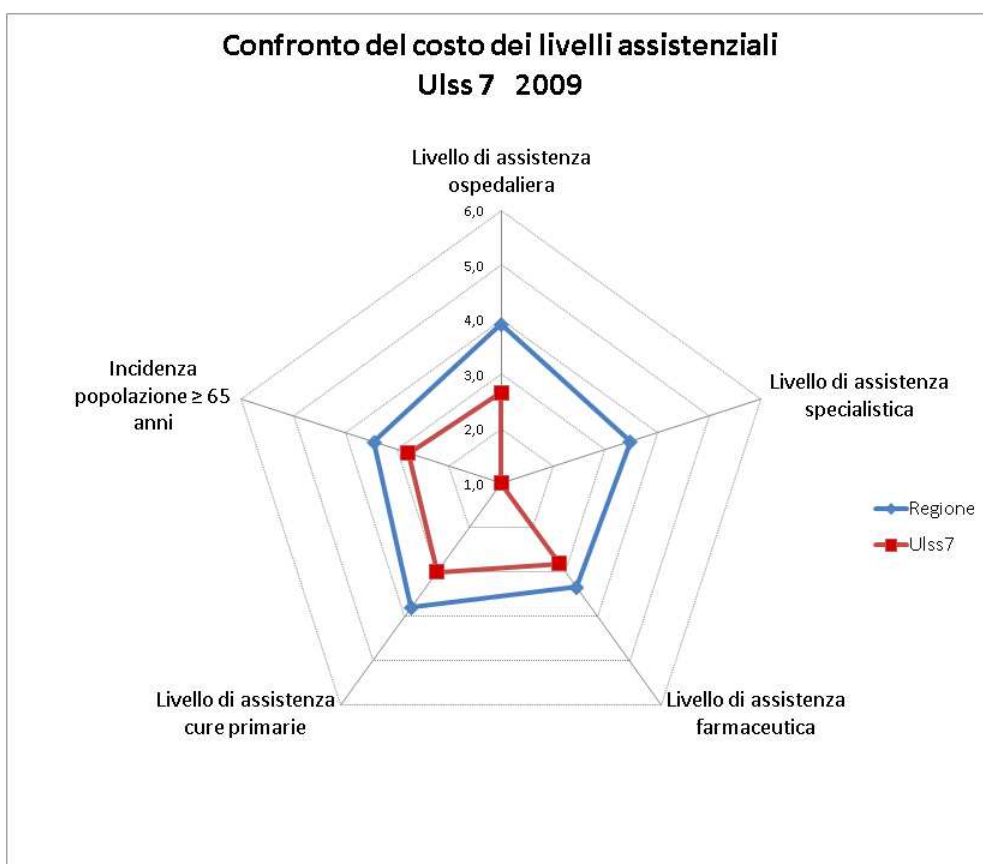
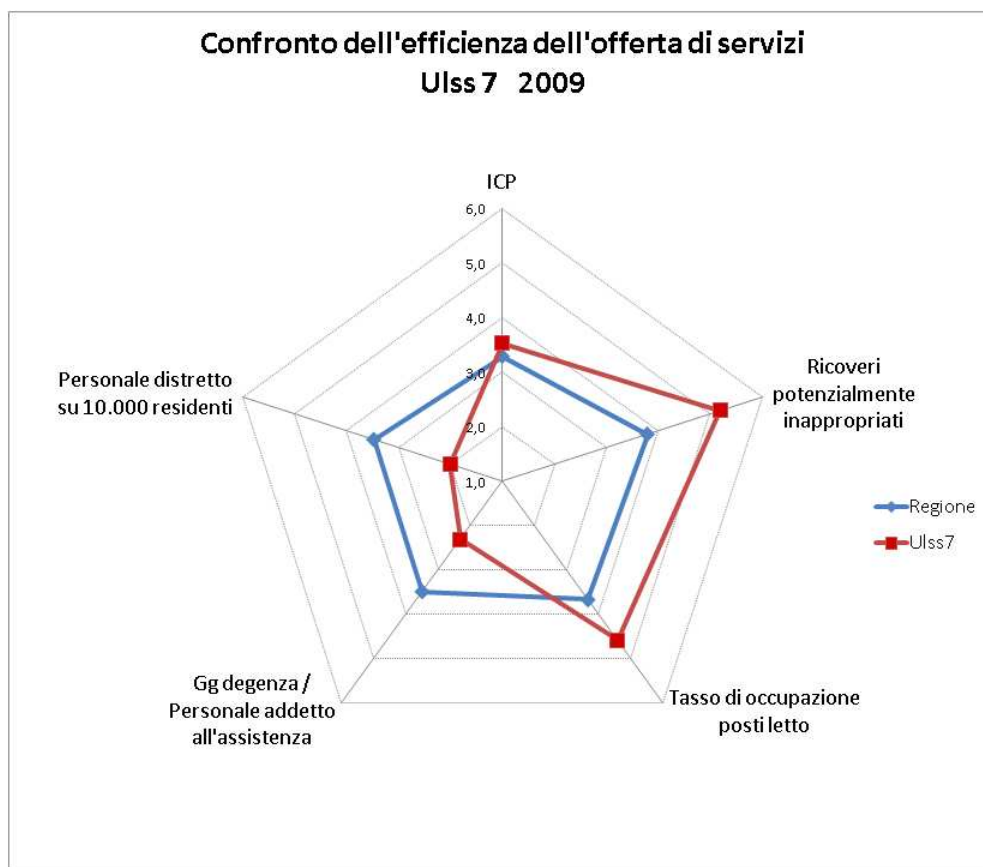
Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi Ulss 6 2009



