



Realizzato da:

Deloitte.

Con il contributo economico di:



Credits

Lo studio è stato realizzato da un team di esperti consulenti di Deloitte, coordinato da Guido Borsani, Partner, e Nadia Piraino, Healthcare Specialist, con la supervisione di Alberto Donato, National Public Sector Leader di Deloitte.

Il gruppo di ricerca ha operato in stretta collaborazione con la Sezione Sanità Unindustria, con la quale sono stati periodicamente discussi i risultati in progress della ricerca.

Per il Centro Studi Unindustria ha collaborato Silvia Conte.

Il progetto è stato finanziato con il contributo della Camera di Commercio di Roma.

Disclaimer e Finalità dell'incarico

Nell'ambito delle proprie funzioni, l'Unione degli Industriali e delle imprese di Roma, Frosinone, Rieti, Viterbo (di seguito definita anche "Unindustria") ha ravvisato l'esigenza di contribuire all'attuale dibattito sulla manovra di rientro della Regione Lazio. A tal fine ha conferito a Deloitte Consulting S.r.l. l'incarico per lo svolgimento di uno studio sulle dinamiche di spesa del sistema sanitario della Regione Lazio.

Laddove non espressamente indicato, i dati quantitativi riportati nel documento non sono riconducibili a banche dati Deloitte ma si riferiscono a fonti terze. Ove possibile, si è comunque fatto riferimento a dati istituzionali, ovvero rapporti e annuari del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia e delle Finanze e dell'ISTAT (come di volta in volta indicato).

Il presente documento è stato predisposto ad uso esclusivo di Unindustria.

Deloitte non si assume alcuna responsabilità in caso di un utilizzo avente finalità diverse da quelle citate e, comunque, in caso di distorsione o errata interpretazione dei suoi contenuti.

Agenda

Premessa

- 1 Il disavanzo e la manovra per il rientro della Regione Lazio: i risultati raggiunti
- 2 Regione Lazio e Regione Lombardia: due SSR a confronto
 - Aspetti generali
 - Modello organizzativo
 - Rete di offerta e attività svolta
 - Governance
- 3 Una nuova idea di SSR per la Regione Lazio: la proposta di intervento
 - Modello organizzativo
 - Governo della spesa
 - Accreditamento
 - Controllo delle prestazioni
 - Tariffe
 - Disponibilità e affidabilità dei dati
 - Un quadro di sintesi

ADDENDUM:

- 4
 - La legge n. 135/2012 (Spending Review)*
 - La legge n. 189/2012 (Decreto Balduzzi)*

References e acronimi

Premessa

Il presente documento si inserisce all'interno di un lavoro più ampio che, a partire dalle ragioni che hanno portato alla preoccupante crescita del disavanzo della Regione Lazio, si è focalizzato sull'analisi di un alternativo percorso di trasformazione al fine di implementare un nuovo modello di servizio sanitario, orientato alla qualità del servizio e all'efficienza del sistema.

Il 28 febbraio 2007 la Regione Lazio ha sottoscritto con il governo centrale un piano per il rientro: tuttavia, la sua adozione si è rivelata da subito problematica, tanto da portare, nel 2008, al commissariamento della Regione (ancora attualmente commissariata). Anche gli sforzi successivi si sono dimostrati fallimentari, tanto che gli stessi organi di verifica continuano a sottolineare la persistente inadempienza della Regione agli obiettivi di piano.

D'altra parte, una lettura critica del Piano di Rientro 2007-2009 e dei Programmi Operativi 2011-2012 mette in evidenza come le manovre messe in atto rispondano spesso a fattori contingenti più che strutturali, con l'obiettivo di ridurre il disavanzo annualmente generato ma senza una chiara definizione di un nuovo modello di servizio.

In questo scenario è nata la riflessione su una nuova strategia per il rientro, in grado di disegnare un sistema sanitario più rispondente ai bisogni del territorio e, soprattutto, più in linea con i principi di efficienza.

Al fine di individuare i principali passi per il processo di cambiamento, è stato effettuato un confronto con la Regione Lombardia, che ha dimostrato un controllo della spesa tale da portarla a posizionarsi tra le regioni più virtuose e diventare un punto di riferimento per la sanità a livello nazionale.

Dopo aver ripreso sinteticamente le principali criticità evidenziate nell'implementazione del piano per il rientro dal disavanzo, il presente estratto si focalizza sulle evidenze emerse a seguito del confronto con la Regione Lombardia e sull'individuazione delle principali aree di intervento per l'avvio di un processo di trasformazione del servizio sanitario della Regione Lazio. In particolare:

- nella **sezione 1** sono ripercorse sinteticamente le ragioni dell'esplosione della spesa per la sanità e i risultati delle manovre messe in atto con il Piano di Rientro e i Programmi Operativi;
- nella **sezione 2** sono evidenziate le ragioni della scelta della Regione Lombardia come sistema di riferimento, focalizzandosi prevalentemente sugli aspetti legati ai risultati gestionali e alle caratteristiche del modello adottato e della rete di offerta;
- nella **sezione 3**, sono dapprima individuati gli step fondamentali per l'istituzione di un nuovo modello di servizio; successivamente, anche a seguito del confronto tra le due regioni, sono indicate le possibili linee strategiche per un nuovo sistema sanitario della Regione Lazio;
- infine, per tener conto degli ultimi cambiamenti di contesto determinati dalle nuove normative, è stato inserito un **addendum** che contiene alcune schede relative sia alla Spending Review che al Decreto Balduzzi.

Il problema delle fonti

Prima di presentare il lavoro, è doveroso fare una premessa sulle fonti utilizzate.

La ricerca dei dati si è rivelata non priva di problemi soprattutto in merito alla loro disponibilità, all'aggiornamento, all'affidabilità, all'omogeneità del dato e al livello di dettaglio.

Si è cercato di utilizzare il più possibile la fonte ministeriale al fine di elaborare dati ufficiali e tra loro confrontabili (soprattutto in vista della comparazione tra le realtà regionali).

La ricostruzione dei posti letto e della rete di offerta si è basata principalmente sull'utilizzo delle informazioni riportate nell'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale (2012), con dati aggiornati al 2009, mentre per quanto riguarda i volumi di attività, sono stati considerati i dati forniti dal Rapporto Annuale di Ricovero Ospedaliero (2012), con dati aggiornati al 2010.

In alcuni casi è stato inoltre necessario effettuare alcune stime a seguito delle aggregazioni proposte dal Ministero della Salute: ci si riferisce, ad esempio, alla determinazione del numero e dei posti letto delle strutture pubbliche e private, che nelle classificazioni proposte dal Ministero della Salute risultano aggregate in macro categorie (gli IRCCS e i Policlinici non presentano il breakdown del dato dei posti letto pubblici e privati).

Nel caso della Regione Lazio, inoltre, non è stato possibile ricostruire l'attuale situazione dei posti letto (anche a seguito degli interventi di riconversione previsti dalla manovra di rientro) suddivisi tra strutture pubbliche, private accreditate e private non accreditate in quanto, come comunicato con Prot. 8553/ASP/DG del 05/09/2012, l'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) non rileva tale tipologia di dato. Non è stato, quindi, possibile tracciare la situazione attuale della rete di offerta ospedaliera del Lazio: lo stesso Tavolo di Verifica, nell'ultimo verbale (24 luglio 2012) sottolinea come il dato fornito dalla struttura commissariale sulla ricognizione della rete, oltre a non integrare le osservazioni avanzate dai Ministeri, risulti incompleto.

In merito ai dati di tipo economico finanziario, si è fatto riferimento principalmente alla Relazione Generale sulla situazione economica del Paese, che viene annualmente redatta dal Ministero dell'Economia e delle Finanze sulla base dei dati trasmessi dal Ministero della Salute.

1. Il disavanzo e la manovra per il rientro della Regione Lazio: i risultati raggiunti

L'evoluzione della spesa sanitaria della Regione Lazio

Il disavanzo

L'evoluzione della spesa sanitaria dal 2002 al 2006 fa emergere un posizionamento della Regione Lazio su livelli di spesa più elevati rispetto alla media nazionale e, dunque, alle regioni più virtuose (tra cui la Lombardia).

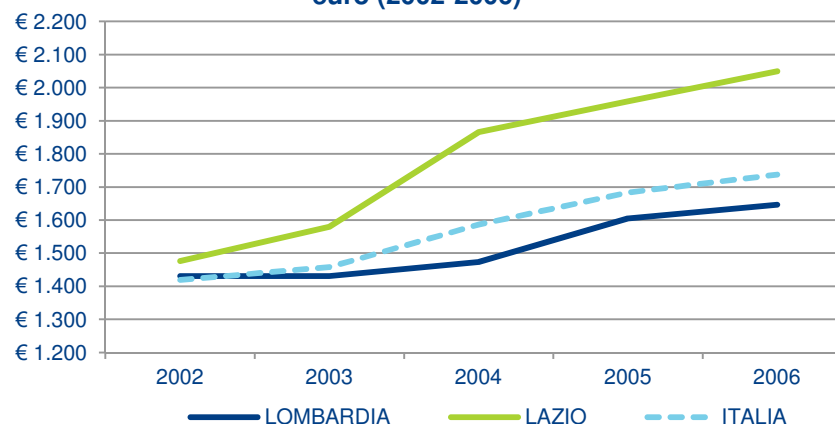
Il maggiore assorbimento dei costi riguarda principalmente:

1. l'acquisto di beni e servizi;
2. la spesa per la farmaceutica convenzionata;
3. l'acquisto di prestazioni ospedaliere;
4. il costo del personale (per le strutture pubbliche).

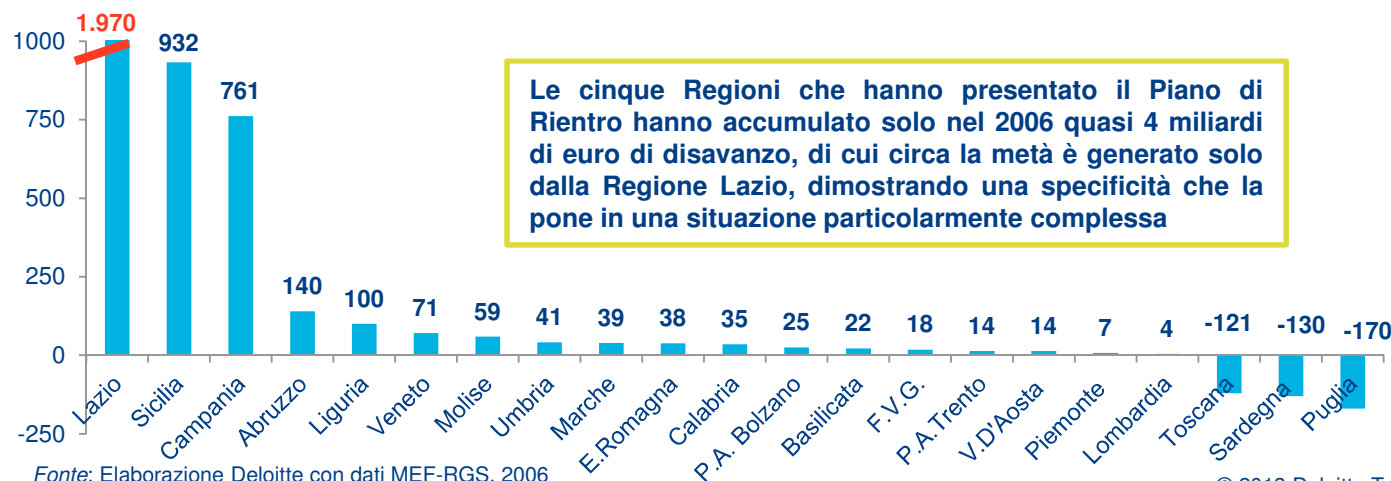
Di contro, alcune funzioni di spesa si sono posizionate su livelli inferiori rispetto alla media nazionale e anche alla Lombardia (ad esempio la spesa per l'altra assistenza convenzionata, che comprende le cure termali, la medicina dei servizi, l'assistenza psichiatrica, quella agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcoolisti, ai disabili e le comunità terapeutiche).

L'esplosione della spesa ha portato all'accumularsi di un progressivo disavanzo che ha messo in crisi la tenuta del modello di servizio fino a quel momento istituito.

Trend della spesa sanitaria pro-capite totale
euro (2002-2006)



Disavanzo (in mln di €) delle Regioni italiane in valore assoluto (al lordo della mobilità) (2006)



L'evoluzione della spesa sanitaria della Regione Lazio

Le ragioni del disavanzo

La Corte dei Conti (2010) articola in tre punti le **ragioni che hanno portato alla difficile gestione delle risorse economiche**:

1. inappropriate politiche regionali relative al controllo della spesa;
2. inappropriata gestione contabile delle ASL e delle Aziende Ospedaliere;
3. inappropriati sistemi di ricorso alla liquidità.

La mancanza di una programmazione regionale e il ricorso a meccanismi di finanziamento basati principalmente sulla spesa storica ha inevitabilmente portato ad amplificare le potenziali inefficienze insite nel governo del sistema. L'illusione del forte controllo grazie ad una gestione accentrata del sistema sanitario ha ben presto rivelato i suoi limiti: l'assenza di controllo sulla spesa delle Az. USL e delle AO e la difficoltà di assegnazione delle risorse sulla base dei bisogni del territorio (e non sulla base della spesa storica) ha reso certamente difficile se non impossibile riuscire a governare le risorse, portando così il sistema verso un inevitabile destino.

Ad aggravare la situazione è stata l'inappropriata gestione contabile. Riguardo a questo tema, la stessa Corte dei Conti (2010) scrive:

Già le modalità prescritte lasciano chiaramente trasparire come, quanto meno con riferimento al quinquennio 2001-2005, siano mancati, nelle aziende sanitarie delle Regioni in questione, basilari elementi gestionali di contabilità aziendale. Da tale lacuna deriva l'anomala frequenza delle procedure di riconoscimento del debito finalizzate all'adempimento delle obbligazioni irrisultate assunte dalle aziende.

In ultimo, la Corte dei Conti sottolinea come in alcuni casi siano stati adottati meccanismi per il ricorso alla liquidità basati principalmente su azioni contingenti tali da spostare sulle future generazioni la responsabilità della spesa (si pensi all'esperienza di cartolarizzazione SAN.IM) [per approfondimenti, Corte dei Conti, 2010].

La generazione di un preoccupante livello di disavanzo ha portato la Regione Lazio a siglare un accordo con il governo centrale per la definizione di un piano triennale di ristrutturazione: il Piano di Rientro dal disavanzo 2007-09.

La manovra per il rientro della Regione Lazio

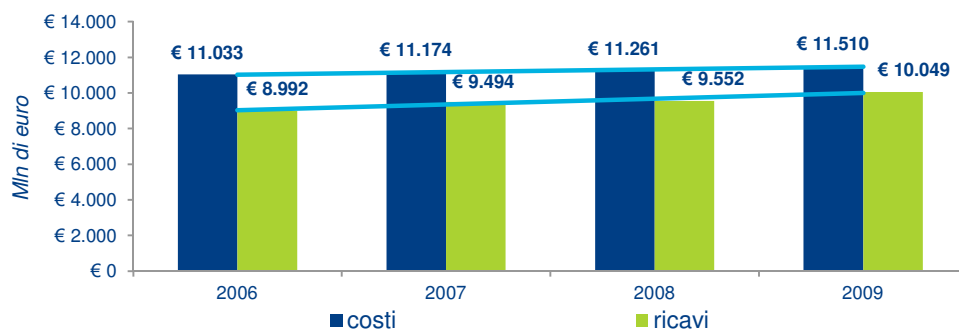
I risultati raggiunti

L'analisi del **Piano di rientro della Regione Lazio** mette in evidenza come tale strumento abbia assunto il compito di un *recovery plan*, ossia quello di ridurre in tempi urgenti il grave deficit, cumulato nel corso degli anni, con azioni di ridimensionamento limitati al miglioramento nel breve periodo della gestione operativa.

Da una lettura critica del Piano, infatti, emerge come gli interventi previsti siano frutto di azioni frammentate orientate più al raggiungimento di obiettivi contingenti che ad un cambiamento strutturale del sistema. La maggior parte delle manovre si riferiscono ad adempimenti alle linee nazionali (indici di offerta, misure nazionali AIFA, ecc.) più che ad un coordinato e programmato disegno di trasformazione. In alcuni casi, inoltre, i risparmi stimati non sono supportati da analisi adeguate circa i fattori di *saving* e di miglioramento dell'efficienza (si pensi ad esempio alle stime sulla trasformazione/riconversione dei posti letto, ad oggi, tra l'altro, non ancora realizzata).

Dal monitoraggio del Piano svolta dal Tavolo di Verifica degli adempimenti e dal Comitato Permanente della verifica dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), è stato riscontrato «**il mancato rispetto degli adempimenti previsti dal Piano in relazione alla realizzabilità degli equilibri finanziari nella dimensione e nei tempi programmati, in funzione degli interventi di risanamento, riequilibrio economico finanziario e di riorganizzazione del SSR**» (Verbale del 10 dicembre 2009). In sede di verifica, Tavolo e Comitato hanno, quindi, ritenuto insufficienti le manovre adottate ai fini del rientro ed hanno richiesto alla Regione Lazio (in applicazione dell'art. 13, comma 14, del Nuovo Patto per la Salute 2010-2012 quale regione già sottoposta al Piano di Rientro e già commissariata) di **presentare Programmi Operativi** coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad Acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. Nella stessa riunione di verifica, Tavolo e Comitato hanno altresì dato mandato alla Regione di assicurare alcuni interventi alle scadenze prefissate che, se rispettate, avrebbero consentito il trasferimento di fondi non ancora assegnati.

Trend costi e ricavi Lazio (2007-2009)



Fonte: Elaborazione Deloitte su dati MEF-RGS, 2010

Tra il 2006 e il 2009 il disavanzo sanitario annuale è diminuito passando da 2.041 mln di euro a 1.461 mln di euro (al netto della mobilità).

Come dimostra il grafico, la diminuzione del disavanzo è dovuta anche all'aumento dei ricavi, cresciuti più velocemente rispetto alla spesa.

La manovra per il rientro della Regione Lazio

I risultati raggiunti

La tabella che segue riassume la valutazione del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato permanente della verifica dei LEA per il controllo del **Piano di Rientro 2007-2009**. Come risulta evidente dalla tabella, gli obiettivi raggiunti riguardano le **politiche di immediata applicazione**, ovvero quelle di contenimento della spesa farmaceutica e della spesa per l'assistenza convenzionata, con un **impatto prevalente sul cittadino e sulle unità di offerta private accreditate**, mentre gli obiettivi legati a fattori interni al SSR (contenimento dei costi diretti di produzione, riduzione della spesa per beni e servizi) sono ancora lontani dal loro raggiungimento.

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI	ESITO
1. Ridefinizione della rete e dell'offerta di servizi ospedalieri	1.1 Individuazione dei fabbisogni, ridefinizione e riqualificazione dell'offerta	O
	1.2 Riconduzione del numero dei posti letto agli standard nazionali	X
	1.3 Riassetto organizzativo dell'attività assistenziale con effetti sul governo della dinamica dei costi	X
2. Riorganizzazione del livello dell'assistenza territoriale e sviluppo del sistema delle cure primarie	2.1 Potenziamento delle attività distrettuali per il governo della domanda orientato a garantire la continuità assistenziale e l'accesso alle cure appropriate	X
	2.2 Riorganizzazione delle attività territoriali per una diversa allocazione delle risorse	X
	2.3 Politica del farmaco	✓
3. Governo della dinamica dei costi di produzione delle prestazioni e dei servizi direttamente gestiti	3.1 Contenimento dei costi diretti di produzione	X
	3.2 Controllo sull'andamento complessivo dei costi e riorganizzazione del debito commerciale	O
4. Conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale	4.1 Misura nazionale AIFA – delibera 28 settembre 2006: effetto sul 13%	✓
	4.2 Misura nazionale AIFA – delibera 28 settembre 2006: effetto sul 3%	✓
	4.3 Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso – codici bianchi – Settore Pubblico	✓
	4.4 Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture private	✓
	4.5 Riduzione del costo del personale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale	X

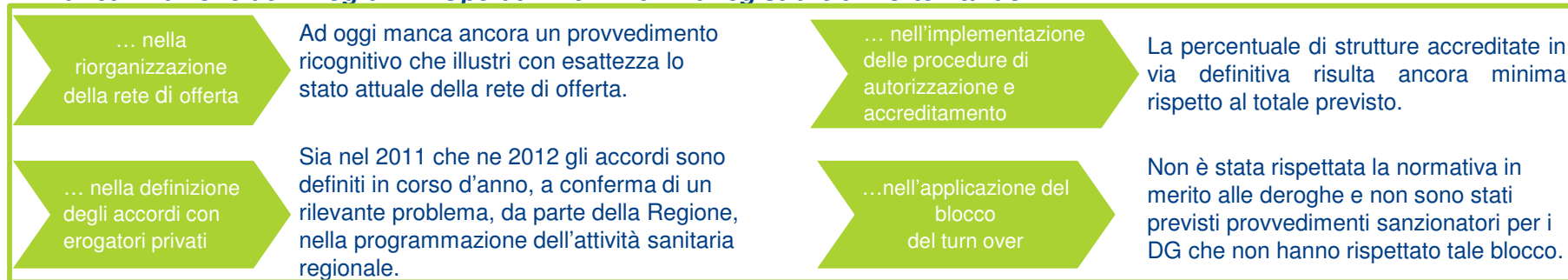


La manovra per il rientro della Regione Lazio

I risultati raggiunti

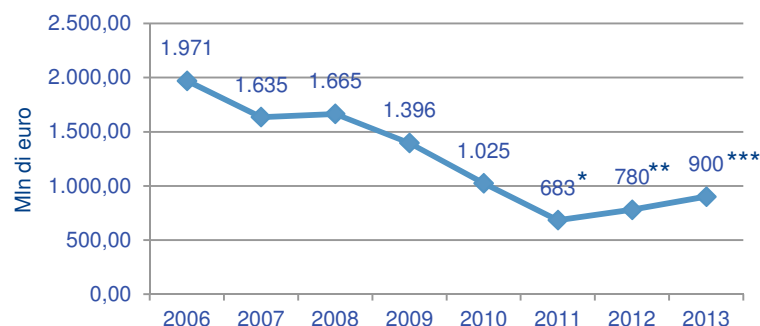
Il mancato raggiungimento degli obiettivi di piano ha portato ad un prolungamento della manovra per il rientro, con la definizione dei **Programmi Operativi per il biennio 2011-2012**. Questi prevedono un impatto sulla riduzione del debito valorizzato in 378,3 milioni di euro per il 2011 e 621 milioni di euro per il 2012. Tali risultati, se raggiunti, consentirebbero alla Regione Lazio l'uscita dal Piano di Rientro. Tuttavia, sebbene i Programmi siano ancora in corso, il Tavolo di Monitoraggio sottolinea il forte ritardo nel raggiungimento degli obiettivi.

La realizzazione dei Programmi Operativi 2011-2012 fa registrare un forte ritardo...



Nonostante la progressiva diminuzione del disavanzo, che passa da 1.970 milioni di euro del 2006 (anno precedente all'introduzione del PdR) a 683 milioni di euro nel 2011, con un tasso di crescita annuale composto (CAGR 2006-2011) pari a -19%, la Regione Lazio continua a mantenere il primato del **più alto disavanzo cumulato pro-capite** tra le regioni italiane, scongiurando l'efficacia delle misure messe in atto (in termini assoluti, la somma dei disavanzi generati annualmente dagli enti del SSR nel periodo 2001-2011 è pari a oltre 14 mld di euro, ovvero superiore al 35% del disavanzo nazionale cumulato totale). Anche le stime per il 2012 e 2013 confermano un andamento in crescita del disavanzo

Andamento disavanzo della Regione Lazio, 2006-2013

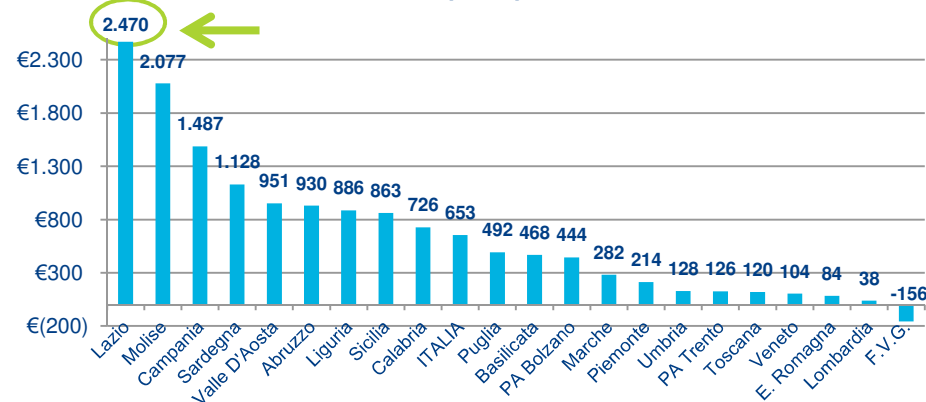


* Tavolo di Monitoraggio, luglio 2012

** Dato stimato dal advisor contabile della Regione Lazio, novembre 2012

*** Dato tendenziale, stimato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, dicembre 2012

Disavanzo sanitario cumulato procapite (2001-2011)



La manovra per il rientro della Regione Lazio

Tavolo di monitoraggio del 24 luglio 2012

La tabella che segue riassume la valutazione riportata nel verbale del 24 luglio 2012 del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato permanente della verifica dei LEA per il controllo, in relazione al **raggiungimento degli obiettivi presenti nei Programmi Operativi 2011-2012**. Anche con l'esito dell'ultimo verbale, dato il forte ritardo nell'implementazione della manovra, non si è proceduto all'erogazione delle spettanze.

Obiettivo strategico	Obiettivo Operativo	Esito
1. Rete Ospedaliera	1 Riconversione piccoli ospedali	Parzialmente raggiunto
	2 Riqualificazione assistenza ospedaliera	In attesa di documentazione. Manca il documento ricognitivo che integri tutte le osservazioni avanzate dai Ministeri
2. Riqualificazione Assistenza territoriale	3 Attivazione strutture territoriali	Parzialmente raggiunto. Necessario chiarire come la regione intende procedere a fronte delle sentenze che hanno dichiarato illegittima la disattivazione di alcune strutture
	4 Assistenza riabilitativa e di mantenimento	Attualmente è in esame la documentazione prodotta
	5 Assistenza domiciliare	Attualmente è in esame la documentazione prodotta
	6 Assistenza specialistica ambulatoriale	Parzialmente raggiunto. Le azioni previste necessitano ancora di concreta attuazione
	7 Attuazione disposizioni di cui al DM 11 Dicembre 2009	--
	8 Riqualificazione rete Emergenza Urgenza	In attesa di ulteriore documentazione
	9 Reti assistenziali integrate	Non raggiunto. Nonostante sia stato avviato il percorso, alcune azioni importanti non sono ancora state attivate
3. Prevenzione	10 Qualificazione dei Programmi di Screening Oncologici	--
4. Assistenza farmaceutica	11 Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Obiettivo raggiunto
5. Razionalizzazione gestione del personale	12 Contenimento della spesa per il personale	Parzialmente raggiunto. Nonostante si registri una diminuzione del costo del personale dipendente, si sottolinea un rilevante aumento delle consulenze sanitarie e non sanitarie. Inoltre, in merito alle deroghe al blocco del turnover, la documentazione trasmessa non risulta sufficiente per una valutazione: ad ogni modo si rileva la mancanza di una gestione programmatica e non episodica delle deroghe al blocco del turn over
6. Interventi di sistema	13 Processo di accreditamento	Non raggiunto. Forte ritardo nella conclusione delle procedure di accreditamento, aggravato dalla scelta di un'ulteriore proroga dei termini per le procedure autorizzative (DCA 43/2012)
	14 Stipula accordi e contratti con gli erogatori accreditati	Parzialmente raggiunto. Due strutture ancora non hanno sottoscritto l'accordo per il 2011, per un importo pari al 21% del budget (di cui il 18% si riferisce all'Az. Policlinico A. Gemelli). Si sottolinea che sussistono elementi di rischio legati alla rettifica di alcuni accordi/contratti e alle controversie tuttora pendenti
	15 Attuazione della riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria	In attesa di documentazione. Non è stato trasmesso alcun Atto Aziendale e non è stata comunicata nessuna valutazione sull'opportunità di approvare nuove linee guida
7. Centrale Acquisti	16 Razionalizzazione Acquisti Beni e Servizi	--
8. Definizione rapporti con le Università	17 Rinnovo Protocolli d'intesa con le Università	Non raggiunto. È valutato negativamente il protocollo di intesa con l'Università la Sapienza e si resta in attesa di una nuova versione

La stima del disavanzo 2011

Anche le stime per il disavanzo 2011 presentano una situazione ancora non rassicurante. Nella riunione di verifica del 24 luglio 2012 il Tavolo ha preso atto di un disavanzo prima delle coperture pari a 683 mln di euro. Considerando le coperture il risultato di gestione si attesterebbe a +109 mln di euro. Tuttavia, tale dato potrebbe rivelarsi sottostimato per via di alcuni elementi di rischio evidenziati dal Tavolo stesso.

