



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO
CONSIGLIO REGIONALE DELLA REGIONE LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 12/02/2007

ADDI' 12/02/2007 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	MANDARELLI	Alessandra	Assessore
PGMPILI	Massimo	Vice	MICHELANGELI	Marie	"
ASTORRE	Bruno	Presidente	NIERI	Luigi	"
BATTAGLIA	Augusto	Assessore	RANUCCI	Raffaello	"
BRACHETTI	Regino	"	RODANO	Giulia	"
CIANI	Fabio	"	TIBALDI	Alessandra	"
COSTA	Silvia	"	VALENTINI	Daniela	"
DE ANGELIS	Francesco	"	ZARATTI	Miliberto	"
DI STEFANO	Marco	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Donatello Antonio CLAZZI

***** OMISIS

AGENTI: ASTORRE - BRACHETTI - COSTA - RANUCCI - TIBALDI - ZARATTI

DELIBERAZIONE N. 66

Oggetto:

Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 31/2004.



66 12 FEB. 2007 *lll*

Oggetto: Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità di concerto con l'Assessore al Bilancio

- VISTO il D.Lgs. del 30 dicembre 1992 n. 502 – e successive modificazioni ed integrazioni;
- VISTA la Legge finanziaria dello Stato 2005 n. 311 del 30/12/2004;
- VISTI in particolare all'art. 1:
- il comma 5 che definisce il limite di crescita della spesa complessiva delle amministrazioni pubbliche per il triennio 2005-2007;
 - il comma 173 che rinvia a successiva Intesa da stipulare tra Stato e Regioni la definizione degli adempimenti e degli obblighi posti in capo alle Regioni inerenti il contenimento della dinamica dei costi e il perseguimento dell'equilibrio economico finanziario;
 - i commi 174, 175 e 176 sull'accertamento al quarto trimestre dell'eventuale disavanzo di gestione e sull'adozione da parte del Presidente della Regione dei necessari provvedimenti di ripianamento ivi compresi gli aumenti dell'addizionale IRPEF e dell'imposta regionale sulle attività produttive;
 - il comma 180 che prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico – una volta effettuata la ricognizione delle cause che lo determinano - la necessità di elaborare un programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio Sanitario Regionale;
- VISTA l'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che in attuazione della Legge Finanziaria dello Stato pone in capo alla Regione :
- l'impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera con l'obiettivo, tra l'altro, del raggiungimento degli standard nazionali relativi alla dotazione di posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione (art. 4);
 - l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, con riferimento alle proprie Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari, gli Istituti di ricovero e cura a carattere



66 12 FEB. 2007 *llly*

scientifico e l'Azienda regionale emergenza sanitaria - di seguito denominate Aziende sanitarie pubbliche -, sia in sede di preventivo annuale, che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento (art.6);

- la stipula - in relazione a quanto disposto dall'art.1 comma 180 della Legge 30 dicembre 2004 - con i Ministri dell'Economia e della Salute di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art. 8);

VISTA

la Legge finanziaria dello Stato 2006 n. 266 del 23/12/2005;

VISTI

in particolare all'art. 1:

- il comma 198 che definisce il livello massimo della spesa per il personale del Servizio Sanitario Nazionale per il triennio 2006-2007-2008;
- il comma 277 che integra l'art. 1 comma 174 della L. n. 311 del 30/12/2004 prevedendo che in assenza di adozione da parte della Regione di provvedimenti di ripianamento del disavanzo di gestione entro il 31 maggio, si applicano comunque, con riferimento all'anno di imposta 2006, nella misura massima le aliquote dell'addizionale IRPEF e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive;
- il comma 278 nel quale, al fine di agevolare la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, viene incrementato di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2006 da ripartire tra le Regioni secondo criteri e modalità concessive definiti con decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'economia che prevedano comunque la stipula, per le Regioni interessate, di specifici accordi diretti all'individuazione di obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione strutturale del disavanzo;

PRESO ATTO

del Patto per la Salute di cui al protocollo d'Intesa Stato Regioni del 28 settembre 2006;

VISTA

la legge Finanziaria dello Stato 2007 n. 296 del 27 dicembre 2006, che conferma il quadro normativo definito dalle leggi Finanziarie degli anni 2005 e 2006;

CONSIDERATO

che la Regione Lazio, per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e per aver accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante



66 12 FEB. 2007 lu

consistenza, si trova nelle condizione di dover stipulare l'accordo previsto dall'art. 1, comma 180. della legge 30 dicembre 2004, n.311 e di dover ottemperare a tutti gli obblighi ivi disciplinati per le Regioni in situazione di squilibrio economico-finanziario;

VISTI e RICHIAMATI gli atti e i provvedimenti amministrativi e legislativi adottati a partire dal secondo semestre dell'anno 2005 per avviare il risanamento economico finanziario del settore;

PRESO ATTO del documento dal titolo "Patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio" approvato dalla Giunta Regionale nella seduta del 30.06.2006;

CONSIDERATO che sulla base del suddetto documento, portato a conoscenza dei competenti organi del Consiglio Regionale, delle forze politiche, sociali e sindacali, delle associazioni maggiormente rappresentative dei soggetti e delle istituzioni sanitarie, è stato possibile elaborare, con le modalità e nelle forme indicate dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, un articolato piano di interventi, azioni e misure (Il Piano di Rientro) dirette - attraverso l'individuazione di specifici obiettivi di risanamento - a riportare il Servizio Sanitario Regionale in condizioni di equilibrio economico finanziario, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTA la lettera di intenti firmata il 28 dicembre 2006 dal Ministro dell'Economia e delle Finanze, dal Ministro della Salute e dal Presidente della Regione Lazio con la quale, nel riconoscere l'estrema gravità della situazione economico-finanziaria del Servizio Sanitario della Regione Lazio, si prevede, che la Regione predisponga e approvi il "Piano di Rientro" sopra indicato, composto di due sezioni, una riguardante il riequilibrio della gestione corrente, l'altra l'ammortamento dei debiti accumulati al 31 dicembre 2005, ivi compreso il concorso dello Stato;

ATTESO che, nella lettera di intenti sopra citata, l'approvazione da parte delle Regione del "Piano di Rientro" è posta come condizione pregiudiziale per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 311/2004;

PRESO ATTO che il "Piano di Rientro" è stato redatto secondo le indicazioni contenute nella sopra citata lettera di intenti;

RITENUTO per quanto sopra esposto, di dover procedere alla formale approvazione dell'allegato "Piano di Rientro" che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

TENUTO conto che i contenuti della presente deliberazione hanno formato oggetto di ripetuti confronti con i soggetti istituzionali, politici, sociali e sindacali interessati;



66 12 FEB. 2007 *lu*

RITENUTA

l'opportunità di dare mandato al Presidente della Regione di apportare eventuali adattamenti e/o correzioni al testo ove ritenuti necessari a seguito dell'esame del "Piano di Rientro" da parte dei Ministeri competenti;

All'unanimità

DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa che costituiscono parte integrante della presente deliberazione:

- 1) di approvare il "Piano di Rientro" triennale della Regione Lazio che, allegato alla presente deliberazione, ne forma parte integrante e sostanziale;
- 2) di dare mandato al Presidente della Regione di apportare eventuali adattamenti e/o correzioni al testo ove ritenuti necessari a seguito dell'esame del "Piano di Rientro" da parte dei Ministeri competenti;

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO
II. SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI


"piano definitivo
approvato 14 febbraio

14 MAR. 2007



ALLEG. alla DELIB. N. 66 *del*
DEL 1.2 FEB. 2007



Regione Lazio

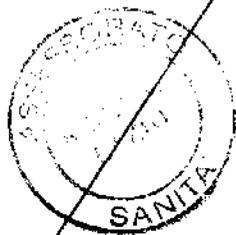


Piano di Rientro

Accordo ai sensi dell'articolo 1
comma 180 della Legge 311/2004

Approvato dalla Giunta Regionale
nella seduta del 14 febbraio 2007

Il presente allegato è composto da n° 204
pagine incluse la copertina



ln

Indice

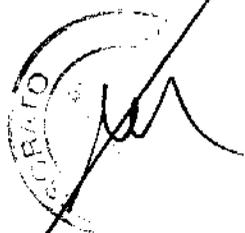
A.	SINTESI DEI CONTENUTI	5
B.	SVILUPPO DEI CONTENUTI DEL PIANO	31
C.	EFFETTI ECONOMICI	153
D.	SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA	161
E.	RAFFORZAMENTO DELLA STRUTTURA AMMINISTRATIVA, INDICATORI E FONTI DI VERIFICA.	175
	ALLEGATI	183

A
SINTESI DEI CONTENUTI

mr



[A large, handwritten signature or scribble is written across the page, starting from the bottom left and extending towards the top right.]



Quadro normativo nazionale e regionale

Quadro nazionale

Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stato previsto, in attuazione dell'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n.311, il rispetto e la verifica di una nutrita serie di adempimenti organizzativi e gestionali, in linea di continuità con i precedenti provvedimenti di contenimento della spesa e Accordi.¹ Tra questi, vanno menzionate le nuove forme di controllo per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), i vincoli all'offerta ospedaliera, da attuarsi mediante il rispetto del nuovo standard di posti letto e la disincentivazione dei ricoveri per lungodegenza, e, infine, una complessa articolazione di meccanismi procedurali e di controllo.

Per le Regioni risultate inadempienti è prevista inoltre la possibilità di sottoscrivere un ulteriore accordo al cui rispetto sarà subordinata l'erogazione dell'acconto e del saldo finale del maggior finanziamento a carico dello Stato. Tale accordo si considera dovuto, e, quindi un adempimento, nel caso in cui la regione presenti per l'anno di riferimento un disavanzo pari o superiore al 7%.

Resta salvo, comunque, l'obbligo per le Regioni di garantire, in sede di programmazione, l'equilibrio economico-finanziario delle aziende sanitarie, ospedaliere e universitarie, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle Pubbliche Amministrazioni, prevedendo l'adozione obbligatoria di misure volte al riequilibrio delle gestioni, laddove necessarie, nonché l'eventuale decadenza del direttore generale.

Sempre al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, la legge finanziaria per il 2006 (art. 1, commi 274 ss., della legge n.266/2005) conferma gli obblighi posti a carico delle Regioni con la citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, intesi a garantire l'equilibrio economico-finanziario e il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

A questi si aggiunge l'obbligo di stipulare, entro il termine perentorio del 31 marzo 2006, specifici accordi regionali attuativi dell'accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, prevedendo di subordinare l'accesso all'indennità di collaborazione informatica al riscontro (mediante il supporto del sistema della tessera sanitaria) del rispetto della soglia del 70 per cento della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche effettuate da parte di ciascun medico. La mancata stipula dei medesimi accordi regionali costituisce per le Regioni inadempimento.

La legge finanziaria 2005 ha poi previsto all'art. 1, comma 174 della L. 311/04, così come integrato dalla L. 266/05, un meccanismo di automatismo l'innalzamento al livello massimo delle aliquote IRPEF ed IRAP nelle Regioni che non coprono integralmente i disavanzi registrati a partire dall'anno 2005.

Tra le principali innovazioni che hanno interessato la gestione sanitaria relativa agli ultimi esercizi finanziari, è da ricordare poi la fissazione di nuovi tetti di spesa per l'assistenza farmaceutica. In particolare, il D.L. 30 settembre 2003, n.269, convertito nella legge 24 novembre 2003, n.326, recante "Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dei conti pubblici", aveva stabilito che l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non dovesse superare il 16% della spesa sanitaria complessiva, a livello nazionale ed in ogni singola Regione, fermo restando il tetto del 13% relativo all'assistenza farmaceutica territoriale.

Nuove disposizioni sono state introdotte per implementare il monitoraggio della spesa nel settore sanitario e l'appropriatezza delle prescrizioni sanitarie. Il citato D.L. n. 269/2003 ha, infatti, previsto l'introduzione della nuova tessera magnetica del cittadino nonché dei modelli standardizzati di ricettari medici a lettura ottica.

¹ In particolare, si tratta degli obblighi previsti dal D.L. n. 374/2001, convertito in legge n. 405/2001, nonché del D.L. n. 63/2002, convertito in legge n. 112/2002, oltreché dall'art. 52 della legge n. 289/2002, del D.L. n. 269/2003, convertito in legge n. 326/2003, e infine dalla legge n. 350/2003.

Quadro regionale

La Regione Lazio, dall'entrata in vigore delle norme di riforma del sistema sanitario (decreti legislativi 502, 517 e 229), ha posto in essere a partire dagli anni 1993-1994 le misure necessarie a realizzare nell'ambito regionale la trasformazione del sistema.

I provvedimenti e le iniziative adottate consentirono al Lazio di essere tra le prime Regioni a costituire le Aziende Sanitarie (1 luglio 1994) e a porre le basi, anche attraverso il loro funzionamento, per pervenire ad una compiuta attuazione del cambiamento gestionale introdotto.

Nei primi cinque anni di attuazione delle norme riformatrici del sistema vennero tempestivamente assunti provvedimenti, legislativi ed amministrativi, (legge regionale per l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie, legge regionale per la contabilità ed il finanziamento delle Aziende Sanitarie, linee guida per l'organizzazione interna delle Aziende Sanitarie, determinazione del sistema tariffario, disposizioni per il passaggio dal sistema delle convenzioni al regime di accreditamento provvisorio dei soggetti privati, ecc.) necessari a programmare, guidare, regolare e supportare l'azione riformatrice in alto.

Il quinquennio successivo è stato caratterizzato da azioni di governo, dimostratesi in generale meno efficaci, frammentate e parziali assunte in alcuni casi con molto ritardo, non solo rispetto ai tempi previsti, ma anche rispetto alla necessità di intervenire. Un esempio per tutti: le disposizioni riguardanti la definizione dei requisiti minimi strutturali tecnologici ed organizzativi delle strutture che esercitano attività sanitarie sono stati disciplinati, con legge regionale, solo a marzo del 2003 ed i provvedimenti di attuazione di tale legge a maggio del 2005 non erano stati ancora adottati.

Per effetto di questi ritardi, nel Lazio si opera ancora in regime di accreditamento provvisorio ed il sistema degli "accordi contrattuali" con i soggetti privati erogatori di prestazioni è stato appena delineato con i provvedimenti assunti dalla nuova Giunta Regionale a partire dall'anno 2005.

L'azione di non governo accompagnata anche da scelte parziali e frammentarie operate solo su alcune parti del sistema (interventi sul progressivo indebitamento delle Aziende sanitarie, la definizione dei sistemi di remunerazione delle prestazioni, l'accreditamento provvisorio e/o sperimentale di nuovi soggetti erogatori per le diverse tipologie assistenziali quali Risonanza Magnetica Nucleare, hospice, Comunità per la salute mentale, Centri ex art. 26, ecc.) ha determinato lo squilibrio sul quale oggi la Regione Lazio è chiamata ad intervenire e che sotto l'aspetto economico finanziario ha formato "disavanzi" sempre più consistenti nel tempo, peraltro, all'epoca neanche compiutamente rilevati e dichiarati.

In un quadro come quello sinteticamente richiamato, scoperto alla fine del 2005, la possibilità di ripianare il disavanzo entro il 30 aprile 2006, come previsto dalla legge finanziaria per il 2006, si è configurata immediatamente come un'impresa molto difficile.

Le conseguenze sono note: in base al comma 174 della legge finanziaria per il 2006, entro il 30 maggio 2006 (come ha ricordato, con lettera del 29 aprile, il Presidente del consiglio uscente) "il Presidente della regione, in qualità di commissario *ad acta*, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive entro le misure stabilite dalla normativa vigente. I predetti incrementi possono essere adottati anche in funzione della copertura dei disavanzi di gestione accertati o stimati nel settore sanitario relativi all'esercizio 2004 e seguenti".

La nuova amministrazione dopo avere constatato il dissesto della sanità regionale ha dovuto affrontare la procedura sanzionatoria prevista dalla legislazione nazionale

Analogamente alle altre regioni con rilevanti disavanzi strutturali la regione ha attivato, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, la procedura per la predisposizione di un Piano di risanamento del Servizio sanitario regionale finalizzata alla stipula di un Accordo con il Governo.

Il Patto per la salute, ripreso nella legge finanziaria per il 2007, ha incrementato le risorse del fondo sanitario nazionale ed è stata annunciata la volontà di corrispondere con tempestività i trasferimenti di risorse dal centro alle regioni. Nello stesso tempo però è stato previsto un meccanismo stringente per garantire l'equilibrio del sistema, rappresentato dalla elevazione delle addizionali regionali fino alla copertura di eventuali disavanzi. Se una misura del genere può destare qualche preoccupazione nelle regioni cosiddette

virtuose, ben più rilevanti pensieri suscita in quelle come il Lazio, gravate da disavanzi strutturali e debiti consolidati di rilevante entità. E' necessario quindi che le scelte impegnative indicate nel piano, sia quelle relative alla riduzione dei costi, sia quelle riferite alla sistemazione dei disavanzi e debiti pregressi, siano definite con precisione, condivise e monitorate in tempo reale, per verificarne lo stato di attuazione.

Queste scelte hanno caratterizzato l'azione della Regione, che ha effettuato una "operazione trasparenza" sullo stato dei conti della sanità e avviato una riorganizzazione profonda della struttura organizzativa e di monitoraggio, le cui linee sono descritte nel presente piano. Un passaggio cruciale è stata la rilevazione, dall'esame degli stati patrimoniali del 2005 delle aziende sanitarie, di un debito, non sottoposto ad alcuna operazione transattiva, di dimensioni rilevanti (3,7 miliardi).

Il debito non transatto è stato valutato da un soggetto terzo che ha effettuato una analisi conoscitiva sulla posizione finanziaria netta dell'aggregato sanitario della regione Lazio. Dalla ricognizione, che ha confermato i risultati individuati dalle strutture regionali con la presenza di funzionari del Ministero dell'economia e della salute, sono emersi utili suggerimenti, ripresi nel presente piano.

Gli effetti di questa analisi, nel novembre 2006, hanno determinato un pesante downgrading della Regione da parte di Standard and Poor's, ma non hanno frenato l'azione di risanamento del governo regionale che si è anzi intensificata, conseguendo due importanti risultati: la pubblicazione della legge di bilancio e della legge finanziaria regionale per il 2007, per la prima volta nella storia del Lazio, entro l'anno precedente, evitando il ricorso all'esercizio provvisorio; la firma, il 28 dicembre 2006, di un Lettera di intenti tra il Ministro dell'economia, il Ministro della salute ed il Presidente della Regione, che sancisce le linee guida del processo di risanamento ed prevede un concorso dello Stato all'ammortamento dei debiti accumulati fino al 31 dicembre 2005. La Regione ha approvato con la legge finanziaria regionale una manovra consistente, che nel triennio supera i 6 miliardi di euro e che destina 250 milioni annui di entrate proprie al risanamento del debito sanitario consolidato al 31 dicembre 2005.

Correlazione tra Piano e gli ordinari strumenti della programmazione

Nella Regione Lazio il Piano Sanitario Regionale ha esaurito la sua azione già dal 2004. La Regione ha in corso l'elaborazione di una nuova strategia programmatica che, alla luce del presente Piano, non può non tenere conto di quanto individuato in termini di obiettivi generali e specifici e di obiettivi operativi con le connesse azioni ed interventi. Pertanto le scelte delineate da questo piano corrispondono alle linee di programmazione relativamente a questa fase e saranno inquadrare in un percorso più complessivo nel nuovo piano sanitario regionale in fase di elaborazione.

Con il presente Piano si assume l'impegno ad adeguarlo alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 1, comma 281 della legge 23 dicembre 2005, n.266, in relazione alle disposizioni regionali da adottarsi per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, di cui alle linee guida allegate².

Patto per la Salute e Legge Finanziaria 2007

Nel quadro normativo sopra descritto si inserisce il nuovo Patto per la salute sottoscritto da Governo e Regioni il 28.09.2006, sul quale la Conferenza Stato-Regioni ha espresso intesa il 5 ottobre 2006, i cui contenuti sono stati trasfusi nella legge 27 dicembre 2006, n.296 (legge finanziaria 2007).

Tale Patto introduce novità importanti rispetto al passato, in particolare con riferimento alle disposizioni relative agli impegni delle Regioni interessate ai Piani di rientro, che di seguito sinteticamente vengono riportati:

² V. Allegato 1

A SINTESI DEI CONTENUTI

- Accesso al fondo transitorio (punto 3 patto e art.1, comma 796 lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n.296):
 - sottoscrizione dell'accordo ai sensi dell'articolo 1 comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n.311, comprensivo di un Piano di rientro;
 - indicazione sia delle misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli Essenziali di Assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente DPCM di fissazione dei LEA, sia delle misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010, sia gli obblighi e le procedure previsti dall'articolo 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
 - istituzione di un Fondo transitorio per le regioni in difficoltà il cui accesso è subordinato alla sottoscrizione del suddetto accordo;
 - l'accesso presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi dell'aliquota di addizionale Irpef e della maggiorazione Irap.
 - indicazione, qualora durante il procedimento di verifica annuale del piano si prefigurino il mancato rispetto di parte degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo contenuti nel piano di rientro, delle misure equivalenti che la Regione può proporre e che devono essere approvate dal Ministero della salute e dell'economia e finanze.
 - indicazione che, in ogni caso l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta che, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive si applicano oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi;
 - indicazione che qualora invece sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi è stato conseguito con risultati ottenuti quantitativamente migliori, la regione interessata può ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto.
- Individuazione delle misure di copertura dei disavanzi pregressi (punto 1.4 patto e art.1, comma 796 lettera e) della legge 27 dicembre 2006, n.296):
 - in via straordinaria, per le Regioni che abbiano stipulato l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della richiamata legge 311/2004 sono considerate idonee forme di copertura dei disavanzi pregressi, cumulativamente registrati e certificati fino al 2005, al netto per l'anno 2005 della copertura derivante dall'incremento automatico delle aliquote, in deroga a quanto previsto dalla predetta Intesa, con misure a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate.
- Accredito (punto 4.9 patto e art.1, comma 796 lettere s), t) e u) della legge 27 dicembre 2006, n.296):

E' prevista l'indicazione dei provvedimenti da adottare in materia di cui:

 - viene individuata nel 1° gennaio 2008 la data a partire dalla quale devono considerarsi cessati i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
 - viene individuata nel 1° gennaio 2010 la data a partire dalla quale cessano gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui dell'articolo 8-quater, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1 del medesimo decreto;
 - viene individuata nel 1° gennaio 2008, la data a partire dalla quale non possono essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi del d. lgs 229/1999, in assenza di un provvedimento regionale di

ricognizione e conseguente determinazione ai sensi dell'articolo 8-*quater*, comma 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Tale provvedimento è trasmesso al Comitato di verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Per le Regioni impegnate nei Piani di rientro, le sopra menzionate date del 1° gennaio 2008 sono anticipate al 1° luglio 2007 per le regioni nelle quali entro il 31 maggio 2007 non si sia provveduto ad adottare o aggiornare, adeguandoli all'esigenza di riduzione strutturale dei disavanzi, i provvedimenti di cui all'articolo 8 quinquies commi 1 e 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni.

- Piano regionale di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera (patto punto 4.18 e art.1, comma 796 lettera l), punto 2 della legge 27 dicembre 2006, n.296): da adottare entro il 28 febbraio 2007;

- Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio (art.1, comma 796 lettera o), della legge 27 dicembre 2006, n.296): da adottare entro il 31 marzo 2007;

L'obiettivo del piano, da adottare entro il 31 marzo 2007, e' l'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di efficientamento resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate.

- Adozione dei provvedimenti regionali, in attuazione delle modifiche da apportarsi al DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei LEA finalizzate all'inserimento, nell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, delle prestazioni già erogate in regime di ricovero ospedaliero, nonché alla integrazione e modificazione delle soglie di appropriatezza per le prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario diurno. (articolo 1, comma 796, lettera q) della legge 27 dicembre 2006, n. 296)

- Adozione di provvedimenti per recuperare le somme dovute dai cittadini, anche esenti, in caso di mancato ritiro di risultati di visite o esami diagnostici con decorrenza 1° gennaio 2007 (art.1, comma 796 lettera r), della legge 27 dicembre 2006, n.296);

- Previsione di assumere come base d'asta nel 2007 sulla base dei più bassi prezzi unitari di acquisto dei dispositivi medici e invio al ministero della salute dei dati relativo al biennio 2005-2006 2007 (art.1, comma 796 lettera v), della legge 27 dicembre 2006, n.296);

-Disposizioni da adottare entro il 28 febbraio 2007 per individuare i responsabili dei procedimenti applicativi delle disposizioni in materia di off label (art.1, comma 796 lettera z), della legge 27 dicembre 2006, n.296)

- Impegno generale a dare attuazione a tutti i provvedimenti amministrativi che verranno adottati in attuazione del patto per la salute con riferimento a:

-revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza

-indicatori

-programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel SSN;

-indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino

-diffusione di linee guida e protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura

-indirizzi per la razionalizzazione della funzione ospedaliera

-indirizzi per garantire l'integrazione tra erogatori pubblici e privati in relazione all'esigenza della qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione

A SINTESI DEI CONTENUTI

- invio di dati al NSISs per il monitoraggio delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e farmaceutica convenzionata, distribuzione diretta dei farmaci, distribuzione per conto e monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera, assistenza protesica e assistenza integrativa.
- Adeguamento alle disposizioni in materia di personale (articolo 1, comma 565 della legge 27 dicembre 2006, n.296 ed al patto per la salute)
- Alla verifica degli adempimenti conseguenti provvede il tavolo ex articolo 12 (punto 3.1 patto per la salute e art 1, comma 796, lettera c) della legge 27 dicembre 2006, n.296).

Accordi di programma

La Regione si impegna a garantire che i programmi di cui agli Accordi di programma ai sensi dell'articolo 5bis del dlgs 30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni siano coerenti con gli interventi previsti dal presente Piano.

La Regione si impegna a fornire gli elementi documentali per la verifica degli adempimenti 2005 sia al Tavolo per la verifica degli adempimenti presso il Ministero dell'economia e finanze di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 e al Comitato LEA di cui all'articolo 9 della medesima Intesa.

Obiettivi generali specifici

OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI SPECIFICI
1 Ridefinizione della rete e dell'offerta di servizi ospedalieri	1.1 Individuazione dei fabbisogni, ridefinizione e riqualificazione dell'offerta.
	1.2 Riconduzione del numero dei posti letto agli standard nazionali.
	1.3 Riassetto organizzativo dell'attività assistenziale con effetti sul governo della dinamica dei costi.
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.
	2.2 Riorganizzazione delle attività territoriali per una diversa allocazione delle risorse.
	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.
	3.2 Controllo sull'andamento complessivo dei costi e riorganizzazione del debito commerciale.
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 pubbliche
	4.5 Riduzione del costo del personale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale



Articolazione degli obiettivi specifici in obiettivi operativi

1.1 Individuazione dei fabbisogni, ridefinizione e riqualificazione dell'offerta	
1.1.1	Individuazione del fabbisogno.
1.1.2	Definizione dei requisiti autorizzazione.
1.1.3	Modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi art- 5 comma 1 lettera A LR 4/2003.
1.1.4	Ulteriori requisiti per l'accreditamento.
1.1.5	Ridefinizione dei protocolli d'intesa con le Università.
1.1.6	Centralizzazione attività di formazione orientata al raggiungimento degli obiettivi di Piano.

1.2 Riconduzione del numero dei posti letto agli standard nazionali.	
1.2.1a	Riconversione/chiusura di ospedali per acuti e cliniche di piccole dimensioni con bassi volumi di attività, o a prevalente attività riabilitativa, in poliambulatori, RSA, presidi territoriali di prossimità o hospice per il raggiungimento dello standard di 3,5 posti letto per mille abitanti.
1.2.1b	Riconversione/chiusura di reparti per lungodegenza e riabilitazione per il raggiungimento dello standard di 1 posto letto per mille abitanti.
1.2.2	Ridimensionamento di reparti con bassa performance organizzativa.
1.2.3	Trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni erogate in regime Ordinario o di DH, attraverso l'estensione degli APA e dei PAC.
1.2.4	Riorganizzazione delle rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza urgenza e l'elezione.
1.2.5	Organizzazione delle prestazioni di alta specialità secondo il modello basato su centri di riferimento e strutture satellite.

A SINTESI DEI CONTENUTI

1.3 Riassetto organizzativo dell'attività assistenziale con effetti sul governo della dinamica dei costi.	
1.3.1	Definizione di accordo triennale di erogazione di prestazioni da parte di soggetti erogatori, in analogia alla DGR 143/2006.
1.3.2	Introduzione del <i>Week Hospital</i> .
1.3.3	Introduzione dell'Osservazione Breve Intensiva.
1.3.4	Incremento ed estensione dei controlli centralizzati ed esterni sull'attività ospedaliera (controlli analitici delle cartelle cliniche).
1.3.5	Predisposizione di specifiche linee guida concernenti i criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione <i>post acuzie</i> ospedaliera (con particolare riferimento all'attività di <i>day hospital</i>).
1.3.6	Adeguamento delle tariffe ospedaliere al Decreto Ministeriale 12.09.2006

2.1 Potenziamento delle attività distrettuali per il governo della domanda orientato a garantire la continuità assistenziale e l'accesso alle cure appropriate.	
2.1.1	Emanazione linee guida per la formazione degli atti aziendali dirette a definire l'organizzazione distrettuale.
2.1.2	Promozione di forme associative dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e integrazione degli specialisti ambulatoriali.
2.1.3	Incentivazione dei processi di deospedalizzazione con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e l'attivazione di progetti per la creazione di specifiche strutture. Comune di Roma e altri Comuni.
2.1.4	Realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie a partire dagli interventi residenziale, semi-residenziale e domiciliari a favore degli anziani e dei disabili. Revisione tariffaria.
2.2 Riorganizzazione delle attività territoriali per una diversa allocazione delle risorse.	
2.2.1	Implementazione e qualificazione dell'assistenza ambulatoriale attraverso l'attività di <i>Day Service</i> e dei PAC per patologia nella quale far confluire quote di assistenza attualmente erogate in regime di DH.
2.2.2	Disciplina del corretto ed appropriato uso delle apparecchiature e prestazioni di RMN.
2.2.3	Linee guida sulla riabilitazione extraospedaliera.
2.2.4	Prestazioni escluse dai LEA.
2.2.5	Riorganizzazione strutture pubbliche e private eroganti assistenza specialistica.
2.2.6	Provvedimenti in materia di regolazione dell'offerta dell'assistenza specialistica ambulatoriale.
2.2.7	Provvedimenti in materia di adeguamento delle tariffe per l'assistenza specialistica ambulatoriale.

2.3 Politica del farmaco	
2.3.1	Distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL e controllo sull'erogazione da parte delle strutture Ospedaliere all'atto delle dimissioni del paziente dei farmaci necessari al 1° ciclo di cura.
2.3.2	Attuazione dell'accordo, stipulato nel maggio 2006 tra Regione, Federfarma, Farmacie Pubbliche e Distributori intermedi, per la distribuzione in parte diretta ed in parte in nome e per conto delle ASL di alcuni farmaci del PHT.
2.3.3	Altre misure per la distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL
2.3.4	Introduzione della monoprescrizione per le statine.
2.3.5	Acquisizione diretta da parte delle ASL dell'ossigeno per uso terapeutico
2.3.6	Verifica sistematica del rispetto degli indici di appropriatezza. Definizione e attuazione di un programma per l'appropriatezza e la razionalizzazione delle prescrizioni.
2.3.7	Introduzione di un rimborso massimo per confezione all'interno della categoria terapeutica "inibitori di pompa"
2.3.8	Misure per il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera (in via di predisposizione)
2.3.9	Quantificazione degli effetti finanziari della scadenza dei brevetti nel biennio 2008- 2009.

3.1 Contenimento dei costi diretti di produzione.	
3.1.1	Quantificare il personale del SSR e i relativi costi valutando per il tramite dell'ASP gli accordi decentrati e i contratti integrativi aziendali e intervenire sulle dotazioni organiche delle Aziende Sanitarie per rendere compatibile lo sviluppo quantitativo e qualitativo della forza lavoro con l'esigenza del contenimento dei costi.
3.1.2	Interventi diretti sulla riduzione dei costi per l'acquisto di beni servizi da parte delle strutture pubbliche del SSR.
3.1.3	Analisi di costi delle strutture sanitarie pubbliche finalizzata al recupero della forbice tra costi della produzione e valore teorico della produzione.
3.1.4	Monitoraggio delle convenzioni e delle esternalizzazioni sottoscritte dalle Asl e Ao per ottimizzare l'azione dell'intervento del blocco del turnover del personale.

3.2 Controllo sull'andamento complessivo dei costi e riorganizzazione del debito commerciale.	
3.2.1	Realizzazione del sistema di monitoraggio e controllo della spesa sanitaria regionale attraverso la gestione integrata dei flussi informativi provenienti dalle aziende sanitarie
3.2.2	Riallocazione al fondo capitale per gli investimenti finanziati con fondo corrente e definizione di uno o più stazioni appaltanti direttamente coordinate dall'Assessorato con il supporto dell'ASP.
3.2.3	Implementazione dei principi e delle procedure per il processo di formazione, aggregazione e consolidamento dei bilanci delle Aziende Sanitarie.
3.2.4	Misure di regolarizzazione dei pagamenti e del debito commerciale pregresso

4.1. Misura nazionale AIFA – delibera 28 settembre 2006: effetto sul 13%

Effetto, certificato AIFA e Ministero della Salute, sulla spesa farmaceutica territoriale

4.2. Misura nazionale AIFA – delibera 28 settembre 2006: effetto sul 3%

Effetto, certificato AIFA e Ministero della Salute, sulla spesa farmaceutica ospedaliera

4.3. Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso – codici bianchi – settore pubblico

Intervento dettagliato nel quadro dell'intervento 1.3.1. Gli effetti sono registrati come aumento delle entrate e dunque non inclusi nella manovra di riduzione della spesa

4.4. Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture pubbliche

Gli effetti sono ricompresi all'interno di quanto determinato con l'intervento 1.3.1

4.5. Riduzione del costo del personale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale

4.5.1 Blocco delle assunzioni nell'anno 2007

4.5.2 Minori oneri per trasferimenti di personale ad altre amministrazioni e verifica e riallineamento delle risorse per le competenze accessorie della dirigenza e del comparto

4.5.3 Riduzione IRAP

Articolazione degli obiettivi operativi in interventi progettuali ed azioni puntuali

1.1 Individuazione dei fabbisogni, ridefinizione e riqualificazione dell'offerta		
	Obiettivo operativo	Azione
1.1.1	Individuazione del fabbisogno	Adozione Delibera di Giunta entro il 30.04.07
1.1.2	Definizione dei requisiti autorizzazione.	Delibera di Giunta n. 424 del 14.07.2006
1.1.3	Modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi art- 5 comma 1 lettera A LR 4/2003	Adozione Delibera di Giunta entro il 28.02.2007, audita Commissione Consiliare
1.1.4	Ulteriori requisiti per l'accreditamento.	Adozione Delibera di Giunta entro il 30.04.2007
1.1.5	Ridefinizione dei protocolli d'intesa con le Università	Predisposizione nuovi criteri di convenzione e loro adozione ai rinnovi
1.1.6	Centralizzazione attività di formazione orientata al raggiungimento degli obiettivi di Piano	Predisposizione entro il 30-04.2007 di un Piano di Formazione regionale con il coordinamento dell'ASP e la partecipazione di Asclepion e delle Aziende

1.2 Riconduzione del numero dei posti letto agli standard nazionali.	
Obiettivo operativo	Azione
1.2.1a Riconversione/chiusura di ospedali per acuti e cliniche di piccole dimensioni con bassi volumi di attività, o a prevalente attività riabilitativa, in poliambulatori, RSA, presidi territoriali di prossimità o hospice per il raggiungimento dello standard di 3,5 posti letto per mille abitanti.	Delibera di Giunta n. 575 del 5.09.2006 ulteriore Delibera di Giunta in corso di adozione
1.2.1b Riconversione/chiusura di reparti per lungodegenza e riabilitazione per il raggiungimento dello standard di 1 posto letto per mille abitanti.	Delibera di Giunta n. 575 del 5.09.2006 ulteriore Delibera di Giunta in corso di adozione
1.2.2 Ridimensionamento di reparti con bassa performance organizzativa.	Delibera di Giunta n. 575 del 5.09.2006
1.2.3 Trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni erogate in regime Ordinario o di DH, attraverso l'estensione degli APA e dei PAC.	Delibera di Giunta n. 922 del 21.12.2006
1.2.4 Riorganizzazione delle rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza urgenza e l'elezione.	Adozione Delibera di Giunta entro il 31.03.2007
1.2.5 Organizzazione delle prestazioni di alta specialità secondo il modello basato su centri di riferimento e strutture satellite.	Adozione Delibera di Giunta entro il 31.03.2007

1.3. Riassetto organizzativo dell'attività assistenziale ospedaliera con effetti sul governo della dinamica dei costi	
Obiettivo Operativo	Azione
1.3.1 Definizione di accordo triennale di erogazione di prestazioni da parte di soggetti erogatori, in analogia alla DGR 143/2006.	Adozione Delibera di Giunta entro il 31.03.2007
1.3.2 Introduzione del <i>Week Hospital</i> .	Delibera di Giunta n. 921 del 21.12.2006
1.3.3 Introduzione dell'Osservazione Breve Intensiva.	Adozione Delibera di Giunta entro il 30.06.2007
1.3.4 Incremento ed estensione dei controlli centralizzati ed esterni sull'attività ospedaliera (controlli analitici delle cartelle cliniche).	Delibera di Giunta n. 427 del 14.07.2006
1.3.5 Predisposizione di specifiche linee guida concernenti i criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione <i>post acuzie</i> ospedaliera (con particolare riferimento all'attività di <i>day hospital</i>).	Adozione Delibera di Giunta entro il 31.03.2007
1.3.6 Adeguamento delle tariffe ospedaliere al Decreto Ministeriale 12.09.2006	Adozione Delibera di Giunta entro il 31.03.2007

2.1 Potenziamento delle attività distrettuali per il governo della domanda orientato a garantire la continuità assistenziale e l'accesso alle cure appropriate.	
Obiettivo operativo	Azione
2.1.1 Emanazione linee guida per la formazione degli atti aziendali dirette a definire l'organizzazione distrettuale.	Adozione Delibera di Giunta entro il 31.03.2007, audita la Commissione Consiliare
2.1.2 Promozione di forme associative dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e integrazione degli specialisti ambulatoriali.	Sottoscrizione dei protocolli d'intesa - Delibere di Giunta n. 229 del 21.04.2006 e n. 252 del 2.05.2006
2.1.3 Incentivazione dei processi di deospedalizzazione con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e l'attivazione di progetti per la creazione di specifiche strutture. Comune di Roma e altri Comuni.	Adozione Delibera di Giunta entro il 31.03.2007
2.1.4 Realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie a partire dagli interventi residenziale, semi-residenziale e domiciliari a favore degli anziani e dei disabili. Revisione tariffaria.	Tavolo Regione- Anci come da protocollo di intesa sottoscritto a luglio. Elaborazione proposta sull'ordinamento della sanità laziale entro il 31.03.2007

2.2. Riorganizzazione delle attività territoriali per una diversa allocazione delle risorse.	
Obiettivo operativo	Azione
2.2.1 Implementazione e qualificazione dell'assistenza ambulatoriale attraverso l'attività di Day Service e dei PAC per patologia nella quale far confluire quote di assistenza attualmente erogate in regime di DH.	Delibera di Giunta n. 922 del 21.12.2006
2.2.2 Disciplina del corretto ed appropriato uso delle apparecchiature e prestazioni di RMN.	Delibera di Giunta n. 423 del 14.04.2006
2.2.3 Linee guida sulla riabilitazione extraospedaliera.	Adozione Delibera di Giunta entro il 30.04.2007
2.2.4 Prestazioni escluse dai LEA.	Delibera di Giunta in fase di adozione
2.2.5 Riorganizzazione strutture pubbliche e private eroganti assistenza specialistica.	Adozione Delibera di Giunta entro il 31.03.2007
2.2.6 Provvedimenti in materia di regolazione dell'offerta dell'assistenza specialistica ambulatoriale.	Adozione Delibera di Giunta entro il 31.05.2007
2.2.7 Provvedimenti in materia di adeguamento delle tariffe per l'assistenza specialistica ambulatoriale.	Adozione Delibera di Giunta entro il 31.03.2007

2.3. Politica del farmaco		
	Obiettivo operativo	Azione
2.3.1	Distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL e controllo sull'erogazione da parte delle strutture Ospedaliere all'atto delle dimissioni del paziente dei farmaci necessari al 1° ciclo di cura.	Delibera di Giunta n. 425 del 14.07.2006
2.3.2	Attuazione dell'accordo, stipulato nel maggio 2006 tra Regione, Federfarma, Farmacie Pubbliche e Distributori intermedi, per la distribuzione in parte diretta ed in parte in nome e per conto delle ASL di alcuni farmaci del PHT.	Delibera di Giunta n. 426 del 14.07.2006
2.3.3	Altre misure per la distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL.	Adozione Delibera di Giunta entro il 28.02.2007
2.3.4	Introduzione della mono prescrizione per le statine	Adozione Delibera di Giunta entro il 28.02.2007
2.3.5	Acquisizione diretta da parte delle ASL dell'ossigeno per uso terapeutico	Adozione Delibera di Giunta entro il 28.02.2007
2.3.6	Verifica sistematica del rispetto degli indici di appropriatezza. Definizione e attuazione di un programma per l'appropriatezza e la razionalizzazione delle prescrizioni	Adozione Delibera di Giunta entro il 30.04.2007
2.3.7	Introduzione di un rimborso massimo per confezione all'interno della categoria terapeutica "inibitori di pompa"	Adozione Delibera di Giunta entro il 28.02.2007
2.3.8	Misure per il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera	Adozione Delibera di Giunta entro il 28.02.2007
2.3.9	Quantificazione degli effetti finanziari della scadenza dei brevetti nel biennio 2008-2009.	Effetti automatici

3.1. Contenimento dei costi diretti di produzione.		
	Obiettivo operativo	Azione
3.1.1	Quantificare il personale del SSR e i relativi costi valutando per il tramite dell'ASP gli accordi decentrati e i contratti integrativi aziendali e intervenire sulle dotazioni organiche delle Aziende Sanitarie per rendere compatibile lo sviluppo quantitativo e qualitativo della forza lavoro con l'esigenza del contenimento dei costi.	Definizione di un sistema di parametrizzazione e indicizzazione dei costi ai fini valutazione efficienza e produttività delle risorse umane da recepire in una Delibera di Giunta entro il 31.03.2007
3.1.2	Interventi diretti sulla riduzione dei costi per l'acquisto di beni servizi da parte delle strutture pubbliche del SSR.	Definizione di un sistema di parametrizzazione e indicizzazione dei costi ai fini valutazione efficienza e produttività delle risorse umane da recepire in una Delibera di Giunta entro il 31.03.2007
3.1.3	Analisi di costi delle strutture sanitarie pubbliche finalizzata al recupero della forbice tra costi della produzione e valore teorico della produzione.	Attivazione, entro il 28.02.2007, di un tavolo tra Asp, Regione, Aziende per l'attivazione del sistema di rilevazione di indicatori di benchmarking finalizzati alla realizzazione di interventi di riequilibrio
3.1.4	Monitoraggio delle convenzioni e delle esternalizzazioni sottoscritte dalle Asl e Ao per ottimizzare l'azione dell'intervento del blocco del turnover del personale.	Emanazione della circolare contenente il modello di rilevazione con l'individuazione della struttura amministrativa responsabile entro il 28.02.2007

3.2 Controllo sull'andamento complessivo dei costi e riorganizzazione del debito commerciale.	
Obiettivo operativo	Azione
<p>3.2.1 Realizzazione del sistema di monitoraggio e controllo della spesa sanitaria regionale attraverso la gestione integrata dei flussi informativi provenienti dalle aziende sanitarie</p>	<p>Azione a breve: Concezione e prima attuazione del sistema di analisi dei flussi informativi delle aziende sanitarie Azione di sistema: Implementazione del sistema informativo integrato sotto il coordinamento della Cabina di Regia per il controllo di gestione unificato della Aziende Sanitarie.</p>
<p>3.2.2 Riallocazione al fondo capitale per gli investimenti finanziati con fondo corrente e definizione di uno o più stazioni appaltanti direttamente coordinate dall'Assessorato con il supporto dell'ASP.</p>	<p>Adozione Delibera di Giunta per la ricognizione di tutti gli acquisti di beni strumentali impropriamente finanziati con il fondo corrente finalizzata alla riconversione verso strumenti di finanziamento in conto capitale (leasing ad esempio) e per la centralizzazione degli appalti</p>
<p>3.2.3 Implementazione dei principi e delle procedure per il processo di formazione, aggregazione e consolidamento dei bilanci delle Aziende Sanitarie.</p>	<p>Azione di breve: Concezione e prima attuazione dei principi e delle procedure per l'aggregazione e il consolidamento dei bilanci delle Aziende Azione di sistema: Predisposizione dei principi contabili e delle procedure di riferimento, nonché definizione delle specifiche funzionali per lo sviluppo del sistema informativo per la produzione, l'analisi e la gestione del bilancio aggregato e consolidato del comparto sanitario regionale (Cf. Obiettivo operativo 3.2.1)</p>
<p>3.2.4 Misure di regolarizzazione dei pagamenti e del debito commerciale pregresso</p>	<p>Attivazione delle procedure di riaccertamento dei debiti "non transati" Definizione delle procedure per la messa a regime delle attività di riaccertamento annuale presso le Aziende Sanitarie.</p>

4.1. Misura nazionale AIFA – delibera 28 settembre 2006: effetto sul 13%	
Obiettivo operativo	Azione
Effetto, certificato AIFA e Ministero della Salute, sulla spesa farmaceutica territoriale	Effetto diretto

4.2. Misura nazionale AIFA – delibera 28 settembre 2006: effetto sul 3%	
Obiettivo operativo	Azione
Effetto, certificato AIFA e Ministero della Salute, sulla spesa farmaceutica ospedaliera	Effetto diretto

4.3. Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso – codici bianchi – settore pubblico	
Obiettivo operativo	Azione
Dettagliato nel quadro dell'intervento 1.3.1. Gli effetti sono registrati come aumento delle entrate e dunque non inclusi nella manovra di riduzione della spesa	Applicazione misure nazionali

4.4. Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture pubbliche	
Obiettivo operativo	Azione
Gli effetti di risparmio sono ricompresi all'interno di quanto disciplinato e previsto negli obiettivi specifici 1.3 e 2.3. Per le quote relative al ticket si fa riferimento a quanto illustrato per l'obiettivo specifico 4.3.	Applicazione misure nazionali

A SINTESI DEI CONTENUTI

4.5. Riduzione del costo del personale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale		
	Obiettivo operativo	Azione
4.5.1	Blocco delle assunzioni nell'anno 2007	Delibera di Giunta in corso di adozione
4.5.2	Minori oneri per trasferimenti di personale ad altre amministrazioni e verifica e riallineamento delle risorse per le competenze accessorie della dirigenza e del comparto	Delibera di Giunta in corso di adozione
4.5.3.	Effetto sull'IRAP	

B
SVILUPPO DEI CONTENUTI DEL PIANO



Analisi del contesto

L'individuazione di un enorme *extra-deficit* sanitario, avvenuta nel novembre del 2005, ha posto una pesante ipoteca sull'azione di risanamento e sviluppo della regione e sulla possibilità della nuova amministrazione, di attuare pienamente il programma premiato dagli elettori nelle consultazioni del 2005.

La dimensione quantitativa del fenomeno ha superato le previsioni più pessimistiche e, a posteriori, si è rivelata come la proiezione finanziaria di un vero e proprio "caso Lazio", circuito perverso di inefficienza e malaffare, su cui sta indagando la magistratura, e che vede implicati vertici amministrativi e politici della precedente amministrazione regionale.

Per richiamare solo alcuni dati essenziali va ricordato che nel 2003 il disavanzo d'esercizio, passa dai 433 milioni di euro del preconsuntivo ai 735 milioni di euro del consuntivo, con uno scarto di 302 milioni di euro e nel 2004 dai 426 milioni di euro del preconsuntivo ai 2.048 milioni di euro, con un incremento di 1.622 milioni di euro. L'*extra-deficit* complessivo registrato nel biennio 2003 - 2004 ammonta a 1.924 milioni di euro. Il risultato del 2005, pur frenato dalle misure che la nuova amministrazione ha cominciato ad attivare dall'autunno 2005, a partire dalla sostituzione di tutti i direttori delle ASL, risulta essere negativo, dai dati di preconsuntivo, per 1.881 milioni. Un disavanzo accumulato paria a oltre 4 miliardi, dilatato ulteriormente in modo consistente dal completo scollegamento tra la competenza e la cassa che ha caratterizzato la gestione della finanza sanitaria nel precedente quinquennio. Se confrontati con i dati delle altre regioni, i deficit del Lazio risultano essere i più elevati d'Italia, sia in valore assoluto, sia in termini pro-capite.

La natura strutturale del disavanzo

Le cause indicate dalle agenzie di rating nella riduzione del merito credito, che hanno portato S&P al recente *downgrading* da A- a BBB con un *outlook* negativo possono essere riassunte nella scarsa capacità di controllo della spesa sanitaria (alti deficit sanitari, superiori alle aspettative, *extra-deficit* 2003-04, deficienze nel controllo della spesa sanitaria, incertezza sulle modalità copertura dei deficit sanitari, riduzione della liquidità delle ASL con accumulo debiti verso i fornitori, limitata flessibilità finanziaria), cui si aggiunge la rigidità del bilancio e l'aumento del debito.

Il vero nodo è quindi quello della sanità che, senza soluzioni strutturali, graverebbe progressivamente sul bilancio regionale, di cui rappresenta parte significativa, peggiorandone saldi e *stock* del debito. Questa convinzione si evince con chiarezza dalla esplicitazione dei fattori che le agenzie, nella fattispecie S&P, indicano come possibili cause del miglioramento o del peggioramento della situazione attuale (fattori di miglioramento: consistente riduzione strutturale deficit sanità, eliminazione delle tensioni finanziarie nelle ASL; fattori di peggioramento: persistenza alti deficit sanità, insufficienza sistemi di controllo spesa sanitaria, tensioni sulla liquidità delle ASL).

L'individuazione dell'enorme *extra-deficit* sanitario, nel novembre del 2005, ha posto una pesante ipoteca sull'azione di risanamento e sviluppo della regione.

Il Lazio si caratterizza per avere un diffusissima copertura di strutture ospedaliere e sanitarie: 12 ASL (cui va aggiunta l'ARES), 3 AO, 1 azienda mista, 2 Policlinici pubblici, 2 Policlinici privati, 3 IRCCS pubblici, 6 IRCCS privati, 42 strutture private accreditate per il ricovero acuti e 7 ospedali classificati. Le risorse del Fondo sanitario attribuite al Lazio, calcolate sul dato della popolazione risultante dal Censimento Istat 2001, sono pari alla media nazionale.

Analisi S.W.O.T.

Punti di debolezza	Punti di forza
<p>Eccessiva dotazione di posti letto</p> <p>Ritardi nei programmi di edilizia sanitaria con la sopravvivenza di piccole strutture locali</p> <p>Aumento delle specialità senza riconversione dei posti letto già esistenti per le discipline di medicina generale, chirurgia ed ortopedia</p> <p>Inappropriatezza dei ricoveri, in particolare nel day hospital, ritardo nella diffusione della day surgery</p> <p>Flussi di mobilità passiva</p>	<p>Significativi margini per il recupero di efficienza</p> <p>Potenzialità di sviluppo della rete assistenziale territoriale</p> <p>Presenza di numerosi punti di eccellenza nella rete di offerta</p>
<p>Progressivo aumento della popolazione anziana</p> <p>Spesa per i farmaci attestata al di sopra della media nazionale</p> <p>Sottostima del fondo rispetto al costo degli attuali Livelli Essenziali di Assistenza da garantire ai cittadini</p>	<p>Programma di riconversione in Presidi Territoriali di Prossimità, RSA ed Hospice di parte della rete ospedaliera</p> <p>Introduzione di forti elementi di governo della spesa farmaceutica</p>
Minacce	Opportunità

Obiettivo generale	Obiettivi Specifici
<p>1. Ridefinizione della rete e dell'offerta di servizi ospedalieri</p>	<p>1.1 Individuazione dei fabbisogni, ridefinizione e riqualificazione dell'offerta</p>
	<p>1.2 Riconduzione del numero dei posti letto agli standard nazionali.</p>
	<p>1.3 Riassetto organizzativo dell'attività assistenziale con effetti sul governo della dinamica dei costi.</p>

FOCUS: Ridefinizione della rete e dell'offerta dei servizi ospedalieri

La sanità del Lazio si è storicamente caratterizzata per un'elevata disponibilità di posti letto, dovuta in grande misura alla presenza in Roma dei policlinici universitari e delle grandi istituzioni della sanità religiosa.

La rete ospedaliera della Regione Lazio è costituita da 144 strutture pubbliche ed accreditate (tabella 1).

Tabella 1 Distribuzione degli ospedali per tipologia amministrativa e tipo di attività svolta – anno 2006⁽¹⁾

Tipologia amministrativa	Acuti				Lungodegenza medica + Riabilitazione		Totale	%
	Solo acuzie	Acuzie + Ldg medica/ riabilitazione	Totale	%	Totale	%		
Pubblici								
Presidio di ASL	36	12	48	43%	5	15%	53	37%
Azienda Ospedaliera	1	3	4	4%		0%	4	3%
Totale	37	15	52	47%	5	15%	57	40%
Equiparati al pubblico								
Pol. Universitario		4	4	4%		0%	4	3%
IRCCS	4	2	6	5%	1	3%	7	5%
Ospedale classificato	7		7	6%	1	3%	8	6%
Totale	11	6	17	15%	2	6%	19	13%
Privati								
Cdc Accreditata	28	14	42	38%	26	79%	68	47%
Totale	76	35	111	100%	33	100%	144	100%

(1) Incluso Ospedale Bambino Gesù, IRCCS extraterritoriale

La dotazione di posti letto della rete ospedaliera regionale, desunta dai dati ministeriali SIS 2005 e dai più aggiornati dati SIPLET³ 2006, è descritta nella tabella seguente

³ Fonte dati SipleT (ultimo aggiornamento relativo al 31 marzo 2006) è costituito dall'archivio dei dati sulla dotazione dei posti letto accreditati dei singoli soggetti erogatori rilevata dalle Direzioni Generali Aziendali. La prima rilevazione fu effettuata al 30 settembre 2002, su richiesta dell'Assessore alla Sanità, e successivamente aggiornata attraverso formali comunicazioni (circolari ASP n. 1915 (ASL) e n. 1916 (Aziende ospedaliere, universitarie ed IRCCS) del 10 aprile 2003) sottoposte dalle Aziende alla valutazione dell'amministrazione competente (direzione regionale PSTS) che, avendone verificata la regolarità, ne ha informato l'Agenzia autorizzando ovvero non autorizzando le variazioni. Data l'importanza della precisione del dato ai fini del presente documento, l'ASP ha comunque in previsione una nuova survey dei posti letto regionali.