Confronto del costo dei livelli assistenziali Ulss 6 2009

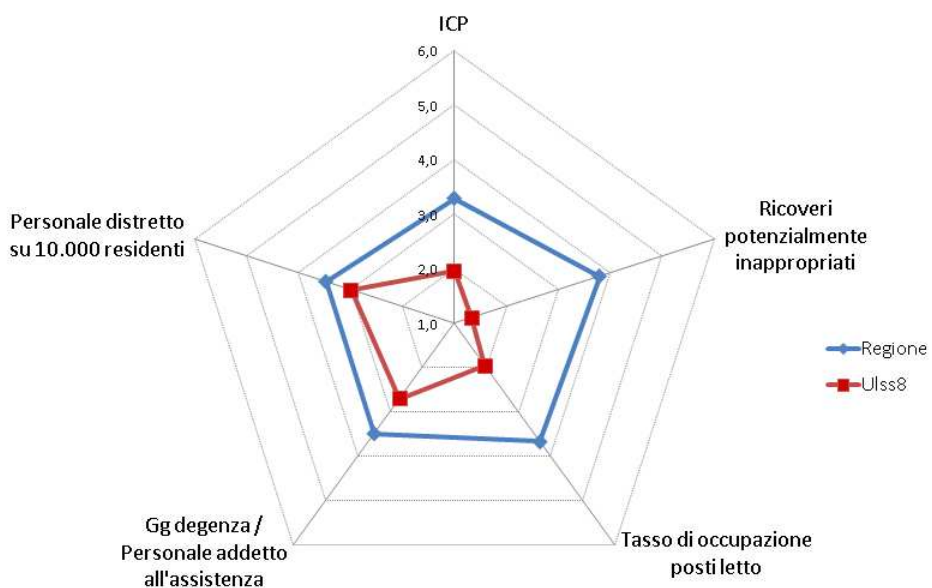


ULSS 7

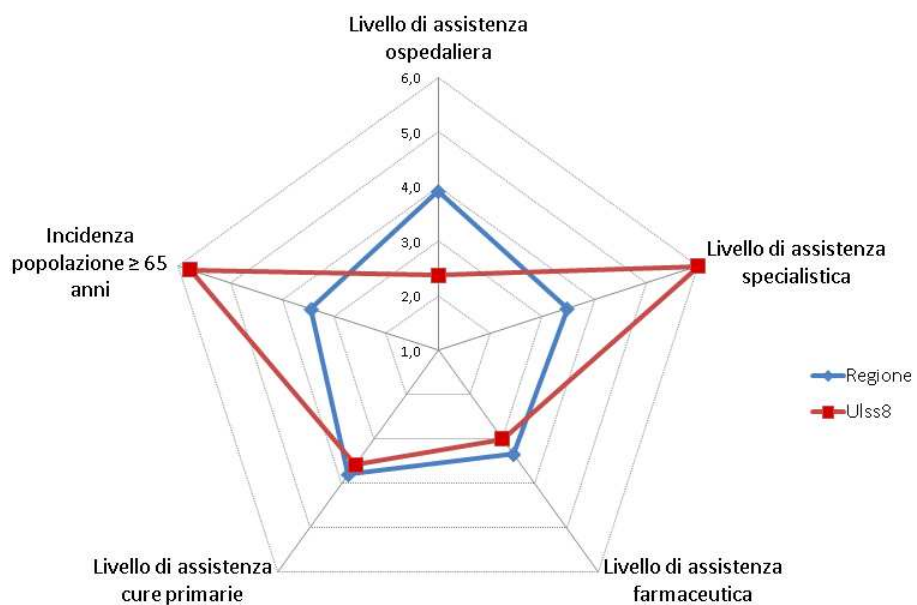


ULSS 8

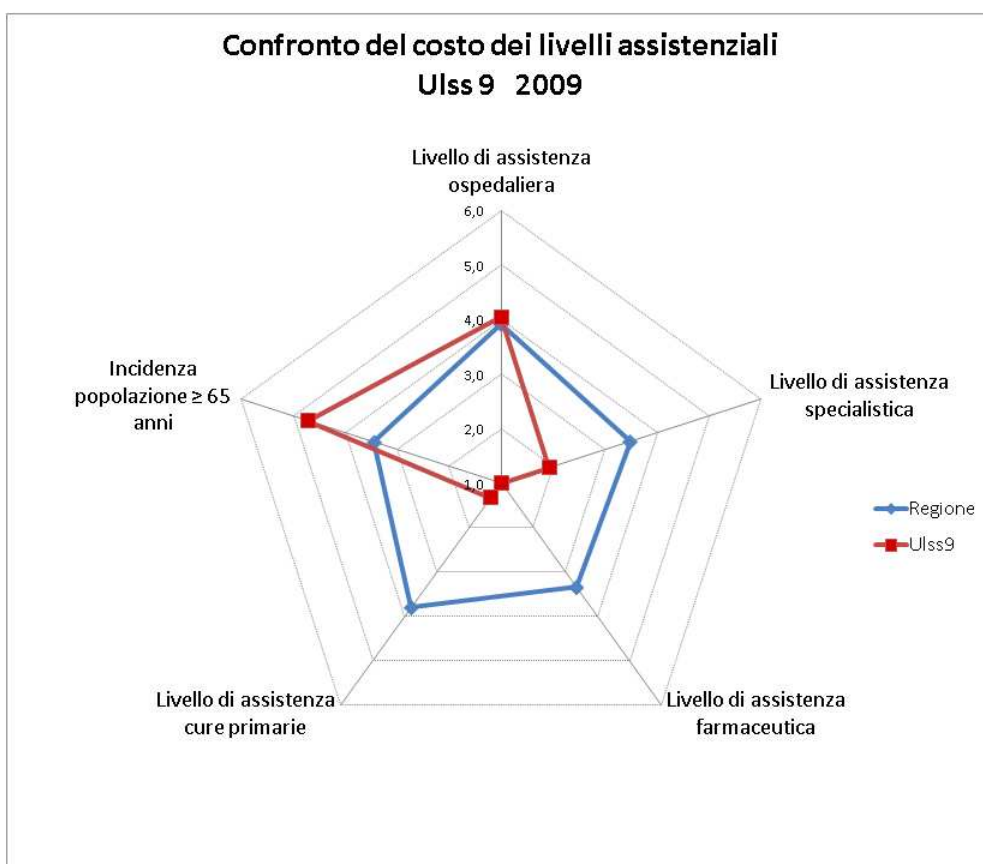
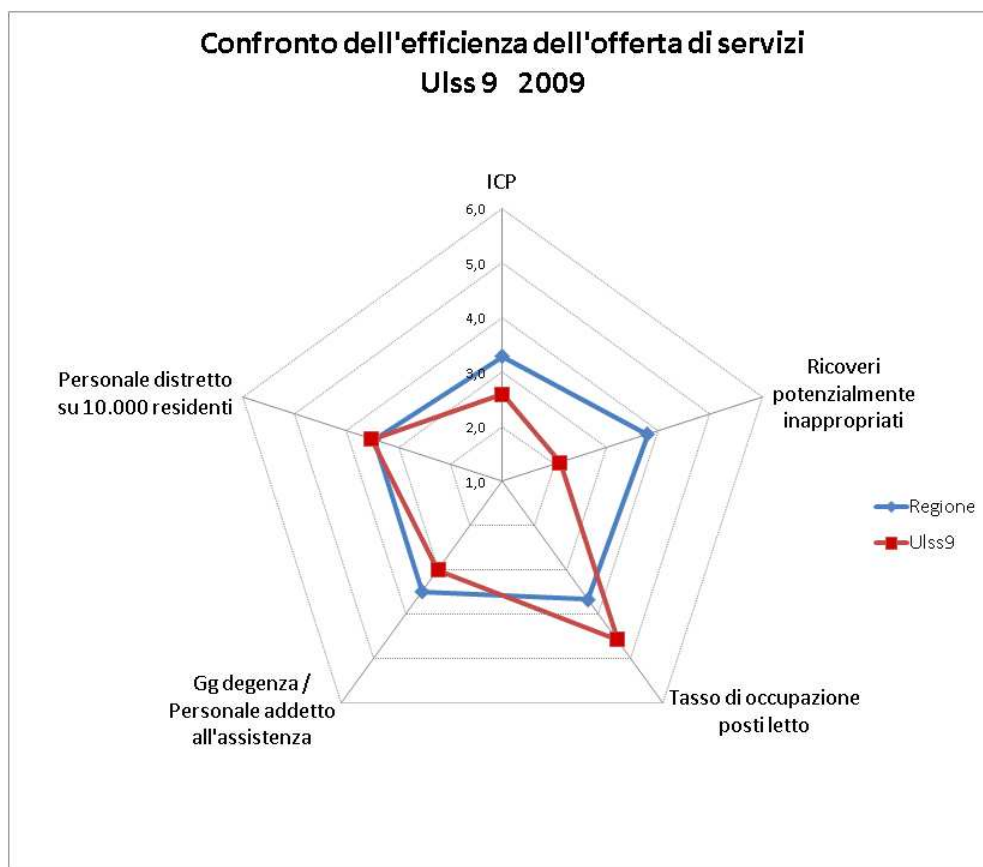
**Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi
Ulss 8 2009**



**Confronto del costo dei livelli assistenziali
Ulss 8 2009**

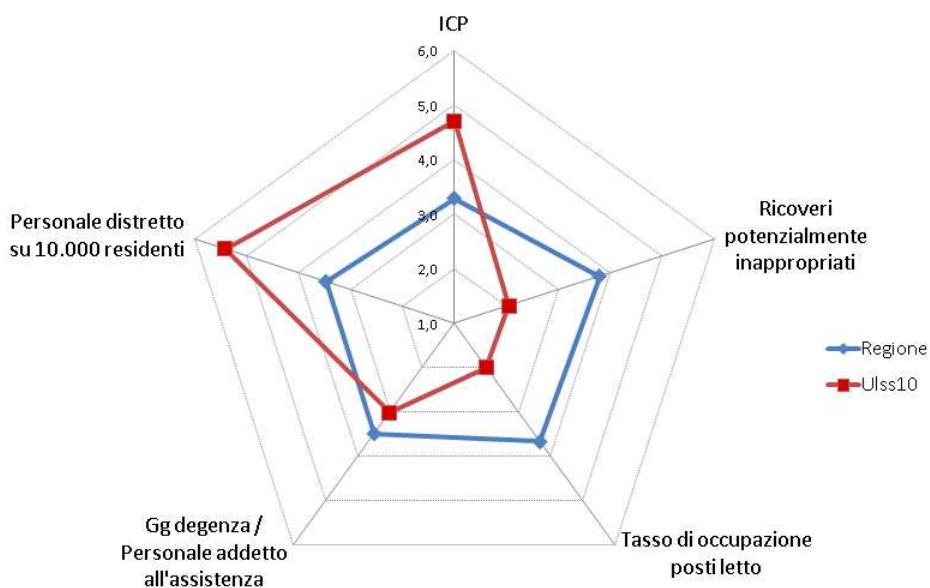


ULSS 9

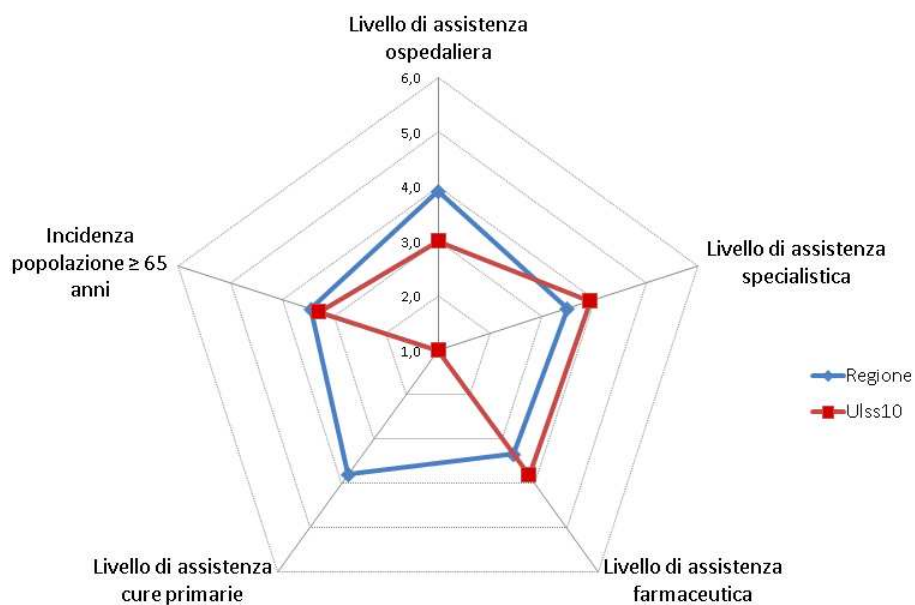


ULSS 10

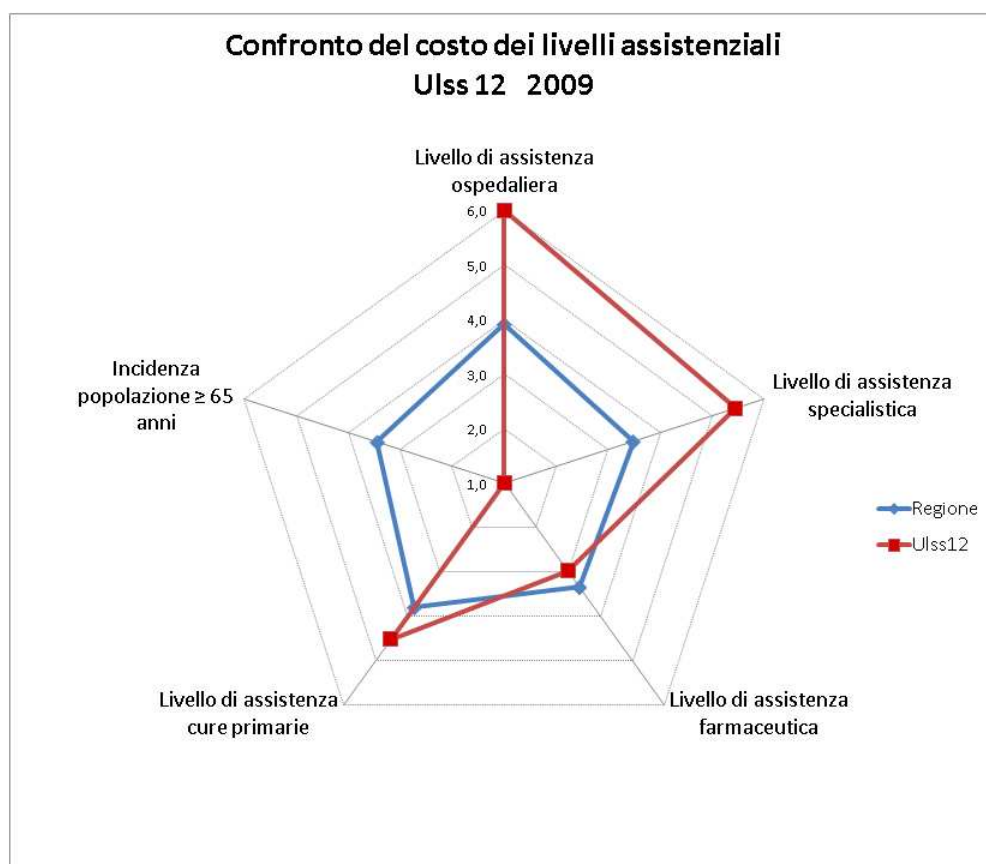
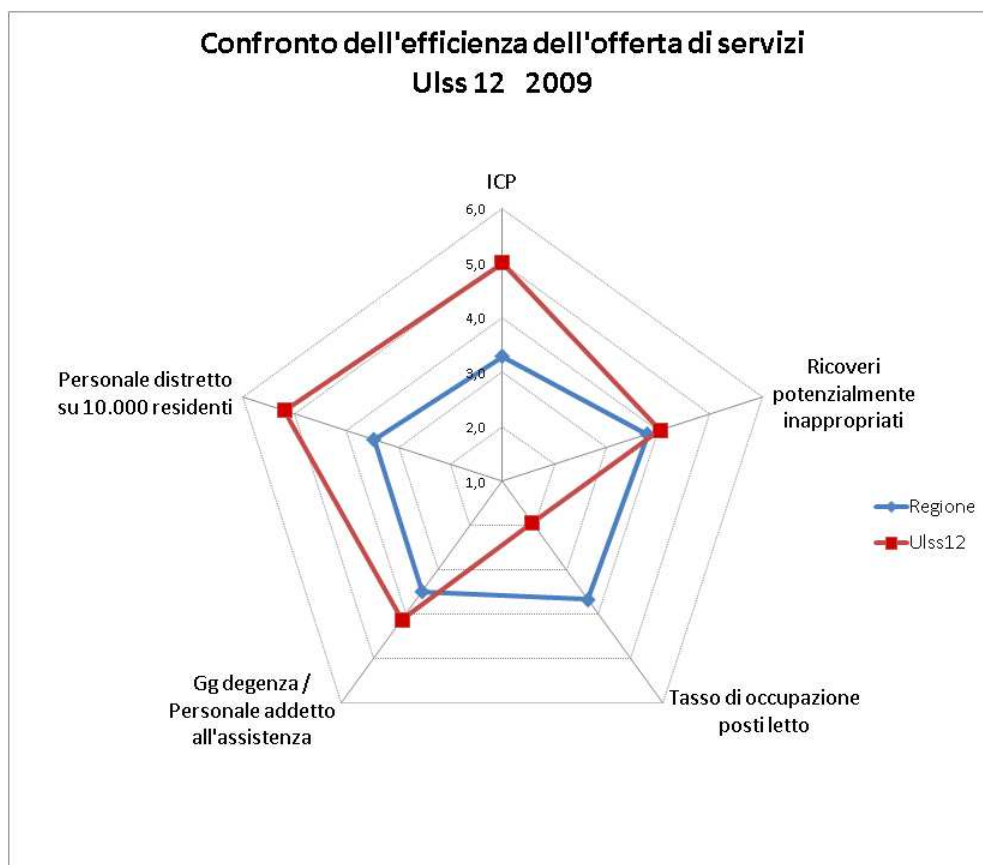
**Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi
Ulss 10 2009**



