

Gli elementi di criticità sottolineati nella valutazione del Tavolo di verifica e dal Comitato, espressa in relazione al periodo di effettiva operatività del Piano (6 marzo 2007 – 15 gennaio 2008), tengono conto dei seguenti fattori:

contesto normativo e programmatico

- provvedimenti regionali emanati in attuazione di quanto previsto dalla legge 296/2006 (finanziaria per il 2007), ed in particolare dell'art. 1, comma 796. Tutti i provvedimenti sono stati adottati;

- in relazione all'adeguamento al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, va rilevato che il PSR è stato approvato dal Consiglio regionale con ritardo (10 marzo 2008) ed alla data della verifica (26 marzo) la validazione era ancora in corso. Il PSR propone la realizzazione di obiettivi strategici in linea con il PSN e con gli impegni assunti con la stipula del Piano di rientro. In particolare, esso ridefinisce l'offerta ospedaliera, il potenziamento dell'offerta dei servizi territoriali e la riorganizzazione dell'assetto distrettuale. E' prevista la riconduzione della riabilitazione intensiva extraospedaliera, attualmente affidata ai privati, all'ambito ospedaliero pubblico. Gli interventi puntano alla continuità assistenziale e alla realizzazione di reti in grado di integrare anche ambiti non sanitari. Il Tavolo segnala, tuttavia, che il PSR contiene una norma, non concordata con i Ministeri della salute e dell'economia, in materia di stabilizzazione del personale precario e a tempo determinato, che presenta profili di criticità.

- la Regione ha adottato gli atti necessari per l'adeguamento alle disposizioni vigenti per il Piano regionale di interventi di cui all'art. 20 della legge 67/1988 (accordi di programma). E' in attesa di validazione la DGR n. 959 del 1/10/2007 concernente gli interventi per la realizzazione delle strutture sanitarie necessari a garantire l'attività intra-muraria;

- relativamente agli adempimenti previsti per il 2006, permangono delle criticità che condizionano l'erogazione della quota del 5% del finanziamento per tale esercizio.

capacità di garantire una effettiva operatività e messa a regime del Piano: il 56 per cento⁴³ dei provvedimenti esaminati sono stati valutati positivamente. Ciò fa ritenere, secondo il Tavolo di verifica e il Comitato per la verifica dei LEA, che sia garantito un livello di operatività complessivamente adeguato alle esigenze.

effettiva implementazione e attuazione degli interventi più rilevanti

- il ritardo nell'approvazione del PSR ha influito negativamente sull'effettiva implementazione degli interventi riconducibili all'assetto organizzativo;

- per quanto riguarda, invece, l'assistenza territoriale, la regione ha avviato la maggior parte degli interventi previsti ed in particolare quelli relativi alla riorganizzazione delle cure domiciliari, che risultano in linea con le modalità e tempistiche previste dal PdR, e al riordino del sistema dell'emergenza-urgenza⁴⁴.

- per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, si è registrato un grave ritardo nella definizione delle dotazioni di posti letto ospedalieri a carico del SSR, nella fissazione dei tetti di

⁴³ Si tratta di 74 provvedimenti su 133.

⁴⁴ Il progetto di riordino dell'emergenza-urgenza è compreso nel PSR approvato a marzo 2008. E' stata avviata la sperimentazione di alcuni punti di continuità assistenziale: l'attivazione completa è prevista entro il 2009.

spesa e dei volumi di attività per i privati accreditati e nella indicazione dei criteri per la valutazione dell'appropriatezza riferita a ricoveri DH/DS⁴⁵ e riabilitazione ospedaliera (risultano invece soddisfatti gli adempimenti relativi allo sviluppo di regimi di assistenza alternativi al ricovero ordinario). Ciò nonostante, è stato raggiunto l'obiettivo di contenimento del costo del personale. Al riguardo, il PdR prevedeva di ridurre la spesa per il 2007 al livello raggiunto nel 2004. La Regione ha proceduto, pertanto, al blocco delle assunzioni a tempo indeterminato e ad una costante, progressiva, riduzione della spesa anche per il personale a tempo determinato, attraverso una riorganizzazione dei servizi e del personale intervenendo sugli istituti contrattuali specifici e mantenendo i livelli di assistenza raggiunti⁴⁶. Il Tavolo, tuttavia, segnala che la Regione non ha adottato i provvedimenti per la determinazione delle risorse necessarie per il finanziamento della contrattazione integrativa, in contrasto con quanto previsto dall'art. 1, commi 189, 191 e 194, della legge 266/2005, finalizzate a rendere coerente la consistenza di tali fondi con gli obiettivi di riduzione della spesa del personale e la rideterminazione delle piante organiche.

• per quanto concerne la farmaceutica – per la quale l'Abruzzo registra una spesa inferiore al tetto programmato per la convenzionata (-14,6 milioni al netto del *payback*) con una riduzione del 7,7 per cento rispetto al 2006, mentre per quella non convenzionata si rileva una spesa superiore alla soglia di riferimento⁴⁷ (+41,7 milioni) - il Tavolo e il Comitato evidenziano la carenza dei dati necessari al monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera e alla valutazione dell'impatto delle manovre in questo settore, un ritardo nella definizione delle linee guida per la corretta prescrizione dei principi attivi inseriti nel Prontuario terapeutico ospedaliero⁴⁸, così come nell'implementazione della distribuzione diretta, ed in particolare nel coinvolgimento delle ASL nell'attivazione di gare in forma consortile per l'acquisto di farmaci⁴⁹.

adeguamento dei flussi informativi: viene rilevato il miglioramento della costruzione dei dati che alimentano i modelli CE, mentre per quanto concerne il modello LA, ciò sarà possibile solo in seguito, con la progressiva introduzione della contabilità analitica. Quanto al rafforzamento della struttura amministrativa, nonostante i miglioramenti nella gestione contabile e nel sistema dei flussi informativi, permane un ritardo nella capacità regionale di monitoraggio, controllo e verifica della spesa sanitaria.

Per quanto riguarda il *contenzioso*, nel 2007 sono stati promossi presso il TAR Abruzzo 2 ricorsi, in materia di tariffe.