Tabella 2 dotazione posti letto ospedalieri della Regione Lazio

OFFERTA OSPEDALIERA - REGIONE LAZIO												
		posti letto acuti				posti letto non acuti				Posti letto complessivi		popolazione stimata al 1/1/2006
SISTEMI INFORMATIVI:		p.l. pubblici	p.l. provv. accreditati	totali acuti	indice x mille ab.	p.l. pubblici	p.l. provv. Accreditati	Totale non acuti	indice x mille ab.	Totale	indice x mille ab.	
posti letto	anagrafe 2006 - dati SIS (*)	18.854	4.392	23.246		1.595	4.448	6.043		29.289		6.304.778
	in esercizio 2006 - dati SIS (*) (S)	18.125	4.580	22.705		1.604	4.413	6.017		28.722		
	in esercizio 2006 - dati SIPIET (*)	18.889	3.349	22.238		1.585	4.199	5.784		28.022		
Eccedenza posti letto	anagrafe 2006 - dati SIS (*)			4.679				738		5417		
	in esercizio 2006 - dati SIS (*) (S)			4138				712		4850		
	in esercizio 2006 - dati SIPIET (*)			3.671				479		4.150		

(*) Nel dati SIS sono riportati i P.L. in dotazione e a cura di cura definite nell'assistenza psichiatrica (art. 1028)

(S) dati del SIS 2005 "p.l. in esercizio" con esclusione i p.l. di tutte le ASL RMF, i p.l. delle A.O.S. Andrea (RM) e i p.l. dei PP 00 001 e 002 della RMG (aggiornati al 31 ottobre 2006)

A) Offerta posti letto per acuti

Negli ultimi anni un ingiustificato rallentamento delle necessarie azioni di razionalizzazione della rete ospedaliera sia pubblica che privata, i ritardi nei programmi di edilizia sanitaria con la conseguente sopravvivenza di piccole strutture locali, soprattutto nelle province, non solo ha ritardato il processo di riduzione di posti letto per acuti, avviato dal 1996 e richiesto dai cambiamenti della domanda di salute e dai moderni modelli organizzativi dei sistemi sanitari avanzati, ma ha addirittura invertito il trend registrando un ingiustificato aumento. All'aumento delle specialità, infatti, non ha corrisposto una riconversione dei posti letto già esistenti per le discipline di medicina generale, chirurgia ed ortopedia. Inoltre, si registra una significativa quota di inappropriatazza dei ricoveri, ad esempio nel *day hospital* medico, ed un ritardo nella *day surgery*.

Le 111 strutture che effettuano ricoveri per acuti sono per il 47% strutture pubbliche (40% presidi di ASL, 7% Az. Ospedaliere), cui corrisponde il 53% dei posti letto attivi, per il 15% strutture equiparate al pubblico (4% Pol. Universitari, 5% IRCCS, 6% ospedali classificati), cui corrisponde il 32% dei posti letto e per il 38% privati accreditati, cui corrisponde il 15% dei posti letto attivi (Tabella 1).

Tabella 3 Distribuzione dei posti letto acuti anagrafici per tipologia amministrativa - dati S.I.S. anno 2005 (*) (S)

Provincia	aziende ospedaliere	presidi di ASL	Policlinici pubblici	IRCCS pubblici	Policlinici privati	IRCCS privati	ospedali classificati	case di cura accreditate	totale per Provincia
Roma	3410	4781	1918	710	2136	351	1922	3288	18516
VT	0	839	0	0	0	0	0	94	933
RI	0	492	0	0	0	0	0	0	492
LT	0	995	0	0	0	0	0	850	1845
FR	0	1300	0	0	0	0	0	160	1460
totale per tipologia	3410	8407	1918	710	2136	351	1922	4392	23246

(*) con esclusione dei p.l. dell'IRCCS extraterritoriale Bambino Gesù -

(S) sono inclusi nei dati SIS i p.l. di 13 case di cura esclusivamente dedicate all'assistenza psichiatrica (1026 p.l.)

Il Piano Sanitario Nazionale fissa in 3,5 p.l. per mille abitanti il fabbisogno di posti letto per acuti. Nel Lazio tale indice (4,38) risulta ancora nettamente elevato (tabella 2); per riportare tale parametro ai valori prefissati, in base al dato stimato della popolazione laziale al 1/1/2006⁴, occorre ridurre i posti letto per acuti a 18.567, effettuando un taglio di 4.679 p.l., sull'ammontare dei p.l. anagrafici - dati SIS 2005 (3.671 p.l. su p.l. attivi - dati SIPLET- 2006 a cui vanno aggiunti i 1.115 p.l. psichiatrici da riconvertire).

Tabella 4 Distribuzione del rapporto tra numero di posti letto per acuti e popolazione residente per ASL - anno 2006

dotazione posti letto attuale - Rapporto posti letto abitante per ASL (§)							
Area di riferimento territoriale	Popolazione stimata 2006 (dati Min. Sal.)	POSTI LETTO ATTUALMENTE IN DOTAZIONE					
		p.l. anagrafici dati SIS 2005 (*)	Indice p.l. /1000 ab.	p.l. in esercizio dati SIS 2005 (*) (*)	Indice p.l. /1000 ab.	p.l. attivi SIPLET 2006	Indice p.l. /1000 ab.
RMA	459.759		7,46	3.508	7,63		7,53
RMB	638.062		2,52	1.633	2,56		2,39
RMC	515.486		3,69	2.045	3,97		3,62
RMD	516.326		4,72	2.750	5,33		4,70
RME	493.278		11,16	5.885	11,93		11,10
RMF	277.057		1,18	-	0,00		1,57
RMG	437.672		1,90	771	1,76		1,94
RMH	488.493		3,34	1.653	3,38		3,40
VT	303.248		3,08	795	2,62		2,85
RI	155.005		3,17	421	2,72		3,21
LT	525.776		3,51	1.958	3,53		3,31
FR	494.617		2,95	1.386	2,80		2,90
LAZIO	5.304.778	23.246	4,38	22.705	4,28	22.238	4,19

(§) con esclusione p.l. IRCCS extrateritoriale Bambino Gesù

(*) Nei dati SIS sono riportati i P.L. in dotazione a case di cura dedicate ad assistenza psichiatrica (p.l. 1026)

(*) dai dati SIS 2005 "p.l. in esercizio" non risultano i p.l. della ASL RMF, i p.l. della AO S. Andrea (RME) e i p.l. dei PP OO 051 e 057 della RMG

Analizzando la distribuzione del rapporto p.l./abitanti per ASL geografica su cui insistono le strutture ospedaliere si evidenzia inoltre (Tabella 4) una forte disomogeneità dovuta in primis alla concentrazione delle Aziende Ospedaliere, degli IRCCS e dei Pol. Universitari nella città di Roma. L'eccesso di P.L. è concentrato nella ASL RME, nella ASL RMA ed in misura inferiore nella ASL RMD. Tale eccesso è solo parzialmente compensato dalla mobilità attiva di residenti in altre regioni verso i grandi ospedali di Roma. Si riporta nella Tabella 5 l'offerta complessiva di posti letto attivi per acuti per area di specialità di ricovero da cui si evince che in tutta la Regione l'area chirurgica è quella con maggiore dotazione di posti letto (8595 pl).

⁴ La stima della popolazione della Regione Lazio (5.304.778) aggiornata al 1 gennaio 2006, è stata fornita dal Ministero della Salute

Tabella 5 Distribuzione dei p. l. per acuti attivi (dati SIPLET 2006) per area di specialità di ricovero e zona geografica – anno 2006 (*)

Area specialità di ricovero ⁵	Roma (ASL RMA-RME)	Prov. Roma (ASL RMF-RMH)	Altre Province	Totale	%
Chirurgia	5.640	1.104	1.651	8.595	37%
Medicina Generale	5.491	1.067	1.705	8.283	36%
Ostetricia e ginecologia	1.078	271	373	1.722	8%
Pediatria	850	194	225	1.269	6%
Oncologia	821	72	118	1.011	4%
Ter. Intensive	563	76	86	725	3%
Alte Specialità	487	0	4	491	2%
Osservazione Breve	266	52	58	376	2%
Psichiatria	182	67	96	345	2%
Altro	86	26	12	124	1%
Totale	15.464	2.949	4.528	22.941	100%

(*) Incluso Ospedale Bambino Gesù, IRCCS extralaziale

Si nota inoltre che le alte specialità sono concentrate quasi esclusivamente nell'area di Roma e ciò determina che i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di livello II della rete dell'emergenza del Lazio siano anch'essi presenti tutti nella Capitale, come riportato nella Tabella 6.

Il quadro regionale dell'offerta assistenziale risulta quanto mai diversificato e squilibrato sul territorio per lo più a vantaggio dell'area metropolitana, dove insiste la grande maggioranza dell'offerta ospedaliera: Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Aziende ospedaliere, Aziende universitarie, Ospedali classificati, strutture private accreditate. Ciò determina una debolezza della rete nelle province con disagio per i cittadini e fenomeni di mobilità sanitaria.

⁵ **Alte specialità:** (07) cardiocirurgia, (30) neurochirurgia; **Chirurgia:** (09) chirurgia generale, (10) chirurgia maxillo facciale, (12) chirurgia plastica, (13) chirurgia toracica, (14) chirurgia vascolare, (34) oculistica, (35) odontostomatologia, (36) ortopedia e traumatologia, (38) otorinolaringoiatria, (43) urologia, (48) nefrologia abilitaz. trapianto rene; **Medicina generale:** (05) angiologia, (08) cardiologia, (15) medicina sportiva, (18) ematologia, (19) malat. endoc. del ric. e della nutr., (20) immunologia, (21) geriatria, (24) malattie infettive e tropicali, (25) medicina del lavoro, (26) medicina generale, (29) nefrologia, (32) neurologia, (52) dermatologia, (58) gastroenterologia, (68) pneumologia, (71) reumatologia; **Oncologia:** (61) medicina nucleare, (64) oncologia, (66) oncoematologia, (70) radioterapia, (74) radioterapia oncologica, (82) terapia del dolore; **Osservazione breve:** (51) breve osservazione; **Ostetricia e ginecologia:** (37) ostetricia e ginecologia; **Pediatria:** (06) cardiocirurgia pediatrica, (11) chirurgia pediatrica, (39) pediatria, (62) neonatologia, (73) terapia intensiva neonatale, (76) neurochirurgia pediatrica, (77) nefrologia pediatrica, (78) urologia pediatrica, (40) psichiatria; **Terapia intensiva:** (28) unità spinale, (47) grandi ustioni, (49) terapia intensiva, (50) unità coronaria; **Psichiatria:** (40) psichiatria; **Altro:** (00) polispecialistico, (01) allergologia, (27) medicina legale, (31) nido, (33) neuropsichiatria infantile, (41) medicina termale, (42) tossicologia, (46) grandi ustioni pediatriche, (54) emodialisi, (55) farmacologia clinica, (57) fisiopatologia della riproduzione umana, (65) oncoematologia pediatrica, (67) pensionanti, (69) radiologia, (97) detenuti.

Tabella 6 Distribuzione dei PS/DEA per zona geografica e livello di complessità assistenziale – anno 2005 (1)

ASL	Specialistico	PS	DEAI	DEAII	Totale
<i>Roma</i>					
RMA	2		2	2	6
RMB		2	1		3
RMC			1	2	3
RMD			1	1	2
RME	1	3	3	2	9
RMF		1	1		2
RMG		4	1		5
RMI		5	2		7
<i>Altre Province</i>					
ASL VI		5	1		6
ASL RI		2	1		3
ASL LT	1	5	2		8
ASL FR		5	2		7
Totale	4	32	18	7	61

(1) Incluso Ospedale Bambino Gesù, IRCCS extraterritoriale

Nella tabella 7 si riassumono gli effetti dell'applicazione del metodo nei diversi anni, distinguendo tra i DRG chirurgici e medici previsti dalla DGR 864/02 (corrispondenti ai 43 DRG dell'allegato 2C più 6 DRG aggiunti su base regionale) ed i nuovi DRG medici introdotti con la DGR 602/04. In tabella 8 è riportata anche la differenza economica ricavata dalla remunerazione dei ricoveri ordinari inappropriati come ricoveri in *day hospital*, così come previsto dalle delibere regionali. Poiché nel SIO la differenza di remunerazione viene applicata solo sui ricoveri dei residenti in regione, l'effetto economico reale potrebbe essere di poco inferiore rispetto a quello riportato.

Tabella 7 Ricoveri considerati inappropriati

	II-2002		2003		2004		2005	
	N	% ⁶	N	%	N	%	N	%
DRG chirurgici	5.957	21,4	7.900	17,3	18.857	44,4	18.175	44,4
DRG medici	7.827	18,2	13.409	16,8	22.242	26,3	19.943	26,9
Nuovi DRG (medici)	-	-	-	-	6.543	16,9	6.273	18,2
Totale	13.784	19,4	21.309	17	47.642	29,8	44.391	29,7
Differenza economica	16.506.664		26.799.939		62.536.747		60.304.097	

Le Regioni e le ASL hanno l'obbligo di effettuare controlli analitici sulla documentazione clinica di almeno il 2% dei dimessi. Nella tabella 9 si riassumono il numero di controlli e la differenza di ricavo evidenziata. Il minor numero di controlli effettuato sull'attività del 2003 è dovuto all'entrata in vigore della DGR 1178/03 che ha modificato la tempistica dei controlli al fine di assicurare una maggiore efficacia al meccanismo di recupero della differenza di ricavo. I riferimenti temporali sono relativi all'anno di svolgimento dell'attività ospedaliera. I controlli analitici sono in ogni caso effettuati, sull'attività di ciascuna delle strutture erogatrici, con cadenze mensili e trimestrali attraverso il Sistema Informativo ASP.

Tabella 8 Volumi ed effetto dei controlli analitici effettuati.

Anno	N° controlli	Differenza di ricavo (euro)
2001	24.120	10.395.580
2002	24.974	11.544.873
2003	20.695	9.909.913
2004	38.658	11.232.936

Tabella 9 Principali risultati dei controlli svolti nell'anno solare 2005⁷

Tipologia controllo	Ricoveri controllati	Incongrui/inappropriati		Differenza di ricavo (euro)
		N°	%	
Congrui	15.498	7.360	47%	6.758.093
Appropriatezza	11.891	3.688	31%	3.143.536
Riabilitazione	2.928	480	16%	136.151
TOTALE	30.317	11.528	38%	10.042.781

Studi conoscitivi eseguiti sull'attività del 2000 segnalano, come inappropriata, una quota pari al 65% dell'attività di *day hospital* medico.

Come si osserva nelle specialità esclusivamente chirurgiche il rapporto tra DRG medici e chirurgici evidenzia aspetti che andrebbero meglio indagati facendo ipotizzare un uso improprio sull'utilizzo dei posti letto. In termini di valori assoluti si può ipotizzare un eccedenza di ricoveri pari a

⁶ % sul totale dei DRG valutati.

⁷ Dati riferiti agli anni di dimissione 2004 e 2005.

circa 50.000 l'anno con un *surplus* conseguente di circa 1.000 posti letto.

Con la Delibera n.143 del 2006 sono stati definiti il nuovo sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie con tetti di erogazione di prestazioni e di spesa per ogni soggetto pubblico e privato accreditato, con definizione per l'anno 2006 del tasso di ospedalizzazione per acuti a 185 ricoveri per mille abitanti.

Con la stessa deliberazione sono stati definiti i seguenti ulteriori criteri di appropriatezza:

- Modificazione delle soglie per 70 DRG a rischio di inappropriata (in numero superiore di 43 previsti dalle linee-guida nazionali)
- Definizione dei criteri di accesso al *day hospital* medico
- Trasferimento dal regime ospedaliero a quello ambulatoriale di alcune prestazioni definite in specifici accorpamenti.

Il provvedimento sta concorrendo, già a decorrere dall'anno 2006, al meccanismo di rimodulazione della rete di offerta, per effetto della collocazione degli interventi di decompressione del *tunnel* carpale e interventi sul cristallino con o senza vitrectomia nell'ambito delle attività ambulatoriale. E' stata altresì introdotta a partire dall'anno 2006 una metodologia di rilevazione, controllo e conseguente fatturazione delle prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali erogate dai soggetti privati accreditati che garantisca il rispetto di tetti di spesa fissati con la citata delibera 143/2006.

Come si osserva nella tabella 10, per le specialità esclusivamente chirurgiche, il rapporto tra DRG medici e chirurgici evidenzia aspetti che andrebbero meglio indagati facendo ipotizzare un uso improprio sull'utilizzo dei posti letto. In termini di valori assoluti si può ipotizzare un'eccedenza di ricoveri pari a circa 50.000 l'anno con un *surplus* conseguente di circa 1.000 posti letto.

Tabella 10 Ricoveri chirurgici divisi per tipologia di DRG

SPECIALITA'	DRG chir.	DRG medici	% DRG medici
cardiochirurgia pediatrica	527	420	44,35
Cardiochirurgia	4.505	1.276	21,85
chirurgia generale	73.465	48.662	39,85
chirurgia maxillo facciale	3.130	1.163	27,09
chirurgia pediatrica	3.160	3.203	50,34
chirurgia plastica	7.045	1.438	16,95
chirurgia toracica	2.188	799	26,75
chirurgia vascolare	6.002	1.540	20,42
Neurochirurgia	6.810	1.978	22,51
Ortopedia e traumatologia	49.337	17.683	26,38
Otorinolaringoiatria	17.561	8.538	32,71
Urologia	15.365	9.052	37,07
neurochirurgia pediatrica	401	296	42,47
urologia pediatrica	1.660	1.223	42,42
TOTALE	191.216	97.271	33,72

B) Offerta posti letto non acuti (Riabilitazione e lungodegenza)

Gli Istituti

Da dati SIO 2005, nella Regione Lazio risultano accreditati 50 Istituti di ricovero dotati di p.l. di riabilitazione:

- 18 pubblici (11 presidi ASL, 3 AO e 4 AU)
- 32 privati (1 Ospedale Classificato, 28 Case di Cura accreditate, 3 IRCCS).

Dei 50 istituti accreditati: tre effettuano ricoveri di Riabilitazione in Assistenza Intensiva (IRCCS Santa Lucia, Hcl San Giovanni Battista e CdC San Giuseppe), due Istituti sono dotati di reparto di Unità Spinale (51 p.l.).

I 50 istituti sono ubicati negli ambiti territoriali di tutte le Aziende Sanitarie della regione, eccetto RM F e Rieti.

Da dati SIO 2005, nella Regione Lazio risultano accreditati 25 Istituti dotati di p.l. di lungodegenza, collocati in 9 ASL (non sono presenti nella Roma B, Rieti e Latina).

Complessivamente Le case di cura accreditate dotate di p.l. di riabilitazione e lungodegenza rappresentano il 79% dei punti di offerta ed il 72% del totale dei posti letto.

I posti letto

Complessivamente nella Regione, i p.l. anagrafici (SIS 2005) di lungo degenza e riabilitazione risultano 6074 (6043 esclusi i p.l. dell'IRCCS Bambino Gesù) i p.l. attivi⁸ 2006 risultano 5.814 (5.784 esclusi i p.l. dell'IRCCS Bambino Gesù). La tabella seguente illustra la distribuzione per Provincia dei posti letto anagrafici (SIO-2005) e attivi (RAD-R-2006) suddivisi per reparti di lungodegenza e riabilitazione.

⁸ Il Sistema Informativo RAD-Riabilitazione (RAD-R), attivo da maggio 2005, ed a cui aderiscono tutti gli Istituti di ricovero della regione Lazio con reparti identificati dai codici ministeriali 28 (unità spinale), 56 (recupero e rieducazionale funzionale) e 75 (neuronabilitazione). A partire dal 1-1-2006 il RAD-R è l'unico sistema informativo deputato a raccogliere informazioni sui ricoveri ordinari e diurni da questi reparti. In precedenza le informazioni erano raccolte dal Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (SDO), ritenuta però insufficiente per descrivere la complessità dei pazienti ricoverati in reparti di riabilitazione successivamente ad un evento acuto. Il RAD-R, basato su informazioni raccolte attraverso una specifica scheda, dovrebbe essere in grado di cogliere adeguatamente la specificità clinica del paziente e la peculiarità dell'intervento riabilitativo. La scheda RAD-R raccoglie informazioni: sulla patologia oggetto dell'intervento riabilitativo oltre alla patologia di base; su un numero di patologie associate fino a 8; sulle modalità di accesso in riabilitazione e il tempo trascorso tra evento acuto e ricovero in post-acuzie; sulla presenza di compromissioni (cognitiva, del comportamento, della comunicazione/linguaggio, sensoriale, della manipolazione, dell'equilibrio, della locomozione, cardiovascolare prevalente, dell'apparato respiratorio, del controllo sfinterico, dell'apparato urinario, dell'area della nutrizione) e di altre condizioni, quali la presenza di ulcere, di tracheostomia; sulla definizione di paziente come post-comatoso, come miceloso, sui risultati della somministrazione di scale di valutazione misurate all'accettazione ed alla dimissione (Indice di Barthel, Six minute walk test, Glasgow Outcome Scale, Levels of Cognitive Functioning, Disability Rating Scale, Spinal Cord Independence Measure), sulla tipologia di protesi/ortesi/ausili prescritti, sul programma riabilitativo proposto, sulla condizione abitativa alla dimissione, sulle eventuali patologie intercorse durante il ricovero.

Tabella 11 Dotazione attuale p.l. riabilitazione e lungodegenza – Regione Lazio (*)

Attuale dotazione posti letto di riabilitazione (codici 26, 56, 74) e lungodegenza (codice 60) per ASL										
ASL	Popolazione	Riabilitazione			Lungodegenza			TOTALE		
		p.l. anagrafici	p.l. in esercizio	p.l. attivi	p.l. anagrafici	p.l. in esercizio	p.l. attivi	p.l. anagrafici	p.l. in esercizio	p.l. attivi
		SIS 2005	SIS 2005	SIO-Rad-R 2006	SIS 2005	SIS 2005	SIO-Rad-R 2006	SIS 2005	SIS 2005	SIO-Rad-R 2006
RM A	459.759	261	301	322	59	84	39	320	385	361
RM B	638.062	270	284	270	40	-	-	310	284	270
RM C	515.486	445	427	426	33	33	33	478	460	459
RM D	516.326	994	1.050	986	246	245	244	1.240	1.295	1.230
RM E	493.278	467	486	426	326	326	248	793	812	672
RM F	277.056	-	-	-	-	-	24	-	-	24
RM G	437.672	360	296	362	175	175	175	535	471	537
RM H	488.493	820	816	713	602	602	431	1.422	1.418	1.144
VT	303.248	207	197	197	129	84	128	336	281	325
RI (*)	155.005	2	2	2	-	-	-	2	2	2
LT	525.776	285	285	283	-	-	-	285	285	283
FR	494.617	164	164	297	160	160	180	324	324	477

(*) Popolazione residente stimata al 1-01-2006 - Dati Ministero della Salute

Il fabbisogno regionale di posti letto

La Legge 537/1993 e l'intesa Stato-Regioni del 2005, hanno fissato complessivamente per la lungodegenza e la riabilitazione post-acuzie un fabbisogno di 1 posto letto per 1000 abitanti. Tale standard di riferimento è stato fatto proprio dalla Regione Lazio e ribadito dalla DGR 143/2006 e dal Piano di rientro dell'extra deficit sanitario. Attualmente, i dati regionali (indice p.l. anagrafici: 1,14, indice p.l. attivi: 1,09) risultano ancora al sopra di questo parametro.

Al momento, non esiste nessuna indicazione nazionale sulla proporzione fra posti di riabilitazione e lungodegenza. L'unica informazione utilizzabile deriva da uno studio condotto su dati nazionali⁹ che riportano un valore di 0,3 posti letto di lungodegenza per 1000 abitanti.

Elementi per la definizione di un piano di riorganizzazione della rete di assistenza

Sulla base del fabbisogno stimato secondo lo standard, si osserva un eccesso di 738 p.l. rispetto ai dati p.l. anagrafici SIS 2005 (o 479 p.l. rispetto ai dati p.l. attivi RAD-R 2006), con un'ampia eterogeneità per singola ASL: l'eccesso nella città di Roma e nelle ASL H e Roma G risulta particolarmente elevato a fronte invece di una carenza nelle ASL Roma B, Latina e Rieti. In queste tre Aziende la carenza è quasi totalmente da attribuire alla mancanza di posti letto di lungodegenza.

Si elaborerà pertanto, entro il 31.12.2007, una razionale proposta di riorganizzazione della rete che dovrà basarsi sui seguenti punti:

- valutazione dell'appropriatezza dell'accesso e della durata dei trattamenti riabilitativi di post-acuzie e lungodegenza; a questo riguardo il piano per il rientro del deficit sanitario approvato dalla Giunta regionale il 30 giugno 2006, assegnava a Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica il compito di elaborare entro il 31 ottobre 2006 delle raccomandazioni sui criteri di accesso ai reparti di riabilitazione post-acuzie in regime di ricovero ordinario e di Day Hospital (DH). Il Direttore Generale di Laziosanità in data 8 agosto 2006 (Prot. ASP n.6268) ha formalmente incaricato

⁹ Pesaresi F, Simoncelli M. La riabilitazione ospedaliera: posti letto, attività e previsioni regionali. *Appunti sulle politiche sociali* 2006(6): 1-7

esperti nel campo della riabilitazione ospedaliera di produrre il documento; il gruppo tecnico, coordinato da Laziosanità, ha concluso i lavori il 25 ottobre 2006. Il testo è stato inviato all'Assessore alla Sanità e al Direttore Regionale della Direzione Tutela della Salute e SSR in data 27 ottobre 2006 (Prot. ASP n.7942) valutazione nel corso del 2007 dell'effetto sui dati RAD-R dell'applicazione delle linee guida sui criteri di accesso;

- definizione del rapporto ottimale fra posti letto di riabilitazione e lungodegenza (attualmente i posti letto di lungodegenza rappresentano il 26%) e quello fra posti letto di riabilitazione post-acuzie ordinari e DH (attualmente la percentuale di DH è del 9,5%);
- considerazione del fenomeno della mobilità attiva, motivata dalla presenza nella città di Roma di Istituti a specializzazione di rilievo nazionale (nel 2005 i ricoveri ordinari e gli accessi in DH riferiti a soggetti non residenti hanno rappresentato, rispettivamente, il 9,6% ed il 4,7%);
- valutazione della struttura per età della popolazione residente nelle singole ASL.

La valutazione dell'attività dei reparti di recupero e rieducazionale funzionale (56) e neuroriabilitazione (75), attraverso gli indicatori più utilizzati per valutare i ricoveri in acuzie (durata della degenza e indice di occupazione dei posti letto) risulta poco informativa, alla luce dei soli dati SDO, sia complessivamente che per singola struttura.

Da rilevare che circa il 10% delle 33.173 dimissioni si riferivano a persone residenti fuori regione. La quota di mobilità regionale attiva non sembrerebbe comportare un incremento nell'offerta di ricoveri in reparti di riabilitazione, poiché è riequilibrata da una analoga percentuale di mobilità passiva verso altre regioni (in particolare l'Abruzzo).

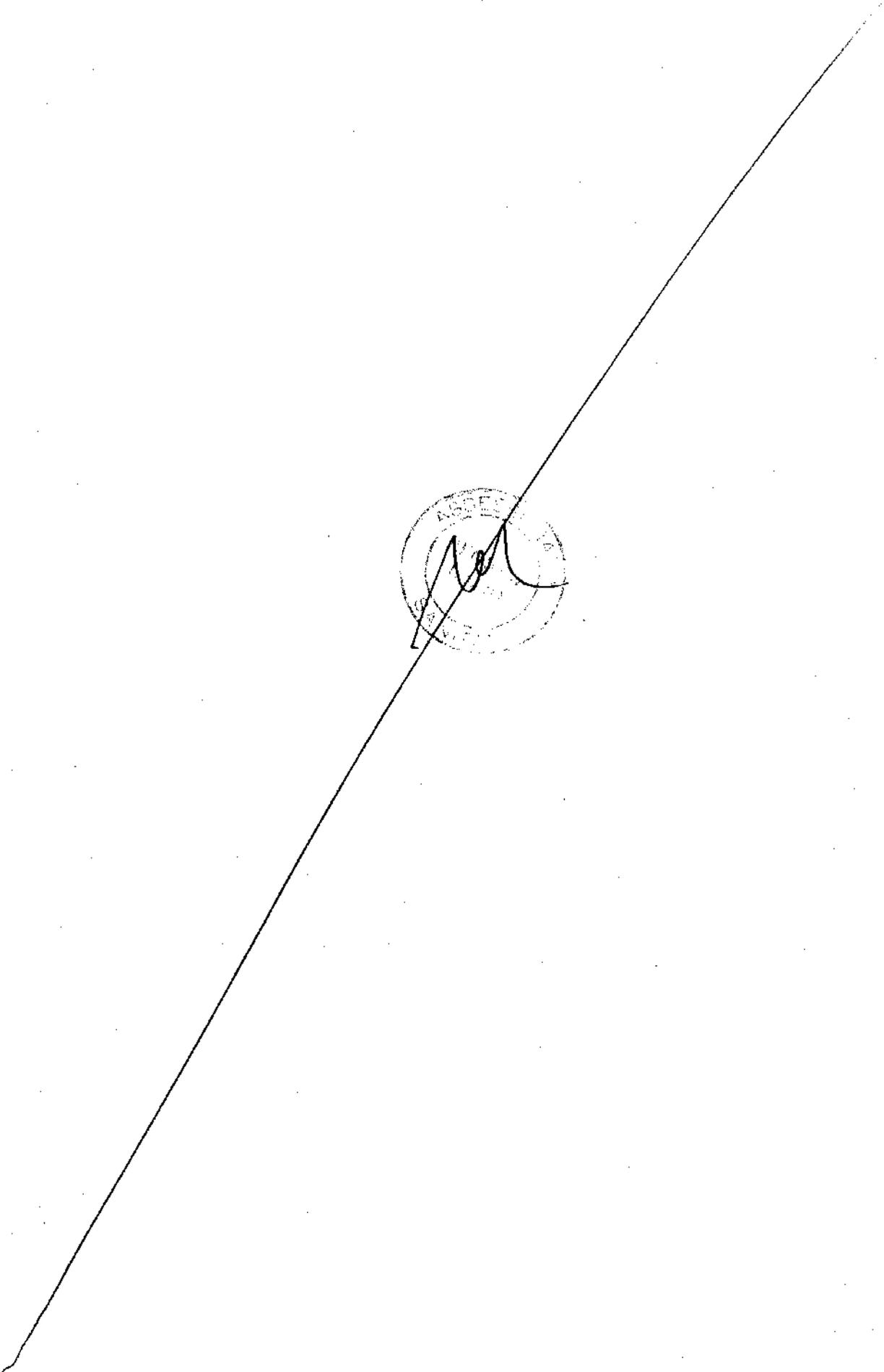
La durata media della degenza è risultata essere pari a 37 giorni per i ricoveri ordinari; per i ricoveri in regime diurno il numero medio di accessi è risultato pari a 19. Durate così lunghe, in assenza di criteri per verificarne l'appropriatezza, non consentono una valutazione critica né per l'intera regione, né per singola struttura.

In funzione della stima del fabbisogno di posti letto è ancor meno utile la valutazione del dato sull'indice di occupazione. L'indice regionale dei reparti di riabilitazione è risultato pari all'87% per il regime ordinario e al 114% per il regime diurno (assumendo pari a 2 il numero di ricoveri giornalieri su posti letto di DH); il motivo di tale incongruenza deriva verosimilmente dal fatto che queste strutture utilizzano per attività di DH posti letto accreditati per il regime ordinario.

Tuttavia, proprio il dato relativo al ricovero in regime diurno, suggerisce una riflessione sull'utilizzo dei posti letto sia ordinari che di DH, che diventa ancora più interessante se si effettua l'analisi per singola struttura. In particolare, per alcune strutture si osserva un basso indice di occupazione dei posti letto in regime ordinario compensato da un utilizzo "improprio" di un singolo posto di DH (fino a 6 ricoveri al giorno), che sembrerebbe suggerire una tipologia di offerta assistenziale più simile a quella erogabile in regime ambulatoriale che non in regime di ricovero.



OBIETTIVO GENERALE 1 - Miglioramento della rete e dell'offerta di servizi specialistici		obiettivi operativi/finanziari	azioni	effetti attesi			impatto sulla spesa		
				diretti sulla spesa	indiretti	in sintesi	2007	2008	2009
1.1	Individuazione dei fabbisogni, razionalizzazione e riqualificazione dell'offerta	1.1.1	Individuazione del fabbisogno.	Adozione Delibera di Giunta entro il 30/06/07	X				
		1.1.2	Codifica dei requisiti di autorizzazione	Delibera di Giunta n. 424 del 14/07/2006	X				
		1.1.3	Modalità e termini per l'adempimento ai requisiti autorizzativi art.5 comma 1 lettera A LR 4/2003.	Adozione Delibera di Giunta entro il 28/02/2007, audita Commissione Consiglieri	X				
		1.1.4	Ulteriori requisiti per l'accreditamento.	Adozione Delibera di Giunta entro il 28/02/2007	X				
		1.1.5	Definizione dei protocolli clinici con le Università.	Preparazione nuovi entri di convenzione	X				
		1.1.6	Centralizzazione attività o formati che rientrano nell'aggiornamento degli operatori di Piano	Preparazione Piano di Formazione regionale con il coordinamento della SP e la partecipazione di medici e delle Aziende	X				
1.2	Riconduzione del numero dei posti letto agli standard regionali	1.2.1a	Riconversione/chiusura di ospedali per acuti e cliniche di piccole dimensioni, con bassi volumi di attività, o a prevalente attività ambulatoriale, in poliambulatori, RSA, presidi territoriali di prossimità o ricoveri per il raggiungimento dello standard di 3,5 posti letto per mille abitanti.	Delibera di Giunta n. 575 del 13/02/06, e adozione Delibera di Giunta entro il 28/02/2007	X				
		1.2.1b	Riconversione/chiusura di reparti per lungodegenza e riabilitazione per il raggiungimento dello standard di 1 posto letto per mille abitanti.	Delibera di Giunta n. 575 del 13/02/06, e adozione Delibera di Giunta entro il 28/02/2007	X				
		1.2.2	Ridimensionamento di reparti con basso performance organizzativa.	Delibera di Giunta n. 575 del 13/02/06	X				
		1.2.3	Trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni erogate in regime Ordinario e di DH, attraverso l'estensione degli APA e del PAC.	Delibera di Giunta n. 592 del 21/12/2005	X				
		1.2.4	Riorganizzazione delle reti ospedaliere e separazione dei percorsi tra l'emergenza urgenza e l'elezione.	Adozione Delibera di Giunta entro il 3/03/2007	X				
1.2.5	Organizzazione delle prestazioni di alta specialità secondo il modello basato su centri di riferimento e strutture satellite.	Adozione Delibera di Giunta entro il 3/03/2007	X						
1.3	Rassetto organizzativo dell'attività assistenziale con effetti sul governo dei costi	1.3.1	Definizione di accordo tripartito di erogazione di prestazioni di alta specialità erogazioni, analogo alla DGR 1432/06.	Adozione Delibera di Giunta tra il mese scorso e l'attuale previsto dalla DGR 1432/06 e l'applicazione di alta specialità in riferimento al 31/01/2007.	X				
		1.3.2	Rivoluzione dei Week Hospital.	Delibera di Giunta n. 227 del 21/12/2005	X				
		1.3.3	Riduzione dell'Consumazione Beverage	Adozione Delibera di Giunta entro il 30/06/2007	X				
		1.3.4	Incremento ed estensione dei controlli centralizzati ed esterni sull'attività ospedaliera (controlli analitici ed attività cliniche).	Delibera di Giunta n. 427 del 14/07/2006	X				
		1.3.5	Preparazione di specifiche linee guida concernenti i criteri di accesso, le prestazioni di riabilitazione post-acute ospedaliere (con particolare riferimento al PAC ed al Day Hospital).	Adozione Delibera di Giunta entro il 30/06/2007	X				
		1.3.6	Adeguamento delle tariffe al Decreto Ministeriale 12/05/2006	Adozione Delibera di Giunta entro il 16/02/2007	X				
					41	86	106		
							289	392,6	487,9



OBIETTIVO SPECIFICO 1.1 - INDIVIDUAZIONE DEI FABBISOGNI, RIDEFINIZIONE E RIQUALIFICAZIONE DELL'OFFERTA.

Intervento 1.1.1 - Individuazione del fabbisogno.

Obiettivo

Attuazione L.R. 4/2003 con ridefinizione del quadro complessivo di offerta di servizi sanitari entro il quale predisporre ulteriori requisiti per l'accreditamento.

Modalità

Delibera di Giunta audita la commissione consiliare entro il 30/04/2007

Effetti attesi

Modulazione e qualificazione dell'attività degli erogatori.

Indicatore di verifica e relativa fonte

Verifica tempi di adozione ed applicazione della delibera

Intervento 1.1.2 Definizione dei requisiti di autorizzazione.

Obiettivo

Attuazione art. 4 L.R. 4/2003 mediante la fissazione dei requisiti per l'autorizzazione.

Modalità

Delibera di Giunta n. 424 del 14.07.06.

Effetti attesi

Ridefinizione e riqualificazione della platea degli erogatori accreditati.

Indicatore di verifica e relativa fonte

Verifica tempi di adozione ed applicazione della delibera

Intervento 1.1.3 - Modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi art. 5 comma 1 lettera A LR 4/2003.

Obiettivo

Attuazione L.R. 4/2003 per ciò che attiene tempi e modalità per la realizzazione di nuove strutture e la messa a norma dei soggetti autorizzati.

Modalità

adozione della DGR, audita la Commissione Sanità, entro il 31 marzo 2007.

Effetti attesi

Definire modalità e schedulare i tempi per la riqualificazione e i nuovi innesti nel SSR dei soggetti autorizzati.

Indicatore di verifica e relativa fonte

Verifica tempi di adozione ed applicazione della delibera

Intervento 1.1.4 - Ulteriori requisiti per l'accreditamento.

Obiettivo

Attuazione L.R. 4/03 per ciò che attiene gli ulteriori requisiti per l'accreditamento.

Modalità

Adozione DGR, audita la Commissione Sanità entro il 30.04.2007.

Effetti attesi

Riqualificazione dell'offerta di prestazioni e servizi previsti dai LEA nell'ambito della cooperazione fra soggetti accreditati, valorizzando le migliori *performance* al fine di una migliore tutela della salute in un quadro di definizione di obiettivi programmatici e di compatibilità economiche.

Indicatore di verifica e relativa fonte

Verifica tempi di adozione ed applicazione della delibera

Intervento 1.1.5 - Ridefinizione dei protocolli di intesa con le Università.

Obiettivo

Definizione di protocolli di intesa che differenzino con maggior chiarezza gli ambiti assistenziali da quelli legati alla didattica e alla ricerca.

Modalità

Predisposizione nuovi criteri di convenzione e loro adozione ai rinnovi.

Effetti attesi

Riorganizzazione del sistema di offerta assistenziale dei policlinici universitari pubblici e privati compatibile con l'obiettivo generale della riduzione dei posti letto. Correlata ridefinizione dei corrispettivi economici.

Intervento 1.1.6 - Centralizzazione attività di formazione orientata al raggiungimento degli obiettivi di Piano

Obiettivo

Centralizzazione delle attività di formazione orientata al raggiungimento degli obiettivi di Piano.

Modalità

Predisposizione entro il 30-04.2007 di un Piano di Formazione regionale con il coordinamento dell'ASP e la partecipazione di Asclepion e delle Aziende.

Effetti attesi

Razionalizzazione della spesa per formazione, ottimizzazione e finalizzazione dei percorsi formativi, focalizzazione sugli obiettivi di Piano.

OBIETTIVO SPECIFICO 1.2 - RICONDUZIONE DEL NUMERO DEI POSTI LETTO AGLI STANDARD NAZIONALI
--

Intervento 1.2.1.a – Riconversione/chiusura di ospedali per acuti e cliniche di piccole dimensioni con bassi volumi di attività, o a prevalente attività riabilitativa, in poliambulatori, RSA, presidi territoriali di prossimità od hospice, per il raggiungimento dello standard di 3,5 posti letto per mille abitanti.

Intervento 1.2.1.b – Riconversione/chiusura di reparti per lungodegenza e riabilitazione per il raggiungimento dello standard di 1 posto letto per mille abitanti.

Intervento 1.2.2 - Ridimensionamento di reparti con bassa performance organizzativa.

Intervento 1.2.3 - Trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni erogate in regime Ordinario o di DH, attraverso l'estensione degli APA e dei PAC.

Obiettivo complessivo

- **Riduzione di 4.679 p.l. anagrafici per acuti** (dati SIS 2005) (4.138 p.l. in esercizio per acuti – dati SIS 2005; 3.671 p.l. per acuti dati SIPLET 2006) per il raggiungimento del parametro prefissato dal PSN di 3,50 p.l. per mille abitanti, equivalente a **18.567** posti letto per acuti. Il cronogramma di tale intervento, sarà così articolato
 - 2007** riduzione di 2.422 p.l. anagrafici con un residuo di posti letto di 20.824
 - 2008** riduzione di 1.120 p.l. anagrafici con un residuo di p.l. letto di 19.704
 - 2009** riduzione di 1.137 p.l. anagrafici con un residuo di p.l. letto di 18.567

- **Riduzione di 738 p.l. anagrafici di riabilitazione e lungodegenza** (479 p.l. attivi), secondo dati per il raggiungimento del parametro prefissato dal PSN di 1,00 p.l. per mille abitanti, equivalente a **5.305** posti letto di riabilitazione e lungodegenza. Il cronogramma di tale intervento, sarà così articolato:
 - 2008** riduzione di 511 p.l. anagrafici (252 attivi) con un residuo di posti letto di 5.532
 - 2009** riduzione di 224 p.l. con un residuo di p.l. letto di 5.305

Modalità:¹⁰

L'intervento realizza una serie di misure di razionalizzazione della rete ospedaliera, in stretto coordinamento con i percorsi di autorizzazione e di accreditamento che si concluderanno nei primi mesi del 2007 con l'approvazione degli ulteriori requisiti, che consentono di raggiungere la riduzione di posti letto coerente con l'indice prescritto del numero di posti letto per abitante, e con effetto indiretto sul prescritto tasso di ospedalizzazione. In particolare si realizza:

- 1 Riconversione di ospedali per acuti e cliniche di piccole dimensioni con bassi volumi di attività, o a prevalente attività riabilitativa, in poliambulatori, RSA, presidi territoriali di prossimità od *hospice* (riconversione già realizzata o avviata per i Presidi pubblici di Ronciglione, Valmontone, Palombara Sabina, Zagarolo).
- 2 Ridimensionamento di reparti con bassa *performance* organizzativa; individuata attraverso la valutazione dello scarto tra la dotazione effettiva di posti letto e il numero atteso in base a valori predefiniti di appropriatezza organizzativa, degenza media e tasso di occupazione, nonché sul rapporto tra valore e costo della produzione.
- 3 Trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni erogate in regime Ordinario o di DH, come previsto dal DGR 143/06. In riferimento a tale modello, sono individuati ulteriori settori di attività, prevalentemente chirurgica, da trasformare in Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA).
- 4 Attivazione/riconversione, nel rispetto del saldo negativo, di nuovi posti letto per il potenziamento del Policlinico di Torvergata, del Campus Biomedico e dell'IFO, nonché per l'attivazione di due nuovi presidi, uno per la zona sud, uno per la zona nord.

Si procederà pertanto, entro il 28.02.2007, alla adozione di Delibera di Giunta disciplinante:

- il piano di chiusura/riconversione dei posti letto per acuti, post-acuti e di lungodegenza, coerente con il raggiungimento degli standard nazionali;
- la riclassificazione e la riduzione di 1026 posti letto anagrafici afferenti a 13 strutture accreditate, che erogano assistenza i tipo psichiatrico e neuropsichiatrico che, per un'anomalia, ad oggi, non sanata, sono erroneamente codificati e letti dal sistema informativo sanitario (SIS) come posti letto per acuti in quanto censiti dalle ASL col flusso HSP13;

Saranno inoltre prodotte, entro la stessa data, circolari esplicative di atti già assunti, in merito a:

- il trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni erogate in regime Ordinario o di DH, come previsto dal DGR 143/06 e successive;
- ulteriori settori di attività, prevalentemente chirurgica, da trasformare in Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA);
- differenziazione delle tariffe da corrispondere agli erogatori in caso di effettuazione del pacchetto di prestazioni individuate nell'APA o dell'erogazione della semplice prestazione caratterizzante l'APA;
- possibilità di effettuare accorpamenti in un unico codice APA di più procedure chirurgiche solo nel caso in cui le diverse prestazioni ricomprese in questo codice APA sono tariffate nel D.M. 12 settembre 2006 con tariffe che si differenziano tra loro per un massimo di 20 €.

Effetti attesi

L'intervento complessivo, riassunto nelle tabelle seguenti, consentirà di perseguire entro il 2009 l'obiettivo del raggiungimento dell'indice regionale di 4.5 posti letto per mille abitanti (3.5 per p.l. per acuti e 1.0 per p.l. di riabilitazione e lungodegenza), così come evidenziato dalle tabelle seguenti. La rimodulazione del rapporto p.l. per acuti ordinari/D.H., sarà oggetto di confronto con le singole Aziende, nel rispetto degli indici nazionali.

In allegato¹¹, sono inoltre riportate le tabelle di dettaglio per ASL e per singolo presidio degli interventi previsti per il 2007.

¹⁰ " Piano stralcio rete ospedaliera ", già predisposto dall'ASP.

¹¹ Allegato 2. Schede riassuntive degli interventi sui posti letto per ASL.

Tabella.11 Valutazione dell'impatto dell'intervento di riduzione p.i. per tipologia di erogatore

Distribuzione posti letto per acuti per tipologia amministrativa - Intervento 2007-09																	
Posti letto acuti	Aziende osped.	%	Presidi di ASL	%	Polici pubblici	%	IRCCS pubblici	%	Polici privati	%	IRCCS privati	%	Istituti classif.	%	Casa di cura accredit.	%	Totale
si/plet 2006	3.535	15,90	8.587	38,61	1.916	8,62	670	3,01	1.984	8,83	340	1,53	1.877	8,44	3.349	15,06	22.238
2007	3.368	16,17	8.169	39,23	1.734	8,33	659	3,16	1.864	8,95	275	1,32	1.757	8,44	2.998	14,40	20.824
2008	3.187	16,17	7.773	39,45	1.689	8,57	739	3,75	1.747	8,87	238	1,21	1.551	7,87	2.780	14,11	19.704
2009	3.016	16,24	7.317	39,41	1.754	9,45	747	4,02	1.631	8,78	205	1,10	1.328	7,15	2.569	13,84	18.567

Posti letto acuti	Totale pubblici	%	Totale altri	%	Totale
si/plet 2006	14.708	66,14	7.530	33,86	22.238
2007	13.930	66,89	6.894	33,11	20.824
2008	13.388	67,95	6.316	32,05	19.704
2009	12.834	69,12	5.733	30,88	18.567

Tabella 12 Valutazione dell'impatto dell'intervento di riduzione p.i. in rapporto alla popolazione delle Province della Regione Lazio

Intervento riduzione posti letto 2007-09 per Provincia												
Area di riferimento territoriale	Popolazione stimata 2006 (dati Min. Sal.)	p.i. anagrafici dati SIS 2005	p.i. in esercizio dati SIS 2005	p.i. attivi SIPLET 2006	% su totale SIPLET	Indice p.i. /1000 ab.	Tagli 2007	Tagli 2008	Tagli 2009			
Roma	3.826.132	18.516	18.245	17.705	79,6	4,63	1303	1.158	1.158	14.086	75,9	3,7
VT	303.248	933	795	863	3,9	2,85	20	0	0	843	4,5	2,8
RI	155.005	492	421	497	2,2	3,21	0	0	0	497	2,7	3,2
LT	525.776	1.845	1.858	1.739	7,8	3,31	37	-5	-5	1.712	9,2	3,3
FR	494.617	1.460	1.386	1.434	6,4	2,90	54	-33	-16	1.429	7,7	2,9
LAZIO	5.304.778	23.246	22.705	22.238	100	4,19	1.414	1.120	1.137	18.567	100	3,50

Effetti sulle dinamiche di spesa

La riduzione di posti letto sviluppa, con relazione alla tipologia di intervento qui analizzata, **effetti economici limitati alle strutture a gestione diretta.**

Per tali strutture, si prevede la riduzione dei costi marginali per beni e servizi riferibili alle attività ospedaliere conseguenti al ridimensionamento dei posti letto e delle correlate attività. Prudentemente si è stimato che tale ridimensionamento sia pari al 75% dei ricoveri normalmente erogati su tali letti. Sulla base di tali ipotesi, il risparmio della spesa relativa all'acquisto di beni sanitari, beni non sanitari e servizi non sanitari, ossia dei costi variabili correlati al volume dei ricoveri, e incidenti su tali costi per circa il 35% è stato stimato in misura pari a 48.4 milioni di euro per il 2007 e rispettivamente 55 milioni di euro e 30.6 milioni di euro per gli anni successivi. Tale stima risente della sequenza temporale delle disattivazioni e gli effetti prodotti sono da considerarsi sommatori nei vari anni.

Da tali stime di risparmio vanno detratti i costi da sostenere per l'erogazione di quote delle prestazioni non erogate nel livello di assistenza ospedaliera in altri livelli assistenziali, e specificamente:

- Si prevede di riconvertire in 10 strutture RSA di 300 dei posti letto per acuti pubblici di cui si prevede la chiusura, ciò comporta una spesa in conto capitale, che si prevede di finanziare ricorrendo ai fondi per l'edilizia sanitaria. La relativa spesa annuale, considerando i soli costi alberghieri (ad esclusione dei costi relativi al personale, in quanto si prevede di utilizzare gli esuberanti conseguenti alla chiusura dei posti letto per acuti), è stimabile in 4,9 milioni.
- Si prevede l'incremento dell'attività ambulatoriale; tale incremento, tuttavia, dovrebbe comportare incrementi di spesa limitati, stimabili in 2,5 milioni per il 2007, 5,1 milioni per il 2008, 6,7 milioni per il 2009. Infatti, mantenendo invariato il budget relativo alla specialistica ambulatoriale per gli erogatori privati, l'incremento di domanda sarebbe soddisfatto esclusivamente dalle strutture pubbliche. Il relativo incremento di spesa riguarda solo una quota dei costi variabili relativi ai beni sanitari e non sanitari (i maggiori volumi di attività, inoltre, consentono di ottimizzare l'utilizzo dei materiali di laboratorio); non si prevedono variazioni di spesa per personale e apparecchiature, in quanto i maggiori volumi di attività consentiranno di ottimizzare l'utilizzo.

Pertanto il saldo tra gli effetti dei risparmi e quelli di nuovi costi, e la relativa sommatoria, risulta come nella tabella seguente

<i>(mln di euro)</i>	2007	2008	2009
Riduzione costi	48.4	55.0	30.6
Maggiori costi per RSA	- 4.9	- 4.9	- 4.9
Maggiori costi per ambulatoriali	- 2.5	- 5.1	- 6.7
Saldo riduzione costi	41	45	19
Effetto di sommatoria	41	86	105

Strumenti e indicatori per il monitoraggio dell'intervento

Allo scopo di monitorare il raggiungimento degli obiettivi, posti con il piano di rientro sulla riduzione e riconversione dei posti letto ospedalieri, si procederà al potenziamento dei sistemi di rilevazioni esistenti ed alla loro integrazione. Si realizzerà in tal modo un sistema di rilevazione in tempo reale delle variazioni del numero dei letti in tutte le strutture di ricovero della Regione. Il sistema integrerà i diversi Enti coinvolti, ciascuno per le proprie funzioni: l'Assessorato per la programmazione dell'offerta,

le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere per l'organizzazione ed il controllo e l'ASP per l'analisi e la valutazione.

Il primo step consisterà nel riallineamento dei dati oggi raccolti con due flussi distinti (modelli HSP e SiPLet) per stabilire un dato di partenza omogeneo, articolato per singola struttura e specialità. In secondo luogo saranno stabilire le regole in base alle quali si registreranno le variazioni e l'iter per la sua loro formalizzazione da parte della ASL o della Regione. A questo scopo l'ASP si avvarrà di un supporto su web in grado di connettere tutte le parti, i singoli istituti, le Aziende, la Regione e l'ASP, ognuno con un suo livello di accesso e con una funzione di verifica e validazione definita, fino al collegamento con i Ministeri della Salute e del Tesoro per la comunicazione in tempo reale dello stato di avanzamento del piano. I dati ufficiali saranno inoltre allineati collegati al Sistema Informativo Ospedaliero dell'ASP, quale preconditione per la validazione dei dati di attività sviluppati sui letti attivi.

Intervento 1.2.4 - Riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza-urgenza e l'elezione¹².

Obiettivo

- Razionalizzazione dell'uso della "risorsa ospedale" per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi
- Miglioramento del funzionamento dei presidi ospedalieri pubblici anche finalizzato al contenimento dei costi di gestione

Modalità

Adozione entro il 31 marzo 2007 della DGR.

Effetti attesi

Si prevede

- una riordino della organizzazione dell'ospedale basata sull'intensità di cura, sui reparti a gestione infermieristica, sull'integrazione della riabilitazione in tutte le fasi di ricovero, attivazione degli "ospedali di prossimità"
- l'avvio di percorsi tipo "trauma center", stroke unit, etc che garantiscano efficienza ed efficacia sul versante dell'urgenza senza impattare sulla gestione della elezione cosa che attualmente implementa i tempi di attesa

Intervento 1.2.5 - Organizzazione delle prestazioni di alta specialità secondo il modello basato su centri di riferimento e strutture satellite.¹³

Obiettivo

Creare le condizioni per migliorare le performance delle alte specialità con un più oculato uso delle risorse.

Modalità

Adozione entro il 31 marzo 2007 della DGR.

Effetti attesi

Si prevede di articolare le alte specialità in un sistema per centri di riferimento e strutture satellite per favorire l'appropriatezza del livello di intervento e migliorare il rapporto costi – efficienza – efficacia.

¹² Piano stralicio rete ospedaliera già citato

¹³ Piano stralicio rete ospedaliera già citato

OBIETTIVO SPECIFICO 1.3 - RIASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE CON EFFETTI SUL GOVERNO DELLA DINAMICA DEI COSTI.

Intervento 1.3.1 - Definizione di accordo triennale di erogazione di prestazioni da parte di soggetti erogatori, in analogia alla DGR 143/2006 al fine di ottenere sul tendenziale un risparmio di 244 milioni di euro nel 2007, 366 milioni di euro nel 2008 e 478 milioni di euro nel 2009.

Obiettivo

- definizione dei volumi di produzione compatibili con le risorse finanziarie e con gli obiettivi del presente Piano di rientro dei soggetti erogatori pubblici e privati valevole per il triennio.
- Definizione, all'interno di un sistema di classi e di *budget*, del sistema di remunerazione, con revisione delle tariffe e delle prestazioni erogate, disincentivi in relazione ai livelli di non appropriatezza ed abbattimenti tariffari per le prestazioni erogate in numero superiore ai valori attesi.
- Definizione di accordo triennale di erogazione di prestazioni da parte di soggetti erogatori, in analogia alla DGR 143/2006.

Un siffatto sistema di programmazione e modulazione tariffaria appare più coerente agli obiettivi di appropriatezza e più praticabile rispetto ad ipotesi di abbattimento generalizzato delle tariffe che già si collocano nella media nazionale. Ciò peraltro consente di realizzare in maniera concordata e non conflittuale la fissazione dei tetti di produzione per ciascuno degli erogatori privati.