**Confronto del costo dei livelli assistenziali
Ulss 10 2009**

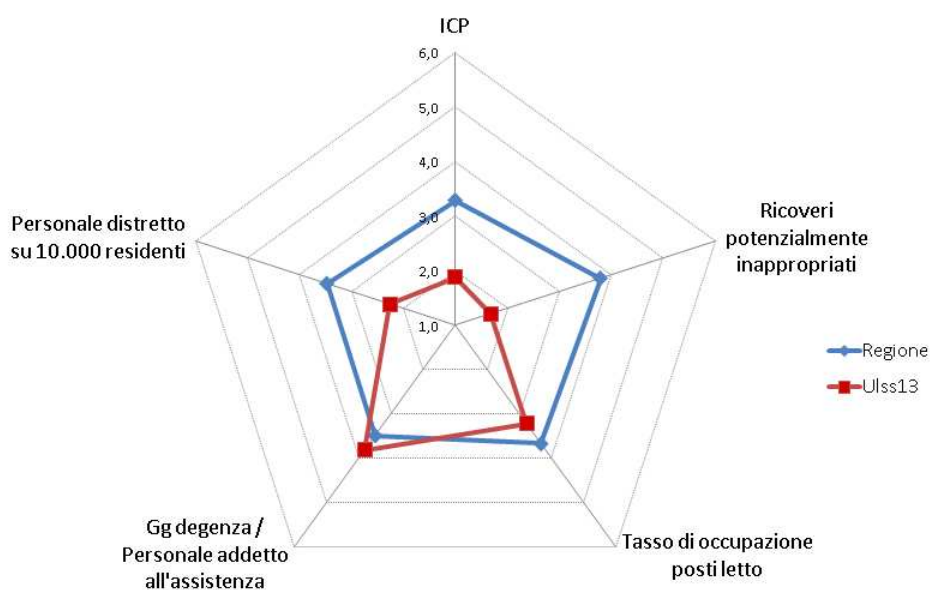


ULSS 12

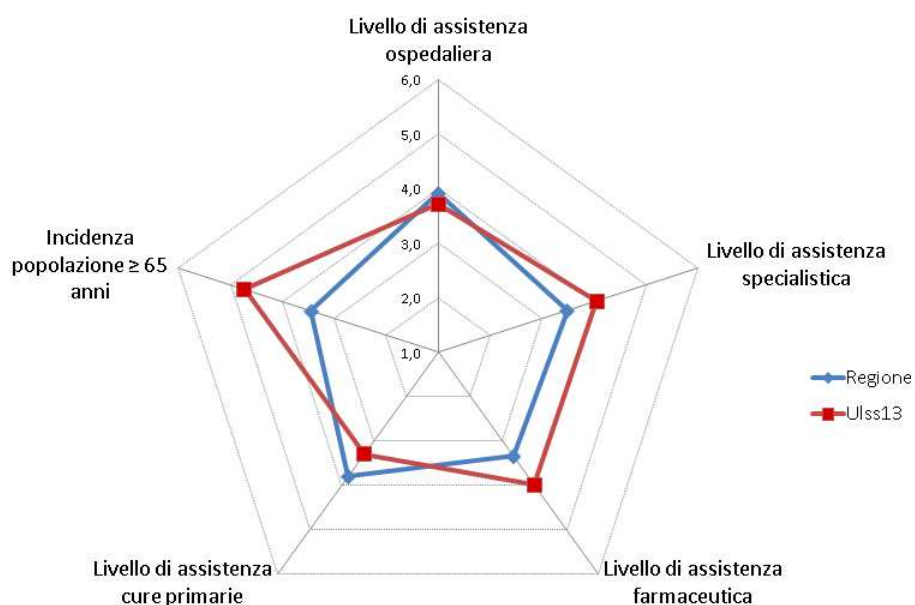


ULSS 13

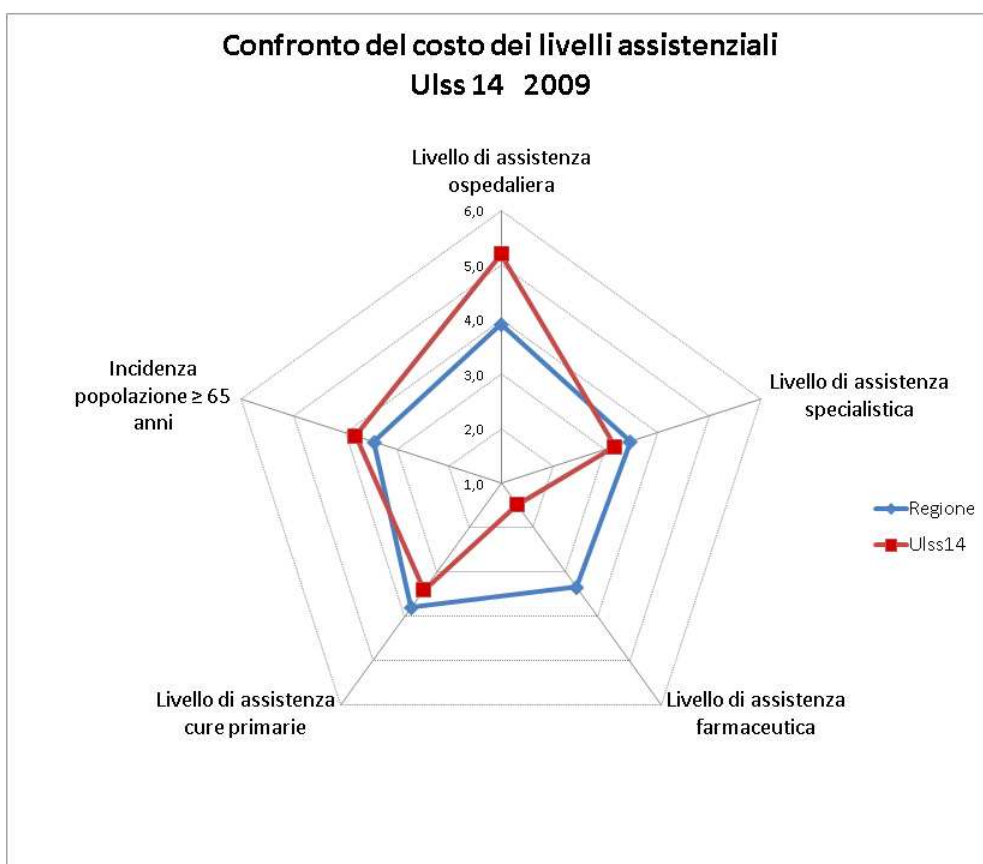
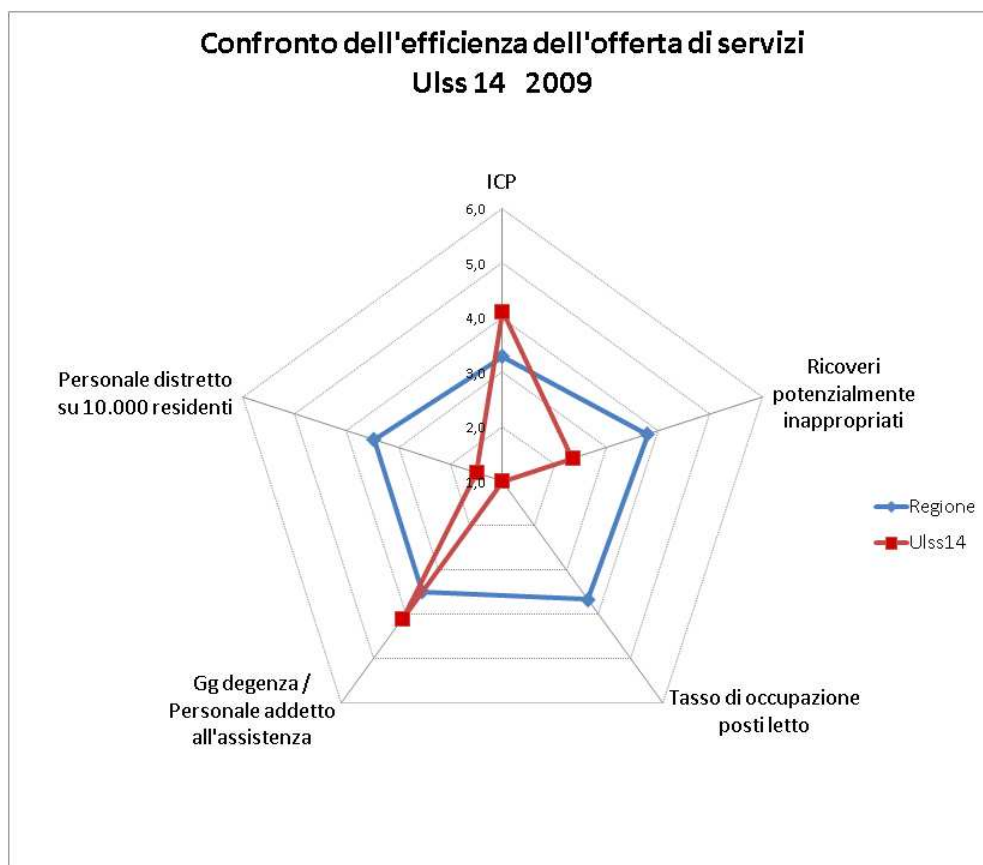
Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi Ulss 13 2009