	<i>Riunione del 3 aprile 2012</i>	<i>Riunione del 24 luglio 2012</i>
	Stima per il 2011 (mln di euro)	Stima per il 2011 (mln di euro)
Risultato di gestione con ammortamento non sterilizzati	-874,911	-774,983
Avanzo 2012 portato a nuovo	93,073	93,073
Rettifica per mancati accantonamenti obiettivi di piano 2010 (da esito verifica regionale)	-10,000	-1,000
Totale disavanzo da coprire con ammortamenti sterilizzati	-791,838	-682,865
<i>COPERTURE:</i>		
Stima del gettito da aumento delle aliquote Irap e addizionale IRPEF sui livelli massimi (anno imposta 2012)	766,484	766,484
Rideterminazione stima del gettito 2010, 2011 e consuntivazione 2009	25,776	25,776
Totale coperture	792,260	792,260
RISULTATO DI GESTIONE CON AMMORTAMENTI NON STERILIZZATI	0,422	109,395

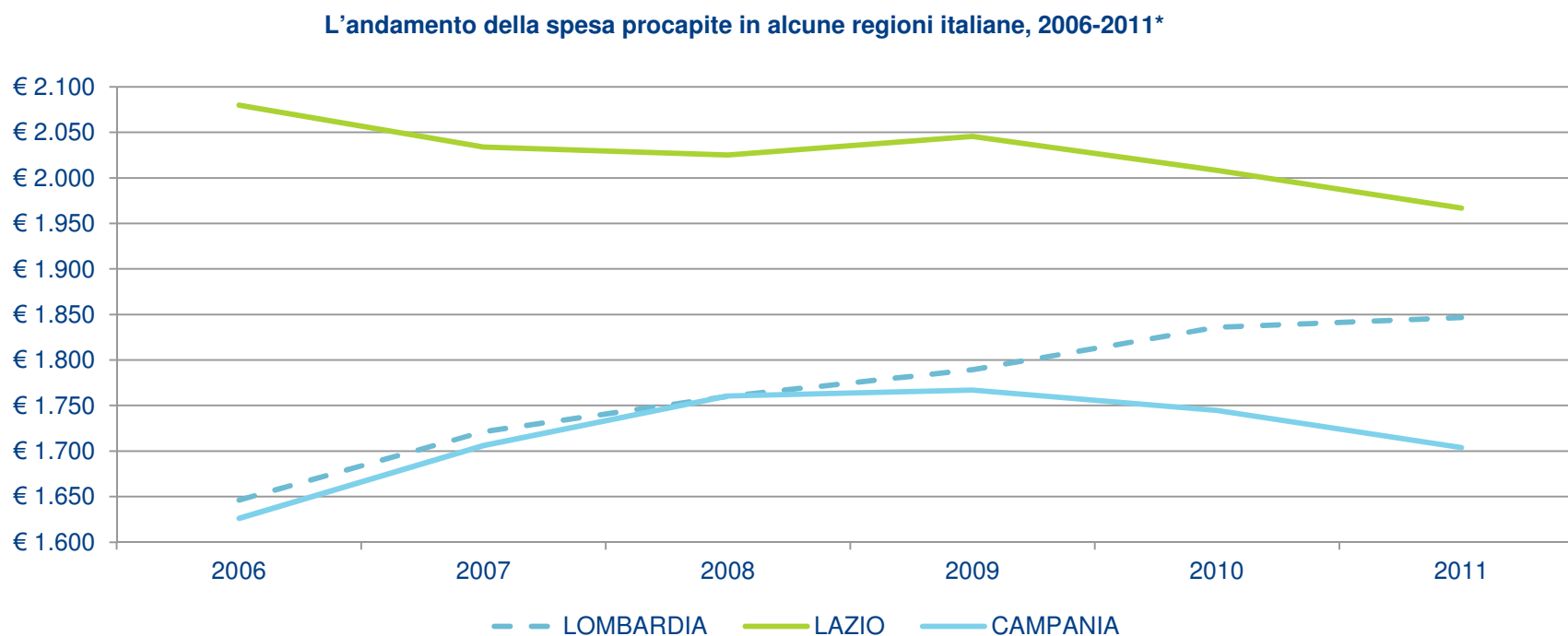
Fonte: Tavolo di Monitoraggio, Verbale del 24 luglio 2012 e Verbale del 14 novembre 2012

*Nell'ultimo verbale del
Tavolo di monitoraggio
l'advisor contabile stima
il disavanzo sanitario
della Regione Lazio per il
2012 in
780 ml di euro.*

*Inoltre la Presidenza del
Consiglio dei Ministri ha
previsto un disavanzo
tendenziale 2013 pari a
900 ml di euro,
in crescita anziché in
flessione rispetto alle
stime precedenti.*

L'andamento della spesa procapite, anni 2006-2011

In termini di spesa procapite la Regione Lazio fa registrare i valori più elevati rispetto alle altre regioni. Dal 2006, anno di adozione del Piano di Rientro, la spesa procapite ha registrato una flessione di 5,4 punti percentuali.



* Il dato 2011 si riferisce alla stima della Corte dei Conti, maggio 2012

Fonte: Elaborazione Deloitte su dati MEF-RGS, Corte dei Conti e ISTAT

La necessità di una riforma del servizio sanitario del Lazio

Un cambiamento strutturale

La difficoltà di applicazione delle manovre previste e le caratteristiche del modello di SSR adottato dalla Regione Lazio rivelano la necessità di puntare su un nuovo modello di servizio, più orientato all'efficienza, alla programmazione strategica e a meccanismi competitivi, piuttosto che a dinamiche basate sulla spesa storica e senza l'adozione di strumenti gestionali e di controllo.

La Corte dei Conti (2010) sottolinea come le Aziende Sanitarie nel Lazio di fatto non siano state sufficientemente in grado di contenere le diverse voci di spesa *“La disorganizzazione della direzione strategica e manageriale, l'assenza in molte situazioni di un controllo di gestione capace di verificare e ottimizzare costi e ricavi, la disinvolta gestione delle forniture, trasformano, di fatto, i pregi della contabilità economica in difetti, dal momento che alla scomparsa dell'autorizzazione a spendere non ha costituito valido succedaneo l'uso corretto della contabilità budgetaria. Alla fine, soltanto l'insostenibilità delle situazioni di cassa è diventato il sintomo del dissesto economico esistente.”*

Ciò mette in dubbio la validità del processo di aziendalizzazione messo in atto dalla regione e, di contro, l'**urgenza di disegnare un nuovo modello** orientato alla separazione delle funzioni di acquisto e fornitura e ad una rigida regolazione del sistema di controllo da parte della regione.

Sulla stessa linea, il Rapporto Ceis 2006, nel cercare i fattori di inefficienza che hanno contribuito a generare i disavanzi regionali, sottolinea come:

[...] le inefficienze regionali dipendono da tre aspetti:

- primo, dal fatto che i meccanismi di mercato possono avere un ruolo importante nel medio-lungo periodo, ma condizione necessaria per esplicitare la loro funzione è quella di un'effettiva separazione dei ruoli e dell'assetto proprietario fra acquirenti ed erogatori;*
- secondo, la mancata separazione di ruolo fra acquirenti ed erogatori che, oltre ad impedire di trasformare i “segnali” di mercato (ad esempio perdita di clienti o disavanzo strutturale) in sanzioni efficaci, come ad esempio la fuoriuscita dal mercato degli erogatori meno efficienti, determina un aumento della produzione con evidenti rischi di inappropriately;*
- terzo, gli scostamenti dalle indicazioni nazionali sui LEA [ovvero la ripartizione del fondo sanitario regionale in assistenza ospedaliera, territoriale e collettiva] possono essere interpretati in due modi: come il perseguimento di una maggiore efficienza allocativa derivante da adattamenti ai contesti socio-demografici locali, oppure come un adattamento (magari parziale) alla spesa storica che impone ripiani e riequilibri. [...]*

La scelta del benchmark la Regione Lombardia

La necessità di un cambiamento strutturale della **governance del sistema sanitario** del Lazio ha portato a dover scegliere all'interno del panorama italiano una regione benchmark in grado di fornire utili indirizzi per l'indicazione di un percorso di trasformazione.

Tra le diverse realtà, la scelta è ricaduta sulla Lombardia, che rappresenta l'unica regione italiana ad aver optato per un modello di separazione tra la funzione di acquisto e di fornitura dei servizi sanitari. Tale modello, infatti, ha consentito, nel lungo periodo, di assicurare un **rigido controllo della spesa** e il totale rientro dai disavanzi generati.

La stessa Corte dei Conti (2012) sottolinea la singolarità della regione, indicandola come una buona pratica:

La riorganizzazione della governance del Sistema Sanitario Regionale, talvolta, è divenuto obiettivo pregnante dell'azione amministrativa della Regione, al fine di aumentare l'efficienza operativa nella gestione diretta di attività e servizi, secondo logiche che rispondano alla massima contrazione della "catena di comando", che comporta la velocizzazione del risultato da raggiungere, a scapito però della collegialità o comunque della consultazione nella formulazione di scelte condivise. Il sistema centralizzato della Lombardia ha prodotto buoni risultati, in termini finanziari ed economici. Il cittadino può scegliere fra l'utilizzo delle strutture direttamente dipendenti dal sistema sanitario pubblico e le strutture private. Ogni azienda sanitaria locale, d'intesa con l'Amministrazione regionale, individua il fabbisogno sanitario dei cittadini residenti nel territorio di competenza ed acquista i servizi sanitari dagli Enti sanitari, pubblici o privati, accreditati che erogano le singole prestazioni. La Regione stabilisce le regole di accreditamento dei singoli operatori e procede, in concreto, al loro accreditamento, fissa le tariffe delle prestazioni e i criteri di erogazione [Corte dei Conti, 2012, pg3].

Tuttavia oltre al modello organizzativo e alla *governance*, il SSR lombardo si distingue anche per la sua **efficienza da un punto di vista economico-gestionale**. Sempre nel già citato rapporto, la Corte dei Conti sottolinea che in Regione Lombardia *la programmazione finanziaria è impostata in modo integrato con la programmazione strategica che individua le priorità programmatiche, nel rispetto dei limiti di spesa fissati dalla Finanziaria statale con il Patto di Stabilità Interno. Al fine di garantire il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, è stato attivato un sistema di monitoraggio che permette il controllo giornaliero della spesa rilevante ai fini del Patto, con risultati ad oggi efficaci perché la Regione ha osservato sempre i vincoli finanziari derivanti dal Patto.*

Le due **regioni**, in ultimo, risultano **comparabili** anche **in termini di attività erogata** (in relazione alla popolazione residente), visto che le prestazioni ospedaliere fanno registrare valori molto simili sia in termini di performance che di complessità dei casi trattati.

Per tali ragioni, nelle slide che seguono è riportato un confronto tra gli aspetti più rilevanti dei SSR del Lazio e della Lombardia.

2. Regione Lazio e Regione Lombardia: due SSR a confronto

Aspetti generali

- Premessa
- 1 Il disavanzo e la manovra per il rientro della Regione Lazio: i risultati raggiunti
- 2 **Regione Lazio e Regione Lombardia: due SSR a confronto**
 - Aspetti generali**
 - Modello organizzativo
 - Rete di offerta e attività svolta
 - Governance
- 3 Una nuova idea di SSR per la Regione Lazio: la proposta di intervento
 - Modello organizzativo
 - Governo della spesa
 - Accreditamento
 - Controllo delle prestazioni
 - Tariffe
 - Disponibilità e affidabilità dei dati
 - Un quadro di sintesi
- 4 ADDENDUM:
 - La legge n. 135/2012 (Spending Review)*
 - La legge n. 189/2012 (Decreto Balduzzi)*
- References e acronimi

Il sistema sanitario lombardo

Evidenze e trend

Da sempre riconosciuto come uno dei sistemi sanitari più efficienti, il SSR lombardo si è da subito distinto nel panorama nazionale per aver implementato in modo coraggioso e controcorrente un differente modello organizzativo e gestionale. Tale modello ha nel tempo permesso di mantenere sotto controllo la spesa sanitaria, tanto da far registrare un **disavanzo cumulato tra i più bassi d'Italia**.

L'evoluzione della spesa sanitaria procapite in Lombardia segue un trend in crescita ma sempre al di sotto della media nazionale.

Un fattore importante nel modello lombardo è certamente costituito dal saldo della **mobilità**: le politiche orientate ad una maggiore saturazione dei posti letto e delle strutture hanno consentito nel tempo di ripianare eventuali disavanzi generati dalla gestione operativa, puntando sullo sviluppo di una sanità di eccellenza, e anche sul continuo monitoraggio degli indicatori di mobilità (a conferma dell'importanza di tale aspetto, in alcuni casi l'indice di mobilità rientra tra gli obiettivi di mandato dei Direttori Generali delle ASL).

DATI GESTIONALI 2010	Lazio	Lombardia
Spesa sanitaria (mln di euro)	11.411,05	18.041,46
Ricavi sanitari (mln di euro)	10.358,65	17.609,30
Risultato di esercizio 2010 al netto della mobilità (mln di euro)	- 1.052,41	- 432,16
Saldo mobilità 2010 (mln di euro)	27,659	452,382
Risultato di esercizio 2010 (mln di euro)	-1.024,74	20,22
Avanzo annuale pro capite	- 180,35€	2,06€
Spesa pro capite (esclusa la mobilità)	- 2.008,33€	-1.836,07€
Spesa pro capite (inclusa la mobilità)	-2.003,46€	-1.790,03€

L'importanza della mobilità

Rispetto al Lazio, la Regione Lombardia è riuscita a ristabilire l'equilibrio economico anche grazie all'importante contributo del saldo attivo della mobilità.

Fonte: Elaborazione Deloitte su dati MEF-RGS, 2011 e Corte dei Conti, 2012

La mobilità nei due sistemi regionali

Le schede di dimissioni ospedaliere (SDO)

Lombardia		REGIONE	ATTIVA	PASSIVA	SALDO
		Piemonte	28.031	12.521	15.510
		Valle d'Aosta	781	259	522
		P.A. Bolzano	523	454	69
		P.A. Trento	2.028	2.358	-330
		Veneto	10.219	13.231	-3.012
		Friuli V.G.	1.704	654	1.050
		Liguria	10.437	5.506	4.931
		E. Romagna	20.023	18.339	1.684
		Toscana	6.706	3.518	3.188
		Umbria	1.225	337	888
		Marche	3.103	832	2.271
		Lazio	5.252	1.928	3.324
		Abruzzo	2.408	624	1.784
		Molise	629	141	488
		Campania	9.329	1.707	7.622
		Puglia	10.834	1.983	8.851
		Basilicata	1.854	254	1.600
		Calabria	10.658	1.217	9.441
		Sicilia	17.075	1.899	15.176
		Sardegna	4.976	1.227	3.749
TOTALE			147.795	68.989	78.806
SALDO VOLUMI ATTIVITA'					
ACUTI			72.527		
RIABILITAZIONE			7.847		
LUNGODEGENZA			-1.568		
TOTALE			78.806		

Fonte: Elaborazione Deloitte su dati SDO 2010 – Ministero della Salute

Sia per la Lombardia che per il Lazio, il saldo della mobilità ospedaliera interregionale è positivo. Per entrambe le Regioni i casi di mobilità riguardano soprattutto l'attività per acuti.

Per il Lazio, il flusso della mobilità in entrata è dovuto principalmente a pazienti provenienti dalle Regioni del Centro-Sud, mentre la mobilità in uscita riguarda per circa il 70% le Regioni del Centro-Italia, a dimostrazione di una migrazione verso le regioni limitrofe.

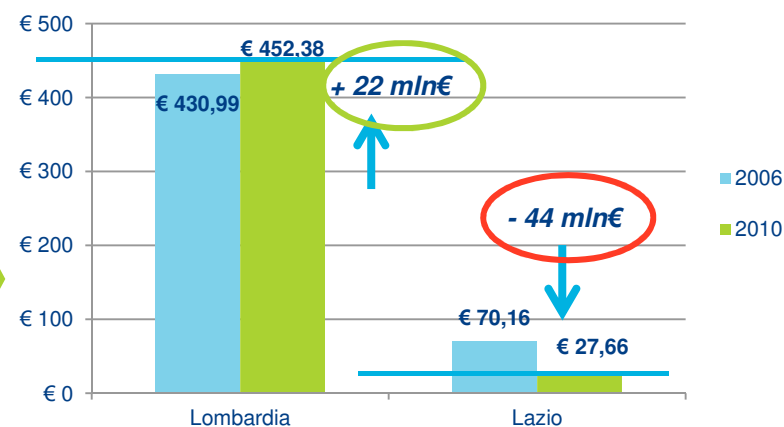
In termini economici, dal 2006 al 2010, la Lombardia è passata da 430 mln di euro a 452 mln di euro, con un delta di +22 mln, mentre il saldo della mobilità interregionale per il Lazio è diminuito passando da 70,16 mln di euro a 27,66 mln di euro, con un delta di -44 mln di euro.

Le stime per il 2011 confermano un saldo positivo e crescente per la Lombardia (494,6 mln di euro) e anticipano un saldo negativo per il Lazio (-132,1 mln di euro).

Fonte: Sole24Ore Sanità, 13-19 novembre 2012

Lazio		REGIONE	ATTIVA	PASSIVA	SALDO
		Piemonte	782	794	-12
		Valle d'Aosta	31	27	4
		Lombardia	1.928	5.252	-3.324
		P.A. Bolzano	5	333	-328
		P.A. Trento	7	342	-335
		Veneto	977	1.961	-984
		Friuli V.G.	310	425	-115
		Liguria	382	908	-526
		Emilia Romagna	1.295	5.330	-4.035
		Toscana	4.113	10.163	-6.050
		Umbria	6.604	12.013	-5.409
		Marche	2.820	2.054	766
		Abruzzo	11.747	13.755	-2.008
		Molise	3.540	3.199	341
		Campania	27.517	6.551	20.966
		Puglia	10.426	1.678	8.748
		Basilicata	3.234	250	2.984
		Calabria	14.048	893	13.155
		Sicilia	7.231	994	6.237
		Sardegna	2.852	803	2.049
TOTALE			99.849	67.725	32.124
SALDO VOLUMI ATTIVITA'					
ACUTI			30.428		
RIABILITAZIONE			1731		
LUNGODEGENZA			-35		
TOTALE			32.124		

Saldo mobilità interregionale in mln di euro (2006-2010)



Fonte: Elaborazione Deloitte con dati MEF-RGS, 2006-2010

© 2013 Deloitte Touche Tohmatsu Limited

Modello organizzativo

- 1 Premessa
Il disavanzo e la manovra per il rientro della Regione Lazio: i risultati raggiunti
 - 2 **Regione Lazio e Regione Lombardia: due SSR a confronto**
 - Aspetti generali
 - Modello organizzativo**
 - Rete di offerta e attività svolta
 - Governance
 - 3 Una nuova idea di SSR per la Regione Lazio: la proposta di intervento
 - Modello organizzativo
 - Governo della spesa
 - Accreditamento
 - Controllo delle prestazioni
 - Tariffe
 - Disponibilità e affidabilità dei dati
 - Un quadro di sintesi
 - 4 ADDENDUM:
 - La legge n. 135/2012 (Spending Review)*
 - La legge n. 189/2012 (Decreto Balduzzi)*
- References e acronimi

Il modello organizzativo del SSR

Modello verticale vs modello separato

Prima di introdurre il tema del modello di servizio, è doverosa una premessa sulle trasformazioni che hanno caratterizzato il panorama italiano. A partire dagli anni '90, il settore sanitario è stato sottoposto nel nostro Paese a significativi processi di riforma, ispirati al modello del “mercato interno” inglese. Già con i Dd.Lgss. n. 502/92 e n. 517/93 si cerca di iniettare gli elementi tipici del mercato all'interno di un sistema da sempre ritenuto pubblico.

Tale evoluzione ha portato alla definizione di un nuovo quadro normativo nazionale di riferimento per le Regioni:

1. l'avvio del processo di aziendalizzazione e riduzione delle USL (che diventano Aziende USL o ASL);
2. l'innovativa modalità di tariffazione delle prestazioni (il sistema dei *Diagnostic Related Group*, DRG), con un ampliamento della partecipazione al costo da parte degli assistiti.

Da un punto di vista economico, tali trasformazioni (separazione tra le funzioni di acquisto e fornitura e l'introduzione della leva competitiva), costituiscono gli elementi tipici dei c.d. quasi-mercati (Bartlett, Le Grand, 1993). Conseguentemente, si sono sviluppate nuove forme organizzative, volte a migliorare l'efficienza nell'erogazione dei servizi aprendo la via ad un nuovo modello di coordinamento tra gli attori, basato su un sistema di «contratto», che prevede la chiara definizione dei ruoli e delle funzioni tra i diversi attori, separando chi acquista (attraverso, appunto, lo strumento del contratto/convenzione) da chi eroga le prestazioni sanitarie.

In realtà, in Italia l'introduzione di un modello separato si è scontrata con questioni sia teoriche che istituzionali (Le Grand, 2003). Dal punto di vista concettuale, infatti, la separazione delle funzioni di acquisto e fornitura delle prestazioni sanitarie è stata vista dai *policy-makers* come una minaccia piuttosto che come una leva di efficienza, tanto da portare ad un'ostilità nei confronti di tale modello. La letteratura individua tre fattori nel fallimento a livello regionale del completamento del processo di separazione delle funzioni (France *et al.*, 2005):

1. la normativa ha lasciato la libertà alle Regioni di decidere il livello di separazione tra funzione di acquisto e fornitura: il risultato è stato che solo la Regione Lombardia ha riorganizzato il sistema sanitario regionale secondo le logiche dei quasi-mercati, mentre nel resto del Paese entrambe le funzioni convivono nell'ente regionale;
2. i meccanismi di finanziamento regionali sono diversificati e (soprattutto nelle regioni del Sud) la regione continua a ricoprire un ruolo dominante, con una conseguente deresponsabilizzazione delle AO;
3. la normativa ha previsto che le procedure per l'accreditamento siano di competenza regionale, con la conseguenza che molte Regioni hanno limitato l'accesso ai fornitori privati.

Aldilà del dibattito originato, un tale scenario ha determinato una situazione fortemente eterogenea sul territorio nazionale, generando una molteplicità di approcci nell'istituzione dei modelli di servizi sanitari regionali.

Anche i due sistemi analizzati, della Lombardia e del Lazio, hanno fatto emergere profonde differenze nelle scelte di implementazione del modello di offerta, il primo basato sulla separazione delle funzioni di committenza e di erogazione delle prestazioni, il secondo orientato ad un modello verticale, in cui le ASL erogano le prestazioni oltre che acquistarle da terzi soggetti (sia pubblici che privati).

Il modello organizzativo del SSR

La Regione Lombardia ed il *modello separato*

Sin dal 1997, con l'emanazione della L.R. n.31, la Lombardia ha optato per un modello di servizio basato sulla **separazione della funzione di acquisto da quella di fornitura dei servizi**. In altri termini, le ASL hanno «scorporato» la produzione diretta dei servizi dalle loro funzioni, limitandosi all'acquisto da soggetti terzi, ovvero da strutture erogatrici sia pubbliche che private (il ruolo della ASL è determinato dal c.d. modello PAC – Programmazione, Acquisto e Controllo delle prestazioni). Tale modello, incentrato sulla libertà di scelta del cittadino, ha innescato meccanismi competitivi tra gli erogatori, basati non sul prezzo della prestazione ma sulla qualità dei servizi offerti. Al fine di implementare tale sistema, il governo regionale ha messo in atto una serie di azioni, tra cui:

1. completamento del **processo di aziendalizzazione** introdotto con il D.Lgs. 502/92, che ha visto tutti i presidi delle ASL* diventare Aziende Ospedaliere, *dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica* (L.R. 31/97, art. 7, comma 1). Le ASL, dunque, non erogano direttamente prestazioni ospedaliere ma le acquistano da strutture pubbliche e private accreditate, sulla base dei volumi programmati;
2. modifica della **governance del sistema**: la linea di governo prevede che la regione ricopra il ruolo di programmatore e controllore del sistema, le ASL partecipano alla programmazione, coordinano i servizi sanitari e socio-sanitari e acquistano le prestazioni dalle strutture pubbliche e private (modello PAC), mentre le Aziende Ospedaliere pubbliche e private accreditate erogano le prestazioni sanitarie sulla base di standard ben definiti e nel rispetto di specifici requisiti di performance. Nel tempo, rispetto al disegno iniziale, la regione ha assunto sempre maggior importanza nel governo del sistema sanitario limitando sempre più il ruolo discrezionale delle ASL (de Vincenti *et al.* 2010);
3. avvio sin dall'inizio del **processo di autorizzazione e accreditamento** delle strutture sia pubbliche che private al fine di garantire loro la parità di trattamento ed assicurare la qualità delle prestazioni ai cittadini;
4. introduzione ed implementazione di **strumenti di controllo** del sistema, sia in termini di qualità delle prestazioni che di controllo delle funzioni di spesa;
5. implementazione di un **modello di finanziamento** che prevede l'assegnazione di risorse dalla regione alle ASL secondo il finanziamento a quota capitaria. Successivamente tali risorse sono utilizzate dalle aziende per il finanziamento, a tariffa, delle strutture accreditate ed a contratto, secondo i volumi di prestazioni definiti e negoziati con ciascun erogatore. Le procedure per l'assegnazione provvisoria e poi quella definitiva si concludono entro il mese di marzo di ogni anno.

* Solo il presidio della ASL Sebino Valle Camonica non è stato convertito in Azienda Ospedaliera

Il modello organizzativo del SSR

La Regione Lazio ed il *modello verticale*

Contrariamente al caso lombardo, la Regione Lazio ha istituito un **modello verticalmente integrato**, ovvero ha mantenuto **in capo alle Az. USL sia il finanziamento che la produzione diretta dei servizi**. Tuttavia, il sistema è di tipo **ibrido** poiché, accanto alla fornitura diretta, è prevista anche l'erogazione da parte di altre strutture (sia pubbliche che private) dalle quali le Az. USL acquistano le prestazioni. La legge che recepisce gli indirizzi nazionali è la L.R. n. 18 del 16 giugno 1994, con la quale sono istituite:

- 12 Aziende USL, che, oltre ad acquistare, erogano direttamente le prestazioni attraverso i propri presidi a gestione diretta (attualmente 49);
- 3 Aziende Ospedaliere (S. Camillo, Forlanini, Spallanzani - S. Giovanni, Addolorata - S. Filippo Neri).

In questo modello la regione ricopre un forte ruolo sia nel governo (regolazione, programmazione, finanziamento) che nell'erogazione dei servizi. Le principali differenze con il sistema della Lombardia possono individuarsi nelle seguenti:

- il **processo di aziendalizzazione** non è stato completato e la separazione delle funzioni di acquisto ed erogazione non è stata effettuata;
- la **governance del sistema** vede un ruolo rilevante della regione, anche nella gestione delle Az. USL: nel PSR 2002-04 si esplicita che *nelle Aziende sanitarie pubbliche la funzione imprenditoriale è ripartita tra la Regione che partecipa e risponde immediatamente al rischio economico e le Aziende stesse che rispondono delle scelte operative*;
- come nel caso della Lombardia, si fa riferimento alla libertà di scelta del cittadino ,ma non sono stati istituiti meccanismi concorrenziali tra i soggetti erogatori, prevedendo un **sistema di accreditamento** solo per le strutture private e non per quelle pubbliche. Questa disparità di trattamento compromette l'implementazione di meccanismi concorrenziali, peraltro inficiati anche dal diverso ruolo assunto dal privato rispetto al contesto lombardo (infatti, nel Lazio, fatte salve alcune eccezioni, la sanità privata è presente soprattutto nell'ambito della riabilitazione e della lungodegenza);
- gli **strumenti per il controllo** delle aziende pubbliche hanno visto solo recentemente l'istituzione di un sistema di valutazione delle performance dei Direttori Generali;
- per quanto riguarda il **modello di finanziamento**, anche in applicazione del Piano di Rientro, l'assegnazione delle risorse viene effettuata a livello regionale. A seguito della negoziazione con gli erogatori privati, sono determinati i tetti annuali di remunerazione: tuttavia tale processo viene rimandato nel tempo e diluito nel corso dell'anno, ostacolando la possibilità per gli erogatori di programmare l'attività.