⁴⁵ Il relativo provvedimento è pervenuto al Tavolo di verifica il 20 marzo 2008.

⁴⁶ Tutte le Aziende sanitarie hanno registrato un contenimento della spesa per il personale, ad eccezione delle USL di Pescara e Chieti che hanno evidenziato un lieve aumento. In ogni caso, il dato complessivo regionale registra per il 2007 un'economia di spesa rispetto a quanto previsto dal PdR.

⁴⁷ 5,1% rispetto al limite del 3% del FSN.

⁴⁸ L'approvazione dovrebbe essere intervenuta nel febbraio 2008.

⁴⁹ Dall'attivazioni delle gare in forma consortile era attesa un'economia di spesa pari a 1 milione nel 2007 e a 4 milioni per ciascuno degli anni 2008 e 2009.

La verifica annuale sull'attuazione del Piano di rientro: la regione Molise

Sulla base dei dati relativi al IV trimestre 2007, corretti con i saldi di mobilità, il risultato di gestione è un disavanzo di 61,571 milioni di euro, che la regione ha integralmente coperto.

Secondo le valutazioni del Tavolo e del Comitato, la Regione ha coperto il disavanzo. Tuttavia, sotto il profilo del contenimento dei costi, essa “ha conseguito un risultato parziale e disomogeneo che non appare suffragato da elementi di strutturalità degli interventi di razionalizzazione nella rete di offerta e delle sue modalità di gestione”.

La presenza sul territorio di macrostrutture⁵⁰ non ha finora consentito alla Regione di sciogliere i nodi programmatici relativi all'assetto strutturale dell'offerta in materia di assistenza ospedaliera.

(milioni di euro)	
Risultato di gestione – IV trim. 2007	- 61,571
Coperture	
- Accesso al Fondo transitorio 2007	29,027
- Quota parte gettito aumento aliquota IRPEF e addizionale IRAP livelli massimi – anno 2007	23,04
- Maggiore copertura anno 2006 ¹	2,934
- Copertura rata debito 2007 non effettuata ²	6,127
- Maggior gettito aumento aliquota IRPEF e addizionale IRAP livelli massimi – anno 2007 ³	0,468
Totale copertura	61,580
Avanzo 2007	0,009

¹ La regione ha effettuato una copertura sul disavanzo 2006 in eccedenza per 2,9 milioni, utilizzabili quindi a copertura 2007.

² Trattasi di una rata per ammortamento debito, il cui pagamento era previsto inizialmente nel 2007 e per il quale invece le rate decorrono dal 2008.

³ Con delibera n. 273 del 31/03/08, la regione ha iscritto in bilancio il maggior gettito per 0,468 milioni.

Ciò comporta sia il permanere di un rischio circa la capacità di contenere i costi nel 2008, sia un ulteriore ritardo nel processo di qualificazione della rete assistenziale prevista dal dPCM 29 novembre 2001 che fissa i Livelli essenziali di assistenza.

Per quanto riguarda la situazione del debito, la regione ha estinto il debito (cumulato al 31 dicembre 2005) cartolarizzato, rimborsando 215 milioni, di cui 97 milioni a seguito dell'anticipazione di liquidità da parte dello Stato autorizzata dalla legge finanziaria per il 2008.

Per quanto concerne la quota di debito non cartolarizzato, cumulato al 31 dicembre 2005, nonché il debito generato dalla gestione 2006, il PdR prevede la certificazione definitiva da parte della regione con il supporto dell'advisor contabile. La procedura è in fase di completamento. Al marzo 2008, risultava che il debito al 31/12/2005 era pari (sulla base delle risultanze contabili delle ASL) a 104 milioni, di cui 63 milioni confermati dai fornitori; quanto al debito generato nel 2006, a fronte di 116 milioni risultanti dalle ASL, i fornitori ne hanno confermato, al momento, 76 milioni. La regione ha sollecitato i fornitori che non lo hanno ancora fatto a fornire risposta circa le posizioni creditorie aperte nei confronti del SSR⁵¹.

⁵⁰ Neuromed e Università Cattolica.

⁵¹ Cfr. art 4, co.2-bis, DL 159/2007. La norma prevede che i crediti interessati dalle procedure di accertamento e riconciliazione dei debiti sanitari al 31 dicembre 2005, attivate dalle regioni in base ai rispettivi Piani di rientro, per i quali le regioni abbiano chiesto ai creditori di comunicare le relative informazioni, si prescrivano entro cinque anni

Gli elementi di criticità sottolineati nella valutazione del Tavolo di verifica e del Comitato, espressa in relazione al periodo di effettiva operatività del Piano (27 marzo 2007 – 15 gennaio 2008), tengono conto dei seguenti fattori:

contesto normativo e programmatico

- provvedimenti regionali emanati in attuazione di quanto previsto dalla legge 296/2006 (finanziaria per il 2007), ed in particolare dall'art. 1, comma 796. Tutti i provvedimenti sono stati adottati, fatta eccezione per quelli diretti a dare attuazione alla lettera v) del comma 796 relativi alla determinazione dei prezzi base per le aste di acquisto dei dispositivi medici. In relazione all'adeguamento al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, va rilevato che il PSR è stato adottato con ritardo (ottobre 2007) rispetto alla scadenza prestabilita (30 giugno). Esso, inoltre, non contiene un esplicito coordinamento con le modifiche da apportare all'atto che regola l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM) per la ridefinizione dei distretti e la riconduzione del numero dei posti letto a quanto previsto dal PdR. Tali elementi, insieme alla presenza di un contenzioso con l'IRCCS Istituto Neuromed sul numero effettivo dei posti letto accreditati, determinano, secondo il Tavolo, una situazione di grave incertezza circa la possibilità di conseguire gli obiettivi previsti dal PdR;

- la regione ha adottato gli atti necessari per l'adeguamento alle disposizioni vigenti per il Piano regionale di interventi di cui all'art. 20 della legge 67/1988 (accordi di programma);

- relativamente agli adempimenti previsti per il 2006, permangono delle criticità che condizionano l'erogazione della quota del 5% del finanziamento per tale esercizio.

