



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

5399/20
5419

L'Assessore

Cagliari

Regione Autonoma della Sardegna
Uff. Gab. Igiene, Sanita' e Assistenza Sociale
Prot. Uscita del 04/04/2011
nr. 0000755
Classifica: I.6.4

➤ Alla Presidenza della Regione
Ufficio di Gabinetto



SEDE

Oggetto: Consiglio Regionale della Sardegna. Interrogazione n° 368/A (Vargiu – Meloni Francesco – Cossa – Dedoni – Fois – Mula), sulla bocciatura del da parte del Governo nazionale del piano regionale di rientro e del patto per la buona sanità.

Con riferimento all'interrogazione in oggetto, per quanto concerne il punto 1, se risponda al vero che la Regione Sardegna è l'unica tra quelle sottoposte al piano di rientro 2007-2009 che, non solo, non ha ridotto il proprio disavanzo sanitario, ma anzi l'ha significativamente aumentato, si espone quanto segue.

Sulla base dei dati, recentemente resi noti dal Ministero della Salute, si evince che la Regione Sardegna, pur avendo incrementato nel tempo il deficit della gestione strutturale, non è certamente l'unica regione ad aver registrato tale trend. A tal proposito va anzi sottolineato che contrariamente a quanto accaduto ad altre regioni, si è stati in grado di effettuare le relative manovre di copertura atte a sanare i disavanzi.

Si riportano i dati riepilogativi diffusi dal Ministero della Salute

REGIONI	Risultato 2007 Gest. strutturale	Risultato 2007 gest. Dopo Copertura	Risultato 2008 Gest. strutturale	Risultato 2008 gest. Dopo Copertura	Risultato 2009 gest. strutturale	Risultato 2009 gest. Dopo Copertura
Sardegna	-115.437	4.820	-184.926	-75.672	-301.347	18.653
Sicilia	-641.451	-125.920	-482.200	0	-207.754	227.268
Abruzzo	====	====	-107.656	-4.803	-456.042	-360.340



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Calabria	-347.688	-163.872	-177.109	-45.893	-984.245	-895.445
Campania	-862.177	-72.830	-899.566	-223.622	-997.475	-322.386
Lazio	-1.696.481	-141.855	-1.693.342	-186.375	-1.605.824	-110.894
Liguria	=====	=====	-109.311	31.748	-120.457	42.430
Molise	-69.224	-4.096	-86.623	-29.698	-109.865	-54.810

Per quanto concerne i restanti quesiti posti dagli interroganti:

- Punto 2 - Quali siano i motivi di tale preoccupante situazione di andamento della spesa;
- Punto 3 – quali siano i principali indicatori che la regione sta monitorando per radicare le proprie convinzioni;
- Punto 4 – quali siano gli strumenti e le azioni che la regione intende mettere in campo per modificare l'attuale situazione;

si riferisce che nel triennio 2007-2009 l'andamento della spesa sanitaria è stato costantemente monitorato attraverso l'esame di modelli economici preventivi, trimestrali, consuntivi e dei bilanci d'esercizio delle aziende sanitarie.

Le linee d'azione perseguite per il contenimento del trend negativo sono chiaramente indicate negli atti deliberativi della Giunta Regionale, che con DGR 8/16 del 23/02/2010, al fine di impostare misure atte al contenimento della spesa del SSR, dispone in attuazione degli indirizzi nazionali in materia di contenimento della spesa per il personale e fino alla presentazione dei documenti di programmazione, il blocco parziale del turn over del personale, dipendente o con altro rapporto di lavoro, consentendo la copertura dei posti nel limite del 70% per il ruolo sanitario e per le qualifiche di ATA-OSS del ruolo tecnico e del 10% per i restanti ruoli.

Inoltre, la citata deliberazione richiede alle aziende sanitarie, con particolare riferimento a quelle interessate da processi di scorporo di presidi ospedalieri, di sospendere processi di mobilità



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

di personale interaziendale e intraziendale dai presidi stessi ad altre attività dell'Azienda, ove non compensati da corrispondente processo di trasferimento da altre attività ai presidi.