Confronto del costo dei livelli assistenziali Ulss 13 2009

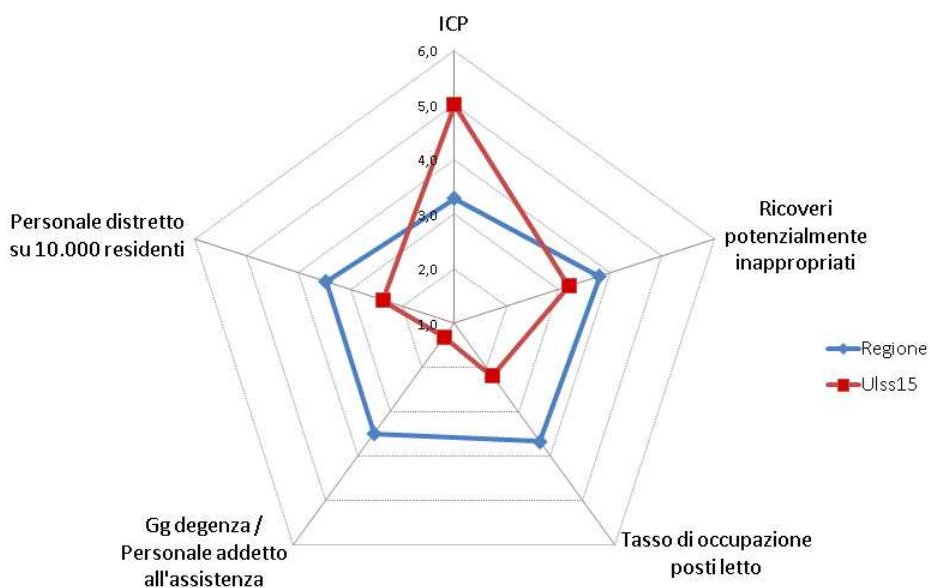


ULSS 14

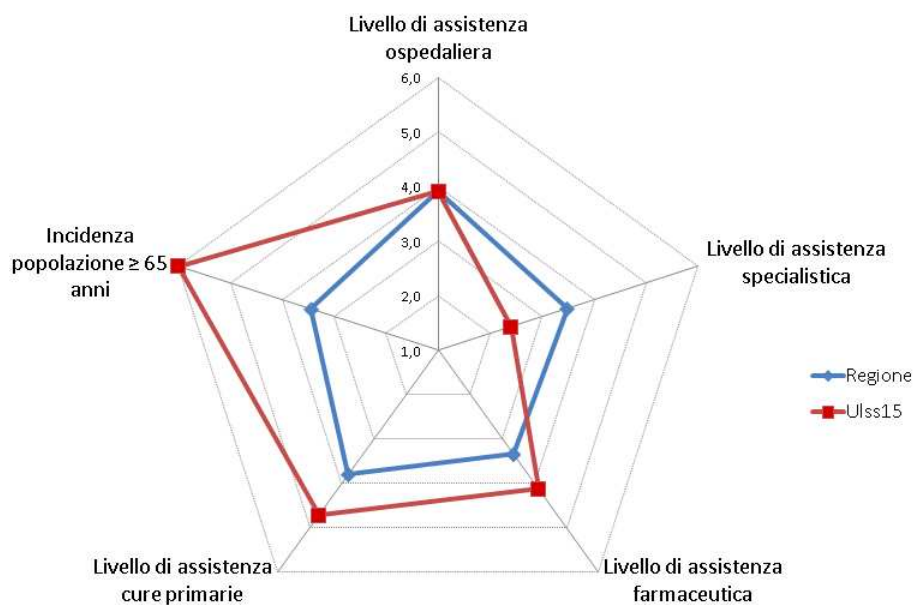


ULSS 15

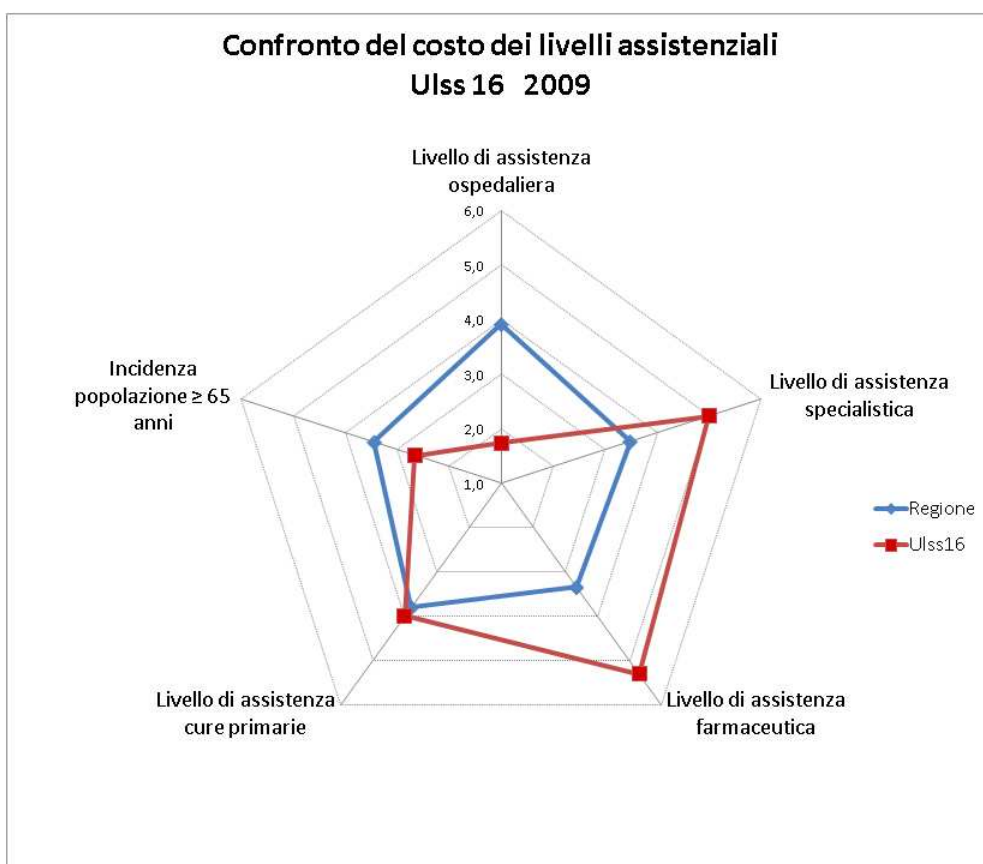
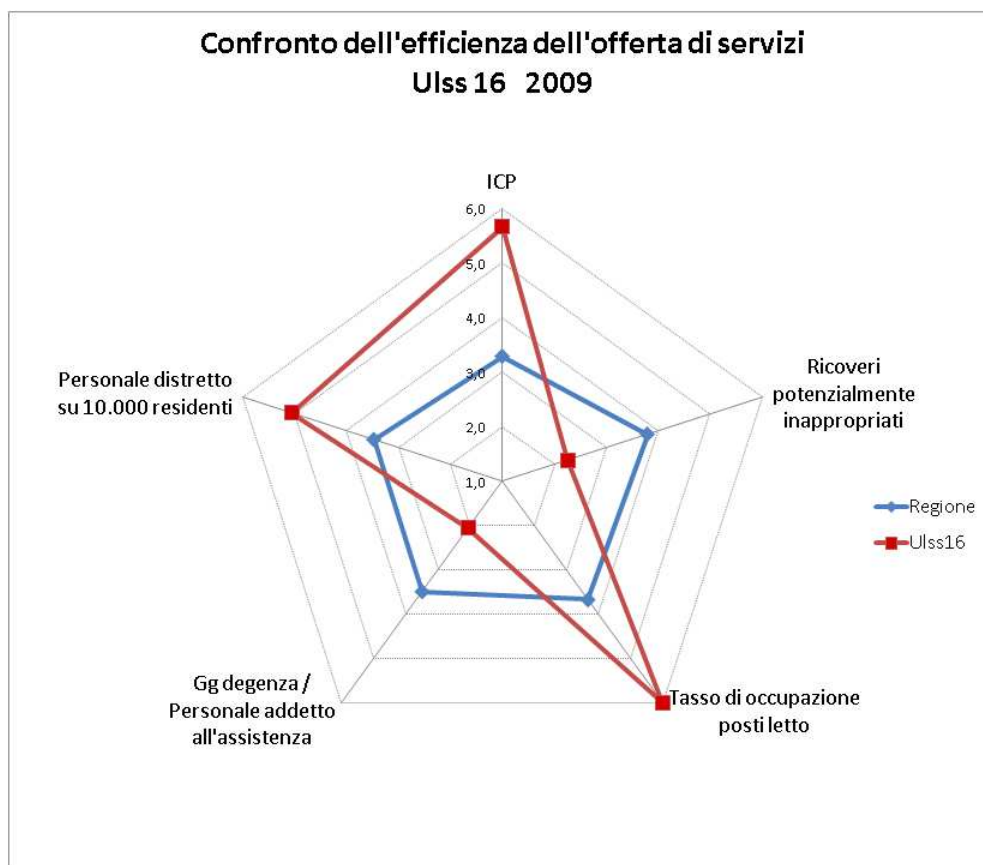
Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi Ulss 15 2009