Il modello organizzativo del SSR

Principali caratteristiche a confronto

	LAZIO	LOMBARDIA
Normativa quadro	L.R. 16 Giugno 1994, n. 18 e s.m.i.	L.R. 11 luglio 1997, n. 31 e s.m.i.
Modello emergente e principi base	Modello verticale ibrido: • erogazione diretta delle prestazioni sanitarie (49 presidi a gestione diretta); • elevata percentuale di posti letto privati ma senza equiparazione di diritti e doveri con le strutture pubbliche; • forte squilibrio nella ripartizione dell'offerta tra strutture pubbliche e private: fatte salve alcune eccezioni (es. Policlinico Gemelli), i posti letto accreditati si concentrano nel settore riabilitazione e lungodegenze.	Modello separato: • libertà di scelta del cittadino; • differenziazione tra soggetti acquirenti e soggetti erogatori; • piena parità di diritti e di doveri tra strutture di diritto pubblico e di diritto privato.
Punti di forza	• Centralità del governo regionale nella programmazione ed erogazione delle prestazioni. • Privato accreditato considerato prevalentemente come "accessorio" alla sanità pubblica.	• Centralità del governo regionale nella programmazione e nel controllo delle risorse e della qualità delle prestazioni. • Introduzione di meccanismi competitivi a vantaggio dell'efficienza del sistema.
Punti di debolezza	Rischio di amplificazione delle possibili inefficienze delle strutture pubbliche e della spesa sanitaria in assenza di strumenti di gestione e di controllo.	Necessità di strutturare un modello organizzativo e gestionale tale da garantire l'universalità di accesso al sistema ed evitare distorsioni nel mercato. Necessità di controllo e governo della sanità privata. Ruolo determinante della regione nel definire le regole del sistema.

Modello verticale vs Modello separato

Senza alcuna pretesa di giudizi di merito sui due modelli, in entrambi i casi la modalità di implementazione risulta fondamentale per il successo del servizio sanitario.

Nel caso del Lazio, la tendenza alla verticalizzazione del modello presuppone una chiara definizione della linea di comando, in termini di obiettivi di *policy*, oltre che una forte determinazione nella funzione di controllo, in termini di meccanismi per il raggiungimento degli obiettivi. Nel caso della Lombardia, la regione assume un ruolo centrale per il governo del sistema (regolazione, programmazione, finanziamento, coordinamento), basando il modello sul principio di separazione tra la funzione di erogazione e di committenza del servizio.

Rete di offerta e attività svolta

Premessa

1 Il disavanzo e la manovra per il rientro della Regione Lazio: i risultati raggiunti

2 **Regione Lazio e Regione Lombardia:
due SSR a confronto**

Aspetti generali

Modello organizzativo

Rete di offerta e attività svolta

Governance

3 Una nuova idea di SSR per la Regione Lazio: la proposta di intervento

Modello organizzativo

Governo della spesa

Accreditamento

Controllo delle prestazioni

Tariffe

Disponibilità e affidabilità dei dati

Un quadro di sintesi

4 ADDENDUM:

La legge n. 135/2012 (Spending Review)

La legge n. 189/2012 (Decreto Balduzzi)

References e acronimi

La rete di offerta: il ruolo dei privati

Due sistemi “simili ma diversi”

L'istituzione di modelli organizzativi diversi ha portato a disegnare una rete di offerta che, sebbene accomuni per molti aspetti entrambe le realtà analizzate, da un'analisi più approfondita risulta profondamente diversa.

L'elemento di comunione è costituito dall'elevata percentuale di posti letto privati, superiore in entrambi i casi alla media nazionale. L'aspetto di rilevante differenziazione è costituito principalmente dal ruolo che la sanità privata assume all'interno dei due SSR. Al fine di mettere in evidenza tali aspetti, è stata effettuata un'analisi su:

- l'offerta ospedaliera, con la ripartizione dei posti letto ed un approfondimento sulle attività svolte dalle strutture pubbliche e da quelle private;
- l'offerta di posti letto di tipo residenziale, ovvero in RSA;
- l'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale, con un confronto sul numero di strutture che operano nelle due Regioni ed un quadro più dettagliato sull'offerta pubblica e privata della Regione Lazio.

Dall'analisi si evince quanto segue:

1. nella Regione Lombardia il privato accreditato è presente in modo rilevante anche nell'attività per acuti, mentre nel Lazio il ruolo ricoperto dal privato (fatte salve alcune eccezioni) è essenzialmente circoscritto all'attività per non acuti (ovvero riabilitazione e lungodegenza);
2. per quanto riguarda le RSA, si denuncia un forte deficit di posti letto nella Regione Lazio, sia rispetto agli standard lombardi che nazionali;
3. l'attività di specialistica ambulatoriale nella Regione Lazio fa registrare la presenza dell'attività privata solo in alcune branche, al contrario dell'esperienza lombarda che prevede la possibilità di accreditamento per tutte le prestazioni di specialistica sia per i soggetti pubblici che privati. Inoltre, nel caso del Lazio si sottolinea un elevato numero di laboratori, concentrati soprattutto nell'area metropolitana di Roma.

NOTA

Come anticipato in premessa, i dati ministeriali considerano «pubbliche» le aziende ospedaliere, gli ospedali a gestione diretta, le aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN, le aziende ospedaliere integrate con l'università, i policlinici universitari privati, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (sia pubblici che privati), gli ospedali classificati, gli istituti privati qualificati presidio della USL e gli enti di ricerca, mentre sono considerate «private» le case di cura private accreditate presso il SSN. Nelle tabelle che seguono non è stato possibile scorporare il dato relativo agli IRCCS, che include sia quelli pubblici sia quelli privati. Inoltre, al fine di differenziare le case di cura private dalle altre strutture private, è stata considerata una aggregazione convenzionale delle strutture come segue:

- ✓ **STRUTTURE PUBBLICHE**: comprendono i Presidi Ospedalieri a gestione diretta Az. USL, le AO e le AO integrate con l'università e i Policlinici Universitari pubblici;
- ✓ **STRUTTURE ASSIMILATE**, comprendono i Policlinici Universitari privati, gli IRCCS (sia pubblici che privati), gli Ospedali Classificati e gli Istituti Qualificati presidio USL, gli Enti di ricerca;
- ✓ **STRUTTURE PRIVATE**, comprendono le Case di Cura accreditate.

La distribuzione dei Posti Letto tra le diverse strutture

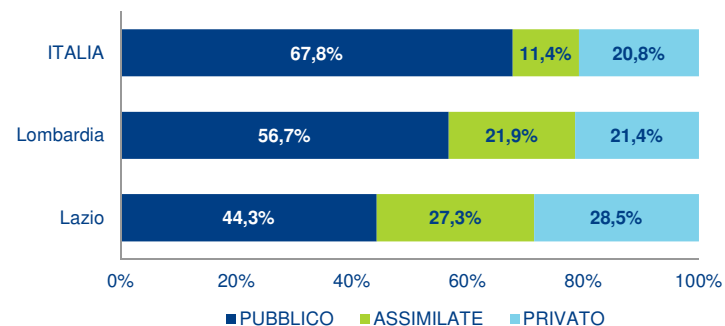
RETE DI OFFERTA (ANNO 2009) - NUMERO DI STRUTTURE

REGIONE	STRUTTURE PUBBLICHE				STRUTTURE ASSIMILATE						STRUTTURE PRIVATE	TOTALE
	AO	Ospedali a gestione diretta	AO Univ. + Policlinici pubblici	TOTALE PUBBLICHE	Policlinici privati	IRCCS pubblici e privati	Ospedali classificati	Istituti qualificati presidi USL	Enti di ricerca	TOTALE ASSIMILATE	Case di cura private accreditate	
Lazio	3	49	3	55	2	8	8	2	-	20	64	139
Lombardia	29	1	-	30	-	24	6	1	-	31	73	134
ITALIA	76	423	26	525	2	60	30	19	2	113	534	1.172

RETE DI OFFERTA (ANNO 2009) – POSTI LETTO PER ATTIVITA' DI RICOVERO

REGIONE	STRUTTURE PUBBLICHE				STRUTTURE ASSIMILATE						STRUTTURE PRIVATE	TOTALE
	AO	Ospedali a gestione diretta	AO Univ. + Policlinici Pubblici	TOTALE PUBBLICHE	Policlinici privati	IRCCS pubblici e privati	Ospedali classificati	Istituti qualificati presidi USL	Enti di ricerca	TOTALE ASSIMILATE	Case di cura private accreditate	
Lazio	2.124	5.794	1.840	9.758	1.906	1.911	1.823	369	-	6.009	6.280	22.047
Lombardia	20.904	311	-	21.215	-	6.771	1.251	170	-	8.192	8.006	37.413
ITALIA	44.666	79.947	19.248	143.861	1.906	13.405	6.334	2.303	277	24.225	44.058	212.144

- ✓ In termini di numero di strutture, non si registra una forte differenza tra le due regioni. Tuttavia, se si tiene conto che la Lombardia ha il 70% in più dei PL del Lazio, tale dato dimostra la presenza in Lombardia di strutture di dimensioni mediamente maggiori rispetto al Lazio.
- ✓ Il Lazio è la regione italiana con il più alto numero di Policlinici universitari. Al contrario, la Lombardia, nonostante la presenza di 7 sedi universitarie aventi la Facoltà di Medicina, è l'unica regione italiana a non aver costituito le aziende ospedaliero-universitarie, limitandosi a regolamentare l'attività di formazione all'interno delle strutture sanitarie (non ha mai dato applicazione al D.Lgs. 517/99).
- ✓ Entrambe le regioni presentano un elevato numero di IRCCS, a dimostrazione di una concentrazione di centri di ricerca e di eccellenza.
- ✓ In termini di posti letto, le due regioni nel complesso registrano un'offerta che è pari al 28% del totale nazionale.
- ✓ Entrambe le regioni presentano una percentuale di PL pubblici inferiore alla media nazionale mentre la percentuale dei PL privati risulta superiore alla media nazionale. Nel Lazio questa differenza è più accentuata.
- ✓ Una percentuale rilevante di posti letto della Regione Lazio è offerta dalle strutture assimilate (27,3%): rispetto alla Lombardia, tale dato risente soprattutto dei PL relativi ai Policlinici privati e agli ospedali classificati (che rappresentano rispettivamente l'8,6% e l'8,3% del totale regionale).



Fonte: Ministero della Salute, 2012

L'attività svolta in Regime Ordinario per acuti e non acuti

- ✓ Nonostante nel Lazio si registri una percentuale di posti privati accreditati molto elevata, l'attività svolta dalle Case di Cura accreditate è prevalentemente riservata all'attività per non acuti (riabilitazione e lungodegenza). L'attività per acuti, infatti, è svolta principalmente dagli Ospedali a gestione diretta (32,6%) e dai Policlinici Universitari sia pubblici che privati (circa il 20%, di cui il solo Policlinico A. Gemelli oltre il 10% dell'attività), mentre per le Case di Cura private accreditate si registra il 12,2% di SDO.
- ✓ Nel caso della Lombardia, sebbene le SDO per acuti siano per oltre il 63% a carico delle Aziende Ospedaliere pubbliche, le Case di Cura coprono il 16% delle dimissioni. Nell'attività per non acuti, l'attività privata riguarda il 47% delle dimissioni mentre la pubblica il 25%.

Attività per ACUTI in regime ordinario - Distribuzione delle dimissioni per tipo di istituto (2010)

Regione	STRUTTURE PUBBLICHE				STRUTTURE ASSIMILATE					STRUTTURE PRIVATE			TOTALE
	AO	Ospedali a gestione diretta	AO Universitarie + Policlinici pubblici	TOTALE PUBBLICHE	Policlinici privati	IRCCS pubblici e privati	Ospedali classificati	Istituti qualificati presidi USL	TOTALE ASSIMILATE	Case di cura private accreditate	Case di cura private NON accreditate	TOTALE PRIVATE	
Lazio	10,3%	32,6%	9,7%	52,5%	10,9%	6,8%	10,4%	2,2%	30,3%	12,2%	5,0%	17,2%	100,0%
Lombardia	62,4%	0,8%	0,0%	63,3%	0,0%	17,6%	2,9%	0,0%	20,5%	16,0%	0,2%	16,2%	100,0%

Attività per NON ACUTI in regime ordinario - Distribuzione delle dimissioni per tipo di istituto (2010)

Regione	STRUTTURE PUBBLICHE				STRUTTURE ASSIMILATE					STRUTTURE PRIVATE			TOTALE
	AO	Ospedali a gestione diretta	AO Universitarie + Policlinici Pubblici	TOTALE PUBBLICHE	Policlinici privati	IRCCS pubblici e privati	Ospedali classificati	Istituti qualificati presidi USL	TOTALE ASSIMILATE	Case di cura private accreditate	Case di cura private NON accreditate	TOTALE PRIVATE	
Lazio	5,7%	5,6%	0,4%	11,8%	2,9%	11,3%	4,1%	1,9%	20,2%	67,6%	0,4%	68,0%	100%
Lombardia	25,1%	0,2%	--	25,3%	0,9%	22,6%	4,0%	0,0%	27,5%	47,2%	--	47,2%	100%

Fonte: Elaborazione Deloitte su dati del Ministero della Salute, 2012

L'efficienza delle strutture erogatrici

Efficienza e complessità: un quadro di insieme

Indicatori di efficienza per regione - Attività per Acuti in Regime ordinario - Anno 2010

	degenza media (gg)	degenza media std per case mix (gg)	degenza media preoperatoria (gg)	indice comparativo di performance (ICP)
PIEMONTE	7,01	7,12	1,52	1,06
V. AOSTA	8,12	7,86	2,02	1,17
LOMBARDIA	6,78	7,06	1,66	1,05
PA BOLZANO	6,85	7,01	1,57	1,04
PA TRENTO	7,74	7,53	1,74	1,12
VENETO	8,12	7,73	1,82	1,15
FRIULI	7,42	7,27	1,58	1,08
LIGURIA	8,13	7,24	2,30	1,07
E. ROMAGNA	6,33	6,28	1,50	0,93
TOSCANA	6,49	6,19	1,41	0,92
UMBRIA	5,96	6,2	1,56	0,92
MARCHE	6,87	6,9	1,22	1,02
LAZIO	7,07	7,19	2,51*	1,07
ABRUZZO	6,98	6,93	1,80	1,03
MOLISE	6,71	6,85	2,42	1,02
CAMPANIA	5,68	6,31	2,26	0,94
PUGLIA	6,21	6,61	2,17	0,98
BASILICATA	6,92	6,75	2,38	1,00
CALABRIA	6,56	6,88	2,24	1,02
SICILIA	6,38	6,43	2,12	0,96
SARDEGNA	6,89	7,24	2,19	1,07
ITALIA	6,74	6,74	1,88	1,00

* Come riportato dal Verbale del Tavolo di monitoraggio del 14 novembre 2012, la stima della degenza media preoperatoria della Regione Lazio è pari a 2,43 per il 2011 e 2,32 per il 2012

In termini di giornate di degenza media, la Regione Lazio presenta valori leggermente superiori rispetto alla Regione Lombardia.

Più preoccupante risulta la **degenza media preoperatoria** che assume **il valore più elevato** a livello nazionale (al contrario della Lombardia che si posiziona tra le regioni con il valore più basso).

Fonte: Ministero della Salute, 2012

I posti letto religiosi nel Lazio, 2010

Dalle tabelle precedenti, risulta evidente come gli Ospedali Classificati (ovvero appartenenti ad un ordine religioso) ricoprano un importante ruolo nella sanità del Lazio.

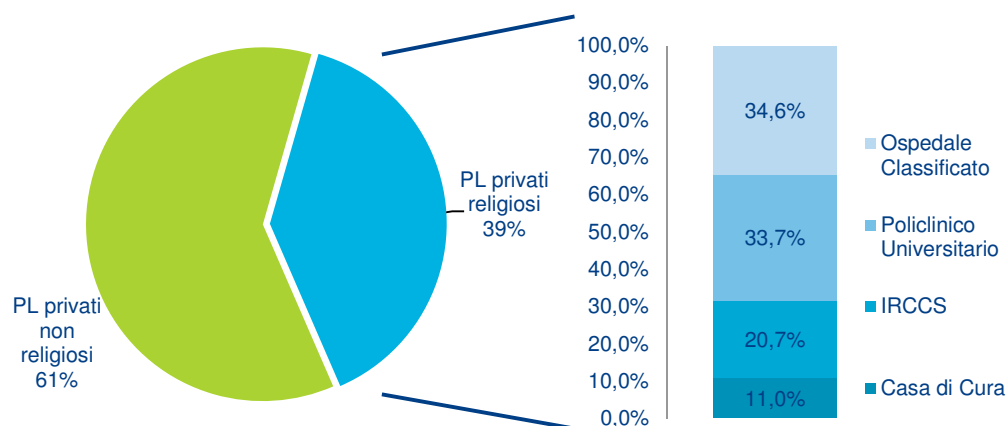
Utilizzando i dati relativi al 2010 (fatta eccezione per le case di cura, per le quali il dato più aggiornato è relativo al 2008) è stata svolta una elaborazione dei posti letto di tutte le strutture private operanti sul territorio del Lazio, in riferimento non solo alla loro classificazione in «Ospedale Classificato» ma più in generale al carattere religioso della propria governance.

Carattere	Tipologia di struttura privata	PL
Religioso	Casa di Cura *	619
	IRCCS	1.159
	Ospedale Classificato	1.941
	Policlinico Universitario	1.892
	TOTALE RELIGIOSO	5.611
Non religioso	Casa di Cura*	7.388
	IRCCS	623
	Policlinico Universitario	245
	Istituto qualificato presidio USL	511
	TOTALE NON RELIGIOSO	8.767
TOTALE PRIVATO		14.378

* Il dato delle case di cura è relativo al 2008 (Ministero della Salute)

La ripartizione del PL privati religiosi/laici

Fonte: Elaborazione Deloitte su dati ASP, 2011 ed interviste personali



Come mostra il grafico, **il 39% dei posti letto privati è gestito da strutture religiose.**

E' interessante notare che circa il 33,7% dei posti letto religiosi riguarda l'Az. Policlinico A. Gemelli: una quota analoga (34,6%) è detenuta dagli Ospedali Classificati.

Fonte: Elaborazione Deloitte su dati ASP, 2011 ed interviste personali

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

- ✓ Per quanto riguarda la rete di offerta relativa alle RSA, i dati disponibili rilevano l'importante carenza di Posti Letto nella Regione Lazio (a marzo 2010 si registra un saldo negativo di 7.923 PL), con una copertura pari a soli 9,5 PL per 1.000 anziani ultra 75-enni.
- ✓ In termini di assistenza agli anziani, il Lazio registra 575,1 utenti per 100.000 anziani, a fronte dei 4.010,3 della Lombardia (dato 2009).

Il fabbisogno di posti letto in RSA della Regione Lazio, 2010

Azienda USL Regione Lazio	Posti residenza provv. Accreditati (A)	Posti residenza attesi da standard (2,5 pop. > 75 anni) (B)	SALDO (A-B)
RM_A	60	1.401	-1.341
RM_B	356	1.486	-1.130
RM_C	40	1.508	-1.468
RM_D	383	1.253	-870
RM_E	440	1.357	-917
RM_F	494	552	-58
RM_G	744	923	-179
RM_H	898	957	-59
Viterbo	723	826	-103
Rieti	77	469	-392
Latina	180	1.084	-904
Frosinone	753	1.255	-502
TOTALE	5.148	13.071	-7.923



Nel 2012 la Lombardia registra un totale di 60.244 PL autorizzati in RSA, di cui 57.496 accreditati, ovvero 65 PL ogni 1.000 anziani ultra 75-enni (contro i 9,5 PL ogni 1.000 anziani ultra 75-enni della Regione Lazio).

La Regione Lazio presenta un **grave deficit in termini di offerta residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria**.

Fonte: DCA 48/2010, Regione Lazio

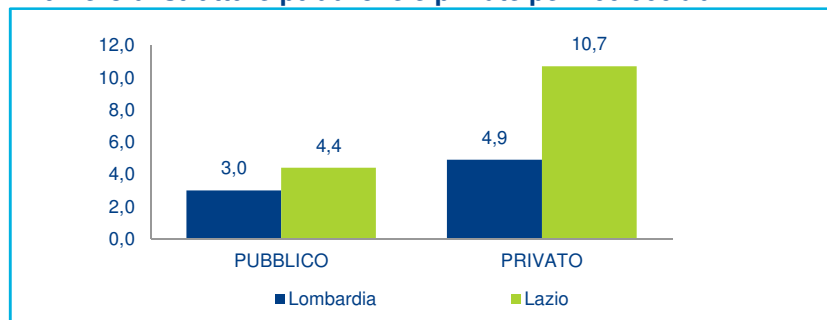
Pop. Residente > 75 anni (01.01.2010): Lazio : 539.785 | Lombardia: 927.909 (dati ISTAT)

PL per 1.000 anziani residenti: Lazio: 9,5 | Lombardia: 64,9 (Fonte: Ministero della Salute)

L'attività di assistenza specialistica ambulatoriale

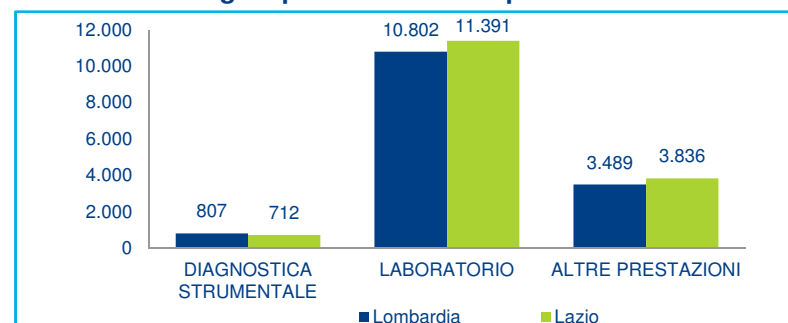
Per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale, i dati mostrano come, sebbene tra le due regioni non vi siano importanti differenze in termini di volume delle prestazioni erogate, vi sia una forte eterogeneità in termini di numero di strutture pubbliche e private. In particolare, il Lazio fa registrare un numero di strutture private pari a più del doppio di quelle che operano in Lombardia.

Numero di strutture pubbliche e private per 100.000 ab.



Fonte: Ministero della Salute, 2009

Prestazioni erogate per 1.000 abitanti per branca



Fonte: Ministero della Salute, 2009

Tuttavia, l'aspetto più rilevante è che nel Lazio le strutture private non possono erogare tutte le prestazioni ambulatoriali, essendo alcune di esse riservate alle sole strutture pubbliche. La Regione Lazio, infatti, nel nomenclatore (che riporta l'elenco delle prestazioni erogabili per conto del SSN) ha previsto, oltre alla tariffa della prestazione, anche la tipologia di struttura che può erogare la prestazione: tale approccio risulta incompatibile con il modello lombardo che, di contro, prevede la parità di trattamento tra erogatori pubblici e privati.

Dall'analisi dei dati presentati dall'ASP nel rapporto SIAS 2010, nel Lazio la maggior parte delle prestazioni riguarda:

- (i) il Laboratorio Analisi – Radioimmunologia (72%), la cui attività è svolta soprattutto dai presidi a gestione diretta ASL (44%) mentre i laboratori privati provvisoriamente accreditati erogano il 32% del totale dell'attività;
- (ii) la Medicina Fisica e Riabilitazione (9,6%); caratterizzata da una forte presenza dei privati accreditati, con l'85% del totale delle prestazioni erogate (contro il 10% circa dei presidi ASL);
- (iii) la Diagnostica per immagini – Radiologia Diagnostica (4%), attività svolta dal pubblico per il 35,4%, dai laboratori privati per il 30%, dagli ospedali classificati per il 10%, mentre le altre tipologie di strutture (Policlinici Universitari pubblici e privati, IRCCS pubblici e privati, Aziende Ospedaliere, strutture extraterritoriali) erogano il residuale 25%.

DIAGNOSTICA STRUMENTALE: prestazioni di diagnostica per immagini (medicina nucleare, radiologia diagnostica). LABORATORIO: analisi chimiche e microbiologiche, virologia, anatomia, istologia patologica, genetica, immunoematologia, servizio trasfusionale. ALTRE PRESTAZIONI: restanti branche specialistiche.

Non sono incluse le prestazioni specialistiche effettuate a pazienti durante il ricovero.

Il problema delle fonti

Come evidenziato in premessa, la ricostruzione della rete di offerta ha fatto emergere non poche difficoltà nella scelta del dato. Se si considera l'anno 2010, ad esempio, a seconda delle fonti di riferimento il dato relativo al totale dei posti letto ospedalieri (ordinari e in day hospital) per acuti e non acuti presenta una variabilità che spazia dai circa 25.000 PL indicati nel DCA 48/10 fino ai circa 24.000 PL segnalati nell'ultimo verbale del Tavolo di Verifica. Tale dato, peraltro, risulta particolarmente rilevante in quanto rappresenta il punto di partenza per la riorganizzazione della rete e la determinazione del numero di PL da riconvertire/dismettere al fine di soddisfare la soglia prevista dal Patto per la Salute 2010-2012 (Obiettivo 1 dei Programmi Operativi 2011-2012), recentemente rivista dalla normativa nazionale (c.d. Spending Review).

Se la difficoltà di ottenere dati aggiornati evidenzia il problema di disponibilità e tempestività delle informazioni, la situazione appena riportata pone non pochi dubbi in merito all'affidabilità stessa dei dati.

**La variabilità delle fonti - la rete di offerta della Regione Lazio
anno 2010**

FONTE	Totale PL* Anno 2010	PL Programmati (4*1.000ab)	Delta
DCA 48/2010	24.999	22.507	-2.492
DCA 80/2010	24.835	22.307	-2.528
Regione Lazio - ASP 2011	24.320	22.727**	-1.593
Tavolo di Verifica - verbale 24 lug 2012	24.043	22.243	-1.800

**il dato non include l'IRCCS Bambin Gesù*

***elaborazione Deloitte su dati ASP*

Governance

Premessa

1 Il disavanzo e la manovra per il rientro della Regione Lazio: i risultati raggiunti

2 **Regione Lazio e Regione Lombardia:
due SSR a confronto**

Aspetti generali

Modello organizzativo

Rete di offerta e attività svolta

Governance

3 Una nuova idea di SSR per la Regione Lazio: la proposta di intervento

Modello organizzativo

Governo della spesa

Accreditamento

Controllo delle prestazioni

Tariffe

Disponibilità e affidabilità dei dati

Un quadro di sintesi

4 **ADDENDUM:**

La legge n. 135/2012 (Spending Review)

La legge n. 189/2012 (Decreto Balduzzi)

References e acronimi

La struttura di governance della Regione Lombardia (1/2)

La struttura di governance regionale del settore sanitario si articola in un'unica Direzione Generale (Direzione Generale Sanità) suddivisa in 6 Unità Organizzative e 14 Strutture.

Dato il modello di servizio introdotto con la L.R. 31/97, la centralizzazione delle funzioni relative alla programmazione strategica ed al controllo della spesa sono risultate fondamentali. La struttura di governance recepisce tale modello, lasciando in capo alla regione il compito di stabilire le regole, programmare e finanziare i servizi erogati dalle strutture sanitarie, controllando la qualità e l'appropriatezza. La Lombardia ha scelto di non istituire una agenzia regionale ma di mantenere in capo alla DG tutte le funzioni per il governo del sistema.