capacità di garantire una effettiva operatività e messa a regime del Piano: il 66 per cento⁵² dei provvedimenti esaminati sono stati valutati positivamente. Ciò fa ritenere, secondo il Tavolo di verifica e il Comitato per la verifica dei LEA, che sia garantito un livello di operatività complessivamente adeguato alle esigenze.

effettiva implementazione e attuazione degli interventi più rilevanti

- la mancata ridefinizione dell'assetto dell'ASREM, cui sono connessi il riordino del SSR e le gestioni liquidatorie, comporta un sostanziale e grave ritardo nell'effettiva implementazione degli interventi riconducibili all'assetto organizzativo; ulteriori ritardi relativi a tale area riguardano l'adozione dei provvedimenti per la riduzione delle spese per il personale e per l'abbattimento delle liste di attesa;

- per quanto riguarda, invece, l'assistenza territoriale, la regione ha avviato la maggior parte degli interventi previsti (riequilibrio territoriale dell'offerta riabilitativa intensiva ed estensiva, riconduzione della spesa per riabilitazione alla media nazionale, adozione del tariffario per l'assistenza specialistica, aumento dell'assistenza domiciliare);

- per l'assistenza ospedaliera, si conferma il grave ritardo nella ridefinizione delle dotazioni di posti letto per strutture pubbliche e private accreditate e nell'istituzione dei posti letto DH e DS, nella ridefinizione del sistema di controllo ispettivo, nella diffusione della tessera sanitaria, nella messa a regime del piano annuale delle prestazioni ospedaliere (i

dalla data di maturazione, qualora la comunicazione richiesta non pervenga nel termine indicato. A decorrere dal termine per la comunicazione, i crediti suddetti non producono interessi.

⁵² Si tratta di 98 provvedimenti su 146.

provvedimenti relativi ai tetti di spesa 2007 e alla fissazione del budget per singolo erogatore adottati dalla regione risultano impugnati dall'IRCCS Neuromed e dal centro di alta specializzazione dell'Università Cattolica). E' stata invece avviata la maggior parte degli interventi relativi sia all'autorizzazione ed accreditamento delle strutture di ricovero, che alla razionalizzazione dell'uso dei farmaci in ambito ospedaliero e all'ottimizzazione dei processi di acquisto.

adeguamento dei flussi informativi: nonostante i miglioramenti, permangono gravi lacune che evidenziano una sostanziale carenza della regione nel disporre dati e strumenti sufficienti e con adeguata tempestività per rispondere alle esigenze di governo e di monitoraggio richieste dal PdR.

Per quanto riguarda il *contenzioso*, nel 2007 sono stati presentati al TAR Molise 29 ricorsi, riguardanti essenzialmente la fissazione dei tetti di spesa e dei budget relativi a ogni singolo ente erogatore e la fissazione dei tassi di ospedalizzazione con la conseguente riduzione dei posti letto della rete ospedaliera.

La verifica annuale sull'attuazione del Piano di rientro: la regione Campania

Sulla base dei dati relativi al IV trimestre 2007, corretti con i saldi di mobilità, il risultato di gestione è un disavanzo di 654,103 milioni di euro, che la regione ha integralmente coperto.

(milioni di euro)	
Risultato di gestione – IV trim. 2007	- 654,103
Coperture	
- Accesso al Fondo transitorio 2007	354,997
- Quota parte gettito aumento aliquota IRPEF e addizionale IRAP livelli massimi – anno 2007	218,000
- Eccedenza copertura rata debito 2007	20,267
- Eccedenza copertura disavanzo 2006 ¹	17,254
- Maggior gettito aumento aliquota IRPEF e addizionale IRAP livelli massimi – anno 2007 ²	43,620
Totale copertura	654,138
Avanzo 2007	0,035

¹ La regione ha effettuato una copertura sul disavanzo 2006 in eccedenza per 17,3 milioni, utilizzabili quindi a copertura 2007.

² La regione ha iscritto in bilancio il maggior gettito per 43,620 milioni.

Secondo le valutazioni del Tavolo e del Comitato, la Regione ha coperto il disavanzo.

Tuttavia, sotto il profilo del contenimento dei costi, essa “ha conseguito un risultato parziale e disomogeneo che non appare suffragato da elementi di strutturalità degli interventi di razionalizzazione nella rete di offerta e delle sue modalità di gestione”. Ciò comporta sia il permanere di un rischio circa la capacità di contenere i costi nel 2008, sia un ulteriore ritardo nel processo di qualificazione della rete assistenziale prevista dal dPCM 21 novembre 2001 che fissa i LEA.

Il 2007 si è chiuso con l'impegno della Regione ad assumere i provvedimenti necessari per il riassetto della rete ospedaliera (entro il 31 luglio 2008), la risoluzione delle difficoltà nell'erogazione dei finanziamenti per l'edilizia sanitaria e il contenimento dei costi legati alla gestione del contenzioso.

La valutazione resta pertanto subordinata alla verifica delle prescrizioni con cui sono stati approvati alcuni provvedimenti e all'esame dell'ulteriore documentazione che la Regione si è impegnata ad inviare.

Per quanto riguarda la situazione del debito, sulla base dei documenti redatti con il supporto dell'*advisor*, il debito cumulato al 31 dicembre 2005 è stato rideterminato in 7.020 milioni (rispetto ai 6.914 milioni indicati dal Piano di rientro), di cui 2.216 afferenti all'operazione So.re.SA. e 4.804 milioni residui. Di questi, la regione ha proceduto al pagamento di 4.182 milioni, con un residuo di 622 milioni ancora da transare (tale valore è inferiore di 220 milioni alle richieste dei fornitori).

Per quanto concerne la quota di debito generato dalla gestione 2006, pari a complessivi 2.665 milioni, 1.024 milioni sono stati pagati e per i restanti 1.641 milioni è in corso la procedura di certificazione. Anche in questo caso, l'importo indicato dalla Regione è inferiore (per circa 400 milioni) a quello risultante dalle richieste dei fornitori. Tali scostamenti sarebbero dovuti o a duplicazioni dei dati o a debiti non riconosciuti dalla regione, per i quali il contenzioso è tuttora aperto.

Per il rimborso dei debiti la Regione ha utilizzato, tra l'altro, quota parte (369 milioni) dell'anticipazione di liquidità da parte dello Stato autorizzata dalla legge finanziaria per il 2008 per l'estinzione anticipata dei debiti (630 milioni⁵³).