Di seguito con DGR 20/7 del 19.05.2010, vengono individuate le principali criticità del sistema e si definiscono puntualmente le azioni strategiche da mettere in campo per il contenimento della spesa sanitaria, dettagliatamente indicate nell'allegato alla delibera stessa.

In fine, si sottolinea che la Giunta Regionale ha da oltre un anno presentato all'attenzione del Consiglio Regionale il disegno di legge per la riforma del SSR, che una volta esitato consentirà di razionalizzare la spesa con evidenti benefici sotto l'aspetto strutturale della stessa.

Per maggiore comodità di consultazione si allega copia delle citate deliberazioni della Giunta regionale.

L'Assessore

Antonio Angelo Liori



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DELIBERAZIONE N. 8/16 DEL 23.2.2010

Oggetto: Indirizzi alle Aziende Sanitarie per la gestione dell'esercizio economico 2010 e per la presentazione dei documenti di programmazione ex L.R. n. 10/2006 in considerazione delle modifiche al Sistema Sanitario Regionale introdotte con la L.R. n. 3/2009: processi di scorporo dei PP.OO. e creazione Macroarea per attività amministrative e di supporto.

L'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ricorda che la legge regionale n. 3 del 7 agosto 2009, all'art. 12, ha dettato "Disposizioni in materia di sistema sanitario regionale" con le quali si è dato avvio al processo di riforma del sistema stesso, al fine di modificarne sia l'assetto istituzionale che quello organizzativo.

Allo scopo di dare corso agli adempimenti previsti dalla menzionata legge, la Giunta regionale ha adottato la deliberazione n. 42/17 del 15 settembre 2009 con la quale si è dato avvio al processo di riforma di cui sopra e al commissariamento delle Aziende Sanitarie, nonché la deliberazione n. 52/12 del 27 novembre 2009 con la quale sono stati adottati nuovi schemi per i documenti di programmazione sanitaria per l'anno 2010.

L'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ritiene opportuno ricordare che la normativa nazionale prevede che la gestione del Sistema Sanitario Regionale nel 2010 debba tenere conto dei seguenti fattori:

- della verifica da parte dei competenti Ministeri della completa attuazione del piano di rientro 2007-2009, ovvero dell'equilibrio della gestione 2008, ancora sospesa, e della gestione 2009, che ha preso avvio dopo la presentazione del Conto Economico consolidato regionale relativo al IV trimestre;
- del nuovo Patto per la salute 2010-2012, che impone alle Regioni e, conseguentemente, alle Aziende Sanitarie Regionali norme particolarmente severe per il controllo della spesa sanitaria e per contenere i disavanzi rispetto al fabbisogno determinato a livello nazionale, anche se coperti da fondi regionali;



- del riparto nazionale delle disponibilità finanziarie per il 2010, che per la Regione Autonoma della Sardegna comporta un incremento di 34,9 milioni (+ 1,24% rispetto alla assegnazione definitiva del 2009).

Inoltre ritiene opportuno ricordare che le innovazioni introdotte dal nuovo Patto della salute nel controllo dell'andamento dei costi sono particolarmente incisive su quanto di seguito indicato:

- obbligo di adozione di interventi correttivi regionali (tra cui misure di partecipazione al costo delle prestazioni) nel caso in cui si profili, sulla base dei dati relativi al II trimestre, proiettati su base annua tenendo conto dei trend stagionali, uno squilibrio di bilancio del settore sanitario pari o superiore al 5% rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie (articolo 5);
- obbligo dell'adozione di un piano di rientro nel caso in cui il disavanzo sanitario accertato in base al Conto Economico del IV trimestre, anche se coperto con fondi regionali, sia pari o superiore al 5%, rispetto alla precedente soglia del 7% che aveva fatto scattare l'obbligo del piano di rientro per la Regione Autonoma della Sardegna (articolo 13, comma 3);
- impegno delle regioni di adottare provvedimenti di riduzione dei posti letto ospedalieri nei limiti del nuovo standard di 4 posti letto per mille abitanti (articolo 6);
- impegno delle regioni all'ulteriore contenimento della spesa di personale (articolo 12), anche in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa, prevedendo, in particolare:
 - a) le modalità di predisposizione del programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato e determinato, che presta servizio con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni, finalizzato alla riduzione della spesa complessiva per il personale, con conseguente ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa;
 - b) la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente, delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa.