In sintesi, attraverso la sua struttura organizzativa, la DG Sanità ha il compito di (www.sanita.regione.lombardia.it):

1. curare l'attuazione del Servizio Sanitario Regionale;
2. programmare, coordinare, supportare, promuovere, controllare ed organizzare la rete sanitaria regionale, assicurando i livelli uniformi di assistenza previsti dall'accordo Stato-Regioni nel Piano Sanitario Nazionale;
3. valorizzare le strutture sanitarie pubbliche, riorganizzandole in Aziende Ospedaliere e sperimentando forme gestionali miste;
4. provvedere, attraverso il Fondo Sanitario Regionale, a remunerare le strutture sanitarie (pubbliche e private) per le prestazioni erogate secondo tariffe prestabilite.

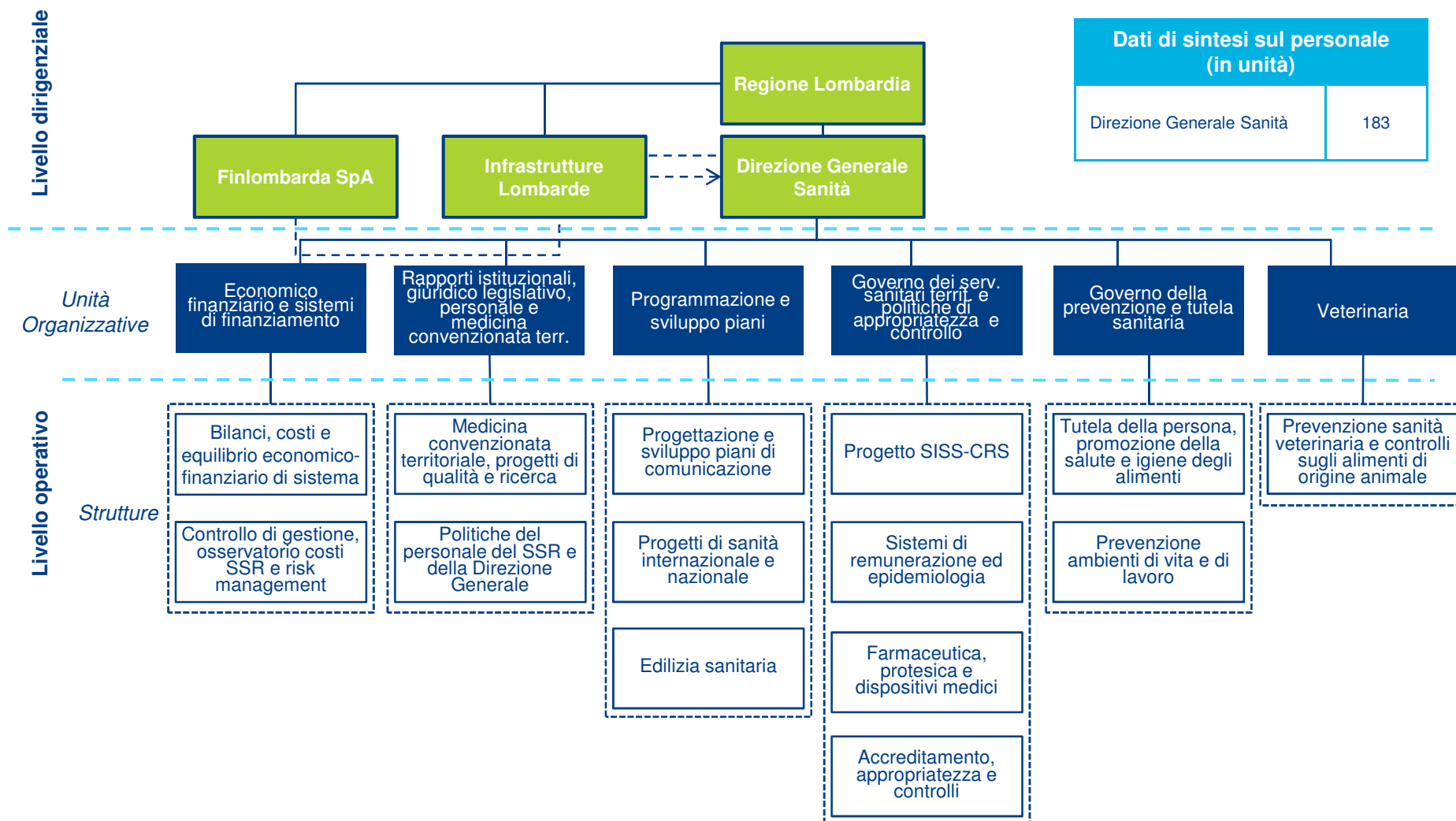
In totale, la Direzione Generale Sanità conta **183 dipendenti**.

La DG Sanità si raccorda con l'assessorato al bilancio per quanto riguarda la programmazione e la rendicontazione delle risorse.

Nello svolgimento della propria attività, la DG Sanità è supportata anche da altri organismi regionali, tra cui:

- ✓ Finlombarda S.p.A., società a capitale pubblico, dal 2004 interamente partecipata dalla Regione Lombardia, che svolge il compito istituzionale di fornire supporto alle politiche regionali di sviluppo economico-sociale del territorio lombardo, mediante strumenti ed iniziative di carattere finanziario e gestionale;
- ✓ Infrastrutture Lombarde S.p.A., Ente del Sistema Regionale Allargato, responsabile per conto di Regione Lombardia della realizzazione di nuove strutture ospedaliere e del riassetto di strutture ospedaliere esistenti, distribuite sull'intero territorio regionale che mettono a disposizione dei cittadini lombardi posti letto, nuovi ambulatori e sale operatorie.

La struttura di governance della Regione Lombardia (2/2)



La struttura di governance della Regione Lazio (1/2)

Dal 2007 la Regione Lazio ha adottato il Piano di Rientro: tale condizione ha influito e modificato la struttura di governance regionale.

L'attuale assetto di governance presenta una struttura piramidale che fa capo al Commissario *ad acta* (che coincide con il Presidente della Regione) il quale, nell'espletamento delle sue funzioni è coadiuvato da due Sub-Commissari, nominati dal Consiglio dei Ministri.

Come previsto dalla normativa, il Commissario *ad acta* per l'intera durata del Piano di Rientro adotta tutte le misure indicate nello stesso, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali. Il Commissario verifica inoltre la piena ed esatta attuazione del Piano a tutti i livelli di governo del Servizio Sanitario Regionale.

E' inoltre prevista l'attività di monitoraggio ad opera del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei LEA.

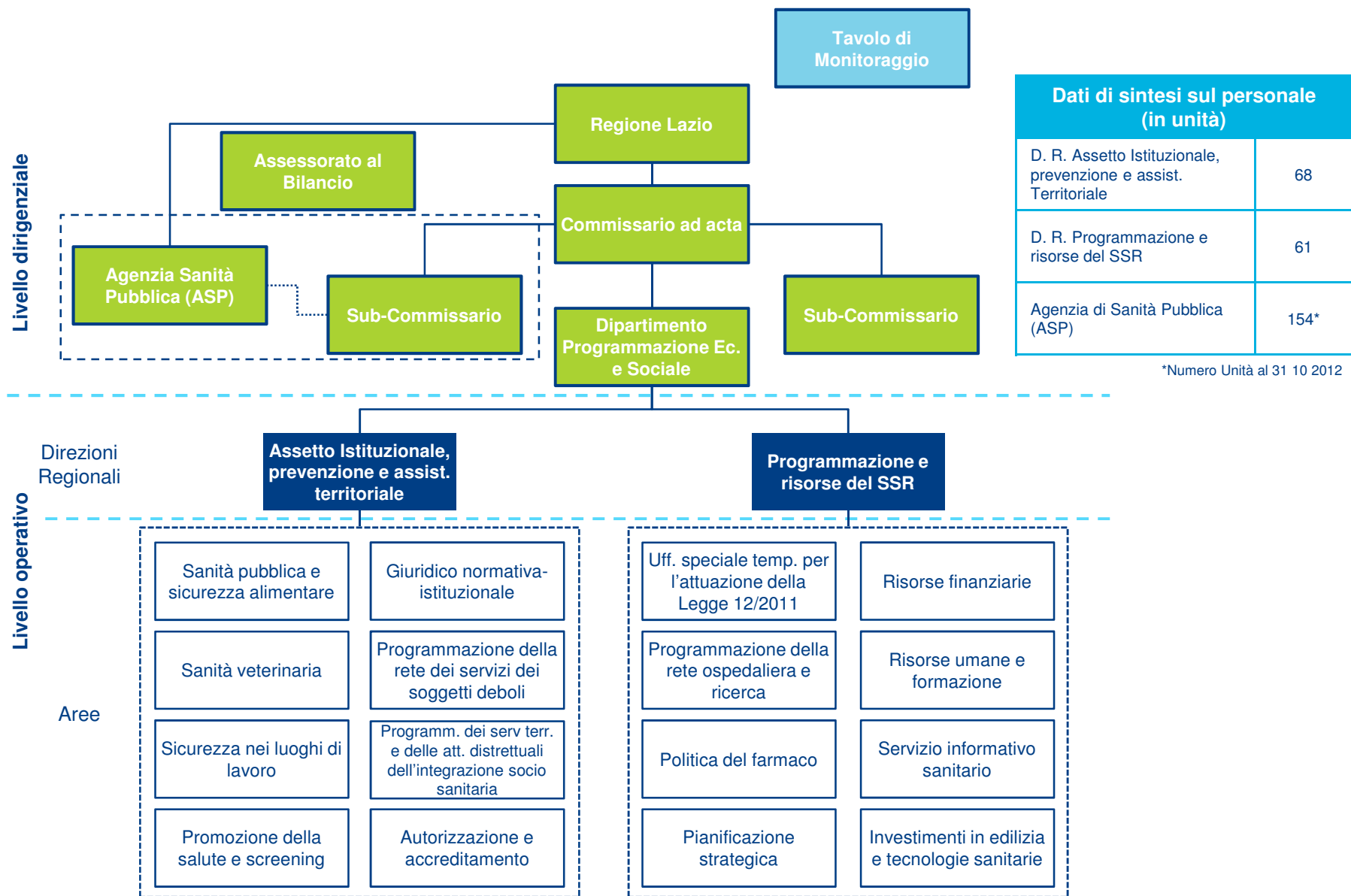
Per quanto riguarda la struttura organizzativa regionale, si sviluppa all'interno del "Dipartimento per la programmazione economica e sociale" che è suddiviso in dieci Direzioni Regionali di cui due comprendono le Aree sanitarie, ovvero: "Assetto Istituzionale, prevenzione e assistenza territoriale" e "Programmazione e risorse del SSR". Entrambe le Direzioni sono suddivise in 8 Aree.

Per supportare l'attività dell'assessorato competente in materia di sanità, nel 1999 è stata istituita l'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP), ente dipendente della regione, dotato di autonomia amministrativa, patrimoniale e contabile, con il compito di svolgere attività relative al sistema informativo sanitario della regione, all'epidemiologia, al supporto tecnico-scientifico all'assessorato competente in materia di sanità ed di formazione del personale del SSR. Attualmente conta circa 150 dipendenti. Nel 2011 è stata commissariata e dal marzo 2012 è stato nominato Commissario uno dei due Sub-Commissari regionali (prorogato con delibera del 30 aprile 2012).

In totale, considerando anche l'ASP, il settore regionale sanitario conta **circa 280 dipendenti**.

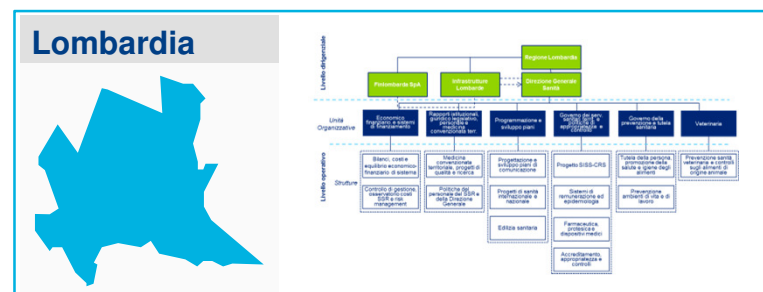
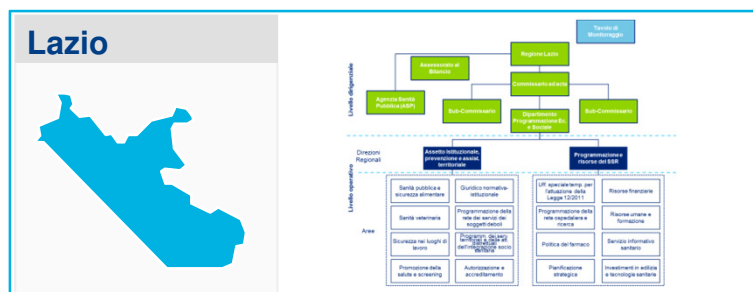
Le funzioni economico-contabili sono gestite con il supporto dell'Assessorato al Bilancio.

La struttura di governance della Regione Lazio (2/2)



Governance: il confronto tra Lazio e Lombardia

Un confronto tra le Regioni Lazio e Lombardia



PERSONALE

- ✓ Nonostante la Lombardia conti una popolazione residente quasi doppia di quella del Lazio, un maggior numero di posti letto ed un maggior numero di soggetti erogatori, presenta un numero di dipendenti pubblici nel settore sanitario decisamente inferiore rispetto alla Regione Lazio (183 dipendenti rispetto ai circa 283 del Lazio).
- ✓ In termini di risorse, l'impatto della ASP appare rilevante, visto che con i suoi 154 dipendenti rappresenta circa il 54% del totale delle risorse regionali in ambito sanitario.

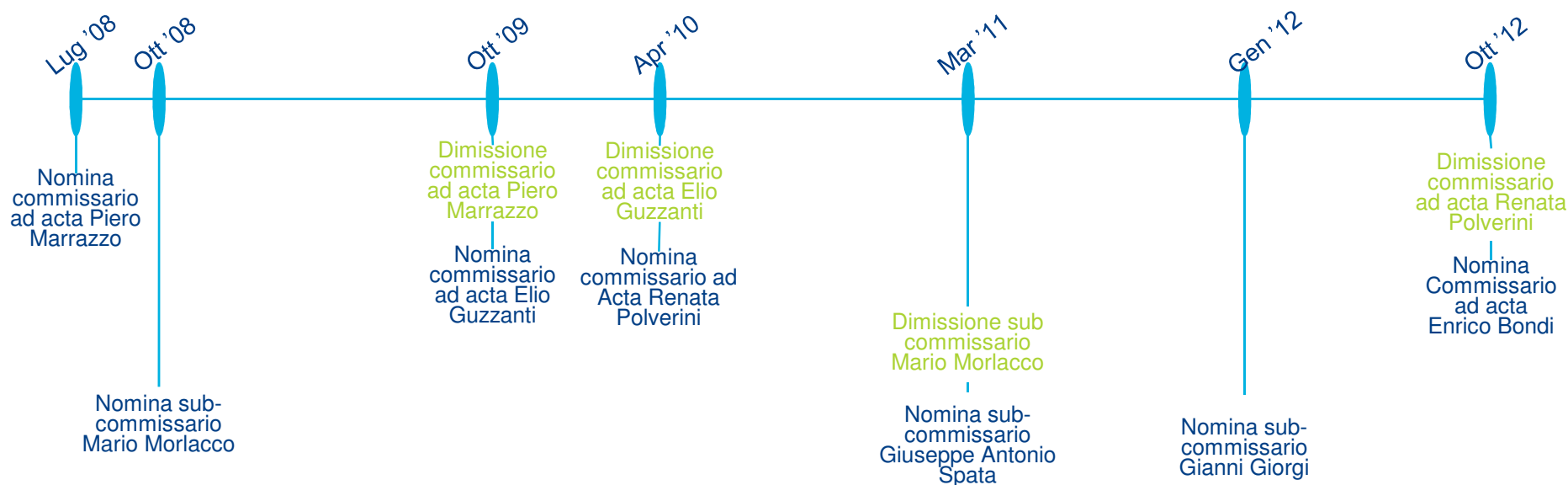
GOVERNANCE

- ✓ Il primo fattore che emerge dalla comparazione riguarda la scelta della Regione Lombardia di non dotarsi di una struttura tecnica (come il caso dell'ASP del Lazio) ma di incorporare le competenze necessarie all'interno della Direzione Generale che assicura il presidio delle politiche messe in atto. Nel Lazio la relazione tra ASP e gli uffici regionali si è rivelata un aspetto critico, tanto da portare al commissariamento dell'Agenzia. Lo stesso **Tavolo e Comitato, a fronte delle criticità emerse più volte nella gestione dei rapporti tra la struttura regionale/commissariale e la ASP, propongono di valutare l'ipotesi di internalizzare l'ASP nella Regione**, anche in ottica di riduzione del numero degli enti pubblici.
- ✓ Dal confronto delle unità organizzative, invece, l'elemento più rilevante è **l'assenza** all'interno della struttura regionale del Lazio **di una struttura di controllo di gestione ad hoc** (ovvero l'equivalente della struttura *Controllo di gestione, osservatorio costi SSR e risk management* della Regione Lombardia).
- ✓ Infine, all'interno della struttura regionale lombarda alcune **aree** risultano **accorpate** (ad esempio, la *Sanità Pubblica e sicurezza alimentare* e la *Promozione della salute e screening della Regione Lazio*, nella Lombardia si accorpano sotto un'unica struttura denominata *Tutela della Persona, promozione della salute e igiene degli alimenti*).

Il problema dell'avvicendamento nella Regione Lazio

Al contrario della Lombardia, gli avvicendamenti, i repentini cambi dirigenziali così come le mancate nomine hanno reso la Governance della Regione Lazio fortemente instabile, compromettendo la governabilità del processo di rientro dal disavanzo e, più in generale, del sistema sanitario.

- ✓ A livello di vertice, si registra l'alternarsi in quattro anni di quattro diversi Commissari ad Acta (in media uno all'anno): tale fenomeno, peraltro, è strettamente connesso all'avvicendamento del vertice politico (ponendo qualche dubbio in merito alla scelta del legislatore di far coincidere il Presidente della Regione con il Commissario ad Acta).
- ✓ Le nomine dei sub-commissari hanno visto un primo cambio nel marzo 2011 (conseguente ad una dimissione) e qualche mese più tardi la struttura è stata dotata di un ulteriore commissario, in affiancamento al precedente.



- ✓ Anche a livello operativo sono stati rilevati elementi di criticità: a fronte di alcune aree interessate da un repentino avvicendamento (si veda ad esempio l'Area *Autorizzazione e accreditamento* che negli ultimi anni ha visto 5 diversi dirigenti*), si trovano altre unità organizzative caratterizzate dalla vacanza nella figura dirigenziale (si veda, ad esempio, l'Area *Pianificazione Strategica*).
- ✓ La durata media in carica del Direttore Generale delle Aziende Ospedaliere sottolinea la forte instabilità del sistema. Secondo il Rapporto OASI 2011, nel Lazio il Direttore Generale di un'Azienda Ospedaliera dura in media 2,9 anni mentre quello di una ASL 2,6. Di contro in Lombardia il DG di un'Azienda Ospedaliera dura in media in carica 4 anni mentre quello di una ASL 3,8 anni.

* Agnese D'Alessio, Gerardo Corea, Salvatore Calabretta, Massimo Vittucci, l'attuale Emilio Bongiovanni

3. Una nuova idea di SSR per
la Regione Lazio:
la proposta di intervento

Premessa

Dopo aver brevemente presentato le principali caratteristiche dei modelli organizzativi adottati dalle due regioni, di seguito si riporta una proposta di linea di interventi per la Regione Lazio, orientati a disegnare un servizio sanitario in linea con i principi di efficienza. E' stata quindi data la priorità agli interventi necessari per un **cambiamento strutturale del sistema sanitario della Regione Lazio**. In particolare, date le esigenze di contenimento della spesa e visti i positivi risultati del modello sanitario lombardo in termini di efficienza, sono state individuate le azioni in grado di trasformare il modello ed implementare una nuova idea di sanità, che vede un forte ruolo della Regione come regolatore e coordinatore del sistema ed una parità di trattamento tra strutture pubbliche e private responsabili dell'erogazione delle prestazioni, a vantaggio della qualità e dell'efficienza del sistema e, dunque, dell'utente finale.

Sono state dapprima identificate le principali aree di intervento per la costruzione di un nuovo modello sanitario (in linea con quello lombardo) e, a seguito delle evidenze emerse dal confronto con la Lombardia, è proposta una agenda di azioni per la trasformazione del sistema del Lazio.

Le indicazioni non pretendono di avere un carattere esaustivo, ma rappresentano il frutto di alcune riflessioni nate a valle delle analisi svolte sia in merito al contesto del SSR del Lazio sia a seguito del confronto con il SSR della Lombardia.

Alcune aree sono state escluse dall'analisi in quanto conseguenti ad indirizzi nazionali e già oggetto di intervento della Regione Lazio: si pensi ad esempio alle politiche farmaceutiche e alla centralizzazione degli acquisti.

Le aree di **intervento** individuate sono le seguenti:

1. il modello organizzativo (separato vs integrato), frutto della visione strategica e dell'idea di servizio dei *policy-maker*;
2. il governo della spesa, ovvero gli strumenti adottati ai fini di una corretta gestione delle risorse, evitando sia le inefficienze che i comportamenti opportunistici;
3. la procedura di autorizzazione e di accreditamento, fondamentale per la regolazione del sistema;
4. il continuo monitoraggio della qualità del servizio, in termini di appropriatezza e congruità delle prestazioni erogate;
5. il meccanismo tariffario, alla base del rapporto con gli erogatori pubblici e privati;
6. in ultimo, è stata inserita un'area più generale, ma propedeutica alla tenuta del sistema: la trasparenza, la disponibilità e l'affidabilità dei dati.

Per ogni area di intervento sono state esplicitate le azioni future per un cambiamento strutturale del Servizio Sanitario della Regione Lazio.



1. Modello organizzativo

Premessa

1 Il disavanzo e la manovra per il rientro della Regione Lazio: i risultati raggiunti

2 Regione Lazio e Regione Lombardia: due SSR a confronto

Aspetti generali

Modello organizzativo

Rete di offerta e attività svolta

Governance

3 **Una nuova idea di SSR per la Regione Lazio: la proposta di intervento**

Modello organizzativo

Governo della spesa

Accreditamento

Controllo delle prestazioni

Tariffe

Disponibilità e affidabilità dei dati

Un quadro di sintesi

4 ADDENDUM:

La legge n. 135/2012 (Spending Review)

La legge n. 189/2012 (Decreto Balduzzi)

References e acronimi

Modello organizzativo

Una delle ragioni della scelta del sistema lombardo come benchmark per il SSR del Lazio è costituita proprio dall'adozione di un modello organizzativo in grado di garantire al tempo stesso un servizio efficace (alta concentrazione di casi ad alta complessità, elevato numero di centri di eccellenza, più alta percentuale di mobilità attiva) ed efficiente (disavanzo pro-capite cumulato tra i più bassi nel panorama italiano, elevato controllo della spesa).

In un tale modello - che si basa sulla terzietà del servizio e sul ruolo della ASL come acquirente (e non produttore) delle prestazioni - è necessario istituire un sistema di regole chiare e precise così da evitare possibili distorsioni del mercato e comportamenti opportunistici oltre che una attenta programmazione dell'attività al fine di rispondere ai bisogni del territorio pianificando le risorse necessarie.

Per comprendere le azioni messe in atto dalla Lombardia per ovviare a tali rischi, è di seguito presentato un confronto tra le due regioni in merito al **rapporto con la sanità privata**.

Tale aspetto, infatti, rappresenta un elemento critico nel caso del Lazio, data la mancanza di una programmazione e di un consolidato rapporto con gli erogatori privati. A conferma di ciò, lo stesso Tavolo e Comitato, nella riunione di verifica del 14 novembre 2012, sottolineano una *carezza sostanziale nella governance nel settore dei rapporti con gli erogatori privati, nonché nella corretta predisposizione degli atti amministrativi relativi*. A titolo di esempio, ancora nel 2012, Tavolo e Comitato sono costretti a sollecitare la *rapida e conclusiva definizione dei rapporti contrattuali risalenti agli anni 2007-2008*. In questa situazione, non sono rari i casi di contenzioso tra strutture erogatrici e Regione Lazio, rappresentando una voce sempre più rilevante del bilancio regionale.

Il rapporto con la sanità privata accreditata

L'evoluzione della spesa sanitaria nelle due Regioni evidenzia come, in entrambi i casi, l'incidenza della spesa privata accreditata sul totale di spesa sia rilevante. Sebbene in Lombardia tale incidenza sia cresciuta negli anni (passando dal 27,7% del 2006 al 30% del 2010) mentre nella Regione Lazio è diminuita (dal 26,7% del 2006 al 25,8% del 2010), in entrambi i casi tali livelli di spesa fanno emergere l'importanza dei rapporti con la sanità privata ai fini di una corretta gestione delle risorse. Proprio in questo campo le due Regioni presentano un quadro fortemente differenziato.

Con la separazione delle funzioni di acquisto e fornitura, in **Regione Lombardia** l'attività di negoziazione e la definizione del rapporto con le strutture erogatrici è diventato un elemento chiave del modello di servizio. Data l'eterogeneità delle unità di offerta (pubbliche e private), al fine di rispettare gli obiettivi di programma e coerentemente con le risorse disponibili, la Lombardia ha istituzionalizzato il processo di programmazione, così da definire regole chiare e trasparenti di funzionamento per tutti gli attori del sistema. Ogni anno nel mese di dicembre viene effettuata una prima ripartizione delle risorse ed entro il mese di marzo (a seguito della effettiva ripartizione delle risorse disponibili) ogni ASL negozia e stipula i contratti con le strutture accreditate. Ai fini dell'indagine l'aspetto rilevante consiste nella trasparenza della ripartizione delle risorse e nell'individuazione di regole di funzionamento valide per l'anno successivo, consentendo alle strutture pubbliche e private di pianificare la propria attività.

Le regole, inoltre, definiscono nel dettaglio la modalità di ripartizione delle risorse non comprese nell'attività contrattuale. Ad esempio, per le attività cosiddette extra-budget (ovvero l'insieme delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate che superano il tetto di remunerazione prestabilito), si specifica qual è l'ammontare totale disponibile (25 mln di euro per il 2012) e quali sono le modalità di ripartizione (per il 2012, ogni erogatore potrà accedere per un ammontare massimo non superiore al 5% del proprio budget).

Le risorse assegnate alle ASL riguardano le quote relative ai consumi sanitari dei propri residenti, incluse le prestazioni usufruite extra-regione (mobilità passiva), mentre le risorse assegnate alle strutture erogatrici lombarde riguardano le prestazioni erogate ai soli residenti. Come già evidenziato, nei contratti con gli erogatori tutti i budget sono considerati al netto della mobilità attiva. Ciò significa che i rimborsi relativi agli utenti fuori regione non sono inclusi nel tetto di remunerazione: tale meccanismo di fatto incentiva la mobilità attiva e la capacità di attrazione delle strutture lombarde.

L'approccio che emerge dalla **Regione Lazio** nei confronti della sanità privata denuncia la mancanza di un percorso consolidato e istituzionalizzato, che consenta ai soggetti erogatori di pianificare la propria attività. Il rapporto viene gestito a livello centrale, con una negoziazione diretta tra soggetto e Regione e la definizione dei tetti di remunerazione avviene in corso d'anno (in alcuni casi alla fine dell'anno).

Non sono stati rintracciati provvedimenti che definiscano in modo chiaro e trasparente la ripartizione di tutte le risorse a disposizione (come anche le politiche per la gestione dell'attività extra-budget).

Nei provvedimenti di determinazione dei tetti di remunerazione, il budget negoziato comprende anche l'attività erogata per la mobilità attiva: in questo modo la capacità di attrarre pazienti da altre regioni viene sacrificata e con essa il relativo contributo al saldo gestionale (contributo, come già osservato, rilevante per il SSR Lombardo).