Modalità

Adozione entro il 15 marzo della DGR contenete l'accordo triennale di erogazione di prestazioni da parte di soggetti erogatori.

Tale azione complessiva è correlata anche ai dispositivi di esclusione delle prestazioni LEA, della revisione delle quote sociali e sanitari per RSA (atti deliberativi in corso di adozione) e della revisione tariffaria (adozione di DGR entro il 15.03.2007).

Risultati attesi

Si prevede un contenimento delle prestazioni erogate agendo sui livelli di appropriatezza e disinnescando la tendenza del sistema ad una crescita esponenziale delle prestazioni erogate in ossequio a pure logiche di mercato presenti nel sistema.

L'assieme degli interventi di riduzione dei posti letto e della rimodulazione tariffaria (vedi scheda controlli allegata) secondo i principi delineati, produrrà una rideterminazione e riduzione dei volumi di attività, nonché una diminuzione del fatturato.

Effetti economici attesi

Ricoveri

A seguito della riduzione dei posti letto si prevede una minore spesa per la remunerazione delle strutture private accreditate. Si prevede, inoltre, la progressiva riduzione del *budget* per erogatore, al fine di ottenere una contrazione dei ricoveri del 5%, 7%, 10% nel triennio. Si prevede l'estensione e l'incremento dei sistemi di controllo esterno e per la valutazione dell'appropriatezza.

Attività specialistica ambulatoriale

La riduzione delle tariffe delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, e dei budget degli erogatori, produrranno effetti accompagnati dalla contemporanea adozione di misure per l'appropriatezza e da maggiori controlli. Sono inoltre calcolati gli effetti della DGR, in corso di adozione, applicativa dell'allegato 2 A del DPCM 29/11/2001 prevedendo l'esclusione dai LEA delle prestazioni di laserterapia analgica, elettroterapia analgica, ultrasonoterapia e mesoterapia (vedi intervento 2.2.4).

Riabilitazione

Gli interventi sulla riabilitazione ex art 26 sono orientati alla revisione delle quote sociali e sanitarie, nonché al recupero di appropriatezza nel sistema

Rsa-Hospice

In tale area si prevedono sia interventi volti a ridurre la spesa, sia interventi di incremento dell'offerta. I risparmi in tale area, sono assicurati dalla diminuzione della quota sanitaria e dall'aumento di quella sociale, nonché da una rimodulazione tariffaria, specie in relazione al livello di complessità del ricovero. Si prevede l'istituzione di 330 posti in 11 RSA; ipotizzando un livello assistenziale medio, la corrispondente spesa è pari a 6,2 milioni per anno.

Protesica Ed Integrativa

Si prevedono economie correlate alla iniziativa in corso, sviluppata assieme alla Guardia di Finanza, per la repressione degli abusi, delle truffe e dei comportamenti opportunistici.

Gli effetti complessivi sono mostrati nella tabella seguente.

STIMA DEI RISPARMI DERIVANTI DAGLI INTERVENTI PROGRAMMATI			
(importi in milioni di euro)			
	erogatori privati		
	2007	2008	2009
ricoveri per acuti			
riduzione posti letto, estensione controlli, miglioramento appropriatezza, tariffe	142.227	225.582	297.960
specialistica ambulatoriale			
rimodulazione tariffe/budget	18.654	18.654	18.654
esclusione prestazioni all. 2A DPCM 29 11 01	9.546	12.728	12.728
Totale specialistica ambulatoriale	28.200	31.382	31.382
riabilitazione			
rimodulazione quote compartecipazione	6.303	11.660	20.708
RSA - HOSPICE			
riduzione quote SSR e revisione tariffe	58.358	91.063	101.153
costo per incremento posti letto	6.200	6.200	6.200
Totale RSA - HOSPICE	52.158	84.863	94.953
Protesica ed integrativa	8.114	10.683	13.736
Altri interventi	22.005	28.388	29.193
TOTALE RISPARMI	259.007	392.558	487.932

Strumenti ed indicatori per il monitoraggio dell'intervento.

La presenza di un sistema informativo sanitario gestito dall'ASP e particolarmente sviluppato e articolato, garantisce la possibilità di una dettagliata e tempestiva rilevazione dei dati, essendo tale attività già consolidata. Specificatamente sono presenti flussi e sistemi informativi specifici per la rilevazione di tutti i dati di produzione sia di ambito ospedaliero (SIO) sia relativo alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (SIAS), sia relativo alle prestazioni di riabilitazione (SIAR).

Si riporta, infine, una tabella relativa agli effetti economici derivanti dalle misure di compartecipazione alla spesa introdotti dalla legge finanziaria 2007.

Effetti economici derivanti dalle misure di compartecipazione alla spesa previste dalla finanziaria 2007	
prestazioni ambulatoriali	ricavi da "quota ricetta"
prestazioni specialistiche ambulatoriali	76.384.020
APA e PAC	176.000
totale prestazioni ambulatoriali	76.560.020
prestazioni di Pronto Soccorso	ricavi da ticket
ricavi da ticket relativi agli accessi triage bianco, non seguiti da ricovero, non per traumatismi / avvelenamenti acuti, età > 14 anni	4.334.875
totale ricavi da ticket e quota ricetta	80.894.895

Intervento 1.3.2 - Introduzione del Week Hospital.

Obiettivo

Approvazione di linee guida vincolanti per la introduzione nei Presidi Ospedalieri della e del "week hospital"

Modalità.

L' "ospedale su cinque giorni" o *week-hospital (W.H.)* è una modalità di gestione assistenziale orientata all'appropriatezza organizzativa nella erogazione delle cure. Tale modalità di assistenza è fondata sulla organizzazione di quote dell'attività di degenza ordinaria elettiva su cicli di cinque giorni (di norma dal lunedì al venerdì) con chiusura delle attività nel fine settimana (di norma dal pomeriggio del venerdì). Il W.H. si affianca ed integra le modalità di ricovero alternative già in essere quali: *day-hospital* (ricovero medico diurno), *day-surgery* (ricovero chirurgico diurno) e *one-day-surgery* (ricovero chirurgico con degenza fino a 23 ore). Le Discipline su cui è ipotizzabile l'introduzione dell'ospedale su 5 giorni sono: oculistica, odontostomatologia, otorinolaringoiatria, urologia, dermatologia. La Delibera di Giunta n. 921 del 21.12.2006 ha già ratificato le linee guida per l'introduzione del W.H. e per il monitoraggio della sua diffusione e dei relativi effetti.

Effetti attesi

L'attivazione del *week hospital* è stimabile da subito su un minimo di 500-600 posti letto, con profondi cambiamenti degli iter organizzativi interni nei presidi ospedalieri, razionalizzazione delle presenze dei pazienti, riduzione dei ricoveri opportunistici e delle giornate di degenza inappropriate.

Effetti economici

Il costo del personale, sulla base dello studio sui costi dei ricoveri per acuti condotto nella Regione è risultato essere pari a circa il 48% dei complessivi costi, mentre i costi alberghieri sono risultati pari a circa l'8%.

Con il *week-hospital* la rimodulazione delle presenze notturne e festive del personale consentirà il contenimento dello sfioramento dei fondi relativi al disagio ed allo straordinario, nonché ai costi alberghieri. Sulla base di tali dati, si può stimare che, rispetto alla degenza ordinaria standard, il *week hospital* comporti costi di produzione inferiori, in misura compresa tra il 18% ed il 25%.

Gli effetti economici di tale azione sono contabilizzati all'interno di quelli previsti al punto 1.2.

Indicatore di verifica e relativa fonte

La delibera di istituzione del *week-hospital* prevede un monitoraggio degli effetti da parte dell'Assessorato con il supporto dell'ASP, attraverso l'utilizzo dei flussi ordinari nonché attraverso specifici report certificanti l'attivazione dei posti di W.H. da parte delle Direzioni Generali. Gli effetti economici sono misurati valutando attraverso sub del CE, la riduzione dello sfioramento dei fondi di disagio e la riduzione dei costi alberghieri.

Intervento 1.3.3 - Introduzione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI)

Obiettivo

Approvazione di linee guida vincolanti per la introduzione nei Presidi Ospedalieri della "osservazione breve intensiva"¹⁴.

Modalità

Introduzione dell'osservazione breve intensiva con riduzione dell'ospedalizzazione di pazienti provenienti dal Pronto Soccorso; l'OBI è una modalità di gestione di problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma bassa gravità potenziale o a bassa criticità ma potenziale gravità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico, relativamente univoco e prevedibile, ma non differibile o gestibile ambulatorialmente, di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24/36 ore. Questa innovazione organizzativa si dimostra utile ai fini di rendere più sicuro ed efficace il lavoro del PS, nel garantire una maggiore appropriatezza dell'ammissione dei pazienti all'ospedale e nel contribuire all'ottimale utilizzo delle risorse economiche. Questo nuovo ambito assistenziale dovrà essere registrato tramite il flusso delle SDO introducendo un nuovo codice, specifico per l'OBI, nel campo "Tipologia dell'assistenza".

Adozione entro il 30GIUGNO 2007 della DGR contenente le linee guida vincolanti

Effetti attesi

L'introduzione dell'OBI determinerà, senza riduzione del servizio reso al cittadino, anzi, con la sua ottimizzazione, una significativa riduzione del tasso di ospedalizzazione ed una importante riduzione di posti letto "tradizionali".

Effetti economici

E' stato stimato che il trattamento dei pazienti in OBI comporti costi di produzione inferiori rispetto ai costi di produzione dei ricoveri brevi (inferiori a 2 giornate) in misura pari al 15%. E' inoltre ipotizzabile, un'azione sulle tariffe, agente sui privati e i cui effetti economici sono riportati nel complesso dell'intervento 1.3.1. L'OBI potrebbe essere remunerata con una tariffa forfetaria per caso trattato, oscillante tra i 220 ed i 350 euro (contro i 350-450 euro dell'attuale remunerazione forfetaria dei ricoveri 0-1 giorno).

Gli effetti economici di tale azione sulle strutture a gestione diretta sono contabilizzati all'interno di quelli previsti al punto 1.2.

Indicatore di verifica e relativa fonte

In sede di redazione di atto deliberativo sarà previsto un flusso ad hoc, collegato al sistema SIPLET, per monitorare le effettive riconversioni di posti letto. Sarà inoltre utilizzato il SIO per la verifica dello spostamento al nuovo livello assistenziale delle quote di attività precedentemente sviluppate attraverso il ricovero ordinario di breve durata.

¹⁴ Piano strategico rete ospedaliera già citato

Intervento 1.3.4 - Incremento ed estensione dei controlli centralizzati ed esterni sull'attività ospedaliera (controlli analitici delle cartelle cliniche).

Obiettivo

Contrastare i comportamenti opportunistici attraverso controlli puntuali sulle strutture erogatrici e sulle cartelle cliniche.

Modalità

Delibera di giunta n. 427 del 14/7/06 adottata sulla base di un documento tecnico predisposto dall'ASP.

Effetti attesi

Sensibile ridimensionamento del livello di inappropriatezza e dei comportamenti opportunistici.

Azione di sistema.

L'effetto sulle dinamiche di spesa è correlato a quanto già indicato per l'intervento 1.3.1.

Indicatore di verifica e relativa fonte

Gli esiti dell'azione di controllo già confluiscono nel sistema SIO, garantendo la riclassificazione dei ricoveri e la conseguente rideterminazione della remunerazione.

Intervento 1.3.5

Predisposizione di specifiche linee guida concernenti i criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione post acuzie ospedaliera (con particolare riferimento all'attività di day hospital).

Obiettivo

Contrastare atteggiamenti opportunistici nella riabilitazione ospedaliera *post acuzie* garantendo l'accesso appropriato alle cure anche nel regime di *day hospital*.

Modalità

Negli ultimi anni la domanda di riabilitazione in post-acuzie è costantemente aumentata, in particolare per il regime di *day-hospital*, determinando un incremento della spesa sanitaria regionale.

In data 30 giugno 2006, la Giunta della Regione Lazio ha approvato il documento "Piano per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della sanità del Lazio". Fra le misure indirizzate alla ridefinizione della rete e dell'offerta di servizi ospedalieri, è stato assegnato a Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) il compito di elaborare delle raccomandazioni sui criteri di accesso ai reparti di riabilitazione post-acuzie in regime di ricovero ordinario e di Day Hospital (DH). L'ASP ha costituito e coordinato un gruppo di lavoro composto da esperti nel campo della riabilitazione ospedaliera, che ha concluso i propri lavori il 25 ottobre 2006, approvando all'unanimità il testo del documento. Tale testo sarà trasferito in un atto deliberativo dispositivo da approvarsi entro il 31.03.2007.

Il documento sopra citato è stato elaborato avendo come riferimento un modello organizzativo per l'assistenza riabilitativa:

- basato sul livello piuttosto che sulla causa della disabilità;
- ispirato a principi di continuità, intensità assistenziale e tempestività di intervento;
- orientato alla classificazione dei pazienti in funzione del bisogno, attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione standardizzati e validati ed idonei a definire la necessità riabilitativa ed assistenziale nel post-acuzie

I criteri clinici di accesso sono stati elaborati, separatamente per ricoveri in regime ordinario e diurno, definendo i criteri d'ammissione e quelli specifici di esclusione per la Riabilitazione ad Alta Intensità (convenzione RAI), Unità di Neuroriabilitazione ad alta specialità (codice 75), Unità Spinale Unipolare (codice 28), Unità per le Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva, Lungodegenza ad Alta Intensità, Unità di

5 SVILUPPI DEI CONTENUTI DEL PIANO

Riabilitazione Intensiva (codice 56).

L'attività di riabilitazione estensiva residenziale, semiresidenziale e non residenziale nella Regione Lazio viene erogata da strutture extraospedaliere; per tali attività la DGR n. 731/2005 ha definito specifici criteri di accesso per un insieme rappresentativo di condizioni cliniche disabilitanti.

Adozione entro il 31.03.2007 della Delibera di Giunta contenente le linee guida.

Effetti attesi

Si prevede una riduzione dell'uso del *day hospital* e un più generale aumento dell'appropriatezza, con il trasferimento di quote di attività a diverse modalità erogative.

La valutazione degli effetti economici, essendo la quasi totalità delle strutture di lungodegenza e riabilitazione strutture accreditate, è illustrata con l'intervento 1.3.1.

Intervento 1.3.6

Adeguamento delle tariffe ospedaliere al Decreto Ministeriale 12 settembre 2006

Obiettivo

Adeguamento delle tariffe al DM 12 settembre 2006 per quanto attiene ai ricoveri ospedalieri ordinari e diurni sia per gli acuti che per riabilitazione e lungodegenza post acuzie.

Modalità:

Adozione entro il 31.03.2007 di una DGR che rimoduli le tariffe, garantendo il raggiungimento degli obiettivi complessivi definiti dal DM 12 settembre 2006. La manovra di rimodulazione tariffaria sarà condotta nell'ottica di incentivazione delle prestazioni a maggior livello di appropriatezza, in ragione di fabbisogni definiti ed epidemiologicamente validati.

Effetti attesi e monitoraggio

Gli effetti attesi ed il relativo monitoraggio sono ricompresi in quanto indicato nell'intervento 1.3.1 per gli erogatori privati e nell'intervento 3.1.3 per gli erogatori pubblici.

Obiettivo generale	Obiettivi Specifici
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
	2.2 Riorganizzazione delle attività territoriali per una diversa allocazione delle risorse
	2.3 Politica del farmaco

FOCUS: Politica del farmaco

Gli Andamenti Generali

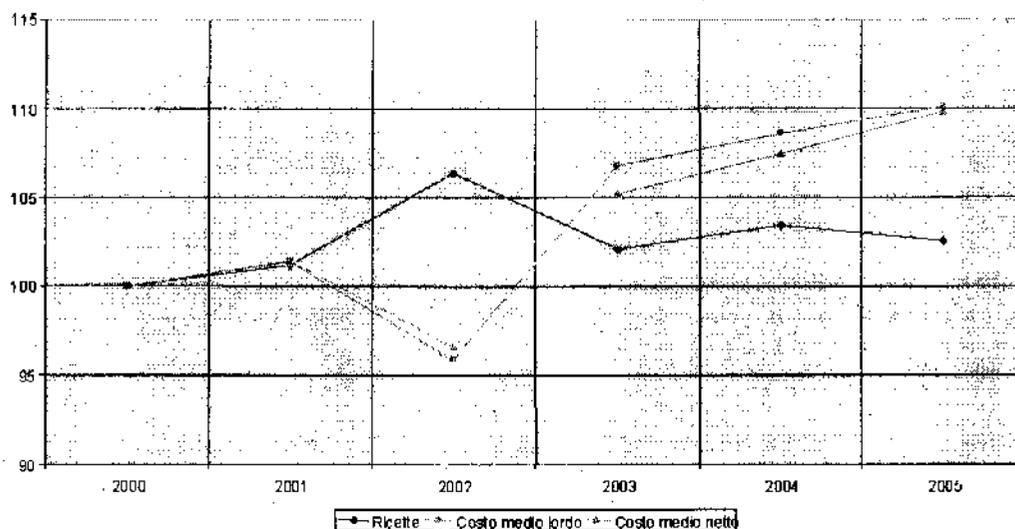
La spesa farmaceutica del Lazio nel 2000- 2005¹⁵

Tra il 2000 e il 2005, la spesa farmaceutica lorda nel Lazio è aumentata di oltre il 50%, avvicinando a fine periodo un valore di 1,6 miliardi di euro. La spesa netta è cresciuta più rapidamente, con una variazione cumulata del 53%, tale da portarne l'ammontare a circa 1,4 miliardi di euro. In questi stessi anni, l'aumento medio italiano è stato del 36%; la quota di spesa farmaceutica regionale è dunque salita rispetto al totale nazionale (dal 10,4 all'11,8%).

La dinamica della spesa farmaceutica nel Lazio ha ecceduto il dato medio nazionale anche quando considerata in termini pro capite, ossia quando ponderata per la quota di popolazione e per le sue variazioni. A fine 2005 il Lazio risultava essere la regione italiana con la spesa pro-capite più alta.

Questi sfavorevoli andamenti sono ascrivibili al contestuale aumento del numero e del costo medio delle ricette. Il grafico 1 mostra come, in confronto alla media italiana, i due fattori siano rispettivamente aumentati del 2,6 e del 10,1%. Il ricorso a forme di compartecipazione alla spesa ha permesso di contenere l'aumento relativo delle ricette dopo il 2002 (quando, fatto pari a 100 l'incremento medio dell'Italia, il numero di prescrizioni del Lazio ha raggiunto un massimo di 106,4); a partire da questo stesso anno è però "esploso" l'andamento relativo dei costi medi netti, aumentati dell'11% nel solo 2003 e del 3,1% nel 2004-2005.

Grafico 1
Le determinanti della spesa farmaceutica nel Lazio: confronto con la media nazionale
(rapporti fra tassi di variazione)

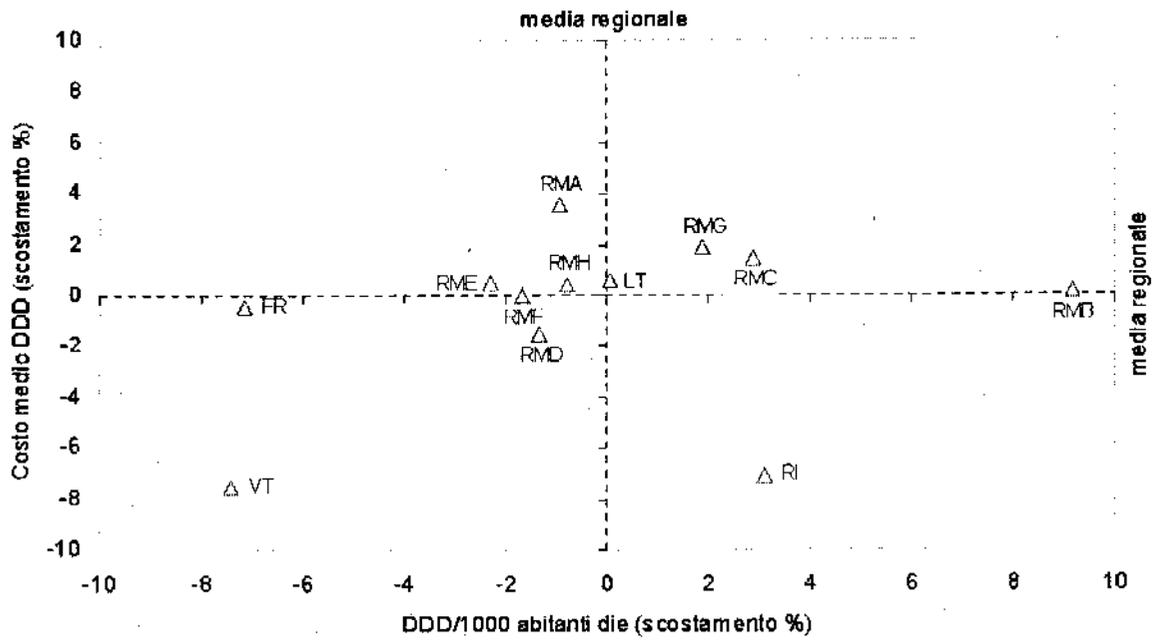


¹⁵ Nell'analisi che segue, la base dati utilizzata si riferisce alle prescrizioni farmaceutiche territoriali a carico del SSN. I dati di spesa e di consumo derivano dalle prescrizioni effettuate dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PLS) aggregate per ASL di appartenenza del medico; attraverso il sistema di monitoraggio regionale sono state recuperate informazioni più dettagliate sui medici che effettuano la prescrizione e sugli assistibili che la ricevono. Per alcune elaborazioni a livello nazionale sono stati utilizzati i dati Osmed (per l'anno 2005 e per i primi nove mesi del 2006) che si basano sulle distinte contabili riepilogative (DCR). Laddove necessario, la popolazione è stata pesata in base alla distribuzione per età e sesso, adottando il sistema di pesi utilizzato dal Ministero della Salute per la ripartizione della quota capittana del Fondo Sanitario Nazionale. Questo metodo di standardizzazione indiretta consente di ricondurre la variabilità nei consumi o nella spesa all'abitudine prescrittiva dei medici, eliminando gli effetti indotti da età e sesso degli assistiti.

Nello stesso grafico è riportata la variazione relativa del costo medio lordo, che include la compartecipazione alla spesa dei cittadini (3,1% della spesa lorda nel 2005, pari a 48 milioni di euro) e lo sconto praticato nella fase di distribuzione dei farmaci (136 milioni di euro nel 2005). Quest'ultimo indice ha una dinamica più contenuta rispetto a quella del costo netto, attestandosi a fine periodo su un valore di 109,8. La differenza riscontrata testimonia il tentativo, parzialmente riuscito, di compensare attraverso la compartecipazione alla spesa dei cittadini e le percentuali di sconto concordate nella fase distributiva i maggiori esborsi determinati dall'aumento del costo medio.

L'aumento fuori linea dei costi medi origina soprattutto dalle Aziende sanitarie della Capitale. Nel grafico 2, il quadrante I identifica gli scostamenti percentuali dal valore medio regionale in termini di consumo e spesa che presentano valori più elevati (più quantità, più costose). Sono collocate in questo primo quadrante "vizioso" le ASL Roma B, Roma C e Roma G. Il quadrante III mostra invece gli scostamenti percentuali dal valore medio regionale in termini di consumo e spesa che presentano valori negativi (meno quantità, meno costose). In tale posizione "virtuosa" si trovano le ASL di Frosinone, di Viterbo e di Roma D. I quadranti II e IV quadrante, infine, evidenziano, rispettivamente, i casi in cui le prescrizioni si sono orientate verso minori quantità più costose e maggiori quantità meno costose. Le altre ASL romane si trovano fra questi ultimi due quadranti, a confermare che l'attitudine prescrittiva non è influenzata dal numero di DDD (tutte con scostamenti inferiori al valore medio regionale) quanto piuttosto dal costo unitario delle DDD stesse.

Grafico 2 Distribuzione per ASL di quantità e costo medio della DDD (Lazio, 2005)



Un ordinamento delle ASL laziali in base al numero di DDD prescritte per ogni 1000 abitanti è presentato nella tabella 14, che riporta anche la spesa pro-capite e la prevalenza d'uso nel 2005.

Tabella 14 Quadro riepilogativo della prescrizione farmaceutica SSN per ASL (Lazio, 2005)

ASL	Spesa lorda				DDD/1000 abitanti die	Prevalenza d'uso (%)			
	€*	Pro capite	Pro capite pesata	Per utilizzatore		M	F	Totale	M/F
RMA	142	287,3	268,3	413,4	845,5	63,9	74,3	69,5	0,73
RMB	189	279,3	285,7	384,3	931,9	67,0	77,9	72,7	0,80
RMC	160	284,8	272,8	397,1	878,3	66,0	76,8	71,7	0,75
RMD	143	255,8	253,9	372,5	842,0	62,9	73,9	68,7	0,77
RME	135	264,9	256,6	396,3	834,0	61,0	71,9	66,8	0,73
RMF	67	241,9	257,0	368,0	839,2	61,2	69,9	65,7	0,82
RMG	116	259,0	271,4	396,5	869,6	60,8	69,6	65,3	0,84
RMH	123	243,9	260,4	362,6	846,7	62,3	72,0	67,3	0,82
FR	120	242,1	241,6	373,2	792,6	61,1	68,5	64,9	0,85
LT	135	251,2	263,0	383,7	854,3	61,3	69,4	65,5	0,85
RI	41	268,5	250,4	419,0	880,1	60,1	67,9	64,1	0,84
VT	70	235,4	223,9	356,4	790,3	62,3	69,6	66,1	0,84
Lazio	1.441	261,4		399,9	853,5	60,7	69,7	65,4	0,80

* milioni di euro

Se si considera la popolazione pesata, la ASL che presenta la spesa maggiore è Roma B (286 euro pro capite), quella con valori più contenuti è Viterbo (224 euro). Rispetto alla media regionale, le variazioni maggiori si osservano principalmente nelle ASL romane (ad eccezione di Roma D, Roma E e Roma F) mentre nelle province gli scostamenti sono tutti inferiori alla media. Le DDD 1000/abitanti die sono complessivamente 853 con un valore minimo di 790 DDD nella ASL di Viterbo e un massimo di 932 DDD nella Roma B.

Caratteristica specifica del Lazio, direttamente correlata all'aumento del costo medio relativo, è la scarsa diffusione relativa dei farmaci equivalenti (tabella 14). Nei primi nove mesi del 2006, l'utilizzo di questi prodotti è risultato pari al 22,2% delle DDD totali; la media nazionale è stata del 24,7%. In alcune Regioni, la quota di farmaci equivalenti è stabilmente collocata intorno al 30% delle DDD.

Le distanze in termini di utilizzo dei farmaci equivalenti tendono ad ampliarsi. Sempre in riferimento ai primi nove mesi del 2006, il ricorso a tali medicinali è aumentato nel Lazio del 7,4%, contro l'8,5% della media nazionale. Nello stesso periodo, molte Regioni hanno registrato aumenti superiori al 10%.

La minore diffusione di questo tipo di medicinali non ha effetti sulla dimensione della spesa farmaceutica regionale dal momento che, laddove esistente, al cittadino è riconosciuto un rimborso non superiore al prezzo del farmaco equivalente. La distanza cumulata nei confronti delle altre Regioni è però indice di una diffusa inappropriatazza nella fase prescrittiva.

Gli andamenti fin qui considerati hanno determinato un sistematico sfondamento del tetto imposto dalla normativa nazionale (13% del fabbisogno riconosciuto nell'ambito del riparto del FSN). Nel triennio 2003-2005, ci si è collocati su un valore medio del 18,7%, con un picco del 19,7% nel 2003. Nel 2005 si è ridiscesi al di sotto del 18% (Grafico 3).

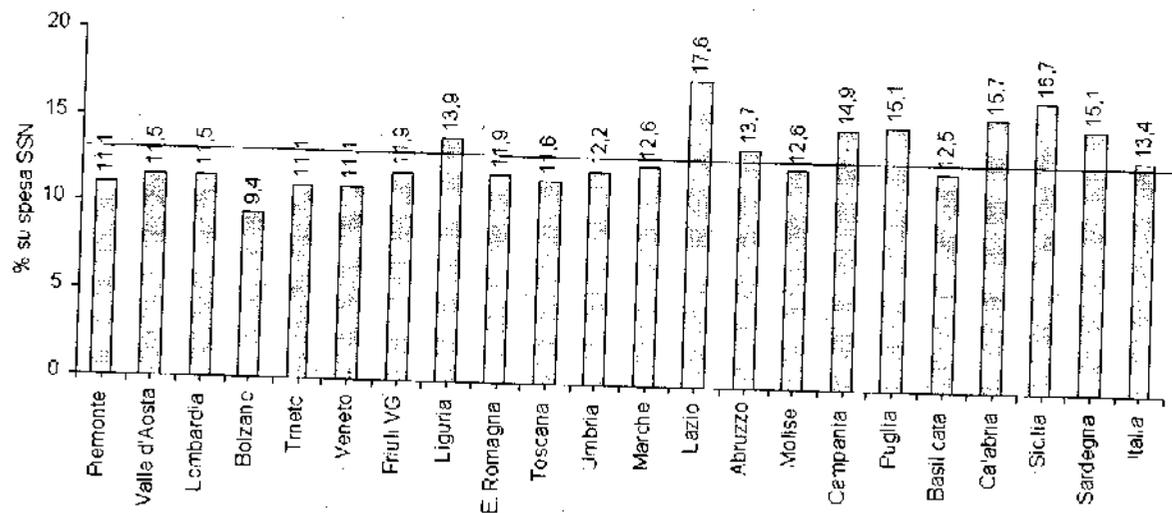
Va segnalato peraltro che il 2005 risulta essere stato un anno particolarmente virtuoso, ma allo stesso tempo anomalo, per quel che riguarda la spesa farmaceutica nazionale. Gli interventi messi a punto dall'AIFA in quell'anno hanno portato in Italia a una contrazione degli esborsi lordi pari allo 0,6%. Nel Lazio si è avuto un incremento dello 0,7%. Simili andamenti non rappresentano adeguatamente la spinta tendenziale della spesa farmaceutica, tanto che né in Italia, né nel Lazio è stato possibile ripetere nel 2006 i risultati del 2005.

Tabella 15 Incidenza % dei farmaci equivalenti su totale della spesa e delle DDD/1000 abitanti die (Osmed, 2006)

	DDD totali		Consumi farmaci equivalenti			Spesa netta farmaci equivalenti		
	DDD/1000 ab die	Δ % 06/05	DDD/1000 ab die	% sul tot DDD	Δ % 06/05	€ tot spesa	% sul tot spesa	Δ % 06/05
Piemonte	745,2	8,2	215,3	28,9	10,3	19,2	14,1	23,0
Val d'Aosta	787,1	4,5	203,0	25,9	10,1	19,2	13,7	13,8
Lombardia	748,9	5,7	203,0	27,2	5,9	16,8	11,9	5,6
P.A. Bolzano	646,9	3,0	143,5	22,2	9,7	13,4	11,8	7,5
P.A. Trento	702,7	7,1	185,3	26,4	10,2	17,4	13,5	10,5
Veneto	784,6	6,6	200,0	25,6	7,4	16,7	12,4	7,0
Friuli VG	789,6	7,1	219,0	27,4	4,6	18,7	12,9	4,7
Liguria	824,3	9,0	221,3	26,9	8,1	21,1	12,9	7,1
E. Romagna	825,7	6,1	223,8	27,2	7,7	21,7	15,3	11,9
Toscana	797,4	4,6	244,9	30,7	12,2	23,6	17,0	18,9
Umbria	861,6	3,1	240,9	28,0	9,7	21,6	15,3	10,3
Marche	606,5	5,2	212,5	26,3	7,8	21,6	13,9	9,2
Lazio	1040,4	5,1	230,5	22,2	7,4	25,2	11,4	0,6
Abruzzo	664,6	10,2	207,1	31,0	11,6	23,0	13,4	12,0
Molise	733,5	4,7	185,3	25,3	3,0	19,6	11,9	8,2
Campania	925,6	6,6	190,3	20,6	5,2	26,6	14,4	5,1
Puglia	888,3	9,5	196,3	22,2	12,2	23,9	12,1	24,5
Basilicata	836,9	8,4	197,5	23,6	5,2	23,5	15,4	2,4
Calabria	859,3	10,8	199,4	23,2	8,5	25,1	12,4	11,8
Sicilia	990,1	9,4	210,4	21,3	11,9	27,2	12,6	18,3
Sardegna	888,5	6,1	184,6	20,8	9,0	21,7	11,8	8,8
Italia	851,2	7,2	210,5	24,7	8,2	21,7	13,1	11,2
Nord	812,9	6,7	210,3	26,0	7,4	18,3	13,1	10,1
Centro	772,0	6,3	223,5	30,2	9,2	23,9	13,4	10,0
Sud e isole	925,3	8,5	198,5	21,4	9,5	25,0	12,9	13,1

* primi nove mesi del 2006

Grafico 3. Stima della quota di spesa farmaceutica lorda a carico SSN sulla spesa sanitaria (Osmed, 2005)



L'eliminazione del ticket e gli andamenti del 2006

A fronte del protratto scostamento della spesa farmaceutica dal limite massimo del 13%, e nonostante andamenti disallineati da quelli delle Regioni più virtuose, l'unico provvedimento di correzione adottato negli anni passati è stata il ricorso alla compartecipazione alla spesa dei cittadini (ticket di un euro a ricetta per prescrizioni di importo superiore a cinque euro, DGR 34/2002). Le esperienze maturate da molte Regioni dopo il 2001, successivamente alla decisione del Governo di abolire il ticket nazionale, indicano come significativi risparmi di spesa farmaceutica siano piuttosto realizzabili attraverso interventi direttamente orientati al contenimento dei costi medi. Ad esempio, risultati particolarmente importanti sono stati ottenuti attraverso lo strumento della distribuzione diretta¹⁶. Come è stato osservato:

"Le strategie intraprese dalle Regioni sono state variegate e i successi ottenuti indicano che anche provvedimenti diversi dall'adozione del ticket possono rivelarsi efficaci. Non è necessario che il contenimento della spesa sia realizzato percorrendo un trade-off che trasferisce costi crescenti sul cittadino."¹⁷

Il caso del Lazio evidenzia d'altronde come, a partire dal 2003 e dunque dopo la reintroduzione del ticket, l'accelerazione dei costi medi abbia trainato un aumento della spesa farmaceutica, impedendo di fatto il rientro nei limiti stabiliti dalla normativa nazionale.

Più in generale, la letteratura internazionale evidenzia come il razionamento indotto dal ticket sul consumo dei farmaci abbia natura temporanea, con effetti che tendono a esaurirsi in un arco di tempo compreso fra i 6 e i 12 mesi, non costituendo pertanto soluzione a un problema di strutturale disallineamento della spesa farmaceutica, quale è da considerarsi quello riscontrato nel Lazio¹⁸.

Gli effetti distorsivi del ticket sono esaminati più avanti con maggiore dettaglio, vedi riquadro *consumo di farmaci e sistema dei prezzi relativi*.

In considerazione di questi elementi, a partire dal 2006 la Regione ha eliminato la

¹⁶ Per una dettagliata ricognizione della spesa farmaceutica regionale dopo l'eliminazione del ticket nazionale e delle sue determinanti si rimanda a Cer, *Il ticket e la spesa farmaceutica*, in Rapporto 3/2003, pp. 39-50

¹⁷ *ibidem*, p. 50.

¹⁸ Si vedano ad esempio: Okunade A. e Chutima S., *The Pervasiveness of pharmaceutical expenditure inertia in the OECD countries*, in Social Science e Medicine, 2006; Pederson KM., *Pricing and reimbursement of drugs in Denmark*, European Journal of Health Economics, 2003; Darbà J., *Pharmaceutical expenditure in Spain: Evolution and cost containment measures during the 1998- 2001*, European Journal of Health Economics, 2003

compartecipazione alla spesa, per orientarsi verso l'adozione di strumenti finalizzati all'abbassamento del costo medio delle prescrizioni. Dal momento che risparmi di spesa effettivi non possono essere ottenuti se non attraverso il pieno coinvolgimento dei soggetti protagonisti del circuito farmaceutico, (dai medici di base, alle farmacie, alle aziende produttrici), i provvedimenti adottati, o in via di adozione, sono tutti basati su una procedura di concertazione in merito alle misure da intraprendere e di condivisione dell'obiettivo generale: ricondurre permanentemente la spesa farmaceutica della Regione all'interno dei tetti imposti dalla legge nazionale.

A tal fine, sono stati innanzitutto concordati con i medici prescrittori degli "indici di appropriatezza", sulla base dei quali i Servizi farmaceutici territoriali delle Asl verificano l'andamento delle prescrizioni per ogni singolo medico e per ogni paziente, nonché il fatturato delle farmacie private. Una seconda linea di intervento si è concretizzata nell'accordo stipulato nel mese di maggio e poi ratificato con le DGR 425 e 426/2006, tra Regione, Federfarma, Farmacie Pubbliche e Distributori Intermedi, che pone in essere gli atti amministrativi necessari a consentire la distribuzione "diretta" di alcuni farmaci e la distribuzione "in nome e per conto", per il tramite di farmacie convenzionate, di medicinali facenti parte dell'Allegato 2 al Decreto del Ministro alla Sanità 22. 12. 2000 e s.i.m., ai sensi della Legge n. 405/01, art. 8, comma 1, lettera a).

L'adozione dei nuovi strumenti preposti al controllo della spesa farmaceutica ha prodotto un effetto ritardato rispetto all'impulso, di segno opposto, derivante dall'abolizione del *ticket*. Gli andamenti del 2006 possono essere letti alla luce di questa asimmetria.

Nei primi nove mesi dell'anno, il numero di ricette è aumentato in misura pari al 5,6% rispetto allo stesso periodo del 2005; la spesa netta, scontando l'eliminazione del *ticket*, è aumentata dell'8,2%. Tale crescita si è inscritta in una tendenza comune all'intero territorio nazionale e determinata (grafico 4) sia da un incremento dei consumi (numero di DDD), sia da uno spostamento verso farmaci di costo superiore (effetto mix). In corso d'anno è di contro proseguita la discesa dei prezzi, pari al 5,2% nei primi nove mesi.

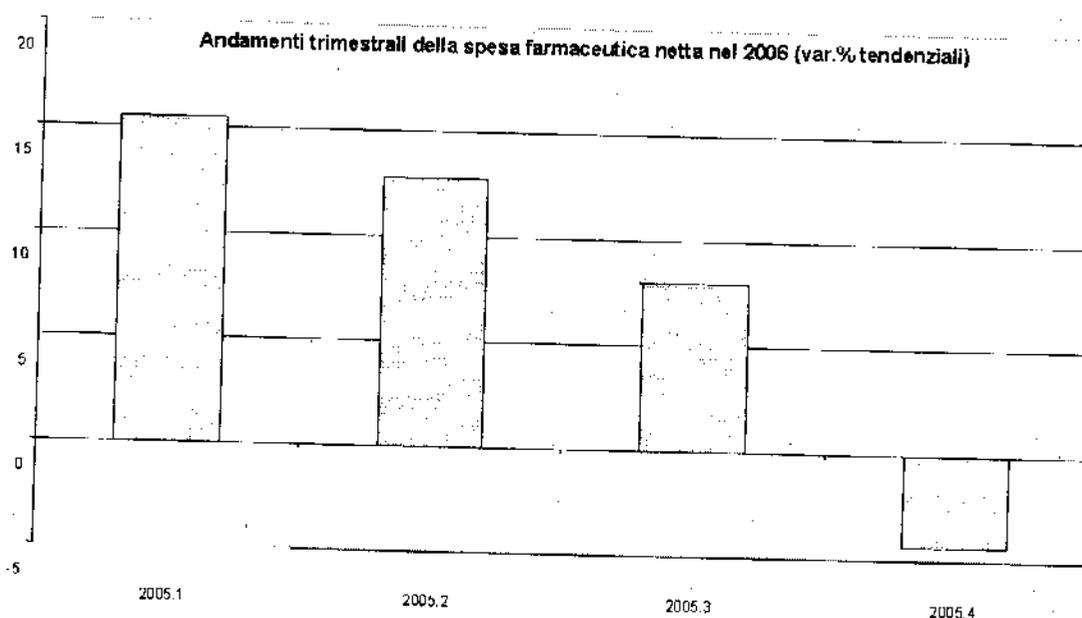
Rispetto a questa tendenza generale, il Lazio ha registrato un aumento più consistente delle DDD, (8,9 contro 7,7%), probabile conseguenza dell'eliminazione del *ticket*, e un maggiore impulso dell'effetto mix (2,2 contro 1,3%), interpretabile come ulteriore approfondimento dei fenomeni di inappropriatezza prescrittiva. In linea con la media nazionale è stata la riduzione dei prezzi.

Tabella 16 Effetto delle quantità, dei prezzi e del "mix" sulla variazione totale della spesa farmaceutica regionale a carico SSN: confronto fra i primi 9 mesi del 2005 e 2006 (Osmed, 2006)

	Spesa lorda 2006 (milioni di €)	Δ % 05/05			Δ % costo medio DDO
		totale	quantità	prezzi	
Piemonte	697	-4,4	9,4	-5,4	1,8
Valle d'Aosta	18	2,0	5,2	-5,7	2,7
Lombardia	1466	3,2	6,7	-5,2	2,0
P.A. Bolzano	59	-8,2	4,3	-3,9	-6,5
P.A. Trento	43	6,4	8,0	-3,2	3,9
Veneto	683	2,7	7,4	-5,1	0,7
Friuli VG	191	5,3	7,3	-5,0	2,3
Liguria	311	1,0	5,5	-3,6	2,3
Emilia Romagna	636	1,7	6,6	-3,7	1,2
Toscana	545	1,8	4,9	-3,8	2,0
Umbria	126	4,0	0,7	-3,3	1,9
Marche	250	3,8	5,0	-3,5	4,0
Lazio	1234	5,7	8,9	-3,1	2,2
Abruzzo	236	6,0	10,6	-3,5	1,6
Molise	56	2,8	4,4	-3,7	4,1
Campania	989	0,4	6,9	-3,3	-0,8
Puglia	756	3,2	9,9	-3,4	-0,7
Basilicata	95	4,1	0,3	-3,3	1,5
Calabria	421	7,1	10,6	-3,3	2,1
Sicilia	1105	4,0	9,6	-3,4	0,6
Sardegna	103	3,0	2,0	-3,3	0,7
Italia	10.263	3,3	7,7	-3,2	1,2

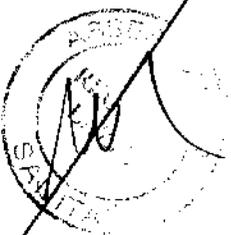
Le dinamiche di spesa sono nettamente migliorate nel corso dell'ultimo trimestre dell'anno, riflettendo i nuovi provvedimenti AIFA, adottati nel luglio del 2006 e muovendosi in coerenza con gli effetti attesi dai provvedimenti correttivi stabiliti a livello regionale. Il grafico 4 riporta gli andamenti trimestrali della spesa farmaceutica netta della Regione: in corso d'anno si è passati, in termini tendenziali, da un aumento del 15,5% a una contrazione del 4,3%. Nel solo mese di dicembre, quando le misure per la distribuzione diretta sono entrate a pieno regime, la riduzione di spesa ha avvicinato il 10,5%.

Grafico 4



B SVILUPPI DEI CONTENUTI DEL PIANO

Gli andamenti dell'ultimo trimestre hanno consentito di fermare la spesa farmaceutica del 2006 a un valore complessivo di 1,505 milioni di euro. L'aumento medio rispetto al 2005 resta elevato (+7.75%), ma il rallentamento registrato nei mesi più recenti modifica in misura sensibile il profilo tendenziale per il 2007. In termini previsionali, è ora possibile stimare, a parità di altre condizioni, una diminuzione dell'1,3%, della spesa farmaceutica della Regione Lazio nel 2007, corrispondente a un valore tendenziale di 1,485 milioni di euro. A questo valore tendenziale vanno applicati gli ulteriori risparmi associati agli interventi correttivi di cui si offrono di seguito il dettaglio e la relativa quantificazione.



OBBIETTIVO SPECIFICO 2.1 - POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI PER IL GOVERNO DELLA DOMANDA ORIENTATO A GARANTIRE LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E L'ACCESSO ALLE CURE APPROPRIATE.

Intervento 2.1.1 - Emanazione linee guida per la formazione degli atti aziendali dirette a definire l'organizzazione distrettuale.

Obiettivo

Garantire che attraverso gli atti aziendali approvati dalle Aziende sanitarie vengano rispettati gli indirizzi di compatibilità del presente Piano di rientro.

Modalità

Adozione entro il 31 marzo 2007 della DGR contenente le linee guida per i direttori della aziende, a cui dovranno poi attenersi nella redazione dei singoli atti aziendali.

Effetti attesi

Razionalizzazione dell'organizzazione interna di ciascuna Azienda al fine di pervenire ad una razionalizzazione e riorganizzazione del SSR in base a principi ispiratori di equità, efficienza, trasparenza. Si prevede un nuovo assetto aziendale che rilanci il ruolo della medicina territoriale, le cure primarie e la continuità assistenziale riducendo le sovrastrutture e la moltiplicazione di centri decisionali.

Intervento 2.1.2 - Promozione di forme associative dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e integrazione degli specialisti ambulatoriali.

Obiettivo

Assicurare la continuità dell'assistenza allo scopo di garantire su tutto il territorio regionale un migliore accesso al servizio sanitario, nel rispetto della centralità del cittadino/paziente.

Modalità

Sottoscrizione del protocollo d'intesa con le categorie professionali, già avvenuto in data 23 giugno 2006, recepito successivamente con DGR n. 229/2006.

Effetti attesi

Si prevede un aumento dell'orario di apertura degli studi medici, e una copertura più omogenea tra mattina/pomeriggio. Ciò consente di regolare il flusso dei pazienti verso le strutture di pronto soccorso, alleggerendole dei casi riconducibili prevalentemente alla categoria dei c.d. "codici bianchi".

Intervento 2.1.3 - Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e l'attivazione di progetti per la creazione di specifiche strutture. Comune di Roma e altri Comuni.

Obiettivi

Promuovere percorsi di continuità assistenziale, anche attraverso la realizzazione di apposite strutture, con il coinvolgimento dei medici di base, per favorire i processi di de-ospedalizzazione.

Modalità

Adozione entro il 30 marzo 2007 della DGR di programmazione che definisca i requisiti per una rete regionale per la realizzazione dei processi di de-ospedalizzazione, anche attraverso il supporto a progetti integrati di continuità assistenziale.

Effetti attesi

Si prevede un contributo al miglioramento della gestione della degenza del paziente dimesso, riducendo i casi di ricoveri determinati dalla dimissione non protetta.

Intervento 2.1.4 - Realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie a partire dagli interventi residenziale, semi-residenziale e domiciliari a favore degli anziani e dei disabili. Revisione tariffaria.

Obiettivo

Rafforzare il quadro delle relazioni e collaborazioni in campo socio-sanitario al fine di promuovere un nuovo quadro dei rapporti istituzionali nell'ambito del SSR.

Modalità

Dopo la sottoscrizione del protocollo d'intesa con l'ANCI, avvenuta in 23 luglio 2006, la Regione, insieme all'ANCI elaboreranno una proposta sull'ordinamento della sanità laziale, valorizzando il metodo del confronto programmatico, fra Aziende sanitarie e conferenze dei sindaci dei comuni della Regione.

Elaborazione della proposta sull'ordinamento della sanità laziale entro il 30 marzo 2007

Effetti attesi

Conseguire un incremento dell'accessibilità ai servizi socio sanitari e la più ampia libertà di scelta, nonché l'equità delle prestazioni per tutti i cittadini del territorio regionale. Infine sviluppare il massimo dell'efficienza e del rigore sulle risorse disponibili per un efficace rapporto costi/benefici nella salute.

OBIETTIVO SPECIFICO 2.2 - RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI PER UNA DIVERSA ALLOCAZIONE DELLE RISORSE.

Intervento 2.2.1 - Implementazione e qualificazione dell'assistenza ambulatoriale attraverso l'attività di Day Service e dei PAC per patologia nella quale far confluire quote di assistenza attualmente erogate in regime di DH.

Obiettivo

Individuazione di percorsi diagnostici complessi per singola patologia che consentano di formulare una diagnosi abbattendo i tempi di attesa e riducendo così i costi relativi ad eventuali degenze in regime di DH.

Modalità

E' stato costituito un apposito gruppo di lavoro incaricato di identificare i percorsi diagnostici per singola patologia, che sono stati recepiti nella DGR 922/2006.

Effetti attesi

E' prevista una riduzione dei ricoveri in regime di DH per gli accertamenti diagnostici individuati nel suddetto provvedimento, e dei relativi costi.

Intervento 2.2.2 - Disciplina del corretto ed appropriato uso delle apparecchiature e prestazioni di RMN.

Obiettivo

Garantire qualità e appropriatezza nell'accesso e nella erogazione delle RMN

Modalità

Definizione tempi, *standard*, caratteristiche tecniche delle RMN. DGR 423 del 14/7/06.

Effetti attesi

Si prevede una maggiore appropriatezza delle prestazioni e una riduzione della spesa derivante dalla applicazione di *standard* di funzionamento che impediscono comportamenti opportunistici.

Intervento 2.2.3 - Linee guida sulla riabilitazione extraospedaliera

Obiettivo

Aggiornare entro il 31 marzo 2007 le linee guida sulla riabilitazione extraospedaliera. Ridefinendo la missione assistenziale delle strutture ex. Art. 26.

Modalità

Adozione entro il 31 marzo 2007 della DGR contenente le linee guida

Effetti attesi

Gli effetti attesi sono illustrati con l'intervento 1.3.1.

Intervento 2.2.4 – Prestazioni escluse dai LEA

Obiettivo

Adottare una delibera di giunta applicativa dell'allegato 2 A del DPCM 29/11/2001 prevedendo l'esclusione dai LEA delle prestazioni di laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasonoterapia e mesoterapia.

Modalità

Delibera di Giunta in corso di adozione

Effetti attesi

Nella tabella seguente sono mostrati gli effetti attesi dalla esclusione delle prestazioni in questione. Gli effetti di risparmio derivanti dagli erogatori privati sono contabilizzati nel contesto dell'intervento 1.3.1.

Prestazioni specialistiche ambulatoriali comprese nell'all. 2A del DPCM 29.11.2001, incluse nell'allegato 2B con DGR 1431/2002 "LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA: Individuazione dei criteri di erogazione delle prestazioni di cui all'allegato 2B del DPCM 29/11/2001-assistenza odontoiatrica-medicina fisica e riabilitazione"					
DATI RELATIVI ALL'ANNO 2005 - EROGATORI NON PUBBLICI					
Prestazione	Volume	% Volume in esenzione	% Volume no	Valorizzazione Netta	Ticket
93.39.2 MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO Per seduta (30 minuti ciascuna)	5.618	82,2%	17,8%	29.503	1.322
93.39.4 ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Diadynamica Per seduta di 10 minuti (Ciclo di dieci sedute)	1.378.151	70,8%	29,2%	2.552.681	369.000
93.39.5 ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	2.935.764	67,2%	32,8%	7.878.299	1.075.781
93.39.9 ULTRASONOTERAPIA Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	1.996.875	66,5%	33,5%	2.229.546	446.266
99.99.1 LASER TERAPIA ANTALGICA Per seduta	17.451	50,7%	49,3%	38.187	15.911
totale	6.331.859	67,7%	32,3%	12.728.216	1.908.280

Prestazioni specialistiche ambulatoriali comprese nell'all. 2A del DPCM 29.11.2001, incluse nell'allegato 2B con DGR 1431/2002 "LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA: Individuazione dei criteri di erogazione delle prestazioni di cui all'allegato 2B del DPCM 29/11/2001-assistenza odontoiatrica-medicina fisica e riabilitazione"					
DATI RELATIVI ALL'ANNO 2005 - EROGATORI PUBBLICI					
Prestazione	Volume	% Volume in esenzione	% Volume no	Valorizzazione Netta	Ticket
93.39.2 MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO Per seduta (30 minuti ciascuna)	14.412	88,8%	11,2%	110.111	3.679
93.39.4 ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Diadynamica Per seduta di 10 minuti (Ciclo di dieci sedute)	89.821	74,0%	26,0%	159.337	31.084
93.39.5 ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	151.844	68,5%	31,5%	385.249	77.875
93.39.9 ULTRASONOTERAPIA Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	155.405	66,9%	33,1%	161.499	46.744
99.99.1 LASER TERAPIA ANTALGICA Per seduta	144.154	63,1%	36,9%	344.749	102.129
totale	665.836	68,0%	32,0%	1.169.946	261.610

Intervento 2.2.5 – Riorganizzazione strutture pubbliche e private eroganti assistenza specialistica

Obiettivo

Attuazione del disposto dell'articolo 1, comma 796 lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)"

Modalità

La legge finanziaria 2007 ha introdotto per l'assistenza specialistica ambulatoriale disposizioni di tipo tariffario e organizzativo e in particolare prevede che:

".....le regioni provvedono, entro il 28 febbraio 2007, ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate"

Da un'analisi delle esperienze in campo nazionale e internazionale emerge che le branche contenenti un maggior numero di prestazioni automatizzate sono la medicina di laboratorio e la diagnostica per immagini: l'automazione permette di aumentare la produttività dei servizi, diminuendo i tempi di esecuzione delle indagini e dovrebbe garantire anche una maggior sicurezza nell'esecuzione delle procedure riducendo il rischio di errore insito nelle procedure manuali.

L'automazione delle prestazioni diagnostiche ha un impatto in termini gestionali ed organizzativi di cui si deve tener conto nell'organizzazione della rete dei servizi.

Significativo in questo senso sono i programmi *Pathology Modernisation* e *Radiography Modernisation* avviati dal Ministero della Salute (Department of Health) del Regno Unito che prevedono la "modernizzazione" dei servizi di medicina di laboratorio e di diagnostica per immagini ponendo come attività centrali del processo di riorganizzazione dei servizi l'individuazione di requisiti specifici, (es. profili professionali e standard occupazionali per la diagnostica per immagini) l'appropriatezza delle prestazioni e la sicurezza del paziente.

In tal senso si colloca anche la DGR 423 del 14 luglio 2006 della Regione Lazio avente come oggetto *"Prestazioni di diagnostica per immagini – Linee Guida per macchinari e strutture accreditate con il S.S.R – Integrazione e aggiornamento DGR n.2825/98 e successive modificazioni"* in cui vengono individuati i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per le prestazioni specialistiche di risonanza magnetica nucleare, e attraverso il collegamento macchinario- prestazione- tempi di esecuzione – aspetti organizzativi si contribuisce sia al perseguimento dell'obiettivo di contenimento della spesa, che a quello del controllo dell'appropriatezza delle prestazioni.

Per raggiungere, pertanto l'obiettivo fissato dalla legge finanziaria è necessario redigere un piano che dovrà garantire la qualità delle prestazioni, la facilità di accesso all'utenza, ricercando, nel contempo, l'obiettivo dell'economicità dei servizi, in funzione del contenimento della spesa.