La valutazione del Tavolo di verifica e del Comitato, espressa in relazione al periodo di effettiva operatività del Piano di rientro (13 marzo 2007 – 15 gennaio 2008), tiene conto dei seguenti fattori:

contesto normativo e programmatico

Sono stati adottati tutti i provvedimenti regionali di attuazione della legge 296/2006 (finanziaria per il 2007), ed in particolare dell'art. 1, comma 796;

- si rileva, invece, un ritardo nell'approvazione del provvedimento di adeguamento al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008;

- si continua a registrare un pesante e generalizzato ritardo nell'utilizzazione delle risorse per l'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico delle strutture del SSR previsto dall'art. 20 della legge 67/1988, aggravato dall'impossibilità di verificare la congruenza dei singoli interventi rispetto agli obiettivi del PdR;

- relativamente agli adempimenti previsti per il 2006, permangono delle criticità che condizionano l'erogazione della quota del 5% del finanziamento per tale esercizio.

capacità di garantire una effettiva operatività e messa a regime del Piano: il 65 per cento⁵⁴ dei provvedimenti esaminati sono stati valutati positivamente. Ciò fa ritenere, secondo il Tavolo di verifica e il Comitato per la verifica dei LEA, che sia garantito l'avvio della fase di attuazione del PdR.

effettiva implementazione e attuazione degli interventi più rilevanti

La mancata adozione dei provvedimenti per la definizione degli standard dei posti letto ospedalieri accreditati a carico del SSR e del nuovo piano ospedaliero regionale – che costituiscono uno degli aspetti più rilevanti della manovra impostata con il PdR – ha influito sulla dinamica dei costi rilevati nello scorso esercizio, ed in particolare su quelli per il personale⁵⁵, per il quale si prevedeva la proroga del blocco parziale delle assunzioni a tempo indeterminato fino all'adozione del Piano aziendale di riorganizzazione da parte della Giunta regionale. La Regione si è impegnata a completare il processo di ridefinizione della rete ospedaliera entro il 31 luglio 2008. Sono stati, invece, adottati i provvedimenti di definizione dei tetti di spesa per i privati accreditati;

- per quanto riguarda l'assistenza territoriale, la regione ha avviato la maggior parte degli interventi previsti (razionalizzazione della distribuzione e attività del pronto soccorso, potenziamento dell'assistenza residenziale, semi-residenziale, e domiciliare - salvo verifica

⁵³ A tale importo, come già previsto dal Piano di rientro, si aggiunge un'ulteriore somma (stimabile nell'ordine di 500-600 milioni) in conseguenza del minor livello di risorse raggiunto con l'operazione So.re.SA.

⁵⁴ Si tratta di 53 provvedimenti su 81.

⁵⁵ Secondo quanto risulta dai modelli CE, è stata rilevata una spesa superiore di 143 milioni a quanto previsto nel PdR.

ulteriore per quanto concerne l'assistenza ai malati terminali – costituzione di nuclei di controllo di appropriatezza territoriale);

- per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, la mancata adozione del nuovo Piano ospedaliero non ha reso possibile il previsto contenimento dei costi di personale; sostanzialmente inattuata sono anche le misure di centralizzazione e razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi (anche non sanitari), determinando così un minor risparmio (appena 0,380 milioni rispetto ai 124 milioni indicati dal Piano)⁵⁶. Non si è pervenuti, inoltre, alla prevista razionalizzazione dei punti nascita e delle prestazioni DH collegate e alla riconduzione del numero dei parti cesarei alla media nazionale⁵⁷. Limitati risultano la diffusione e l'utilizzo della tessera sanitaria. Sono stati, invece, adottati i provvedimenti diretti a promuovere il DH e potenziare forme alternative al ricovero ospedaliero, e i progetti di recupero dell'appropriatezza e riduzione del tasso di ospedalizzazione;

- per quanto concerne la riduzione della spesa farmaceutica, sono stati adottati i provvedimenti diretti ad intensificare la distribuzione diretta dei farmaci, il ricorso all'uso dei generici, il maggior controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni. Sono stati introdotti i ticket sulla farmaceutica e il prezzo di riferimento per il rimborso di alcuni farmaci.

adeguamento dei flussi informativi

- nonostante i miglioramenti, permangono gravi lacune che evidenziano una carenza della regione nel disporre dati e strumenti sufficienti e con adeguata tempestività per rispondere alle esigenze di governo e di monitoraggio richieste dal PdR.

Per quanto riguarda il *contenzioso*, nel 2007 sono stati promossi presso il TAR Campania 4 ricorsi, riguardanti essenzialmente l'attività di distribuzione diretta dei farmaci e gli sconti sulle tariffe.

In aggiunta a questi, stanno tuttavia emergendo numerosi casi di contenzioso (su cui la Regione si è impegnata a preparare una relazione) riguardanti il recupero coattivo di crediti e ricorsi al TAR promossi da case di cura private contro provvedimenti regionali di fissazione dei tetti di spesa, o da associazioni di categoria avverso provvedimenti in materia di tariffe delle cure riabilitative e delle prestazioni radiologiche.

⁵⁶ Il Tavolo ha chiesto alla Regione quali misure intende mettere in atto al fine di conseguire gli obiettivi di risparmio previsti per il 2008 e recuperare i ritardi nel dare attuazione alle gare previste per il 2007.

⁵⁷ Da questa misura si attendeva un risparmio di 9,7 milioni per il 2007. Il Tavolo ha chiesto alla Regione quali misure ha assunto per recuperare le mancate economie 2007. E' stato richiesto inoltre un controllo del 100% delle cartelle cliniche relative a interventi per parti cesarei.

La verifica annuale sull'attuazione del Piano di rientro: la regione Sicilia

Sulla base dei dati relativi al IV trimestre 2007, corretti con i saldi di mobilità, il risultato di gestione è un disavanzo di 612,533 milioni di euro, che la regione ha integralmente coperto.