Il rapporto con la sanità privata accreditata

LAZIO

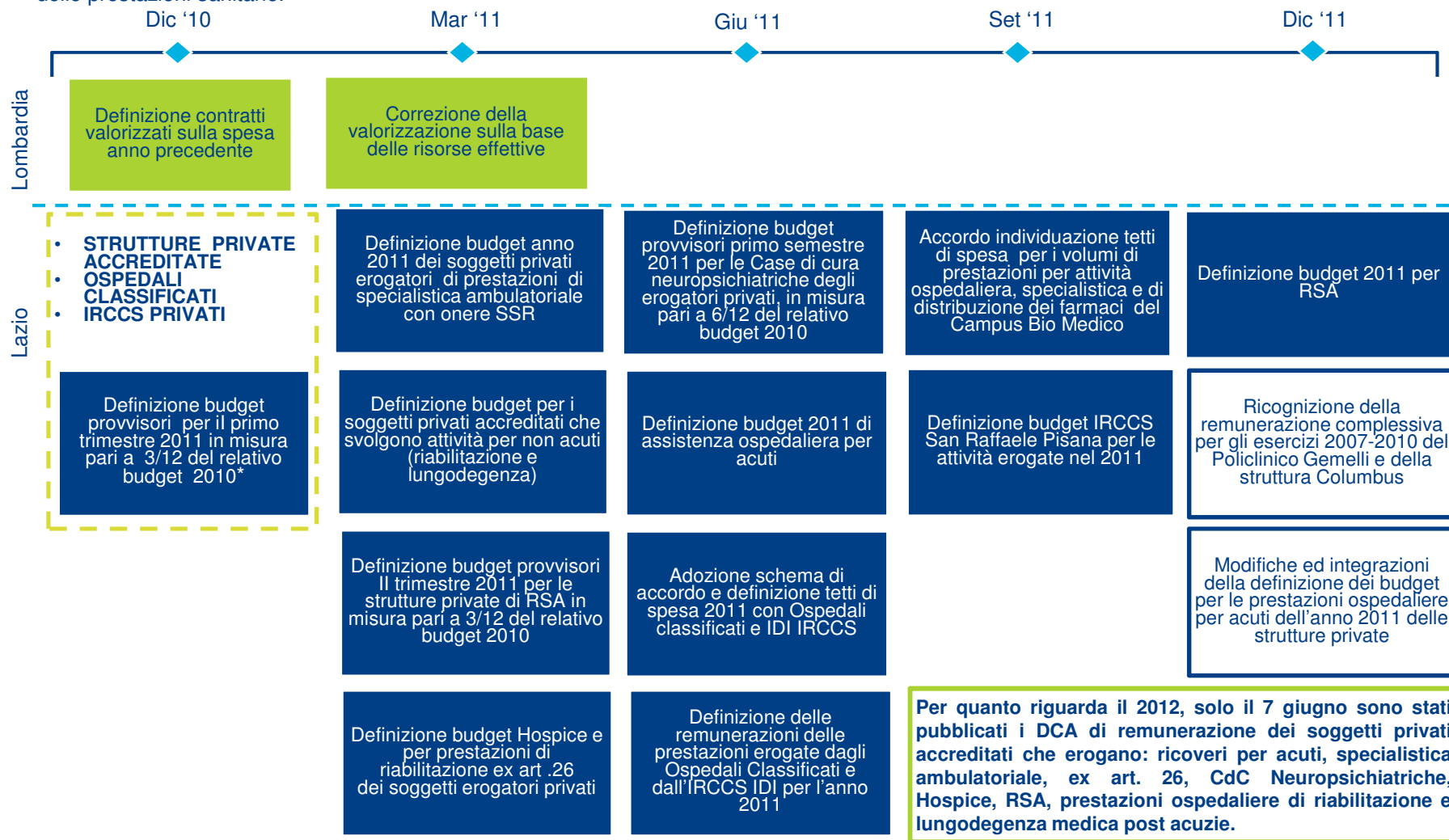
LOMBARDIA

Normativa	Programmi Operativi 2011-2012; DCA 44/2010; DCA 112/2010; DCA 22/09; DCA 24/201.	Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2012; DGR IX/2057/2011; D.Lgs. n. 296/2006.
Orientamento strategico	Permane il criterio di definire il budget sulla base dei tetti di spesa storici.	Le attività di negoziazione sono effettuate congruamente all'equilibrio del sistema e con il fabbisogno dei servizi sanitari espresso dai cittadini (attività di programmazione).
Meccanismi di finanziamento	Dai Programmi Operativi, è previsto di: - individuare nuovi criteri di definizione del budget; - assegnare per il 1° trimestre 2011 un budget provvisorio per 3/12 del 2010; - introdurre la formula delle regressioni tariffarie; - definire in sede di contrattazione una griglia di valutazione del peso delle strutture, individuando indicatori rappresentativi (tecnologie, personale, indice di complessità).	L'attività di negoziazione si svolge tra la ASL competente e il soggetto erogatore. I provvedimenti regionali stabiliscono le disponibilità sia per gli erogatori di prestazioni di ricovero e cura che per le attività di specialistica ambulatoriale. Per garantire la pianificazione delle attività, è previsto che: - entro il 31/12/2011 siano stipulati i contratti valorizzati solo per i 3/12 del tetto complessivo del 2011; - entro il 31/03/2012 sia effettuata la corretta valorizzazione sulla base delle effettive risorse stanziare.
Azioni	Dall'analisi dei DCA, il budget 2011 per gli erogatori accreditati: - per l'assistenza ospedaliera per acuti è pari al budget 2010 decurtato del 3,5%; - per la riabilitazione, nella misura della capacità potenziale dei posti letto (da DCA 80/2010) e prevedendo un tasso di utilizzo del 98%, è valorizzato secondo il case mix riferito alle prestazioni 2010; - per la lungodegenza, nella misura dei posti letto confermati (da DCA 80/2010) e prevedendo un tasso di utilizzo del 98% è valorizzato a tariffa vigente; - per le prestazioni di specialistica ambulatoriale prevede un'economia del 3% dei tetti di spesa rispetto al 2010; - per gli Hospice è incrementato, in forma di accantonamento provvisorio, per garantire la copertura delle nuove attivazioni con contestuale riduzione programmata della spesa ospedaliera; - per gli ex art. 26 prevede un abbattimento pari al 4% rispetto al budget 2010; - per le case di cura neuropsichiatriche è determinato in misura uguale al budget 2010, salvo eventuale conguaglio all'interno dei volumi definiti per l'intero anno 2011.	- Per attività di ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale, di psichiatria e di neuropsichiatria infantile che sono al di sopra dei valori soglia di attività contrattualmente definiti (extra-budget), le ASL effettuano la procedura di valutazione per l'eventuale integrazione di risorse. - Le attività extra-budget di ricoveri e di specialistica ambulatoriale possono registrare un incremento del 5% con un tetto massimo di 25 mln di euro. - E' applicato uno sconto del 18% per le prestazioni specialistiche afferenti alla branca laboratorio di analisi e del 2% per le prestazioni specialistiche ambulatoriali afferenti alle altre branche per gli erogatori di diritto privato. - Dal 2011 è prevista una rimodulazione del tetto di budget sulla base della valutazione delle performance delle strutture di ricovero e cura: sulla base dell'esito della valutazione, il valore complessivo può subire una variazione entro un range del 2%.

Il rapporto con la sanità privata accreditata

Tempistiche, definizione e programmazione del budget 2011

Il confronto delle tempistiche di assegnazione dei tetti di remunerazione per il 2011 evidenzia come nel Lazio la definizione dei budget si sia protratta per l'intero anno, a dimostrazione di una difficoltà di interazione e dialogo con le strutture e, soprattutto, una mancanza di attività di programmazione delle prestazioni sanitarie.



* Il budget di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie è ridotto a seguito dell'applicazione di nuovi

La proposta di intervento

Il modello organizzativo

Criticità emerse

In sintesi, il SSR del Lazio ha evidenziato:

- implementazione di un modello organizzativo ibrido (erogazione diretta + acquisto di prestazioni da erogatori pubblici e privati), con difficili rapporti con la sanità privata
- difficoltà di delineare una visione strategica (segnata anche dalla perdurante vacanza del dirigente dell'area "Programmazione strategica")
- mancanza di trasparenza e di regole chiare nel rapporto con gli erogatori dei servizi
- marginalità del ruolo dei privati (presenti - a parte alcune eccezioni - soprattutto nell'area dei non acuti)



Proposte

1.1 Modello separato

1.2 Ruolo della sanità privata

1.3 Programmazione strategica

Azioni

Separazione tra le funzioni di acquisto e di fornitura dei servizi sanitari.

Riconoscimento della sanità privata accreditata come parte integrante e non accessoria del modello di servizio.

Disegno di un sistema chiaro e trasparente di regole annuali di funzionamento del servizio sanitario nel suo complesso.

Il modello organizzativo (1/2)

La proposta

1.1 Modello separato

Completamento del processo di aziendalizzazione

Sulla base dell'esperienza lombarda, la proposta prevede il superamento dell'attuale modello ibrido con il completamento del processo di aziendalizzazione e la trasformazione degli attuali 49 presidi a gestione diretta in "Aziende Ospedaliere". Tale assetto, da un lato favorisce la **competizione tra le strutture erogatrici** (concorrenza basata non sul prezzo ma sulla qualità dei servizi offerti), dall'altro agevola la **responsabilizzazione delle aziende sanitarie pubbliche nel governo delle diverse funzioni di spesa**. I principi alla base del modello risultano, quindi:

- ✓ separazione tra la funzione di acquisto e di fornitura dei servizi sanitari;
- ✓ libertà di scelta del cittadino;
- ✓ parità di trattamento tra strutture pubbliche e private.

1.2 Ruolo della sanità privata

Riconoscimento della sanità privata accreditata come parte integrante e non accessoria del modello di servizio

Il nuovo modello separato necessita della **parità di diritti e di doveri tra erogatori pubblici e privati** ai fini di una competizione non distorta tra i soggetti.

Già oggi nel Lazio la sanità privata svolge un ruolo determinante nell'erogazione di prestazioni altrimenti non coperte dalla sanità pubblica (in particolare ci si riferisce alle prestazioni per non acuti ed ai posti letto residenziali).

Tuttavia l'esempio lombardo dimostra come le strutture ospedaliere private trovino spazio anche nell'erogazione di prestazioni a medio-alta complessità e non solo nelle prestazioni per non acuti, ovvero riabilitazione e lungodegenza.

In quest'ottica, la preclusione dell'erogazione per conto del SSR di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte delle unità di offerta private appare incoerente con il nuovo disegno proposto.

La sanità privata potrebbe dunque integrarsi con la sanità pubblica, non limitando il suo ruolo ad attività "accessorie", ovvero attività non svolte dall'erogatore pubblico.

Il modello organizzativo (2/2)

La proposta

1.3 Programmazione strategica

Disegno di un sistema chiaro e trasparente di regole annuali di funzionamento del servizio sanitario nel suo complesso

Il funzionamento di un sistema che integra una molteplicità di attori, sia pubblici che privati, necessita di un sistema di regole chiare e definite. La programmazione strategica rappresenta un momento fondamentale di raccordo tra le parti, definendo in tempi utili un percorso trasparente delle regole annuali di funzionamento del sistema sanitario.

Una redistribuzione delle risorse in corso d'anno rischia di compromettere la tenuta del sistema, generando squilibri di bilancio e, come nel caso della Regione Lazio, inevitabili contenziosi tra le parti. Attualmente le strutture private accreditate che operano nel Lazio si trovano a gestire risorse "ipotetiche" (basate sulla spesa storica), che spesso diventano effettive solo nella seconda metà dell'anno. Tale situazione comporta una inevitabile difficoltà nella **pianificazione dell'attività** da parte delle strutture erogatrici.

A tale problema si aggiunge il tema delle **prestazioni extra-budget**. Nel caso della Lombardia, il documento che definisce le regole per il funzionamento del SSR stabilisce già a priori quali saranno i tetti disponibili per le prestazioni extra-budget e le relative modalità di redistribuzione (i.e. per l'anno 2012 sono previsti 25 mln di euro ai quali le strutture potranno accedere per un massimo del 5% del loro budget). Tale politica permette una migliore gestione delle risorse sia da parte del governo regionale sia da parte delle strutture erogatrici.

In ultimo, contrariamente a quanto accade nel Lazio, in Lombardia al fine di incentivare e promuovere la mobilità attiva (elemento determinante nella gestione economica del SSR) la determinazione dei **budget** è effettuata **al netto della mobilità**: nel documento di funzionamento del SSR per il 2012 si legge [...] *Le attività negoziali che avverranno tra le ASL ed i soggetti erogatori accreditati saranno effettuate congruentemente all'equilibrio del sistema così come individuato dalla Giunta e con il fabbisogno di servizi sanitari espresso dai cittadini lombardi [...]*.

Da un punto di vista operativo, le azioni necessarie per garantire il corretto funzionamento del modello sono:

1. deliberare alla fine di ogni anno (dicembre) **le regole per il funzionamento del SSR per l'anno successivo**, sulla base degli obiettivi di salute e delle risorse disponibili;
2. definire entro il 31 dicembre dell'anno precedente **i tetti di remunerazione** previsti per le strutture erogatrici;
3. informare in tempo utile le strutture sulla possibilità di accesso alle ulteriori risorse – se disponibili – e sulle regole per la distribuzione di tali risorse (ad esempio, **prestazioni extra budget**, legate ad una percentuale massima del budget previsto per ogni struttura o, nel caso della specialistica ambulatoriale, previsione di un ammontare per singola branca, con possibilità di redistribuzione tra gli operatori sulla base dell'attività svolta);
4. incorporare l'**effetto della mobilità** dalla definizione dei tetti di remunerazione.

2. Governo della spesa

Premessa

1 Il disavanzo e la manovra per il rientro della Regione Lazio: i risultati raggiunti

2 Regione Lazio e Regione Lombardia: due SSR a confronto

Aspetti generali

Modello organizzativo

Rete di offerta e attività svolta

Governance

3 **Una nuova idea di SSR per la Regione Lazio: la proposta di intervento**

Modello organizzativo

Governo della spesa

Accreditamento

Controllo delle prestazioni

Tariffe

Disponibilità e affidabilità dei dati

Un quadro di sintesi

4 ADDENDUM:

La legge n. 135/2012 (Spending Review)

La legge n. 189/2012 (Decreto Balduzzi)

References e acronimi

Governo della spesa

Un modello di servizio più orientato ai meccanismi mercato, come quello lombardo, necessita di un **rigido sistema di controllo** per evitare, da un lato, l'incorrere nel rischio di comportamenti opportunistici da parte delle strutture e, dall'altro, di garantire l'universalità e la qualità del servizio.

Coerentemente con tale modello, la Lombardia ha riconosciuto la centralità della funzione di controllo e di valutazione, introdotta già con la L.R. n. 31/1997 e confermata anche nel PSR 2002-2004, dove si sottolinea l'importanza del controllo sia per la tenuta del modello di servizio scelto sia ai fini dell'apprendimento e del miglioramento del sistema: [...] *Il ruolo della Regione come regolatore e controllore super partes del sistema socio-sanitario si estrinseca in modo molto rilevante nella funzione di valutazione del sistema nel suo complesso: solo la valutazione adeguata dei risultati prodotti dal sistema e degli effetti dei cambiamenti introdotti nello stesso consentirà di mantenere e confermare le soluzioni organizzative che dimostrano di aver prodotto risultati positivi, e di abbandonare quelle soluzioni che non hanno prodotto risultati soddisfacenti.*

Data l'importanza di tale funzione, è stata effettuata una comparazione tra le due regioni, al fine di far emergere non solo l'approccio ma anche gli strumenti adottati per il monitoraggio del sistema.

Gli strumenti per il controllo gestionale

La Regione Lombardia

Il passaggio da strutture a gestione diretta ad aziende pubbliche ha portato ad utilizzare ed affinare nel tempo una serie di strumenti in grado di supportare il management delle aziende pubbliche (sia delle ASL che delle AO) nella gestione delle strutture, e di monitorare e valutarne le performance gestionali. Tutte le strutture (ASL, Aziende Ospedaliere, Fondazioni, IRCCS) sono tenute al rispetto dell'equilibrio economico, ovvero al mantenimento/miglioramento dell'equilibrio economico finanziario basato su un coerente rapporto tra gli effettivi ricavi della produzione ed i costi dei fattori produttivi aziendali. Come più volte ripetuto nel documento che definisce le regole per il funzionamento annuale del sistema, chi ha potere di spesa è anche responsabile della spesa stessa: *la responsabilità gestionale [è] affidata ai Direttori Generali che sono tenuti a perseguire obiettivi di equilibrio, non solo di breve periodo, ma anche strutturale delle loro aziende.*

È, dunque, previsto non solo un sistema di valutazione delle performance, ma anche una verifica ed un controllo a livello di sistema delle varie voci di costo attraverso l'attivazione di un benchmarking tra le strutture. Sono stati stabiliti i limiti invalicabili delle principali voci di costo, ovvero personale, beni e servizi, altri oneri, i quali sono specificati nei decreti per l'assegnazione delle risorse: è obbligatorio il rispetto di tali vincoli al fine del mantenimento dell'equilibrio aziendale e di sistema e per tale ragione sono oggetto di monitoraggio in corso d'anno.

Per quanto riguarda il modello di valutazione delle performance dei Direttori Generali, attualmente è stato integrato con le disposizioni previste dalla c.d. Riforma Brunetta e prevede l'adozione di Piani della Performance, predisposti sulla base delle indicazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) regionale.

Gli obiettivi ai fini della valutazione sono articolati in due macro-aree: obiettivi di mandato ed obiettivi di sviluppo. Tutti gli obiettivi vengono specificamente declinati sulle diverse aziende. È stabilita una soglia minima di raggiungimento degli obiettivi pari al 50% al fine del riconoscimento del trattamento economico che è proporzionale alla percentuale complessiva di raggiungimento ottenuta. Inoltre, al fine di sottolineare la centralità del controllo della spesa del sistema, il direttore generale è considerato invalutabile, con decadenza automatica, in caso di mancato rispetto dell'equilibrio economico, che diventa, quindi, una preconditione per poter procedere con la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di interesse regionale. L'esito della valutazione è formalizzato con specifici decreti per ciascun Direttore Generale.

Gli strumenti per il controllo gestionale

La Regione Lazio

Un rapporto sulla funzione di controllo strategico di alcune regioni italiane sottolinea come nel Lazio con riferimento all'esercizio 2009 non risultava in essere alcun percorso valutativo dei risultati gestionali delle direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie Pubbliche (Carignani, 2011). Solo nel 2010, in adempimento ai Programmi Operativi 2011-2012, è stato istituito un sistema di valutazione dei DG.

Il processo di valutazione si snoda lungo un iter caratterizzato da complessità e molteplicità di attori:

- entro il mese di marzo ed entro il mese di giugno, un monitoraggio trimestrale, inteso come invio da parte dei DG alle Direzioni Regionali competenti di una relazione sull'attività svolta, sulle azioni intraprese per il raggiungimento degli obiettivi e sul livello di raggiungimento degli stessi;
- entro il mese di luglio, un monitoraggio semestrale, ovvero la trasmissione al "Servizio di valutazione e controllo strategico, internal auditing" da parte delle Direzioni Regionali competenti di una relazione che tiene conto di quanto espresso dai DG e della propria attività di monitoraggio;
- entro il mese di settembre, la trasmissione al Commissario ad Acta da parte dell'"Organo Collegiale di valutazione e controllo strategico", delle risultanze delle relazioni delle Direzioni Regionali competenti e previo incontro con i DG;
- entro il mese di gennaio, i Direttori Generali inviano sia alle Direzioni Regionali competenti che al "Servizio di valutazione e controllo strategico, internal auditing" una relazione sintetica sull'attività svolta nell'anno;
- entro il mese di febbraio, le Direzioni Regionali competenti inviano una relazione dettagliata al "Servizio di valutazione e controllo strategico, internal auditing";
- entro il mese di marzo, l'"Organo Collegiale di valutazione e controllo strategico" trasmette una relazione al Commissario ad Acta, tale da fornire gli elementi per la corretta valutazione degli esiti;
- infine, il Commissario ad Acta verifica il raggiungimento degli obiettivi sulla base delle relazioni.

Gli obiettivi di valutazione ripercorrono quanto previsto dalla manovra di rientro.

Il punteggio totale è pari a 100, con una soglia minima complessiva di 70, sebbene non siano previste soglie minime di raggiungimento di ogni singolo obiettivo.

Per quanto riguarda il controllo della spesa è stato più volte evidenziato come nel caso della Regione Lazio l'assenza di tale funzione abbia contribuito all'esplosione della spesa e all'incremento del disavanzo.

Il sistema di controllo della spesa

Le principali caratteristiche a confronto

	LAZIO	LOMBARDIA
Normativa di riferimento	DCA 104/2010, con il quale sono assegnati per la prima volta obiettivi di performance ai DG.	L.R. 31/97, art. 13., prevede l'introduzione presso ciascuna Azienda Sanitaria di <i>sistemi di verifica e di strumenti e di metodologie per il controllo della qualità dei servizi e delle prestazioni, nonché della efficienza nelle modalità di impiego delle risorse finanziarie.</i>
Strumenti di controllo	Valutazione dei Direttori Generali (2010).	• Benchmarking tra le strutture su alcune voci di costo; • Valutazione dei Direttori Generali (dal 2008); • NOCC (Nuclei Operativi di Controllo Contabile).
Elementi di criticità	• Il raggiungimento degli obiettivi non è legato a sistemi premianti/sanzionatori; • Il processo di valutazione appare macchinoso e complesso e si caratterizza per una molteplicità di attori, spesso con ruoli ridondanti.	• --

Per la Lombardia, il controllo rappresenta un elemento chiave per la corretta implementazione del modello separato. Nel tempo è stato affinato un modello di controllo della spesa (si pensi al benchmarking, all'assegnazione di obiettivi specifici per il controllo di alcune voci di spesa, ecc.) e di valutazione dei dirigenti tali da garantire il governo della spesa ed il rispetto dell'equilibrio economico-gestionale.

Per la Regione Lazio, solo recentemente è stato istituito un sistema di monitoraggio delle performance dei direttori generali. Tuttavia tale sistema sembra essere considerato più come un adempimento ai fini della realizzazione del Piano di Rientro che come strumento indispensabile per il controllo dell'equilibrio economico-finanziario del sistema.

La proposta di intervento

Il governo della spesa

Criticità emerse

In sintesi, nel caso del SSR del Lazio si evidenzia:

- debolezza del sistema di controllo della spesa e del rispetto degli obiettivi di programmazione
- mancanza di sistemi di monitoraggio delle principali voci di costo
- tardiva implementazione di un sistema di valutazione dei Direttori Generali
- mancanza di sistemi premianti/sanzionatori legati alla valutazione delle performance dei Direttori Generali di strutture pubbliche



Proposte

Azioni

2.1 Governo e monitoraggio della spesa

Adozione di moderni sistemi di controllo di gestione e sviluppo di benchmark tra le strutture pubbliche al fine di monitorare e governare le principali voci di costo

La mancanza di sistemi gestionali in grado di monitorare e governare la spesa delle strutture pubbliche è stata più volte indicata come uno degli aspetti critici dell'esplosione della spesa nella Regione Lazio. Le inefficienze generate da questa carenza sono state amplificate da meccanismi di finanziamento basati sulla spesa storica, alimentano in tal modo l'incremento del disavanzo.

Al fine di avviare un processo di continuo monitoraggio delle principali voci di spesa, è necessario introdurre sistemi in grado di individuare le principali inefficienze e diffondere le *best practices*. Come evidenziato dalla Corte dei Conti (2010) una corretta gestione dai dati contabili avrebbe permesso di verificare e ottimizzare costi e ricavi, limitando la generazione dei disavanzi. In tale direzione, si propone l'introduzione di **avanzati sistemi di controllo di gestione** e la costruzione di un **meccanismo di benchmark tra tutte le strutture pubbliche**, con l'obiettivo di controllare l'andamento dei costi e il loro scostamento da valori target e intervenire tempestivamente con azioni correttive in caso di non rispetto degli standard previsti. D'altra parte, tali sistemi devono essere inseriti in un sistema programmatico definito in tempo utile a favorire la gestione delle aziende: nel 2011, nel Lazio, i bilanci previsionali per il 2011 sono stati approvati con DCA del 19 settembre, svolgendo così la funzione programmatica e di strumento di riscontro e verifica degli scostamenti, al fine di un più efficace controllo dei costi. Ne conseguono risultati di consuntivo che disattendono le aspettative, vincoli di pareggio del bilancio non osservati e disavanzi che sfiorano la perdita autorizzata. Risulta, inoltre, determinante l'istituzione di una **unità organizzativa dedicata** al controllo e monitoraggio della spesa.

2.2 Misura delle performance

Sistema di valutazione dei Direttori Generali

Ai fini del contenimento dei costi e del governo delle principali funzioni di spesa, anche a seguito della separazione delle funzioni di committenza ed erogazione dei servizi, è fondamentale costruire un modello per la misurazione delle performance dei Direttori Generali, con l'obiettivo di rispettare gli indirizzi di programmazione ed incentivare la direzione strategica delle strutture pubbliche al raggiungimento di prestabiliti livelli di performance. La proposta prevede la costruzione di un **modello di valutazione e misura delle performance di tipo incentivante/sanzionatorio**, con l'individuazione di obiettivi imprescindibili (ad es. equilibrio economico-finanziario) e di soglie minime di raggiungimento per ogni ambito di valutazione, al fine di allineare gli obiettivi di sistema con quelli aziendali.

3. Accredитamento

Premessa

1 Il disavanzo e la manovra per il rientro della Regione Lazio: i risultati raggiunti

2 Regione Lazio e Regione Lombardia: due SSR a confronto

Aspetti generali

Modello organizzativo

Rete di offerta e attività svolta

Governance

3 **Una nuova idea di SSR per la Regione Lazio: la proposta di intervento**

Modello organizzativo

Governo della spesa

Accreditamento

Controllo delle prestazioni

Tariffe

Disponibilità e affidabilità dei dati

Un quadro di sintesi

4 ADDENDUM:

La legge n. 135/2012 (Spending Review)

La legge n. 189/2012 (Decreto Balduzzi)

References e acronimi

Accreditamento

La terza area di confronto tra le due Regioni è rappresentata dalle procedure messe in atto per l'accreditamento delle strutture.

La definizione di requisiti di accreditamento nel caso lombardo è fin da subito apparsa come uno *step* preliminare per l'implementazione di un modello separato. Con la DGR VI/47508 del 29 dicembre 1999, infatti, si è concluso, attraverso la definizione dello schema tipo del contratto, il percorso istituzionale dell'accreditamento, base indispensabile per poter regolare il sistema sanitario lombardo sulla base dei principi ispiratori della LR n. 31/1997.

Fino al 2001, il progetto di autorizzazione ed accreditamento della Regione Lombardia ha riguardato prevalentemente l'assistenza ospedaliera e la specialistica ambulatoriale. Alla fine del 2001, con la DGR n. 7435 del 14 dicembre 2001 sono definiti anche i criteri per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie e Assistenziali per anziani, criteri che identificano le caratteristiche specifiche di questa tipologia, in particolare rispetto all'intensità assistenziale ed alla complessità organizzativa. È stato così ultimato il processo di identificazione dei requisiti per l'accreditamento di tutte le attività sanitarie.

Inizialmente il percorso di accreditamento era unicamente finalizzato all'erogazione per conto del SSR ma, già nel 2002, con la deliberazione N. VII/8867 del 24 aprile 2002, viene superata tale impostazione, definendo che *l'iscrizione al Registro delle Strutture Sanitarie Accreditate non costituisce vincolo per le Aziende Sanitarie Locali a stipulare accordi contrattuali [...]* con il conseguente *venir meno di ogni equivalenza tra posti letto autorizzati e posti letto accreditati nonché dell'automatismo tra accreditamento, inteso quale certificazione di requisiti di qualità, e contratto inteso quale abilitazione ad erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale*. In definitiva viene superato il principio della coincidenza tra assetto accreditato e assetto oggetto di accordo contrattuale con la ASL ai fini della remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del SSR.

Il percorso per l'accreditamento è stato poi ulteriormente sottoposto a modifiche al fine di semplificare la procedura a carico degli erogatori del settore sanitario e socio-sanitario.

Data l'esperienza maturata dalla regione Lombardia, il confronto tra le diverse procedure e i meccanismi messi in atto consente di evidenziare utili spunti per la trasformazione del modello di accreditamento del Lazio.

Il sistema di autorizzazione e accreditamento

La Regione Lombardia: gli interventi di semplificazione

Nel tempo il percorso di autorizzazione ed accreditamento della Regione Lombardia è stato affinato anche con interventi di semplificazione volti a facilitare l'accesso al mercato da parte degli erogatori. Proprio a questo scopo la regione ha recentemente rivisto la normativa in materia di autorizzazione e di accreditamento.

