



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 28/12/2007

ADDI' 28/12/2007 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	FICHERA	Danielo	Assessore
ZOMPILI	Massimo	Vice Presidente	MANCINI	Claudio	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	MICHELANGELO	Mario	"
BATTAGLIA	Augusto	"	NIERI	Luigi	"
COFFOTELLI	Anna Salome	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TIBALDI	Alessandra	"
CALIA	Francesco	"	VALENTINI	Daniela	"
DE ANGELIS	Francesco	"	BARATTI	Filiberto	"
DI STEFANO	Marco	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Domenico Antonio GUZZUPI

***** OMISSIS

ASSENTI: COFFOTELLI - DE ANGELIS - DI STEFANO FICHERA - MICHELANGELO

DELIBERAZIONE N. 1056

Oggetto:

Recupero di efficienza e di efficacia gestionale nell'attività delle aziende sanitarie regionali.



OGGETTO: Recupero di efficienza e di efficacia gestionale nell'attività delle aziende sanitarie regionali.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Sanità e del Presidente della Regione;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n.1 "Nuovo Statuto della Regione Lazio";

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale" e successive modificazioni;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n.1 concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni";

VISTO il DPCM 22 dicembre 1989 "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali";

VISTA la L.R. 1 settembre 1993, n.41, con la quale sono state emanate norme in materia di "Organizzazione, funzionamento e realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali";

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, concernente: "Approvazione dell'atto d'indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";

VISTE la DGR 12 febbraio 2007, n. 66 " Approvazione del -Piano di rientro -per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della legge 311/04" e la DGR 6 marzo 2007 n.149 "Presenza d'atto dell'accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della legge n.311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del piano di rientro";

VISTO l'articolo 3, comma 8, dell'Accordo sottoscritto in data 28 febbraio 2007 dal Presidente della Regione e dai Ministri della Salute e dell'Economia, il quale prevede che, in casi di "somma urgenza", la Regione, derogando all'onere della preventiva approvazione, sancito al comma 6 del medesimo articolo, può procedere direttamente all'adozione dei provvedimenti, ancorché il parere congiunto dei Ministri della Salute e dell'Economia non sia ancora pervenuto, fatta salva l'adozione di eventuali modifiche ed integrazioni che dovessero rendersi necessarie e/o opportune a seguito del recepimento del citato parere congiunto;



1056 28 DIC. 2007 leg

CONSIDERATA la straordinaria urgenza di dovere provvedere all'adozione del presente provvedimento, in relazione agli impegni fissati dalla nota del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 dicembre u.s. che ha anche stabilito, al riguardo, la scadenza del 31 dicembre p.v.;

RITENUTO che il presente atto non debba essere sottoposto alla procedura di concertazione con le parti sociali;

all'unanimità

DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa che si intendono integralmente recepite:

- di approvare il "Piano per il recupero di efficienza delle strutture pubbliche" allegato al presente atto di cui costituisce parte integrante;
- di procedere alla riconversione completa in Presidi Territoriali di Prossimità o RSA, nell'arco del biennio 2008-2009, di presidi e strutture ospedaliere pubblici con bassi volumi di produzione ed evidenza di inappropriata clinica ed organizzativa;

Tale criterio è applicabile in assenza di uno dei seguenti fattori ostativi alla riconversione:

- essere monospecialistici
- essere ubicati in ASL delle province con carenza di posti letto e con un'attività prevalentemente rivolta ai residenti della stessa ASL (>50%)
- avere reparti di specialità di alta e media complessità, non presenti in altre strutture della ASL
- di dare mandato alla Direzione Regionale Programmazione Sanitaria dell'Assessorato alla Sanità, in relazione alle azioni di riorganizzazione ed al relativo cronoprogramma, indicati nell'allegato Piano, di coadiuvare i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie assicurando un affiancamento tecnico alle Aziende Sanitarie medesime, secondo specifiche direttive, con obbligo delle direzioni generali aziendali di relazionare periodicamente al Direttore e all'Assessore alla Sanità sullo stato d'attuazione delle azioni indicate
- che, sulla base di quanto complessivamente definito nel Piano allegato, l'effetto di risparmio sulla spesa delle strutture pubbliche è stimato prudenzialmente in 70 (settanta) milioni di euro per l'anno 2008.