(milioni di euro)	
Risultato di gestione – IV trim. 2007¹	- 612,533
Coperture	
- Accesso al Fondo transitorio 2007	140,683
- Quota parte gettito aumento aliquota IRPEF e addizionale IRAP livelli massimi – anno 2007	287,000
- Copertura bilancio regionale ²	188,000
Totale copertura	615,683
Avanzo 2007	3,150

¹Il disavanzo in termini matematici risulta essere di 554,594 milioni, tuttavia il Tavolo e il Comitato rilevano l'iscrizione in bilancio di sopravvenienze attive e insussistenze passive relative ad esercizi precedenti, in relazione ai quali non esiste l'equilibrio di bilancio e che quindi non possono generare risorse finanziarie aggiuntive per la copertura degli oneri derivanti dall'anno 2007. Il risultato viene quindi rideterminato, al netto delle poste rettificative ritenute inidonee alla copertura 2007, in 612,533 milioni di euro.

²La regione ha destinato alla copertura un importo massimo di 250 milioni di euro derivanti dalla valorizzazione del patrimonio immobiliare, di cui solo 188 milioni sono nella disponibilità del Servizio sanitario regionale.

Avendo la Regione sottoscritto il Piano di rientro in data 31 luglio 2007, con ritardo rispetto alle altre Regioni, il monitoraggio del Tavolo e del Comitato è stato diretto a verificare gli adempimenti previsti a decorrere dall'ultimo trimestre dello scorso anno. Alla luce dell'esame condotto fino al mese di marzo 2008, il Tavolo e il Comitato rilevano condizioni di inadempienza, ritardi o incongruenze dei contenuti programmatori e gestionali.

Al riguardo viene sottolineato che, poiché gli equilibri di bilancio raggiunti negli esercizi 2006⁵⁸ e 2007 dipendono anche dal concorso dei fondi di accompagnamento previsti dalle leggi finanziarie per tali anni, la cui erogazione è condizionata all'attuazione del Piano di rientro, il permanere di tali gravi ritardi – ove configurasse la volontà della Regione di non rispettare l'Accordo - farebbe venir meno la copertura garantita dal concorso statale; si determinerebbe pertanto una situazione di disavanzo che comporterebbe l'applicazione della procedura di cui all'art. 1, comma 174 della legge 311/2004. Il permanere delle criticità riscontrate nella prima verifica potrebbe portare, poi, all'avvio della procedura di cui all'art. 4 del DL 159/2007.

Per quanto riguarda la situazione del debito cumulato al 31 dicembre 2005, la Regione ha avviato le procedure previste dal Piano di rientro:

- accertamento definitivo e completo della situazione debitoria, con il supporto dell'*advisor* contabile;
- attivazione, con la consulenza di un *advisor* finanziario, delle procedure per l'estinzione anticipata al 2008 del debito sanitario presente sui mercati finanziari, attingendo

⁵⁸ In sede di verifica, è stata accertata l'entità del disavanzo relativo alla gestione 2006, pari a 994 milioni, che la Regione si è impegnata a coprire, anche ricorrendo all'importo di 153 milioni a valere sul Fondo di accompagnamento previsto dalla finanziaria 2006.

all'anticipazione di liquidità statale (2.800 milioni di euro) da rimborsare allo Stato in trent'anni, con una rata annuale di 187 milioni di euro (comprensiva della quota interessi).

Gli elementi di criticità sottolineati nella valutazione del Tavolo di verifica e dal Comitato, espressa in relazione al periodo di effettiva operatività del Piano (31 luglio 2007 – 15 gennaio 2008), tengono conto dei seguenti fattori: il contesto normativo e programmatico, la capacità di garantire una effettiva operatività e messa a regime del Piano, l'effettiva implementazione e attuazione degli interventi più rilevanti, l'adeguamento dei flussi informativi (modelli CE e LA).

Per quanto riguarda:

il contesto normativo e programmatico

- provvedimenti regionali emanati in attuazione di quanto previsto dalla legge 296/2006 (finanziaria per il 2007), ed in particolare dell'art. 1, comma 796. Ad esclusione dell'adempimento previsto alla lettera l) "Piano regionale di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera" che è stato adottato seppure con ritardo, gli altri provvedimenti previsti (lettere o, r, s, t, u, z) nonché l'adeguamento alle disposizioni in materia di personale (comma 565) non sono stati assolti;

- adeguamento al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Il PSR è stato approvato dalla Regione ma inviato al Tavolo e al Comitato con ritardo rispetto alla scadenza programmata del 31 dicembre 2007 e senza rispettare l'iter previsto per tale procedura; pertanto l'adempimento risulta ancora in fase di valutazione;

- la Regione ha presentato le proposte di intervento per l'adeguamento alle disposizioni vigenti per il Piano regionale di interventi di cui all'art. 20 della legge 67/1988 (accordi di programma) che sono stati approvati dal Tavolo e dal Comitato, in alcuni casi con integrazioni;

- relativamente alla gestione 2006, la regione ha rettificato i dati del consuntivo 2006 a marzo 2008, in conseguenza di rettifiche operate sulla maggior parte dei bilanci aziendali a seguito dell'approvazione degli stessi e presenta un miglioramento rispetto a quanto previsto dal Piano di rientro di 89,9 milioni⁵⁹. Tuttavia, relativamente agli adempimenti previsti per il 2006, permangono delle criticità che condizionano l'erogazione della quota del 5% del finanziamento per tale esercizio.

la capacità di garantire una effettiva operatività e messa a regime del Piano: il 38 per cento⁶⁰ dei provvedimenti esaminati sono stati valutati positivamente. Ciò fa ritenere, secondo il Tavolo di verifica e il Comitato per la verifica dei LEA, che allo stato attuale il Piano non può considerarsi operativamente avviato.

l'effettiva implementazione e attuazione degli interventi più rilevanti:

- il contenimento e la riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rappresenta uno degli obiettivi rilevanti del Piano di rientro, con un impatto sulla spesa previsto per l'anno 2007 di 123,3 milioni di euro da raggiungere con azioni sul controllo dei consumi e sulla riduzione

⁵⁹ Disavanzo previsto dal Piano: 1.084,137 milioni; disavanzo effettivo: 994,204 milioni.