La prima fase del processo riguarda l'autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie, disciplinata dalla DGR n.7/3312 del 2001. La procedura prevede che il soggetto richiedente presenti alla Direzione Generale Sanità l'istanza, provvedendo a recapitarne copia corredata dei documenti richiesti alla ASL competente. Il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione avviene con decreto del Direttore Generale Sanità, previa verifica (attraverso la ASL o una perizia asseverata) del possesso dei requisiti autorizzativi.



La L.R. n. 8 del 02/04/2007 ha **abolito l'obbligo dell'autorizzazione sia alla realizzazione che al funzionamento per le attività sanitarie e sociosanitarie**. L'obbligo rimane in vigore solo per le strutture sanitarie di ricovero e cura (sono compresi anche i Day Hospital e i Day Surgery), i centri di procreazione medicalmente assistita e la residenzialità psichiatrica.

Tutte le altre Strutture Sanitarie e le Unità di offerta sociosanitaria, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, devono presentare una **denuncia di inizio attività (DIA) alla ASL** competente per territorio tramite consegna diretta o raccomandata RR: la DIA è stata dunque introdotta in sostituzione della precedente autorizzazione al funzionamento.

La ASL provvede alle verifiche di competenza **entro sessanta giorni** dal ricevimento della denuncia.

Per quanto riguarda l'**accreditamento**, la ASL, dopo aver accertato la rispondenza ai requisiti di qualificazione definiti dalla regione (ulteriori e diversi rispetto a quelli necessari per l'autorizzazione), rilascia l'attestazione di soggetto accreditato e lo iscrive nell'elenco dei potenziali "fornitori" di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie per conto del SSR.

La regione opera una modifica dello stato del richiedente, da soggetto autorizzato ad esercitare attività sanitarie a potenziale erogatore, che solo nell'ultima fase del processo (**contratto**) è abilitato a fornire le prestazioni per conto del SSR, a seguito della stipula di precisi **Accordi Contrattuali**.

Dopo la prima esperienza di semplificazione del processo, la Regione Lombardia ha ulteriormente modificato la procedura di autorizzazione ed accreditamento per le strutture sociosanitarie (Deliberazione n. IX/3540, seduta del 30/05/2012).

Il sistema di autorizzazione e accreditamento

La Regione Lazio

Il processo di accreditamento previsto dalla Regione Lazio è stato normato dalla Legge Regionale del 3 marzo 2003, n. 4.

Nonostante i regolamenti intervenuti in attuazione della Legge Regionale (Regolamento Regionale del 13 novembre 2007, n. 13), il processo di accreditamento è rimasto incompiuto ed ha portato le strutture ad operare in regime di accreditamento provvisorio.

Recentemente (DCA 90/2010), in adempimento agli obiettivi di rientro, è stata ridefinita l'intera procedura per il passaggio da accreditamento provvisorio a definitivo e, sulla base delle indicazioni dell'ASP Lazio, sono stati rivisti i requisiti sia autorizzativi che di accreditamento per tutte le attività sanitarie.

Si tratta di un percorso a cui **sono sottoposte le sole unità di offerta private**, articolato nelle quattro fasi successive:



L'**autorizzazione alla realizzazione**, recepita con la L.R. n. 4/2003, è un *procedimento con finalità prettamente programmatiche, diretto a valutare la compatibilità del progetto di costruzione di nuove strutture, trasformazione o adattamento di strutture già esistenti, rispetto al fabbisogno complessivo d'assistenza e alla localizzazione territoriale dei presidi, al fine di facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi, tenendo conto anche della libertà d'iniziativa economica.*

Il rilascio dell'**autorizzazione all'esercizio** è subordinato, invece, all'accertamento del possesso dei requisiti minimi per l'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria, in modo da rappresentare la soglia di sicurezza per l'attività sanitaria o socio-sanitaria, a garanzia del paziente.

Nel caso dell'**accreditamento** sono previsti requisiti aggiuntivi rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione all'esercizio.

In ultima istanza interviene la **contrattualizzazione** che consente l'erogazione delle prestazioni per conto del SSR.

Procedura

La procedura indicata dal DCA 90/2010 e dal DCA 13/2011 prevede da parte delle strutture provvisoriamente accreditate l'invio della richiesta di accreditamento definitivo attraverso la piattaforma elettronica (c.d. SAAS) predisposta da LAit S.p.A. La Regione provvede ad inviare le liste con le richieste a ciascuna ASL di competenza. Successivamente, ogni DG della ASL costituisce, sotto il coordinamento del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, una Commissione di Verifica composta da personale del Dipartimento di prevenzione stesso, personale dell'UO di accreditamento e/o vigilanza sulle strutture sanitarie e sociosanitarie, personale esperto, personale qualificato dell'ASP. Dopo aver acquisito gli esiti della verifica, trasmette la relazione finale al DG dell'Azienda USL, che, sulla base del risultato, provvede a rilasciare l'attestazione di conformità, trasmettendo copia del provvedimento sia cartacea che informatizzata alla Direzione Regionale competente (Area Autorizzazione e Accreditamento) entro i 30 gg successivi.

Il sistema di accreditamento

Principali caratteristiche a confronto

LAZIO

LOMBARDIA

Normativa di riferimento	L.R. n. 4 del 03 marzo 2003 definisce le norme in materia di autorizzazione e accreditamento, seguita dal DCA 90/2010. L.R. n. 3 del 10 agosto 2010 disciplina termini e modalità per la presentazione delle domande di accreditamento definitivo; DCA n. 13/2011.	L.R. 31/97 trova applicazione con la DGR n.VI/38133 del 6 agosto 1998 (Attuazione dell'articolo 12, comma 3 e 4, della L.R. 11.7.1997 n. 31 «Definizione di requisiti e indicatori per l'accREDITamento delle strutture sanitarie») che ha stabilito i requisiti di accreditamento "aggiuntivi" cui le strutture lombarde si devono attenere per poter erogare per conto del SSN.
Orientamento strategico	Accreditamento inteso come requisito base per l'erogazione di prestazioni sanitarie, <u>valido per le sole strutture private</u> .	Accreditamento inteso come <u>percorso istituzionale indispensabile</u> al fine di implementare il modello di SSR previsto dalla L.R. 31/97, valido per le strutture pubbliche e private.
Stato di avanzamento	Attualmente in corso l'accREDITamento definitivo delle strutture private che al dicembre 2010 operavano in via provvisoria (L.R. 10 agosto 2010, n. 3). Come risulta dalle verifiche, a fronte di 806 strutture da accREDITare risultano accREDITate definitivamente 18 strutture mentre 185 sono in istruttoria avanzata (Rapporto Tavolo di Monitoraggio, 3 aprile 2012).	Processo di accREDITamento avviato già con la L.R. 31/97. Nessuna struttura opera in via provvisoria. Dal 2000, inoltre, è previsto l'accREDITamento di eccellenza (JCI).
Attori e ruoli	<pre> graph TD subgraph Regione Start((Start)) --> R1[Raccoglie domande di accREDITamento] R1 --> R2[Concede accREDITamento] R2 --> End1((End)) end subgraph ASP ASP1[Definisce i requisiti] --> R1 R2 --> ASP2[Aggiorna Registro] end subgraph ASL ASP1 --> ASP2 ASP2 --> R3[Rilascia attestazione di conformità] end subgraph Commissione_di_verifica R3 --> R4[Verifica requisiti] R4 --> R5[Invia relazione con esito verifica al DG ASL] R5 --> R3 end </pre>	<pre> graph TD subgraph Regione Start((Start)) --> R1[Individua i requisiti] R1 --> R2[Concede accREDITamento] R2 --> End1((End)) end subgraph ASL R1 --> D1{La struttura ha i requisiti?} D1 -- No --> End1 D1 -- Si --> R3[Stipula eventuale contratto] R3 --> End1 end </pre>

Da un punto di vista di policy, la grande differenza tra i due casi esaminati è costituita dal diverso approccio al tema dell'accREDITamento e, dunque, dalle diverse esigenze a cui la politica di accREDITamento si propone di rispondere. In un caso l'accREDITamento è visto come la risposta fondamentale all'obiettivo di un servizio sanitario basato sul principio di libertà di scelta del cittadino: nel momento in cui è stata operata la scelta del modello separato, la Lombardia ha visto nell'accREDITamento il passaggio chiave per garantire la parità di trattamento tra gli erogatori e assicurare la qualità delle prestazioni da questi erogate. Nel caso del Lazio, invece, l'accREDITamento ha risposto per un lungo periodo più ad una necessità formale che sostanziale: in tal caso, la risposta (più tempestiva) a tale bisogno è stata quella di consentire il regime provvisorio.

Nel Lazio, gli ultimi provvedimenti normativi (DCA 13/2011), inoltre, pongono alcuni dubbi sull'efficacia della procedura messa in atto (numero di attori coinvolti e frammentazione nei ruoli, tempi previsti) e rileva la necessità di interventi di semplificazione.

Il sistema di accreditamento

I requisiti a confronto: le differenze* per le RSA

	LAZIO	LOMBARDIA
Caratteristiche generali e livelli di intensità di cura	Le RSA sono organizzate in funzione di sei livelli prestazionali, in linea con le indicazioni della Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali (R1 Unità di cura residenziali intensive, R2 unità di cura residenziali estensive, R2D Nuclei demenza, R3 Unità di cura residenziali di mantenimento, ...). I requisiti per l'accREDITamento variano a seconda della tipologia di struttura.	Con la DGR 7435 del 14 dicembre 2001, che è la prima di una serie di atti di riordino del sistema di autorizzazione ed accREDITamento dei servizi socio-sanitari, si ha la « <i>revisione dell'attuale sistema di classificazione degli ospiti delle RSA, superando le tre categorie esistenti che appaiono riduttive rispetto alla capacità di rappresentare adeguatamente le diverse tipologie di ospiti nonché le risorse effettivamente assorbite per la cura e l'assistenza degli stessi</i> ».
Normativa	DCA 90//2010 DCA 11/2011	- DGR 7435/2001 - DGR 12618/2003
Requisiti strutturali	- Capacità recettiva per presidi autonomi: min. 20 PL – max. 80 PL (in via eccezionale fino a 120). - Capacità recettiva di ogni nucleo min. 10 – max. 20 (per il livello prestazionale R1 il nucleo è di min. 4 e max. 10). - La superficie utile funzionale per ciascun ospite è di 40-45 mq. - Aree verdi attrezzate all'interno o nelle vicinanze del complesso.	- Capacità recettiva complessiva della struttura: min. 20 PL max. 120 PL (in via eccezionale più di 120). - Capacità recettiva di ogni nucleo min. 10 – max. 20 (in via eccezionale max. 30). - Definizione della superficie per ogni ospite per i locali comuni di 1,5 mq. - Definizione larghezza corridoi, disimpegni e passaggi (min. 2 m di larghezza). - Definizione della superficie minima della palestra (60 mq).
Requisiti organizzativi	- Il numero di addetti per l'assistenza medica, infermieristica, OTA OSS è definito in base ai posti letto della struttura. - Il numero di minuti di assistenza è calcolato su base giornaliera per nucleo (che può variare dai 10 ai 20 posti letto). - Per il livello prestazionale di cura residenziale intensivo è prevista la presenza del medico nella struttura H24, per gli altri livelli prestazionali non è garantita la presenza medica e l'assistenza. - Solo il livello R1 prevede la presenza di assistente sociale (anche a tempo parziale non inferiore alle 12H settimanali), psicologo (anche a tempo parziale non inferiore alle 12H settimanali), dietista (anche a tempo parziale non inferiore alle 12H settimanali).	- Il numero degli addetti per l'assistenza medica, infermieristica, OTA, OSS, è definito sulla base del numero di ospiti presenti nella struttura. - Il numero di minuti di assistenza è calcolato su base settimanale per ogni ospite. - L'assistenza medica generica è garantita H24, anche grazie allo strumento della reperibilità. - Al fine di rispondere all'esigenza di disporre di personale qualificato per ogni possibile supporto all'anziano, possono altresì concorrere al raggiungimento degli standard altri operatori, come psicologi, operatori dell'area delle professioni sanitarie della riabilitazione ed altri operatori.

Anche in termini di requisiti, l'esempio proposto fa emergere una diversità di approccio tra le due regioni (nel Lazio i requisiti appaiono tendenzialmente più stringenti rispetto alla Lombardia). Si veda, a titolo esemplificativo, il caso dei requisiti organizzativi: mentre in Lombardia sono definiti sulla base degli ospiti presenti, nel Lazio sono determinati in base ai posti letto.

*La tabella riporta unicamente alcune differenze nei requisiti previsti dalle due regioni e non gli aspetti comuni.

La proposta di intervento

L'accreditamento

Criticità emerse

In sintesi, dal confronto emerge come il SSR del Lazio si caratterizzi per:

- disparità di trattamento tra strutture pubbliche e private
- complessa procedura di autorizzazione e di accreditamento
- individuazione di requisiti in alcuni casi legati ad elementi infrastrutturali invece che all'attività svolta senza alcun vantaggio nella qualità della prestazione
- forte ritardo nel completamento del processo di accreditamento definitivo



Proposte

Azioni

3.1 Parità tra erogatori

Percorso di accreditamento anche per le strutture pubbliche.

3.2 Semplificazione procedure

Rideterminazione e semplificazione delle fasi del processo.

3.3 Revisione dei requisiti

Rimodulazione dei requisiti sulla base dell'attività e non della struttura.

3.4 Meccanismi sanzionatori

Implementazione di meccanismi sanzionatori.

L'accreditamento (1/4)

La proposta

3.1 Parità tra erogatori

Percorso di accreditamento anche per le strutture pubbliche
Accesso al processo di accreditamento per tutte le attività sanitarie

Coerentemente con il modello proposto (separato), è necessaria l'introduzione di elementi concorrenziali tra gli erogatori che, tra loro, devono essere equiparati al fine di evitare distorsioni. Ciò significa che la procedura di accreditamento deve essere un prerequisito per essere riconosciuti come unità di offerta. Tale prerequisito deve essere valido sia nel caso di strutture private che di strutture pubbliche.

In un settore come quello sanitario, caratterizzato da un elevatissimo rischio di asimmetria informativa, l'accreditamento rappresenta la garanzia di "qualità della prestazione" per l'utente, ovvero l'elemento alla base della libertà di scelta del cittadino.

Attualmente nella Regione Lazio la procedura di accreditamento è prevista per le sole strutture private. Inoltre, alcune prestazioni sono riservate alle sole strutture pubbliche: è questo il caso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che nel Lazio possono essere erogate dalle strutture private solo in parte, al contrario di quanto accade nel sistema lombardo dove le strutture pubbliche e private accreditate possono erogare tutte le prestazioni previste nel nomenclatore.

Un modello più competitivo non può prescindere dalla **parità di trattamento tra le strutture pubbliche e quelle private**.

In sintesi, una corretta implementazione del disegno di SSR proposto necessita:

1. dell'**estensione delle procedure di accreditamento anche alle strutture pubbliche**;
2. dell'**accesso alle procedure di accreditamento per tutte le attività sanitarie** (anche per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per le quali ad oggi non è consentita l'erogazione in regime di accreditamento da parte dei privati).

L'accreditamento (2/4)

La proposta

3.2 Semplificazione procedure

Rideterminazione e semplificazione delle fasi del processo

Al fine di disegnare un processo di accreditamento coerente con un sistema separato, è possibile prevedere la possibilità di accreditare (sulla base dei requisiti organizzativi, tecnici ed infrastrutturali) le strutture che ne fanno richiesta, lasciando la possibilità di erogare per conto del SSR solo a seguito della stipula del contratto. Tale modello faciliterebbe lo sviluppo di mercati anche alternativi al SSR, in grado di soddisfare la domanda.

In tale ottica, **una limitazione (o un blocco) alle autorizzazioni ed all'accreditamento** (come attualmente avviene nel Lazio, con il blocco delle autorizzazioni per i laboratori di specialistica ambulatoriale) comporta una distorsione nel mercato e **ingenera meccanismi anticoncorrenziali**.

Da un punto di vista della procedura, è stato già evidenziato il forte ritardo della Regione Lazio nel completamento del processo di accreditamento: tale esito fa riflettere sulla possibilità di rendere la procedura più flessibile e snella.

Sulla scia di quanto previsto nella Regione Lombardia è possibile considerare un processo semplificato che preveda il superamento della fase di autorizzazione con la presentazione di una Dichiarazione di Inizio di Attività (DIA), verificata, entro un termine definito e perentorio (60 giorni), dall'unità responsabile del controllo.

Proposta



L'accreditamento (3/4)

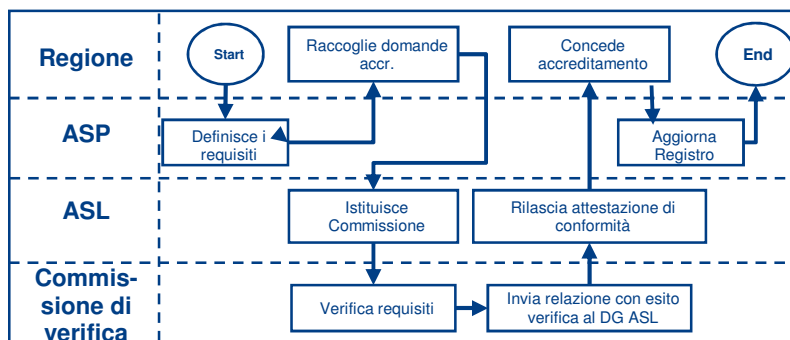
La proposta

Anche il processo di accreditamento potrebbe essere ulteriormente semplificato, in termini di attori e fasi.

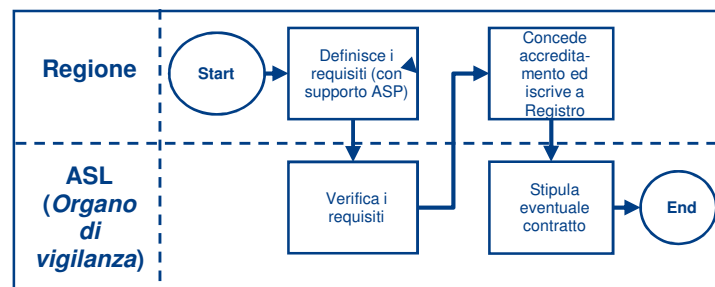
Il modello attuale (ai sensi del DCA n. 13/2011) prevede una molteplicità di attori e di fasi intermedie e si presta a generare dei colli di bottiglia con un conseguente allungamento dei tempi: si pensi, ad esempio, all'istituzione da parte del DG della ASL di una Commissione di Verifica che deve relazionare al DG che, a sua volta, comunica l'esito alla regione che concede l'accreditamento, mentre la ASL aggiorna il Registro degli Erogatori.

E' opportuno lasciare in capo alla Regione (livello centrale) la regolazione e la definizione dei requisiti necessari per l'accreditamento ed individuare all'interno della ASL (livello locale) un Organo permanente di vigilanza e di controllo per la verifica dei requisiti. In tale modello la ASP svolge il ruolo di una tecno-struttura che fornisce la propria competenza sia riguardo la definizione dei requisiti che delle *check list* per la fase di controllo.

OGGI (DCA n. 13/2011)



Proposta



L'accreditamento (4/4)

La proposta

3.3 Revisione dei requisiti

Modulazione dei requisiti delle RSA sulla base dell'attività svolta

Dall'analisi è emerso come in Lombardia la determinazione dei requisiti di tipo organizzativo per le RSA sia legata al volume di attività svolta e non ai requisiti di tipo strutturale. Tale approccio determina una rilevante agevolazione nella definizione degli organici: le strutture con posti letto non operativi non sono costrette ad assicurare un prefissato numero di professionalità (anche in assenza di attività) e ciò consente loro un significativo risparmio.

Si propone dunque per le RSA una **revisione dei requisiti di tipo organizzativo**, determinando il numero degli addetti per l'assistenza medica, infermieristica, OTA ed OSS, sulla base del numero di ospiti presenti nella struttura e non dei posti letto.

3.4 Meccanismi sanzionatori

Implementazione di meccanismi sanzionatori

Ad oggi entrambi i modelli analizzati prevedono sanzioni amministrative/pecuniarie e, in ultima istanza revoca dell'accreditamento, in caso di mancata compliance ai requisiti previsti. Questo rappresenta certamente un punto essenziale per evitare comportamenti opportunistici che comprometterebbero la tenuta del sistema.

Tuttavia, non sono previsti meccanismi di controllo del rispetto dei tempi delle procedure: soprattutto nel Lazio, l'introduzione di un tale sistema di controllo potrebbe superare il problema del forte ritardo nel processo di accreditamento. A questo scopo sarebbe opportuno individuare un Organo (a livello centrale – Regione o ASP) con la responsabilità di controllare il rispetto dei tempi e delle procedure previste, così da sanzionare (o rendere pubblici) eventuali ritardi generati, anche dagli uffici amministrativi.

4. Controllo delle prestazioni

Premessa

1 Il disavanzo e la manovra per il rientro della Regione Lazio: i risultati raggiunti

2 Regione Lazio e Regione Lombardia: due SSR a confronto

Aspetti generali

Modello organizzativo

Rete di offerta e attività svolta

Governance

3 **Una nuova idea di SSR per la Regione Lazio: la proposta di intervento**

Modello organizzativo

Governo della spesa

Accreditamento

Controllo delle prestazioni

Tariffe

Disponibilità e affidabilità dei dati

Un quadro di sintesi

4 ADDENDUM:

La legge n. 135/2012 (Spending Review)

La legge n. 189/2012 (Decreto Balduzzi)

References e acronimi

Controllo delle prestazioni

Un modello basato sulla concorrenza tra le strutture erogatrici e sulla libertà di scelta del cittadino, data l'asimmetria informativa e le caratteristiche del bene “sanità”, necessita di un monitoraggio della qualità delle prestazioni offerte al fine di evitare comportamenti opportunistici ed azzardo morale da parte delle unità di offerta. Tale attività, oltre a generare ricavi (conseguenti alle sanzioni), permette un controllo sull'appropriatezza e la congruità delle SDO, contribuendo a migliorare il servizio offerto oltre che ad evitare assorbimenti impropri di risorse.

Gli strumenti di controllo, in tal senso, rappresentano un ulteriore elemento per l'implementazione di un sistema di eccellenza, capace di attrarre pazienti anche al di là dei confini regionali.

È stato quindi effettuato un confronto tra le due Regioni, con l'obiettivo di evidenziare eventuali *best practices*.

Il controllo della qualità del servizio offerto

La Regione Lombardia

Già con la legge regionale 31/97 sono stati definiti i requisiti minimi per l'erogazione dei servizi, accanto ai quali la Lombardia ha da subito introdotto requisiti aggiuntivi, così da innalzare il livello qualitativo richiesto alle strutture erogatrici dei servizi sanitari.

La Direzione Generale Sanità ha il compito di verificare il livello dei servizi offerti dalle varie strutture: gli ambiti osservati non sono solo quelli strettamente legati alla diagnosi e cura, alle operazioni chirurgiche e all'assistenza infermieristica, ma considerano anche le condizioni alberghiere (vitto, alloggio e igiene), l'organizzazione complessiva del servizio, l'accessibilità e i tempi d'attesa.

Per quanto riguarda il controllo della **qualità delle prestazioni**, gli strumenti utilizzati sono (www.sanita.regione.lombardia.it):

- ✓ la *customer satisfaction*, ovvero questionari per la rilevazione del gradimento, distribuiti ai pazienti durante la loro permanenza in ospedale;
- ✓ i NOC (Nuclei Operativi di Controllo), che esaminano ogni anno circa 260.000 cartelle di ricovero (il 10% del totale) (Legge 689/81, ed art.12bis della L.R. 31/1997); dal 2003 le ASL devono redigere un Piano dei Controlli, programmando le visite di controllo agli erogatori pubblici e privati e segnalando mensilmente alla Direzione Generale Sanità ogni evento di particolare rilevanza, le informazioni relative alle diffide e le sanzioni amministrative. L'oggetto del controllo si concretizza nell'appropriatezza e nella congruità della codifica;
- ✓ la *Joint Commission*, che dal 2000 ha applicato in Lombardia il modello di controllo con cui ha accreditato l'80% delle strutture americane.

Oltre all'attività dei NOC, ogni ASL definisce un Piano dei controlli, che rappresenta il principale strumento di programmazione di cui le ASL dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo. In particolare, per il 2012, entro il 31 gennaio le ASL hanno l'obbligo di predisporre ed inviare su supporto magnetico non modificabile alla DG Sanità il piano dei controlli relativo all'esercizio 2012. Non è prevista l'obbligatorietà del preavviso della visita ispettiva.

APPROFONDIMENTO

L'attività dei NOC: regole per il 2012 (da deliberazione N. IX/2633 del 6 dicembre 2011, allegato 11)

Il Responsabile dell'ispezione NOC nell'esercizio della specifica funzione è pubblico ufficiale, con potere autoritativo (potere di imporre alla controparte un "fare", una attività, come ad esempio la sospensione della attività) e potere certificativo (potere di redigere un verbale). L'ispezione è effettuata da un equipe di esperti. Nel momento in cui il responsabile dell'ispezione NOC verifica una condotta illecita è tenuto ad applicare le relative sanzioni amministrative per le quali la norma non ammette discrezionalità. Deve essere predisposto un verbale di accertamento di condotta oggetto di sanzione amministrativa.

*Per l'anno 2012, è confermata la necessità che **almeno il 10% delle attività di ricovero siano soggette a controlli**. Una quota fino a 3 punti percentuali dei 10 previsti potrà essere riferita ad attività di autocontrollo effettuate a cura dei soggetti erogatori secondo le modalità di selezione del campione e di verifica dell'autocontrollo effettuati dalle ASL stabilite dalla DGR VIII/10077/09 e dalla DGR IX/621/10. Per i restanti 7 punti percentuali è confermata la priorità da riservarsi, da parte delle ASL, alla selezione di tipo mirato della casistica. Per le attività di specialistica ambulatoriale è stabilita una percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche.*

Il controllo della qualità del servizio offerto

La Regione Lazio

Nel caso della Regione Lazio, il sistema di controllo delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private è affidato all'ASP. Tale attività è stata avviata già nel 2002 e recentemente è stata potenziata, grazie all'emanazione del **DCA 4 agosto 2009, n. 58** "Sistema dei controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica". Con tale decreto, in attuazione del Piano di Rientro, la regione prende atto dell'opportunità di ridefinire il sistema dei controlli e modifica il sistema precedentemente definito dalle DGR 1178/03 e DGR 427/06.

Il nuovo sistema di controllo dell'attività sanitaria delle strutture erogatrici prevede l'istituzione di un controllo differenziato tra le strutture pubbliche e quelle private. In particolare, per le strutture pubbliche (Presidi a gestione diretta, AO, Policlinici ed IRCCS pubblici) è previsto un controllo incrociato da parte delle Aziende USL (supportate dall'ASP), mentre per tutti gli operatori privati (Ospedali classificati, Policlinici ed IRCCS privati, Case di Cura) è previsto un controllo da parte della ASP. In caso di verifica di comportamenti opportunistici o di irregolarità, è previsto un sistema sanzionatorio. Le tipologie di controlli analitici (che riguardano sia i ricoveri per acuti che quelli in riabilitazione) sono due:

- i **controlli di congruità** rivolti a valutare l'effettiva corrispondenza tra le informazioni codificate nella scheda di dimissione ospedaliera e quanto documentato nella cartella clinica;
- i **controlli di appropriatezza**, volti a valutare se il livello assistenziale di erogazione delle prestazioni sia quello che permette l'uso più efficiente delle risorse (appropriatezza organizzativa).

Sulla base delle informazioni disponibili relative al rapporto 2006-2007, nel 2007 l'attività di controllo delle prestazioni (effettuata su tutte le strutture ospedaliere) **è stata svolta su un campione pari al 3,2% dei dimessi**: una percentuale molto inferiore a quella prevista nella regione Lombardia, pari al 10% (3,5% per l'attività di specialistica ambulatoriale). Nel rapporto non sono riportati i risultati del controllo sulla specialistica ambulatoriale: questo ambito risulta rilevante anche alla luce del problema delle iperprescrizioni, che comporta sia un maggiore costo sociale (per il cittadino e per il settore pubblico) sia un allungamento delle liste di attesa. Come si legge nella DGR n. 431/2006, [...] *Dall'analisi dei flussi informativi, dal confronto con altre Regioni si evidenzia un maggior consumo, legato verosimilmente ad un'iperprescrizione, sia in alcune visite (es. Oculistica, Cardiologica) che nelle aree di Diagnostica per immagini e di Laboratorio.* [...]