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO

IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI

17 1 GEN. 2008





ALLEG. alla DELIB. N. 1056
DEL 28 DIC. 2007

ALLEGATO

“Piano per il recupero di efficienza delle strutture pubbliche”

L'analisi dei parametri fondamentali¹ relativi alla performance del servizio sanitario regionale evidenzia una significativa sproporzione derivante dal ricorso all'ospedalizzazione rispetto ai benchmark² di riferimento.

In particolare, il parametro più sensibile e specifico per misurare il fenomeno è rappresentato dal numero di giornate di degenza per 1000 abitanti / anno. Tale parametro è espressione da un lato del ricorso all'assistenza ospedaliera (tasso di ospedalizzazione), dall'altro dell'efficienza con cui il sistema ospedaliero stesso eroga le prestazioni.

Per quanto riguarda gli acuti, in degenza ordinaria il Lazio evidenzia un indicatore pari a 1074³ a fronte di un indicatore di benchmark di 885, in day hospital 343 a fronte di 151.

Ai fini di intervenire per ridurre tale squilibrio appare opportuno procedere come segue:

- A) sul fronte privato attraverso il recupero dell'appropriatezza clinica e organizzativa che si traduce in coerente politica relativa a tetti e tariffazione delle prestazioni;
- B) sul fronte pubblico, attraverso il recupero dell'appropriatezza (clinica e organizzativa), nonché attraverso il recupero di efficienza degli erogatori, che si traducono in razionalizzazione della rete d'offerta pubblica e in tendenziale riallineamento tra valore tariffario delle prestazioni erogate (al netto di quelle inappropriate) al costo effettivamente sostenuto.

Le azioni di efficientamento del pubblico devono:

- generare il contributo di risparmio che, sommato al recupero di inappropriatezza, consenta di azzerare il disavanzo strutturale;
- liberare ulteriori risorse da riattribuire sul territorio, e necessarie a consentire la cura nel setting assistenziale appropriato delle patologie trattate oggi in modo inappropriato all'interno dell'ospedale.

Dal punto di vista operativo, sul fronte pubblico si propone una sequenza di passi attuativi che prende avvio da:

- l'applicazione a livello di singola struttura e di singola unità operativa della metodologia di recupero di appropriatezza clinica e organizzativa e determinazione della conseguente opportunità di riduzione del numero di giornate di degenza. La metodologia applicata evidenzia un potenziale di recupero in tal senso pari a circa 148 giornate di degenza anno per 1000 abitanti in DO e 64 in DH (pari a ca. 1,1 mln di giornate a livello complessivo regionale).

¹ Fonte: dati SDO 2005 Ministero della Salute

² Gli indicatori di riferimento sono calcolati sulle regioni non in disavanzo: Valle d'Aosta, Lombardia, Provincia Auton. Bolzano, Provincia Auton. Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata

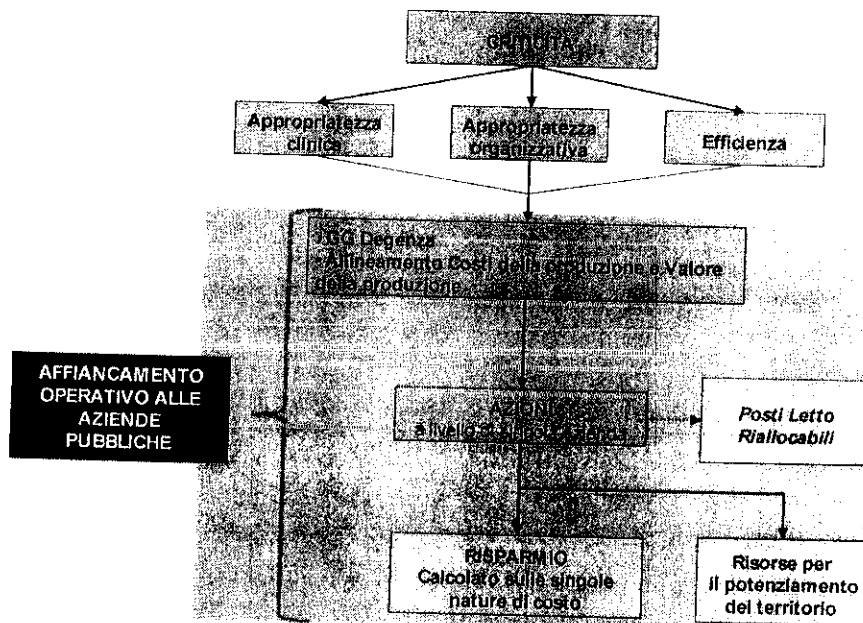
³ Indicatore calcolato sulla domanda soddisfatta di prestazioni ospedaliere per i cittadini Laziali in qualsiasi struttura appartenente al Sistema Sanitario Nazionale (quindi nelle strutture Laziali e delle altre regioni),