⁶⁰ Si tratta di 46 provvedimenti su 123.

dei costi. I risultati rilevati dai Conti Economici - IV trimestre 2007 della voce “Farmaceutica” registrano, in effetti, un ulteriore risparmio rispetto a quanto previsto dallo stesso Piano di 85,6 milioni di euro. Questo risultato consente alla Regione di riportare i costi per la farmaceutica convenzionata ad un livello vicino a quello nazionale;

- il contenimento della spesa specialistica convenzionata e il potenziamento delle strutture di assistenza territoriale pubblica, riorganizzazione dei servizi destinati all’urgenza e all’emergenza e i rapporti con l’assistenza sanitaria di base. In queste forme di assistenza la criticità è rappresentata da una presenza di strutture pubbliche minoritaria rispetto al privato, da una distribuzione delle stesse fortemente diversificata da provincia a provincia ed, in particolare, da una presenza eccessiva di strutture specialistiche private in confronto alla domanda assistenziale. Il Tavolo e il Comitato rilevano elevate criticità dalla mancata o insufficiente adozione di provvedimenti “cardine” del Piano di rientro come, ad esempio, l’Atto di programmazione regionale sul potenziamento delle strutture territoriali residenziali e semiresidenziali pubbliche (con effetto dal II semestre 2007) e i provvedimenti⁶¹ diretti alla riduzione dei costi per l’assistenza territoriale residenziale e di riabilitazione erogata dai privati, non approvati in attesa dell’adozione dei provvedimenti di fissazione dei tetti di spesa. Il Tavolo e il Comitato non hanno, inoltre, validato i provvedimenti di rideterminazione degli aggregati regionali e provinciali della specialistica convenzionata come anche i provvedimenti di determinazione del fabbisogno dell’attività sanitaria per singola specialità e conseguentemente manca la direttiva di riduzione delle strutture dirigenziali semplici e complesse;

- la riduzione delle risorse destinate all’assistenza ospedaliera pubblica e privata, con la revisione della rete ospedaliera, la riduzione dell’attività ad alto rischio di inappropriately e il minor ricorso alla mobilità interregionale. La rimodulazione della rete ospedaliera regionale si pone come momento fondamentale delle azioni previste dal Piano di rientro ma ancor più della riconfigurazione del SSR, dovendo rispondere ad obiettivi di ottimale allocazione ed utilizzazione delle risorse economiche e di progressiva ed uniforme espansione delle garanzie di tutela della salute dei cittadini attraverso una coerente ed equa risposta ai bisogni di salute della popolazione. L’impatto sulla spesa previsto dal Piano di rientro per l’anno 2007 era di 45,374 milioni di euro. Il Tavolo e il Comitato rilevano la mancanza o insufficienza nell’adozione di alcuni provvedimenti considerati fondamentali per la realizzazione di tale obiettivo, in particolare quelli relativi alla revisione dei Protocolli d’intesa e definizione degli atti aziendali dei Policlinici universitari, la riduzione per le aziende sanitarie pubbliche dei posti letto per acuti, il Piano Attuativo Aziendale per i servizi ospedalieri 2007-2009, la messa a regime delle Sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico-privato. I ritardi nell’adozione della nuova rete ospedaliera regionale sono in parte dovuti alla mancanza di dati precisi da parte delle competenti strutture regionali circa il numero effettivo di posti letto accreditati;

- per quanto riguarda le altre misure di contenimento dei costi (personale e acquisto beni e servizi), la Regione ha adottato la direttiva per la riduzione delle strutture dirigenziali complesse e semplici (nella misura del 5% delle strutture complesse e del 10% di quelle semplici) a seguito della rimodulazione delle piante organiche e dell’assetto ospedaliero. La direttiva, tuttavia, non può essere efficace in carenza della ridefinizione della rete ospedaliera. Altri interventi previsti nell’ambito dei costi del personale non sono stati approvati dal Tavolo e dal Comitato o non sono stati ancora adottati dalla Regione. Delle azioni previste per il

⁶¹ Di cui agli obiettivi “Riduzione del 5% dei costi per l’assistenza territoriale residenziale erogata dai privati, a seguito della riduzione delle tariffe giornaliere, con effetto dal 1° ottobre 2007” e “Riduzione del 5% dei costi per l’assistenza territoriale di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78, erogata dai privati, a seguito della riduzione delle tariffe giornaliere, con effetto dal 1° ottobre 2007”.

contenimento dei costi di acquisto di beni e servizi, alcune si sono tradotte in provvedimenti presentati al Tavolo e al Comitato, mentre altre devono essere ancora attuate.

l'adeguamento dei flussi informativi: Il Tavolo e il Comitato rilevano che la Regione ha intrapreso un percorso volto al miglioramento della costruzione dei dati che alimentano i CE, grazie al quale nel 2007 sono state correttamente riclassificate alcune partite contabili e gli accantonamenti per i rinnovi contrattuali. Il modello LA, invece, potrà migliorare solo con l'introduzione della contabilità analitica. Si evidenzia, tuttavia, un sostanziale ritardo nel perseguimento di un effettivo rafforzamento della struttura amministrativa e nell'implementazione di procedimenti amministrativi con conseguente indisponibilità di dati e inadeguatezza degli strumenti necessari a rispondere con tempestività alle esigenze di governo e monitoraggio richieste dal Piano di rientro.

Per quanto riguarda il *contenzioso*, nel 2007 sono stati notificati al Ministero della salute complessivamente 36 giudizi pendenti presso il TAR Lazio o il TAR Sicilia, riguardanti essenzialmente la fissazione dei tetti di spesa e tariffe, i budget relativi a ogni singolo ente erogatore, l'applicazione dello sconto prescritto dall'art. 1, comma 796, lett. o) della legge 296/06, sulle prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio erogate da strutture private accreditate e l'approvazione del relativo Piano di rientro.

Appendice 3 - Le aree di attività del Siveas – Un approfondimento

Area delle garanzie

Monitoraggio dei Livelli Essenziali di assistenza

Nell'ambito di tale area, diretta a verificare il raggiungimento degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale, in termini di equità, efficienza, efficacia, appropriatezza, qualità ed economicità, particolare rilievo assume il monitoraggio dei LEA. Operativamente, il perseguimento degli obiettivi del Siveas in tale settore ha riguardato lo sviluppo di strumenti e di metodologie finalizzati a migliorare l'efficacia dello svolgimento dei compiti di garanzia e di verifica affidati al Ministero della salute.