Premesso quanto sopra in ordine al quadro normativo nazionale, l'Assessore ritiene importante considerare i processi in atto a livello regionale:



- il processo di attuazione della riforma del Servizio Sanitario Regionale prevista dall'articolo 12 della L.R. n. 3/2009, come sopra accennato, è in fase di sviluppo e consentirà di procedere, nel corso dell'anno, allo scorporo effettivo dei maggiori presidi ospedalieri dalle Aziende Sanitarie Locali, con contestuale creazione delle aziende ospedaliere, e alla creazione della macroarea per le attività amministrative e di supporto;
- l'assegnazione alle Aziende Sanitarie delle risorse disponibili nel bilancio regionale 2009 definita con una recente deliberazione della Giunta e che verrà seguita dalla assegnazione delle risorse integrative previste nel bilancio regionale 2010, alla luce dei Conti Economici del IV trimestre 2009;
- sono in fase di predisposizione i criteri per il riparto tra le Aziende Sanitarie delle disponibilità finanziarie per la gestione del 2010, anche alla luce dei Conti Economici del IV trimestre 2009;
- alcune Aziende Sanitarie (ASL n. 3, n. 4, n. 5, n. 6, n. 7 e AOU di Sassari) hanno predisposto i documenti di programmazione per l'anno 2010 in attuazione delle direttive approvate con la Delib.G.R. n. 52/12 del 27 novembre 2009, ivi compreso il bilancio di previsione e il piano annuale di fabbisogno del personale, e stanno inoltrando alla Regione distinte richieste di procedere a nuove assunzioni di personale, il tutto senza tenere conto dei processi di scorporo degli ospedali in attuazione dell'articolo 12 della L.R. n. 3/2009.

Tutto ciò premesso l'Assessore della Sanità propone alla Giunta di assumere le proprie determinazioni in merito all'argomento.

La Giunta regionale, sentita e condivisa la proposta dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e constatato che il Direttore generale della Sanità ha espresso il parere favorevole di legittimità

DELIBERA

- di sospendere la presentazione dei documenti di programmazione ex Delib.G.R. n. 52/12 del 27 novembre 2009 in attesa dell'effettiva operatività degli scorpori dei presidi ospedalieri dalle Aziende Sanitarie Locali, legata anche alle risorse finanziarie che verranno loro assegnate per il 2010;
- di sospendere l'approvazione dei documenti di programmazione eventualmente predisposti dalle Aziende Sanitarie ai sensi della Delib.G.R. n. 52/12 del 27 novembre 2009 e i processi autorizzativi relativi all'assunzione di nuove unità di personale. Ciò nella prospettiva della loro



revisione in modo da renderli compatibili con le risorse finanziarie che verranno assegnate per il 2010;

- di fissare, contestualmente all'assegnazione delle risorse finanziarie per l'anno 2010, i nuovi termini di presentazione dei documenti di programmazione o della loro revisione, se già presentati;
- di disporre, in attuazione degli indirizzi nazionali in materia di contenimento della spesa di personale e fino alla presentazione dei documenti di programmazione, il blocco parziale del turn over del personale, dipendente o con altro rapporto di lavoro, consentendo la copertura dei posti nel limite del 70% per il ruolo sanitario e per le qualifiche di OTA-OSS del ruolo tecnico e del 10% per i restanti ruoli;
- di richiedere alle Aziende Sanitarie, con particolare riferimento a quelle interessate da processi di scorporo di presidi ospedalieri, di sospendere processi di mobilità di personale interaziendale e intraaziendale dai presidi stessi ad altre attività dell'Azienda, ove non compensati da corrispondente processo di trasferimento da altre attività ai presidi.