- l'analisi delle durate di degenza per le diverse tipologie di ricoveri. Il dato relativo alla Regione Lazio evidenzia una degenza media sulle strutture pubbliche pari a circa 7,7 giorni contro un benchmark di 7,2 (Regioni non in disavanzo). Su tale differenza influiscono una serie di fattori sia relativi al processo clinico-medico, sia di tipo puramente organizzativo. In particolare l'ambito di recupero d'efficienza più rapidamente attuabile senza intervenire sulla componente clinico-medica appare quello legato alla degenza media pre-intervento con riferimento ai ricoveri chirurgici in degenza ordinaria. Su tale parametro la regione Lazio evidenzia una media regionale di 3,6 giornate contro un benchmark di 2,0.

La differenza tra tali valori è pari a ulteriori 250 mila giornate di degenza anno a livello complessivo regionale per le sole strutture pubbliche.

L'applicazione congiunta del recupero di appropriatezza e di efficienza delle strutture pubbliche, in estrema sintesi e come di seguito illustrato, costituirà il meccanismo concreto attraverso cui rendere realistica la razionalizzazione e la riduzione dei Posti Letto in risultati di risparmio sulle strutture pubbliche ospedaliere previsti nel piano.

Applicazione della Nuova metodologia Integrata



L'approccio, da dosare nei due anni, prevede che il potenziale di recupero di risparmio di giornate di degenza sia calato a livello di singola struttura e di singola unità operativa al fine di identificare in modo concreto e puntuale:

- le strutture che, già di limitate dimensioni, risultano ulteriormente sottodimensionate a seguito delle valutazioni di cui sopra e che pertanto si prestano a processi di chiusura / trasformazione / riconversione;



- B) le singole unità operative a livello di ciascuna struttura pubblica che, a fronte della riduzione delle giornate di degenza ottenibile come suindicato, raggiungono una scala dimensionale incompatibile con un'efficiente gestione del personale e dei fattori produttivi.

Le evidenze emergenti dall'analisi circostanziata di cui sopra saranno rese operative in un piano specifico d'intervento definito dalla Direzione Regionale Programmazione Sanitaria dell'Assessorato alla Sanità che si avvale del supporto tecnico dell'ASP e di KPMG.

Detto Piano sarà articolato in programmi di dettaglio per ciascuna azienda pubblica, che dovrà identificare in modo puntuale:

- A) le singole strutture riconvertibili in presidi territoriali;
B) per ciascuna struttura di erogazione pubblica i singoli reparti che possono essere chiusi / accorpati in un'ottica di condivisione efficiente delle risorse (ad es. creazione di degenze condivise per intensità di cura).

Le ipotesi di chiusura / trasformazione / riconversione saranno analizzate in compatibilità con uno dei seguenti fattori:

- essere monospecialistici;
- essere sede di pronto soccorso nell'ambito della proposta di riorganizzazione della rete di emergenza;
- essere ubicate in ASL con un difetto complessivo di posti letto e con un'attività rivolta ai residenti della stessa.