In particolare, sono state avviate le seguenti attività:

- a) Revisione del sistema di indicatori per il monitoraggio del mantenimento dei LEA.

In attuazione del d.m. 12 dicembre 2001, che prevede la raccolta, l'elaborazione e la pubblicazione di un set di indicatori rilevanti ai fini del monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni, quale garanzia dei principi ispiratori del SSN, nel 2007 è stata completata l'elaborazione degli indicatori previsti per l'anno 2004, e avviata la raccolta dei dati e l'elaborazione degli indicatori relativi al 2005.

Sempre nel 2007, in seguito alla mancata intesa in Conferenza Stato-Regioni sulla proposta di revisione del sistema di indicatori presentata nel 2006, è stato istituito un nuovo tavolo tecnico, con l'obiettivo di giungere a una nuova proposta per la creazione di un "sistema di indicatori "tra loro correlati che consenta di descrivere e valutare le attività, le risorse del SSN e la qualità dell'assistenza erogata". E' stato costituito a tale fine, un gruppo di lavoro misto al quale partecipano sia rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia e finanze, sia rappresentanti delle Regioni, sia esperti e centri di collaborazione del Siveas.

A questi ultimi, in particolare, è stato richiesto di contribuire con:

- la definizione di un quadro metodologico generale;
- la definizione di un "Cruscotto" di monitoraggio regionale⁶², diretto a rilevare lo stato di salute della popolazione delle regioni, delle province e, ove possibile, delle singole aree territoriali, con lo scopo di individuare e valutare le azioni da intraprendere per il miglioramento delle condizioni di salute;
- lo sviluppo di metodologie statistiche che, attraverso "proiezioni", consentano di superare le difficoltà connesse ai ritardi nella disponibilità di dati completi e consolidati relativi ad aspetti rilevanti del Ssn e migliorino la tempestività delle verifiche e delle valutazioni effettuabili a livello centrale⁶³.

⁶² Il Cruscotto è in fase di elaborazione da parte dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, sulla base dell'esperienza maturata nell'ambito della elaborazione del "Rapporto Osservasalute" dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane.

⁶³ A tal fine è stata stipulata una convenzione con l'Istat.

b) Sviluppo di un modello di valutazione dei Sistemi sanitari regionali Nell'ambito del gruppo di lavoro misto di cui al punto precedente, un ruolo particolare è stato assegnato all'Assr (Agenzia per i servizi sanitari regionali), chiamata a curare:

- una ricognizione dei sistemi di valutazione dei Sistemi sanitari a livello regionale;

- lo sviluppo di un modello di valutazione dei Sistemi sanitari, condiviso a livello nazionale, che includa tutte le dimensioni rilevanti ai fini della verifica dei LEA, consenta analisi comparative e fornisca informazioni valide per il supporto dei processi decisionali politici e amministrativi.

c) Sviluppo di un sistema per il monitoraggio e l'analisi dei costi del SSN

Tra le priorità rientra lo sviluppo di metodologie e strumenti orientati a contribuire alla valutazione dei costi (e la relativa verifica) dei LEA secondo le linee prestazionali del dPCM del 29 novembre 2001.

A seguito anche di attività seminariali sullo stato dei sistemi informativi esistenti, i loro limiti e criticità e gli orientamenti per un loro superamento sono stati individuati gli assi principali lungo i quali procedere nello sviluppo di tale sistema.

In particolare, gli elementi principali di questo percorso sono stati individuati nei seguenti:

- sviluppo e sperimentazione di un approccio metodologico per il monitoraggio e l'analisi dei costi del SSN, basato sui dati attualmente disponibili a livello nazionale. I primi risultati del lavoro riguardano essenzialmente la predisposizione di una *Base Dati* unificata ed armonizzata di tutti i dati di natura strutturale raccolti dal SSN a livello regionale dal 2001 fino al 2006⁶⁴. Sono stati inoltre raccolti i dati della spesa privata delle famiglie, allo scopo di verificare se esiste un rapporto di complementarità o sostituibilità con la spesa pubblica;

- la definizione di un approccio metodologico e del fabbisogno informativo per un sistema di monitoraggio e analisi dei costi del SSN a livello nazionale. Si tratta di definire l'impianto metodologico di un sistema, da sviluppare nel medio-lungo periodo, anche mediante una parziale revisione dei flussi informativi esistenti, che consenta al livello centrale di assolvere e tempestiva le funzioni di programmazione e controllo. L'obiettivo è quello di garantire al livello centrale di svolgere sistematicamente sia l'analisi finanziaria delle spese del SSN per la verifica delle compatibilità macroeconomiche, sia l'analisi economica dei costi del SSN per la verifica delle dimensioni di efficienza, equità e qualità nell'impiego delle risorse destinate alla garanzia dei LEA e per la determinazione dei fabbisogni finanziari associati alla garanzia.

In tale ambito di attività, è stata prevista la collaborazione ai lavori del Ministero della salute nell'ambito del Tavolo tecnico misto (Ministero della salute; Ragioneria generale dello Stato, Istat, Assr) istituito presso la DG dei Sistemi Informativi del Ministero della salute per la definizione del percorso metodologico finalizzato alla partecipazione dell'Italia alle rilevazioni OCSE-WHO sui costi della sanità (*System of Health Account*);

⁶⁴ Il Data Base raccoglie tutti i dati di costo e di struttura a livello regionale ad oggi prodotti dal Ministero, con una ricostruzione e documentazione delle fonti di provenienza degli stessi oltre che delle metodologie utilizzate nella loro produzione da parte degli uffici.