D SVILUPPI DEI CONTENUTI DEL PIANO

Le azioni che saranno intraprese per la redazione del piano sono le seguenti:

1. Individuare le prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio effettuate con metodiche automatizzate
2. Estrarre dall'anagrafe delle strutture sanitarie i soggetti eroganti le prestazioni individuate
3. Classificare i potenziali soggetti erogatori sulla base delle caratteristiche diagnostiche delle prestazioni erogate
4. Descrivere l'offerta su base geografica (mappatura dei soggetti erogatori)
5. Verificare il fabbisogno regionale relativo alle prestazioni individuate
6. Individuare specifici requisiti organizzativi per l'erogazione delle prestazioni

Intervento 2.2.6 – Provvedimenti in materia di regolazione dell'offerta dell'assistenza specialistica ambulatoriale

Obiettivo

Provvedere, in riferimento alle strutture di assistenza specialistica ambulatoriale e alle altre strutture del macrolivello distrettuale, all'adozione di un nuovo provvedimento attuativo dell'articolo 8 quater comma 8 e dell'articolo 8 quinquies commi 1 e 2 del d.lgs 502 e successive modificazioni, con particolare riferimento alle revoche dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso e alla definizione dell'ambito di applicazione degli accordi contrattuali con le strutture di erogazione.

Modalità

Tale intervento sarà sviluppato secondo modalità e tempi correlati con l'intervento precedente

Intervento 2.2.7 – Provvedimenti in materia di adeguamento delle tariffe per l'assistenza ambulatoriale.

Obiettivo

Adeguamento delle tariffe al DM 12 settembre 2006 per quanto attiene alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale,

Modalità

Adozione entro il 30 marzo 2007 della DGR di revisione tariffaria complessiva del comparto.

Effetti attesi

Gli effetti di risparmio correlati agli erogatori privati sono illustrati con l'intervento 1.3.1

Indicatore di verifica e relativa fonte

Il monitoraggio è realizzato attraverso il sistema SIAS dell'ASP.

OBIETTIVO SPECIFICO 2.3 - POLITICA DEL FARMACO

Premessa

Si espone di seguito il dettaglio degli interventi di correzione della spesa farmaceutica che la Regione Lazio predispone nell'ambito del Piano di rientro dal disavanzo sanitario.

La manovra sulla farmaceutica ha una dimensione minima di riferimento pari a 131,8 milioni di euro, che costituiscono la quota di competenza sull'eccesso di spesa territoriale registrato nel 2005 (L. 405/2001 e successive modificazioni). Per la stessa normativa, a tale cifra vanno aggiunti 30,2 milioni di risparmi da conseguirsi nella spesa farmaceutica ospedaliera. In totale, il risparmio minimo da inglobare nel Piano è di 161,9 milioni di euro (vedi tabella).

Lazio: sfondamento spesa farmaceutica convenzionata territoriale e ospedaliera nell'anno 2005

1) Farmaceutica territoriale	
Spesa 2005:	1.397,32 ml € A
FSR 2005:	7.960,66 ml € B
Tetto 13%	1.034,89 ml € $C=B*0,13$
Scostamento assoluto:	+362,43 ml € $D=A-C$
Scostamento %:	17,6% $E=A/B$
40% a carico Regione (al netto di IVA):	+131,79 ml € $F=D/1,1*0,4$
2) Farmaceutica ospedaliera	
Spesa 2005:	321,82 ml € A
FSR 2005:	7.960,66 ml € B
Tetto 3%	238,82 ml € $C=B*0,03$
Scostamento assoluto:	83,00 ml € $D=A-C$
Scostamento %:	4,0% $E=A/B$
40% a carico Regione (al netto di IVA):	30,18 ml € $=D/1,1*0,4$

Le misure di correzione qui proposte consentono di realizzare un risparmio maggiore, quantificato in 179 milioni di euro per la spesa territoriale e in 31 milioni per la spesa ospedaliera (210 milioni in totale). Gli interventi hanno effetti permanenti nel tempo e correggono strutturalmente la dinamica della spesa.

Oltre che dalle apposite misure di correzione, il rientro nei limiti di spesa fissati dalla normativa nazionale è favorito dal contenimento degli andamenti tendenziali che conseguirà alla scadenza, nel biennio 2007- 2008, dei brevetti di 23 molecole. Sulla base dei dati Federfarma, è possibile stimare, prudenzialmente, che ciò comporterà un abbattimento della spesa farmaceutica del Lazio pari a 20 milioni nel 2007, a 70 milioni nel 2008, a 90 milioni nel 2009.

In coerenza con l'analisi sulle determinanti della spesa farmaceutica del Lazio - esposta in precedenza - le linee di azione prescelte privilegiano interventi atti a ripristinare l'appropriatezza delle prescrizioni e a correggere l'eccesso di costi medi. In applicazione del disposto del comma 798, lettera g, n. 1 della legge finanziaria 2007, la manovra non contempla la reintroduzione di un *ticket* sull'acquisto di medicinali.

La compartecipazione attraverso *ticket* produce effetti contabili di brevissimo periodo, consistenti nella temporanea sostituzione di spesa pubblica con spesa privata. Nel medio e lungo periodo, prevale l'effetto distorsivo tipico del *ticket*, che spinge il consumo verso i farmaci a prezzo di rimborso più

elevato e dunque innalza il valore tendenziale della spesa.

Il deterioramento dei conti che la Regione si trova ad affrontare rende impercorribile un *trade-off* fra effetti di breve e di medio- lungo periodo. Occorre necessariamente concentrare l'azione su misure di carattere strutturale, con cui prefigurare interventi di sistema capaci di condurre a un abbassamento permanente della spesa.

Di fatto, la compartecipazione alla spesa realizzata attraverso il *ticket* non restituisce la necessaria trasparenza al sistema dei prezzi relativi, che secondo la teoria economica è l'unico fattore capace di correggere un eccesso di consumo. Ciò considerando e facendo proprie le esperienze avviate anche di recente in altre Regioni, il Piano introduce un limite massimo di rimborso per alcune categorie di farmaci ancora coperti da brevetti, all'interno delle quali è possibile riconoscere un principio di equivalenza terapeutica.

La misura completa l'azione amministrativa sul sistema dei prezzi che la legge assegna all' AIFA. Con le attuali modalità di rimborso, il sistema di prezzi relativi determinato dall'AIFA resta ignoto al cittadino consumatore; con il *ticket* si introdurrebbe una distorsione tale per cui i farmaci più costosi verrebbero percepiti dal cittadino come quelli col prezzo relativo più basso; l'introduzione di un limite massimo di rimborso lascia inalterato il sistema dei prezzi relativi stabilito dall' AIFA e introduce esplicitamente nelle scelte di consumo i vincoli di bilancio con cui si confronta la Regione.

Le delibere già approvate dalla Giunta regionale coinvolgono nell'azione di risanamento tutti i soggetti protagonisti del "circuito farmaceutico", presupposto indispensabile per dare credibilità alle misure adottate. Questo metodo concertativo resterà al centro dell'azione della Regione lungo tutte le fasi di implementazione del programma di rientro della spesa farmaceutica.

L'obbligo di rispettare tetti di spesa predefiniti, imposti alla Regione dalla normativa nazionale, non deve risultare fattore ostativo all'attività di ricerca e sviluppo dell'industria farmaceutica, che ha sul territorio laziale una presenza significativa. Le misure contenute nella legge finanziaria regionale (LR 27/2006, art. 19) affiancano al contenimento della spesa un rafforzamento degli strumenti finanziari destinati alla ricerca. I due aspetti sono parte integrante dell'intervento nel settore farmaceutico e rispondono alle indicazioni europee sulla qualità delle finanze pubbliche, che viene migliorata laddove si realizzi uno spostamento di risorse dalla spesa corrente alla spesa per ricerca e sviluppo.

Il rispetto degli obiettivi di risparmio sarà monitorato mediante l'utilizzo di un modello statistico di previsione, appositamente elaborato. Le principali caratteristiche del modello e i primi risultati analitici con esso ottenuti sono brevemente illustrati alla fine di questa sezione.

A regime, il ripristino di una maggiore appropriatezza terapeutica verrà monitorato attraverso il Sistema della Tessera Sanitaria, in attuazione del complesso sistema predisposto a livello nazionale. In attesa che simili procedure divengano operative, il monitoraggio verrà svolto con l'ausilio del sistema informativo regionale, che già oggi consente una puntuale verifica sul comportamento prescrittivo dei singoli medici. I dettagli su tali aspetti sono illustrati nell'Allegato E del Piano, paragrafo 1.2

La Regione opererà inoltre per acquisire i sistemi informativi di fonte industriale, al fine di rendere ancora più capillari le potenzialità del monitoraggio.

Intervento 2.3.1 - Distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL e controllo sull'erogazione da parte delle strutture Ospedaliere all'atto delle dimissioni del paziente dei farmaci necessari al 1° ciclo di cura.

Obiettivo

Distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL e controllo sull'erogazione da parte delle strutture Ospedaliere all'atto delle dimissioni del paziente dei farmaci necessari al primo ciclo di cura.

Abbassare il costo medio dei farmaci e migliorare l'assistenza post dimissione. Incentivare la distribuzione diretta dei farmaci da parte delle AUSL/AO previa presentazione dei piani terapeutici da parte dei pazienti.

Modalità

Sono stati stipulati accordi tra la Regione e le aziende farmaceutiche produttrici e licenziatrici di alcuni farmaci del PHT¹⁹ riguardanti il prezzo di acquisto (DGR 425/2006 e DGR 426/2006). Secondo i dati del 2005 (vedi tabella seguente), si tratta di un totale di 187.604 pezzi, il cui consumo comporta un esborso complessivo di oltre 71 milioni di euro (il 4,5% dell'intera spesa farmaceutica regionale).

Distribuzione diretta: valutazione dei risparmi conseguibili: dimensione di riferimento dell'intervento

Atc	Descrizione	Pezzi	2005		Pezzi	2006 I sem.	
			Spesa lorda	Spesa netta (*)		Spesa lorda	Spesa netta (*)
V03AE02	SEVELAMER	16,370	4,253,908	3,743,439	8,360	2,076,875	1,827,650
V03AC01	DEFEROXAMINA	14,037	602,452	530,158	6,402	260,212	228,987
R05CB13	DORNASE ALFA	59	14,190	12,487	26	5,978	5,281
H01AC01	SOMATROPINA	31,160	7,774,194	6,841,291	12,115	2,915,425	2,565,574
B03XA01	ERITROPIETINA	43,058	5,575,051	4,906,045	15,504	1,927,126	1,695,871
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA FATTORI IX, II, VII, X DI COAGULAZIONE IN	40,143	10,024,073	8,821,184	16,060	4,057,888	3,570,941
B02BD01	ASSOCIAZIONE FATTORE VIII DI	151	31,428	27,657	102	21,229	18,682
B02BD02	COAGULAZIONE INIBITORE BYPASSANTE	35,660	31,107,399	30,014,511	18,405	19,515,780	17,173,886
B02BD03	ATTIVITA' FATTORE VIII FATTORE IX DI	5,913	7,239,345	6,370,624	2,873	3,517,443	3,095,350
B02BD04	COAGULAZIONE FATTORE VIII DI	433	290,240	255,411	191	129,154	113,656
B02BD05	COAGULAZIONE	16	7,468	6,572	86	40,138	35,321
J05AB14	VALGANCICLOVIR	604	1,322,760	1,164,029	281	588,313	517,715
Totale		187,604	71,242,508	62,693,408	80,405	35,055,561	30,848,894

(*) = Spesa Lorda - media dello sconto SSN del 6%

Effetti sulla spesa

Gli accordi stipulati con le aziende farmaceutiche produttrici e licenziatrici di questi farmaci (DRG 426/2006) definiscono uno sconto del 33% sugli attuali prezzi di acquisto. Computando la perdita dello sconto oggi riconosciuto dal S.S.N., il risparmio ottenibile attraverso la misura è superiore a 20 milioni di euro, equivalenti all'1,4% della spesa farmaceutica totale.

Anche in questo caso, le dimensioni del risparmio ottenibile sono confermate dai dati relativi al 2006. Nei primi sei mesi dell'anno, l'esborso netto della Regione per le categorie di farmaci interessate dall'intervento è stato pari a quasi 31 milioni di euro. Rispetto a questa cifra, l'applicazione dello sconto permetterebbe un risparmio di 10,1 milioni di euro, equivalente all'1,2% della spesa farmaceutica totale.

¹⁹ Farmaci previsti dalla determinazione AIFA del 29/10/2004.

Risparmi stimati attraverso la distribuzione diretta

	2005	2006
totale spesa netta	€ 62,693,407.00	€ 30,848,894.00
spesa dopo sconto 33%	€ 42,004,582.69	€ 20,668,758.98
risparmio di spesa		
- euro	€ 20,688,824.31	€ 10,180,135.02
- in % della spesa farmaceutica netta	1.41%	1.21%
per memoria:		
spesa farmaceutica netta totale	€ 1,468,645,699.00	€ 841,267,646.00

Nel Piano di rientro, il risparmio permanente di spesa è prudenzialmente fissato a 20 milioni di euro.

Indicatore di verifica e relativa fonte

La verifica dell'obiettivo sarà realizzata all'interno del monitoraggio dell'assistenza farmaceutica della Regione Lazio, che utilizzerà i dati prodotti da Federfarma, Osmed, Cosisan e Laziosanità.

Intervento 2.3.2 Attuazione dell'accordo stipulato nel maggio 2006 tra Regione e Federfarma, Farmacie Pubbliche e Distributori intermedi, per la distribuzione in parte diretta ed in parte in nome e per conto delle ASL di alcuni farmaci del PHT.

Azione

Attuazione dell'accordo, stipulato nel maggio 2006 tra Regione, Federfarma, Farmacie Pubbliche e Distributori intermedi, per la distribuzione *in nome e per conto* delle ASL di alcuni farmaci del PHT²⁰.

Razionale

Contenere il costo medio dei farmaci al fine di riavvicinare il valore massimo del 13% sul finanziamento complessivo riconosciuto dal FSN

Iter realizzativo

L'accordo sancito dalla normativa regionale vigente prevede che alcuni farmaci del PHT vengano acquistati centralmente dal SSR e distribuiti dalle farmacie con una riduzione degli oneri finanziari. Nella tabella sono elencate le tipologie di farmaci a cui si applica l'accordo del maggio 2006. Il totale dei pezzi (dati 2005, vedi tabella) è di quasi 1,33 milioni, per una spesa netta a carico della Regione di 109 milioni di euro (circa 116 milioni di euro di spesa lorda).

²⁰ Prontuario Ospedale Territorio

Distribuzione per nome e per conto: dimensione di riferimento dell'intervento

Atc	Descrizione	2005			2006 I sem.		
		Pezzi	Spesa lorda	Spesa netta (*)	Pezzi	Spesa lorda	Spesa netta (*)
LO2BB03	BICALUTAMIDE	60,540	21,541,341	20,248,881	31,085	10,396,806	9,772,010
B01AB08	REVIPARINA	17,144	1,117,490	1,050,441	875	25,876	24,135
B01AB07	PARNAPARINA	23,504	621,633	584,335	229,138	8,918,551	6,501,559
B01ABD4	DAI TTPARINA	1,972	73,986	69,547	129,746	3,832,434	3,696,489
B01AB05	ENOXAPARINA	370,022	11,206,008	10,608,923	13,895	380,839	357,989
B01AB06	NADROPARINA	228,262	7,263,653	6,927,834	10,056	675,482	634,953
B01AB12	Bemiparina	7,719	400,813	376,764	5,429	258,847	243,316
LO2AE04	TRPTORELINA	34,237	10,067,501	9,463,451	577	82,971	77,993
LO2AE01	BUSERELINA	1,305	222,472	209,124	17,188	4,815,431	4,528,505
LO2AE02	LEUPRORELINA	35,824	10,829,037	9,991,295	4,405	1,493,571	1,409,957
LO2AE03	GOSERELINA	9,815	3,419,547	3,214,374	17,045	1,857,374	1,565,932
N05AH02	CLOZAPINA	70,498	1,723,033	1,619,851	37,017	854,082	802,837
N05AH03	Clanzapina	153,928	16,046,858	15,083,959	81,774	8,088,383	7,603,080
N05AH04	QUETIAPINA	145,912	9,325,842	8,765,291	85,021	5,408,349	5,081,968
N05AX08	RISPERIDONE	67,306	6,671,071	6,270,807	34,001	3,233,179	3,039,183
A10AE04	Insulina glargine	30,212	2,380,047	2,237,244	42,513	3,166,332	2,986,152
H01CB02	OCTREOTIDE	7,273	8,198,879	6,826,758	3,541	3,119,788	2,832,001
H01CB03	LANREOTIDE	2,716	7,555,140	2,401,832	1,292	1,228,283	1,154,586
J05AF05	LAMIVUDINA	9,466	812,836	857,878	5,173	478,237	449,543
J05AB11	VALACICLOVIR	26,253	3,484,827	3,285,137	13,624	1,733,865	1,629,833
N07BC02	METADONE	23,961	26,382	24,808	14,070	15,687	14,746
Totale		1,327,747	115,977,866	109,019,214	777,346	61,179,961	57,509,165

(*) = Spesa Lorda - media della sanita SSN del 6%

Risultati attesi

Ridurre il costo medio dei farmaci, contribuendo al riavvicinamento della spesa farmaceutica entro il tetto del 13%.

Effetti sulla spesa

Dato il totale della spesa a cui si applica la misura, si valuta possibile realizzare un risparmio di quasi 41 milioni di euro (-30,6 % e -2,76% della spesa farmaceutica totale). La cifra è ottenuta per sottrazione. Dai 53 milioni di risparmi conseguibili in virtù del concordato sconto del 50% sui prezzi vigenti, deve essere infatti dedotte una specifiche voce: il riconoscimento ai farmacisti di 14 milioni di euro per la distribuzione. Nel conto complessivo della sanità, quest'ultimo elemento va ascritto come aumento della spesa per acquisto di beni e servizi.

Rispetto al totale della spesa farmaceutica, la misura dovrebbe consentire un risparmio del 2,76%.

I dati riferiti al primo semestre del 206 sembrano confermare l'entità del risparmio conseguibile. Tra gennaio e giugno dell'anno in corso, la spesa lorda per i farmaci oggetto della misura ha superato i 61 milioni, mentre la spesa netta si è attestata a 57,5 milioni di euro. Date queste cifre, l'applicazione di uno sconto del 50% avrebbe portato a ridurre gli esborsi a carico della Regione di quasi 29 milioni di euro. Sottraendo a questa cifra i 7,3 milioni di euro riconosciuti alle farmacie per l'onere della distribuzione, si arriva a un risparmio netto di quasi 21,5 milioni di euro, pari al 2,55% della spesa farmaceutica totale della Regione.

Risparmi stimati attraverso la distribuzione per nome e per conto

	2005	2006
<i>totale spesa netta</i>	€ 109,019,213.00	€ 57,509,163.00
<i>spesa dopo sconto 50%</i>	€ 54,509,606.50	€ 28,754,581.67
<i>costo di gestione per i farmacisti (12%)</i>	€ 13,917,346.32	€ 7,341,595.32
<i>esborso totale dopo manovra</i>	€ 68,426,952.74	€ 36,096,176.99
<i>risparmio di spesa complessivo</i>		
- euro	€ 40,592,260.26	€ 21,412,988.01
- in % della spesa farmaceutica netta	2.76%	2.55%
<i>risparmio di spesa farmaceutica</i>		
- euro	€ 54,509,606.50	€ 28,754,581.67
- in % della spesa farmaceutica netta	3.71%	3.42%
<i>per memoria:</i>		
<i>spesa farmaceutica netta totale</i>	€ 1,468,645,699.00	€ 841,267,646.00

Si noti che la misura, a motivo della contabilizzazione del rimborso riconosciuto alle farmacie fra gli acquisti di beni e servizi, ha un effetto più incisivo di quello fin qui considerato in termini di avvicinamento al tetto massimo del 13% imposto dalla normativa nazionale. Rispetto a tale parametro, l'abbattimento di spesa da considerare è infatti pari, per il 2005, a 54,5 milioni di euro, che equivalgono al 3,7% della spesa farmaceutica netta totale. Il calcolo riferito ai dati del primo semestre 2006 porta a una cifra analoga (3,4%).

Per effetto della misura di *distribuzione per nome e per conto*, si stima un risparmio permanente di spesa farmaceutica pari a 50 milioni di euro.

Indicatore di verifica e relativa fonte

La verifica dell'obiettivo sarà realizzata all'interno del monitoraggio dell'assistenza farmaceutica della Regione Lazio, che utilizzerà i dati prodotti da Federfarma, Osmed, Cosisan e Laziosanita.

Intervento 2.3.3 - Altre misure per la distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL

Obiettivo

Abbassare il costo medio di altri farmaci connessi al primo ciclo di cura ospedaliera attraverso distribuzione diretta da parte delle ASL.

Modalità

L'intervento attiene ai farmaci soggetti a Nota AIFA 55 (antibiotici a esclusiva prescrizione ospedaliera), ad altri farmaci specialistici da distribuire alla dimissione ospedaliera, agli interferoni.

Effetti sulla spesa

Nel 2006, sono stati spesi nel Lazio 21.648 milioni di euro per farmaci rientranti nella Nota 55 AIFA, 29.215 milioni per farmaci ad uso specialistico nella dimissione ospedaliera, 21.892 milioni per interferoni (vedi tabelle). Accogliendo le stime dell'AIFA, per queste categorie di farmaci è possibile prevedere uno spostamento a distribuzione diretta per il 50% della spesa. Su questo 50% di spesa è possibile stimare una percentuale di risparmio pari al 20%. Complessivamente, la riduzione permanente di spesa connessa a questa misura è pertanto quantificabile in 8,6 milioni di euro (2,2 milioni da farmaci come da nota 55 dell'AIFA, 2,9 milioni da farmaci a uso specialistico, 3,5 milioni da interferoni).

Farmaci rientranti nella Nota 55 Aifa: spesa complessiva e risparmio stimato

Principio attivo	Spesa Lazio 2006	Confezioni Lazio 2006	DDD 2006
Amikacina solfato	1,077,223	124,613	109,370
Ampicillina+sulbactam	317,750	78,476	37,998
Cefamandolo nafato sodico	438	100	17
Cefepime dicloridrato monoidrato	682,567	76,952	37,707
Cefmetazolo	31,736	4,548	2,274
Cefmetazolo sale sodico	18,417	2,639	1,319
Cefodizima sale disodico	1,240,003	125,895	62,947
Cefonicid	137,950	46,281	45,840
Cefonicid sale sodico	199,089	66,455	66,347
Cefoperazone sale sodico	0	0	0
Cefossitina sale sodico	74	14	2
Cefotassima	134,664	23,112	5,775
Cefotassima sale sodico	910,203	145,416	35,795
Ceftazidima	496,503	81,142	20,016
Ceftazidima pentaidrato	2,415,404	389,465	93,088
Ceftezolo sale sodico	86	18	3
Ceftizoxima sale sodico	22,355	3,006	752
Ceftriaxone	1,069,754	170,527	84,638
Ceftriaxone sale disodico	9,678,858	1,465,388	718,055
Cefuroxima sale sodico	55,559	12,784	4,192
Gentamicina solfato	257,869	114,160	40,011
Mezlocillina sale sodico monoidrato	11,153	2,959	493
Netilmicina solfato	153,773	21,632	12,855
Piperacillina	80,413	14,161	2,023
Piperacillina sodica	302,539	57,206	7,097
Piperacillina-tazobactam	2,199,697	175,578	25,083
Tobramicina solfato	154,269	34,553	15,309
Totale	21,648,345	3,237,081	1,429,007

Spostamento da territorio a ospedale (50% della spesa)	10,824,173
Risparmio (20% dello spostamento)	2,164,835

Fonti: Osmed, Aifa

B SVILUPPI DEI CONTENUTI DEL PIANO

Farmaci a uso specialistico nella dimissione ospedaliera: spesa complessiva e risparmio stimato

Principio attivo	Prodotto	Spesa Lazio 2006	Confezioni Lazio 2006	DDD 2006
Ariastrozolo	ARIMIDEX*28CPR 1MG	14,286,032	90,037	2,521,028
Dolasetron mesilato	ANZEMET*30CPR RIV 200MG	4,807	90	269
Dolasetron mesilato	ANZEMET*IV 1F 100MG 5ML	0	0	0
Exemestan	AROMASIN*30CPR RIV 25MG	3,062,307	16,448	483,441
Granisetron cloridrato	KYTRIL 2*5CPR 2MG	1,004,042	8,939	44,663
Granisetron cloridrato	KYTRIL*10CPR RIV 1MG	400,120	3,884	19,822
Granisetron cloridrato	KYTRIL*EV 1F 3MG/3ML	30,591	904	904
Granisetron cloridrato	KYTRIL*IM 1SIR 3MG/1ML	62,395	1,844	1,844
Granisetron cloridrato	KYTRIL*IM 3SIR 3MG/1ML	297,860	2,934	8,801
Letrozolo	FEMARA*30CPR RIV 2.5MG	5,069,746	28,954	888,834
Ondansetron cloridrato	ZOFRAN*50SUPP 16MG	10,142	118	465
Ondansetron cloridrato	ZOFRAN*6CPR 4MG	178,658	3,450	5,175
Ondansetron cloridrato	ZOFRAN*8CPR 8MG	842,473	10,014	30,043
Ondansetron cloridrato	ZOFRAN*8CPR ORODISP 4MG	59,746	1,153	1,729
Ondansetron cloridrato	ZOFRAN*8CPR ORODISP 8MG	331,087	3,940	11,819
Ondansetron cloridrato	ZOFRAN*IM IV 1F 2ML 4MG	23,278	1,972	493
Ondansetron cloridrato	ZOFRAN*IM IV 1F 4ML 8MG	142,115	5,983	2,992
Ondansetron cloridrato	ZOFRAN*SCIR 1FL 50ML 4MG/5ML	5,771	85	212
Teicoplanina	TARGOSID*IM IV 1F 200MG+F 3ML	2,436,352	55,260	27,630
Tropisetron	NAVOBAN*SC 1F+1SIR 5MG/ML	18,857	592	592
Tropisetron	NAVOBAN*SC 3F+3SIR 5MG/ML	31,886	335	1,004
Tropisetron cloridrato	NAVOBAN*SCPS 5MG	795,909	7,000	35,000
Tropisetron cloridrato	NAVOBAN*INIEI OS 1F 5MG/5ML	31,000	969	969
Totale		29,215,185	244,977	4,077,528

Spostamento da territorio a ospedale (50% della spesa)	14,607,592
Risparmio (20% dello spostamento)	2,921,518

Fonte: Osmed, Alfa

Interferoni: spesa complessiva e risparmio stimato

Principio attivo	Spesa Lazio 2006	Confezioni Lazio 2006	DDD 2006
Interferone alfa	617,237	9,587	19,262
Interferone alfa-2a	808,487	21,165	45,945
Interferone alfa-2a pegilato	12,646,594	40,191	269,742
Interferone alfa-2b	1,598,984	9,151	83,043
Interferone alfacon-1	7,592	307	691
Peg-Interferone alfa 2b	6,213,563	24,933	309,344
Totale	21,892,458	105,334	728,027

Spostamento da territorio a ospedale (80% della spesa)	17,513,966
Risparmio (20% dello spostamento)	3,502,793

Fonte: Osmed, Alfa

Indicatore di verifica e relativa fonte

La verifica dell'obiettivo sarà realizzata all'interno del monitoraggio dell'assistenza farmaceutica della Regione Lazio, che utilizzerà i dati prodotti da Federfarma, Osmed, Cosisan e Laziosanità. In particolare si farà riferimento ai dati di spesa e di consumo dei farmaci sottoposti a nota AIFA 55 erogati in regime ospedaliero.

Intervento 2.3.4 - Introduzione della mono prescrizione per le statine.

Obiettivo

Promuovere l'appropriatezza prescrittiva per questa categoria di farmaci. Contribuire a ricondurre la spesa farmaceutica entro il tetto del 13%.

Modalità

Questi farmaci curano malattie di tipo cronico, determinando un uso continuo nel tempo da parte del paziente. E' stato rilevato come, in un numero significativo di casi, l'acquisto di farmaci rientranti in tale categoria abbia invece natura occasionale, fatto che segnala una inapproprietezza nella fase di prescrizione. L'obbligo di prescrivere una sola confezione per ricetta consente di 'scremare' quei pazienti che non presentano condizioni croniche, poiché non richiederanno la prescrizione di un farmaco di cui non hanno effettiva necessità. Secondo le stime realizzate dall'AIFA, la percentuale di inapproprietezza prescrittiva per questa categoria di farmaci è pari al 20%

Risultati attesi

Maggiore appropriatezza d'uso per tali farmaci, riduzione delle quantità consumate, corrispondente abbassamento della spesa.

Effetti sulla spesa

I dati Osmed fissano in 121 milioni di euro la spesa affrontata nel 2006 dalla Regione per i farmaci rientranti nella categoria "statine" (vedi tabella). Abbattendo del 20% la loro prescrizione, si otterrebbe un risparmio di oltre 24 milioni. Questa cifra è inglobata nel Piano di rientro.

<u>Stima del risparmio sulla spesa per le statine</u>	
Spesa totale del Lazio, anno 2006	€ 121,055,344
Stima risparmio (20% della spesa complessiva)	€ 24,211,069

Fonti: Osmed, Aifa

Indicatore di verifica e relativa fonte

La verifica dell'obiettivo sarà realizzata all'interno del monitoraggio dell'assistenza farmaceutica della Regione Lazio, che utilizzerà i dati prodotti da Federfarma, Osmed, e Cosisan.

Intervento 2.3.5 - Acquisizione diretta da parte delle ASL dell'ossigeno per uso terapeutico

Obiettivo

Abbassare il costo medio dell'ossigeno. Attualmente, si rileva una differenza di circa il 45% fra il prezzo massimo di acquisto da parte delle aziende (ex factory) e il prezzo dello stesso rimborsato alle farmacie. La misura prevede l'acquisizione diretta dell'ossigeno da parte delle ASL, mediante indizione di apposite gare. Esperienze di successo sono state maturate in questo campo dalle ASL RMA e RMF, con significativi risultati in termini di minore spesa.

Modalità

Delibera delle ASL. Per indizione gara.

Effetti sulla spesa

Come si illustra nella tabella seguente, nel 2006 sono stati spesi oltre 34 milioni di euro per l'acquisto di ossigeno a uso terapeutico. La tabella evidenzia altresì i minori livelli di spesa che caratterizzano le ASL RMA e RMF, dove apposite delibere hanno portato ad acquisizione diretta mediante gare di questo prodotto. L'estensione a tutte le ASL di simili procedure consentirebbe, escludendo procedure con massimo ribasso, un risparmio potenziale del 45% (15,3 milioni di euro) rispetto agli attuali valori di spesa, percentuale corrispondente alla differenza fra il prezzo di produzione dell'ossigeno e il prezzo di rimborso riconosciuto alle farmacie. La stima adottata nel presente piano è più prudente e viene commisurata al 30% degli attuali livelli di spesa. Il minore esborso atteso per il SSN è pari a 10,2 milioni di euro. Per il primo anno, considerati i tempi di start-up si stima un effetto minore, quantificato in 8,8 milioni di euro.

Spesa per ossigeno terapeutico nel Lazio nel 2006

ASL	Numero farmacie	Spesa
RM A	164	€ 1,875,649
RM B	133	€ 5,028,964
RM C	81	€ 3,552,445
RM D	200	€ 4,162,785
RM E	144	€ 3,048,516
RM F	163	€ 358,161
RM G	119	€ 3,130,847
RM H	128	€ 3,707,670
FR	65	€ 2,769,559
LT	120	€ 2,583,548
RI	107	€ 2,139,267
VT	99	€ 1,669,905
Totale	1523	€ 34,027,316
Risparmio potenziale (45%)	-	€ 15,312,292
Risparmio stimato (30%)	-	€ 10,208,195

Fonte: Cosisan, 2006

Indicatori di verifica e relativa fonte

La verifica dell'obiettivo sarà effettuata nell'ambito del monitoraggio annuale e semestrale realizzato dalla Regione Lazio, che utilizzerà i dati prodotti da Cosisan, Federfarma e Osmed.

Intervento 2.3.6 - Verifica sistematica del rispetto degli indici di appropriatezza. Definizione e attuazione di un programma per l'appropriatezza e la razionalizzazione delle prescrizioni.

Obiettivo

Ricondurre il numero di prescrizioni del Lazio verso la media nazionale. Contribuire a ricondurre la spesa farmaceutica entro il tetto del 13%.

Modalità

La Regione ha già definito e trasmesso ai medici di base un indice di appropriatezza, che rappresenta una tetto di spesa di riferimento per singolo MMG/PLS. L'indice è stato calcolato sulla base di un sistema di pesatura che considera la spesa farmaceutica "raggiungibile" da ciascuno dei prescrittori in relazione al numero e alla tipologia degli assistiti risultanti alla data del 15 giugno 2005.

Seguendo l'esempio di "migliori pratiche" fornite da altre regioni, questa misura verrà implementata concordando con i medici di base apposite attività formative, con cui individuare i difetti di razionalità dell'attività prescrittiva. Il rientro negli indici di appropriatezza conseguito attraverso simile attività verrà remunerato attraverso appositi incentivi, che potranno riguardare i singoli medici o gruppi di medici che operano in contiguità territoriale.

Risultati attesi

L'inappropriatezza prescrittiva è una delle principali componenti dell'eccesso di spesa farmaceutica nel Lazio. Le esperienze maturate in altre Regioni confermano la possibilità di conseguire importanti risparmi di spesa intervenendo direttamente su questa componente. La dimensione dei risultati dipende tuttavia dalla qualità dell'azione formativa che si sarà in grado di organizzare. Il risparmio ottenibile dovrà essere calcolato al netto delle necessarie spese per formazione.

Effetti sulla spesa

Nell'impossibilità di dare, al momento, una attendibile quantificazione dei costi connessi alla realizzazione dei programmi formativi, il risparmio inglobato nel Piano è fissato molto prudenzialmente a 10 milioni di euro.

Indicatori di verifica e relativa fonte

Vedi Allegato E, par. 1.2

Intervento 2.3.7 - Introduzione di un rimborso massimo per confezione all'interno della categoria terapeutica "inibitori di pompa"

Obiettivo

Promuovere l'appropriatezza prescrittiva, restituire trasparenza al sistema dei prezzi relativi dei farmaci, contribuire a ricondurre la spesa farmaceutica entro il tetto del 13%.

Modalità

Approvazione di delibere di Giunta recanti l'elenco dei farmaci che, sulla base delle dosi (DDD), sono oggi riconosciuti come clinicamente equivalenti e contenenti i criteri di definizione del prezzo massimo di rimborso. Il riferimento è ai provvedimenti recentemente emanati dalle Regioni Puglia (LR. 39/2006, art. 12) e Liguria (All. DGR 1666/2006). Misure di questo tipo sono inoltre operanti in Toscana, Abruzzo e nel PTOR del Veneto. Attivazione di una commissione tecnica per la valutazione degli effetti terapeutici di nuovi farmaci coperti da brevetto da immettere sul mercato.

Ratio economica dell'intervento

La misura è dettata dalla necessità di ridurre l'eccesso di consumo farmaceutico registrato per alcune categorie di medicinali.

Nella teoria economica, dati il vincolo di bilancio e il sistema di preferenze, la domanda di un bene è funzione del suo prezzo. Un eccesso di consumo si determina se i prezzi relativi non riflettono adeguatamente le condizioni di domanda. Questo principio elementare ben si adatta all'analisi della spesa farmaceutica. Stanti le modalità di rimborso vigenti, il prezzo dei farmaci percepito dai cittadini è infatti pari a zero; in altri termini, la domanda è infinitamente elastica rispetto al prezzo (e alle sue variazioni). In punto di teoria, questa condizione è sufficiente per determinare un consumo superiore alle effettive necessità.

Il *ticket* è lo strumento tradizionalmente utilizzato per ripristinare un razionamento della domanda di farmaci. Questa misura ha però effetti distortivi, dal momento che abbassa il prezzo relativo dei beni il cui prezzo di rimborso è più elevato (si veda riquadro alla fine di questa sezione per una derivazione analitica del risultato). L'effetto ultimo che consegue all'introduzione del *ticket* è un aumento tendenziale di spesa, in contraddizione con l'originario obiettivo di risparmio. Si tratta di una misura inefficace.

La fissazione di un valore massimo di rimborso consente di restituire trasparenza al sistema dei prezzi relativi, conservandone la coerenza rispetto al prontuario AIFA (si veda ancora riquadro per la derivazione analitica). Dal punto di vista della teoria economica, questo provvedimento rappresenta uno strumento efficiente rispetto all'obiettivo di limitare l'eccessivo consumo dei farmaci. Ad esso si fa esplicito riferimento nei contributi della letteratura economica dedicati al tema della spesa farmaceutica²¹.

Risultati attesi

La misura consente un immediato abbassamento della spesa, essendo fissato ex- ante il valore di massimo rimborso per le categorie di farmaci interessate dall'intervento.

Effetti sulla spesa

La misura viene applicata in via sperimentale sulla categoria "inibitori di pompa". Potrà essere estesa ad altri gruppi di farmaci per i quali la letteratura e l'evidenza empirica dimostrino l'equivalenza clinica. Nella categoria degli inibitori di pompa protonica -PPI, il *lansoprazolo* ha indicazioni terapeutiche e risposte cliniche sovrapponibili ai farmaci PPI di recente immissione in commercio come l'*esomeprazolo*. Farmaco quest'ultimo con un costo doppio e caratterizzato da un *trend* di crescita non giustificato dalla reale efficacia del farmaco.

Il risparmio teorico determinato da questa misura è superiore a 56 milioni di euro. Tuttavia, in considerazione della stima di una quota di casi in cui la misura non sarà applicabile (per condannata intolleranza verso il prodotto di riferimento o per altre eccezioni) si considera un abbattimento del 15% rispetto al risparmio teorico calcolato. Pertanto all'intervento viene associato un risparmio effettivo previsto di 47,6 mln di euro.

²¹ Per esempio, si veda Brunetti M. e N. Magrini, *Farmaci, spendere meglio è possibile*, La Voce, 9 gennaio 2007: "Il rimborso dei farmaci potrebbe avvenire a livello di categoria terapeutica, lasciando ai pazienti il pagamento di eventuali differenze, come per i farmaci equivalenti, il prezzo di riferimento potrebbe influenzare tutti i medicinali della classe".

Ipotesi di risparmio con applicazione del prezzo di riferimento per alcune categorie terapeutiche

Categoria terapeutica/A TC/NOME AIFA/descrizione	2006 (gen-ago)			2006 anno (proiezione)		2007 anno (proiezione)			
	Lorda totale	n. pezzi	Costo medio	Lorda anno	n. pezzi	Prezzo riferimento	Lorda anno	Risparmio lordo 06/07	Risparmio netto (- IVA e sconto)
PPI A02BC (AIFA 1-48)	96,570,031	4,848,685	20.78	144,855,046	6,970,028	11.00	76,670,303	68,184,744	56,593,337
						Lansoprazolo			
Stima risparmio totale per l'anno 2007								68,184,744	56,593,337
Stima risparmio effettivo							47.6 mln di euro		

Indicatori di verifica e relativa fonte

La verifica dell'obiettivo sarà effettuata nell'ambito del monitoraggio annuale e semestrale realizzato dalla Regione Lazio, che utilizzerà i dati prodotti da Cosisan e Osmed.

Intervento 2.3.8- Misure per il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera

Obiettivo

Ricondurre l'ammontare della spesa farmaceutica ospedaliera all'interno dei limiti fissati dalla normativa regionale.

Modalità

Al termine del 2006, la Regione Lazio ha indetto la gara per l'acquisto di medicinali per i fabbisogni delle Aziende Sanitarie, Ospedaliere e Policlinici Universitari della Regione Lazio.

Responsabile della gara e della sua attivazione è l'area Economico Sanitaria della Direzione Bilancio e Tributi della Regione Lazio.

Gli atti di gara sono il frutto del Gruppo di Lavoro per la razionalizzazione della spesa sanitaria del Lazio, appositamente costituito dal Direttore Vicario del Dipartimento Economico Occupazionale con propria determinazione n.C0509 del 7/03/06. Il Gruppo di Lavoro si è riunito numerose volte per far sì che gli atti fossero ultimati in tempo utile (il 31 luglio scadevano le gare in essere). Nei verbali dei lavori della Commissione sono riportati i criteri seguiti nella predisposizione degli atti di gara.

La Giunta Regionale in data 14/07/06 ha adottato la Deliberazione n.430 avente ad oggetto: "Autorizzazione ad esperire la gara regionale per la fornitura di medicinali per i fabbisogni delle Aziende USL, Ospedaliere, I.R.C.C.S. di diritto pubblico e Policlinici della Regione Lazio".

Hanno conferito delega alla Regione Lazio, ex art. 15 della legge n.241/90, i direttori generali di tutte le Aziende USL del Lazio, delle Aziende Ospedaliere San Camillo Forlanini, Sant'Andrea, San Giovanni-Addolorata, San Filippo Neri, Azienda Policlinico Tor Vergata, Azienda Policlinico Umberto I.

Gli atti di gara sono stati approvati con determinazione del Direttore Vicario del Dipartimento Economico Occupazionale n. C1646 del 24 luglio 2006 e sono stati pubblicati ai sensi della legge vigente su: GUCE in data 25/07/06 e pubblicati, in estratto, sulla GURI in data 31/07/06, su tre quotidiani a tiratura nazionale (Sole 24 Ore 31/07/06, Milano Finanza 1/08/06, Messaggero 31/07/06) e su un quotidiano a tiratura locale (Repubblica - Edizione Lazio in data 31/07/06); la pubblicazione integrale degli atti è avvenuta sul supplemento ordinario n.3 al Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n.23 del 19 agosto 2006 nonché sul sito della Regione Lazio Sezione Bandi di gara. La pubblicazione è avvenuta a cura dell'Agenzia di servizi (Mediagraphic).

La durata della gara è prevista di un anno rinnovabile di altri due fino ad un massimo di tre anni complessivi.

Il termine ultimo per la presentazione delle offerte era stabilito in data 21 settembre 2006.

Con determinazione del Direttore Vicario del Dipartimento Economico n.C2180 del 22 settembre è stata nominata la Commissione di Gara composta dal Presidente dott. Giulio Ciotola e da due componenti direttori di farmacia dott.ssa Antonietta Iovino (RMG e Azienda Ospedaliera San Filippo Neri) dott. Prisco Anzisi (RMH).

La prima seduta di gara si è svolta il 25 settembre e la Commissione, regolarmente costituita si è insediata alla presenza dell'Ufficiale Rogante. Le società che hanno presentato offerta sono state 125.

Il numero dei lotti oggetto della gara è di n. 2177 (5 dei quali doppi pertanto in totale 2182). Di tutti i lotti 11 sono stati dichiarati non aggiudicabili per errori nella dicitura dei lotti stessi.

Estratto parziale da i dati dell'aggiudicazione:

Lotti inseriti in gara n. 2182 lotti .

Società che hanno presentato offerta n. 125.

Tabella 17: Concorrenza E Prezzi Sul Totale Di 2182 Lotti

Numero lotti	Offerte pervenute	% sconto prezzo al pubblico
485	Deserti	-
1164	1	52,10
318	2	73,50
108	3	85,50
50	4	80,00
14	5	87,00
7	6	95,00
3	7	92,00
1	8	96,00
3	9	97,00
6	10	97,00
11	Non aggiudicabili	-
12	Non aggiudicati dalla Commissione per esclusione società offerenti	-

Tabella 18: Medicinali Emoderivati

Numero lotti	Offerte pervenute	%sconto prezzo al pubblico
28	1	9,00
3	2	30,00
4	DESERTI	-

Effetti

Il risparmio sulla spesa farmaceutica ospedaliera nel 2007, calcolato applicando il differenziale di sconto praticato dalle aziende aggiudicatrici dei lotti rispetto allo quello stabilito dalla normativa nazionale sul prezzo al pubblico dei farmaci, è prudenzialmente stimato per circa 62 milioni di euro. Pertanto, in considerazione dello stato di avanzamento dell'intervento, la valorizzazione del risparmio atteso in assenza di dati storici analitici per effettuare una comparazione tra i differenziali di sconto ottenuti tramite la gara e quelli ottenuti in passato dalle singole aziende ospedaliere con la contrattazione diretta, riteniamo plausibile un ulteriore abbattimento del 30% sulla stima precedente, che si attesterebbe quindi a 43,4 milioni di euro di risparmio sulla spesa per la farmaceutica ospedaliera 2007, ma che prudenzialmente valorizziamo in 31 milioni per il 2007, 2008 e 2009.

Intervento 2.3.9 Quantificazione degli effetti finanziari della scadenza dei brevetti nel biennio 2008-2009.

Obiettivo

Nel prossimo biennio scadranno i brevetti relativi a 23 molecole. Ciò permetterà di estendere il meccanismo del farmaco generico equivalente con i conseguenti risultati in termini di minore spesa a carico del SSN.

Modalità

Per tali molecole in scadenza è realistico ipotizzare che il Lazio abbia una quota di spesa pari a circa il 10% del valore nazionale (inferiore all'effettiva quota della regione sul valore nazionale).

Risultati attesi

Questi valori non costituiscono l'effetto di un apposito intervento della politica economica regionale, ma devono essere calcolati a riduzione del dato di spesa tendenziale con cui la Regione dovrà confrontarsi.

Effetti sulla spesa

Secondo i dati di Federfarma (vedi tabella), i risparmi a livello nazionale ammontano a 302 milioni nel 2007 e a 839 milioni nel 2008. Si può stimare un risparmio di 30 milioni per il 2007, a cui si aggiungeranno nel 2008 ulteriori riduzioni di spesa per 84 milioni di euro.

Sulla base delle indicazioni sopra riportate, tale valore tendenziale è prudenzialmente ridotto di 20 milioni nel 2007, di 70 milioni nel 2008, di 90 milioni nel 2009.

Brevetti in scadenza nel 2007-2008: stima di impatto sulla spesa farmaceutica regionale

Molecole	Spesa SSn MAT 11/2006 euro 000	LOE	Risparmi SSN 2007 euro 000	Risparmi SSN 2008 euro 000	Risparmi SSN 2009 euro 000
OMEPRAZOLE	378,678	2008		189,339	
SIMVASTATIN	224,893	2007	113,938		
AMLODIPINE	280,462	2008		140,231	
RAMIPRIL	311,305	2008		155,653	
CLARITHROMYCIN	278,031	2008		139,015	
DOXAZOSIN	125,789	2007	51,234		
PRAVASTATIN	153,134	2008		76,567	
LISINOPRIL	116,133	2007	21,840		
FLUCONAZOLE	68,672	2007	29,603		
ALFUZOSIN	86,863	2008		43,431	
CIPRPFLOXACIN	64,637	2007	26,849		
CEFIXIME	65,621	2008		32,810	
QUINAPRIL	40,869	2007	16,256		
SALBUTAMOL	57,768	2008		28,884	
CETIRIZINE	27,114	2007	15,037		
BISOPROLOL	29,778	2007	18,807		
SUMATRIPTAN	28,686	2008		14,343	
ESTRADIOL	19,517	2007	761		
BENAZEPRIL	16,067	2008		8,034	
CEFUROXIME AXETIL	21,753	2008		10,876	
LORATADINE	5,815	2007	5,815		
ROXITHROMYCIN	6,386	2007	2,502		
OFLOXACIN	1,222	2007			
TOTALE			302,642	839,183	1,141,825
Quota Lazio (10%)			30,264	83,918	114,183
Risparmio stimato Lazio			20.000	70.000	90.000

Fonte: stime Federfarma

Indicatori di verifica e relativa fonte

La verifica dell'obiettivo sarà effettuata nell'ambito del monitoraggio annuale e semestrale realizzato dalla Regione Lazio, che utilizzerà i dati prodotti da Cosisan e Osmed.

Procedure di monitoraggio della spesa farmaceutica

Utilizzo di un apposito modello di previsione statistica della spesa sanitaria regionale

Un apposito modello di previsione sarà utilizzato al fine di monitorare costantemente gli andamenti della spesa farmaceutica e di verificarne la congruità rispetto agli obiettivi di risparmio. Il modello messo a punto a questo fine scompone la crescita della spesa nelle sue tre componenti fondamentali: la componente di domanda (data dal numero di ricette prescritte o dal numero di "pezzi" o di "confezioni" vendute mensilmente), la componente di offerta (data dal costo medio al lordo dei ticket) ed il grado di compartecipazione alla spesa dei cittadini. Tramite opportune elaborazioni il modello lega gli andamenti delle quantità a quella dei prezzi sulla base delle dinamiche storiche consolidate nella Regione. In tal modo viene ottenuta una previsione di spesa tendenziale.

La stima verrà aggiornata mensilmente, in modo da monitorare continuamente la dinamica della spesa e adattare il risultato previsivo alle innovazioni introdotte dalla politica economica. Il modello contempla infatti un continuo aggiustamento degli scarti tra la dinamica effettiva e quella teorica, sicché i valori effettivi correnti correggono la dinamica storica, sulla cui base sono elaborate le relazioni fondamentali dello schema di elaborazione statistica. Tale caratteristica risponde esplicitamente alle necessità di

tener conto di modifiche endogene nelle caratteristiche della domanda degli utenti e, soprattutto, di considerare cambiamenti nelle politiche adottate dall'amministrazione regionale. Un primo esempio di applicazione delle metodologie statistiche e analitiche del modello è riportato nella tabella.

Andamento e determinanti della spesa farmaceutica nel Lazio: consuntivi 2006 e previsioni 2007

	Dati a settembre 2006			Dati a dicembre 2006			Scostamenti		
	(a) pre-consuntivo per il 2006	(b) previsione per il 2007 (b)	(c) variazioni 2007/2006	(d) consuntivo del 2006	(e) previsione per il 2007	(f) variazioni 2007/2006	(d)-(a)	(e)-(b)	(f)-(c)
Numero ricette (mil.)	52,090,784	55,421,196	6,4	52,055,514	55,701,613	6,0	-3527,01	-219583,4	-0,3
Costo Medio Lordo (€ ricetta)	31,68	31,87	0,7	31,00	28,70	-7,4	0,2	-3,2	-8,1
Spesa lorda (€)	1,649,301,090	1,766,369,121	7,1	1,615,069,357	1,586,819,996	-1,7	34,231,736	-178,569,123	-8,8
Sconto (€)	102,344,530	109,168,178	6,7	98,100,107	99,004,730	-8,3	4,244,423	-20,163,448	-15,9
Ticket (€)	11,847,876	13,458,820	13,6	11,393,121	123,378,897	982,5	454,755	109,870,069	968,9
Spesa netta (€)	1,535,108,688	1,643,762,115	7,1	1,505,576,129	1,465,482,371	-1,3	28,532,559	-159,279,744	-8,4

Le valutazioni elaborate con il modello statistico di previsione consentono di valutare l'effetto di trascinamento dei positivi andamenti osservati nell'ultimo trimestre del 2006. Questi ultimi configurano una vera e propria "rottura" dei parametri storici, alla quale consegue un'importante correzione delle dinamiche tendenziali della spesa.

Più in dettaglio, fino alla fine di settembre, le stime ottenute con il modello descrivevano andamenti tendenziali ancora distanti dai valori obiettivo. La previsione per il 2006 era di un aumento della spesa netta nell'ordine del 10% e di una crescita del numero delle ricette superiore al 7%. Per il 2007 si stimavano ulteriori aumenti, pari rispettivamente al 7,1 e al 6%.

A seguito degli andamenti dell'ultimo trimestre, il dato effettivo del 2006 è rimasto per circa 35 milioni al di sotto del pre-consuntivo, con trentacinquemila ricette in meno e un costo medio più basso di circa sette decimi di punto.

Nella previsione 2007, la sola prosecuzione delle tendenze rilevate a fine 2006 porterebbe a una riduzione di spesa netta per 20 milioni (-1,3%), a un abbassamento del costo medio del 7,4%, ma non ancora a un ridimensionamento del numero di ricette. Nel confronto con la previsione elaborata sulla base dei dati dei primi nove mesi del 2006, lo scostamento è ancora più consistente: 225 mila ricette in meno, una minore spesa per 158 milioni e un costo medio più basso per oltre 8 punti percentuali.

Le cifre commentate appaiono coerenti con le dimensioni degli interventi predisposti dall'AIFA nel corso del passato anno. È plausibile che gli interventi proposti all'interno del piano di rientro determinino effetti interamente aggiuntivi rispetto a quelli già quantificati nella tabella. L'utilizzo del modello nella fase di monitoraggio consentirà di dare conto dei progressi realizzati nel controllo della spesa già a partire dal mese di gennaio 2007²².

Nell'ambito dell'azione di monitoraggio verrà effettuata trimestralmente una verifica, con le parti sociali e le categorie interessate, dei risultati effettivi delle misure adottate.

²² Il modello è stato stimato su un periodo storico che ha registrato numerosi interventi dell'AIFA sul livello dei prezzi. I parametri statistici del modello sono pertanto "pronti" a incorporare future misure dello stesso tipo. Non altrettanto può dirsi per gli interventi di *payback* previsti dalla Legge Finanziaria per il 2007 (comma 798, lettera f). Questa misura rappresenta un'innovazione di incerta attribuzione contabile e non ancora incorporata nel modello. Ne potranno conseguire una temporanea riduzione della capacità di stima del modello e un ritardo dell'entrata a regime delle procedure di monitoraggio sulla spesa farmaceutica previste dal Piano.

**RIQUADRO
CONSUMO DI FARMACI E SISTEMA DEI PREZZI RELATIVI**

Si ipotizzi una categoria terapeutica omogenea all'interno della quale ricadano tre diversi farmaci, il cui prezzo relativo sia così fissato dal prontuario nazionale:

$$P_1 \leq P_2 \leq P_3$$

e si supponga che valga la disuguaglianza stretta, per cui i tre farmaci hanno un ordinamento crescente rispetto al prezzo. Assumendo l'ipotesi consueta per cui la domanda di un bene è funzione inversa del suo prezzo, consideriamo se e quando il sistema dei prezzi relativi è in grado di influire sul consumo dei farmaci.

Ipotesi 1 Meccanismo di rimborso vigente

Secondo l'attuale meccanismo di rimborso, il cittadino non paga alcunché all'atto di acquisto del farmaco. Indicando con X l'ammontare pagato dal cittadino, si ha cioè:

$$X \equiv 0$$

In queste condizioni, il sistema di prezzi relativi stabilito dal prontuario nazionale è di fatto annullato. Applicando la proprietà della divisione, si avrà infatti:

$$X/P_1 = X/P_2 = X/P_3 = 0$$

In altre parole, il sistema dei prezzi non esercita alcun effetto di razionamento sulla domanda e non discrimina il farmaco a prezzo più da quello a prezzo più basso. Questa condizione è sufficiente a determinare un eccesso di consumo e a provocare un effetto *mix* sfavorevole (maggiore consumo dei farmaci con prezzo più elevato).

Ipotesi 2 Meccanismo di razionamento attraverso ticket

Apparentemente, un razionamento della domanda può essere ripristinato attraverso l'introduzione di un ticket. Tale misura produce però un effetto distortivo che nel medio periodo tende a innalzare la spesa, piuttosto che a ridurla. Supponendo che il ticket sia pari a 1 (o comunque in cifra fissa), si avrà:

$$X \equiv 1$$

da cui discende necessariamente che:

$$1/P_1 > 1/P_2 \geq 1/P_3$$

Ossia, il sistema di prezzi relativi fissato dal prontuario viene totalmente invertito. Il consumatore razionale sposterà il proprio consumo sul farmaco con il prezzo relativo più basso, che è però quello al quale corrisponde il massimo prezzo di rimborso riconosciuto dalla SSN.