Il Direttore Generale

Gabriella Massidda

Il Presidente

Ugo Cappellacci



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DELIBERAZIONE N. 20/7 DEL 19.5.2010

Oggetto: Legge n. 191 del 23 dicembre 2009, art. 2, comma 77. Patto di buon governo del Sistema Sanitario Regionale - anno 2010.

L'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ricorda che il nuovo Patto per la Salute 2010-2012 impone alle regioni norme particolarmente severe per il controllo della spesa sanitaria, art. 2 comma 77 della legge n. 191 del 23 dicembre 2009.

Costituisce standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 5 per cento, ancorché coperto con risorse proprie dalle Regioni, ovvero un livello inferiore al 5 per cento, qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo. Nel caso di raggiungimento o superamento dello standard dimensionale, la regione interessata è tenuta a presentare entro il successivo 10 giugno un Piano di Rientro, di durata non superiore al triennio, elaborato con l'ausilio dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni.

Il Piano deve contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme al vigente piano sanitario nazionale e al vigente decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di fissazione dei medesimi livelli essenziali di assistenza, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano.

L'Assessore ricorda inoltre che alla riunione congiunta del Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, tenutasi il 23 marzo scorso, la regione Sardegna è risultata inadempiente rispetto agli obblighi imposti dal Piano di Rientro 2007/2009. E' comunque possibile adottare ulteriori misure per l'attuazione del Piano di Rientro, e per la produzione della documentazione necessaria alla valutazione, entro il 31 dicembre 2010;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**DELIBERAZIONE N. 20/7
DEL 19.5.2010**

L'Assessore propone pertanto di attivare un Patto di Buon Governo tra la Regione e ciascuna Azienda del Servizio Sanitario Regionale, che, mediante la sottoscrizione di impegni congiunti, consenta il rispetto dei parametri imposti dal Piano attraverso le azioni descritte nell'allegato alla presente deliberazione, migliorando l'appropriatezza delle prestazioni nella garanzia dei livelli di assistenza.

La Giunta regionale, in accoglimento della proposta dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, constatato che il Direttore Generale della Sanità ha espresso il parere favorevole di legittimità sulla proposta in esame,

DELIBERA

- di approvare l'allegata direttiva contenente le azioni per il Patto di Buongoverno del Servizio Sanitario Regionale proposta dall'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale;
- di stabilire che il Patto di Buongoverno venga sottoscritto tra la Direzione Generale della Sanità e le singole Aziende del Servizio Sanitario Regionale entro 30 giorni dall'adozione della presente deliberazione.

Il Direttore Generale

Gabriella Massidda

Il Vicepresidente

Sebastiano Sannitu



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 20/7 del 19.5.2010

Le azioni per il "Patto di buon governo 2010" (PBG 2010)

INDICE

1. I piani di riqualificazione dell'assistenza e di rientro dal disavanzo ex l.r. 7/2005
2. Il piano di rientro regionale
3. Il nuovo quadro di riferimento nazionale
4. Le risorse a disposizione del SSR
5. Le azioni regionali di indirizzo delle aziende e di sostegno della loro attività
6. Verso il Patto di buon governo 2010
7. Il contenuto della manovra gestionale
 - 7.1 Appropriatelyzza e *performance* delle prestazioni
 - 7.2 Costi delle prestazioni affidate all'esterno
 - 7.3 Costi della produzione interna
8. Le attività di supporto per il governo aziendale

1. I piani di riqualificazione dell'assistenza e di rientro dal disavanzo ex l.r. 7/2005

L'art. 13, comma 8, della legge regionale n. 7 del 21 aprile 2005, al fine di garantire il perseguimento dell'equilibrio di bilancio tra il fabbisogno determinato a livello nazionale per il servizio sanitario regionale ed il costo del servizio stesso, aveva previsto che le Aziende Sanitarie adottassero un piano strategico di riqualificazione dell'assistenza e di rientro del disavanzo consolidato (PRR), in conformità a linee guida adottate dalla Giunta Regionale.

