



**ROMA LAZIO**  
*Dipartimento*  
*Politiche della Salute*

*Roma 22 luglio 2013*

# **Non c'è più nulla da tagliare Ricostruiamo il Servizio Sanitario Pubblico**

## **E' l'ora della proposte per la nuova sanità nel Lazio**

*A cura di Giorgio Cerquetani*  
*Responsabile Politiche della Salute CGIL Roma Lazio*

## Breve analisi di 5 anni di Piano di Rientro dal disavanzo sanitario

Nel Lazio in questi 5 anni (2007 – 2012) di Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati chiusi **20 ospedali pubblici** (tab. 01), 2 nella città di Roma e i restanti 18 nelle province, **chiuse/riconvertite case di cura private accreditate** tagliati circa 7.000 p.l., (tra acuti e riab. l.go degenza). Con il blocco del turn over é diminuito di circa **7.000 unità il personale** delle sole strutture pubbliche, anche se poi annualmente si prorogano circa 3.000 precari, senza i quali molti dei **livelli essenziali di assistenza** non sarebbero più garantiti.

**Tab. 01** Il riordino della rete ospedaliera. Attività per acuti dismesse negli Ospedali pubblici al 31/12/2012

Luogo	Presidio ospedaliero	attività dismesse	stato della riconversione	situazione attuale
<b>Roma e provincia</b>				
01) Roma	San Giacomo	tutte	nessuna	chiuso
02) Roma	N. R. Margherita	acuti	Presidio territoriale	funzionante
03) Palombara S.	SS. Salvatore	acuti DGR 602/11	casa della salute	da ultimare
04) Zagarolo	S. G. Battista	acuti DGR480/11	nessuna	attività ambulatoriali
05) Ariccia	Luigi Spolverini	acuti	nessuna	28 pl/ Riab. Post acuzie. Permangono attività ambulatoriali
06) Rocca Priora	Antonio e C. cartoni	acuti DGR988/10	nessuna	Centro diurno con attività ambulatoriali. Mmg h 12
<b>Rieti</b>				
07) Magliano Sabina	Marzio Marini	acuti	nessuna	permangono attività ambulatoriali
<b>Latina</b>				
08) Gaeta (Lt)	Osp. Di Liegro	acuti	Delibera Asl 611/11	Attività ambulatoriali e 15 pl/ Day Durgery polispecialistico
09) Minturno (Lt)	Osp. Di Minturno	acuti	nessuna	permangono attività ambulatoriali
10) Sezze (Lt)	Osp. Di Sezze	acuti	Delibera Asl 441/11	permangono attività ambulatoriali
<b>Frosinone</b>				
11) Arpino (Fr)	Osp. Santa Croce	acuti	nessuna	nessuna attività è presente
12) Ceprano (Fr)	Osp. "Ferrari"	acuti DGR 234/11	nessuna	Attivato un punto di primo soccorso con autambulanza
13) Ceccano (Fr)	Osp. Ceccano	acuti DGR 234/11	nessuna	Permangono alcuni servizi distrettuali + Odontostomatologia
14) Pontecorvo (Fr)	Osp. P. del prete	acuti	nessuna	Attivato un punto di primo soccorso h 24 con autambulanza
15) Ferentino (Fr)	Hosp. Riab.	acuti	nessuna	permangono attività ambulatoriali
16) ATINA (Fr)	Osp. Della croceCivi	acuti -riab. l.go deg.	nessuna	Permangono servizi distrettuali
17) ISOLA LIRI (Fr)	Osp. Mem.Caduti	acuti -riab. l.go deg.	nessuna	Permangono servizi distrettuali
<b>Viterbo</b>				
18) Acquapendente (Vt)	Osp. Acquapendente	acuti	nessuna	Permangono 28 p/l di medicina e 4 p/l di Day Surgery
19) Montefiascone (Vt)	Osp. Montefiascone	acuti	nessuna	P/l Attivi: 4 di Day Surgery, 28 geriatria, 24 medicina e 4 riab.
20) Ronciglione (Vt)	Ospe. Ronciglione	acuti	nessuna	Risultano ancora attivi p/l di DH ematologica