Ipotesi 3 Introduzione di un prezzo massimo di rimborso

Si ipotizzi ora che la Regione fissi, all'interno della categoria terapeutica, un prezzo massimo di rimborso PR. Supponiamo per semplicità che questo prezzo sia posto pari al prezzo più basso del prontuario, per cui:

$$PR \equiv P_1$$

Per questo farmaco l'esborso chiesto al cittadino è pari a zero. Il sistema dei prezzi relativi sarà ora:

$$0 \leq P_2 - PR \leq P_3 - PR$$

che rispetta il segno delle disuguaglianze del prontuario nazionale.

Per il SSN, il risparmio sarà dato dalla differenza fra la spesa originaria (S al tempo t) e la spesa affrontata dopo l'introduzione del prezzo massimo di rimborso (S al tempo t+1):

$$\begin{aligned} S_t &= P_1 Q_1 + P_2 Q_2 + P_3 Q_3 \\ S_{t+1} &= P_1 Q_1 + PR Q_2 + PR Q_3 \\ S_t - S_{t+1} &= +(P_2 - PR) Q_2 + (P_3 - PR) Q_3 \geq 0 \end{aligned}$$

dove Q rappresentano le quantità consumate. Se la domanda del farmaco è rigida rispetto al prezzo, il cittadino partecipa alla spesa pubblica per un ammontare esattamente pari a $S_t - S_{t+1}$.

Nel caso normale in cui la domanda abbia elasticità negativa rispetto al prezzo, il consumo tenderà a spostarsi verso il farmaco meno costoso. La compartecipazione scende a zero se l'elasticità è tale da spostare il consumo sul solo farmaco meno costoso. In tutti i casi, la spesa farmaceutica pubblica si riduce di un ammontare pari a $S_t - S_{t+1}$.

Obiettivo generale	Obiettivi Specifici
3. Governo della dinamica dei costi di produzione delle prestazioni e dei servizi direttamente gestiti	3.1 Contenimento dei costi diretti di produzione
	3.2 Controllo sull'andamento complessivo dei costi e riorganizzazione del debito commerciale



OBIETTIVO GENERALE 3: Governo della dinamica dei costi di produzione delle prestazioni e dei servizi direttamente gestiti							
obiettivi specifici	obiettivi operativi / interventi	azioni	effetti attesi:		l'importo sulla spesa (milioni di euro)		
			diritti sulla spesa	di sistema	2007	2008	2009
3.1 Contenimento dei costi diretti di produzione	3.1.1 Quantificare il personale del SSR e i relativi costi volutando quelli tramite le ASP gli "scorchi" decentrati e i contratti "reg" alla spartizione e intervenire sulle istituzioni organizzative delle Aziende Sanitarie per rendere compatibile lo sviluppo quantitativo e qualitativo della forza lavoro con l'esigenza del contenimento dei costi	Definizione di un sistema di parametrizzazione e accettazione dei costi a fini valutative efficienza e per l'attività delle risorse umane da ripartire in una Delibera di Giunta entro il 31/10/2007.		X			
	3.1.2 Interventi diretti sulla riduzione dei costi per la acquisto di beni servizi da parte delle stmb. e pubbliche del SSR	Definizione di un sistema di parametrizzazione e individuazione dei costi ai fini valutazione efficienza e per l'attività delle risorse umane da ripartire in una Delibera di G. n. entro il 31/03/2007	X		7	18	24
	3.1.3 Analisi di costi delle strutture sanitarie pubbliche e finalizzata al recupero della forbice tra costi della produzione e valore tempo della produzione	Attivazione, entro il 28/02/2007, di un tavolo tra Asp, Regione, Azienda per l'attivazione e costi di rilevazione di indicatori di benchmarking finalizzati alla realizzazione di interventi di riequilibrio		X			
	3.1.4 Monitoraggio delle convenzioni e delle dematerializzazioni concordate dalle AdL e As per ottimizzare l'azione dell'intervento del blocco del turnover del personale	Emersione della circolare contenente il modello di rilevazione di rilevazione della struttura amministrativa responsabile e entro il 28/01/2007		X			
3.2 Controllo sull'andamento complessivo dei costi e riorganizzazione del debito commerciale.	3.2.1 Realizzazione del sistema di monitoraggio e controllo della spesa sanitaria regionale attraverso la gestione integrata di flussi ed attività provenienti dalle aziende sanitarie	Azienda a breve: Concessione e prima attuazione del sistema di analisi dei flussi informativi delle aziende sanitarie/Azienda a medio e lungo termine: Implementazione del sistema informativo integrato sotto il coordinamento della Giunta di Regione per il controllo di gestione unitario della Azienda e Sanitaria.		X			
	3.2.2 Raffermazione al fondo capitale per gli investimenti finanziati con fondo corrente e definizione di uno o più sistemi approvvigionamento coordinati dall'Assessorato con il supporto dell'ASP	Adozione Delibera di Giunta e della ricognizione di tutti gli acquisti di beni strumentali impropriamente finanziati con il fondo corrente finalizzati alla riconversione verso strumenti di finanziamento in conto capitale (leasing ad esempio) e per la centralizzazione degli acquisti		X			
	3.2.3 Implementazione dei principi e delle procedure per il processo di formazione, organizzazione e consolidamento del sistema delle Aziende Sanitarie.	Azione di breve: Concessione e prima attuazione dei principi e delle procedure per l'organizzazione e il consolidamento del sistema delle Aziende Sanitarie. Prorogazione del periodo di attuazione delle procedure di riferimento, nonché dell'attività delle specifiche funzioni di sviluppo del sistema informativo per la produzione, l'analisi e la gestione del bilancio di gestione e consolidato del comparto sanitario regionale (Cir. Obiettivo operativo 3.2.1)		X			
	3.2.4 Misure di espoliazione e risparmio del debito commerciale pregresso	Attivazione delle procedure di riassetto del debito finanziario. Definizione delle procedure per la messa a regime delle attività di riassetto: attività annuali presso le Aziende Sanitarie.		X			



OBBIETTIVO SPECIFICO 3.1 - CONTENIMENTO DEI COSTI DI PRODUZIONE

Intervento 3.1.1 - Quantificare il personale del SSR e i relativi costi valutando per il tramite della ASP gli accordi decentrati e i contratti integrativi aziendali e intervenire sulle dotazioni organiche delle Aziende Sanitarie per rendere compatibile lo sviluppo quantitativo e qualitativo della forza lavoro con l'esigenza del contenimento dei costi.

Obiettivo

Razionalizzare le dotazioni organiche delle ASL.

Modalità

Conclusione indagine su accordi decentrati e contratti integrativi aziendali entro il 30 marzo 2007

Effetti attesi

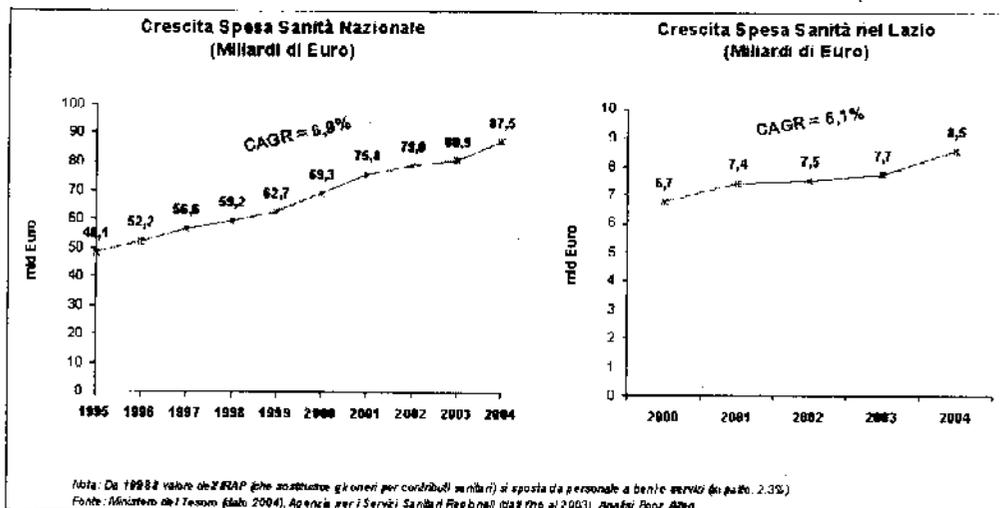
L'azione costituisce supporto ed accompagnamento alle azioni sul personale di cui all'obiettivo specifico 4.5.

Intervento 3.1.2 - Interventi diretti sulla riduzione dei costi per l'acquisto di beni e servizi da parte delle strutture pubbliche del SSR

Obiettivi generali

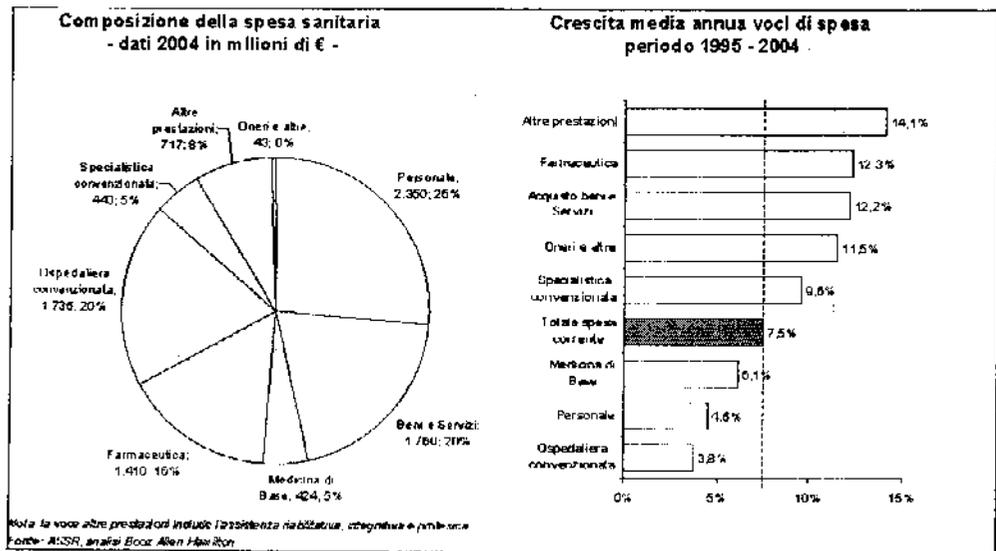
I costi della Sanità in Italia e nel Lazio sono cresciuti in passato con un tasso annuo superiore al 6%.

Figura 1: Crescita spesa sanità



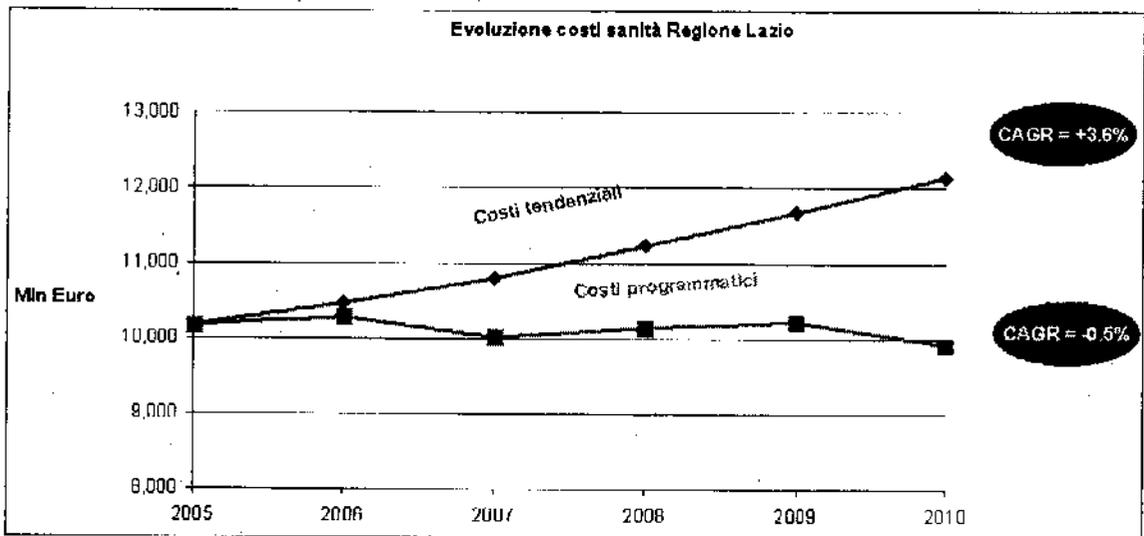
I costi 'discrezionali' per acquisti di beni e servizi sono stati stimati in circa 2 mld di Euro e in passato sono cresciuti anche con tassi superiori al 10%.

Figura 2: Breakdown spesa sanità nel Lazio



La Regione ha avviato un piano di stabilizzazione e riduzione della spesa sanitaria che inizierà ad offrire i suoi primi risultati già nel 2007, e che continuerà fino al 2010. L'obiettivo ambizioso della Regione è implementare un piano di risparmi pluriennale che a regime ridurrà la spesa sanitaria (rispetto ai costi tendenziali) di 2 miliardi di Euro.

Figura 3: Evoluzione costi sanità Lazio – stime preliminari



Una delle tre aree di intervento significative del Piano è rappresentata dagli acquisti di beni e servizi.

Azioni:

Il complesso delle azioni qui previsto è mirato a conseguire l'obiettivo di contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi sanitari e non delle strutture pubbliche del S.S.R. Le azioni previste nell'ambito dell'intervento, si distinguono in azioni con impatto sulla spesa a breve e azioni con impatto a lungo termine.

- I. Azioni mirate *con effetto rapido*
- II. Istituzione dell'Osservatorio Prezzi;
- III. Realizzazione della piattaforma acquisti regionale centralizzata (modello Consip);

Si tratta di interventi capaci di conseguire un sensibile contenimento della spesa agendo sia sul fronte dell'offerta che della domanda, e di realizzare un nuovo sistema di approvvigionamento (la piattaforma regionale Consip) e di determinazione del fabbisogno.

Modalità:

Al fine di conseguire la massima efficacia delle azioni previste sia con impatto a breve che a lungo periodo, è prevista l'attivazione di una funzione operativa di coordinamento delle azioni di razionalizzazione delle procedure di acquisto di beni e servizi del S.S.R. presso la Direzione Salute e la Direzione Bilancio, con il supporto tecnico dell'Asp e la supervisione del coordinamento della Cabina di Regia, che dovrà seguire l'implementazione delle azioni di effetto rapido, assicurandone la complementarità rispetto alle azioni finalizzate alla realizzazione della Piattaforma acquisti, il cui impatto sulla riduzione dei costi è atteso dal 2° semestre 2008.

I Azioni mirate con effetto rapido

Le azioni di *effetto rapido*, a cui è affidato il compito di realizzare un contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi nel 2007 e nel 1° semestre 2008, sono:

- A. Azioni rapide di razionalizzazione degli acquisti;
- B. Interventi di ottimizzazione della gestione del rischio.
- C. Gara di appalto In Multiservizio Tecnologico e Fornitura Vettori Energetici;
- D. Ri-negoziazione da parte delle Aziende Sanitarie di tutti gli appalti di beni e servizi in essere con un risparmio del 10%.

Propedeutico al raggiungimento degli obiettivi al punto A ed D è il blocco temporaneo delle gare di appalto, per un periodo di 3 mesi.

Di seguito andiamo ad analizzare nel dettaglio il contenuto degli interventi.

A. Azioni mirate con effetto rapido

Per assicurare risparmi sugli acquisti sin dal 2007 è possibile avviare iniziative di '*effetto rapido*', focalizzate sui beni e servizi con maggiore potenzialità di risparmio e rapidità di intervento.

Figura 5: Esempio risparmi ottenuti sugli acquisti di beni sanitari²⁴

Achieved Savings
- Client Example -

Product Category	Spent in €	Savings in €	Savings in %
Electrical Engineering	950.000	220.000	23,2
Textiles	400.000	50.000	12,5
Implants	3.200.000	390.000	12,2
Medical consumables	2.800.000	300.000	10,3
Laboratory consumables	1.000.000	110.000	11,0
Office supplies	1.000.000	105.000	10,5
Diagnostic chemicals	8.600.000	780.000	9,0
Medical Technology	2.400.000	190.000	7,9
Pharmaceuticals	22.000.000	1.500.000	6,8
...
Total	46.000.000	4.150.000	9,0

A. Azioni rapide di razionalizzazione degli acquisti

La Regione Lazio ha individuato le seguenti azioni attivabili direttamente nel 2007:

- razionalizzazione della domanda: ovvero comprare meno e meglio, standardizzando la domanda su profili di prodotti e servizi adeguati alle reali esigenze operative;
- controllo della domanda, verificando in itinere l'appropriatezza delle richieste di acquisto in termini di volumi e specifiche di acquisto e in funzione di benchmark di riferimento;
- condivisione 'best practice', ovvero identificazione contratti 'eccellenti' già stipulati (es. convenzioni Consip per beni non sanitari o gare ospedali anche di altre Regioni) che hanno apportato i migliori risultati al fine di estenderle all'intera Regione o per favorire un processo di ri-negoziazione con gli altri fornitori;
- utilizzo di gare 'semplificate' basate ad esempio sul puro prezzo per l'acquisto di beni commodity, avvalendosi eventualmente di strumenti di acquisto messi a disposizione da terzi (Consip, altri).

Ulteriori iniziative potranno essere identificate e proposte sulla base di benchmarking di realtà eccellenti italiane ed estere, nonché sulle idee proposte da personale della sanità, che dovrà essere opportunamente motivato e incentivato a contribuire al successo del piano di rientro sanitario.

Sulla base dell'esperienza rilevata e per ragioni di rapidità di intervento, si ritiene più efficace nel breve periodo l'utilizzo di strumenti di knowledge management e tableau de bord molto 'leggeri' basati su strumenti di produttività aziendale tradizionali (v. strumenti office, archivi file condivisi, piccoli siti accessibili nell'extranet aziendale) che consentono di avere a disposizione la contrattualistica in essere, dati chiave estratti da sistemi esistenti e survey quali-quantitative per potere creare i principali indicatori di performance per il controllo del sistema.

Responsabile dell'intervento è la Direzione Tutela Salute e Sistema Sanitario Regionale, con il supporto tecnico dell'Asp e la supervisione del coordinamento della Cabina di Regia.

La Direzione entro il 15 marzo 2007 provvederà all'emanazione di una circolare, indirizzata a tutte le Aziende Sanitarie, contenente gli obiettivi e le azioni da intraprendere.

²⁴ Fonte: Studio Booz Allen Hamilton sulla revisione del sistema di acquisti del S.S.R. del Lazio.

B SVILUPPI DEI CONTENUTI DEL PIANO

Entro il 31 di marzo saranno convocati dei tavoli di lavoro a cui prenderanno parte Direzione Tutela Salute e Sistema Sanitario Regionale, il coordinamento della Cabina di Regia, i Direttori delle Aziende Sanitarie e i loro responsabili acquisti al fine di rafforzare la condivisione degli obiettivi.

Entro il 15 aprile, ogni Azienda dovrà inviare alla Regione un flusso informativo (definito nella struttura e nei contenuti in fase di tavolo di lavoro) la cui raccolta consentirà in tempi rapidi di:

- disporre di dati comparativi, in termini di prezzi e quantità;
- definire degli standard quali/quantitativi e i Benchmark;
- accertare situazioni anomale;
- individuare contratti eccellenti;
- definire delle aree di spesa da aggredire con un intervento rapido.

Ai Direttori delle Aziende Sanitarie e ai loro responsabili della funzione acquisti, il cui coinvolgimento è essenziale per il successo delle azioni, sarà attribuito un obiettivo congruo di risparmio sulla spesa per nuovi acquisti.

La Direzione Tutela Salute e Sistema Sanitario Regionale procederà ad un monitoraggio periodico trimestrale dei risultati ottenuti attraverso l'analisi dei dati economici e dei report inviati dai Direttori delle Aziende Sanitarie.

B. Interventi di ottimizzazione della gestione del rischio.

I servizi assicurativi e fra questi in particolare le coperture per responsabilità civile rappresentano un obiettivo importante di razionalizzazione della gestione delle aziende sanitarie regionali.

Il settore ha peraltro un ruolo significativo anche sul versante della qualità assistenziale, essendo strettamente legato al fattore sicurezza dei pazienti.

Le azioni individuate sono quindi molteplici e riguardano sia la riduzione dei rischi, mediante l'implementazione all'interno delle aziende sanitarie di processi di clinical risk management, sia razionalizzazioni del processo di trasferimento del rischio (coperture assicurative). Su entrambi i temi la Regione si è già attivata, sia stipulando una convenzione con l'Istituto Superiore di Sanità ad oggetto le metodiche di *clinical risk management*, l'analisi della sinistrosità e anche delle polizze in essere nelle aziende sanitarie regionali, sia stanziando fondi per la predisposizione dei relativi sistemi informativi/informatici.

L'esperienza nazionale e regionale dimostra che la non conoscenza dei livelli di sinistrosità comporta una alea che spinge a ingiustificati rialzi i premi assicurativi. Progetti in corso in alcune Regioni, ed anche una esperienza pilota regionale nel territorio dell'Asl di Viterbo, hanno dimostrato la possibilità di ottenere significativi risparmi, che hanno raggiunto anche livelli del 30%.

Inoltre ulteriori risparmi possono realizzarsi mediante economie di scala, da ottenersi mediante centralizzazioni delle gare e di alcuni processi chiave, quali l'analisi della sinistrosità e la gestione del contenzioso.

I risparmi attesi sono quantificati nel seguito, seguendo un approccio prudenziale.

Dati di mercato relativi alle Regioni del Centro Italia mostrano un livello di premi che si posiziona fra il 30 e 40 per mille dei monti retributivi: tale dato viene assunto per ragioni prudenziali essendo presumibilmente sottostimato per la Regione Lazio, ove i premi medi risentono della concentrazione di strutture di elevata complessità.

Il monte retributivo da prendere a riferimento si attesta fra € 1.500 e 2.00 mln di euro, portando ad una stima di costo per servizi assicurativi (solo responsabilità civile) di € 60 milioni (valore medio fra € 45 e € 80 milioni).

Un risparmio prudentemente stimato nel 15%, peraltro ottenibile anche solo per effetto della razionalizzazione dei rischi trasferiti, porterebbe già nel primo anno ad un risparmio di almeno € 9,5 milioni, che cautelativamente abbiamo previsto essere di € 5 milioni, per il primo anno di attuazione.

In tale simulazione non si tiene peraltro conto di altri risparmi ottenibili, ad esempio mediante centralizzazione delle procedure di affidamento dei servizi di brokeraggio.

Il risparmio evidenziato è strutturale (nel senso che si mantiene o aumenta negli anni a seguire) e imputabile a partire dal 2008, che è il primo anno utile per la rinegoziazione delle polizze.

C. Gara di appalto In Multiservizio Tecnologico e Fornitura Vettori Energetici

Si tratta di una gara che ha per oggetto la gestione, la manutenzione e la conduzione (inclusi la fornitura dei vettori energetici) degli impianti tecnologici asserviti agli immobili in proprietà o nella disponibilità delle Aziende Ospedaliere, delle AUSL, degli Ospedali Classificati o Assimilati e degli Istituti Scientifici ubicati nella Regione Lazio (Aziende Sanitarie/SAD).

Responsabile della gara e della sua attivazione è l'area Economico Sanitaria della Direzione Bilancio e Tributi della Regione Lazio.

La gara d'appalto "Vettori energetici – Lazio (Multiservizio Tecnologico)" è stata indetta con l'obiettivo di migliorare il rapporto costi e benefici e di conseguire il risultato tramite la:

- razionalizzazione della produzione, distribuzione e utilizzo dei vettori energetici;
- maggiore efficienza degli impianti e nella gestione;
- ottimizzazione del processo di erogazione del servizio;
- razionalizzazione dei costi di esercizio per liberare risorse economiche che potrebbero essere destinate ad interventi di miglioria;
- riduzione dei costi delle forniture.

L'appalto è stata suddiviso in quattro lotti che identificano ciascuno aree territoriali ritenute "significative" in cui sono ripartite le Aziende Sanitarie della Regione Lazio, rimanendo invece univoca la tipologia di beni e servizi oggetto dell'appalto. Le Aziende Sanitarie facenti parte dei lotti, hanno previamente rilasciato delega alla Regione Lazio di procedere per loro conto alla gara d'appalto; a seguito dell'aggiudicazione del lotto, tali aziende sono "obbligate" ad acquistare beni e servizi oggetto dell'appalto dall'impresa aggiudicataria. Le imprese concorrenti, in sede di offerta tecnica, hanno presentato il Progetto Preliminare di Erogazione dei Servizi (PPES) per ogni Azienda Sanitaria obbligata facente parte del lotto per il quale hanno partecipato. Tali progetti, vincolanti in caso di aggiudicazione per l'Assuntore, dovevano descrivere dettagliatamente le modalità di erogazione dei servizi. Le Aziende Sanitarie, nel momento della richiesta di erogazione devono mettere a disposizione dell'Assuntore tutte le informazioni e i materiali necessari per la definizione del progetto di erogazione personalizzato che altro non è che la personalizzazione del PPES.

La base d'asta era costituita dalla media dei costi storici sostenuti dalle Aziende Sanitarie per la tipologia di beni e servizi oggetto dell'appalto abbattuta del 15%. L'aggiudicazione è avvenuta in base all'offerta economicamente più conveniente e alla qualità del progetto.

Peculiarità della gara è costituita dal fatto che lo sconto applicato alla base d'asta, stimato in valore assoluto intorno a 247 milioni di euro (vedasi tabella), è retrocesso alle Aziende Sanitarie per la riqualificazione e messa a norma degli impianti secondo un piano d'intervento dalle stesse stabilito.

Ad oggi i lotti sono stati tutti aggiudicati e le Aziende Sanitarie hanno ricevuto le convenzioni con repertazione che derivano dall'aggiudicazione. L'attivazione della convenzione da parte delle Aziende Sanitarie è condizionata alla naturale scadenza dei contratti in essere per la fornitura di beni e servizi omologhi.

La Direzione Bilancio nell'arco della durata della Convenzione, e dei relativi Contratti stipulati dall'Assuntore con le Aziende Sanitarie/SAD, effettuerà attività di controllo e monitoraggio rispetto a tutte le prestazioni fornite dall'assuntore e, più in particolare circa:

- il rispetto del limite dell'importo massimo previsto per ogni lotto;
- il rispetto di quanto richiesto nel Capitolato tecnico e di quanto indicato nell'offerta dell'Assuntore;
- le modalità di attivazione dei singoli servizi di cui al par. 5 del Capitolato tecnico;
- qualunque altra modalità necessaria per monitorare l'andamento della Convenzione e dei singoli Contratti in relazione a tutti i servizi ed attività indicate nel Capitolato tecnico.

Gli Assuntori sono già entrati nella gestione dell'Azienda Ospedaliera "S. Pertini" (Asl Roma B) e della Asl di Frosinone.

Per il 2007, 2008 e 2009 si è ipotizzato di realizzare un risparmio di 5,5 milioni di euro per effetto dalla messa a regime del capitolato della gara di appalto.

D. La ri-negoziazione da parte delle aziende sanitarie degli appalti di beni e servizi

L'obiettivo dell'intervento sarà perseguito assicurando al fornitore date certe di pagamento per le forniture e le prestazioni. L'attività di ri-negoziazione finalizzata al raggiungimento del risparmio sarà oggetto di attribuzione di obiettivi specifici ai direttori generali, dei quali si terrà conto nella loro valutazione. La Direzione Tutela Salute e Sistema Sanitario Regionale, entro il 30 marzo 2007 darà disposizione alle Aziende Sanitarie, con apposito atto formale, delle modalità di attuazione della presente manovra.

Le Aziende Sanitarie dovranno avviare il processo dall'emanazione dell'atto formale, di competenza regionale, e concluderlo entro il 30 giugno 2007.

Leve da utilizzare:

- leva finanziaria del rispetto dei termini di pagamento (possibilità percorribile grazie alla applicazione del principio della corrispondenza tra cassa e competenza sancita dalla lettera di intenti del 28 dicembre 2006);
- differimento della scadenza dei contratti in essere.

Quest'ultimo punto ha un triplice scopo di:

- offrire al fornitore un compenso alla riduzione dei prezzi/tariffe
- omogeneizzare, per quanto possibile, le scadenze dei contratti di fornitura e in particolar modo quelli relativi a stesse tipologie merceologiche, al fine di favorire l'avvio delle procedure di centralizzazione degli acquisti;
- fornire alla Regione Lazio un arco di tempo per la messa a punto di bandi di gara centralizzati (sulla scorta dell'esperienza della gara Multiservizi – Vettori energetici)

Le Aziende Sanitarie devono comunicare alla Regione i referenti interni incaricati operativamente del processo di ri-negoziazione.

Per ogni settore merceologico, le aziende sanitarie devono fornire l'elenco esaustivo dei contratti in essere a cui dovranno essere allegati copia della gara e del capitolato, secondo fac-simili che invierà la Regione stessa. La Direzione Tutela Salute, che con il supporto di LazioSanità – ASP e in accordo con la Cabina di Regia è responsabile dell'attuazione dell'intervento, riceverà dalle Aziende Sanitarie, con periodicità mensile, un report che conterrà, per ogni fornitore incluso nell'elenco di cui sopra, lo stato di avanzamento della contrattazione, eventuali richieste, gli esiti (corredati delle motivazioni), la quantificazione degli sconti, le contropartite offerte.

Per il 2007, 2008 e 2009 si è ipotizzato di rinegoziare i contratti maggiormente aggregabili stimando un risparmio di 1,5 milioni di euro per effetto delle migliori condizioni di pagamento

II. Istituzione dell'Osservatorio Prezzi

L'istituzione di un Osservatorio Prezzi e Tecnologie in ambito sanitario (OPT) è stabilita dall'art. 7 L.R. 03 Agosto 2001, n. 16, "Misure urgenti di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria".

L'esigenza di "osservare" l'andamento e la distribuzione dei prezzi e delle procedure di acquisto nelle diverse strutture sanitarie, è stata una delle logiche alla base dello sviluppo di una piattaforma di monitoraggio della spesa sanitaria della Regione Lazio, denominata SANIGEST.

SANIGEST è una piattaforma proprietaria della Regione Lazio sviluppata per rispondere alle esigenze di razionalizzazione della spesa sanitaria locale attraverso l'analisi dei componenti di acquisto delle Aziende Sanitarie, l'attuazione di sistemi innovativi per l'approvvigionamento e l'eventuale centralizzazione dei processi d'acquisto.

Costruita coerentemente con le normative a livello europeo, nazionale e regionale sulla razionalizzazione della spesa sanitaria locale, SANIGEST è una piattaforma tecnologica di e-procurement che dispone tra i suoi applicativi l'Osservatorio Prezzi.

L'Osservatorio Prezzi è un applicativo che consente di raccogliere e di monitorare i prezzi dei prodotti e dei servizi sanitari delle diverse Aziende Sanitarie della Regione Lazio fornendo la possibilità di promuovere forme di razionalizzazione della domanda che tengano conto dei fabbisogni complessivi di queste ultime. Consente in particolare di ottenere i seguenti vantaggi:

- Aumento del grado di conoscenza per ASL/AO dei beni e servizi acquistati e delle relative condizioni applicate;
- Supporto nell'identificazione di adeguate condizioni di acquisto in riferimento a specifiche categorie merceologiche e quantitativi richiesti;
- Ottimizzazione dei processi di approvvigionamento
- Sviluppo di analisi comparative
- Aumento del grado di innovazione tecnologica

La piattaforma SANIGEST già testata ed avviata nel 2004, ha operato fino al 1 semestre 2005. Pertanto per potere sfruttare le potenzialità del sistema occorre precederne al ripristino e all'aggiornamento dell'Applicativo dell' L'Osservatorio Prezzi.

Responsabile dell'azione è la Direzione al Bilancio, che adotterà i provvedimenti necessari all'operatività della sistema per la gestione on-line dell'Osservatorio Prezzi, in collaborazione con LAIT Spa, Laziosanità e Azienda Sviluppo Lazio.

Il provvedimento per la riattivazione dell'operatività della gestione on Line dell'Osservatorio Prezzi SANIGEST, e contestuale implementazione e aggiornamento dati dell'Osservatorio prezzi sarà adottato entro il 30 aprile 2007.

III. Realizzazione della piattaforma acquisti regionale centralizzata

Per quanto riguarda le azioni con impatto a lungo periodo (2° semestre 2008 - 2009), con l'articolo 49 il comma 1 della legge regionale n. 4/2006 (in allegato²⁵), la Regione Lazio, nell'ambito delle finalità complessive di razionalizzazione degli acquisti della P.A., intende avviare un processo volto a migliorare l'efficacia e l'efficienza dei processi di approvvigionamento di beni e servizi, attraverso l'adozione di modelli e strumenti innovativi di e-procurement. L'articolo 49 della legge regionale n. 4/2006 al comma 2 attribuisce alla Giunta Regionale il compito di individuare le modalità operative per il perseguimento degli obiettivi sopra riportati, attraverso l'adozione di una Delibera di Giunta

²⁵ Allegato 5 - Articolo 49 Legge Regionale 4/2006 (piattaforma acquisti)

Responsabile dell'azione è la Direzione al Bilancio e Tributi, in accordo e d'intesa con la Direzione Salute, e con il supporto tecnico di LAIT Spa e Azienda Sviluppo Lazio.

Fasi e le tempistiche:

- 1) Adozione dalla Delibera di Giunta entro il 30 marzo 2007, contenente le procedure per gli acquisti centralizzati, le strutture responsabili, le sanzioni in caso di inadempienza.
- 2) Avvio entro il primo semestre del 2007 di una fase di analisi che si articolerà nelle seguenti attività:

A) Analisi della spesa e dell'organizzazione

Obiettivo di questa attività è la determinazione della spesa per beni e servizi della Regione e degli Enti dipendenti nonché l'analisi dei processi e dell'organizzazione.

Tale attività verrà svolta mediante:

- Raccolta e analisi dei bilanci degli Enti
- Raccolta e analisi dei regolamenti organizzativi
- Interviste a centri di spesa degli Enti
- Predisposizione ed invio ai centri di spesa degli Enti coinvolti di appositi questionari

B) Analisi della normativa e dei regolamenti

Obiettivo di questa attività è la definizione del contesto a livello di disciplina comunitaria, nazionale e regionale in cui devono collocarsi le iniziative della Regione. Tale attività sarà svolta mediante una ricognizione puntuale delle disposizioni dell'Unione Europea, della disciplina nazionale e delle norme della Regione Lazio che incidono nel settore.

Saranno inoltre sviluppate le ipotesi di modifica della legislazione regionale, necessarie per la implementazione della spesa.

C) Definizione del modello di funzionamento

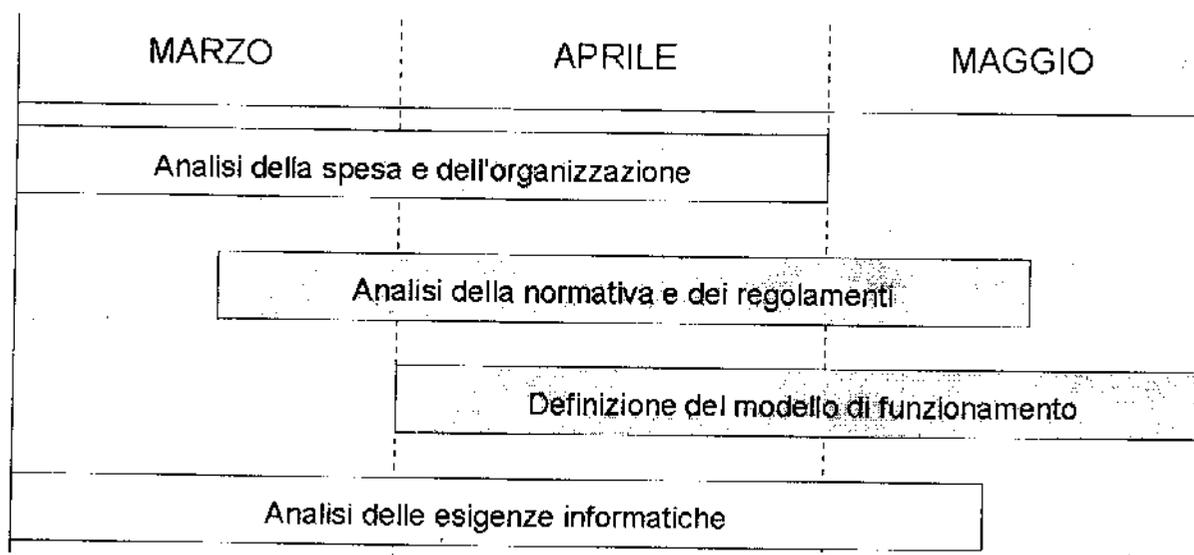
Questa attività sarà volta alla definizione del disegno generale di nuovo modello di funzionamento in termini di:

- Assetti organizzativi;
- Relazioni fra gli Enti coinvolti;
- Strumenti per la razionalizzazione della spesa;
- Reingegnerizzazione dei processi per l'approvvigionamento di beni e servizi;
- Definizione di massima dei risultati attesi in termini di risparmio ed efficientamento

D) Analisi delle esigenze informatiche

Tale attività sarà volta a definire, anche sulla base del modello di funzionamento sviluppato, i requisiti e le funzionalità della piattaforma telematica.

Il piano complessivo di lavoro è il seguente:



3) Avvio procedura per l'acquisizione e il riuso della piattaforma INTERCENT-ER entro il 30 giugno 2007.

Per la realizzazione dell'intervento è previsto l'utilizzo di un sistema informatico definito come "piattaforma di intermediazione digitale", quale mezzo per la semplificazione e l'efficientamento delle procedure di acquisto. Il sistema informatico individuato è quello realizzato dalla Regione Emilia Romagna con INTERCENT-ER, che aderisce al progetto del Cnipa, che ha istituito il **Centro di Competenza per il riuso del software nella pubblica amministrazione centrale**, in conseguenza del quale, l'acquisizione della piattaforma software è a titolo gratuito.

Si tratta di una piattaforma tecnologica modulare e flessibile, capace di soddisfare le diverse esigenze delle molteplici tipologie di fruitori, in particolare i referenti della funzione Acquisti delle Amministrazioni pubbliche e delle Aziende sanitarie

La Struttura incaricata della gestione della piattaforma ha il compito di:

- realizzare i piani indicati dalla Regione per creare le condizioni necessarie al contenimento della spesa delle PA, svolgendo attività di riduzione dei prezzi unitari attraverso l'aggregazione della domanda e il monitoraggio della spesa;
- proporre nuovi piani di sviluppo per semplificare i processi di acquisto delle PA, sostenendo la diffusione di acquisti on line (e-procurement) e la standardizzazione dei processi;
- garantire efficienza ed elevata qualità del servizio offerto, assicurandone la continuità, l'ampiezza dell'offerta e la misurazione sistematica della qualità dei prodotti e della loro rispondenza ai fabbisogni delle PA;
- svolgere un'azione di comunicazione, promuovendo l'adesione delle PA alle proprie iniziative, coinvolgendole per recepirne i fabbisogni e i dati di spesa;
- svolgere il ruolo di interfaccia nei confronti dei fornitori, incentivando la partecipazione delle piccole e medie imprese locali, favorendo lo sviluppo delle capacità concorrenziali, l'implementazione e promozione di nuove strategie d'acquisto, la promozione dell'utilizzo dei sistemi elettronici.

L'ambito di intervento della Struttura lungo la catena del valore degli acquisti riguarda le seguenti fasi di attività:

- Analisi della domanda
- Selezione del fornitore (sourcing)
- Monitoraggio fornitura

Le fasi di programmazione e gestione degli approvvigionamenti rimangono, quindi, in capo alle Pubbliche Amministrazioni che, grazie all'azione della Struttura, potranno liberare risorse da dedicare alle attività di pianificazione e monitoraggio dei consumi.

Nell'ambito sanitario, la Struttura svolge la propria azione in favore degli enti e delle aziende afferenti al Servizio Sanitario Regionale. Tali soggetti, quindi, dopo essersi registrati nella sezione "registri all'ordine", aderiscono al sistema delle Convenzioni-quadro attraverso l'emissione di Ordinatori di Fornitura. La regione Emilia Romagna, con INTERCENT-ER ha attivato 16 convenzioni in 20 mesi per un valore di circa 138 milioni di euro. I risparmi ottenuti sono dell'ordine di 30 milioni di euro. Rispetto ai prezzi precedentemente pagati dalle aziende per i medesimi beni e servizi si è conseguito un risparmio medio del 18%.

CONVENZIONI ATTIVATE	VALORE CONVENZIONI	VALORE GARA	RISPARMIO SU GARA	RISPARMIO IN %
VACCINI	20.607.000	21.223.000	616.000	3%
FOTOCOPIATRICI	8.048.400	10.308.000	2.259.600	22%
PC DESKTOP	8.001.308	11.824.778	3.823.470	32%
PC NOTEBOOK	1.003.225	1.407.189	403.964	29%
CANCELLERIA	1.689.067	2.641.867	952.800	36%
CARTA IN RISME	6.426.048	7.219.248	793.200	11%
ABBONAMENTI AGEVOLATI ATC	309.697	309.697		0%
ABBIGLIAMENTO DIP	6.477.338	9.954.720	3.477.382	35%
STAMPANTI	2.560.487	4.080.000	1.519.513	37%
TELEFONIA MOBILE	6.499.994	13.283.912	6.793.918	51%
NOLEGGIO AUTO CON CONDU	4.187.820	4.200.000	12.180	0%
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA	734.594	734.594		0%
AGHI E SIRINGHE	5.880.994	7.723.800	1.842.806	24%
PULIZIA UFFICI	53.640.000	60.000.000	6.360.000	11%
SERV COORD. INFORMAZ. SU QUOT	2.412.777	2.800.000	387.223	14%
VACCINI ANTINFLUENZALI	8.421.219	8.463.325	42.106	0%
ARREDI PER UFFICI	570.427	757.299	186.872	25%
PC NOTEBOOK 2	729.506	840.000	110.494	13%
TOTALE	138.199.901	167.781.429	29.581.528	18%

La gara che ha generato i maggiori risparmi attesi percentuali è stata quella della telefonia mobile con un ribasso del 51% rispetto ai prezzi ottenuti da analoga convenzione Consip.

Sull'esempio della regione Emilia Romagna, con INTERCENT-ER, si è proceduto a stimare i risparmi attesi, a partire dal 2008, applicando una percentuale prudenziale di risparmio su quei beni sul quale andrà ad impattare la piattaforma; in particolare, Le categorie merceologiche e i servizi su cui impatta la piattaforma sono:

B SVILUPPI DEI CONTENUTI DEL PIANO

- **Prodotti e accessori informatici:**
Mouse, Tastiere, Memorie di transito, Unità interna a dischi rigidi, Unità esterna a dischi rigidi, Software operativi, Software antivirus, Software per l'automazione di uffici
- **Sistemi e apparati di telefonia:**
- **Telefoni Base e Multifunzione, Telefoni senza filo, Sistemi intercomunicanti, Centralini Telefonici IP, Segreterie Telefoniche**
- **Fornitura vestiario, calzature, DPI e accessori**
Fornitura, installazione e manutenzione di terminali veicolari, portatili, fissi e motociclistici e dei relativi accessori
- **Fornitura di sistemi antidecubito**
- **Fornitura di TNT non sterile "Tessuto non tessuto (TNT) non sterile"**
- **Fornitura di Vaccini**
Fornitura di presidi sottovuoto per il prelievo di sangue venoso e per la raccolta ed il trasporto di urine
- **Fornitura di antisettici e disinfettanti**
- **Fornitura del principio attivo somatropina e relativi dispositivi accessori**
- **Servizi di vigilanza armata, portierato, manutenzione impianti antincendio e di sicurezza e controllo accessi**
- **Servizio di noleggio a lungo termine, senza conducente, e fornitura di autoveicoli**
- **Fornitura di derrate alimentari e non alimentari**
- **Fornitura di guanti per uso sanitario**
- **Fornitura articoli da laboratorio.**

I risparmi attesi raggruppati per voci di costo da CE sono descritti nella seguente tabella:

TABELLA RISPARMI ATTESI PIATTAFORMA ACQUISTI CENTRALIZZATA (in migliaia di euro)						
VOCC CE	DENOMINAZIONE VOCE	2006 (*)	Risparmio atteso		RISPARMIO % su 2006	
			2008	2009	2008	2009
R0050	B.1.D) MATERIALI DIAGNOSTICI PRODOTTI CHIMICI	136.692	1.367	1.777	1,00%	1,30%
B0080	B.1.E) MATERIALI DIAGNOSTICI, LASTRE RX, MEZZI DI CONTRASTO PER RX, CARTA PER ECG, ECG, ETC.	30.230	302	353	1,00%	1,20%
B0070	B.1.F) FREDDI CHIRURGICI E MATERIALI SANITARI	189.890		4.652	0,35%	2,80%
B0120	B.1.K) MATERIALI DI GUARDAROBA, DI PULIZIA E DI CONVIVENZA IN GENERE	3.831	121	121	3,50%	3,50%
D0140	B.1.M) SUPPORTI INFORMATICI E CANCELLERIA	10.888	561	561	5,50%	5,50%
B0150	B.1.N) MATERIALE PER LA MANUTENZIONE	3.543	18	35	0,60%	1,00%
D0590	B.2.11.1) TRASPORTI SANITARI PER L'EMERGENZA	93.817	489	938	0,50%	1,00%
B0600	B.2.13.1) LAVANDERIA	50.340	579	579	1,50%	1,50%
B0610	B.2.13.2) PULIZIA	108.451	1.789	1.789	2,00%	2,00%
B0620	B.2.13.3) MENSA	65.493	1.091	1.343	2,00%	2,40%
B0680	B.2.13.7) SMALTIMENTO RIFIUTI	20.514	103	123	0,50%	0,60%
TOTALE INTERVENTO		743.689	6.390	12.281	0,90%	1,72%
(*) Pre-consuntivo						

Oltre ai considerevoli risparmi conseguibili attraverso la riduzione dei prezzi di acquisto, le convenzioni quadro permettono di cogliere altri fondamentali risultati:

- **Efficienza dell'azione amministrativa:** le convenzioni consentono di ridurre notevolmente il tempo e le risorse necessarie per effettuare le procedure di acquisto in termini di risparmio sui costi di pubblicazione gare su quelli necessari per l'espletamento delle procedure di gara (un risparmio di circa 1,1 milioni di euro sui costi di pubblicazione);
- **Realizzazione di politiche regionali:** le convenzioni quadro costituiscono uno strumento insostituibile per il dispiegamento delle politiche regionali in vari settori. Nella predisposizione dei capitolati tecnici, che daranno luogo alle procedure di gara, potranno essere inseriti elementi di qualità al fine di acquistare beni e servizi in linea con gli indirizzi strategici, consentendo di uniformare ed adeguare i beni ed i servizi ai più elevati standard qualitativi presenti sul mercato.

Gli enti e le aziende afferenti al Servizio Sanitario possono accedere al mercato elettronico ed usufruire degli ulteriori servizi presenti nel portale (creazione gruppi di acquisto, albo fornitori, forum, raccolta fabbisogni, ecc.). Gli enti e le aziende afferenti al Servizio Sanitario possono inoltre utilizzare il portale per effettuare proprie gare telematiche, facendo apposita richiesta nella sezione gare telematiche. La Struttura ha inoltre la possibilità di espletare delle gare in qualità di stazione appaltante, anche per conto di aggregazioni di enti, previa stipula di appositi Accordi di Servizio. Nel caso in cui un'amministrazione sia interessata a tali servizi può contattare la Struttura.

4) Avvio implementazione della piattaforma entro il 30 settembre 2007.

La realizzazione della piattaforma acquisti centralizzata prevede l'istituzione di un comitato operativo, con la presenza di responsabili dell'approvvigionamento delle singole aziende che avranno il compito di collaborare con la Direzione al Bilancio, in collaborazione con LAIT Spa, Laziosanità e Azienda Sviluppo Lazio, per le

B SVILUPPI DEI CONTENUTI DEL PIANO

analisi di mercato e la definizione puntuale della tipologia dei beni oggetto di gara centralizzata. Verrà così realizzata, per le Aziende sanitarie, una nuova modalità di concentrazione degli acquisti a livello regionale, che attraverso il coinvolgimento dei professionisti della sanità sia nella fase di selezione che nella fase di valutazione tecnica delle offerte, si propone di coniugare il raggiungimento di economie di scale con l'appropriatezza nella selezione dei prodotti.

In questa fase occorrerà incentivare la partecipazione delle piccole e medie imprese locali favorendo lo sviluppo delle capacità concorrenziali, l'implementazione e la promozione di nuove strategie di acquisto, la promozione nell'utilizzo dei sistemi elettronici. Lo scopo è evitare che con l'introduzione dell'e-procurement regionale penalizzi le imprese di piccole e medie dimensioni, ma sia una nuova opportunità per accedere a nuovi mercati. Questo risultato sarà raggiunto sviluppando un continuo e proficuo rapporto con le associazioni regionali di rappresentanza delle imprese, rapporto che avrà la duplice finalità di consentire ad Intercent-ER di indire gare non limitative delle capacità concorrenziali e di stimolare il ruolo di promozione dell'innovazione che le associazioni tradizionalmente assolvono.

5) Prime procedure di acquisto on-line entro il 30 giugno 2008.

Le gare telematiche sono procedure in cui lo scambio di documentazione avviene attraverso il web. La piattaforma Intercent-ER supporta lo svolgimento di gare telematiche in due differenti forme:

- in busta chiusa: il cui contenuto non verrà visualizzato dagli altri fornitori fino al termine previsto per la presentazione delle offerte;
- in busta aperta: in cui le offerte presentate da ciascun fornitore sono rese accessibili in forma anonima a tutti i partecipanti nel momento in cui l'offerta viene formulata.

Le aziende registrate nel sistema, stipulando un apposito protocollo d'intesa con Intercent-ER, possono utilizzare la piattaforma per lo svolgimento delle proprie gare telematiche. Attivando la piattaforma verrà reso disponibile a tutte le aziende che vogliono effettuare gli acquisti al di sotto della soglia di rilievo comunitario. In particolare verranno attivate:

- Mercato elettronico prodotti: i fornitori richiedono l'abilitazione di prodotti rispetto a caratteristiche definite dalla Piattaforma, e le aziende potranno acquistare secondo le proprie modalità:
 - o Acquisto diretto a catalogo alle condizioni proposte dai fornitori;
 - o Richiesta di offerta a fornitori abilitati e successiva definizione dell'ordine per il prodotto migliore in termini di qualità e prezzo.
- Mercato elettronico fornitori: i fornitori vengono abilitati rispetto a specifiche capacità tecniche. Le Aziende potranno richiedere e ricevere offerte anche per prodotti non presenti nei cataloghi, specificandone attraverso la piattaforma le caratteristiche richieste.

I due strumenti consentono di coprire sia categorie semplici e standardizzabili con valori di acquisto molto bassi (mercato elettronico prodotti) sia categorie merceologiche che presentano caratteristiche tecniche e modalità contrattuali più complicate (mercato elettronico fornitori).

RIEPILOGO RISPARMI ATTESI:

Sono stati riassunti nella seguente tabella i risultati attesi delle azioni (distinte da colori diversi) descritte nell'intervento:

DESCRIZIONE INTERVENTI		2007	2008	2009
I. Azioni mirate con effetto rapido				
A.	Azioni rapide di razionalizzazione degli acquisti - PREMI ASSICURATIVI		5	5
B.	Gara di appalto In Multiservizio Tecnologico e Fornitura Vettori Energetici: 5,5	5,5	5,5	5,5
		1,5	1,5	1,5
		7	12	12
III. Realizzazione della piattaforma acquisti regionale centralizzata			6	12
TOTALE RISULTATI ATTESI		7	18	24

I. Azioni mirate con effetto rapido i risparmi attesi interessano:

- Riduzione costi per servizi assicurativi 5 milioni di euro a partire dal 2008;
- Gara di appalto In Multiservizio Tecnologico e Fornitura Vettori Energetici (5.5 milioni di euro per ciascun anno);
- Ri-negoziazione da parte delle Aziende Sanitarie di tutti gli appalti di beni e servizi in essere con un risparmio del 10%, tale obiettivo potrà essere perseguito garantendo al fornitore date certe di pagamento delle fatture e differimento del termine di scadenza del contratto (1.5 milioni di euro per ciascun anno).

III. Realizzazione della piattaforma acquisti regionale centralizzata: i risparmi attesi, a partire dal 2008, interessano le categorie merceologiche e i servizi per cui risulta facilmente applicabile la piattaforma, in relazione anche all'esperienza della regione Emilia Romagna.

Le voci di costo di beni e servizi non sanitari facilmente aggredibili.

Monitoraggio:

La Regione Lazio effettuerà attività di controllo e monitoraggio rispetto a tutte le attività poste in essere dalle aziende sanitarie relativamente al processo di ri-negoziazione.

Le Aziende sanitarie dovranno dare garanzia formale circa l'applicazione delle tariffe ri-negoziate.

A questo proposito sono stati riepilogati i risultati attesi dell'intervento in base alle voci di costo del CE secondo le seguenti considerazioni:

8 SVILUPPI DEI CONTENUTI DEL PIANO

- Sono stati presi in considerazione i costi per beni e servizi relativi al pre-consuntivo 2006 che sono inferiori negli importi a quelli del tendenziale 2007;
- si è proceduto all'eliminazione dei costi sostenuti per alcuni beni/servizi direttamente connessi alle prestazioni sanitarie, al fine di non pregiudicare la qualità delle prestazioni stesse;
- nello stesso modo si è proceduto per quei beni/servizi per i quali è plausibile che non si possa avere alcun impatto, o che sono oggetto di altre procedure di contenimento nel Piano di Rientro

Per i costi residuali, come sopra determinati, si è proceduto ad effettuare una stima prudenziale dei risparmi conseguibili, che si attesta ad una media percentuale del 0,75% per il 2007, del 1,98% per il 2008 e del 2,61% per il 2009. I risparmi attesi sono pari a 7.008 milioni per il 2007, 18.418 milioni per il 2008 e 24.311 milioni per il 2009 (vedi tabella).