La proposta di intervento

Il controllo delle prestazioni

Criticità emerse

Dal precedente confronto si evidenzia per il SSR del Lazio:

- una limitata percentuale di cartelle controllate
- un'attività di controllo circoscritta all'attività ospedaliera
- un eccessivo ricorso alle prescrizioni (fenomeno delle «iperprescrizioni»)
- mancanza di sistemi che incentivino la qualità delle prestazioni



Proposte

4.1 Potenziamento dei controlli

Definizione di un piano dei controlli, con rafforzamento dell'attività di controllo su tutte le prestazioni sanitarie (anche sulle prescrizioni di specialistica ambulatoriale)

Si propone un **potenziamento dell'attività dei controlli**, attraverso l'adozione ogni anno di un Piano dei controlli ed il coinvolgimento di unità organizzative dedicate delle Aziende USL, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni e disincentivare comportamenti opportunistici.

Si propone inoltre un **controllo sull'appropriatezza delle prescrizioni** di specialistica ambulatoriale, a vantaggio delle liste di attesa, del costo sociale oltre che di una corretta applicazione del nomenclatore (scoraggiando il fenomeno delle iperprescrizioni).

4.2 Incentivi alla qualità del SSR

Meccanismi di remunerazione legati ad un premio qualità

Un modello che spinga verso la qualità delle prestazioni deve contemplare la funzione di controllo non solo in ottica sanzionatoria, ma anche premiante. Nel caso della Regione Lombardia, ad esempio, nelle Regole per il 2012 si legge:

[...] Per quanto riguarda inoltre le risorse che saranno negoziate dalle ASL con gli erogatori per le attività di ricovero e cura si stabilisce che, nell'ambito delle risorse complessivamente definite nei termini sopra descritti, i contratti siano modulati sulla base delle valutazioni di performance di cui alla DGR IX/351 del 28 luglio 2010 "PRIME INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE PERIODICA DELLE PERFORMANCE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO E CURA". Le modulazioni distribuiranno entro un range di 2 punti percentuali le risorse negoziate. [...]

Si propone l'istituzione di un **premio qualità** sulla base dei risultati del monitoraggio delle performance delle strutture erogatrici pubbliche e private, basato sulla valutazione di parametri di qualità del servizio.

5. Tariffe

Premessa

1 Il disavanzo e la manovra per il rientro della Regione Lazio: i risultati raggiunti

2 Regione Lazio e Regione Lombardia: due SSR a confronto

Aspetti generali

Modello organizzativo

Rete di offerta e attività svolta

Governance

3 **Una nuova idea di SSR per la Regione Lazio: la proposta di intervento**

Modello organizzativo

Governo della spesa

Accreditamento

Controllo delle prestazioni

Tariffe

Disponibilità e affidabilità dei dati

Un quadro di sintesi

4 ADDENDUM:

La legge n. 135/2012 (Spending Review)

La legge n. 189/2012 (Decreto Balduzzi)

References e acronimi

Il quinto ambito di confronto tra i due sistemi sanitari riguarda il meccanismo tariffario.

Nel modello proposto la tariffa rappresenta l'elemento chiave per la determinazione del rimborso delle prestazioni. È necessario che tale tariffa sia coerente con i requisiti richiesti e con l'assorbimento delle risorse, al fine di evitare uno scoraggiamento nella qualità del servizio reso: risulta quindi importante il continuo aggiornamento tariffario.

Ai fini del confronto, l'analisi si è focalizzata principalmente sulla comparazione tra:

- il valore dei principali punti DRG (Diagnostic Related Group), ovvero la tariffa riconosciuta per le prestazioni ospedaliere
- le tariffe in uso nelle due Regioni nell'ambito delle RSA
- la valorizzazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Le tariffe

I DRG a confronto

Se si considerano i DRG a maggiore volume di attività a livello nazionale (che coincidono con quelli della Regione Lazio) e si effettua un confronto tra le due regioni, si evidenziano significative differenze nella loro valorizzazione.

DRG	Descrizione	Volume attività (livello nazionale)	Tariffa Lazio (€)	Tariffa Lombardia (€)	Scostamento	Scostamento (%)
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	323.412	1.489	2.112	- 623	-29%
127	Insufficienza cardiaca e shock	206.573	3.092	3.308	- 216	-7%
371	Parto cesareo senza cc	196.393	2.360	2.112	248	+12%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	115.810	2.550	2.998	- 448	-15%
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	111.700	3.163	3.694	- 531	-14%
014	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	92.584	3.927	3.925	2	0%
430	Psicosi	89.563	2.935	3.814	- 879	-23%
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	83.083	1.838	2.313	- 475	-21%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 senza cc	81.047	1.742	1.079	663	+61%

Fonte: Morandi, I 2010; Ministero della Salute 2011

Fatto salvo il DRG 183 (con una tariffa maggiore del 61%) ed il DRG 371 (con uno scostamento del 12%), in tutti gli altri casi considerati la **Regione Lazio ha adottato un regime tariffario inferiore rispetto a quello della Lombardia**, con uno scostamento medio di circa il 16%.

In particolare, nel caso del punto DRG 373, lo scostamento raggiunge circa il -30%.

Le tariffe

Le tariffe per le RSA a confronto

Se si confrontano le tariffe relative alle RSA emerge, innanzitutto, che in Lombardia è stata operata una differenziazione della tariffa a seconda dell'intensità di cura che si sviluppa su 8 livelli + Alzheimer, contro i 3 livelli in uso nella Regione Lazio.

Tendenzialmente, le tariffe per la parte sanitaria in vigore nella Regione Lombardia risultano inferiori a quelle utilizzate nella Regione Lazio.

Regione Lombardia - Tariffe RSA

Classificazione ospite	Tariffa die (da 01.01.2010)
Classe sosia 1	€ 49,10
Classe sosia 2	€ 47,00
Classe sosia 3	€ 39,10
Classe sosia 4	€ 37,00
Classe sosia 5	€ 39,10
Classe sosia 6	€ 37,00
Classe sosia 7	€ 29,10
Classe sosia 8	€ 27,00
Alzheimer	€ 52,00

Regione Lazio - Tariffe RSA

Compartecipazione alla tariffa		Tariffa die		
		Posti letto RSA		
		60	80	120
A carico del SSN	RSA I livello	€ 46,20	€ 41,65	€ 40,56
	RSA II livello	€ 51,60	€ 47,62	€ 46,28
	RSA III livello	€ 58,95	€ 54,66	€ 51,68
A carico dell'utente		uguale alla relativa tariffa sanitaria	uguale alla relativa tariffa sanitaria	uguale alla relativa tariffa sanitaria

Fonte: siti della Regione Lombardia e della Regione Lazio

L'aspetto più rilevante è costituito dall'oggetto della normativa: mentre in **Lombardia** la definizione della **tariffa riguarda la sola parte sanitaria**, nel caso della Regione **Lazio** la normativa prevede **anche la definizione della quota a carico dell'utente** (o, laddove previsto, del Comune), a conferma di un approccio più tendente al mercato nel caso lombardo e più centralizzato nel caso del Lazio.

Le tariffe

Le tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a confronto

Un primo aspetto di rilevante differenziazione riguarda i tempi nell'adeguamento del nomenclatore. La Regione Lombardia aggiorna annualmente le prestazioni di specialistica ambulatoriale, anche in considerazione delle sperimentazioni che vengono di volta in volta messe in atto (si pensi ad esempio alle Macro Aree di Complessità - MAC, o al passaggio di alcune prestazioni da Day Hospital ad ambulatoriale). Al contrario, nel caso della Regione Lazio, solo recentemente è stato aggiornato il nomenclatore tariffario, dopo un lungo periodo di inerzia.

Al fine di effettuare un confronto tra le tariffe adottate nelle regioni analizzate sono state scelte le prestazioni relative alle branche specialistiche nelle quali si concentra l'attività delle strutture private accreditate del Lazio.

Dall'analisi del volume di attività del 2010 presentata dall'ASP nel dicembre 2011, le prestazioni afferenti al Laboratorio Analisi, la Medicina Fisica – Riabilitazione e la Diagnostica per immagini rappresentano circa il 97% dell'attività delle strutture private accreditate della Regione Lazio. Al contrario di quanto accade nel sistema lombardo dove le strutture pubbliche e private accreditate possono erogare tutte le prestazioni previste nel nomenclatore (per un totale di 2.042 ad esclusione delle MAC), **nel caso del Lazio le strutture private possono erogare in regime di accreditamento solo un numero ristretto di prestazioni** (circa il 22% del totale presente nel nomenclatore). Peraltro, nella tipologia «D» ed «E», erogabili solo da strutture pubbliche, rientrano alcune rilevanti prestazioni quali, ad esempio, Colesterolo HDL, Emoglobina Glicosilata, Anticorpi Rosolia, Toxoplasmosi, PSA libero, Ecografie e TAC.

Le tipologie di prestazioni erogate

Tipologia di prestazione	numero di prestazioni	% sul totale
Erogabili anche presso strutture private accreditate ("tipo" B e C)	419	22,41%
NON erogabili presso strutture private accreditate ("tipo" D e E)	1.344	71,87%
Comprendenti molteplici predefinite prestazioni. ("Tipo" P) (es: APA, Medicina sportiva)	107	5,72%
TOTALE	1.870	100%

La comparazione delle tariffe relative alle **prestazioni più frequentemente erogate** dai laboratori privati del Lazio (slide successiva) mostra come:

1. nell'ambito della branca laboratorio analisi chimico-cliniche, microbiologia etc., la Lombardia adotti tariffe tendenzialmente più elevate rispetto a quelle della Regione Lazio, ed in particolare, per le 10 prestazioni prese in esame, il nomenclatore della Regione Lazio ha uno scostamento del **-8,3 %** rispetto a quello della Lombardia, con casi di tariffa inferiore del 101% (come per l'esame chimico, fisico e microscopico dell'urina);
2. nell'ambito della branca relativa alla medicina fisica e riabilitazione - recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi - il nomenclatore della Regione Lazio presenta un livello di tariffe leggermente inferiore: in relazione alle 5 prestazioni prese in esame, si registra uno scostamento del **-5,7%** rispetto alle tariffe previste in Lombardia;
3. anche nell'ambito della diagnostica per immagini, le tariffe della Regione Lazio fanno registrare un livello inferiore rispetto a quello della Lombardia: le prestazioni analizzate presentano uno scostamento medio del **-9,7%**.

Le tariffe

Le tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: un confronto

Branca	codice	DESCRIZIONE	Tariffa Lazio (euro)	Tariffa Lombardia (euro)	Scostamento (euro)	Scostamento %
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA; superiore o inferiore	10,33	11,60	-1,27	-12,3%
	87.11.3	Ortopanoramica delle arcate dentarie;	20,66	23,20	-2,54	-12,3%
	87.17.1	Radiografia del cranio e dei seni paranasali	22,21	24,95	-2,74	-12,3%
	87.22	Radiografia della colonna cervicale	18,08	18,45	-0,37	-2,0%
	87.23	Radiografia della colonna toracica (dorsale	17,30	17,40	-0,10	-0,6%
	87.24	Radiografia della colonna lombosacrale	17,30	17,40	-0,10	-0,6%
	87.37.1	Mammografia bilaterale	34,86	44,87	-10,01	-28,7%
	87.44.1	Radiografia del torace di routine, nas	15,49	17,40	-1,91	-12,3%
	88.21	Radiografia di spalla, braccio, toraco-brachiale	17,82	19,75	-1,93	-10,8%
	88.23	Radiografia di polso, mano	14,20	15,65	-1,45	-10,2%
	88.26	Radiografia di bacino, anca	17,56	17,95	-0,39	-2,2%
	88.27	Radiografia di femore, ginocchio, gamba	21,17	23,80	-2,63	-12,4%
LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE, MICROBIOLOGIA ETC.	90.10.4	Bilirubina totale	1,70	1,55	0,15	8,8%
	90.14.1	Colesterolo hdl	1,86	2,30	-0,44	-23,7%
	90.14.3	Colesterolo totale	2,28	1,70	0,58	25,4%
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	2,56	1,70	0,86	33,6%
	90.43.2	Trigliceridi	5,17	1,70	3,47	67,1%
	90.44.3	Urine esame chimico fisico e microscopico	1,14	2,30	-1,16	-101,8%
	90.62.2	EMOCROMO: hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. Deriv., F. L.	3,31	4,05	-0,74	-22,4%
	90.75.4	Tempo di protrombina (pt)	2,87	2,60	0,27	9,4%
	90.82.5	Velocità di sedimentazione delle emazie (ves)	1,28	2,30	-1,02	-79,7%
	90.44.1	Urea	1,70	1,70	0	0%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESI	89.7	Visita fisiatrica	20,66	22,50	-1,84	-8,9%
	93.11.1	Rieduc. Motoria individuale in motuleso grave strumentale complessa	11,36	11,60	-0,24	-2,1%
	93.11.2	Rieduc. Motoria individuale in motuleso grave semplice	9,09	9,50	-0,41	-4,5%
	93.11.3	Rieduc. Motoria individuale in motuleso segmentale strum. Complessa	8,52	8,95	-0,43	-5,0%
	93.11.4	Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice	6,82	7,35	-0,53	-7,8%

La proposta di intervento

Le tariffe

Criticità emerse

In sintesi, le principali criticità del SSR del Lazio riguardano:

- il ritardo nell'aggiornamento del nomenclatore
- una politica tariffaria volta a determinare nel caso delle RSA non solo la parte sanitaria ma anche la parte alberghiera



Proposte

Azioni

5.1 Aggiornamento nomenclatore

Adeguamento del nomenclatore per le prestazioni ambulatoriali

Il confronto tra i nomenclatori di **specialistica ambulatoriale** ha evidenziato il tardivo aggiornamento del nomenclatore della Regione Lazio. Dall'analisi effettuata su un campione è emerso come nel Lazio, per le prestazioni a più alta erogazione da parte delle strutture private, le tariffe previste risultino in media inferiori a quelle della Lombardia.

Sulla base delle tecnologie in uso e del confronto con le altre regioni è, dunque, necessario effettuare uno studio che porti alla revisione ed all'**aggiornamento del nomenclatore per la specialistica ambulatoriale**. Su questo aspetto, peraltro, si sono espressi anche Tavolo e Comitato, che nel verbale della riunione del 14 novembre 2012 sollecitano nuovamente la revisione del nomenclatore tariffario regionale.

5.2 Rideterminazione delle tariffe RSA

Ridefinizione delle tariffe sociosanitarie per le RSA con la determinazione della sola quota sanitaria

Per quanto riguarda le RSA, la Lombardia ha determinato le tariffe inerenti unicamente la quota sanitaria, di cui la regione è responsabile e quindi provvede al suo finanziamento. Per quanto riguarda la parte alberghiera, invece, la determinazione della tariffa è a carico della singola struttura in quanto si riconosce la possibilità di una differenziazione di prezzo sulla base dei servizi offerti.

Coerentemente con un modello più vicino alle logiche concorrenziali, si propone nell'ambito dell'attività socio-sanitaria la possibilità di determinare in modo discrezionale la quota parte a carico dell'utente sulla base dei servizi offerti.

6. Disponibilità e affidabilità dei dati

Premessa

1 Il disavanzo e la manovra per il rientro della Regione Lazio: i risultati raggiunti

2 Regione Lazio e Regione Lombardia: due SSR a confronto

Aspetti generali

Modello organizzativo

Rete di offerta e attività svolta

Governance

3 **Una nuova idea di SSR per la Regione Lazio: la proposta di intervento**

Modello organizzativo

Governo della spesa

Accreditamento

Controllo delle prestazioni

Tariffe

Disponibilità e affidabilità dei dati

Un quadro di sintesi

4 ADDENDUM:

La legge n. 135/2012 (Spending Review)

La legge n. 189/2012 (Decreto Balduzzi)

References e acronimi

Il risanamento del sistema sanitario della Regione Lazio non può non partire dalla **disponibilità, affidabilità e tempestività dei dati**. Tali caratteristiche rappresentano una **precondizione** necessaria per una corretta rilevazione del reale contesto regionale, sul quale poter poi costruire un **modello di sanità più efficace, efficiente e di eccellenza**.

Nelle slide precedenti è stata più volte sottolineata la criticità di utilizzare **dati non aggiornati**. In taluni casi, inoltre, è stato impossibile accedere ad alcune informazioni di base, in quanto **non disponibili** (basti pensare ai dati relativi all'offerta della Regione Lazio). In altri casi sono state evidenziate alcune incoerenze tra i dati riportati da fonti diverse (ad esempio nel confronto tra i dati del Ministero della Salute e quelli della Regione Lazio - ASP), ponendo anche qualche **dubbio sull'affidabilità** delle informazioni. La gravità della situazione, peraltro, emerge con forza anche dai verbali dei Tavoli di Verifica, dove in più punti viene sottolineata la mancanza della documentazione di volta in volta richiesta e la necessità di più attente valutazioni dei dati forniti (si pensi ad esempio alle stime per il disavanzo presentate dalla struttura commissariale, che non tengono conto di una serie di elementi dal Tavolo stesso evidenziati). In altri casi, il Tavolo fa specifico riferimento all'esigenza di una maggiore attenzione nella predisposizione di atti e decreti anche al fine di scongiurare casi di contenzioso: nel verbale della riunione del 14 novembre 2012 si sottolinea come in alcuni contratti con gli erogatori privati siano *presenti errori ed imprecisioni sia relativamente all'oggetto del contratto sia in relazione alla specifica indicazione della tipologia di assistenza erogata*.

Tale fenomeno, peraltro, interessa non solo i **dati** di struttura e di attività, ma anche quelli **di tipo contabile e patrimoniale**. Questa categoria di informazioni risulta fondamentale per il controllo della spesa e il contenimento dei costi. La difficile e non chiara gestione di tali informazioni viene più volte segnalata dallo stesso Tavolo di verifica, laddove richiede chiarimenti in merito alle registrazioni contabili. L'analisi effettuata nel 2012 dalle Sezioni della Corte dei Conti su diverse realtà regionali ai fini dei controlli in materia di sanità, ha messo in evidenza come l'assenza di un'attività programmatoria dei bilanci di previsione si coniuga, frequentemente, con *l'assenza di un appropriato sistema di controllo budgetario e di adeguata contabilità analitica, che possa consentire la comparazione tra attese e risultati, nonché con scritture contabili parziali e scarsamente attendibili*. [...] *Carenze emergono, anche, in riferimento al sistema di programmazione del personale e degli approvvigionamenti*.

Non essendo stato possibile effettuare un'analisi dei bilanci delle aziende sanitarie del Lazio, nelle slide successive si riportano, solo a titolo di esempio, gli esiti dei controlli effettuati dalle Sezioni regionali della Corte dei Conti in merito alla gestione dei dati contabili nelle due regioni e, in particolare:

- la verifica della gestione contabile del servizio sanitario in Lombardia nel 2009;
- l'analisi dei bilanci 2007-2008 dell'AOU Policlinico Umberto I del Lazio.

La gestione dei dati amministrativo-contabili in Lombardia

La Sezione regionale della Corte dei Conti, congiuntamente alle verifiche condotte in relazione al bilancio regionale 2009 sui dati di preconsuntivo, ha approfondito sia in termini di competenza che di cassa gli aspetti principali della **gestione della spesa sanitaria lombarda**. A tale scopo, dapprima è analizzata l'assegnazione delle risorse da parte della regione e successivamente è stata effettuata un'analisi aggregata delle principali voci di spesa. Sono stati trattati gli aspetti economico-finanziari connessi al servizio sanitario, utilizzando i dati forniti dalla Direzione Generale Sanità e dalla Direzione del Bilancio.

La tabella che segue riporta sinteticamente alcuni risultati di tale indagine e evidenzia che *la gestione finanziaria della sanità lombarda non presenta profili di particolare criticità, poiché anche nel 2009 il saldo finanziario è positivo e non si è creata alcuna situazione di disavanzo. La solidità del sistema finanziario sanitario regionale, è dovuta sia alla capacità programmatica che all'efficienza gestionale, già riscontrata negli esercizi precedenti nei quali il risultato economico è sempre stato positivo.*

Aspetti analizzati	Caratteristiche
Spesa farmaceutica	La spesa farmaceutica ha raggiunto l'11,9% della spesa delle aziende territoriali (dato nazionale 13%) e il 3,3% della spesa delle aziende ospedaliere (dato nazionale 4%).
Debiti commerciali	La flessione del debito commerciale e dell'indebitamento verso il tesoriere esprimono una certa solidità complessiva del sistema di gestione delle aziende sanitarie . Il ridursi di tali forme d'indebitamento e dei relativi oneri finanziari si riconduce al sistema centralizzato dei pagamenti e di finanziamento della spesa sostenuta dagli Enti del Servizio sanitario regionale.
Pagamento fornitori	Nel 2009 è andato a regime il sistema di pagamento dei fornitori avviato nel 2008 con la collaborazione della Finlombarda. La regione ha istituito il Fondo Socio Sanitario che è utilizzato per effettuare i pagamenti in ausilio agli enti del SSR, e la Finlombarda è delegata a provvedere ai pagamenti ai fornitori sulla base delle informazioni ricevute dalle Aziende. È stato raggiunto l'obiettivo del pagamento in 90 giorni , realizzando un duplice risparmio in termini di interessi passivi, relativamente ai debiti verso fornitori e per anticipazioni di tesoreria.
Finanziamento della spesa	È prevista una procedura, articolata in fasi successive d'intervento della regione, la quale innanzitutto esamina preventivamente i singoli progetti di bilancio, poi ripartisce le risorse in corrispondenza delle effettive esigenze finanziarie degli Enti. In corso di esercizio un costante monitoraggio regionale tiene costantemente sotto controllo la spesa e al termine prima ancora dell'approvazione dei bilanci da parte dei singoli organismi, la regione verifica, insieme con le aziende, le attività svolte durante l'anno e laddove siano stati eseguiti ulteriori interventi rispetto a quelli inizialmente previsti eroga contribuzioni aggiuntive, in base alle disponibilità dei fondi del SSR, nel rispetto delle regole definite dalla Giunta regionale.
Spesa per il personale	Anche se non tutte le aziende hanno osservato il parametro di contenimento previsto dalla legge finanziaria per il 2007, il vincolo è stato rispettato a livello regionale. Nel 2009 si è registrato un aumento contenuto della spesa.

Fonte: Corte dei Conti, 2012, Deliberazione n.772/2010/FRG – adunanza del 12 luglio 2010.

La gestione dei dati amministrativo-contabili nel Lazio

Il caso dell'AOU Policlinico Umberto I

La tabella che segue riporta il risultato della disamina e valutazione dei bilanci di esercizio 2007 e 2008 dell'AOU Policlinico Umberto I, effettuata dalla Corte dei Conti (2012).

Dall'esito del controllo emerge un preoccupante quadro di **irregolarità contabili e squilibrio gestionale**.

Criticità	Specifica
Incompleta contabilizzazione della situazione patrimoniale	In sede di relazione al bilancio di esercizio 2008, il Collegio sindacale ha rilevato che l'Azienda non dispone ancora di un inventario contabile periziato alla data di costituzione (1999) della stessa quale Azienda Ospedaliero - Universitaria integrata con il SSN. Su questo punto la Corte dei Conti ritiene che sia necessario acquisire ulteriori elementi istruttori.
Mancato adempimento obblighi di legge (atto aziendale)	Il Collegio sindacale ha rilevato che l'Azienda non dispone ancora di una pianta organica e di un assetto organizzativo determinati secondo le disposizioni di legge. La Sezione, in considerazione della natura di adempimento propedeutico essenziale ed imprescindibile ai fini di una regolare programmazione gestionale, non può esimersi dal formulare rilievo di "grave irregolarità".
Dubbi sul carattere di eccezionalità dei proventi straordinari	Tali proventi sono relativi agli anni 2007 e 2008, e i dubbi della Sezione riguardano il fatto che l'utilizzo, da parte di altri, di strutture di propria pertinenza renda straordinari proventi legati al rimborso di costi di funzionamento, anche in considerazione della ricorrenza delle voci negli anni.
Presunto mancato rispetto del limite previsto per la stipula di contratti di lavoro a tempo determinato (2% dell'organico)	Sebbene sottolinea la necessità di ulteriori verifiche in merito, la Sezione ritiene che i costi del personale assunto e dei servizi acquistati, e gli eventuali sforamenti del limite del 2% , afferiscano all'Azienda (e non all'Università) per la parte concernente il personale medico e sanitario laureato con compiti esclusivamente assistenziali (la cui assunzione è vietata all'Università) e dunque rappresentino una irregolarità .
Errata contabilizzazione crediti verso Università e fondo svalutazione crediti.	Tale rilievo è sostanzialmente relativo a mancati accantonamenti da effettuare in base al presunto valore di realizzo dei crediti e a mancate rettifiche dei crediti, mediante un fondo di svalutazione compreso tra le attività patrimoniali, in detrazione dell'importo della stessa voce dell'attivo patrimoniale.
Disequilibrio economico e finanziario	Il Collegio ritiene che la dinamica dei costi rimane troppo elevata rispetto alle risorse . La Sezione ritiene necessario uno studio approfondito sulle cause strutturali del deficit e sulle misure da adottare per il contenimento e per il riequilibrio della gestione.
Dubbia contabilizzazione delle operazioni relative alla cartolarizzazione e alla transazione dei crediti sanitari	La Sezione, non addebitando nessun rilievo all'Azienda, in quanto mera esecutrice delle disposizioni regionali, esprime perplexità sul piano di rimborso crediti ed evidenzia il rischio che quota parte del debito sia impropriamente (anzi tempo) transitata sul bilancio della regione.

Fonte: Corte dei Conti, 2012, Deliberazione n. 45/PRSS/2010 – adunanza del 7 luglio 2010.

La proposta di intervento

Disponibilità e affidabilità dei dati

Criticità emerse

La conduzione del presente studio ha fatto emergere uno quadro carente dei dati di natura sia strutturale e di attività che amministrativo-contabili. In generale, si registra:

- difficoltà nella gestione dei dati da parte dell'amministrazione regionale
- dubbia affidabilità dei dati, conseguente anche alla mancanza di sistemi di controllo sulla relativa veridicità e correttezza
- difficoltà di reperire e di accedere a dati aggiornati e tempestivi



Proposte

Azioni

6.1 Gestione dei dati

Ricognizione dei dati, ridisegno dei flussi informativi e potenziamento delle unità organizzative preposte alla gestione dei dati del sistema sanitario

L'esperienza lombarda ha dimostrato come la **gestione dei dati** e delle informazioni provenienti da tutti gli attori del sistema sia alla base di una corretta attività programmatica e di un rigido controllo della spesa.

Ne consegue che nel Lazio, date le criticità evidenziate, è imprescindibile una ricognizione dei dati e un potenziamento delle unità organizzative preposte alla centralizzazione e gestione di tutte le informazioni del sistema. Ciò comporta inoltre la necessità di prevedere un intervento di ridisegno dei flussi informativi in grado, da un lato, di comprendere a monte le criticità in termini di affidabilità del dato fornito dalle aziende sanitarie e, dall'altro, i vincoli e le opportunità di carattere tecnologico nel semplificare l'alimentazione dei flussi.

6.2 Disponibilità dei dati

Controllo e rafforzamento della comunicazione esterna dei dati di base del sistema sanitario, anche attraverso l'utilizzo delle piattaforme web

Il secondo aspetto legato alla gestione dei dati riguarda la loro trasparenza: oltre all'importanza e imprescindibilità della comunicazione interna, è necessario un miglioramento della **comunicazione esterna**. Nella predisposizione del presente lavoro sono state riscontrate molteplici difficoltà nel reperimento delle informazioni, anche relative ad aspetti generali, quali i dati sulla rete di offerta. In alcuni casi, la richiesta di accesso ai dati può essere avanzata solo da strutture o enti del SSR del Lazio o da enti pubblici (come specificato nel regolamento per la trasmissione dei dati gestiti dall'ASP).