Fonte: elaborazione CGIL Roma Lazio su dati ASP 2011 e Decreti Commissariali

Purtroppo una logica di soli tagli senza una adeguata programmazione sanitaria in grado di trapiantare l'emergenza, non ha risolto alcune delle criticità strutturali di partenza, **eccesso di spesa sanitaria ospedaliera, assenza di servizi territoriali e di prevenzione, elevati costi di produzione nelle aziende ospedaliere e nei policlinici, difficoltà nel controllo complessivo della spesa**. Non vi è stato il riequilibrio tra pubblico e privato. E' rimasta inalterata l'elevata presenza (circa l'80%) nel campo della riabilitazione e l.go degenza da parte dai privati accreditati, dove minimi sono gli investimenti e massimo è il guadagno. Non c'è stato il riequilibrio dei servizi sanitari nell'area della città di Roma e il resto della regione (tab.02).

**Tab. 02** Posti letto: media ogni 1.000 ab. e % dei posti letto suddivisi per le 12 AUSL

AUSL		RmA	RmB	RmC	RmD	RmE	RmF	RmG	RmH	VT	RI	FR	LT
media		6,7	2,3	3,1	4,5	8,7	1,1	2,3	4,3	2,7	2,8	2,8	3,2
Posti letto ogni 1.000 abitanti	Roma Città	5,06											
	Roma Provincia						4,8						
	<b>Regione</b>	<b>3,7</b>											
% dei p/l		15,4	7,2	8,1	11,8	21,3	1,4	4,8	10,4	3,7	2,0	6,3	7,6

Fonte: elaborazione CGIL Roma Lazio su dati ASP 2011

A Roma ad esempio la distribuzione dei posti letto è a macchia di leopardo, si va da un 8,7 per 1.000 abitanti nell'area nord, (Asl RmE) per passare ad un 2,3 x 1.000 ab. nel quadrante est (Asl RmB). Mentre nelle restanti 4 province la media dei posti/letto è intorno al 2x1.000 ab., anche se

poi, come nei polli di Trilussa, la media regionale è del 3,7 in linea con quanto previsto dal Patto per la salute e dalla Spending Review. Questi sono solo alcuni dei numeri di una **cura da cavallo** a cui è stato sottoposto il sistema sanitario regionale del Lazio in questi cinque anni di piano di rientro. Se dal versante dei conti un miglioramento c'è stato tant'è che il disavanzo annuo è sceso dai 1.971 milioni di euro del 2006 ai 658 (*dati preconsuntivo*) del 2012, non altrettanto si può dire dal versante dei servizi. E' **diminuita sia la quantità che la qualità** dei servizi sanitari, ciò in conseguenza della mancata contestualità tra la chiusura dei presidi ospedalieri per acuti e l'attivazione di **strutture alternative sul territorio** per la **continuità assistenziale e la presa in carico delle persone mediante quelle attività integrate tra il sanitario e il sociale**. In compenso sono aumentati i costi per i cittadini di questa regione, con più tasse e più ticket, tanto da renderli tra i più vessati d'Italia. Questo è accaduto perché il disavanzo sanitario annuo, in base a quanto previsto dal patto per la salute e dalla vigente normativa nazionale, deve essere interamente<sup>1</sup> ricoperto dalla regione mediante entrate economiche derivanti dalla **compartecipazione** –ticket- (*tab. 3*) che nel 2012 è stata di circa 287 mln, dall'**inasprimento fiscale** (*tab. 4 e 5*), e **con fondi propri di bilancio**.