TABELLA RISPARMI ATTESI (in migliaia di euro)								
VOCE CE	DENOMINAZIONE VOCE	2006 (*)	RISPARMO ATTESO			RISPARMO % su 2006		
			2007	2008	2009	2007	2008	2009
B0050	B.1.D) MATERIALI DIAGNOSTICI PRODOTTI CHIMICI	136.692		1.367	1.777		1,00%	1,30%
H0060	B.1.E) MATERIALI DIAGNOSTICI, LASTRE RX, MEZZI DI CONTRASTO PER RX, CARTA PER ECG, ECG, ETC.	30.230		302	363		1,00%	1,20%
B0070	B.1.F) PRESIDI CHIRURGICI E MATERIALI SANITARI di cui	189.890	665	665	5.317	0,35%	0,35%	2,80%
III. Realizzazione della piattaforma acquisti regionale centralizzata					4.652			
H0120	B.1.K) MATERIALI DI GUARDAROBA, DI PULIZIA E DI CONVIVENZA IN GENERE di cui	3.831	13	131	131	0,35%	3,50%	3,50%
III. Realizzazione della piattaforma acquisti regionale centralizzata				121	121			
B0140	B.1.M) SUPPORTI INFORMATICI E CANCELLERIA di cui.	10.688	38	599	599	0,35%	5,50%	5,50%
II. Realizzazione della piattaforma acquisti regionale centralizzata				581	581			
B0150	B.1.N) MATERIALE PER LA MANUTENZIONE	3.510		18	35		0,50%	1,00%
B0550	B.2.11.1) TRASPORTI SANITARI PER L'EMERGENZA	93.817		469	938		0,50%	1,00%
B0600	B.2.13.1) LAVANDERIA di cui	50.340	176	755	755	0,35%	1,50%	1,50%
III. Realizzazione della piattaforma acquisti regionale centralizzata				578	578			
B0610	B.2.13.2) PULIZIA di cui	108.451	380	2.169	2.169	0,35%	2,00%	2,00%
III. Realizzazione della piattaforma acquisti regionale centralizzata				1.789	1.789			
B0620	B.2.13.3) MENSA di cui	65.493	229	1.310	1.572	0,35%	2,00%	2,40%
III. Realizzazione della piattaforma acquisti regionale centralizzata				1.081	1.343			
B0660	B.2.13.7) SMALTIMENTO RIFIUTI	20.514		103	123		0,50%	0,60%
B0630	B.2.13.4) RISCALDAMENTO	32.324	1.228	1.228	1.228	3,80%	3,80%	3,80%
B0700	B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORDINARIA ESTERNALIZZATA)	112.042	4.258	4.258	4.258	3,80%	3,80%	3,80%
B0860	B.9.B) PREMI DI ASSICURAZIONE	66.949		5.021	5.021		7,50%	7,50%
TOTALE INTERVENTO		931.070	7.008	18.418	24.311	0,75%	1,98%	2,61%

(*) Pre-consuntivo

Il trend sarà monitorato attraverso i flussi mensili del CE e dei saldi dei conti prodotti dalle singole Aziende Sanitarie. Nello specifico, i conti e le voci del CE che saranno monitorate, sono le seguenti:

	VOCE PIANO DEI CONTI		CE	
	DAL	AL	DAL	AL
ACQUISIZIONE BENI SANITARI	56.00	56.10	B0020	B0100
ACQUISIZIONE BENI NON SANITARI	57.00	57.07	B0110	B0190
ACQUISIZIONE SERVIZI NON SANITARI	67.00	67.04	B0530	B0690
- MANUTENZIONI	68.00	68.05	B0710	B0740

OBBIETTIVO SPECIFICO 3.2 - CONTROLLO SULL'ANDAMENTO COMPLESSIVO DEI COSTI E RIORGANIZZAZIONE DEL DEBITO COMMERCIALE

Intervento 3.2.1 - Realizzazione del sistema di monitoraggio e controllo della spesa sanitaria regionale attraverso la gestione integrata dei flussi informativi provenienti dalle aziende sanitarie

Azione di breve: Concezione e prima attuazione del sistema di analisi dei flussi informativi delle aziende sanitarie.

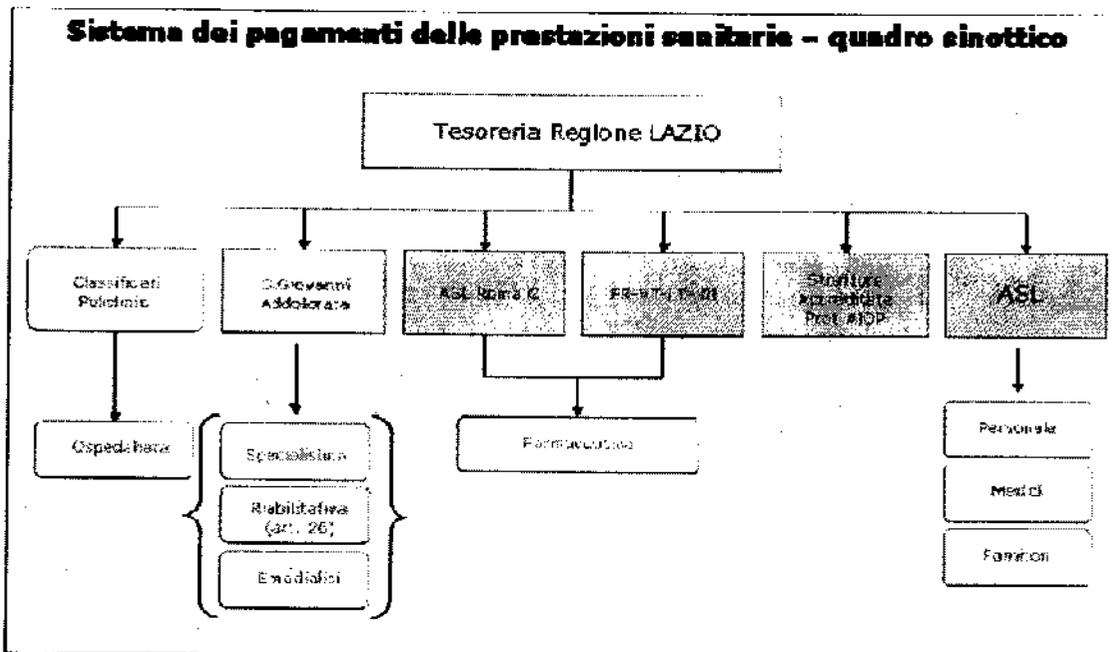
L'obiettivo di questo ambito di azione è quello di predisporre un primo sistema di lettura integrata dei flussi informativi di bilancio, gestionali e produttivi delle aziende sanitarie, al fine di poter monitorare in corso di 2007 l'effetto delle azioni di rientro dal disavanzo. La realizzazione di questo obiettivo consentirà inoltre di fornire utili input alla realizzazione dell'azione di sistema più sotto indicata.

I dati da ricomprendere includono: flussi di bilancio (conto economico / modello CE, stato patrimoniale / modello SP, rendiconto finanziario) consuntivi e, ove previsto, di budget; flussi di contabilità analitica (in particolare modello LA e CP, nonché per centro di costo), flussi relativi alle strutture sanitarie, flussi relativi alle prestazioni sanitarie.

Si prevedono le seguenti azioni specifiche:

- Mappatura esaustiva dei procedimenti regionali di monitoraggio e controllo dell'erogazione di prestazioni sanitarie e del relativo pagamento, effettuate direttamente dalla Regione, dall'Asp e dalle rispettive aziende sanitarie ed ospedaliere (entro metà febbraio).

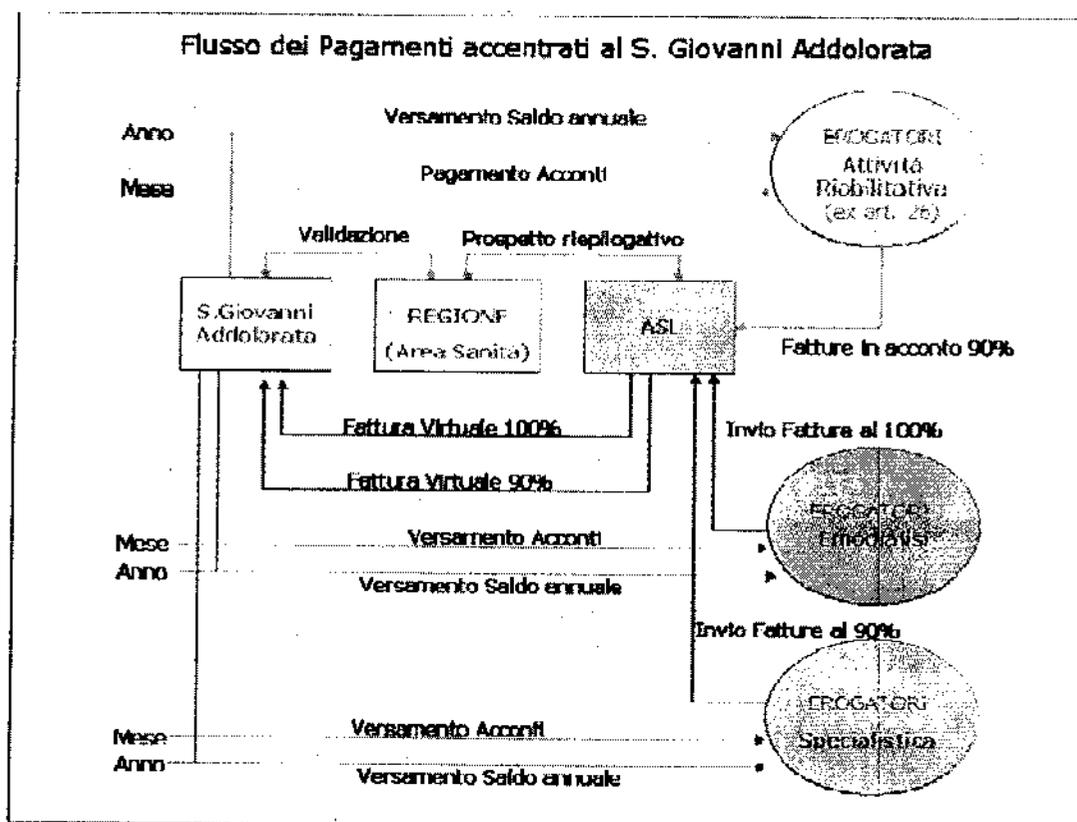
Le tabelle di seguito riportate, riassumo, secondo una logica di Diagramma di Flusso, la descrizione di come avvengano allo stato dell'arte, i pagamenti delle prestazioni sanitarie, e il relativo controllo.



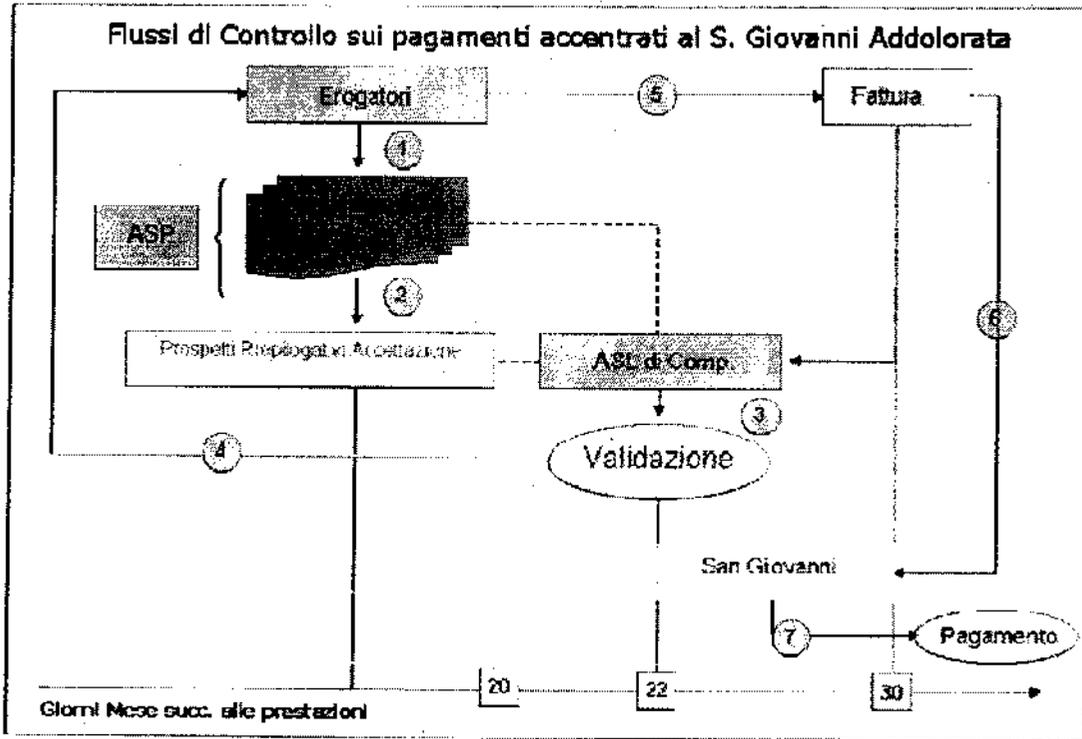
La Tabella seguente, riassume il Sistema dei pagamenti accentrati sull'azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, previsto per alcune fattispecie di prestazioni: Attività Riabilitativa, Emodialisi e per le Prestazioni di Specialistica, così come previsto dalla DGR 602 del 2004, e dalla relativa circolare Esplicativa.

Per ciascuna delle tre tipologie di prestazioni è previsto un pagamento su base mensile, in quota parte del 90% del del fatturato, ed un pagamento di conguaglio a conclusione di anno. Per le prestazioni di Attività

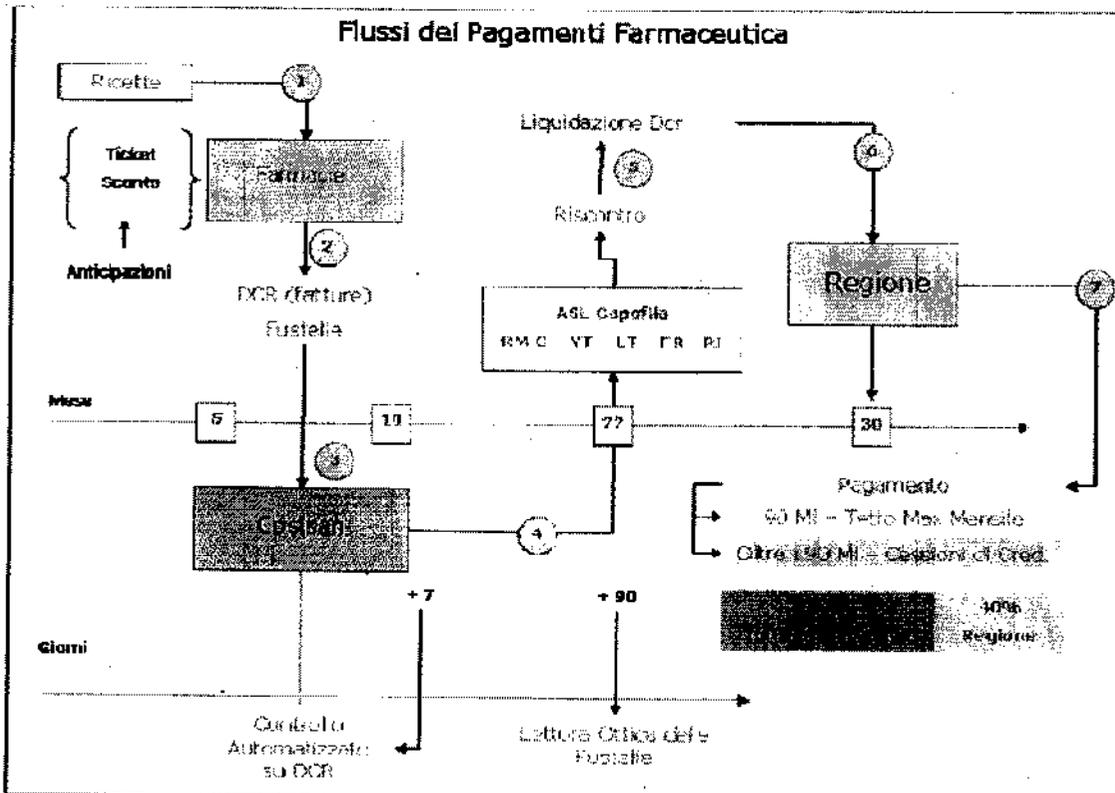
Riabilitativa ex art. 26 è prevista la predisposizione da Parte delle Aziende Sanitarie, di un Prospetto riepilogativo delle fatture ricevute dagli erogatori, che viene sottoposto alla Regione, e successivamente inviato al San Giovanni Addolorata per la liquidazione. Per le Altre due tipologie invece, ferma restando la ricezione della Fattura relativa alle prestazioni erogate, in capo alla Azienda Sanitaria di pertinenza, viene elaborata una Fattura Virtuale, trasmessa al San Giovanni Addolorata, per la liquidazione del Dovuto.



Sull'attività di pagamento descritta nella Tabella precedente, vigila un sistema di controllo, basato sull'utilizzo della piattaforma SIAS Online, il cui funzionamento è riassunto, nella tabella che segue, e le cui fonti normative, sono ancora la DGR 602 del 2004, e la Determinazione 1598 del 2006. I soggetti erogatori inseriscono i dati relativi alle prestazioni nel sistema SIAS Online, il quale produce un Prospetto Riepilogativo di Accettazione, entro il 20° giorno del mese successivo alla erogazione. Tale prospetto è soggetto al controllo delle Aziende Sanitarie, che in situazioni fisiologiche producono una validazione dei Dati (entro il 22° giorno). La Validazione viene trasmessa ai soggetti Erogatori che possono così procedere alla Fatturazione (entro il 30° giorno). La fattura viene comunicata al San Giovanni Addolorata, che procede al pagamento.

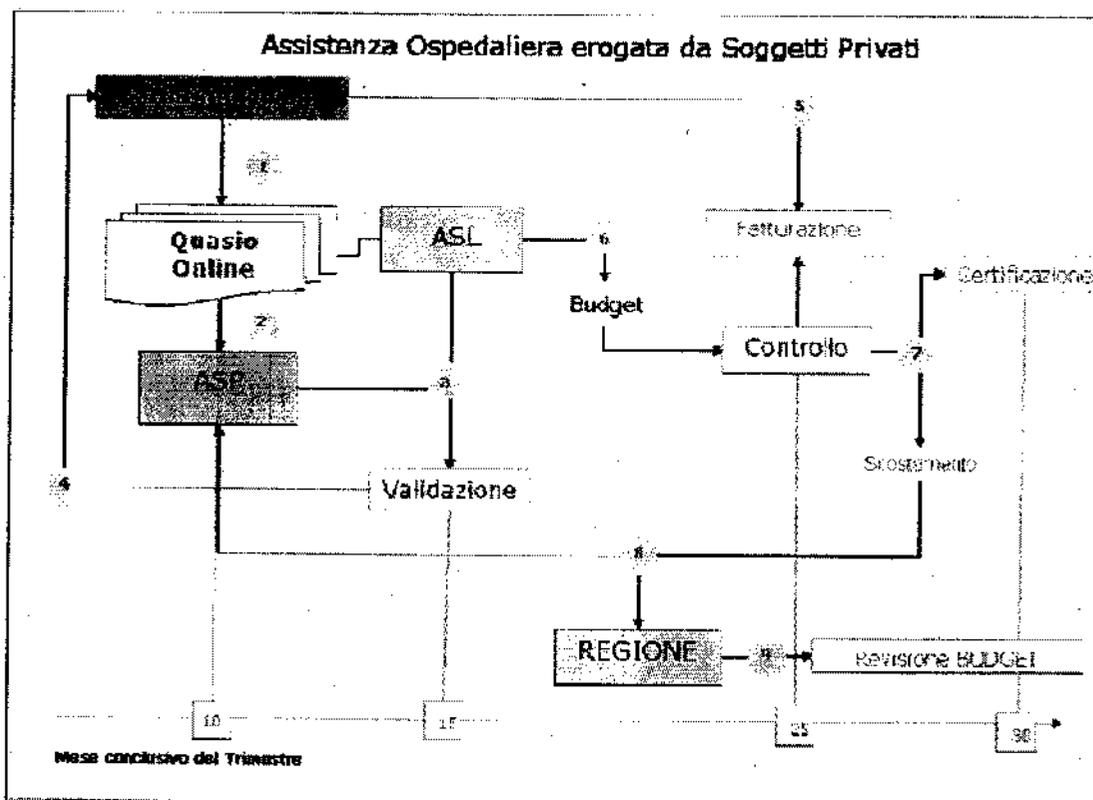


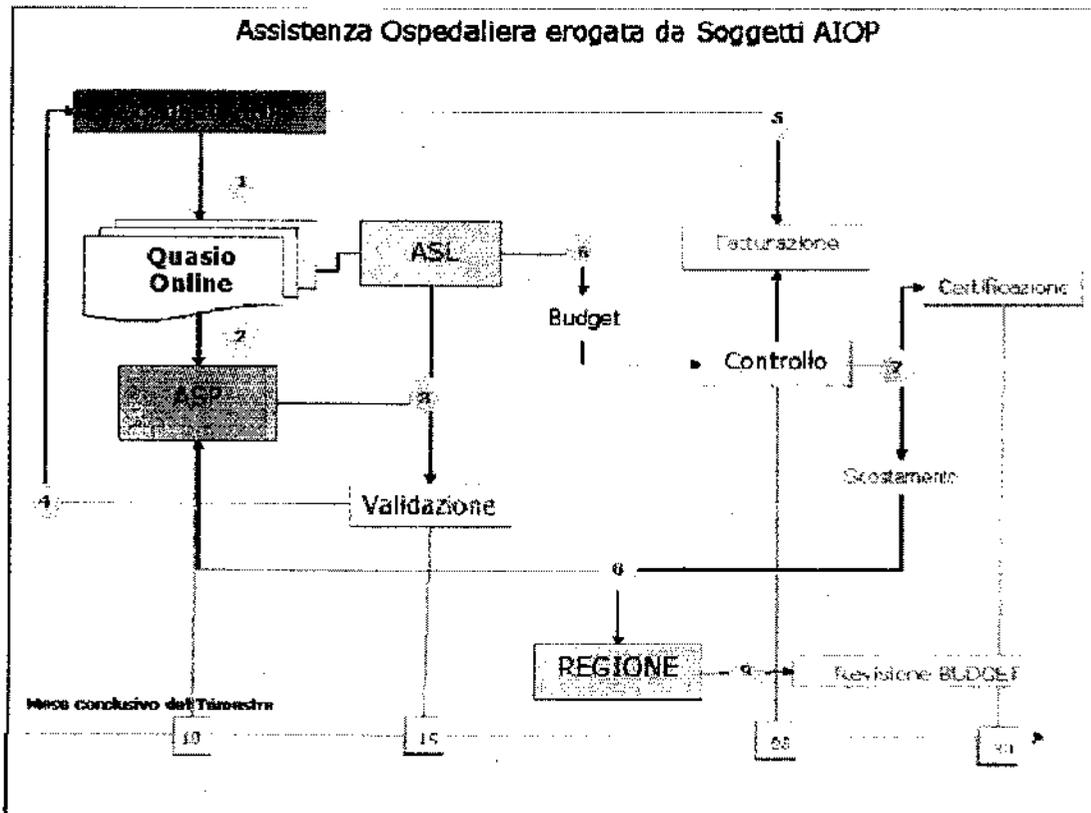
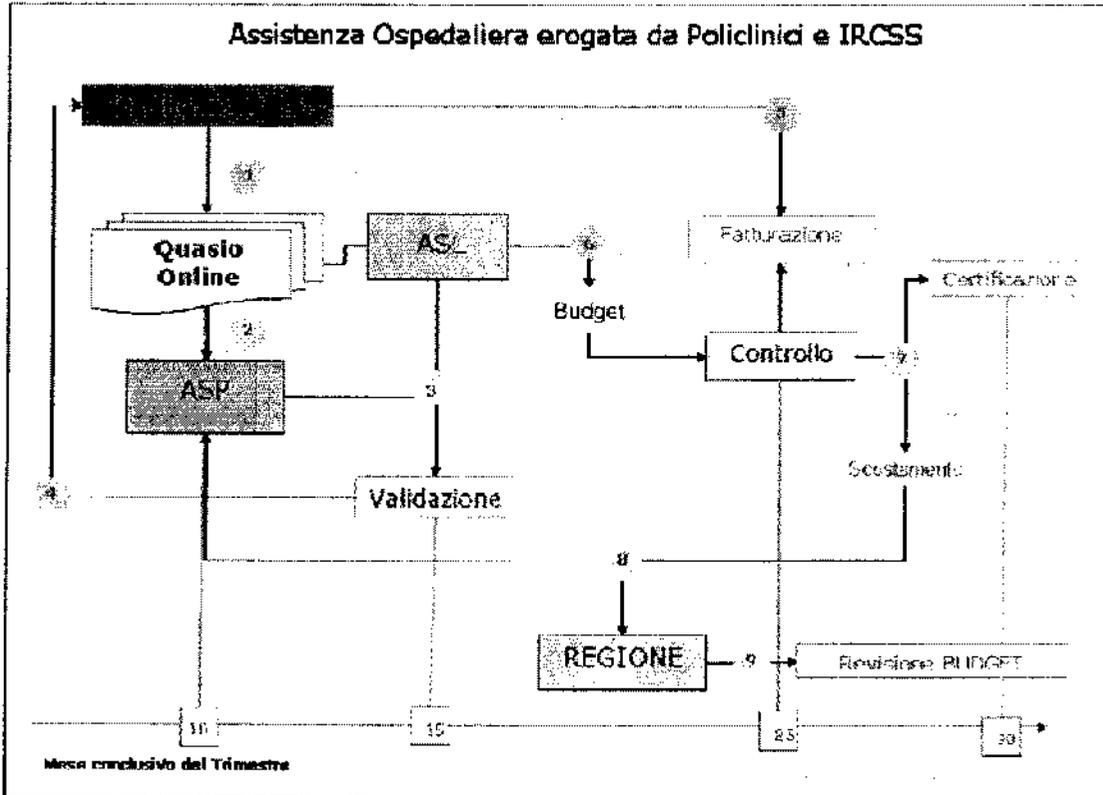
La seguente tabella riassume il procedimento tramite il quale si erogano i pagamenti per le forniture farmaceutiche. In essa sono descritte contestualmente le procedure di controllo, e le modalità effettive di pagamento.



Le tre tabelle che seguono, descrivono il flusso delle operazioni connesse al pagamento delle erogazioni per l'assistenza ospedaliera, erogate rispettivamente, da Soggetti Privati, da Policlinici e IRCSS, e dai Soggetti firmatari del Protocollo d'Intesa AIOP. La fonte normativa a base dei suddetti processi, è per le prime due fattispecie, la Determinazione 1598 del 2006, e per l'ultima il Protocollo d'Intesa siglato con l'AIOP, che rimanda direttamente alla stessa Determinazione 1598 e ad una circolare esplicativa delle Determina 143 del 2006.

Le strutture private inseriscono i dati delle prestazioni effettuate, nel database gestito da ASP, attraverso il sistema QUASIO Online (entro i primi 10 giorni del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono avvenute). Le aziende Sanitarie, che hanno accesso ai dati inseriti nel Quasio Online, effettuano un controllo ulteriore rispetto a quello automatico processato dal sistema, sulla bontà dei dati inseriti dall'Erogatore, e in situazioni fisiologiche, emettono una validazione dei dati stessi (entro i primi quindici giorni del mese successivo a quello di erogazione). A tale validazione segue l'emissione della fattura da parte dell'Erogatore (entro il 25° giorno del mese). Si dà luogo quindi ad un secondo livello di controllo, operato ancora dalle Aziende Sanitarie, sul fatturato periodale, con riferimento ai livelli di Budget previsti. Se non ci sono disallineamenti tra livelli di Budget e fatturati effettivi, la fattura viene certificata e pagata (entro il 30° giorno del mese). Altrimenti, l'azienda segnala lo scostamento all'ASP e alla Regione. Quest'ultima quando ravvisa scostamenti, non solo sul dato mensile, ma anche su quello trimestrale, fa partire una procedura di revisione dei Budget e di Alert, nei confronti delle Aziende Sanitarie e degli Erogatori.





- Definizione, analisi ed implementazione di una procedura di controllo per il monitoraggio dei flussi informativi dei pagamenti e dei relativi mandati, disposti periodicamente dalle aziende Sanitarie, al fine della ottimale applicazione del principio di competenza economica. In particolare, nelle more della piena attuazione del sistema definitivo di governo, il monitoraggio sarà assicurato dalla raccolta e analisi puntuale dei dati operata dal Coordinamento della Cabina di Regia, che sottoporrà, a partire dal mese di gennaio 2007, un questionario informativo di raccolta dati, alle Aziende Sanitarie. Nella primissima fase (gennaio, febbraio), questo questionario sarà strutturato su un file Excel (di seguito riportato). Entro la chiusura del primo trimestre 2007, i dati in esso contenuti saranno raccolti attraverso un apposito panel, attualmente in fase di realizzativa, sul Cruscotto Direzionale. I dati raccolti tramite il file Excel saranno riscontrati mensilmente con i dati provenienti dai giornali di cassa ottenibili dai sistemi informativi delle Tesorerie di ciascuna Aziende Sanitarie.

MARZO 2007

NOME REFERENTE _____

DATA _____

TELEFONO _____ FAX _____

VOCI DI RICAVO		COMPETENZA 2007	COMPETENZA ANNI PREGRESSI
A) 1	Contributi In Conto Esercizio diversi da FSR		
2	Proventi e Ricavi Diversi		
3	Concorsi, Recuperi, Rimborsi per Attività Tipiche		
4	Compartecipazione alla spesa per Prest. Sanitarie		
5	Costi Capitalizzati		
6	Ricavi e Proventi per Servizi Socio Sanitari		

VOCI DI COSTO		COMPETENZA 2007	COMPETENZA ANNI PREGRESSI
B) 1	Acquisto di Beni		
	Beni Sanitari		
	Beni Non Sanitari		
B) 2	Acquisto di Servizi		
	Prestazioni e Servizi Socio Sanitari da pubblico		
	Prestazioni e Servizi Socio Sanitari da privato		
	Ass. Sanitaria di base		
	Ass. Farmaceutica		
	Ass. Specialistica Ambulatoriale		
	Ass. Riabilitativa		
	Ass. Integrativa		
	Ass. Ospedaliera		
	Ass. Specialistica Summa		
	Altri servizi di assistenza		
	Servizi per sanità veterinaria		
	Costi per libera professione		
	Costi per consulenze socio sanitarie		
	Prestazioni e Servizi non Sanitari da pubblico		
	Prestazioni e Servizi non Sanitari da privato		
	(inserire dettaglio)		
B) 3	Manutenzione e Riparazione		
B) 4	Godimento di Beni di Terzi		
B) 5	Costi del Personale Ruolo Sanitario		
	di cui Oneri Sociali		
B) 6	Costi del Personale Ruolo Professionale		
	di cui Oneri Sociali		
B) 7	Costi del Personale Ruolo Tecnico		
	di cui Oneri Sociali		
B) 8	Costi del Personale Ruolo Amministrativo		
	di cui Oneri Sociali		
B) 9	Altri Costi del Personale		
	di cui Oneri Sociali		
B) 10	Oneri diversi di Gestione		
	Compensi agli Organi direttivi		
	Spese Amministrative		
	Imposte e Tasse		
	Imposte sul reddito d'esercizio		
	Imposte sull'Attività produttiva (IRAP)		

- Definizione dei processi di generazione dei flussi informativi sia ai fini del monitoraggio del servizio sanitario regionale sia ai fini del debito informativo verso il livello nazionale (Art. 50, NSIS) (entro febbraio 2007)
- Definizione delle tempistiche e delle responsabilità nel processo di generazione e controllo dei dati ai diversi livelli del SSR (sub-aziendale, aziendale, regionale) con riferimento sia ai soggetti pubblici che ai soggetti privati (entro marzo 2007).

- Prima impostazione della griglia regionale di controllo della qualità dei dati, provenienti dalle aziende sanitarie, in termini di: completezza, tempestività, accuratezza, quadratura/coerenza (entro marzo 2007).
- Applicazione della griglia di controllo qualità ai dati disponibili; prima identificazione delle criticità esistenti e degli obiettivi prioritari di miglioramento dei dati stessi, anche ai fini della eventuale integrazione in tal senso del sistema di obiettivi della direzione strategica delle aziende sanitarie e della dirigenza aziendale (entro aprile 2007);
- Analisi campionaria in un sottoinsieme di aziende sanitarie (scelte tra quelle più critiche in termini di disavanzo) del processo effettivo di generazione dei flussi informativi, rispetto ai processi di riferimento, e della conseguente qualità dei dati (entro maggio 2007);
- Prima impostazione del sistema di monitoraggio regionale: analisi congiunta dei CE, LA e dei dati di produzione, a livello di singola azienda sanitaria e di aggregato regionale (entro aprile 2007):
 - progettazione e attivazione di un primo set di indici economici, finanziari, patrimoniali a valenza strategica, direzionale e operativa;
 - impostazione dell'approccio alla misura dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, anche con riferimento alla metodologia di analisi della variabilità definita nell'ambito della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza;
 - impostazione dell'approccio alla misura dell'efficienza produttiva;
 - prima impostazione del processo logico di analisi dei dati per il monitoraggio delle azioni di miglioramento e dei risultati conseguiti;
- Prima attuazione del sistema di monitoraggio sui dati attualmente disponibili analisi dei trend di miglioramento e delle aree di criticità a livello di aggregato regionale e di singola azienda sanitaria (entro giugno 2007)
- Impostazione del controllo sistematico dell'erogato dalle strutture sanitarie private accreditate (anche a fronte di quanto già previsto dall'allegata determina 1598/2006):
 - Verifica / taratura della procedura di acquisizione dei dati di erogato da parte delle strutture accreditate, con particolare riferimento alla frequenza di acquisizione dei dati stessi (entro febbraio 2007).
 - Impostazione del sistema periodico (ad es. mensile) di confronto tra l'erogato di ogni struttura e il budget (opportunamente periodicizzato) assegnato alla struttura stessa (entro marzo 2007)
 - Definizione delle azioni conseguenti ad eventuali disallineamenti in corso d'anno tra produzione e budget (entro marzo 2007).
- Valutazione, a fronte di tutto quanto sopra, degli impatti sullo sviluppo della piattaforma informatica regionale di integrazione e analisi dei dati e definizione di un primo livello di requisiti funzionali (entro luglio 2007);
- Verifica, a fronte delle esigenze complessive di monitoraggio e controllo, del grado di copertura dei requisiti attualmente offerti dai progetti informatici in essere e delle modalità di raccordo ed integrazione tra le stesse (entro luglio 2007);
- Sistemizzazione dei principi di governance delle aziende sanitarie regionali (Governance esterna) (entro luglio 2007).

Azione di sistema: Implementazione del sistema informativo integrato sotto il coordinamento della Cabina di Regia per il controllo di gestione unificato della Aziende Sanitarie.

Si sta procedendo ad approntare un sistema direzionale regionale (denominato S.I.M.E.G.), per la gestione integrata, coordinata e tempestiva dei flussi informativi di natura sanitaria ed economico-finanziaria. E' stata aggiudicata la gara per l'implementazione del sistema.

In parallelo con l'attività informatica di implementazione sopra indicata, si procederà in particolare, alle seguenti azioni di sistema:

B SVILUPPI DEI CONTENUTI DEL PIANO

- Definizione, a fronte delle evidenze emerse dalle azioni di breve, delle specifiche funzionali per l'implementazione del sistema informatico (entro settembre 2007);
- Definizione delle specifiche funzionali per il controllo sistematico della qualità dei dati (entro ottobre 2007);
- Progressivo allargamento a tutte le aziende sanitarie degli interventi locali di analisi e verifica del processo di generazione dei dati per i flussi informativi regionali e nazionali (entro dicembre 2007);
- Normalizzazione del sistema di monitoraggio regionale dei dati di bilancio, gestionali e produttivi (entro novembre 2007);
- Definizione della metodologia di riferimento regionale per la generazione da parte delle aziende sanitarie di dati di contabilità analitica per livello di assistenza (modello LA) affidabili e quindi opportunamente utilizzabili per il raffronto con i relativi dati produttivi (entro dicembre 2007);
- Creazione e messa a regime della funzione regionale - e dei relativi strumenti operativi - preposta al benchmarking su efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei livelli di assistenza nelle singole aziende sanitarie regionali (attivazione da ottobre 2007);
- Impostazione e messa a regime del processo sistematico di acquisizione dei dati, analisi degli stessi, verifica dei miglioramenti e delle criticità, impostazione delle azioni correttive (attivazione da novembre 2007);
- Realizzazione di un processo di interazione / formazione continuo con i referenti delle aziende sanitarie per condividere le criticità esistenti nei dati, le modalità di generazione degli stessi, le evidenze che emergono dall'analisi dei dati, ecc. (attivazione da dicembre 2007);
- Impostazione e messa a regime del processo di generazione del budget per unità operativa / livello di assistenza e aggregato aziendale e del processo di monitoraggio periodico degli scostamenti; definizione dei ruoli e delle responsabilità a livello aziendale e regionale; attivazione del processo di condivisione dei dati e di analisi degli scostamenti (attivazione a partire da gennaio 2008).

Intervento 3.2.2 - Riallocazione al fondo capitale per gli investimenti finanziati con fondo corrente e definizione di uno o più stazioni appaltanti direttamente coordinate dall'Assessorato con il supporto dell'ASP

Arginare il fenomeno del finanziamento degli investimenti e l'acquisto di beni strumentali con fondi afferenti la spesa corrente. La Regione attuerà un processo sistematico di rilevazione del fabbisogno d'interventi di investimento delle aziende, dalle quali attiverà le linee di finanziamento in conto capitale più idonee presenti sul mercato finanziario.

Modalità

Per intervenire sul pregresso, sarà realizzata una ricognizione dei contratti di leasing su tutte le Aziende regionali, allo scopo di comparare i costi finanziari del *leasing*²⁶ rispetto al ricorso con strumenti di finanziamento alternativi.

Effetti attesi

Si stima un risparmio medio del 4% sul costo di finanziamento dell'acquisto dei beni strumentali che, rispetto ai tempi legati ai processi di elaborazione necessari, è ragionevole collocarne temporalmente gli effetti dopo il 2007.

Effetti sulle dinamiche di spesa

In via prudenziale non sono associati risparmi.

²⁶ Calcolo dell'opzione di riscatto con l'ammortamento dei canoni futuri.

Intervento 3.2.3 - Implementazione dei principi e delle procedure per il processo di formazione, aggregazione e consolidamento dei bilanci delle Aziende Sanitarie.

Azione di breve: Concezione e prima attuazione dei principi e delle procedure per l'aggregazione e il consolidamento dei bilanci delle Aziende

L'obiettivo di breve periodo che si vuole conseguire è intervenire sull'efficacia del processo di gestione delle risultanze economiche, finanziarie e patrimoniali desunte dai bilanci delle Aziende Sanitarie.

Le azioni specifiche da porre in essere, da parte di un gruppo di lavoro integrato composto dal personale delle Direzioni "Bilancio e Tributi" e "Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale", afferenti agli Assessorati "Bilancio, Programmazione economico-finanziaria e partecipazione" e "Sanità", sotto il diretto coordinamento e controllo della "Cabina di Regia per il monitoraggio del risanamento del deficit delle Aziende Sanitarie", sono:

- Ideazione e realizzazione di nuovi strumenti per l'integrazione dello schema di nota integrativa al bilancio e funzionali a fornire le principali informazioni sui risultati conseguiti per il rispetto del "piano di rientro", quali il rendiconto finanziario al bilancio delle Aziende e i report per Azienda sui principali risultati economici-finanziari-patrimoniali a confronto con i risultati conseguiti nella realizzazione degli obiettivi di piano (entro febbraio 2007).
- Integrazione delle linee guida per la predisposizione dei bilanci al 31/12/2006 con i nuovi strumenti progettati (entro febbraio 2007).
- Definizione e formalizzazione dei principi di consolidamento delle risultanze economiche e patrimoniali dell'aggregato sanitario regionale (entro marzo 2007)
- Definizione e formalizzazione delle procedure di consolidamento delle risultanze economiche e patrimoniali dell'aggregato sanitario regionale (entro marzo 2007).
- Definizione degli schemi di bilancio consolidato conformi ai modelli nuovo CE e SP (entro marzo 2007).
- Predisposizione del materiale informativo per la diffusione alla Aziende Sanitarie dei principi e delle procedure di consolidamento delle risultanze economiche e patrimoniali dell'aggregato sanitario regionale (entro marzo 2007).
- Gestione del processo di raccolta dei bilanci, di formalizzazione e di analisi dell'aggregato sanitario regionale e di verifica di coerenza con i modelli CE, SP, LA. (entro maggio 2007).
- Prima applicazione dei principi e delle procedure per la predisposizione del consolidato 2006 del bilancio sanitario regionale e dei conti economici CE e degli stati patrimoniali SP (entro maggio 2007).

Azione di sistema: Predisposizione dei principi contabili e delle procedure di riferimento, nonché definizione delle specifiche funzionali per lo sviluppo del sistema informativo per la produzione, l'analisi e la gestione del bilancio aggregato e consolidato del comparto sanitario regionale (Cfr. Obiettivo operativo 3.2.1)

L'obiettivo che si vuole conseguire è sviluppare il sistema informativo regionale per poter gestire il processo di formazione del bilancio delle Aziende Sanitarie e permettere le attività di aggregazione, consolidamento e analisi delle risultanze economiche, finanziarie e patrimoniali.

Le azioni specifiche da porre in essere, da parte di un gruppo di lavoro integrato composto dal personale delle Direzioni "Bilancio e Tributi" e "Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale", afferenti agli Assessorati "Bilancio, Programmazione economico-finanziaria e partecipazione" e "Sanità", sotto il diretto coordinamento e controllo della "Cabina di Regia per il monitoraggio del risanamento del deficit delle Aziende Sanitarie", sono:

- Definizione e formalizzazione delle specifiche funzionali per l'aggregazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie (entro luglio 2007).
- Definizione e formalizzazione delle specifiche funzionali per il consolidamento dei bilanci delle

Aziende Sanitarie (entro luglio 2007).

- Definizione e formalizzazione delle specifiche funzionali per il controllo del processo di formazione del bilancio e di gestione degli adempimenti per l'approvazione del bilancio nei termini previsti dalla legge di contabilità regionale (entro settembre 2007).
- Definizione delle specifiche funzionali per la produzione di cruscotti economici, finanziari e patrimoniali per il monitoraggio delle risultanze di bilancio e per l'analisi degli scostamenti di budget (entro settembre 2007).
- Definizione e formalizzazione del nuovo manuale delle procedure contabili (entro settembre 2007);
- Messa a regime della funzione organizzativa per l'analisi e la gestione del bilancio delle Aziende Sanitarie attraverso la definizione dei ruoli e dei profili, la rilevazione e la definizione delle competenze, il disegno e l'implementazione del processo operativo (attivazione da settembre 2007).
- Attivazione di specifici interventi per la sensibilizzazione, la formazione specialistica e comportamentale, la comunicazione al personale delle Aziende Sanitarie (attivazione da settembre 07).

Gestione delle azioni di verifica dello sviluppo informatico (cfr Obiettivo operativo 3.2.1)

Intervento 3.2.4 - Misure di regolarizzazione dei pagamenti e del debito commerciale progressivo

Come specificato nel paragrafo D del presente Piano, l'entità del debito non transato relativo agli anni 2005 e precedenti è finora stimata in 3.700 milioni. Trattasi di importo che la Regione deve accertare in modo completo e definitivo, anche al fine di predisporre gli adeguati strumenti di copertura. A tal fine la Regione si impegna ad attivare il seguente procedimento accertativo che coinvolgerà anche la posizione debitoria regionale generata dalla gestione dell'esercizio 2006.

Le azioni specifiche, di seguito descritte, prevedono il coinvolgimento centrale del personale delle Direzioni "Bilancio e Tributi" in collaborazione della Direzione "Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale", afferenti rispettivamente agli Assessorati "Bilancio, Programmazione economico-finanziaria e partecipazione" e "Sanità", sotto il diretto coordinamento e controllo della "Cabina di Regia per il monitoraggio del risanamento del deficit delle Aziende Sanitarie", e, naturalmente, il coinvolgimento diretto del personale operante nei servizi economico-finanziari delle Aziende Sanitarie ed ospedaliere del S.S.R..

Le azioni specifiche da porre in essere, sono:

- Predisposizione e formalizzazione degli schemi di flusso rappresentativi del processo di controllo dei documenti contabili relativi ai debiti in essere e di pagamento dei debiti stessi (entro febbraio 2007);
- Predisposizione ed approvazione dei provvedimenti attuativi regionali che prevedano (entro febbraio 2007):
 - obiettivo dell'operazione;
 - natura dell'operazione;
 - soggetti ai quali l'operazione si rivolge;
 - struttura dell'operazione (linee guida);
 - modalità di esecuzione dell'operazione.
- Realizzazione delle azioni informative sull'operazione (entro metà marzo 2007).
 - E' necessario pianificare e stabilire quali devono essere i tempi ed i modi per dare adeguata pubblicità ed informativa sull'operazione (cosa è, a chi è rivolta, modalità di compilazione della reportistica, a chi rivolgersi in caso di dubbio, a chi inviare la documentazione, etc...). A tal fine si può considerare l'utilizzo dei seguenti mezzi di informazione:
 - Circolari regionali
 - Siti internet istituzionali (Regione; ASL; Associazioni di categoria).

- Svolgimento delle attività propedeutiche alla riconciliazione (entro marzo 2007):
 - Individuazione all'interno dell'amministrazione regionale competente degli uffici regionali che saranno coinvolti operativamente nelle attività e del dirigente responsabile (gruppo di lavoro operativo centrale)
 - Ricezione da parte del dirigente responsabile dell'operazione dei nominativi e degli indirizzi di posta elettronica dei soggetti coinvolti nell'operazione;
 - Diffusione da parte del dirigente responsabile dell'operazione della modulistica/reportistica e delle istruzioni necessarie per l'invio dell'elenco delle fatture.

- Svolgimento delle attività di riconciliazione (entro aprile 2007):
 - Ricezione da parte del dirigente responsabile dell'operazione della reportistica compilata dai fornitori;
 - Alimentazione database e produzione output ad uso e consumo delle ASL per verificare/riconciliare le diverse partite di credito/debito;
 - Ricezione feedback da parte delle ASL e alimentazione database;
 - Produzione di output delle posizioni con evidenza dei debiti/crediti insussistenti/inesigibili (per fornitore, per ASL, etc...) e delle posizioni in contenzioso (per fornitore, per ASL, etc...)
 - Esecuzione delle procedure amministrative e legali per la gestione dei debiti "non transatto" riaccertati.

- Predisposizione delle procedure, da trasmettere alle Aziende Sanitarie, per la messa a regime del processo annuale di riaccertamento dei crediti/debiti (con specifica indicazione delle attività, dei soggetti/strutture coinvolte, dei tempi e delle responsabilità), da attivare in ogni azienda per ogni annualità di bilancio (entro maggio 2007):

La procedura di determinazione della posizione debitoria

- a. Le strutture amministrative di cui sopra acquisiscono dalle aziende l'elenco completo dei loro fornitori, nonché di ogni altro soggetto creditore delle aziende stesse, ai quali invia un prospetto standard in formato elettronico, con il quale si richiedono:
 - i. Dettaglio fatture emesse fino al 31.12.2005 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi ricevuti, indicazione di eventuali cessionari e/o mandatari all'incasso, procedure legali in corso, ASL/AO debitrice) e di ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un credito da parte dei soggetti terzi;
 - ii. Dettaglio fatture emesse dal 1 gennaio 2006 sino al 31.12.2006 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi ricevuti, indicazione di eventuali cessionari e/o mandatari all'incasso, procedure legali in corso, ASL/AO debitrice) e di ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un credito da parte dei soggetti terzi;

- b. Le strutture amministrative di cui sopra richiedono alle Aziende sanitarie, distintamente per ciascun soggetto per il quale risulti aperta una posizione debitoria:
 - i. Dettaglio fatture ricevute fino al 31.12.2005 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi versati, indicazione di eventuali notifiche ricevute di cessionari e/o mandatari all'incasso, procedure legali in corso) e ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un debito;
 - ii. Dettaglio fatture ricevute dal 1 gennaio 2006 sino al 31.12.2006 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi versati, indicazione di eventuali notifiche ricevute di cessionari e/o mandatari all'incasso, procedure legali in corso) e ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un debito;
 - iii. Dettaglio dei titoli che abbiano dato luogo a iscrizione di debiti verso altri soggetti;
 - iv. Verifica dei documenti sottostanti alle scritture contabili e della sussistenza del debito aziendale.

- c. Sulla base delle informazioni ricevute, la struttura amministrativa verifica e riconcilia le posizioni per le quali sussiste una coincidenza di informazioni rese dalle aziende e dai soggetti creditori. I relativi dati sono trasmessi alle aziende. Le aziende e la struttura amministrativa procedendo alla certificazione delle posizioni debitorie pagabili.

Relativamente alle posizioni non riconciliate la struttura dispone un supplemento di istruttoria, fornendo in proposito istruzioni puntuali alle proprie aziende.

In particolare ove la posta risulti iscritta a debito dell'azienda sanitaria, ma non a credito di terzi, l'indagine è volta a stabilire se possa essere cancellata dalla contabilità aziendale. In particolare la struttura amministrativa procede alla ricognizione delle procedure di pignoramento subite dalle aziende, verificando la cancellazione dalle rispettive contabilità dei debiti per i quali le procedure si sono concluse; procede alla verifica e alla cancellazione dei debiti che, inseriti nelle operazioni di cartolarizzazione/ristrutturazione finanziaria, non sono stati cancellati dai debiti commerciali. L'insussistenza del debito è certificata dall'azienda sanitaria e dalla struttura amministrativa che ne ordina e ne verifica la cancellazione dalla contabilità aziendale. Dei debiti cancellati è data informazione a specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze e alla Cabina di regia. La struttura amministrativa dispone e verifica che presso le aziende sia apposto un timbro sulle fatture o altri titoli indicante l'avvenuto pagamento ovvero altra causa che ha dato luogo alla cancellazione del debito.

Ove il debito non risulti iscritto nella contabilità l'azienda richiede al creditore la produzione della documentazione idonea a dimostrare il proprio credito. Le procedure per il riconoscimento del credito vantato dai terzi e la conseguente iscrizione in contabilità del debito aziendale sono precisamente fissate dalla strutture amministrative regionali. Tutte le iscrizioni di debiti sono certificate dall'azienda sanitaria e dalla struttura amministrativa e sono comunicate alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla Sanità, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze e alla Cabina di Regia.

- d. Con riferimento alle posizioni per le quali sussiste un contenzioso in atto la struttura amministrativa si avvale di un adeguato supporto tecnico-legale. Le posizioni sono elencate e per ciascuna sono fornite informazioni sul contenzioso alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità e alla Cabina di regia.
- e. La struttura amministrativa predispose un elenco delle posizioni di debito/credito interne al sistema sanitario regionale.

La procedura di determinazione della posizione creditoria

- a. La struttura amministrativa procede alla ricognizione puntuale dei crediti vantati dalle aziende verso soggetti terzi. In particolare, per ciascuna azienda, individua l'elenco completo dei soggetti debitori, del titolo da cui discende il credito aziendale, di eventuali conenziosi in essere. Sulla base di questa ricostruzione procede ad un riscontro presso i debitori individuati al fine della riconciliazione del dato.

Relativamente alle posizioni non riconciliate la struttura dispone un supplemento di istruttoria fornendo in proposito istruzioni puntuali alle proprie aziende. In particolare ove sia accertata, l'insussistenza o l'inesigibilità del credito è certificata dall'azienda e dalla struttura amministrativa che ne ordina e ne verifica la cancellazione dalla contabilità aziendale. Dei crediti cancellati è data informazione alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze e alla Cabina di regia.

- b. Con riferimento alle posizioni per le quali sussiste un contenzioso in atto la struttura amministrativa si avvale di un adeguato supporto tecnico-legale. Le posizioni sono elencate e per ciascuna sono fornite informazioni sul contenzioso alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità e alla Cabina di regia.

La procedura di pagamento del debito cumulato fino al 31 dicembre 2005

Sulla base della ricognizione del debito effettuata, la struttura amministrativa informa mensilmente (oltre che la struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità e la Cabina di regia) i Ministeri dell'economia e delle finanze e della salute al fine di procedere al pagamento dei debiti certificati.

La struttura amministrativa gestisce in modo accentrato il pagamento dei debiti certificati, avvalendosi delle somme che si renderanno via via disponibili (progressive erogazioni statali e altre somme riscosse) e che si riferiscono a poste di bilancio relative agli anni 2005 e precedenti. E' tassativamente escluso l'utilizzo delle risorse correnti, ivi comprese quelle relative a poste di bilancio afferenti all'anno 2006, per il pagamento dei predetti debiti.

All'atto del pagamento la struttura amministrativa verifica l'immediata cancellazione dalle contabilità aziendali del debito estinto, dispone e verifica che sia apposto un timbro sulle fatture o altri titoli indicante l'avvenuto pagamento.

Del pagamento e della cancellazione del relativo debito la struttura amministrativa dà comunicazione (oltre che alla struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità e alla Cabina di regia) ai predetti Ministeri, allegando copia dei titoli di pagamento e copia dei conti di bilancio da cui si evinca la cancellazione delle poste debitorie.

8 SVILUPPI DEI CONTENUTI DEL PIANO



Obiettivo generale	Obiettivi Specifici
4. Conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale	4.1 Misura nazionale AIFA
	4.2 Misura nazionale AIFA
	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 pubbliche
	4.5 Riduzione del costo del personale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale



OGGETTO GENERALE 4 Conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale

obiettivi specifici	obiettivi operativi / interventi	azioni	effetti attesi		impatto sulla spesa (mln di euro)		
			diretti sulla spesa	di sistema	2007	2008	2009
4.1 Misura nazionale AIFA - delibera 28 settembre 2006: effetto sul 13%			X		47	47	47
4.2 Misura nazionale AIFA - delibera 28 settembre 2006: effetto sul 3%			X		33	33	33
4.3 Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso - codici bianchi - settore pubblico							
4.4 Minori spese da scorta da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture pubbliche							
4.5 Riduzione del costo del personale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e del piano di riorganizzazione ospedaliera							
		Decreto delle assunzioni nel fine 2007	X		122,6	174	237,6
		Minoriori per trasferimenti il personale ad altre amministrazioni e variazioni e riallineamento delle risorse per le competenze necessitate dalla piogezza e del comparto	X		46,1	52,1	58,1
		effetto sull'IRAP	X		12,3	16,9	20,4



OBBIETTIVO SPECIFICO 4.1 MISURA NAZIONALE AIFA – DELIBERA 28 SETTEMBRE 2006: EFFETTO SUL 13%

Effetto, certificato AIFA e Ministero della Salute, sulla spesa farmaceutica territoriale.

Effetto atteso

47 milioni di euro annui

OBBIETTIVO SPECIFICO 4.2 MISURA NAZIONALE AIFA – DELIBERA 28 SETTEMBRE 2006: EFFETTO SUL 3%

Effetto, certificato AIFA e Ministero della Salute, sulla spesa farmaceutica ospedaliera.

Effetto atteso

33 milioni di euro annui

OBBIETTIVO SPECIFICO 4.3 MAGGIORI ENTRATE DA TICKET SULLA SPECIALISTICA E TICKET SUL PRONTO SOCCORSO – CODICI BIANCHI – SETTORE PUBBLICO

Dettagliato nel quadro dell'intervento 1.3.1. Gli effetti sono registrati come aumento delle entrate e dunque non inclusi nella manovra di riduzione della spesa.

OBBIETTIVO SPECIFICO 4.4 MINORI SPESE DA SCONTO DA LABORATORI PRIVATI, FARMACI OFF LABEL, DISPOSITIVI MEDICI E TICKET PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE

Gli effetti di risparmio sono ricompresi all'interno di quanto disciplinato e previsto negli obiettivi specifici 1.3 e 2.3. Per le quote relative al ticket si fa riferimento a quanto illustrato per l'obiettivo specifico 4.3.