In ogni caso, per consentire l'individuazione, lo sviluppo ed il perseguimento delle singole azioni specifiche in ciascuna struttura, il piano includerà un complesso di strumenti organizzativi, quali:

- la costruzione di linee guida operative da rendere disponibili sul campo per consentire operativamente a livello locale la selettività dei pazienti da ricoverare in attuazione della metodologia di appropriatezza clinica e organizzativa;
- l'istituzione del week hospital;
- l'istituzione di circuiti di prericovero condivisi tra le unità operative;
- l'istituzione dell'osservazione breve intensiva (OBI);
- lo sviluppo ed il potenziamento dell'attività in day surgery;
- il potenziamento dei servizi territoriali e domiciliari.

Per la valutazione dei risparmi concreti derivanti dalla riduzione strutturale e dalle azioni di efficientamento, occorrerà tenere presente:

- la necessità di riallineamento del costo sostenuto dalle strutture al valore della produzione erogata;
- la misura dei differenziali di costo derivanti dall'accorpamento / chiusura / trasformazione / riconversione delle strutture.

In particolare, oltre all'identificazione dei costi vivi eliminabili per beni e servizi, particolare attenzione sarà dedicata alla componente di costo del personale, con riferimento:


- alle risorse disponibili di personale "liberato" dalla chiusura / accorpamento / riconversione dei reparti (vedi punto successivo) da riallocare in mobilità presso strutture sotto organico o in sostituzione del naturale turn-over, sotto vincolo di blocco;
- alle risorse da riattribuire e ricollocare sul territorio, necessarie a consentire la cura nel setting assistenziale appropriato delle patologie trattate oggi in modo inappropriato all'interno dell'ospedale;
- al minor ricorso ad appalti esterni per servizi erogabili dal personale "liberato" dalla chiusura / accorpamento / riconversione dei reparti.

Per quanto concerne inoltre, specifiche manovre volte al recupero di una maggiore efficacia ed efficienza gestionale del sistema delle aziende, occorrerà avviare le seguenti azioni:

- ottimizzare la gestione e l'impiego di beni e servizi, mediante controllo e gestione degli ordini di acquisto e delle bolle di consegna e di presa in carico aziendale, azione parimenti sostenuta da costante benchmark tra aziende sanitarie nei volumi di consumo interventi volti anche all'analisi tra alternative make or buy, all'acquisto o produzione di energia elettrica, al potenziamento dell'area tecnica (ingegneri e periti tecnici);
- recuperare una maggiore efficacia gestionale mediante la centralizzazione degli acquisiti, l'acquisto consociato tra aziende in pool, il controllo ed il monitoraggio dei contratti d'acquisto l'osservatorio prezzi, la tendenza alla uniformità dei prodotti in uso regionale.
- avviare una costante azione regionale volta al recupero di efficienza e di efficacia gestionale delle aziende sanitarie e richiede, oltre all'adozione di alcuni specifici provvedimenti (attivazione osservatorio prezzi, attivazione centrale acquisti), il costante e pressante intervento regionale, a sostegno di una crescita professionale delle aziende sanitarie (politiche del personale, formazione, sistemi informativi sanitari e contabili, ecc) e l'adozione, via via necessitata di specifiche delibere (ad esempio delibera regolamentazione risk management).

Il cronoprogramma di massima previsto è il seguente:

	2008				2009			
	1 trim	2 trim	3 trim	4 trim	1 trim	2 trim	3 trim	4 trim
Stesura del piano di riorganizzazione per singola struttura	■							
Implementazione delle azioni		■	■	■	■	■	■	■
Monitoraggio dei risultati		■	■	■	■	■	■	■



Per affrontare e sviluppare l'intervento, è di fondamentale importanza che vi sia un forte coinvolgimento da parte dei referenti regionali ed aziendali. In fase di avvio, sarà definita la coerente organizzazione e governance progettuale, nonché il piano di lavoro di dettaglio da condividere con tutti i referenti progettuali individuati.

Stimando prudenzialmente il recupero di circa il 10% dei costi interni (escluso il costo del personale dipendente in quanto già previsto nel normale turnover) sulla base del 50% delle giornate di degenza aggredibili con le modalità descritte (circa 1,4 mln), l'impatto economico previsto è pari a circa 70 mln€.