D'accordo con le linee guida per i siti web delle PA (2011), *La trasparenza intesa come "accessibilità totale" trova naturale attuazione, nell'era digitale, attraverso la pubblicazione sui siti web istituzionali delle amministrazioni pubbliche delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione. I curricula, le retribuzioni, i tassi di assenza e di presenza del personale, i risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti sono solo alcuni degli elementi essenziali per favorire la diffusione di forme di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità*. Nell'ambito del lavoro, tali informazioni non sono state ritrovate all'interno dei siti delle amministrazioni pubbliche (ad esempio, delle ASL) e, per tale ragione, si propone l'istituzionalizzazione della funzione di comunicazione esterna e l'utilizzo coordinato da parte delle amministrazioni pubbliche della piattaforma web per la trasparenza dei dati.

Un quadro di sintesi

Premessa

1 Il disavanzo e la manovra per il rientro della Regione Lazio: i risultati raggiunti

2 Regione Lazio e Regione Lombardia: due SSR a confronto

Aspetti generali

Modello organizzativo

Rete di offerta e attività svolta

Governance

3 **Una nuova idea di SSR per la Regione Lazio: la proposta di intervento**

Modello organizzativo

Governo della spesa

Accreditamento

Controllo delle prestazioni

Tariffe

Disponibilità e affidabilità dei dati

Un quadro di sintesi

4 ADDENDUM:

La legge n. 135/2012 (Spending Review)

La legge n. 189/2012 (Decreto Balduzzi)

References e acronimi

Le chiavi per il successo del cambiamento

Prima di presentare sinteticamente il quadro complessivo della proposta di cambiamento, è necessario sottolineare alcuni elementi fondamentali per il successo dell'intero processo di trasformazione.

Si ritiene, infatti, che qualunque sia l'approccio scelto l'efficacia della politica può essere ottenuta solo a seguito di un suo corretto disegno (coerente con gli obiettivi di policy) e della sua corretta implementazione (sia individuando strumenti *ad hoc* che presidiando il processo).

Più in particolare, il successo di una tale politica non potrà prescindere da:



una **chiara definizione dell'approccio** al tema dei servizi sanitari (separazione tra le funzioni di acquisto e fornitura vs modello integrato)



l'adozione di **strumenti di policy coerenti** con l'approccio scelto



una **forte determinazione**, tale da assicurare l'implementazione del nuovo disegno ed il funzionamento degli strumenti



la **stabilità e continuità di governo**, al fine di garantire una visione di lungo periodo e il presidio dell'intero processo di cambiamento

Le criticità emerse

un quadro di sintesi

Area di intervento	Criticità emerse
1 Modello organizzativo	• implementazione di un modello organizzativo ibrido (erogazione diretta + acquisto di prestazioni da erogatori pubblici e privati), con difficili rapporti con la sanità privata • difficoltà di delineare una visione strategica • mancanza di trasparenza e di regole chiare nel rapporto con gli erogatori dei servizi • marginalità del ruolo dei privati
2 Governo della spesa	• debolezza del sistema di controllo della gestione della spesa e del rispetto degli obiettivi di programmazione • mancanza di sistemi di monitoraggio delle principali voci di costo • tardiva implementazione di un modello di valutazione dei DG e mancanza di sistemi premianti/sanzionatori
3 Accreditamento	• disparità di trattamento tra strutture pubbliche e private • complessa procedura di autorizzazione e di accreditamento • individuazione di requisiti in alcuni casi legati ad elementi infrastrutturali invece che all'attività svolta senza alcun vantaggio nella qualità della prestazione • forte ritardo nel completamento del processo di accreditamento definitivo
4 Controllo delle prestazioni	• limitata percentuale di cartelle controllate • attività di controllo circoscritta all'attività ospedaliera • eccessivo ricorso alle prescrizioni • mancanza di sistemi che incentivino la qualità delle prestazioni
5 Tariffe	• ritardo nell'aggiornamento del nomenclatore • politica tariffaria per le RSA volta a determinare non solo la parte sanitaria ma anche la parte alberghiera
6 Disponibilità e affidabilità dei dati	• difficoltà nella gestione dei dati da parte dell'amministrazione regionale • dubbia affidabilità dei dati, conseguente anche alla mancanza di sistemi di controllo sulla relativa veridicità e correttezza • difficoltà di reperire e di accedere a dati aggiornati e tempestivi

Le Proposte

un quadro di sintesi

Area di intervento	Proposte	Azioni
1 Modello organizzativo	Modello separato, basato sulla libertà di scelta del cittadino	• Completamento del processo di aziendalizzazione, con trasformazione degli attuali 49 presidi a gestione diretta ASL in AO, e separazione tra le funzioni di acquisto e fornitura dei servizi • Parità di trattamento tra erogatori pubblici e privati • Definizione delle "regole annuali di funzionamento" del SSR nel mese di dicembre dell'anno precedente • Definizione dei tetti di remunerazione entro il 31 dicembre dell'anno precedente • Definizione delle modalità di accesso alle eventuali risorse aggiuntive (prestazioni extra-budget) • Individuazione di tetti al netto della mobilità
2 Governo della spesa	Implementazione di sistemi di controllo ai fini della tenuta del sistema	• Adozione di moderni sistemi di controllo di gestione e sviluppo di benchmark interno per il controllo delle principali voci di spesa • Istituzione di un'unità operativa ad hoc per il controllo di gestione di tutte le strutture erogatrici • Costruzione di sistemi di valutazione e misura delle performance di tipo incentivante/sanzionatorio per i DG
3 Accreditamento	Parità di trattamento e revisione dei processi	• Estensione della procedura di accreditamento anche alle strutture pubbliche • Possibilità di accreditamento per tutte le attività sanitarie (anche per le prestazioni di specialistica ambulatoriale attualmente riservate ai soli erogatori pubblici) • Semplificazione della procedura di autorizzazione ed introduzione della DIA • Semplificazione del processo di accreditamento, con ottimizzazione di ruoli, attori e tempi • Revisione dei requisiti organizzativi per le RSA sulla base non di fattori strutturali (posti letto) ma dell'attività svolta • Previsione di sanzioni amministrative e pecuniarie in caso di non rispetto dei requisiti e di non rispetto dei tempi previsti dalla procedura, anche da parte dell'amministrazione
4 Controllo delle prestazioni	Potenziamento dei controlli	• Definizione di un piano dei controlli, con rafforzamento dell'attività di controllo su tutte le prestazioni sanitarie (anche sulle prescrizioni di specialistica ambulatoriale) • Istituzione di meccanismi di remunerazione legati ad un "premio qualità" (entro un range ben definito e programmato), concesso a seguito del monitoraggio e della valutazione di parametri di qualità del servizio
5 Tariffe	Adeguamento nomenclatore e revisione delle tariffe del settore socio-sanitario	• Aggiornamento del nomenclatore di specialistica ambulatoriale • Ridefinizione delle tariffe sociosanitarie per le RSA con la determinazione della sola quota sanitaria
6 Gestione dei dati	Disponibilità e affidabilità dei dati	• Ricognizione dei dati; ridisegno dei flussi informativi e potenziamento delle unità organizzative preposte alla gestione dei dati del sistema sanitario • Utilizzo delle piattaforme web per la comunicazione e trasparenza dei dati

4. ADDENDUM

Legge n. 135/2012 (Spending Review)

Legge n. 189/2012 (Decreto Balduzzi)

Legge n.135/2012
(legge di conversione del
DL 95/2012 c.d. Spending Review)

La Spending Review

Il 7 agosto 2012, con legge di conversione n. 135, è stato approvato in via definitiva il DL 95/2012 «Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini», avente come obiettivo 1) eliminare sprechi e inefficienze, 2) garantire il controllo dei conti pubblici, 3) liberare risorse da utilizzare per interventi di sviluppo, 4) ridare efficienza al settore pubblico allo scopo di concentrare l'azione su chi ne ha bisogno.

Il TITOLO III della legge (art. 15) si focalizza sulla razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria: per il Lazio, così come per tutte le regioni in disavanzo, alle politiche di contenimento previste dal Piano di Rientro si vanno ad aggiungere le disposizioni previste dalla Spending Review. Dalla lettura del decreto si evince come a livello centrale sia avviato un percorso di razionalizzazione dei costi che incide in modo trasversale su tutte le regioni, seguendo un approccio di tipo top-down. In estrema sintesi, l'articolo 15 della legge articola una serie di interventi su specifiche aree di spesa diretti alla **progressiva riduzione dei costi** nel settore sanitario, pari a 900 mln di euro per l'anno 2012, 1.800 mln di euro per l'anno 2013, 2.000 mln di euro per il 2014 e 2.100 mln di euro dall'anno 2015: un saving totale di **circa 7 mld di euro** da realizzare **dal 2012 al 2015**. Gli interventi di razionalizzazione riguardano prevalentemente la **spesa farmaceutica** (convenzionata e ospedaliera), la **spesa per acquisto di beni e servizi** e la **spesa per gli erogatori privati**.

Nell'ambito della spesa farmaceutica sono rideterminate le soglie relative agli sconti dovuti dalle farmacie convenzionate (da 1,82% a 2,25%), al versamento delle aziende farmaceutiche alle regioni sul prezzo di vendita al pubblico (da 1,84% a 4,1%), al tetto per la farmaceutica territoriale (13,1% per il 2012 e 11,35% per il 2013) e al tetto della spesa farmaceutica ospedaliera (che sale dal 2,4% al 3,5%).

Ancor più rilevanti sono i saving previsti dalle azioni sui fornitori sia di beni e servizi che di prestazioni sanitarie.

Il valore di contratti e appalti in essere per la **fornitura di beni e servizi** (farmaci esclusi) è **ridotto del 5%** per tutta la durata dei contratti. Tale disposizione si applica in modo orizzontale a tutti i contratti stipulati da aziende ed enti del servizio sanitario nazionale, non tenendo conto degli sforzi già messi in atto dalle regioni più virtuose. La legge prevede inoltre la riorganizzazione del sistema, riducendo alla soglia di **3,7 i pl per mille abitanti** (comprensiva del limite di 0,7 pl per la lungodegenza e riabilitazione). Inoltre, almeno per una percentuale pari al 50% la riduzione dei posti letto deve riguardare i presidi ospedalieri pubblici, per i quali il taglio è da effettuarsi come **soppressione di unità operative complesse**.

La legge non risparmia la spesa per gli **erogatori privati accreditati**, applicando su tutti i contratti di assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza ospedaliera una **riduzione dello 0,5% nel 2012, dell'1% nel 2013 e del 2% nel 2014**, realizzando così un *saving* complessivo di 550 mln di euro in tre anni.

Saving previsto da interventi su acquisto di beni e servizi e erogatori privati accreditati

Area di intervento	2012 mln €	2013 mln €	2014 mln €
beni e servizi	505	883	943
erogatori privati accreditati	70	170	310
TOTALE	575	1.053	1.253

Fonte: Relazione Tecnica, Spending Review

Gli effetti della spending review nell'acquisto di beni e servizi

Alcune implicazioni per la Regione Lazio

L'art. 15, comma 13 definisce gli interventi di razionalizzazione dei costi per l'acquisto di beni e servizi.

I provvedimenti

I possibili rischi

TITOLO III Articolo 15	Provvedimento	2012 mln €	2013 mln €	2014 mln €
Comma 13, lett. a), b), d) ed e)	Riduzione dei corrispettivi per appalti e forniture del 5% dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento (esclusi farmaci ospedalieri) e per la durata del contratto	505	463	393
Comma 13 lett. f)	Ulteriore riduzione tetto di spesa per dispositivi medici dal 5,2% al 4,9% per il 2013 e al 4,8% dal 2014		400	500
Comma 13, lett. c)	Riduzione standard posti letto dal 4 per 1.000 ab. al 3,7 per 1.000 ab.		20	50
Totale risparmi da azioni su beni e servizi		505	883	943

Fonte: Relazione Tecnica

Qualità dei servizi offerti e tenuta del sistema

Il decreto prevede un **taglio orizzontale** pari al 5% degli appalti e delle forniture in essere. Tale approccio, sebbene consenta di ottenere nel breve periodo significativi risparmi, non tiene conto della qualità del servizio offerto, né delle specificità locali. Inoltre, avendo operatività sui contratti esistenti mette a rischio la tenuta stessa del sistema.

Dismissione dei PL eccedenti la soglia

Il rispetto del nuovo standard di 3,7 PL per 1.000 ab. (di cui 0,7 per non acuti) comporterebbe la **soppressione di circa 2.000 PL** (l'8,5% del totale), ridimensionando l'offerta ad un valore pari a 21.078 PL (Sole24Ore Sanità, 13-19 novembre 2012).

Dato il forte ritardo della struttura commissariale nella ridefinizione dell'offerta (primario obiettivo della manovra di rientro), un ulteriore intervento di riduzione che va ad incidere sulla dismissione di PL (di cui almeno il 50% pubblici) **senza indicazioni relative al riassorbimento delle risorse umane** pone qualche perplessità sulla sua effettiva implementazione.

Il regolamento di applicazione della Spending Review, trasmesso dal Ministero della Salute alle regioni e non ancora recepito, prevede, inoltre, la chiusura degli ospedali privati accreditati con un numero di posti letto inferiore ad 80 e la **soppressione nel Lazio di 140 Unità Operative Complesse**.

Gli effetti delle dismissioni nella Regione Lazio

	Gennaio 2012	Post Spending Review	Delta
PL	23.041	21.078	-1.963
UOC	1.123	983	-140

Fonte: Sole24Ore Sanità, 2012

Gli effetti della spending review nel rapporto con gli erogatori privati accreditati

Alcune implicazioni per la Regione Lazio

La legge inserisce ulteriori vincoli per il contenimento della spesa, destinati agli erogatori privati accreditati, relativi sia alla remunerazione di specifiche funzioni sia, più in generale, alla remunerazioni delle prestazioni sanitarie

I provvedimenti

TITOLO III Articolo 15	Provvedimento	2012 mln €	2013 mln €	2014 mln €
Comma 13, lett. g)	Fissazione di un tetto per la remunerazione delle funzioni svolte dagli erogatori privati accreditati		30	30
Comma 14	Riduzione dello 0,5% per l'anno 2012, 1% per il 2013 e 2% dal 2014 di tutti gli importi dei contratti e degli accordi con gli erogatori privati per assistenza specialistica e ospedaliera	70	140	280
Totale risparmi da azioni su erogatori privati accreditati		70	170	310

Fonte: Relazione Tecnica



I possibili rischi

Riduzione delle prestazioni e rischio di sostenibilità dell'attività privata accreditata

Come nel caso dell'acquisto di beni e servizi, il taglio orizzontale non tiene conto delle specificità territoriali, andando ad incidere prevalentemente sul cittadino, al quale è riconosciuto un numero di prestazioni progressivamente ridotto.

A ciò si aggiunge che le continue riduzioni dei tetti di remunerazione, previste anche dalla manovra di rientro, rischiano di compromettere la sostenibilità stessa dell'attività privata accreditata.

L'applicazione di tale provvedimento comporta per la Regione Lazio una revisione dei decreti relativi alla definizione del budget 2012 e un ulteriore abbattimento dei tetti di remunerazione pari rispettivamente a 6,8519% per l'assistenza ospedaliera e 0,4243% per la specialistica ambulatoriale (DCA 348 e 349 del 22 novembre 2012).

L'impatto dell'articolo 15 comma 14 nella Regione Lazio

Tipologia di assistenza	Spending Review		Regione Lazio		
	Consuntivo 2011	Importo previsto dalla Spending Review (ridotto dello 0,5%) (a)	Importo decretato per il 2012 (b)	Abbattimento ai sensi della spending review (c = b - a)	% abbattimento sull'importo decretato (c / b)
Assistenza Ospedaliera	€ 1.325.102.000	€ 1.318.476.490	€ 1.415.462.449	€ 96.985.959	6,8519%
Specialistica ambulatoriale	€ 312.873.410	€ 311.309.043	€ 312.635.566	€ 1.326.523	0,4243%

Legge n. 189/2012
(legge di conversione del
DL 158/2012 c.d. Decreto Balduzzi)

II DL 158/2012 (c.d. Decreto Balduzzi)

Con la legge di conversione n. 189/2012, il 30 ottobre 2012 il DL158/2012, c.d. Decreto Balduzzi, diventa legge. Il testo, organizzato in 17 articoli, interviene principalmente su questioni di carattere organizzativo (riorganizzazione della rete territoriale), sulla revisione dei LEA e sul tema della spesa farmaceutica.

Gli ambiti di intervento della legge n. 189/2012

Ambito di intervento		Dettaglio	
Capo I	Norme per la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria	Art. 1	Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie
		Art. 2	Esercizio dell'attività libero professionale intramuraria
		Art. 2-bis	Misure in materia di tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie
		Art. 3	Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie
		Art. 3-bis	Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari
		Art. 4	Dirigenza sanitaria e governo clinico
		Art. 4-bis	Disposizioni in materia di assunzioni del personale del Servizio sanitario nazionale e livelli di spesa
		Art. 5	Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con particolare riferimento alle persone affette da malattie croniche, da malattie rare, nonché da ludopatia
		Art. 6	Disposizioni in materia di edilizia sanitaria, di controlli e prevenzione incendi nelle strutture sanitarie, nonché di ospedali psichiatrici giudiziari
		Art. 6-bis	Misure finanziarie e patrimoniali a favore delle regioni
Capo II	Riduzione dei rischi sanitari connessi all'alimentazione e alle emergenze veterinarie	Art. 7	Disposizioni in materia di vendita di prodotti del tabacco, misure di prevenzione per contrastare la ludopatia e per l'attività sportiva non agonistica
		Art. 8	Norme in materia di sicurezza alimentare e di bevande
Capo III	Disposizioni in materia di farmaci	Art. 9	Disposizioni in materia di emergenze veterinarie
		Art. 10	Modificazioni al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, e norme sull'innovatività terapeutica
		Art. 11	Revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale e altre disposizioni dirette a favorire l'impiego razionale ed economicamente compatibile dei medicinali da parte del Servizio sanitario nazionale
		Art. 11-bis	Modifiche al comma 811 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296 in materia di truffe a carico del Servizio sanitario nazionale
		Art. 12	Procedure concernenti i medicinali
		Art. 13	Disposizioni in materia di medicinali omeopatici, anche veterinari e di sostanze ad azione ormonica
Capo IV	Norme finali	Art. 14	Razionalizzazione di taluni enti sanitari
		Art. 15	Trasferimento delle funzioni di assistenza al personale navigante e altre norme sulle prestazioni rese dal Ministero
		Art. 16	Razionalizzazione della spesa sanitaria
		Art. 17	Entrata in vigore

II DL 158/2012 (c.d. Decreto Balduzzi) (1/2)

Le tabelle che seguono mostrano le principali aree di intervento indicate nella legge che possono avere un impatto sul modello proposto nel presente lavoro. Per ogni intervento indicato sono specificati i punti di forza e di debolezza per la Regione Lazio.

Art. 1. Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie

Specifica	Effetti sulla Regione Lazio	
	punti di forza	punti di debolezza
Istituzione di nuove forme organizzative integrate per l'assistenza territoriale, operanti 24h, 7/7gg, finanziate attraverso il meccanismo del budget. Si tratta, nello specifico di: 1. aggregazioni funzionali territoriali, (monoprofessionali); 2. unità complesse di cure primarie (multiprofessionali). Queste forme organizzative operano in coordinamento telematico con le strutture ospedaliere.	Le nuove forme organizzative favoriscono l'integrazione delle cure e stimolano la concorrenza tra gli operatori del sistema.	Nonostante sia in linea con il riordino della rete territoriale attualmente in corso, la disposizione risulta di difficile implementazione a parità di risorse (in considerazione della continuità del servizio richiesta e della dotazione strutturale, strumentale e di servizi). A tal proposito, si potrebbe incentivare il coinvolgimento dei centri di specialistica ambulatoriale privati accreditati, data la loro diffusione sul territorio. Onere per il coordinamento telematico.
Graduatoria unica regionale per l'accesso al ruolo di MMG e di PLS, con aggiornamento annuale. Graduatoria provinciale per l'accesso alle funzioni di specialistica ambulatoriale.	L'istituzione di graduatorie uniche concorre alla trasparenza e risponde a principi meritocratici.	Ai fini di un corretto funzionamento del meccanismo delle graduatorie è necessario il loro continuo aggiornamento.
Adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo definiti da ciascuna regione.	Incremento del database ai fini della programmazione dell'attività e migliore gestione delle risorse.	Onere informativo e adeguamento informatico.
Mobilità del personale dipendente dalle aziende sanitarie con ricollocazione del medesimo personale presso altre aziende sanitarie della regione situate al di fuori dell'ambito provinciale.	Possibilità di ottimizzazione dell'impiego del personale dipendente.	Il confronto con le organizzazioni sindacali potrebbe costituire un ostacolo all'implementazione delle disposizioni.

II DL 158/2012 (c.d. Decreto Balduzzi) (2/2)

Art. 4 Dirigenza sanitaria e governo clinico

Specifica	Effetti sulla Regione Lazio	
	punti di forza	punti di debolezza
Sono costituiti gli elenchi regionali degli idonei, dai quali obbligatoriamente si attinge per la nomina dei DG. I requisiti per l'inclusione nell'elenco sono individuati da una commissione costituita dalla regione. Gli elenchi sono aggiornati almeno ogni due anni. Ai DG è richiesta la laurea, un'esperienza dirigenziale almeno quinquennale in campo sanitario o settennale in altro settore. Per garantire la pubblicità e la trasparenza la regione pubblica sul proprio sito internet tutta la documentazione (bandi, procedure di selezione, nomine, CV).	L'introduzione di sistemi più meritocratici e trasparenti riduce il rischio di nomine inappropriate.	Incremento dei costi connessi all'istituzione della commissione, i cui membri sono costituiti dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale, di cui almeno uno proveniente da una regione diversa da quella di nomina.
Individuazione di sistemi di valutazione e verifica dell'attività dei DG, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio.	Utilizzo di strumenti di valutazione e controllo delle performance, a vantaggio del governo della spesa e del rispetto degli obiettivi di programmazione.	L'assenza di meccanismi premianti/sanzionatori potrebbe limitare l'efficacia di tali sistemi, riducendoli a meri adempimenti piuttosto che a strumenti direzionali.
I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato. Gli strumenti per la verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari con incarico di responsabile di struttura semplice, di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati in sede di budget, gli indici di soddisfazione degli utenti e le strategie adottate per il contenimento dei costi.	Introduzione di strumenti per il governo della spesa e il corretto uso delle risorse.	Il risultato della valutazione è correlato alla retribuzione. Tuttavia è prevista la riconferma in caso di esito positivo della valutazione mentre non è disciplinata alcuna azione in caso di esito negativo.
Obbligo per le regioni di disciplinare i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, previo avviso cui l'azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità.	Trasparenza delle procedure e sistema meritocratico.	L'elevato numero di strutture complesse rappresenta un limite nell'implementazione di quanto disposto, alla luce della procedura di selezione identificata, che prevede l'istituzione di una commissione formata dal DS e da tre direttori di strutture complesse sorteggiati da un elenco nazionale, di cui almeno uno fuori regione.
Nelle regioni sottoposte ai Piani di rientro dai disavanzi sanitari, il blocco automatico del turn-over può essere disapplicato, nel limite del 15 per cento qualora i competenti tavoli tecnici accertino il raggiungimento, anche parziale, degli obiettivi previsti nei Piani medesimi.	Flessibilità del sistema e incentivazione al conseguimento dei risultati.	La specifica di "raggiungimento anche parziale" degli obiettivi previsti, non individuando un parametro oggettivo di valutazione, si presta ad interpretazioni discrezionali e, dunque, al possibile rilassamento del vincolo. In tal caso, data l'importante incidenza del costo del personale, un'applicazione della disposizione potrebbe portare ad un aumento dei costi e del disavanzo.

References e Acronimi

References

Agenas

- 2008 Aspetti giuridici dell'evoluzione dei rapporti interistituzionali fra Università e Regione (art. 6 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e D.Lgs. 517/99) con particolare riferimento alle problematiche connesse all'istituzione delle Aziende Ospedaliere Integrate di cui all'art. 2 del d. Lgs. 517/99

Anessi Pessina, E. Cantù, E (a cura di)

- 2011 *Rapporto OASI 2011. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, EGEA, Milano
- 2008 *Rapporto OASI 2008. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, EGEA, Milano

Bartlett, W. Le Grand, J.

- 1993 *Quasi-Markets and Social Policy*, MacMillan, London

Carignani, V. (a cura di)

- 2011 *Il Management strategico delle Aziende Sanitarie: primo rapporto sul trattamento economico in alcune Regioni italiane*, Federsanità Anci

Corte dei conti

- 2012 *Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica*, Corte dei conti, Sezioni Riunite in sede di controllo, Maggio 2012
- 2012 *Rassegna dell'attività di controllo e referto delle Sezioni Regionali di controllo della Corte dei conti sul Servizio Sanitario Regionale, 16 maggio – 31 dicembre 2010*, Documento di lavoro 3/2012, Corte dei Conti, Sezione delle Autonomie - Ufficio di Coordinamento, 2012
- 2010 *Gestione delle risorse statali destinate alla riduzione strutturale del disavanzo del servizio sanitario nazionale*, Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato, Corte dei conti, 2010

De Vincenti, C. Finocchi Ghersi, R. e Tardiola, A.

- 2010 *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*. Società Editrice Il Mulino, 2010

DigitPA, Dipartimento per la funzione pubblica, Dipartimento per la digitalizzazione e l'innovazione tecnologica, FormezPA

- 2011 *Linee guida per i siti web della PA*, 2011

Formez

- 2007 *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*. Progetto Governance, Quaderni Formez n. 57, 2007

France, G. Taroni, F. e Donatini, A.

- 2005 *The Italian health-care system*, in *Health Economics*, vol.14, pp. S188-S202

Laziosanità - Agenzia Di Sanità Pubblica

- 2011 *Attività di Assistenza Specialistica Ambulatoriale nella Regione Lazio*, Rapporto SIAS 2010, Regione Lazio , Dicembre 2011
- 2008 *Risultati dei controlli sull'attività ospedaliera del biennio 2006 – 2007*, Regione Lazio, Agosto 2008

References

Le Grand, J.

1999 *Competition, co-operation or control? Tales from British National Service*, in *Health Affairs*, vol. 18, pp. 27-99

2003 *Motivation, agency and public policy: of knight and knaves, pawns and queens*, Oxford, Oxford University Press

Ministero della Salute

2012 Annuario statistico del servizio sanitario nazionale, 2012

2012 Rapporto annuale di Ricovero Ospedaliero, dati SDO 2010

Ministero dell'Economia e delle Finanze

2011 Relazione Generale sulla situazione economica del Paese, 2011

2010 Relazione Generale sulla situazione economica del Paese, 2010

2009 Relazione Generale sulla situazione economica del Paese, 2009

Morandi, I.

2010 Ricoveri ospedalieri. I sistemi tariffari regionali vigenti nell'anno 2009, Age.na.s

Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2012

2012 «Lazio: il piano di rientro del Commissario per la sanità», Comunicato stampa del 7 Dicembre 2012, <http://www.governo.it/Presidenza/Comunicati>

Regione Lazio

2011 Relazione Sanitaria, 2011.

Rapporto CEIS

2006 Il governo del sistema Sanitario. Complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali, Università degli studi di Tor Vergata, Health Communication, 2006

2005 Sette parole chiave del SSN, Università degli studi di Tor Vergata, Health Communication, 2005

Sole24Ore Sanità

2012 Settimanale, Anno XV, n. 42, 13-19 novembre 2012

Tavolo di Monitoraggio

2012 Verbale della riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, Regione Lazio, riunione del 14 novembre 2012

2012 Verbale della riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, Regione Lazio, riunione del 24 luglio 2012

2012 Verbale della riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, Regione Lazio, riunione del 3 maggio 2012

2012 Verbale della riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, Regione Lazio, riunione del 3 aprile 2012

Acronimi

ASL	Azienda Sanitaria Locale
AO	Azienda ospedaliera
AOU	Azienda Ospedaliero Universitaria
DCA	Decreto del Commissario ad Acta
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DG	Direttore Generale
DRG	Diagnostic Related Group
DS	Direttore Sanitario
MAC	Macroattività Ambulatoriale Complessa
MMG	Medici di Medicina Generale
PdR	Piano di Rientro
PI	Protocollo di Intesa
PL	Posti Letto
PLS	Pediatri di Libera Scelta
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
OTA	Operatore Tecnico-Assistenziale
OSS	Operatore Socio-Sanitario
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
UOC	Unità Operative Complesse
USL	Unità Sanitaria Locale

Deloitte.