Confronto del costo dei livelli assistenziali Ulss 15 2009

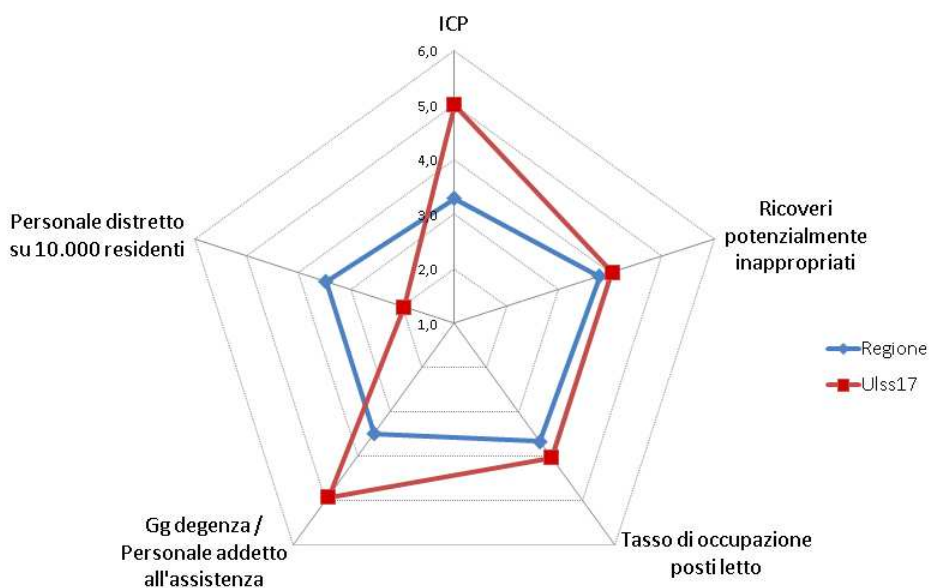


ULSS 16

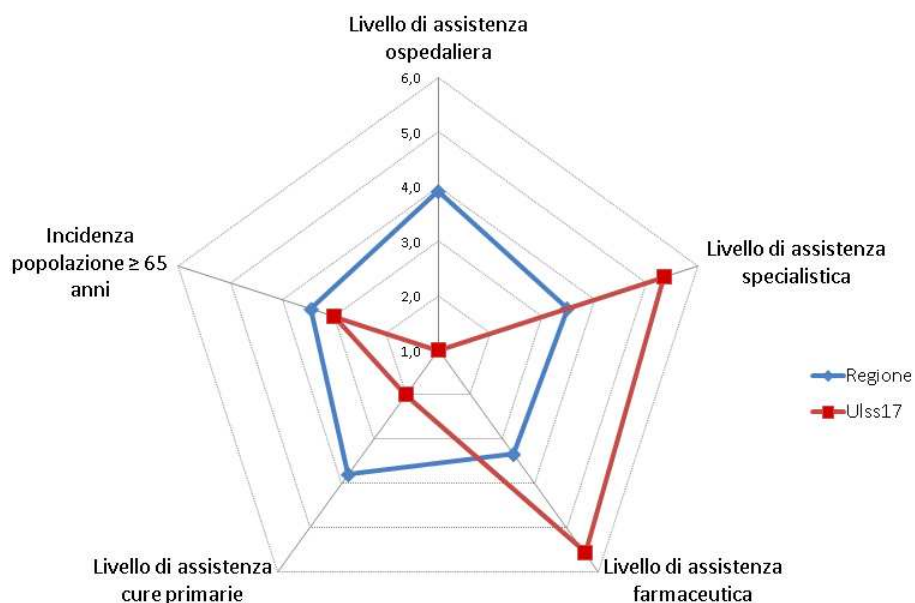


ULSS 17

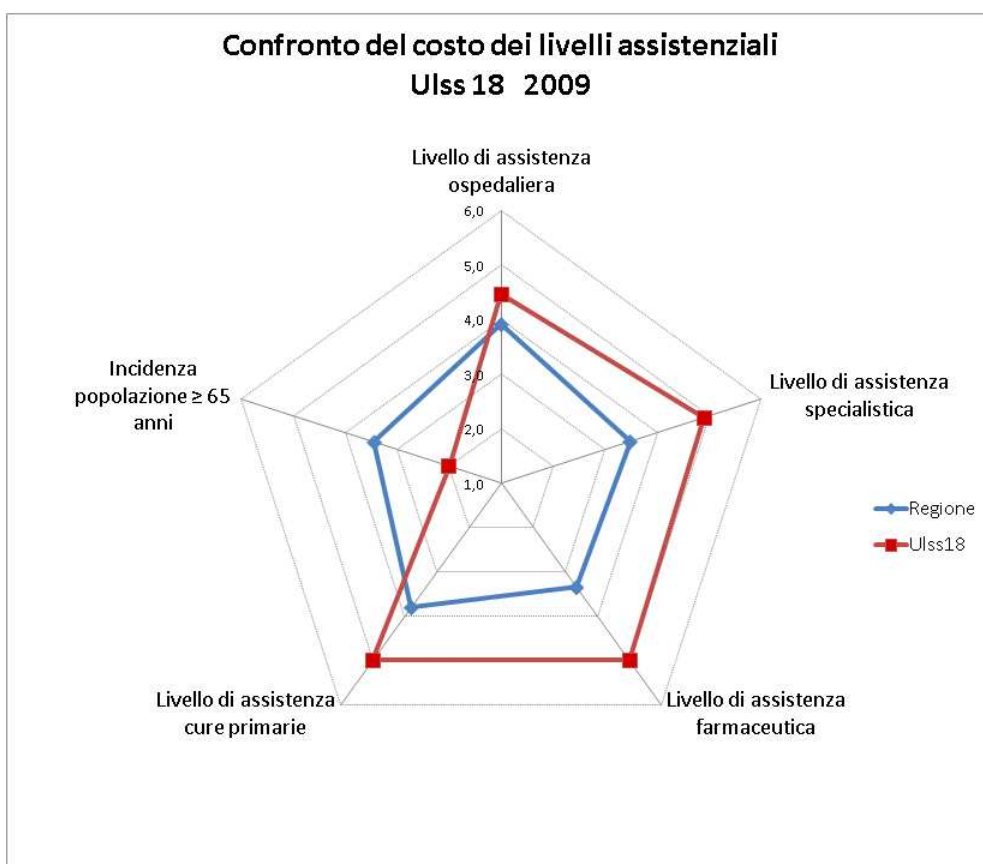
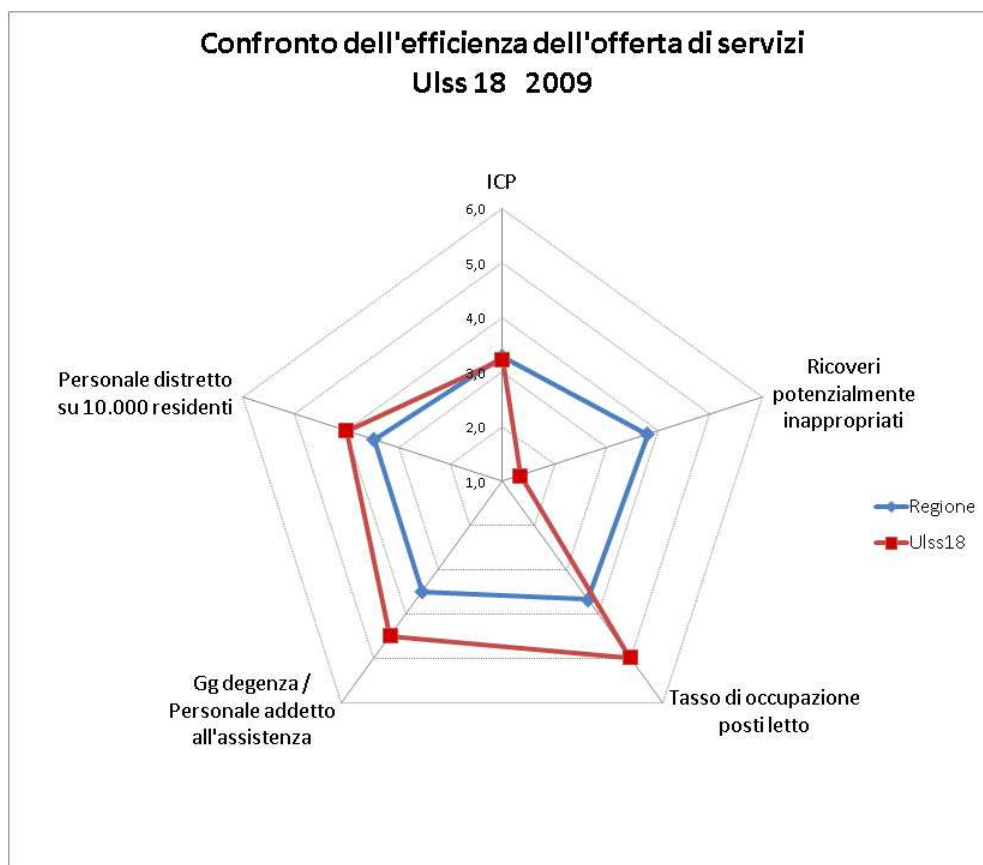
**Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi
Ulss 17 2009**