• la elaborazione di una proposta per la revisione dei flussi informativi sui costi del SSN. Al fine di migliorare la qualità dei dati di costo rilevati a livello centrale si è proceduto, da un lato, ad avviare una collaborazione con l'Istat orientata a definire specifiche correzioni ed integrazioni nelle modalità di gestione dei flussi esistenti. Dall'altro lato, al fine di verificare la fattibilità di un'omogeneizzazione dei principi contabili e delle regole per il consolidamento dei conti sanitari regionali, è stato richiesto un aggiornamento della ricognizione delle realtà regionali già prodotta nell'ambito del Mattone Misura dei Costi del SSN e la definizione di una proposta operativa per il superamento delle variabilità inter ed intraregionali che limitano la portata informativa dei dati di costo attualmente disponibili;

- la elaborazione di modelli previsionali dell'andamento della spesa sanitaria.

d) Aggiornamento del personale del NAS

Nell'ambito delle attività avviate per il miglioramento delle capacità di valutazione e verifica a livello centrale, in attuazione alla convenzione stipulata con i Nuclei Anti Sostituzioni dei Carabinieri (NAS), sono stati organizzati dei corsi di formazione finalizzati ad aggiornare il personale dei NAS relativamente alle caratteristiche strutturali e organizzative del SSN ed alle innovazioni emerse negli ultimi anni in termini di contesto normativo, di approcci metodologici alla verifica e misurazione della qualità dell'assistenza, della sicurezza dei pazienti, etc.

e) Supporto alle attività di verifica per la prevenzione degli infortuni negli ambienti di lavoro

Un ulteriore ambito di attività è stato quello della verifica del raggiungimento, in ciascuna regione, degli obiettivi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro perseguiti dal SSN. A tale fine è stata stipulata una convenzione con l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (Ispesl), nell'ambito della quale l'Istituto si impegna a verificare le prestazioni erogate dai servizi delle Asl in tale ambito, sia in termini quantitativi che qualificativi. In particolare, l'Ispesl si impegna a garantire attività di consulenza sia per il supporto alle attività del Ministero, sia per la proposta di strumenti adeguati e innovativi per una migliore gestione del sistema e delle sue criticità oltre alla eventuale predisposizione di specifiche linee guida, sia per la soluzione di problematiche avanzate dalle regioni con Piani di rientro dal disavanzo, nell'ambito delle attività di affiancamento.

f) Infine, inclusa nelle attività da sviluppare nell'ambito del SiVeAS a cura dell'Assr, è da ricordare tra quelle relative al monitoraggio dei LEA anche la definizione di un approccio metodologico e del connesso fabbisogno informativo per un sistema di monitoraggio e analisi della attuazione del Piano per il contenimento dei tempi di attesa.

Promozione e valutazione dell'efficienza gestionale

Questa linea di attività si articola nelle tre dimensioni del governo del personale, degli acquisti di beni e servizi e dei controlli interni, che rappresentano aree di valutazione e di intervento rilevanti ai fini del miglioramento dell'efficienza con la quale vengono gestite le aziende del SSN.

Relativamente al governo del personale, sono state avviate le attività finalizzate a:

- migliorare le conoscenze e le capacità di analisi della dimensione, composizione e dinamiche retributive del personale del SSN. In particolare, l'attività di ricerca è stata diretta, per quanto riguarda le politiche e livelli retributivi, alla rilevazione dei livelli di retribuzione lorda effettiva per alcune figure chiave del SSN e dell'incidenza delle diverse voci retributive (soprattutto con riferimento all'utilizzo delle voci di retribuzione variabile); alla relazione tra attività svolte e composizione del personale e alle conseguenze della composizione professionale sulla spesa dei Servizi Sanitari Regionali.

I primi risultati emersi dalle ricerche svolte sono riassunti in una proposta di "Set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei modelli di gestione del personale nei SSR", che include: il set di indicatori individuati per l'analisi delle criticità rilevanti; i risultati dell'analisi dei sistemi informativi del Ministero per la verifica della disponibilità dei dati; le modalità di elaborazione di tali dati; l'identificazione di fabbisogni informativi non ancora colmati e le proposte sulle modalità di raccolta dei dati.

E' stata altresì avviata la definizione di un percorso per l'integrazione dei flussi esistenti che consenta da un lato di colmare le lacune informative che limitano le possibilità di analisi, di valutazione, di programmazione e di controllo, ai diversi livelli decisionali, e dall'altro di assolvere compiutamente ai debiti informativi internazionali⁶⁵;

- conoscere l'entità e le caratteristiche del fenomeno delle assunzioni a tempo determinato all'interno del SSN, cresciuto nel tempo per far fronte alle esigenze dei servizi ospedalieri e territoriali in presenza delle restrizioni introdotte dalle leggi finanziarie succedutesi negli ultimi anni nella copertura dei posti previsti dalle singole dotazioni organiche, al fine di produrre una riduzione della spesa per oneri del personale⁶⁶.

⁶⁵ Infatti, le esigenze informative consolidate a livello internazionale e utili alla programmazione sanitaria del paese richiedono la disponibilità di dati su tutto il personale operante nel settore sanitario e in particolare sul personale sanitario secondo almeno le seguenti caratteristiche: sesso, età, specializzazione esercitata (per i medici), salario o retribuzione percepita, struttura presso cui è svolta la professione (*providers* pubblici e privati). Queste informazioni dovrebbero essere disponibili almeno secondo la classificazione internazionale delle professioni. Inoltre sarebbe necessario disporre, oltre che del conteggio delle persone (*heads*), anche della numerosità in termini di anni-uomo (*full time equivalent*) e di attività lavorative (*jobs*). Infine, l'informazione dovrebbe essere dettagliata sul territorio.

⁶⁶ Anche in relazione agli impegni assunti dal Governo per la stabilizzazione del personale a tempo determinato, il Ministro della salute ha assunto l'impegno con gli Assessori Regionali di predisporre una rilevazione riguardante il personale assunto dalle Aziende del Ssn con rapporto di lavoro a tempo determinato. Tale rilevazione, che è stata recentemente avviata nell'ambito del SiVeAS, distingue il personale precario per tipologia (area dirigenza medica e veterinaria; area dirigenza SPTA; area Comparto), per motivo dell'assunzione (posto vacante di dotazione organica; sostituzione di personale assente o in aspettativa; esigenze straordinarie di servizio; altre motivazioni) e per durata del contratto di assunzione; è stato inoltre richiesto alle Regioni interessate di rappresentare le iniziative assunte per la stabilizzazione del personale precario (specificando se fanno riferimento a leggi regionali o atti deliberativi o altre iniziative).