OBBIETTIVO SPECIFICO 4.5 RIDUZIONE DEL COSTO DEL PERSONALE SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA NORMATIVA NAZIONALE

Per quanto riguarda il personale la regione è tenuta almeno al conseguimento dell'obiettivo di risparmio di cui all'articolo 1, comma 565, della legge finanziaria 2006 garantendo che per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 la spesa complessiva di personale non superi quella relativa all'anno 2004 ridotta dell'1,4% nonché dell'ulteriore risparmio connesso al mancato conseguimento negli anni 2005 e 2006 degli obiettivi assegnati alla regione Lazio per effetto delle disposizioni recate dall'articolo 1, comma 98 dalla legge n.311/2004 in materia di limitazione delle assunzioni a tempo indeterminato.

La spesa complessiva di personale della regione Lazio nell'anno 2004 rilevata dal modello CE 999 è pari a 2.350 milioni. Tale costo non comprende quello degli IRCCS e dei Policlinici universitari pubblici che entrano nel consolidato regionale quali costi di produzione solo dall'anno 2005.

Pertanto al fine di definire ai sensi della normativa nazionale sia l'entità dei risparmi da conseguire sia il "costo obiettivo" 2007 2008 e 2009 occorre sommare al costo 2004 il costo del personale delle predette strutture desunto dai bilanci di esercizio 2005.

Tale costo ulteriore pari a 329 milioni determina una spesa complessiva di personale 2004 di 2.679 milioni.

B SVILUPPI DEI CONTENUTI DEL PIANO

Pertanto il risparmio dell'1,4% da conseguire per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 è pari a 37 milioni di euro a cui occorre aggiungere l'importo di 37 milioni indicato dal Ministero dell'Economia quale stima degli effetti di trascinamento sugli anni 2007, 2008 e 2009 correlati al mancato conseguimento degli obiettivi in materia di assunzioni di personale negli anni 2005 e 2006.

Al costo 2004 nettizzato del risparmio di 74 milioni occorre sommare il costo annuale a regime dei contratti di emergenza e comparto 1° e 2° biennio pari a 260 milioni. Si ottiene un importo di 2.864 milioni che individua il costo del personale 2007-2009 secondo la normativa nazionale.

La regione Lazio pertanto garantisce che la spesa complessiva di personale per gli anni 2007, 2008 e 2009 (determinata secondo i criteri indicati nel comma 565 della legge finanziaria 2007) **non supererà quella dell'anno 2004** diminuita di 75 milioni di euro, secondo quanto rappresentato nella sottostante tabella

Tabella N.19			
(valori in migliaia di euro)	2007	2008	2009
Costo personale su normativa nazionale vigente	2.864.011	2.864.011	2.864.011

L'obiettivo di costo secondo la normativa nazionale già comporta una riduzione, rispetto al tendenziale per gli anni 2007-2009, delle spese per il personale al netto dell'IRAP riportata nella seguente tabella.

Tabella N.20			
(valori in migliaia di euro)	2007	2008	2009
Risparmi a normativa nazionale rispetto al tendenziale	91.632	165.524	233.688

La regione Lazio nel piano di rientro oltre garantire il livello di spesa del personale richiesto dalla finanziaria 2007 ha stabilito per il triennio 2007-2009 un'ulteriore riduzione di tale costo. Pertanto l'effettivo risparmio del triennio - al netto del risparmio sull'irap - è quello indicato nella seguente tabella, articolato per anno di riferimento:

Tabella N.21			
(valori in migliaia di euro)	2007	2008	2009
Risparmi del piano di rientro rispetto al tendenziale	168.667	226.138	295.619

Al fine di conseguire i risparmi sopra indicati la regione ha attuato specifiche misure di riduzione delle spese per il personale e sarà attivato un monitoraggio dei risultati conseguiti con cadenza trimestrale.

Intervento 4.5.1 – Blocco delle assunzioni nell'anno 2007

Per tutto l'anno 2007 la Regione ha previsto il blocco di nuove assunzioni di personale dipendente.

Ciò in presenza di un numero crescente di cessazioni per fine rapporto determinerà una consistente riduzione

degli organici.

Il numero delle assunzioni e delle cessazioni nella regione Lazio previste per il 2007 - stimato sulla base delle assunzioni e cessazioni avvenute negli anni 2005 e 2006 - è pari rispettivamente a 4.250 e 3.900 unità.

Per effetto del blocco totale delle assunzioni per l'intero anno, il totale delle cessazioni - valorizzate al 60% sia in considerazione della distribuzione delle cessazioni nei diversi mesi dell'anno, sia al fine di consentire almeno il turn-over delle figure professionali infungibili e necessarie al fine del mantenimento dei Livelli Essenziali di assistenza - al costo medio regionale 2006 (incrementato per effetto degli adeguamenti contrattuali) di 52.735 euro, determinerà sul 2007 un risparmio di 122 milioni.

L'effetto di tale risparmio di 122 milioni sul 2007 si mantiene anche per gli anni 2008 e 2009 in quanto i cessati del 2007 non saranno riassunti nel biennio successivo, salvo le verifiche annuali sull'andamento del costo del personale, sull'efficacia delle misure introdotte e sulla consistenza degli organici.

Per il 2008 ed il 2009 si prevede - salvo verifica del raggiungimento dell'obiettivo di risparmio - un ulteriore riduzione dei costi pari rispettivamente al 25% ed al 54,5% del valore delle cessazioni totali previste nel biennio :

Tabella N.22			
	(valori in migliaia di euro)	2007	2008
Totale cessazioni previste nel triennio		3.900	3.900
Costo medio regionale 2006		52.735	52.735
Risparmio effettivo per cessazioni 2007		122.578	122.578
Ulteriore risparmio su cessazioni 2008 e 2009			51.457
			114.925

Intervento 4.5.2 - Minori oneri per trasferimenti di personale ad altre amministrazioni e verifica e riallineamento delle risorse per le competenze accessorie della dirigenza e del comparto

Già dall'anno 2007 - in coerenza con gli interventi di riorganizzazione interni alle aziende sanitarie e con la ridefinizione dei protocolli d'intesa con le università - sarà prevista :

1. la riduzione delle strutture complesse e dei dipartimenti da un minimo del 10% ad un massimo del 20 %
2. la verifica della consistenza di tutti i fondi contrattuali (produttività collettiva, straordinario e condizioni di disagio, posizione, risultato e fasce retributive) previsti dalla vigente normativa in relazione :
 - a. alle consistenze in organico al 31.12.2006
 - b. riduzioni "stabili " delle consistenze attuali previste nel triennio 2007-2009 in conseguenza del blocco del turn-over
 - c. alla procedure e ai criteri adottati dalle Aziende per l'adeguamento dei fondi - ove previsto dai contratti intervenuti successivamente alla loro costituzione
 - d. all'effettivo costo sostenuto dalle Aziende sanitarie a valere sui fondi contrattuali determinato da eventuali comportamenti difformi dalla normativa contrattuale vigente
3. la definizione di procedure di passaggio di personale ad altre amministrazioni

Tale interventi - che saranno previsti all'interno della delibera di giunta di blocco assunzioni per l'intero anno - determineranno nell'anno 2007 a livello regionale

- i. per l'intervento A. un risparmio di 6 milioni di euro
- ii. per l'intervento B. una riduzione dei costi relativi di 40 milioni.

L'effetto dell'intervento B. è previsto incrementale per gli anni 2008 e 2009 essendo anche correlato alle riduzioni "stabili" delle consistenze attuali previste nel triennio 2007-2009:

Tabella N.22			
	(valori in migliaia di euro)	2007	2008
			2009
1. Riduzione strutture complesse e dipartimentali		6.000	6.000
2-3. Riallineamento risorse per le competenze accessorie della dirigenza e del comparto e passaggio ad altre amministrazioni		40.089	46.103
			52.116

Al risparmio sul costo del personale indicato nella tabella 3 è correlato il risparmio sulle imposte riferite all'IRAP determinando pertanto una manovra complessiva sul personale pari a:

Tabella N.23			
	(valori in migliaia di euro)	2007	2008
			2009
Risparmi del piano di rientro rispetto al tendenziale		168.667	226.138
Effetto sull'IRAP		12.325	16.903
Manovra complessiva sul personale		180.992	243.041
			316.067

Modalità

Adozione entro il 28 febbraio 2007 della DGR contenente il blocco delle assunzioni e il riallineamento delle risorse per le competenze accessorie della dirigenza e del comparto

Indicatore di verifica e relativa fonte

Premessa

Al fine della verifica dell'obiettivo di contenimento della spesa del personale, previsto nel piano di rientro, in coerenza con la legge finanziaria per il 2007 e la normativa vigente di settore, è predisposta una rilevazione mediante la compilazione di due tabelle da effettuarsi da parte di ciascuna azienda ed ente del Servizio sanitario regionale (SSR) e da parte della regione per il riepilogativo regionale.

- **Tabella A** con la quale deve essere rilevata la situazione di organico e di spesa complessiva del personale dell'anno 2004, anno di riferimento dell'obiettivo di contenimento di detta spesa.

Ogni tabella A, debitamente compilata da ciascuna azienda ed ente del SSR e dalla regione per il riepilogativo regionale, sarà inviata dalla regione al Ministero dell'economia e finanze e al Ministero della salute entro il 31 dicembre 2006.

- **Tabella B** con la quale deve essere rilevata, per ogni trimestre e a consuntivo di ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009, la situazione di organico e di spesa complessiva del personale. Limitatamente all'anno 2006, devono essere rilevati solo i dati di IV trimestre e di consuntivo.

Ogni tabella B, debitamente compilata da ciascuna azienda ed ente del SSR e dalla regione per il riepilogativo regionale, sarà inviata dalla regione al Ministero dell'economia e finanze e al Ministero della salute entro il mese successivo alla scadenza del trimestre di riferimento ed entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento per il consuntivo.

Al fine di rendere coerente tale rilevazione con gli analoghi dati inviati dalle aziende per il conto annuale e per

il monitoraggio trimestrale, la compilazione delle tabelle deve fare riferimento ai criteri di competenza economica e alle istruzioni relative al conto stesso, salvo quanto specificato di seguito.

I valori di spesa relativi sia all'anno 2004 (Tabella A) sia a ciascuno dei periodi oggetto di rilevazione per gli anni 2006, 2007, 2008 e 2009 (Tabella B) non devono contenere eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per il rinnovo dei Contratti collettivi nazionali di lavoro. Tali arretrati devono essere considerati comprensivi dei contributi a carico dell'amministrazione e dell'IRAP.

Inoltre nella Tabella B è prevista la colonna (9) nella quale deve essere indicata la quota parte delle spese di competenza del periodo di riferimento derivanti dal rinnovo dei Contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004. Tale colonna si rende necessaria al fine di valutare il totale delle spesa di personale al netto di detti oneri, così come previsto dal piano di rientro.

Nelle suddette tabelle, in relazione all'ulteriore obiettivo di contenimento della spesa prefissato dalla regione nel piano di rientro, sono inoltre rilevati i costi relativi ai medici specialisti e alle altre professionalità convenzionate con il SSN di cui all'articolo 8, comma 8 del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

Gli importi di spesa devono essere espressi in migliaia di euro.

Macrocategorie di personale

Personale a tempo indeterminato:

Per le spese per competenze fisse e accessorie di tali categorie di personale si fa riferimento rispettivamente alle tabelle 12 e 13 del conto annuale.

Per la consistenza del personale si fa riferimento alle unità presenti al termine del periodo considerato.

- **Medici**
Vanno rilevati i dirigenti appartenenti alle categorie dei medici, veterinari ed odontoiatri a tempo indeterminato nonché quelli a tempo determinato ex art. 15 septies del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.
- **Dirigenti non medici**
Vanno rilevati i dirigenti non medici dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo, a tempo indeterminato nonché quelli a tempo determinato ex art. 15 septies, del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.
- **Personale non dirigente**
Va rilevato il personale dipendente a tempo indeterminato destinatario dei CCNL del "comparto sanità".
- **Personale contrattista**
Va rilevato il personale a tempo indeterminato con contratto di lavoro del settore privato (ad esempio con contratto di lavoro dei chimici, metalmeccanici, operai del settore agricolo, ecc.) nonché gli ex medici condotti nei cui confronti trovano applicazione l'art. 48 del CCNL 3 novembre 2005 e l'art. 4 del CCNL 5 luglio 2006 dell'area della dirigenza medico-veterinaria.

Personale a tempo determinato

Va indicato il totale delle spese per competenze fisse e accessorie facendo riferimento alla tabella 14 – codice P015 del conto annuale.

Va rilevato esclusivamente il dato di spesa relativo a personale dipendente (dirigente e non dirigente) con contratto di lavoro a tempo determinato stipulato in applicazione delle vigenti norme contrattuali disciplinanti tali tipologie di rapporto di lavoro. In tale categoria non vanno indicati i dirigenti medici e non medici a tempo determinato ex art. 15 septies, del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

Restante personale

Va rilevato esclusivamente il dato di spesa relativo al personale appartenente alle seguenti categorie:

- Personale con contratto di formazione e lavoro (riferimento tabella 14 – codice P016 del conto annuale);
- Personale addetto ai L.S.U. (riferimento tabella 14 – codice P065 del conto annuale);
- Personale con contratto di fornitura di lavoro temporaneo – interinale (riferimento tabella 14 – codice P062 + codice L105 del conto annuale);
- Personale con contratto di collaborazione coordinata e continuativa e con convenzioni (riferimento tabella 14 – codice L108 del conto annuale).

Spese

Spesa per competenze fisse

Con riferimento a ciascuna categoria va indicato per il periodo di riferimento il totale complessivo degli emolumenti fissi relativi a stipendio, R.I.A., 13^a mensilità (nel trimestre in cui viene corrisposta) al netto dei recuperi derivanti da assenze, ritardi, scioperi, ecc. Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

Spesa per competenze accessorie

Va indicato il totale delle competenze accessorie sostenute nel periodo di rilevazione. Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

Spese Contributi a carico dell'ente

Va riportato il complesso dei contributi a carico dell'Ente (compresi eventuali premi per assicurazione INAIL). Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

IRAP

Vanno riportate le spese con riferimento all'IRAP relativamente alle competenze fisse ed accessorie. Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

Altre voci di spesa

Vanno riportate le spese con riferimento a:

- assegni per il nucleo familiare;
- gestione mense e buoni pasto;
- equo indennizzo.

Oneri derivanti dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004

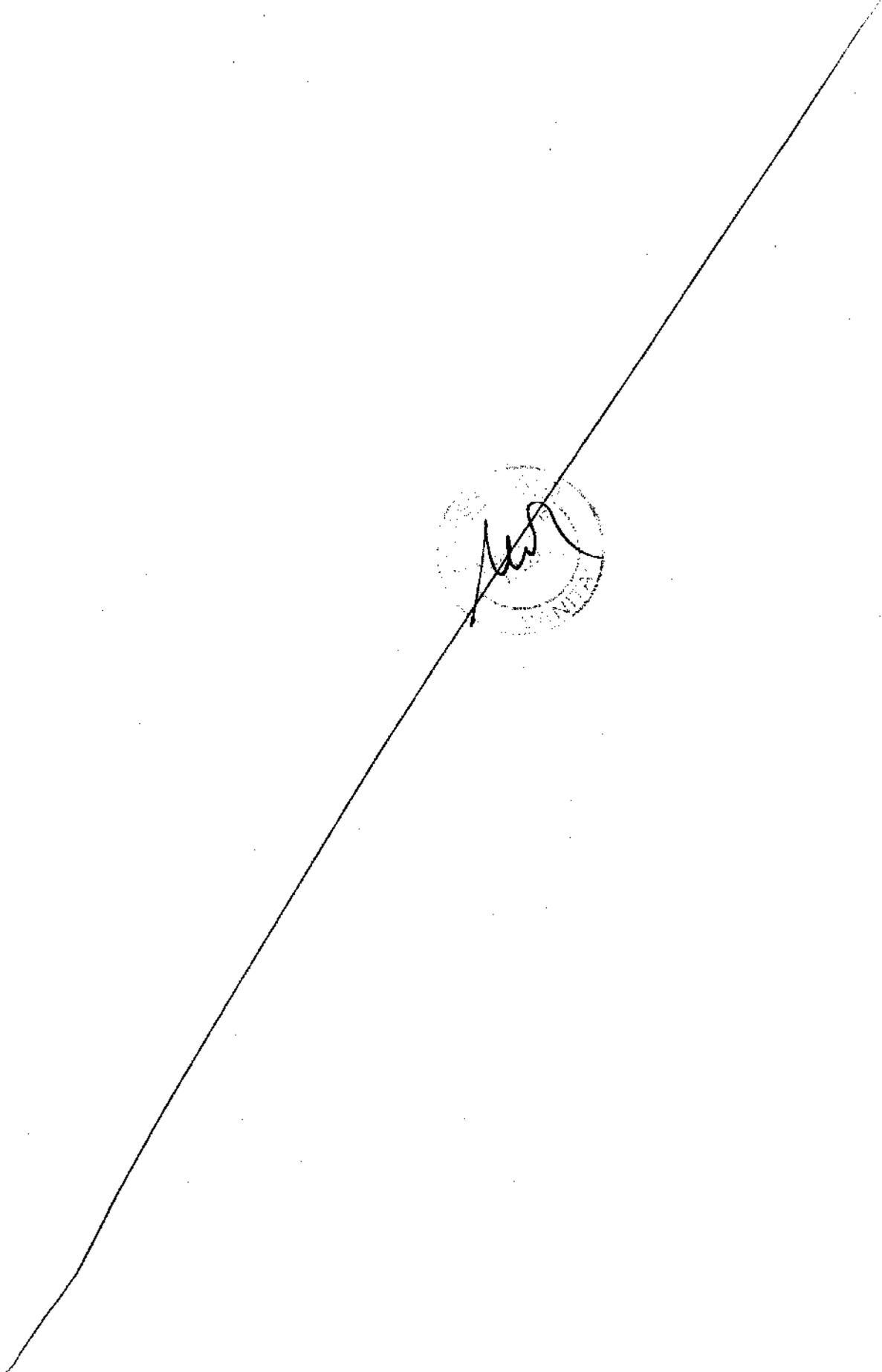
Con riferimento alla Tabella 2, va indicata la quota parte delle spese di competenza del periodo di riferimento derivanti dal rinnovo dei Contratti collettivi nazionali del lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004, comprensivi dei contributi a carico dell'azienda e IRAP.

Tabella A

Denominazione regione								
Denominazione azienda/ente								
Periodo di rilevazione								
	Totale presenti al 31/12/2004. (1)	Spese per competenze fisse (2)	Spese per competenze accessorie (3)	Totale spese fisse + accessorie (4) = (2) + (3)	IRAP (5)	Spese per contributi a carico dell'azienda (6)	Altre voci di spesa (7)	Totale (8) = (4) + (5) + (6) + (7)
<i>(valori in migliaia di euro)</i>								
Personale dipendente a tempo indeterminato								
- Medici								
- Dirigenti non medici								
- Personale non dirigente								
- Personale contrattista								
Personale a tempo determinato								
Restante personale								
Totale								

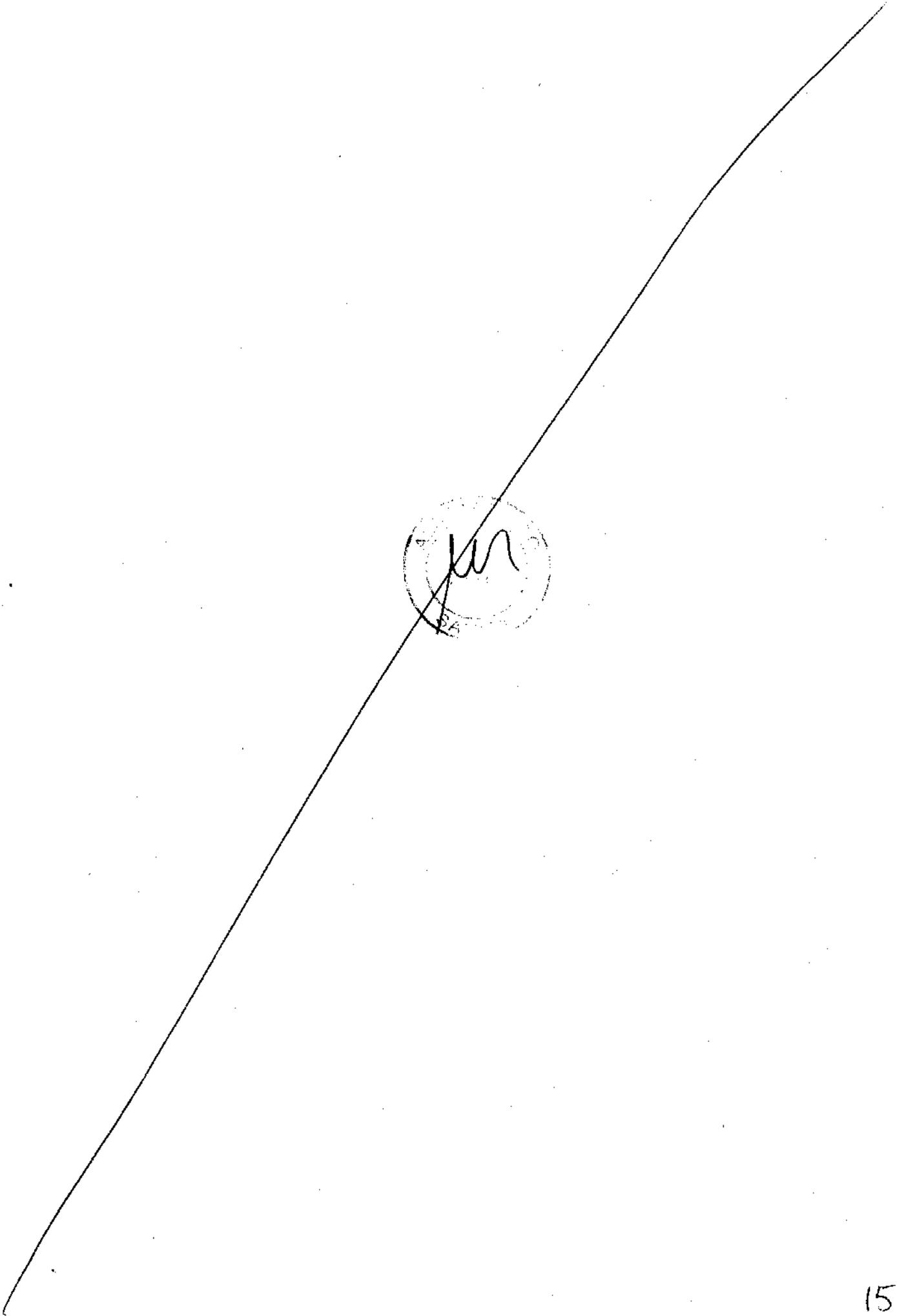
Tabella B

Denominazione regione	Denominazione azienda/ente	Periodo di rilevazione	Totale presenti al ... (1)	Spese per competenze fisse (2)	Spese per competenze accessorie (3)	Totale spese fisse + accessorie (4) = (2) + (3)	IRAP (5)	Spese per carico dell'azienda (6)	Altre voci di spesa (7)	Totale (8) = (4) + (5) + (6) + (7)	di cui, derivate da rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004 (9)	Totale al netto dei rinnovi (10) = (8) - (9)
			(valori in migliaia di euro)									
			Personale dipendente a tempo indeterminato									
			- Medici									
			- Dirigenti non medici									
			- Personale non dirigente									
			- Personale contrattista									
			Personale a tempo determinato									
			Restante personale									
			Totale									



C
EFFETTI ECONOMICI

ml



Quadro previsionale del risultato di gestione del Servizio Sanitario Regionale anni 2007-2009

(importi in milioni di euro)

	2007	2008	2009
Annualità			
1 Fondo sanitario + obiettivi di piano + entrate vincolate	8.439.751	8.595.639	8.843.638
2 Integrazione FSR Iniziativa regionale	59.719	66.830	66.830
3 Integrazione FSN straordinaria "Fondino"	390.637	390.638	390.639
4 Maggior fabbisogno 2006			
5 Altre entrate proprie (al netto del ticket)	105.555	105.555	105.555
6 Stima effetto ticket	174.705	174.705	174.705
7 1+2+3+4+5+6	9.170.367	9.333.367	9.581.367

8 Costi di produzione tendenziali	10.469.970	10.853.281	11.186.134
9 Saldo voci economiche	99.674	99.152	99.624
10 Saldo intransigenza	9.120	12.558	16.337
11 Manovra costi	788.000	091.000	1.302.000
12 Risultato di gestione prima del saldo "costi capitalizzati - ammortamenti"	620.397	550.622	418.728
13 Saldo "costi capitalizzati - ammortamenti"	41.446	41.446	41.446
14 Risultato di gestione comprensivo del saldo "costi capitalizzati - ammortamenti"	661.843	592.068	460.174

15 Manovra fiscale	737.000	737.000	737.000
16 Risultato di gestione dopo la manovra fiscale prima del saldo "costi capitalizzati - ammortamenti"	116.603	186.378	318.272
17 Risultato di gestione dopo la manovra fiscale comprensivo del saldo "costi capitalizzati - ammortamenti"	76.167	144.932	276.826

* la voce A0020 è suddivisa tra le righe 1, 3 e 4

salvo mobilità	7.856	7.844	7.832
Risultato di gestione comprensivo del saldo "costi capitalizzati - ammortamenti"	551.843	592.068	460.174
	653.987	694.224	462.342

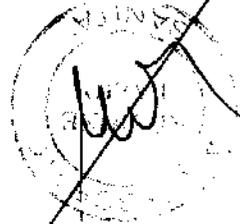
Manovra costi	788.000	1.091.000	1.302.000
quadretura con la sintesi serie storica	1.441.987	1.675.224	1.764.342

SINTESI CONTO ECONOMICO 2007-2009 (con dettaglio acquisto servizi sanitari)

DESCRIZIONE	2007	
	TENDENZIALE	PROGRAMMATICO
CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO	8.894.000,238	8.894.000,238
PROVENTI E RICAVI DIVERSI	20.165,527	20.165,527
CONCORSI, RECUPERI, RIMBORSI PER ATTIVITA' TIPICHE	35.345,799	35.345,799
COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONI SANITARIE	174.705,202	174.705,202
COSTI CAPITALIZZATI	101.882,747	101.882,747
RICAVI E PROVENTI PER SERVIZI SOCIO-SANITARI	150.900,487	150.900,487
TOTALE RICAVI	9.377.000,000	9.377.000,000
ACQUISTO DI BENI SANITARI	971.512,194	887.512,184
ACQUISTO DI BENI NON SANITARI	39.122,828	35.848,940
ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI	5.206.494,792	4.731.487,335
ACQUISTO DI SERVIZI NON SANITARI	825.140,970	788.290,421
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI	128.452,707	124.296,717
MODIFICHE A BENI DI TERZI	82.558,131	83.456,821
COSTI PERSONALE	2.955.843,927	2.786.976,289
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	104.848,893	101.230,831
AMMORTAMENTI	143.328,910	143.328,910
SVALUTAZIONI	-	-
VARIAZIONI DELLE RIMANENZE	-	-
ACCANTONAMENTI TIPICI DELL'ESERCIZIO	109.674,320	109.674,320
SALDO PROVENTI E ONERI FINANZIARI	35.000,000	35.000,000
RETTIFICHE DI VALORE ALLE ATTIVITA' FINANZIARIE	-	-
SALDO PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	10.000,000	10.000,000
IMPOSTE DELL'ESERCIZIO	21.896,317	199.571,402
TOTALE COSTI	10.604.673,980	10.016.673,980
RISULTATO DELL'ESERCIZIO	- 1.427.673,979	- 639.673,979

DETTAGLI VOCE "ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI" (in migliaia di euro)	
per medicina di base	523.181
costo farmaceutica	1.561.600
assistenza specialistica ambulatoriale da privato	470.983
assistenza ospedaliera	270.490
protesica ed integrativa	188.916
assistenza ospedaliera da privato	1.496.262
altra assistenza da privato (RSA, Hospice centri socioassistenziali)	349.387
Altri servizi sanitari	345.675
Totale	5.206.494

Area di intervento	Obiettivi specifici	Obiettivi operativi / Interventi	Impatto sulla spesa				
			2007	2008	2009		
1.1 1.2 1.4	Introduzione dei fabbricati, ridefinizione e semplificazione dell'offerta	11.1	Individuazione del sito idoneo.				
		11.2	Definizione e deroga dei requisiti autorizzativi.				
		11.3	Modulo e termini per l'adempimento ai requisiti autorizzativi.				
		11.4	Una dotazione di posti per l'accredimento.				
		11.5	Partecipazione e del tutto possibile con le università.				
		11.6	Coordinamento attività di formazione.				
	1.2	Riduzione del numero di posti letto agli standard nazionali.	12.5	Riduzione chiusura di reparti per cura e di piccole dimensioni.			
			12.6	Adozione di procedure di reparto per la gestione della cura.			
			12.7	Adempimento di reparti con basso volume di attività.	41	86	105
			12.8	Trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni erogate in regime Ospedale e di DII.			
			12.9	Organizzazione delle reti ospedaliere e separazione del percorso farmacia ospedaliera e farmacia.			
			12.1	Organizzazione delle prestazioni di alta specialità secondo le modalità definite dal Ministero e strutture ospedaliere.			
	1.4	Riassetto organizzativo dell'attività assistenziale con effetti sul governo della dinamica dei costi.	13.1	Definizione di accordo triennale di erogazione di prestazioni da parte di soggetti erogatori.	259	302,8	427,9
			13.2	Integrazione del week hospital.			
			13.3	Integrazione dell'Ossana con il Direttorio.			
13.4			Incremento ed estensione dei centri centralizzati ed ospedali specializzati ospedali.				
13.5			Predisposizione di specifiche linee guida con contenuti di interesse a livello di attività di alta specialità post-acute e post-acute.				
13.6			Adempimento di legge al Decreto Ministeriale 12.09.2004.				
2.1 2.2	Potenziamento delle attività diagnostiche	21.1	Elaborazione linee guida per la formazione degli operatori della diagnostica per immagini.				
		21.2	Promozione di forme associative di medici di medicina generale, medici di libera scelta e sub-specialisti ambulatoriali.				
		21.3	Integrazione dei processi di accreditazione.				
		21.4	Promozione di iniziative tese a integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie.				
		21.5	Integrazione e qualificazione dell'assistenza ambulatoriale.				
		21.6	Disciplina del contratto ed appropriatezza della apparecchiatura e prestazioni di imaging.				
	2.2	Riorganizzazione delle attività terapeutiche	22.1	Linee guida sulla distribuzione delle prestazioni.			
			22.2	Disciplina del contratto ed appropriatezza della apparecchiatura e prestazioni di imaging.			
			22.3	Linee guida sulla distribuzione delle prestazioni.			
			22.4	Promozione di iniziative tese a integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie.			
			22.5	Integrazione e qualificazione dell'assistenza ambulatoriale.			
			22.6	Disciplina del contratto ed appropriatezza della apparecchiatura e prestazioni di imaging.			
			22.7	Promozione di iniziative tese a integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie.			
			22.8	Integrazione e qualificazione dell'assistenza ambulatoriale.			
			22.9	Disciplina del contratto ed appropriatezza della apparecchiatura e prestazioni di imaging.			
2.3	Politica del farmaco	23.1	Distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL.	20	20	20	
		23.2	Integrazione del contratto, stipulato nel maggio 2006 per la distribuzione in parte diretta ed in parte indiretta per conto delle ASL.	50	50	50	
		23.3	Altre misure per la distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL.	8,6	8,6	8,6	
		23.4	Integrazione delle linee guida per la distribuzione.	24	24	24	
		23.5	Integrazione del contratto ed appropriatezza della apparecchiatura e prestazioni di imaging.	8,8	16,2	16,2	
		23.6	Verifica sistematica del rispetto degli indicatori di appropriatezza.	10	10	10	
		23.7	Integrazione del contratto ed appropriatezza della apparecchiatura e prestazioni di imaging.	47,8	47,8	47,8	
		23.8	Misure per il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.	31	31	31	
		23.9	Quantificazione degli effetti finanziari della misura del contenimento del costo del farmaco.	28	70	87,6	
3.1 3.2	Contenimento dei costi diretti di produzione.	31.1	Quantificazione personale del SSN e relativi costi.				
		31.2	Integrazione del contratto ed appropriatezza della apparecchiatura e prestazioni di imaging.	7	18	24	
		31.3	Analisi di costi delle strutture sanitarie pubbliche. Un'analisi di dettaglio delle risorse e dei costi diretti di produzione e delle risorse della produzione.				
		31.4	Integrazione del contratto ed appropriatezza della apparecchiatura e prestazioni di imaging.				
3.2 3.3	Controllo sull'andamento complessivo dei costi e riorganizzazione del debito.	32.1	Realizzazione del sistema di monitoraggio e controllo della spesa sanitaria regionale.				
		32.2	Integrazione del contratto ed appropriatezza della apparecchiatura e prestazioni di imaging.				
		32.3	Implementazione del principio della trasparenza per il processo di formazione, approvazione e controllo dei costi diretti di produzione. Sanzioni.				
		32.4	Misure di regolamentazione del pagamento e di controllo del credito a breve.				
4.1 4.2 4.3 4.4	Misure di contenimento della spesa.	4.1	Misura nazionale AIFA - del 13%.	47	47	47	
		4.2	Misura nazionale AIFA - del 7%.	33	33	33	
		4.3	Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso.				
		4.4	Meno spese da conto di laboratorio privati, farmaci off label, dispositivi medici.				
		4.5	Misure di regolamentazione del pagamento e di controllo del credito a breve.	122,8	174	237,6	
4.5	Riduzione dei costi del personale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale.	45.1	Decreto delle assunzioni in piano 2007.	46,2	52,1	58,1	
		45.2	Misure di regolamentazione del pagamento e di controllo del credito a breve.	12,3	16,9	28,4	
		45.3	Misure di regolamentazione del pagamento e di controllo del credito a breve.				



D
SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA

WR



152

La prima importante misura di risanamento del *deficit* del Sistema Sanitario Regionale è stata varata dalla Giunta con la Finanziaria Regionale, L.R. n. 4, pubblicata sul BURL del 29/4/2006, che con l'art. 129, ha inteso fissare l'obiettivo del perseguimento dell'equilibrio economico delle aziende del S.S.R. nel triennio 2006-2008 attraverso il contenimento dei costi di produzione diretti e per l'acquisto di prestazioni sanitarie da pubblico e da privato nel triennio, del 12%, di cui almeno il 3% da conseguire nell'esercizio 2006.

Per quantificare l'obiettivo di risparmio sulla previsione del 2006, sono stati considerati i costi di produzione dell'anno 2004 così come emergono dal consolidato regionale 2004 inserito nel NSIS del Ministero dell'Economia. Su tali costi, pari a 8.870 milioni di euro, occorre preliminarmente operare una rettifica per correggere l'effetto distorsivo derivante dal CCNL della dirigenza del S.S.N, parte economica primo biennio, intervenuto solo nel mese di novembre 2005, ma con effetti economici sugli esercizi 2003 e 2004. L'effetto sul costo del personale contabilizzato nel consolidato 2004, non rispecchia il reale livello dei costi di tale componente. Inoltre la stessa finanziaria nazionale 2006, L. 266/2005, al comma 198, ha posto al SSN per l'anno corrente, un obiettivo di risparmio per il costo del personale, pari all'1% rispetto al costo 2004, adeguato col contratto nazionale. Pertanto, è stato ritenuto ragionevole escludere la componente del costo del personale, in quanto ha già un suo specifico obiettivo di contenimento, da valutare separatamente.

Pertanto, ai fini del calcolo del 3% su i costi contabilizzati nel 2004, così come depurati dalla componente relativa al personale per i motivi summenzionati, si arriva ad un importo relativo ai costi contabilizzati nel 2004 pari a 6.520 milioni di euro, per un risparmio calcolato pari a 195 milioni di euro, che dovrà essere realizzato nell'anno 2006, rispetto ai costi di produzione 2005.

La norma contenuta nell'art. 129, per il 2006, ha fissato per i Direttori Generali obiettivi economici che garantiscano:

- l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza.
- il perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario della propria Azienda o struttura sanitaria pubblica attraverso il governo della spesa sanitaria e la riduzione dei maggiori costi che derivano da inefficienze, sprechi, inappropriata organizzazione ed erogativa.

Le proposte di *budget* 2006, evidenziano una riduzione media almeno del 3% del totale dei costi della produzione 2005. Le Aziende Sanitarie Locali dovranno escludere dal totale costi il valore dei consumi di prestazioni sanitarie da parte dei propri residenti presso strutture esterne all'azienda (acquisto servizi sanitari)²⁷. Il risparmio da conseguire a totale dovrà comunque rappresentare almeno il 3% del totale dei costi di produzione. L'obiettivo della riduzione dei costi di gestione consentirà di ottenere un miglioramento del livello dei costi assistenziali rispetto al parametro della quota capitaria per le ASL ovvero della remunerazione per le Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari IRCCS pubblici. A tal fine saranno utilizzati i degli indicatori di efficienza gestionale tra cui: costi diretti su ricavi, costi medi per assistito.

I budget 2006 concordati con la Regione nel rispetto della riduzione complessiva del 3% previsto dalla suddetta norma regionale²⁸, evidenziano un miglioramento del livello di efficienza e di produttività nei presidi ospedalieri di ASL, nelle Aziende Ospedaliere, nei Policlinici Universitari e negli IRCCS pubblici.

Alla legge di bilancio per il 2007 sono stati allegati i budget per lo stesso anno delle aziende sanitarie. Si tratta di un notevole miglioramento, per il metodo e per il merito. Sotto il primo profilo, per la prima volta, il sistema regione nel suo complesso (bilancio e sistema sanitario) ha un dettagliato sentiero di spesa per l'anno successivo definito alla fine di quello precedente. Nella sostanza i budget delle aziende sanitarie scontano la riduzione di costi di produzione per 788 milioni prevista dal presente piano.

²⁷ Nella modulistica obbligatoria per il Budget 2006 è stata inserita una apposita scheda (All.4) finalizzata alla esplicitazione della tipologia di interventi che la Direzione Aziendale intende porre in essere per ottenere la riduzione dei costi

²⁸ Approvati con DGR del 3 agosto 2006.

Lo scenario tendenziale e programmatico regionale

Il profilo tendenziale

Il tendenziale è stato costruito applicando ai dati del 2006 (entrata e spesa) alcuni deflatori (per tenere conto della crescita spontanea), nonché, per le componenti della spesa più dinamiche, del tasso medio annuo di crescita del triennio 2003 – 2005.

Per le entrate il profilo tendenziale è riportato nella tabella 24²⁹.

Tabella 24 Profilo tendenziale delle entrate regionali (milioni di euro)

	2005	2006	2007*	2008	2009
1 Entrate correnti	10.369	10.721	11.064	11.441	11.795
2 Entrate tributarie (Titolo I)	8.813	9.121	9.413	9.733	10.035
3 <i>di cui IRAP**</i>	<i>4.068</i>	<i>4.210</i>	<i>4.345</i>	<i>4.493</i>	<i>4.632</i>
4 <i>di cui compartecipazione IVA (dal 2001)***</i>	<i>3.332</i>	<i>3.448</i>	<i>3.559</i>	<i>3.680</i>	<i>3.794</i>
5 <i>di cui addizionale IRPEF</i>	<i>569</i>	<i>590</i>	<i>608</i>	<i>629</i>	<i>649</i>
6 <i>di cui tassa automobilistica</i>	<i>482</i>	<i>499</i>	<i>515</i>	<i>532</i>	<i>549</i>
7 <i>di cui eccisa benzina</i>	<i>263</i>	<i>272</i>	<i>281</i>	<i>290</i>	<i>299</i>
8 <i>di cui addizionale imposta gas melano</i>	<i>61</i>	<i>63</i>	<i>65</i>	<i>67</i>	<i>69</i>
9 <i>di cui deposito rifiuti solidi</i>	<i>36</i>	<i>37</i>	<i>38</i>	<i>39</i>	<i>41</i>
10 <i>di cui concessioni regionali</i>	<i>3</i>	<i>3</i>	<i>3</i>	<i>3</i>	<i>3</i>
12 Trasferimenti correnti stato/UE (Titolo II)	1.066	1.103	1.139	1.177	1.214
17 Entrate extratributarie (Titolo III)	480	497	513	530	547
13 Entrate derivanti da mutui, prestiti ed altre operazioni creditizie (Titolo V) parte corrente					
14 Entrate in conto capitale (Titolo IV)	677	701	723	748	771
15 Entrate derivanti da mutui, prestiti ed altre operazioni creditizie (Titolo V) - parte capitale	100	104	107	110	114
16 ENTRATE FINALI (1+14+15)	11.136	11.526	11.894	12.299	12.680

* La differenza tra le previsioni iniziali 2007 e i dati della colonna, che stimano gli accertamenti, derivano da differenti criteri di costruzione degli aggregati

** Nella colonna relativa al 2005 sono riportati gli accertamenti del rendiconto, corretti per 290 milioni di minori accertamenti; la colonna del 2006, che riporta dati di preconsuntivo, non include il minore accertamento che emergerà dal rendiconto 2006

*** Nella colonna relativa al 2005 sono riportati gli accertamenti del rendiconto, corretti per 60 milioni di minori accertamenti; la colonna del 2006, che riporta dati di preconsuntivo, non include il minore accertamento che emergerà dal rendiconto 2006

Il profilo spontaneo della spesa deve tenere conto dell'andamento che le varie componenti hanno registrato negli ultimi anni, in particolare per la spesa corrente, che è molto difficile ridurre senza vincoli molto stringenti.

²⁹ Le colonne relative al 2006 e al triennio della previsione 2007 - 2009 sono state costruite applicando al 2005 il tasso di crescita nominale del PIL (3,5; 3,2; 3,4; 3,1), indicato nel DPEF nazionale 2007 - 2009 (pag. 29).

Per le spese il profilo tendenziale è riportato nella tabella 25³⁰.

Tabella 25 Profilo tendenziale della spesa regionale (milioni di euro)

	2005	2006	2007	2008	2009
1 Spese correnti	10.238	10.709	11.082	11.468	11.869
2 Spese di personale	212	191	193	195	198
3 Spese per beni e servizi	310	273	277	281	286
4 Trasferimenti correnti	9.549	10.062	10.427	10.805	11.196
5 <i>di cui sanità</i>	8.382	8.673	8.977	9.291	9.616
6 <i>di cui servizi sociali</i>	239	246	257	268	280
7 <i>di cui trasporti</i>	595	805	840	877	915
8 <i>di cui economia (imprese)</i>	147	169	176	184	192
9 <i>di cui istruzione e cultura</i>	136	120	125	130	136
10 <i>di cui altri</i>	50	49	51	54	56
11 Interessi (compresi oneri stato)	132	134	134	135	135
12 Altre spese correnti	35	49	51	52	54
13 Spese in conto capitale*	1.706	1.738	1.793	1.854	1.912
14 <i>di cui beni ed opere immobiliari</i>	141	136	140	145	150
15 <i>di cui trasferimenti</i>	1.277	1.403	1.448	1.498	1.544
16 <i>di cui altre spese in conto capitale</i>	288	198	205	212	218
17 SPESE FINALI	11.944	12.447	12.875	13.322	13.780

*Al netto di 529 mln ex Art. 70

Dal confronto tra l'andamento spontaneo delle entrate e delle spese emerge il saldo tendenziale che, come mostra la tabella 26, presenta un andamento divergente: il saldo complessivo (riga 3) presenta un andamento progressivamente negativo fino agli 1,1 miliardi del 2009. Il saldo corrente (riga 6) mostra il passaggio da un avanzo di 120 milioni nel 2005 ad un disavanzo di 74 milioni nel 2009.

Tabella 26 Saldi tendenziali (milioni di euro)

	2005	2006	2007	2008	2009
1 Entrate finali	11.136	11.526	11.894	12.299	12.680
2 Spese finali	11.944	12.447	12.875	13.322	13.780
3 Saldo complessivo	-808	-921	-981	-1.023	-1.100
4 Entrate correnti	10.359	10.721	11.064	11.441	11.795
5 Spese correnti	10.238	10.709	11.082	11.468	11.869
6 Saldo corrente	121	12	-18	-27	-74

Il profilo programmatico

Il profilo programmatico è stato costruito applicando ai dati del bilancio regionale, i vincoli esterni sulle diverse tipologie della spesa e le decisioni assunte con la legge finanziaria regionale per il 2006³¹.

³⁰ Il profilo tendenziale 2007 - 2009 è stato costruito, per la spesa corrente, applicando al preconsuntivo 2006 il tasso medio di crescita del triennio 2003 - 2005. Per la spesa in conto capitale applicando, sempre al preconsuntivo 2006 il tasso di crescita nominale del PIL (previsioni LPEF).

³¹ L'incremento della spesa in conto capitale, ripartita proporzionalmente tra le varie voci considerate, è, considerando un coefficiente di realizzazione del 50 per cento, di 147 milioni nel 2007, 132 milioni nel 2008 e 66 milioni nel 2009. È stata inoltre considerata la riduzione della spesa corrente per, disposta con la manovra di bilancio per il 2007.

Tabella 27 Profilo programmatico della spesa regionale (milioni di euro)

	2005	2006	2007	2008	2009
1 Spese correnti	10.238	10.709	10.972	11.265	11.534
2 Spese di personale	212	191	196	204	210
3 Spese per beni e servizi	310	273	262	251	239
4 Trasferimenti correnti	9.549	10.062	10.324	10.615	10.884
5 <i>di cui sanità</i>	8.382	8.673	8.951	9.255	9.542
6 <i>di cui servizi sociali</i>	239	246	254	263	271
7 <i>di cui trasporti</i>	595	805	830	859	885
8 <i>di cui economia (imprese)</i>	147	169	149	129	108
9 <i>di cui istruzione e cultura</i>	136	120	88	56	23
10 <i>di cui altri</i>	50	49	51	53	54
11 Interessi (compresi oneri stato)	132	134	138	142	147
12 Altre spese correnti	35	49	51	53	54
13 Spese in conto capitale*	1.706	1.738	1.940	2.138	2.270
14 <i>di cui beni ed opere immobiliari</i>	141	136	150	164	173
15 <i>di cui trasferimenti</i>	1.277	1.403	1.568	1.728	1.835
16 <i>di cui altre spese in conto capitale</i>	288	198	223	246	262
17 SPESE FINALI	11.944	12.447	12.912	13.403	13.804

*Al netto di 529 mln ex Art. 70

La previsione riportata nella tabella 27 per il triennio 2007 - 2009 è stata calcolata applicando al preconsuntivo 2006 il tasso di crescita previsto nel DPEF nazionale per ciascun anno del triennio e correggendo il profilo risultante con la riduzione della spesa corrente per consumi intermedi e trasferimenti correnti e l'incremento della spesa in conto capitale disposte dalla legge finanziaria regionale.

Con riferimento alle entrate, in base alla legislazione vigente, i margini di azione della regione, che si concentrano principalmente su due tributi: l'Irpef e l'Irap, sono stati pienamente attivati per il riequilibrio del sistema sanitario. Restano l'addizionale sul bollo auto, e l'addizionale sulla benzina che darebbero un gettito molto contenuto (complessivamente intorno ai 100 milioni).

Per il 2006 l'impossibilità di reperire una adeguata copertura all'enorme disavanzo sanitario del 2005, ereditato dalla precedente amministrazione, ha determinato la applicazione automatica degli incrementi delle aliquote, il cui gettito è stimato in 737 milioni (in base al nuovo patto sulla sanità la somma deve essere destinata a parziale riduzione dello stock accumulato). Per il periodo 2007 - 2010 tale livello di imposizione dovrà essere mantenuto per accedere al fondo di accompagnamento previsto dalla legge finanziaria nazionale per il 2007, necessario, unitamente alla riduzione dei costi di produzione prevista dal presente piano, per conseguire, a partire dal 2007, l'equilibrio del sistema sanitario³². Il nuovo patto sulla sanità prevede che per accedere al fondo transitorio di accompagnamento statale, previsto per il triennio 2007 - 2009, debba essere mantenuta la maggiorazione delle addizionali IRPEF e IRAP al massimo livello. Il patto prevede anche che, in caso di parziale conseguimento del piano, la maggiorazione delle aliquote sarà portata oltre il limite massimo per riequilibrare il sistema (simmetricamente prevede una riduzione in caso di conseguimento di obiettivi migliori).

Successivamente, conseguito l'equilibrio, le aliquote potranno essere rimodulate ispirandosi a criteri di progressività, nonché, conseguito il risanamento del sistema sanitario regionale, si potrà procedere alla riduzione delle imposte.

Sulla base di queste ipotesi è stato costruito il profilo programmatico delle entrate, riportato nella tabella 28.

³² La regione ha già disposto, fino al 2009, rispettivamente con provvedimento amministrativo per l'incremento dell'addizionale IRPEF (DGR n.748 del 2006) e con provvedimento legislativo per l'adeguamento dell'aliquota IRAP (art.8 LR 27 del 2006. Resta da assumere la decisione per il 2010 (che ha effetti sull'anno precedente), che dovrà essere presa, in correlazione con la realizzazione degli obiettivi del piano di rientro, entro il 15 novembre 2009

Tabella 28 - Profilo programmatico delle entrate regionali regionali (milioni di euro)

	2005	2006	2007	2008	2009
1 Entrate correnti	10.359	10.721	11.610	11.991	12.367
2 Entrate tributarie (Titolo I)	8.813	9.171	9.958	10.284	10.607
3 di cui IRAP	4.068	4.210	4.610	4.758	4.910
4 di cui compartecipazione IVA (dal 2001)	3.332	3.448	3.559	3.680	3.794
5 di cui addizionale IRPEF	569	590	888	916	944
6 di cui tassa automobilistica	482	499	515	531	547
7 di cui accisa benzina	263	272	281	290	299
8 di cui addizionale imposta gas metano	61	63	65	67	69
9 di cui deposito rifiuti solidi	36	37	38	39	41
10 di cui concessioni regionali	3	3	3	3	3
12 Trasferimenti correnti stato/Ur (Titolo II)	1.066	1.103	1.139	1.177	1.214
11 Entrate extratributarie (Titolo III)	480	497	513	530	547
Entrate derivanti da mutui, prestiti ed altre operazioni creditizie (Titolo V) - parte corrente	0	0	0	0	0
14 Entrate in conto capitale (Titolo IV)	677	701	723	748	771
Entrate derivanti da mutui, prestiti ed altre operazioni creditizie (Titolo V) - parte capitale	100	104	107	110	114
TOTALE ENTRATE REGIONALI (1+12+11)	10.359	11.526	12.440	12.842	13.352

Saldi differenziali, avanzo corrente e copertura del disavanzo sanitario

Dal confronto tra i profili programmatici, riportato nella tabella 29, emerge la formazione di un avanzo corrente nel triennio 2007 - 2009, che raggiunge, a fine periodo, 834 milioni. Tale avanzo corrente, potrà concorrere al ripiano dei disavanzi sanitari³³.

Tabella 29 - Saldi programmatici (milioni di euro)

	2005	2006	2007	2008	2009
1 Entrate finali					
2 Spese finali					
3 Saldo complessivo	-808	-921	-472	-553	-552
4 Entrate correnti	10.359	10.721	11.610	11.991	12.367
5 Spese correnti	10.238	10.709	10.972	11.265	11.534
6 Saldo corrente	120	12	638	726	834

Con la tabella 30 è possibile mettere in relazione il saldo corrente programmatico con l'evoluzione del disavanzo sanitario, secondo quanto previsto dal piano.

³³ Con la legge di assestamento per il 2006, approvata il 4 agosto, è stato stabilito che "La Regione, al fine di conseguire l'azzeramento del disavanzo sanitario sulla base del piano sanitario riportato nel Documento di Programmazione Economico-finanziaria per il 2007-2009, approvato dalla giunta regionale del 28 giugno 2006, in attuazione dell'articolo 129 della legge regionale n. 4 del 28 aprile 2006 (legge finanziaria regionale per il 2006), di contribuire allo smaltimento del debito sanitario accumulato e che si produrrà fino al conseguimento del pareggio nonché al finanziamento dello sviluppo regionale, attiva un complesso di azioni basate

a) sul contenimento della spesa, con particolare riferimento a quella corrente, intervenendo su sprechi e inefficienze;
b) sulla valorizzazione, previa ricognizione, del patrimonio regionale, da realizzare con l'incremento delle entrate derivanti dalla rivalutazione dei canoni e il contrasto della evasione, nonché attraverso un piano di dismissioni di immobili non utilizzati per l'assolvimento di inderogabili pubbliche finalità;

c) sull'attivazione della leva fiscale

Per il 2006, le maggiori entrate derivanti dall'applicazione del comma 174, quinto periodo, della legge 311 del 2004 (legge finanziaria nazionale) che dispone la maggiorazione automatica delle addizionali regionali IRAP e IRPEF al massimo livello, in conseguenza della non adeguata copertura, entro il 31 maggio 2006, del disavanzo sanitario del 2005, sono destinate alla copertura dello stesso. La disposizione di cui al precedente periodo è subordinata all'esito del confronto nella Conferenza Stato-Regioni.

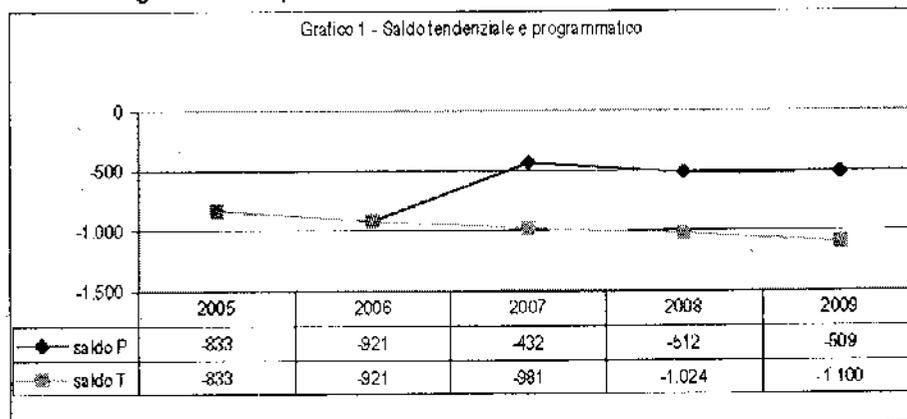
Per gli anni 2007 e 2008 e 2009 l'autonomia fiscale regionale sarà modulata, applicando criteri di progressività, di salvaguardia dei settori produttivi più deboli, nonché attraverso l'attivazione di tributi di scopo, nulla boae delle finalizzazioni di cui al comma 1.