**Confronto del costo dei livelli assistenziali
Ulss 17 2009**

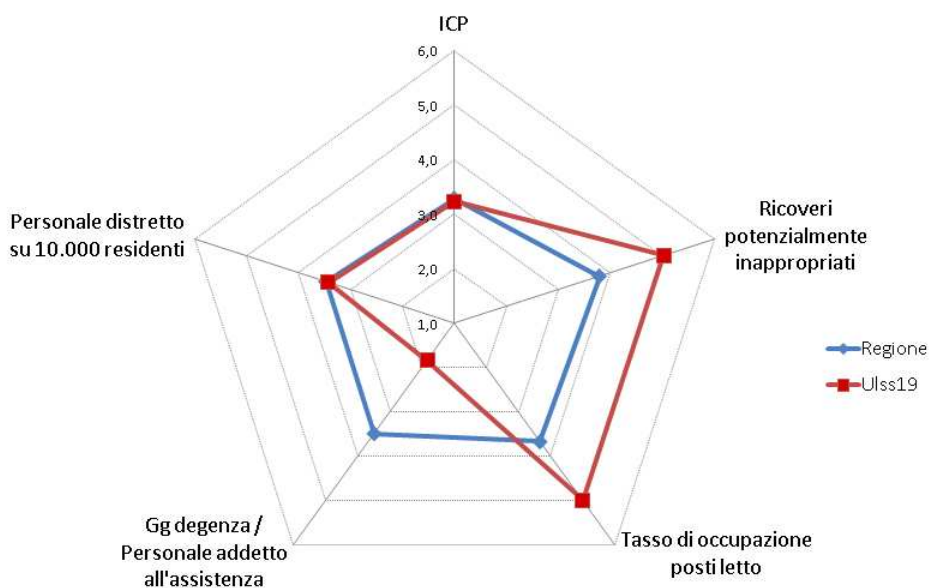


ULSS 18

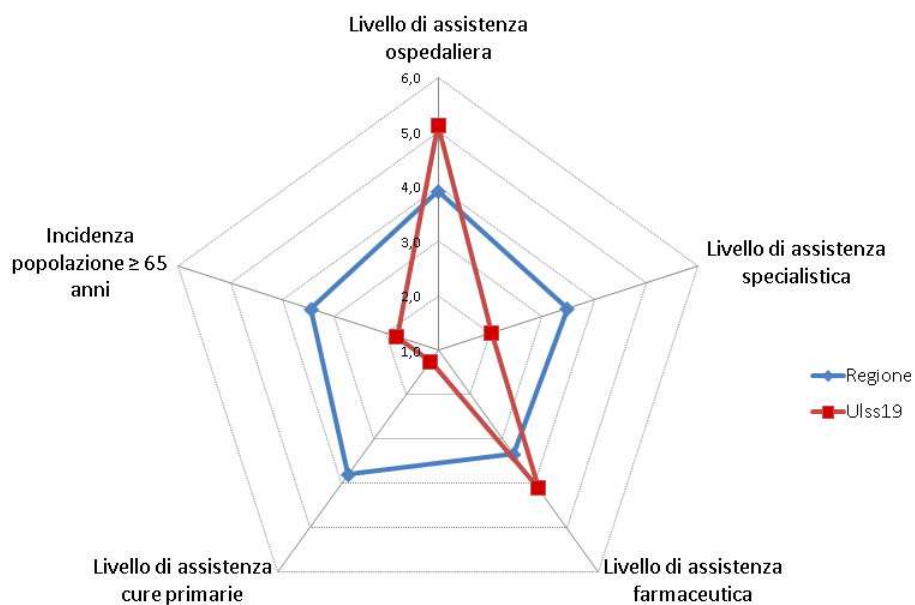


ULSS 19

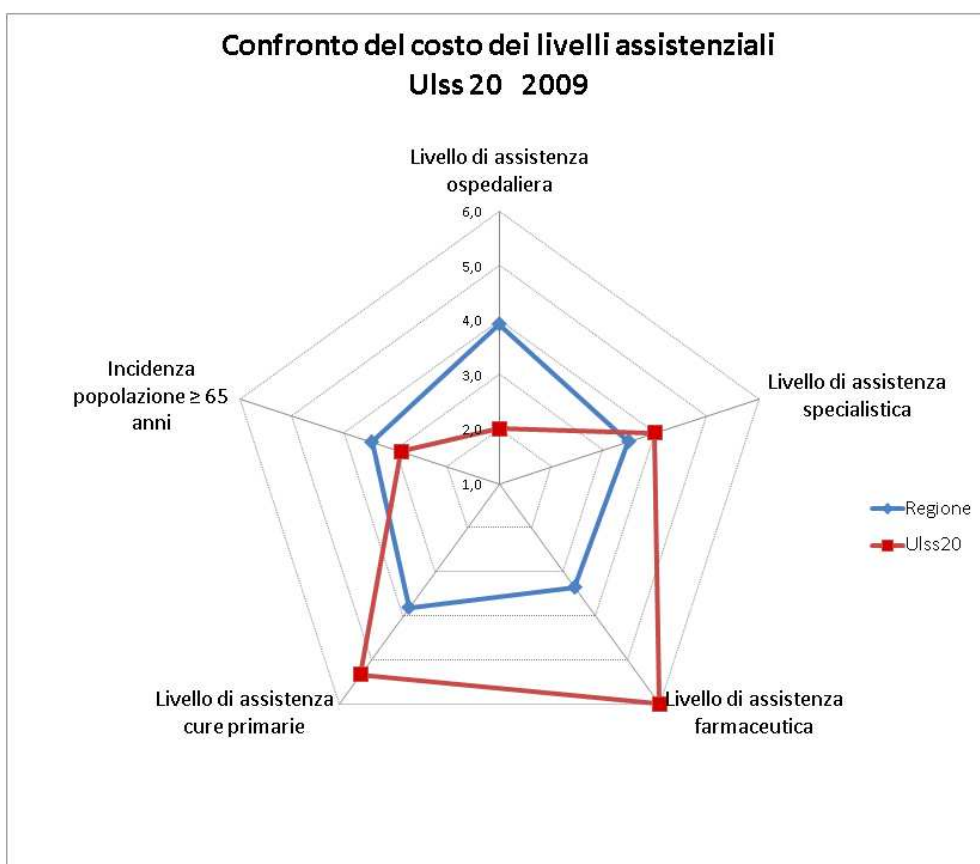
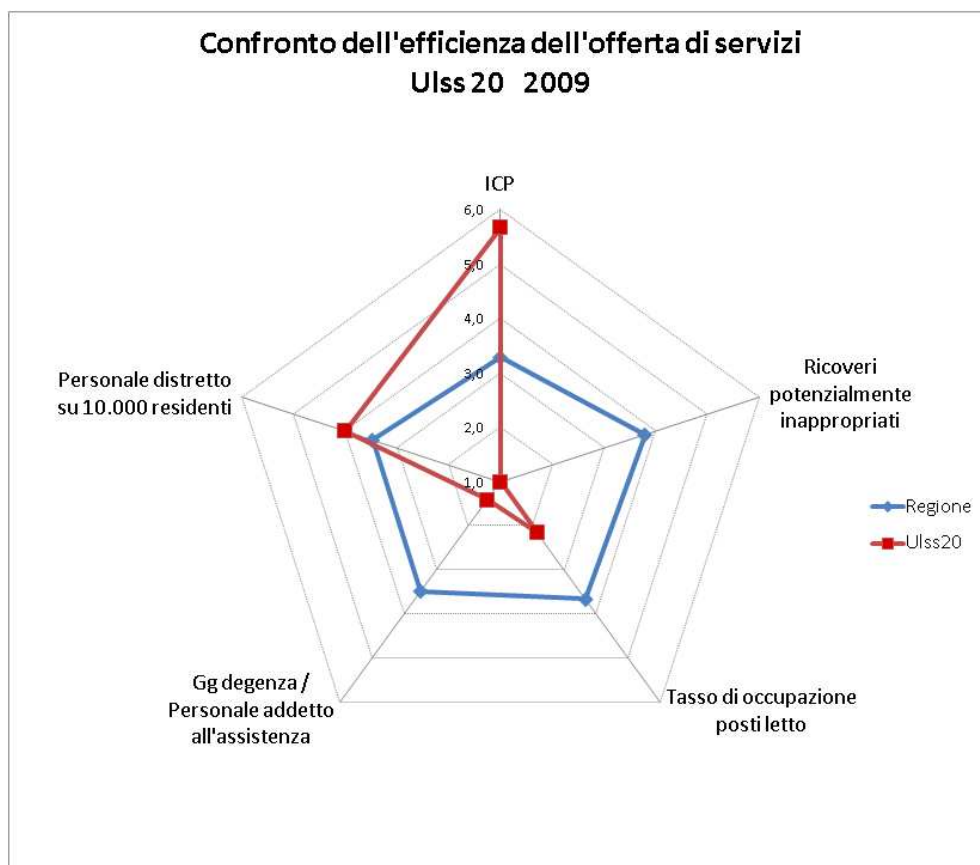
Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi Ulss 19 2009