**tab. 3** I ticket in sanità nel Lazio

	Tipologia	importo	fonte	in vigore dal	note
1)	Prestazioni specialistiche (visite, analisi di laboratorio diagnostica)	36,15	Stato L. 537/93 (art.8 co. 15)	1 gennaio 1994	Il ticket varia a seconda della tariffa della prestazioni (stabilita con apposito tariffario nazionale e regionale) e l'importo max per ogni ricetta è di 36,15 €
2)	Prestazioni di Pronto Soccorso (codici bianchi)	25,00	Stato L. 296/96 art.1 com.796	1 gennaio 2007	La quota non è dovuta agli assistiti esenti con età inferiore ai 14 anni e ai non esenti afferenti il PS a seguito di traumi e avvelenamenti
3)	Specialistica e diagnostica ambulatoriale	4,00	Regione Dec. Commis. n. 42/08	1 dicembre 2008	Il contributo è fisso in aggiunta all'attuale ticket massimo di euro 36,15, per ogni ricetta prescritta ai pazienti non esenti, e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed APA (Accorpamenti Prestazioni Ambulatoriali)
	Fisokinesiterapia (FKT)	5,00			
	RMN e TAC	15,00			
4)	Medicinali: confezione > di 5 €	4,00	Regione Dec. Commis. n. 45/08	1 dicembre 2008	Il ticket si applica ai soli farmaci con brevetto ancora in corso di validità. Non si applica ai farmaci cosiddetti "generici". Gli esenti pagano 2 € per confezione > di 5 € e 1 € per quella < di 5
	confezione < di 5 €	2,50			
5)	Attività riabilitative di Mantenimento: regime residenziale	35,64	Regione Dec. Commis. n. 95/09 n. 51/10	1 luglio 2010	Sono le prestazioni fornite ai sensi dell'ex art. 26 della L.833 e rivolte a persone con disabilità
	regime semiresidenziale	18,73			
6)	Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	10,00	Stato l. 111//2011 (art.17 co. 6)	18 luglio 2011	Per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale gli assistiti non esentati alla quota di partecipazione al costo sono tenuti al pagamento di una quota fissa di euro 10 sulla ricetta

Fonte: Elaborazione CGIL Roma Lazio

**tab. 4** aumento della pressione fiscale dal 2006 al 2011

Le maggiorazioni dell' Addizionale Regionale IRPEF e dell'aliquota IRAP per coprire il disavanzo annuo in sanità						
anno	2006	2007- 2009		2010 - 2011		aumento dal 2006 al 2010
	quota nazionale	aumento Lazio	totale Lazio	aumento Lazio	totale Lazio	
IRPEF	0,9	(+0,50)	1,4	(+0,30)	1,7	89%
IRAP	3,9	(+0,92)	4,82	(+0,15)	4,97	18%

**tab. 5** aumento della pressione fiscale nel 2012

L'addizionale regionale IRPEF nel 2012				
IRPEF	nazionale	Totale	regionale	Totale
	(a)	(b)	(c) = (a+b)	(d)
	(e) = (c+d)			
	0,9	0,33*	1,23	0,50
				1,73

\*(art. 28 L.214/2011. L'aliquota base dell'addizionale regionale all'IRPEF passa dallo 0,9 all'1,23 per cento. Tale modifica si applica a partire dall'anno d'imposta 2011.

Fonte: Elaborazione CGIL Roma Lazio

<sup>1</sup> In costanza di piano di rientro è stato concesso alla regione un **fondo transitorio** di accompagnamento da parte dello stato, concepito come sostegno alle regioni in difficoltà ma che accettavano le condizioni poste dai piani di rientro. E' poi cessato dal 2010 in virtù della durata triennale del Piano (2007-2009).

Dal 2010 ad oggi il disavanzo sanitario annuo è stato progressivamente coperto, sino a raggiungere il 100% nel 2012 (tab. 6) dall'aumento della pressione fiscale (addizionale IRPEF e IRAP).

**Tab. 6** Modalità di copertura dei disavanzi sanitari relativi agli esercizi 2009 – 2012

Regione Lazio	Coperture Fiscali	Bilancio regionale	Fondo transitorio	Fondi FAS
anno 2009	39,3%	21,40%	10,0%	30,1%
anno 2011	71,0%	29,0%		
anno 2012	100,0%			

Fonte: Elaborazione CGIL Roma Lazio su dati Rapporto Corte dei Conti

Adirittura nell'anno 2012 a fronte di un disavanzo pari a **660,6 mln**, la manovra fiscale (addizionali Irpef e Irap) ha comportato un gettito di **circa 808 mln** con un **surplus di 147 mln**. E' proprio il caso di dire che il **disavanzo in sanità lo pagano i cittadini**.

L'esperienza di alcune regioni (*Toscana, Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna*) dimostra che il vero risanamento non si ottiene con i tagli indiscriminati, ma con un coraggioso ridimensionamento e riqualificazione della rete ospedaliera, il potenziamento dei servizi distrettuali (assistenza domiciliare e cure primarie), regole per gli accreditamenti dei privati e l'integrazione tra sociale e sanitario.