Tabella 30

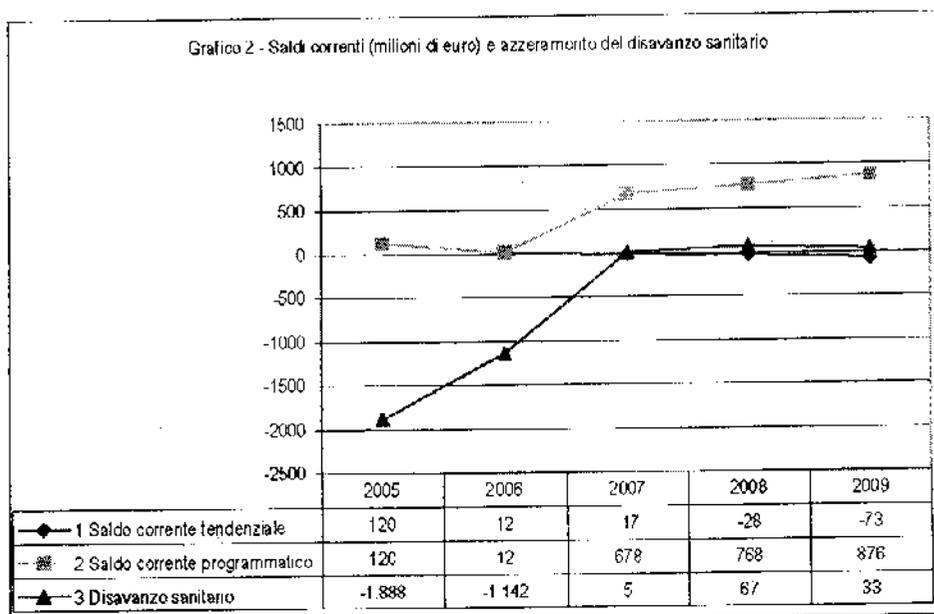
	Sanità	2006	2007	2008	2009
A	Stima ricavi	9.735	10.015	10.205	10.245
B	Costi - andamento tendenziale (piano di rientro sanità)	10.473	10.798	11.230	11.679
C1	Manovra costi sanità (legge finanziaria regionale 2006)	195	488	792	1.167
C2	Ulteriore manovra costi sanità		300	300	300
D	Totale manovra sanità (D = C1 + C2)	195	788	1.092	1.467
E	Costi - andamento programmatico (E = B - E)	10.278	10.010	10.138	10.212
F	Disavanzo sanità (F = A - E)	-543	5	67	33

La tabella mostra (riga A) un profilo dei ricavi desumibile dall'applicazione alle disposizioni della legge finanziaria nazionale per il 2007, di un' ipotesi di ripartizione delle risorse tra le regioni ed incorpora l'incremento delle addizionali regionali ed il contributo straordinario dello Stato. Per quanto concerne i costi invece (riga B), l'andamento tendenziale 2007 - 2009 è stato costruito in accordo con il governo nazionale, come base per il piano di rientro. Come mostra la riga B, il disavanzo tendenziale, crescerebbe, a partire dal 2007, ad un ritmo molto sostenuto e crescente. La riga C1 indica gli effetti della manovra di contenimento dei costi, prevista dalla legge finanziaria regionale per il 2006. La riga C2 Gli effetti della manovra aggiuntiva, decisa dalla Giunta regionale dopo la scoperta dell'ulteriore debito negli stati patrimoniali del 2005. Il totale della manovra di riduzione dei costi (riga D) abbatte l'andamento tendenziale, delineando un profilo programmatico praticamente piatto (riga E). Il disavanzo risultante (riga F) permane nel 2006 e si azzerava dall'anno successivo.

Il grafico 1 mostra la divergenza tra l'andamento spontaneo delle entrate e delle spese e quello derivante dagli interventi ipotizzati.



Il grafico 2 mostra invece i saldi di parte corrente: il tendenziale, che è in sostanziale pareggio; il programmatico, che sviluppa un avanzo; e il disavanzo sanitario, secondo il profilo rappresentato nella riga 16 della tabella 16.



Aspetti finanziari ed organizzativi

L'equilibrio finanziario della sanità regionale del Lazio è fortemente condizionato dal debito accumulato nel passato. Le cause di formazione di questa imponente massa debitoria sono molteplici: disordine contabile ed amministrativo delle aziende; insufficienza nella struttura di coordinamento regionale; forte dilatazione tra la gestione della competenza e della cassa; assenza di controlli ad ogni livello. Tutto ciò ha prodotto squilibri crescenti, inefficienze e crescita dei costi di produzione, sui quali si è innestato un vero e proprio sistema corruttivo, oggetto di indagine, da molti mesi, da parte della magistratura.

A partire dall'insediamento dei nuovi direttori, avvenuto nel secondo semestre 2005, è stata avviata un'importante "operazione trasparenza", che ha portato alla scoperta, in una prima fase, di differenze tra costi e ricavi molto superiori a quelle trasmesse al momento del passaggio delle consegne e, nell'ottobre 2006, di una situazione debitoria, registrata nello stato patrimoniale delle aziende sanitarie del 2005, molto più elevata della somma dei disavanzi consolidati e dei crediti vantati nei confronti dello Stato (i "famosi" 10,2 miliardi).

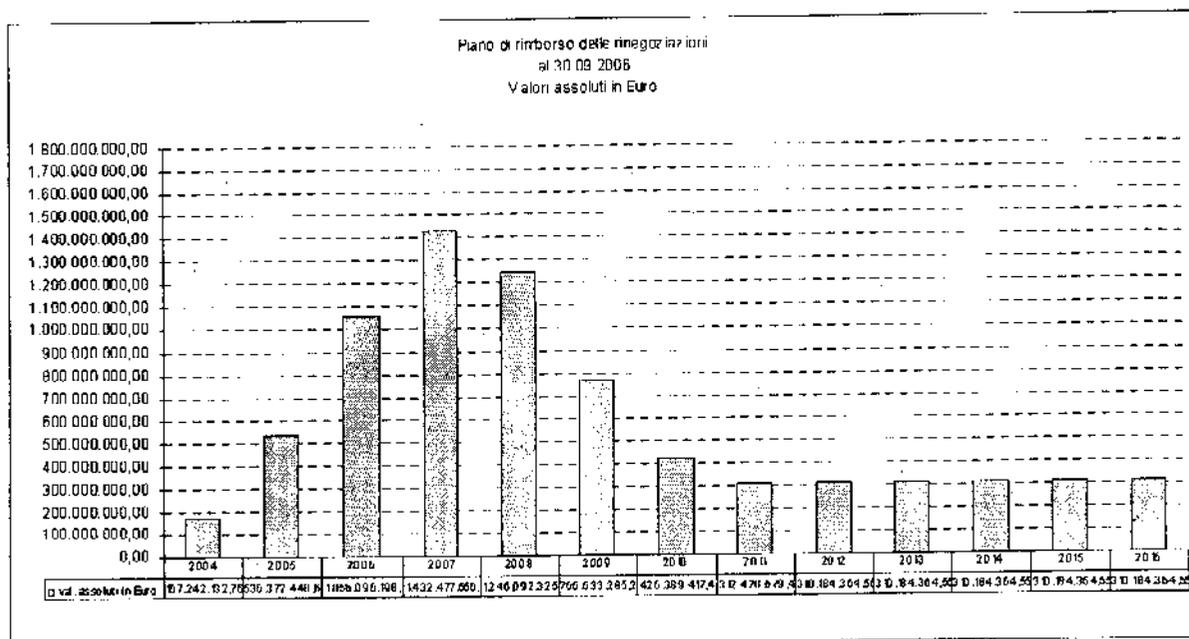
Sotto il profilo finanziario e contabile gli sforzi della nuova amministrazione sono stati caratterizzati, tra la fine del 2005 ed il 2006, dalla approvazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali relativi agli esercizi 2003, 2004 e 2005 (con l'eccezione della ASL Roma C che, soggetta ad ispezioni governative ed ad inchieste della magistratura, registra ancora una situazione contabile indeterminata a partire dal 2000). Sono stati predisposti inoltre, a metà anno, i budget relativi al 2006 e, nel mese di dicembre 2006, i budget relativi al 2007, organicamente inseriti nel bilancio regionale, attraverso uno specifico allegato, articolato per aziende sanitarie e principali voci di costo e di ricavo. Un lavoro notevole che, ai fini del monitoraggio dei costi, è stato integrato dall'attivazione di strumenti informatici per centralizzare ed uniformare i flussi finanziari (alcuni strumenti sono stati già realizzati, come il cruscotto, ed altri, che consentiranno la creazione di un flusso informativo in tempo reale direttamente dalle aziende, sono in corso di elaborazione e dovranno entrare in funzione entro il primo semestre del 2007).

Dal 2002 in poi, per fronteggiare le crescenti esigenze finanziarie, anziché avviare una riorganizzazione del sistema riducendo sprechi ed inefficienze, sono state attuate operazioni di finanza creativa (l'operazione San.im) e di dilazione di pagamenti dei fornitori di beni e servizi sanitari, che hanno drogato il sistema, rinviando il momento del risanamento e favorendo la formazione dell'enorme indebitamento. Tale situazione, che è stata chiaramente denunciata dal presidente Marrazzo nel recente consiglio regionale straordinario sulla sanità, ha prodotto uno scollamento abnorme tra la competenza e la cassa, ipotecando per quote insostenibili il fondo sanitario degli anni futuri. Il giudizio negativo su questo approccio è diffuso: la ragioneria generale dello Stato, le agenzie di rating (S&P ha declassato recentemente il Lazio a tripla B e acceso un *outlook* negativo che, se fosse sciolto negativamente, porterebbe la regione nella zona speculativa) e, da ultimo, l'*advisor* recentemente nominato per analizzare il debito sanitario consolidato. Senza incisive azioni correttive si rischierebbe di compromettere l'equilibrio finanziario che, a partire dal 2007, è assolutamente necessario, pena l'incremento automatico a copertura delle addizionali.

La situazione del debito al 31 dicembre 2005

Il debito cumulato fino al 31 dicembre 2005 verso fornitori e soggetti cessionari è stato valutato in linea capitale in circa 9.900 milioni di euro, nel corso delle riunioni tra i rappresentanti della regione e i vertici amministrativi delle aziende sanitarie ed ospedaliere, tenutesi il 25 ed il 30 ottobre scorsi, cui hanno partecipato anche rappresentanti del Ministero della salute e della Ragioneria generale dello Stato.

Una quota di tale debito, pari a 6.200 milioni in linea capitale, è stata oggetto di operazioni di ristrutturazione finanziaria per le quali è previsto il profilo di ammortamento rappresentato nel grafico successivo, per un importo complessivo pari a circa 7.500 milioni di euro.



Il restante debito netto (debito al netto dei crediti ritenuti sussistenti ed esigibili), non oggetto di operazioni di ristrutturazione, allo stato è valutato in linea capitale in 3.700 mln di euro.

Invero, tenuto conto degli interessi, la Regione sarebbe esposta a debiti complessivi per 11.200 milioni di euro (7.500 transatti + 3.700 non transatti) che però vanno rideterminati in circa 9.400 milioni di euro in quanto, con riferimento al debito transatto, sono già state estinte le rate fino a tutto il 2006 per complessivi 1.800 milioni di euro circa, di cui circa 1.056 milioni di euro utilizzando le risorse dell'anno 2006.

Con riferimento al debito non transatto, la Regione si impegna a procedere all'accertamento completo e definitivo della situazione debitoria, ivi comprese le somme dovute a titolo di interesse per i ritardati pagamenti, entro il 30/06/2007.

La gestione del debito accumulato fino al 31 dicembre 2005 con riferimento all'esercizio 2007

Rispetto alla predetta situazione debitoria la regione ha titolo alle seguenti entrate di competenza degli anni 2005 e precedenti:

- 1) spettanze residue anni 2001-2005 (subordinate per l'anno 2005 all'approvazione del DPCM di riparto delle somme da compartecipazione IVA): **1.408** milioni di euro (di cui 594 milioni di euro erogati a fine 2006 ed utilizzati per pagamenti di competenza 2006);
- 2) ripiano dei disavanzi 2002-2004: **148** milioni di euro;
- 3) ripiano dei disavanzi di irccs e policlinici periodo 2001-2003: **82** milioni di euro
- 4) somme rivenienti dall'automatismo fiscale (articolo 1, comma 174, legge 311/2004, come integrato dall'articolo 1, comma 277, legge 266/2005) relativo all'anno d'imposta 2006, per la copertura del disavanzo 2005: **737** milioni di euro, come quantificati dal competente Dipartimento per le Politiche Fiscali, la cui erogazione presumibilmente avverrà nel 2008;
- 5) incasso del prezzo differito relativo all'operazione di cartolarizzazione delle quote del fondo immobiliare GEPRA-LAZIO: stima **25** milioni di euro della Direzione Bilancio della Regione (l'importo potrebbe essere di circa **70 mln**, ma una parte riguarda cessioni immobiliari per le quali sono in corso contenziosi);
- 6) concorso statale al ripiano dei disavanzi 2005 e precedenti: stimabile in circa **2.300** milioni di euro, sulla base di specifico provvedimento legislativo da proporsi da parte del Governo,
per complessivi **4.700** milioni di euro.

Raffrontando tale situazione con la situazione debitoria complessiva di cui al paragrafo 1, il predetto importo di **4.700** milioni di euro va rideterminato in **3.644** milioni di euro al fine di ricostituire le risorse dell'anno 2006, in quanto, come già evidenziato, con le risorse di competenza del 2006 la regione ha provveduto ad estinguere la rata di ammortamento riferita ai debiti degli anni 2005 e precedenti per **1.056** milioni di euro.

In tale stato di cose il residuo importo di **3.644** milioni di euro consente di far fronte:

- a) all'intera rata 2007 per l'ammortamento debito transatto, pari a circa **1.432** milioni di euro
- b) ad una quota del debito non transatto, pari a circa **2.200** milioni di euro (il 60% del complessivo debito non transatto di **3.700** milioni di euro).

Pertanto residua una quota del debito non transatto, pari a circa **1.500** milioni di euro, la cui copertura va assicurata negli anni 2008 e seguenti.

La gestione del debito accumulato fino al 31 dicembre 2005 con riferimento agli esercizi 2008 e seguenti

Il valore complessivo delle rate in scadenza dall'anno 2008 all'anno 2016 riportate nel grafico di cui al paragrafo 1 è pari a **4.300 mln di euro**. L'importo delle rate, soprattutto negli anni 2008 (circa 1,2 miliardi di euro) e 2009 (circa 770 milioni di euro) risulta insostenibile per la regione. A tale importo vanno sommati i **1.500 milioni di euro di debito non transatto di cui al paragrafo 2**, per un valore complessivo fino a **5.800 milioni di euro**.

La Regione, nella manovra di finanza pubblica 2007-2009 ha stanziato **250 milioni di entrate regionali** quale importo specificamente destinato all'ammortamento del debito di cui trattasi.

Con riferimento al predetto livello massimo di 5.800 milioni di debito:

- 1) la regione si impegna ad attivare, a decorrere dalla data di sottoscrizione dell'Accordo con lo Stato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 311/2004, con la consulenza tecnico-finanziaria dello Stato, le procedure atte all'estinzione anticipata del debito;
- 2) lo Stato si impegna ad attivare gli strumenti legislativi ed amministrativi per consentire il rimborso anticipato, mediante l'erogazione alla Regione di una somma a titolo di prestito di ammontare pari al debito da estinguere;
- 3) in relazione a tale operazione finanziaria da parte dello Stato, la regione garantisce per via legislativa la copertura e conseguentemente si impegna a rimborsare mediante versamento annuale all'entrata del bilancio dello Stato, a decorrere dal 2008, una somma pari a 310³⁴ milioni di euro per trenta anni. L'importo di detta rata deriva dall'attualizzazione dei flussi partendo dalla data di erogazione dell'anticipazione dello Stato (1.1.2008), e dall'applicazione di un interesse, a carico della Regione, pari al 4,57%, ovvero il tasso corrente di mercato relativo al BTP scadenza febbraio 2037, ed equivalente ad un tasso euribor a 6 mesi + 14,5 punti base. Tale calcolo esprime un risparmio in termini di "discount factor" pari a circa 800 milioni di euro.

Se dalle operazioni di accertamento definitivo del debito cumulato al 31 dicembre 2005 emergerà un livello del debito inferiore, in conseguenza del quale lo Stato procederà all'erogazione di un prestito in favore della Regione di entità inferiore, la predetta rata di 310 milioni di euro a carico della regione sarà conseguentemente rideterminata.

³⁴ Gli ulteriori 60 milioni saranno coperti con la manovra di bilancio regionale per il 2008.



E.

**RAFFORZAMENTO DELLA
STRUTTURA AMMINISTRATIVA**

**INDICATORI E FONTI DI VERIFICA SULLA BASE DEI FLUSSI
INFORMATIVI GIÀ DISPONIBILI**

IMPLEMENTAZIONE DI NUOVI FLUSSI INFORMATIVI



1 - Rafforzamento della struttura amministrativa ed implementazione dei procedimenti amministrativi.

Uno degli aspetti sui quali la Regione si impegna ad operare è il potenziamento della struttura amministrativa e la rigorosa organizzazione dei procedimenti di monitoraggio, controllo e verifica della spesa sanitaria, ciò in considerazione del fatto che una delle grandi criticità emerse a livello organizzativo regionale è rappresentata dal mancato coordinamento fra le strutture amministrative dell'assessorato al Bilancio e quelle dell'Assessorato alla sanità.

Fra i procedimenti che meritano una particolare attenzione vengono trattati i seguenti.

1.1 Determinazione del budget per gli erogatori privati e monitoraggio mensile del volume/valore delle prestazioni effettuate

Il controllo tempestivo delle prestazioni erogate dalle strutture private per conto del Servizio sanitario regionale costituisce una delle priorità. A tal fine la Regione si impegna a stabilire delle procedure per la determinazione, la comunicazione e il monitoraggio dei budget delle singole strutture erogatrici private.

La struttura amministrativa responsabile del procedimento di predisposizione, comunicazione e monitoraggio dei budget è individuata presso l'Assessorato alla sanità. La Regione adotta entro il 15 marzo 2007 il budget degli erogatori privati di prestazioni sanitarie per il periodo 2007-2009.

Alle medesime strutture erogatrici la Regione richiede una rendicontazione mensile delle prestazioni effettuate e del corrispondente costo, da inoltrare all'ASP e alla struttura amministrativa entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento. La rendicontazione è prodotta sia in forma cartacea, sia su supporto informatico, secondo un formato standardizzato, predisposto dall'ASP. La Regione si impegna ad implementare un procedimento che consenta il monitoraggio mensile delle prestazioni erogate, sulla base dei dati desunti dal sistema predisposto dall'ASP (QUASIO e QUASIAS).

I dati relativi ai budget e alle rendicontazioni mensili, per singola struttura erogatrice, sono messi a disposizione della struttura amministrativa da parte dell'ASP, in un *data base* consultabile anche dalle aziende, dagli Assessorati alla sanità e al Bilancio e dalla Cabina di regia, attraverso i portali QUASIO e QUASIAS.

La struttura amministrativa comunica, con periodicità mensile, alle strutture erogatrici il livello di budget raggiunto e il livello ancora disponibile.

1.2 Attuazione del Progetto Tessera Sanitaria nella Regione Lazio, verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni mediche, prolungamento del controllo basato sul Sistema Informativo Farmaceutica Regione Lazio (Cosisan).

Il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva verrà implementato nell'ambito delle procedure di attuazione del Progetto Tessera Sanitaria. Nell'intervallo di tempo necessario per dare attuazione al suddetto Piano, il monitoraggio si avvarrà delle reportistica basata sui dati Cosisan, già oggi è utilizzata dalle ASL e funzionale all'identificazione del mancato rispetto degli indici di appropriatezza da parte dei medici prescrittori.

Il Progetto Tessera Sanitaria è stato varato dal precedente governo, con il l'art.50 del DL 30/9/2003, n.269, convertito con modificazioni dalla legge 30 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni. L'obiettivo del Progetto è di realizzare un sistema informativo delle prescrizioni mediche, mediante la rilevazione continua delle stesse. La Tessera dovrebbe infatti consentire l'individuazione certa e univoca sia dell'assistito (tramite il codice fiscale riportato sulla Tessera Sanitaria, "certificato" dall'Agenzia delle entrate), sia del medico prescrittore (tramite un codice identificativo assegnato univocamente in fase di consegna del ricettario e da riportare obbligatoriamente sulle prescrizioni). L'individuazione certa ed univoca dell'assistito e del medico prescrittore richiede come fase preliminare l'allineamento delle anagrafi in possesso delle ASL con quelle dei codici fiscali dell'Anagrafe Tributaria e dei Comuni. E' altresì necessario assicurare il costante aggiornamento dei sistemi anagrafici.

Secondo il disposto legislativo, la rilevazione dei dati delle ricette avviene presso i singoli erogatori delle

prestazioni (farmacie, laboratori, ambulatori pubblici e privati convenzionati) attraverso lettura ottica dei codici e devono essere trasmessi quotidianamente e, in ogni caso, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di utilizzazione della ricetta, al Sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell'economia e delle finanze che provvede a renderli disponibili alle ASL di competenza e della regione, nel rispetto delle norme sulla privacy. Alle ASL è consentito l'accesso ai dati delle ricette comprensivi dei dati identificativi dell'assistito.

L'attuazione in ambito regionale del Progetto, avviene sulla base del programma stabilito dai decreti attuativi del comma 6 del citato articolo 50 e sulla base del piano di dettaglio delle attività realizzative convenute fra la medesima regione, la Ragioneria Generale dello Stato (RGS), il Ministero della salute, l'Agenzia delle entrate e Sogei.

Il piano temporale relativo all'attuazione del Progetto Tessera Sanitaria nel Lazio è stato recentemente aggiornato, tenendo conto delle difficoltà incontrate nella prima fase di attuazione e come risultante dalla lettera verbale n. 164459 del 13 dicembre 2006 trasmessa alla Regione dalla Ragioneria Generale dello Stato. A tutt'oggi, la Regione ha accreditato al sistema informativo 1460 delle 1500 farmacie operanti sul territorio. Oltre 400 farmacie avrebbero iniziato la trasmissione dei dati. Un'apposita Nota è stata inoltrata a tutte le farmacie convenzionate con la Regione Lazio richiamando l'obbligatorietà di applicare il disposto legislativo. Resta altresì ferma la necessità di accelerare le operazioni necessarie a completare il sistema di accreditamento dei laboratori di analisi e degli altri soggetti erogatori.

E' in Giunta la Deliberazione di recepimento dell'Accordo sulla realizzazione del progetto Tessera Sanitaria.

Tutto ciò considerando, ai fini dell'attivazione sperimentale del Sistema, la Regione si impegna:

- a. al rispetto degli obblighi informativi di cui al piano temporale delle attività convenuto con la RGS, il Ministero della salute, Agenzia delle entrate e Sogei, come da lettera del RGS, n. verbale 164459. Il rispetto di tali obblighi comporta:
 - il recepimento con DGR, in corso di adozione, del piano convenuto fra Regione, RGS, Ministero della salute, Agenzia delle entrate e Sogei (di cui alla nota della Ragioneria Generale dello Stato n. 164459 del 13 dicembre 2006), come riportato nella tabella sottostante.
 - Rispetto della tempistica di cui al piano.
 - Trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze dell'assegnazione medico-ricettario di cui al comma 4 dell'articolo 50 della legge 326/2003.
 - Obbligo dell'utilizzo del ricettario "standard" di cui al DM 18 maggio 2004 per le prescrizioni farmaceutiche e ambulatoriali a carico del SSN.
 - Aggiornamento tempestivo e costante, secondo le modalità di cui ai decreti attuativi dell'articolo 50 della legge 326/2003, da parte della Regione dei flussi dei dati del Sistema di cui ai decreti attuativi all'art. 50, secondo la tempistica prevista dal piano convenuto.
- b. alla definizione degli accordi integrativi con i medici di base (MMG e pediatri), per la verifica del rispetto della soglia del 70% delle ricette informatizzate. Il rispetto di tale impegno comporta:
 - la definizione degli accordi in conformità alle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 275 della legge 266/2005
 - l'utilizzo del Sistema Tessera Sanitaria per il controllo del rispetto della soglia del 70%

precedente a quello di riferimento, relative alle prestazioni di farmaceutica e specialistica erogate e acquisite mediante il medesimo Sistema Tessera Sanitaria, a livello di ASL distretto e singolo medico;

- individuare le criticità, con riferimento ai criteri regionali individuati;
- adottare le relative azioni correttive, in conformità alle indicazioni regionali;
- predisporre le relazioni mensili e di trasmetterle (entro il mese successivo a quello di ricevimento dei dati) al competente Ufficio regionale.

La Regione si impegna infine ad attuare quanto di sua competenza con riferimento al disposto dall'articolo 1, comma 810, della legge 296/2006, secondo quanto verrà previsto nei provvedimenti nazionali attuativi della predetta disposizione

Per tutto il tempo necessario all'entrata a regime del nuovo sistema basato sulla Tessera sanitaria, la Regione conserverà le attuali procedure di monitoraggio, basate sul sistema di rilevazione statistica di Cosisan e sulla produzione di Report semestrali distribuiti a medici e pediatri. Questo Sistema consente la puntuale ricognizione del comportamento dei medici operanti sul territorio regionale, con possibilità di verificare i soggetti caratterizzati da maggiore spesa, i rapporti spesa/quantità, il dettaglio dei farmaci prescritti, i dati contenuti nelle ricette etc.

Allegato – Esempi di indicatori per l'analisi dell'appropriatezza prescrittiva

Nel mese di riferimento e per ogni singolo medico prescrittore (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, specialista ospedaliero e territoriale) potranno essere analizzati gli indicatori inerenti i seguenti punti:

- caratteristica assistibili (numerosità, distribuzione per età). Analisi dello scostamento dalla soglia o dalla tipologia di assistenza prevista.
- quantità di ricette (totale e pro-capite per assistibili) prescritte dal medico (farmaceutica, specialistica). Analisi dello scostamento con lo stesso periodo dell'anno precedente; confronto, con riferimento allo stesso periodo, con i valori di riferimento del territorio di competenza (ASL, distretto).
- spesa (totale e pro-capite per assistibili e pro-capite per assistibili pesati) delle ricette prescritte (farmaceutica, specialistica). Analisi dello scostamento con lo stesso periodo dell'anno precedente; confronto, con riferimento allo stesso periodo, con i valori di riferimento del territorio di competenza (ASL, distretto).
- % di assistiti con esenzione per patologia;
- % di assistiti con esenzione per invalidità;
- % di assistiti con almeno una patologia cronica nota;
- % spesa per farmaci con brevetto scaduto.
- % spesa per farmaci specialistici che richiedono un Piano Terapeutico

2 - Indicatori e fonti di verifica sulla base dei flussi informativi disponibili o di rapida implementabilità

I flussi informativi esistenti a livello nazionale, e in particolare i dati trimestrali dei CE e i dati dei modelli LA, come trasmessi, secondo le scadenze previste, al Sistema informativo sanitario, costituiranno la principale fonte di verifica per il monitoraggio dell'andamento della spesa.

A questo scopo la Regione si impegna ad attuare entro il 30 giugno 2007 una revisione delle procedure contabili e amministrative delle aziende per le quali si siano manifestate criticità, ad adottare il nuovo piano dei conti, a definire le regole e le modalità per il consolidamento dei conti e dei bilanci aziendali, ad individuare indicatori da monitorare.

La struttura amministrativa responsabile del procedimento di monitoraggio è individuata presso l'Assessorato

alla sanità. I dati elementari e le loro elaborazioni conseguenti all'attività di verifica periodica degli andamenti, sono messi a disposizione di specifica struttura amministrativa presso l'assessorato al bilancio.

La Regione si impegna inoltre a riorganizzare le informazioni provenienti dal sistema informativo ospedaliero (SIO), dal sistema informativo per l'assistenza specialistica (SIAS), dal sistema informativo per la riabilitazione estensiva e di mantenimento (SIAR), in modo da consentire un monitoraggio a cadenza mensile e a collegarle alle modalità di fatturazione delle prestazioni. Le predette informazioni costituiranno la base per la validazione e certificazione della produzione.

La Regione si impegna infine ad implementare tutti i flussi informativi utili per il controllo di gestione e ad eseguire i controlli con cadenza idonea ad un'efficace azione di verifica della gestione del Servizio sanitario regionale.

Tutti i flussi informativi sono a disposizione delle strutture amministrative regionali ed aziendali per il monitoraggio e le verifiche di propria competenza

Specifici indicatori e fonti per il monitoraggio degli interventi con effetti sulla spesa sono illustrati assieme ai singoli interventi nelle sezioni precedenti.



ALLEGATI

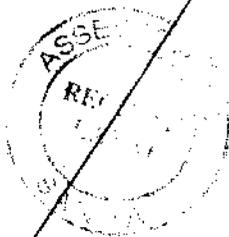
WR

[Handwritten signature]

ALLEGATO 1

**LINEE GUIDA PER L'ADEGUAMENTO ALLE INDICAZIONI
DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008**





Handwritten signature or initials

Linee Attuative del PSN 2006-2008

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 partendo dall'analisi del contesto italiano nei vari ambiti istituzionali, demografici ed economici individua i vincoli e le opportunità di cui tener conto nel suo triennio di vigenza.

Nel rispetto delle competenze statali e regionali definite dalla modifica al titolo V della Costituzione introdotto dalla legge costituzionale 3/2001, il PSN riconosce come obiettivo centrale del SSN la garanzia dell'effettiva capacità del sistema di erogare i livelli essenziali di assistenza nel rispetto delle caratteristiche fondanti il Servizio stesso, in particolare: l'universalità, la sostanziale gratuità di accesso a prestazioni appropriate, la garanzia uniforme delle stesse nel Paese, il rispetto della libera scelta e del pluralismo erogativo.

Il PSN assume la necessità che lo Stato e le Regioni si impegnino in una cooperazione sinergica per individuare strategie condivise al fine di superare le diseguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, di accessibilità e di promozione di una sempre maggiore qualità dei servizi, nel rispetto delle risorse programmate.

Nell'attuale quadro di federalismo sanitario, il PSN indica la necessità che Governo e Regioni concordino linee di indirizzo perché le strategie individuate possano declinarsi in programmi attuativi, nel rispetto delle autonomie regionali e delle diversità territoriali.

Trasversalmente alle strategie di sviluppo del sistema lo Stato e le Regioni, nell'ambito delle proprie competenze, devono concorrere alla individuazione e alla attuazione delle modalità e degli strumenti della cooperazione tra i vari livelli istituzionali rispettosi della sussidiarietà orizzontale e verticale.

Uno strumento proficuamente utilizzato nel triennio di vigenza del precedente PSN è lo strumento pattizio degli accordi e dell'intesa, sanciti in Conferenza Stato-Regioni, quale modalità nuova e sussidiaria per affrontare e risolvere le problematiche che vedevano coinvolti i diversi livelli di governo sui problemi in materia di tutela della salute. Il Piano conferma tale strumento come modalità di attuazione dei principi e obiettivi da esso stabiliti.

Altro strumento è quello degli accordi tra tutte le Regioni o tra alcune Regioni per quelle materie di interesse regionale, che pur nel rispetto dell'autonomia regionale, vengono meglio affrontate tramite linee operative comuni, come ad es. accordi per la costituzione di reti di servizi assistenziali o tra piccole regioni e grandi o tra regioni vicine per la messa in comune di particolari servizi o l'erogazione di altri.

Una tematica particolarmente presente nel PSN 2006-2008 è l'integrazione, non solo tra le varie componenti e i vari livelli del SSN, ma anche di tutti gli altri attori istituzionali, per lo sviluppo di politiche intersettoriali in cui un ruolo rilevante abbia la valutazione che le politiche stesse hanno in termini di promozione e mantenimento dello stato di salute. Un ambito dove l'integrazione è essenziale per il raggiungimento di risultati duraturi e tangibili è il socio-sanitario, per questo va potenziata la sinergia tra ASL e Comuni tramite una programmazione integrata e partecipata per rendere finalmente fruibile omogeneamente sul territorio l'assistenza socio-sanitaria, oggi erogata in alcune realtà locali in maniera frammentaria e discontinua.

Infine vanno individuate modalità agili di condivisione ed implementazione di strumenti tecnici quali linee guida, standard, protocolli, modelli operativi per particolari tematiche la cui importanza richiede una validazione congiunta tra lo Stato e le Regioni.

1. La garanzia dei LEA

Per garantire che l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sia efficace, appropriata ed omogenea sul territorio nazionale, nell'ambito delle risorse programmate, occorre rendere coerente la programmazione dell'offerta sanitaria con il mutare dei contesti socio-economici, tecnologici e soprattutto demografico-epidemiologici e della conseguente domanda di assistenza territoriale scaturita in particolare dalla cronicità, di cui il SSN non si è fatto ancora sufficientemente carico in alcune zone del Paese.

E' necessario, pertanto:

- partendo dall'analisi della domanda, stabilire gli standard quantitativi e qualitativi dei livelli, al di sotto dei quali essi non possono essere considerati garantiti, in particolare per l'assistenza domiciliare integrata, per l'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani e disabili, tenendo conto dell'esperienza maturata in altri ambiti regionali;
- adottare provvedimenti per il raggiungimento, entro il triennio di vigenza del PSN 2006-2008, degli standard stabiliti;
- individuare le prestazioni che, più frequentemente, sono oggetto di eccessiva variabilità ed inappropriatezza prescrittiva e definirne le condizioni di erogabilità;
- rendere accessibili in maniera omogenea sul territorio regionale le prestazioni specialistiche di alta complessità, con particolare riguardo a quelle prestazioni che hanno importanti ricadute in termini di esiti;
- finalizzare il completamento del programma ex articolo 20 della legge 67/88 al superamento del divario strutturale nell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali.
- adottare provvedimenti per la garanzia dell'accessibilità alle prestazioni dei livelli di assistenza su tutto il territorio regionale, tenendo conto delle peculiarità presenti nelle isole minori e nelle comunità montane isolate.

2. Riorganizzare le cure primarie

Il ruolo primario nel governo della domanda e dei percorsi sanitari è del medico di medicina generale, ma perché il MMG possa assumere pienamente questa funzione è necessario completare il percorso che conduce alla realizzazione di forme aggregate ed integrate di organizzazione della medicina primaria, con il coinvolgimento dei medici di continuità assistenziale e degli altri specialisti territoriali.

In tal senso va portata avanti anche la riorganizzazione dell'assistenza pediatrica, favorendo forme associative dei pediatri di libera scelta e la condivisione di spazi e studi con i MMG al fine di favorire una collaborazione che possa garantire la continuità assistenziale nel passaggio dall'età pediatrica all'età adulta.

Nel triennio occorre:

- completare, nell'ambito dell'attuazione degli accordi convenzionali con i MMG e i PLS, il processo di riorganizzazione delle cure primarie;
- perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei MMG, dei PLS, MCA con l'ospedale e con i servizi e le attività distrettuali

3. La razionalizzazione della rete ospedaliera

Lo sviluppo tumultuoso della tecnologia, l'incremento vertiginoso dei costi, l'altissima specializzazione richiesta all'ospedale, l'evoluzione delle tecniche chirurgiche ed anestesologiche che consentono di effettuare sempre più interventi in regime di ricovero diurno, rendono necessaria una riflessione sullo

sviluppo che la rete ospedaliera dovrà assumere nel medio e lungo periodo. E' necessario che l'offerta si differenzi in base ai livelli di complessità raggiunti dalle strutture ospedaliere, in particolare organizzandosi in ospedali di altissima specializzazione nei quali concentrare la casistica più complessa, che possano assumere funzioni di riferimento rispetto ai presidi ospedalieri di medie dimensioni o di livello locale e alle strutture territoriali, mediante protocolli di accesso condivisi, la messa in rete, l'elaborazione di linee guida e la formazione anche a distanza.

Una particolare attenzione nell'ambito delle cure ospedaliere va posta alla prevenzione e al contenimento del dolore, soprattutto in quelle condizioni in cui è spesso sottovalutato, come ad esempio durante il travaglio e nel parto.

La razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni ospedaliere e l'incremento delle attività in ricovero diurno consentirà di portare a termine, nelle Regioni in cui il processo non è ancora concluso, la riorganizzazione della rete ospedaliera adeguando la funzionalità e la dotazione di posti letto regionali agli standard previsti dall'intesa 23 marzo 2005.

Nel triennio occorre:

- adeguare la rete ospedaliera a quanto previsto dall'intesa 23 marzo 2005, nei tempi previsti dall'intesa stessa;
- recepire ed attuare nelle aziende e nei presidi ospedalieri i contenuti dell'accordo Stato-Regioni 24 maggio 2001 "Linee guida inerenti il Progetto Ospedale senza dolore";
- promuovere la realizzazione di reti regionali ospedaliere ed ambulatoriali per particolari patologie o per le specialità non ancora integrate in modelli gestionali;
- sviluppare i rapporti tra i presidi delle reti esistenti per produrre, diffondere e consolidare protocolli diagnostico-terapeutici, in particolare per le malattie rare;
- attivare accordi e procedure che consentano l'attività di team o professionisti impegnati nei centri di altissima complessità assistenziale presso altre strutture del SSN a minor complessità assistenziale.

4. Il governo clinico e la qualità nel SSN

L'obiettivo fondamentale dei programmi di miglioramento della qualità è che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili e che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento, con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente. Il SSN, riconoscendo questo obiettivo come proprio, ha promosso l'utilizzo nel nostro Paese degli strumenti del Governo clinico per ottenere il miglioramento della qualità delle cure e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario nel triennio:

- prevedere nelle strutture ospedaliere unità/funzioni di gestione del rischio multidisciplinari;
- implementare nelle strutture ospedaliere l'utilizzo di linee guida nella pratica clinica, percorsi assistenziali, raccomandazioni, adottando strumenti per la verifica del grado di adesione ad essi raggiunto;
- adottare strumenti per la valutazione degli esiti;
- adottare strumenti per la valutazione della qualità dell'informazione, del grado di empowerment raggiunto dal paziente e del suo gradimento.

5. L'integrazione tra i diversi livelli di assistenza

La degenza ospedaliera si sta riducendo costantemente negli anni grazie allo sviluppo delle tecnologie e

all'incremento dell'efficacia dei farmaci. A volte, però, la dimissione, appropriata dal punto di vista clinico, viene ritardata per carenze organizzative che rendono difficile la presa in carico territoriale e la continuità delle cure. Questo accade soprattutto per quei pazienti che richiedono un elevato impegno assistenziale al livello territoriale (anziani fragili, pazienti oncologici in fase avanzata o più in genere pazienti portatori di gravi patologie croniche o che necessitano di interventi riabilitativi).

Anche lo sviluppo del day hospital e della day surgery sono fortemente condizionati dalla capacità del territorio di farsi carico delle necessità socio-assistenziali di pazienti sottoposti a procedure/interventi appropriati per il ricovero di giorno che, per particolari esigenze sanitarie, necessitano successivamente di interventi propri del livello territoriale (ad es. terapia del dolore, controllo di sintomi associati a procedure, nausea, vomito etc.). In questo settore, il raccordo territorio-ospedale incrementa l'appropriatezza del regime di ricovero.

L'integrazione ospedale territorio è fondamentale anche in altri contesti socio-assistenziali, come ad esempio per l'attuazione di un percorso nascita che consenta la dimissione precoce e protetta della madre e del bambino, favorendo la demedicalizzazione e l'allattamento al seno.

Per consentire l'implementazione dei processi di integrazione è necessario:

- definire ed implementare protocolli per programmare e concordare, quando necessario, la dimissione ospedaliera con le strutture territoriali;
- formulare percorsi diagnostico terapeutici condivisi tra territorio ed ospedale, in cui siano individuati i compiti e le responsabilità;
- garantire la tempestiva presa in carico del paziente da parte della rete territoriale, la valutazione multidimensionale del paziente, l'elaborazione del piano personalizzato di assistenza;
- promuovere per particolari tipologie di pazienti l'adozione di una cartella clinica unica;
- attivare funzioni di teleconsulto e di telemedicina;
- attivare programmi di valutazione in termini di esiti, di efficienza e di gradimento.

6. L'integrazione nel territorio

La copertura di bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitari anche e, in qualche caso soprattutto, determinanti sociali, non può essere garantita dall'integrazione tra i vari livelli sanitari (prevenzione, cure primarie percorsi diagnostico-terapeutici territoriali ed ospedalieri), dal momento che in questa area assistenziale, spesso la mancata presa in carico congiunta dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario.

I punti chiave dell'integrazione, già realizzati compiutamente in varie aree del Paese sono:

- l'approccio multidisciplinare, volto a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie rese sia dalle professionalità oggi presenti, sia da quelle nuove da creare nei prossimi anni,
- la presa in carico del paziente da parte dei servizi e delle istituzioni allo scopo di coordinare tutti gli interventi necessari al superamento delle condizioni che ostacolano il completo inserimento nel tessuto sociale, quando possibile, o che limitano la qualità della vita.

Per garantire l'integrazione socio-sanitaria occorre nel triennio:

- individuare a livello regionale modalità e regole per la cooperazione interistituzionale a livello locale
- realizzare concretamente una programmazione partecipata ed integrata, sulla base della condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto;

- implementare l'integrazione funzionale tra i servizi sanitari e sociali, con le modalità previste dall'attuale normativa (Piani attuativi locali, accordi di programma tra i Comuni e le ASL, Piani delle attività territoriali, etc), per il raggiungimento di obiettivi comuni tramite la concertazione degli interventi e la condivisione delle risorse;
- garantire la valutazione multidimensionale dei pazienti fragili e l'attuazione del piano personalizzato di assistenza tramite il concorso di professionalità sanitarie e sociali per affrontare i bisogni complessi;
- promuovere la partecipazione alla rete socio-sanitaria dei gruppi formali ed informali presenti sul territorio e del privato, valorizzando il ruolo della famiglia, lì dove presente.

7. La Prevenzione

Negli anni si è maturata la consapevolezza dell'efficacia degli interventi di prevenzione, come contenimento dei fattori di rischio, diagnosi precoce e prevenzione delle complicanze, nella lotta alle patologie e alla cronicità, e delle loro valenze etiche nel contrasto alle diseguaglianze, in quanto raggiungono con azioni efficaci anche a quella parte della popolazione che ha difficoltà ad accedere ai servizi.

Il PSN 2006-2008 preso atto della importanza degli strumenti di prevenzione conferma il Piano di Prevenzione attiva 2005-2007 ed estende la sua validità al 2008.

Pertanto tra le linee attuative del Piano stesso si individuano quelle che vengono definite nel Piano di prevenzione attiva che si intendono da estendere e potenziare nel triennio.

ALLEGATO 2

**SCHEDE ASL
SCHEDE RIASSUNTIVE DEGLI INTERVENTI DI RIDUZIONE
DI POSTI LETTO 2007**



ASL ROMA A

Presidio	Tipo	Posti letto acuti attuali			Posti letto previsti	
		PL anagrafici 2005 (dati SIS)	PL in esercizio 2005 (dati SIS)	PL attivi 2006 (dati SIPLET)	2007	Tagli 2007
027 - San Giacomo - Roma	1	185	197	200	170	30
034 - George Eastman - Roma	1	37	45	37	37	0
072 - San Giovanni Calibita - FBF -	5	352	351	322	302	20
083 - Villa Valeria - Roma	7	63	57	67	65	2
084 - Villa Tiberia - Roma	7	138	150	143	120	23
105 - Marco Polo - Roma	7	50	50	50	50	0
079 - Villa Domella - Roma	7	67	67	66	66	0
902 - San Giovanni - Roma	2	931	931	927	900	27
906 - Policlinico Umberto I	3a	1.471	1.532	1.522	1.300	222
037 - Nuovo Regina Margherita	1	135	128	130	20	110
TOTALE		3.429	3.508	3.464	3.030	434

ASL ROMA B						
Fresidio	Tipo	Posti letto acuti attuali			Posti letto previsti	
		PL anagrafici 2005 (dati SIS)	PL in esercizio 2005 (dati SIS)	PL attivi 2006 (dati SIPLET)	2007	Tagli 2007
132 - Guarnieri - Roma	7	120	120	120	120	0
166 - Nuova Itor - Roma	7	174	179	173	171	2
920 - Tor Vergata - Roma (§)	3a	447	425	394	434	-40
915 - Campus Biomedico - Roma	3b	180	175	195	195	0
267 - Sandro Pertini - Roma	1	460	472	429	429	0
165 - Policlinico Casilino - Roma	1	224	222	211	211	0
111 - Casa di Cura Mendicini (*)	7	10	10	0	0	0
127 - Castello della Quietè (*)	7	30	30	0	0	0
TOTALE		1.645	1.633	1.522	1.560	-38

(§) I pl anagrafici SIS 2005 del Policlinico Tor Vergata sono dati dalla somma dei 418 pl di Tor Vergata e i 29 pl (*) Case di cura dedicate ad assistenza psichiatrica

ASL ROMA C						
Presidio	Tipo	Posti letto scelti attuali			Posti letto previsti	
		PL anagrafici 2005 (dati SIS)	PL in esercizio 2005 (dati SIS)	PL attivi 2005 (dati SIPLET)	2007	Tagli 2007
058 - C.T.O.	1	255	439	328	240	88
099 - Life Hospital - Roma	7	75	75	74	62	12
169 - Annunziata - Roma	7	74	71	74	74	0
157 - Fabia Mater - Roma	7	80	92	80	76	4
155 Chirurgia Addominale all'Eur	7	70	70	70	60	10
143 - Concordia Hospital - Roma	7	49	47	43	0	43
116 - San Luca - Roma	7	80	80	75	75	0
076 - Figlie di San Camillo	5	258	252	252	252	0
089 - Nuova Clinica Latina	7	24	22	35	35	0
066 - Sant'Eugenio	1	565	525	486	446	40
908 - IFO - Roma	4a	372	372	350	350	0
TOTALE		1189	1105	1032	1100	80

ASL ROMA D						
Presidio	Tipo	Posti letto acuti attuali			Posti letto previsti	
		PL anagrafici 2005 (dati SIS)	PL in esercizio 2005 (dati SIS)	PL attivi 2006 (dati SIPLET)	2007	Tagli 2007
061 - Giovanni Battista Grassi -	1	221	245	259	283	-34
113 - Villa Pia - Roma	7	138	208	139	139	0
075 - Israelitico - Roma	5	123	126	118	118	0
173 - European Hospital - Roma	7	22	0	22	22	0
918 - Lazzaro Spallanzani	4a	230	266	206	210	-4
910 - San Raffaele Pisana	4b	16	16	5	5	0
901 - San Camillo - Forlanini	2	1.406	1.338	1.344	1.253	91
171 - Citta' di Roma - Roma	7	170	173	170	170	0
103 - P.O.I. Portuense	1	106	125	164	130	34
065 - Rieducazione Paraplegici	1	3	3	2	2	0
107 - Villa Armonia Nuova (*)	7	100	100	0	0	
109 - Casa di Cura Villa Giuseppina (*)	7	150	150	0	0	
TOTALE		2.435	2.750	2.428	2.342	97

(*) Case di cura dedicate ad assistenza psichiatrica

ASL ROMA E						
Presidio	Tipo	Posti letto acuti attuali			Posti letto previsti	
		PL anagrafici 2005 (dati SIS)	PL in esercizio 2005 (dati SIS)	PL attivi 2006 (dati SIPLET)	2007	Tagli 2007
026 - Santo Spirito	1	306	302	367	315	52
912 I. N. R. C. A.	4a	108	141	114	99	15
911 I.D.I. - villa Paola (§)	4b	335	349	335	270	65
905 - Policlinico A. Gemelli	3b	1.956	2.227	1.769	1.669	100
903 - San Filippo Neri	2	705	701	826	765	61
180 - Aurelia Hospital	7	241	234	207	200	7
163 - San Feliciano	7	126	126	94	94	0
162 - Ns. S. Sacro Cuore	7	30	30	30	0	30
159 - Nuova Villa Claudia	7	50	52	41	41	0
126 - San Giuseppe	7	55	125	45	30	15
115 - Santa Famiglia	7	74	128	74	74	0
097 - Villa Aurora	7	100	100	100	98	2
080 - San Giorgio	7	30	30	30	0	30
074 - Cristo Re	5	226	230	242	220	22
030 - Regionale Oftalmico	1	64	61	64	49	15
919 - Sant'Andrea	2	368	0	438	450	-12
073 - San Carlo di Nancy	5	235	248	248	220	26
071 - San Pietro - Fatebenefratelli	5	478	475	450	420	30
095 - Hospice Oncologico Villa Speranza	7	20	20	0	0	
094 - Casa di Cura Villa Maria Pia	7	43	43	0	0	
112 - Casa di Cura Villa dei Fiori	7	100	100	0	0	
125 - Villa Armonia (*)	7	35	35	0	0	
167 - Samadi (*)	7	72	72	0	0	
170 - Casa di Cura San Valentino (*)	7	56	56	0	0	
TOTALE		5.813	5.885	5.474	5.014	460

(§) i pl dell'I.D.I. sono dati dalla somma dei pl dell'I.D.I. (911) e dell'istituto Villa Paola (914)

(*) Case di cura dedicate ad assistenza psichiatrica

ASL ROMA F						
Presidio	Tipo	Posti letto acuti attuali			Posti letto previsti	
		PL anagrafici 2006 (dati SIS)	PL in esercizio 2006 (dati SIS)	PL attivi 2006 (dati SIPLET)	2007	1 apr 2007
045 - San Paolo - Civitavecchia	1	224	0	232	232	0
059 - Padre Pio - Bracciano	1	104	0	154	154	0
140 - Silligato - Civitavecchia	7	0	0	50	50	0
TOTALE		328	0	436	436	0

ASL ROMA G						
Presidio	Tipo	Posti letto acuti attuali			Posti letto previsti	
		PL anagrafici 2006 (dati SIS)	PL in esercizio 2006 (dati SIS)	PL attivi 2006 (dati SIPIET)	2007	Tagli 2007
046 - Parodi Delfino - Colferro	1	183	158	183	183	0
049 - S. Gonfalone Monterotondo	1	70	59	80	80	0
051 - Bernardini - Palestrina	1	119	0	129	129	0
062 - S. Salvatore - Palombara Sabina	1	57	56	54	18	36
057 - San Giovanni Battista - Zagarolo	1	30	0	30	0	30
063 - San Giovanni Evangelista - Tivoli	1	243	228	275	275	0
062 - Angelucci - Subiaco	1	95	93	100	80	20
063 - Ospedale Civile Vitt. Emanuele III (*)	1	36	0	0	0	
160 - Centro clinico Colle Cesarano (*)	7	177	177	0	0	
TOTALE		1010	771	851	765	66

(*) Case di cura dedicate ad assistenza psichiatrica

ASL ROMA H						
Presidio	Tipo	Posti letto acuti attuali			Posti letto previsti	
		PL anagrafici 2005 (dati SIS)	PL in esercizio 2005 (dati SIS)	PL attivi 2005 (dati SIPLET)	2007	Tagli 2007
036 - Villa Albani - Anzio	1	18	6	18	6	12
043 - P.O. Anzio-Nettuno	1	178	152	176	176	0
044 - P.O. Albano-Genzano	1	237	235	237	222	15
070 R. Apostolorum Albano	5	250	250	245	225	20
196 - S. Raffaele Velletri Velletri	7	15	15	15	0	15
176 - Neurotraum. Grottaferrata	7	100	100	100	98	2
134 - Sant'Anna - Pomezia	7	113	113	113	112	1
096 - Madonna delle Grazie Velletri	7	85	87	84	84	0
082 - Villa delle Querce - Nemi	7	12	12	12	0	12
064 A. e C. Carloni Rocca Priora	1	85	85	105	95	10
055 - Luigi Spolverini - Ariccia	1	27	27	29	29	0
054 - Civile di Velletri - Velletri	1	186	156	185	185	0
047 - S. Sebastiano M. Frascati	1	176	178	168	168	0
048 - San Giuseppe - Marino	1	152	167	175	175	0
174 - Casa di Cura Villa Von Siebenthal (*)	7	70	70	0	0	
TOTALE		1.704	1.653	1.662	1.575	87

(*) Case di cura dedicate ad assistenza psichiatrica

ASL VITERBO						
Presidio	Tipo	Posti letto acuti attuali			Posti letto previsti	
		PL anagrafici 2005 (dati SIS)	PL m esercizio 2005 (dati SIS)	PL attivi 2006 (dati SIPLET)	2007	Tagli 2007
002 Civile di Acquapendente	1	72	71	72	72	0
003 Andosilla Civitacastellana	1	110	108	108	108	0
004 - Civile di Montefiascone	1	118	104	88	88	0
271 - Belcolle - Viterbo	1	410	388	465	405	0
006 - Sant'Anna Ronciglione	1	13	9	12	12	0
007 - Civile di Tarquinia	1	116	101	112	112	0
012 - Salus - Viterbo	7	8	0	20	0	20
014 S. Teresa del Bambino Gesù VT	7	46	46	46	46	0
011 - Casa di Cura Villa Rosa (*)	7	48	48	0	0	
TOTALE		933	795	863	843	20

(*) Case di cura dedicate ad assistenza psichiatrica

ASL RIETI						
Presidio	Tipo	Posti letto acuti attuali			Posti letto previsti	
		PL anagrafici 2005 (dati SIS)	PL in esercizio 2005 (dati SIS)	PL attivi 2006 (dati SIPLET)	2007	Tagli 2007
019 - San Camillo de Lellis - Rieti	1	389	349	395	400	-5
020 - Marzio Marini - Magliano Sabina	1	81	58	80	80	0
022 - Francesco Grifoni - Amatrice	1	22	14	22	22	0
TOTALE		492	421	497	502	-6

ASL LATINA						
Presidio	Tipo	Posti letto acuti attuali			Posti letto previsti	
		PL anagrafici 2005 (dati SIS)	PL in esercizio 2005 (dati SIS)	PL attivi 2005 (dati SIPLET)	2007	Tagli 2007
200 - P.O. Latina Nord: P.O. Latina P.O. Priverno P.O. Sezze	1	546	535	574	604	30
278 - Villa Silvana Aprilia	7	12	12	12	0	12
204 - P.O. Latina Centro: P.O. Fondi P.O. Terracina	1	187	214	185	185	0
206 - P.O. Latina Sud: P.O. Gaeta P.O. Formia	1	262	259	281	281	0
209 - Casa del sole - Formia	7	117	117	117	115	2
211 - Villa Azzurra - Terracina	7	60	60	60	59	1
212 - Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico - Latina	7	289	289	277	270	7
213 - San Marco - Latina	7	87	87	83	60	23
215 - Città Aprilia - Aprilia	7	150	150	150	128	22
210 - Casa di Cura Sorriso sul Mare (*)	7	135	135	0	0	
TOTALE		1.845	1.858	1.739	1.702	37

ASL FROSINONE						
Presidio	Tipo	Posti letto scatti attuali			Posti letto previsti	
		PL anagrafici 2005 (dati SIS)	PL in esercizio 2005 (dati SIS)	PL attivi 2006 (dati SIPLET)	2007	Tagli 2007
216 - Umberto I - Frosinone	1	325	311	325	325	0
217 - San Benedetto - Alatri	1	168	150	154	154	0
218 - Civile di Anagni -	1	144	135	136	136	0
221 - Civile di Ceccano -	1	61	61	58	58	0
225 - P. Del Prete - Pontecorvo	1	122	116	116	116	0
226 - S. Trinita' - Sora	1	260	248	252	252	0
228 - G. de Bosis - Cassino	1	220	205	205	205	0
230 - Sant'Anna - Cassino	7	60	60	59	58	1
234 - Villa Giola - Sora	7	40	40	40	39	1
235 - Villa Serena - Cassino	7	60	60	49	0	48
236 - S. Teresa - Isola del Liri	7	0	0	40	37	3
TOTALE		1.460	1.386	1.434	1.380	54

Legenda:

Tipo di presidio nelle tabelle per ASL:

- 1 = Presidio ASL
- 2 = Azienda ospedaliera
- 3a = Policlinico pubblico
- 3b = Policlinico privato
- 4a = IRCCS pubblico
- 4b = IRCCS privato
- 5 = Ospedale classificato
- 7 = Casa di cura accreditata