Confronto del costo dei livelli assistenziali Ulss 19 2009

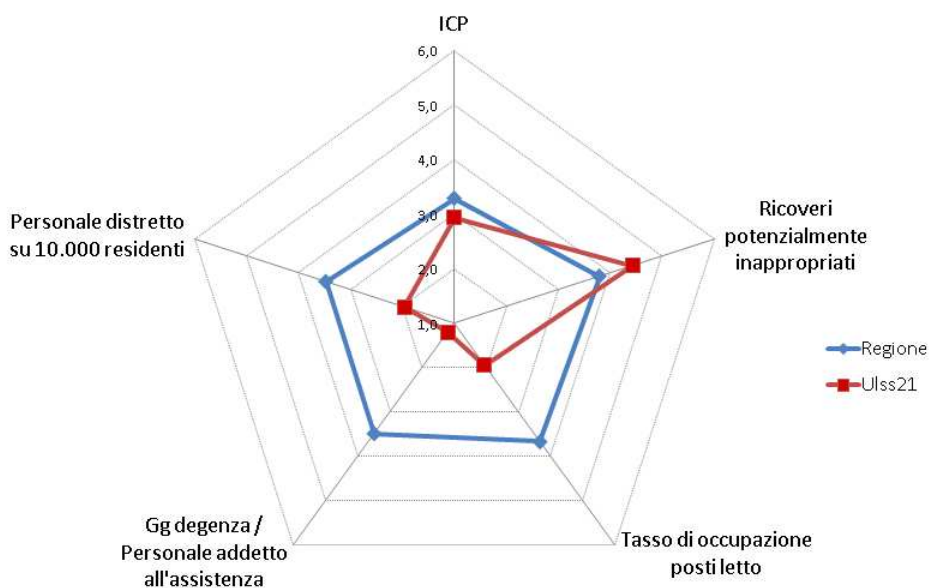


ULSS 20

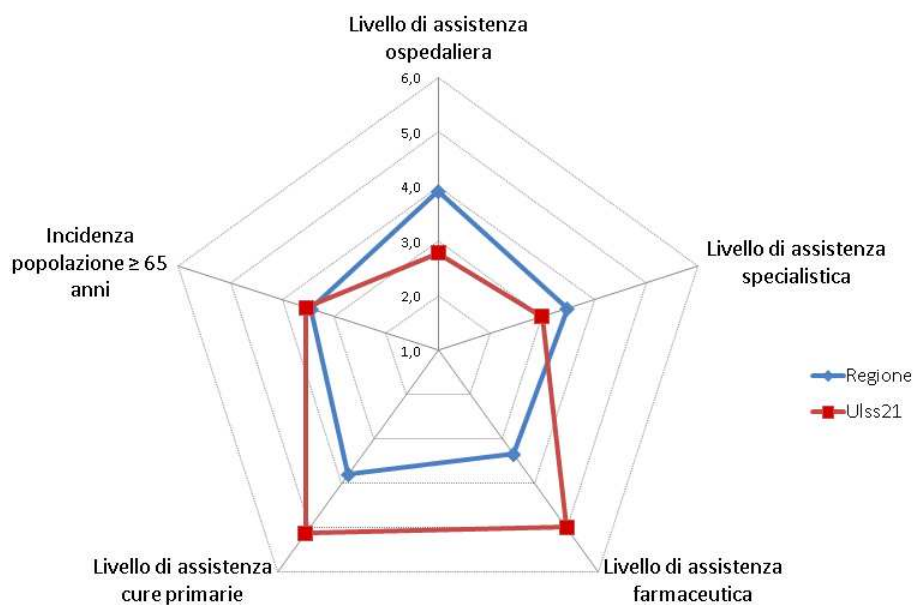


ULSS 21

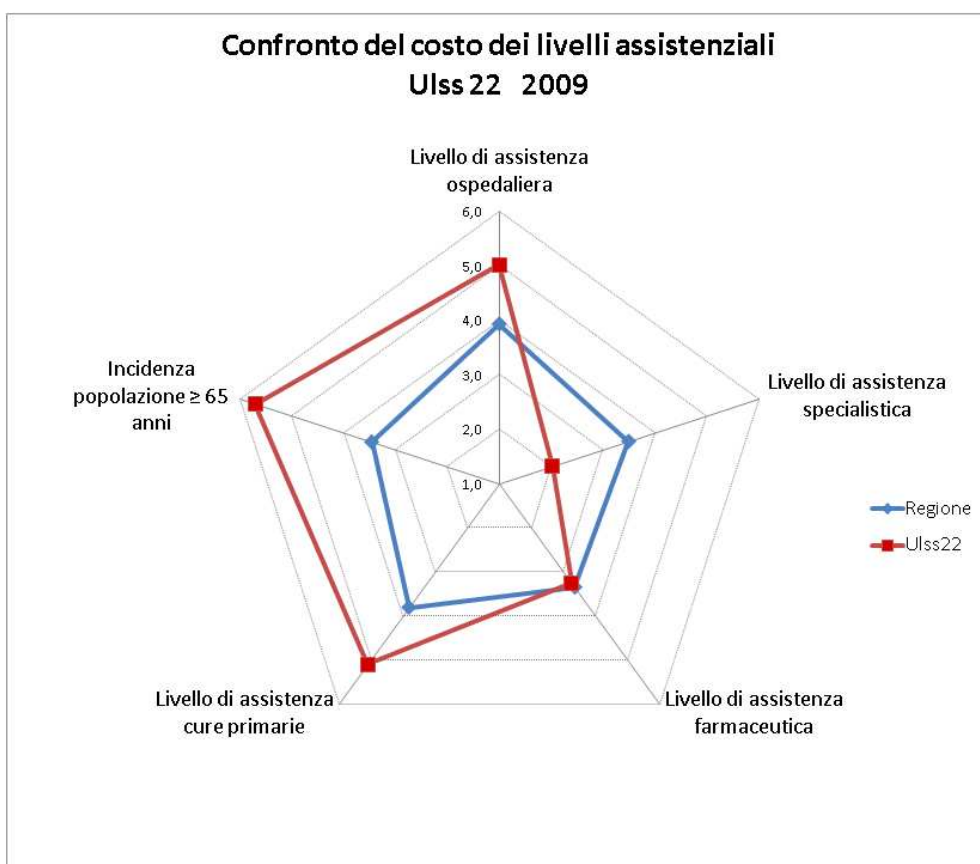
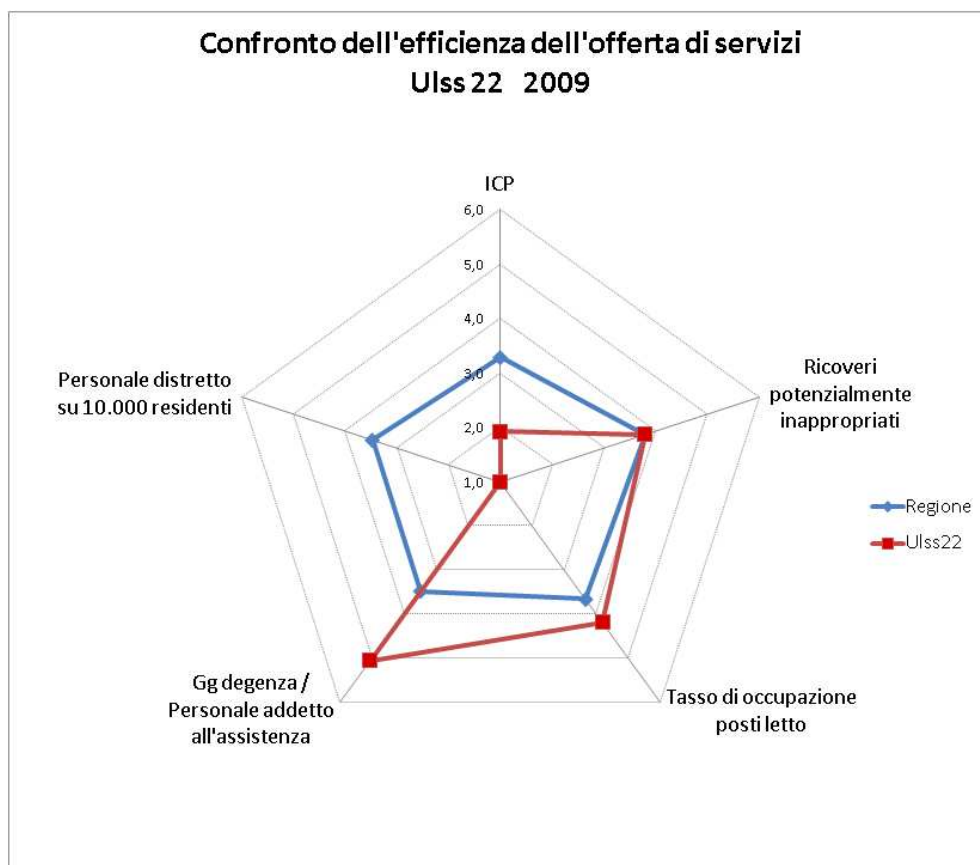
Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi Ulss 21 2009



Confronto del costo dei livelli assistenziali Ulss 21 2009

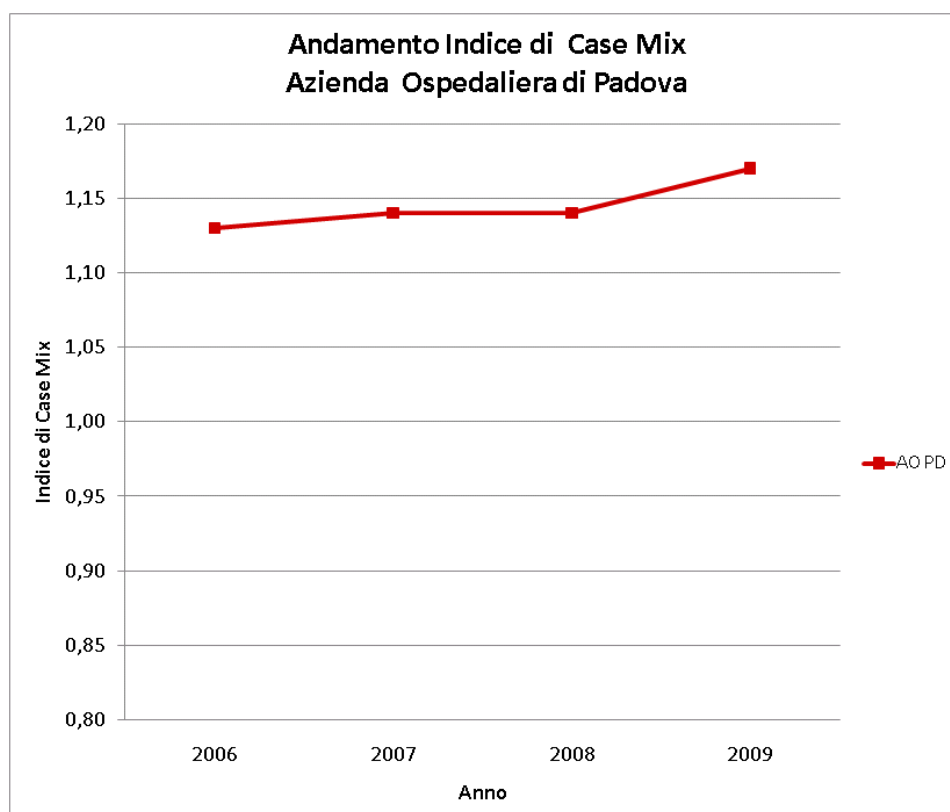
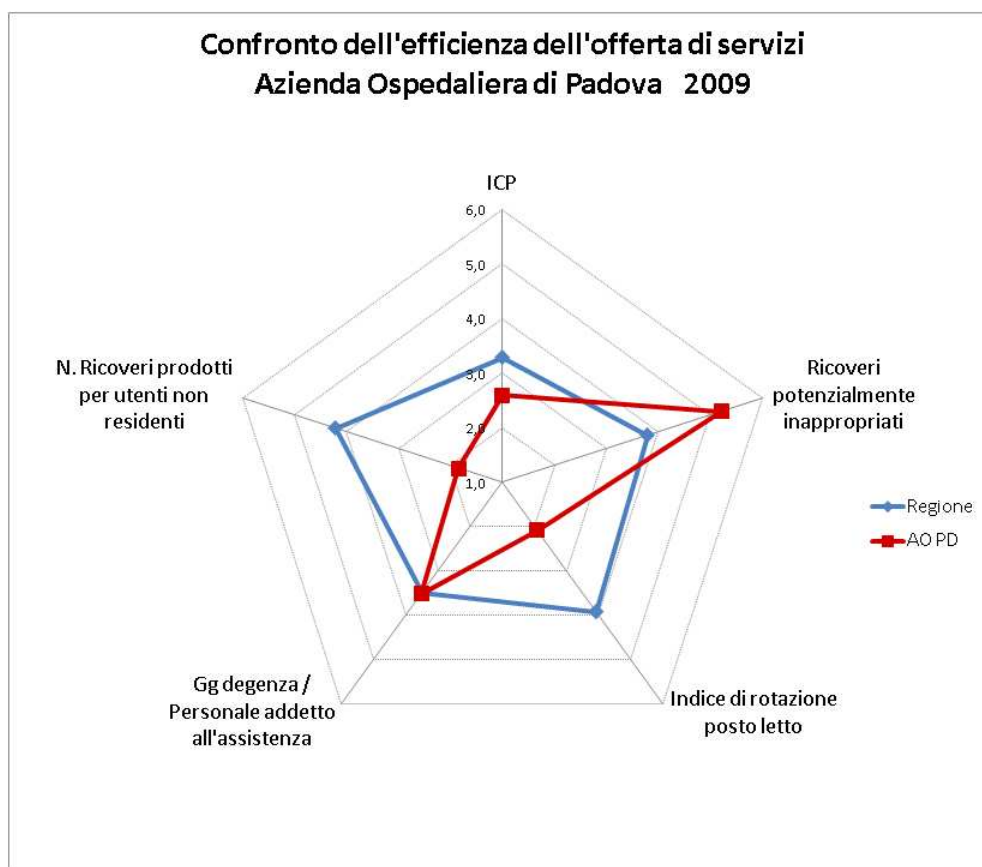