Il servizio sanitario pubblico regionale langue. Occorre fare presto, le cose da fare sono note, tante ed impegnative. Serve che la politica si riappropri della **programmazione sanitaria** indicando strategie, tempi e soprattutto metodo. Noi siamo pronti a fare la nostra parte non solo in difesa del servizio sanitario pubblico ma perché pensiamo che la sanità non sia un costo da tagliare ma un volano per l'economia soprattutto in tempi di crisi come questo.

Bisogna aprire il confronto sia a livello regionale che a livello territoriale con le organizzazioni sindacali e con tutti soggetti coinvolti, affinché le scelte siano il frutto anche dei nuovi e mutati bisogni dei cittadini, a partire dalla non autosufficienza e dalla cronicità, quindi lo sviluppo delle cure primarie a partire da ogni distretto socio sanitario.

## La proposta

### Assistenza territoriale h24 nei distretti socio sanitari.

#### Apertura di Presidi territoriali per le cure primarie

Molte delle cure oggi effettuate in modo improprio c/o gli ospedali dovranno essere spostate sul territorio. Da alcuni anni i dati di afflusso ai pronto soccorso ci dicono che circa il **73%** dei pazienti vi si rivolge in modo autonomo, e solo l'**11%** con l'autoambulanza del 118. L'**1%** sono cittadini in pericolo di vita (**codice rosso**), il 20% ha seri problemi (**codice giallo**), mentre il 71% (**codice verde**) e l'**8%** (**codice bianco**) potrebbero ricorrere a strutture alternative. Infatti il 67% di chi arriva in p.s. viene rimandato a casa e il 15% finisce ricoverato.

C'è quindi una vasta tipologia di pazienti per i quali non servirebbe un ospedale con i suoi costi e la sua organizzazione ma assistenza in strutture dedicate o anche a domicilio, che dovrebbero fungere sia da **filtro** che per il **deflusso** dai reparti una volta che i pazienti sono stati stabilizzati. Per molti cittadini invece il pronto soccorso degli ospedali sono diventati l'unica risposta possibile ad un bisogno di salute, serve quindi un argine a tutto questo.

La strada da intraprendere è quella della creazione di **servizi territoriali h24 per le cure primarie** attraverso l'apertura almeno in ogni **distretto sanitario**<sup>2</sup> di **Presidi territoriali delle Cure Primarie**<sup>3</sup> (*strutture intermedie*) aperte 24 ore<sup>4</sup> al giorno per 7 giorni su 7 per la continuità assistenziale e terapeutica dei bisogni di salute dei cittadini.

Nei Presidi dovrà lavorare un team multidisciplinare, formato da medici di famiglia, pediatri di libera scelta, infermieri, specialisti, personale sociale e amministrativo, che garantisce la presa in carico globale della persona, la continuità assistenziale ospedale-territorio e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale.

I presidi, grazie all'uso delle tecnologie informatiche, dovranno essere in costante collegamento con gli ospedali di riferimento, oltre a costituire il **punto di accesso ai servizi (sanitari e sociali)** e la presa in carico della domanda, dove il cittadino è accolto, informato, e prenota per accedere a tutti i servizi sociali e sanitari.

I **Presidi Territoriali delle Cure Primarie** potranno essere strutturati, ad esempio, all'interno dei 20 presidi ospedalieri chiusi. I costi, che poi sono un investimento nella nuova sanità, necessari ad una loro ristrutturazione/riconversione, andranno coperti in parte dai risparmi ottenuti dalle azioni del piano di rientro e per il restante con i fondi per l'edilizia sanitaria di cui all'ex art. 20.

E' dal rapporto costante tra **i servizi territoriali, la medicina generale e l'ospedale**, frutto di una sanità **riorganizzata e deospedalizzata** che si realizza un'assistenza efficace ed efficiente, riducendone anche molte delle inapproprietezze oggi presenti oltreché i costi..

---

<sup>2</sup> Inteso come area territoriale sovracomunale

<sup>3</sup> Possono essere le Case della Salute e comunque trattasi di un luogo fisico territoriale caratterizzato da alcune funzioni e servizi fondamentali, da realizzarsi a partire dai presidi ospedalieri dismessi soprattutto nelle province.

<sup>4</sup> Non c'è dubbio che il servizio h24 è il punto di arrivo, per iniziare è sufficiente anche l'h12 ma 7 giorni su 7