ULSS 22

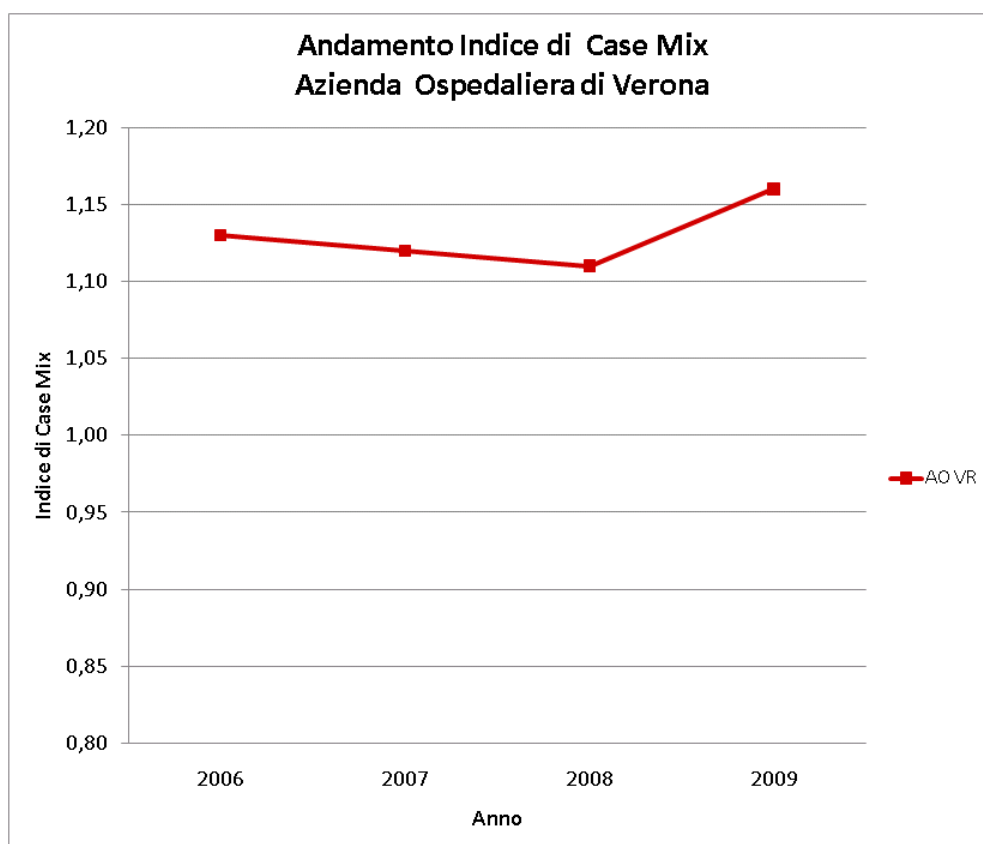
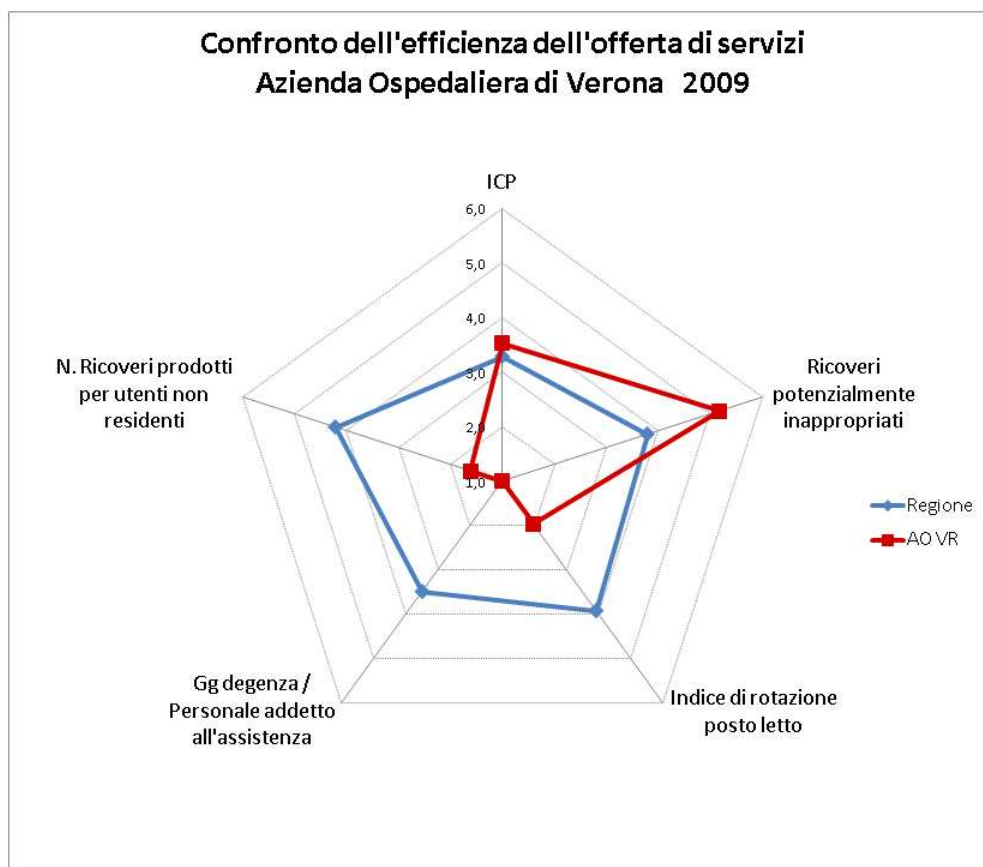


3.3. Analisi Aziende Ospedaliere e IOV

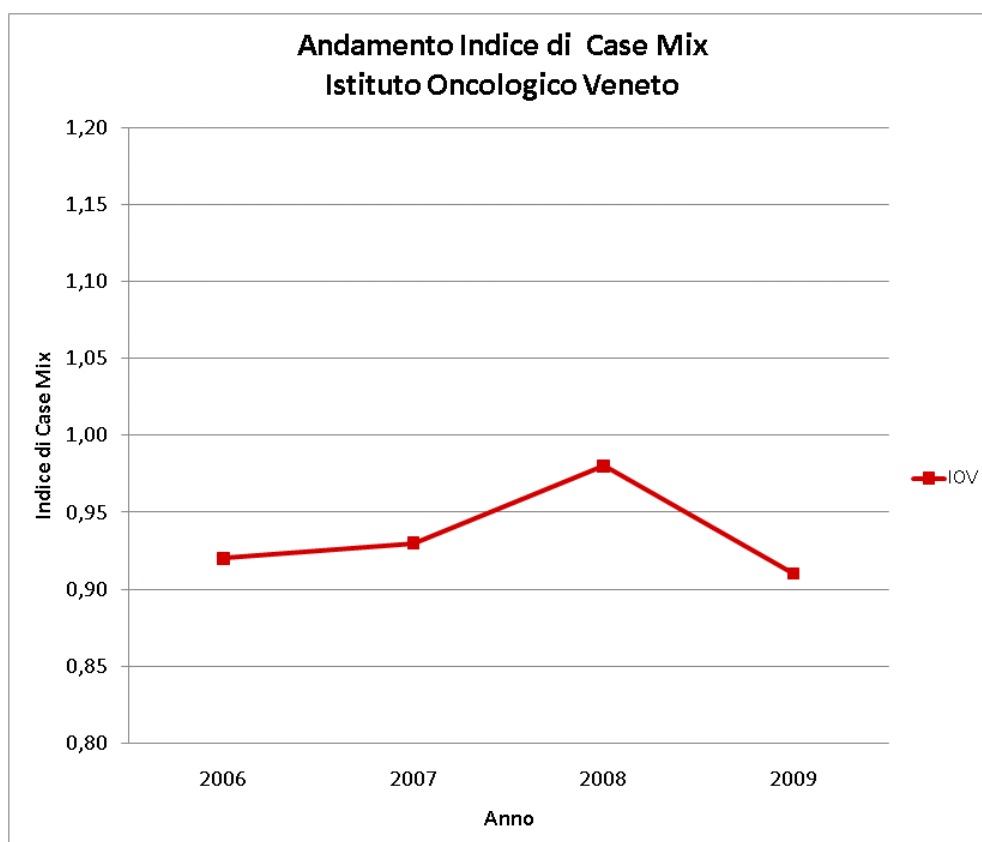
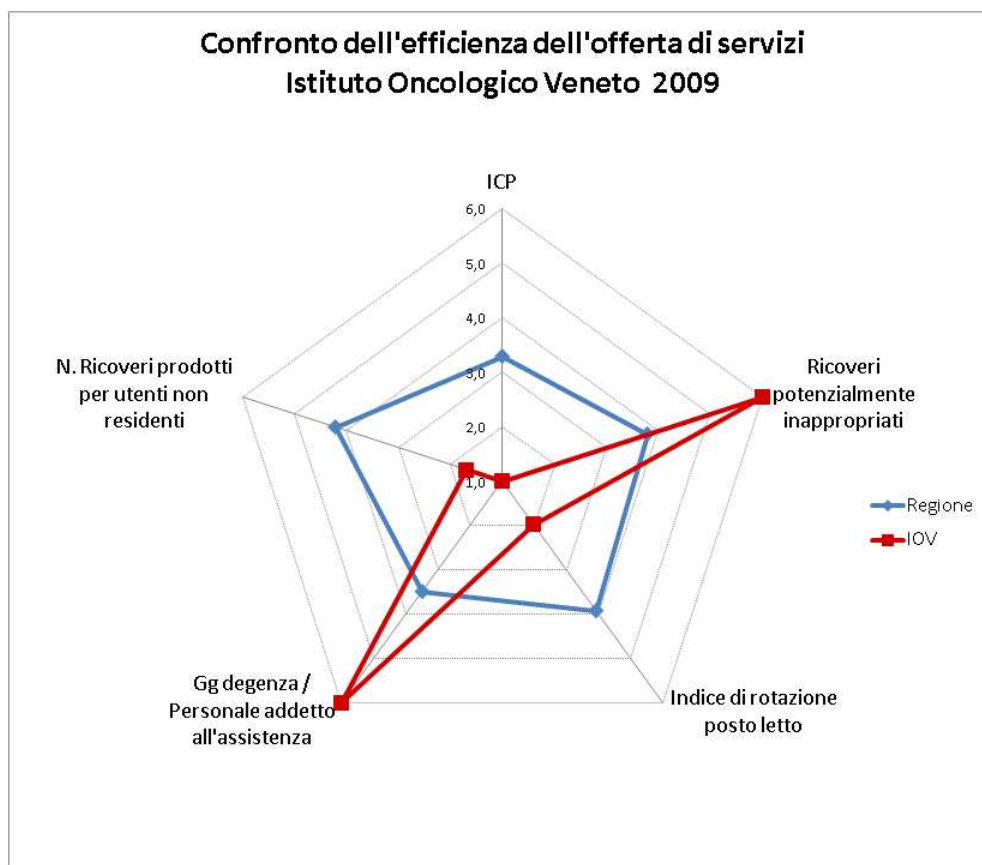
Azienda Ospedaliera di Padova



Azienda Ospedaliera di Verona



Istituto Oncologico Veneto





REGIONE DEL VENETO

giunta regionale