Tale previsione si collocava nel quadro della manovra di contenimento della spesa sanitaria avviata a livello nazionale con la legge 311/2004 e sancita nell'Intesa Stato – Regioni del 23.3.2005.

La Giunta Regionale ha dato attuazione a tale disposizione con la deliberazione del 26 agosto 2005, n. 40/4.

Le aziende sanitarie regionali, nei mesi successivi, hanno predisposto i rispettivi PRR e, per le aziende interessate alla modifica degli ambiti territoriali, all'inizio del 2006, hanno adeguato tali piani al nuovo assetto.

In merito ai PRR occorre osservare che:

- sono stati utilizzati prevalentemente come strumento di confronto tra la Regione e le aziende per le scelte del governo locale, nelle more dell'attivazione degli strumenti previsti dalla l.r. 10/2006 in materia di organizzazione (mediante l'atto aziendale) e di programmazione locale;
- non hanno svolto il ruolo previsto di strumento di rientro dal disavanzo. Infatti i PRR non sono stati strettamente collegati con gli obiettivi economici e, conseguentemente, non sono stati concordati tra la Regione e le aziende.

2. Il piano di rientro regionale

La l.r. 7/2005, nel prevedere la predisposizione da parte delle aziende sanitarie dei PRR, di fatto teneva conto della situazione di disavanzo strutturale, successivamente certificata dai competenti ministeri nel corso del 2006 e con riferimento al 2005. Infatti per tale anno la Regione Autonoma Sardegna è stata considerata inadempiente in ordine al rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della gestione del SSR, presentando un disavanzo superiore al 7% del finanziamento ordinario, ancorché coperto con fondi regionali.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Conseguentemente la Regione, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della l. 311/2004, ha dovuto predisporre un piano di rientro dal disavanzo per il triennio 2007 – 2009.

Tale piano di rientro è stato largamente disatteso, anche perché non basato su cogenti piani di rientro aziendali.

In particolare:

- le azioni previste dal piano di rientro sono state sviluppate in modo incompleto;
- la Regione non ha rispettato gli obiettivi di contenimento dei costi nel biennio 2008 – 2009; in entrambi gli anni il disavanzo, ancorché coperto dalla Regione, ha superato il tetto posto dall'Intesa del 23.3.2005 (7% del finanziamento ordinario).

Pertanto i Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze hanno evidenziato il mancato rispetto del piano e richiesto alla Regione di porre rimedio al perdurare della situazione di disequilibrio economico-finanziario, mediante l'adozione di idonei interventi correttivi, vincolando la completa riattribuzione delle somme non corrisposte al superamento della situazione di inadempienza.

3. Il nuovo quadro di riferimento nazionale

Per completare il quadro di riferimento occorre anche ricordare gli indirizzi dell'Intesa tra lo Stato e le Regioni del 3 dicembre 2009, relativa al Patto per la salute 2010 – 2012, che costituisce il necessario quadro di riferimento per le politiche sanitarie delle regioni, ivi comprese quelle a statuto speciale.

Il Patto per la salute, ad integrazione degli indirizzi contenuti nelle precedenti intese, in particolare quella del 23 marzo 2005, prevede indicazioni vincolanti per la programmazione e la gestione regionale della sanità.

In particolare giova ricordare le seguenti prescrizioni per l'azione regionale:

- limite dell'integrazione regionale pari al 5% del finanziamento ordinario;
- riduzione degli standard relativi alla dotazione di posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti: da 3,5 a 3,3 posti letto per acuti, da 1 a 0,7 per la postacuzie. Tale riduzione comporterà l'ulteriore revisione della rete ospedaliera, pubblica e privata;
- riduzione stabile del personale, dipendente e con altre forme contrattuali, e, conseguentemente, dei relativi fondi della contrattazione integrativa. Tali indirizzi sono particolarmente rilevanti nella Regione Autonoma Sardegna, che registra una dotazione di personale superiore alla media nazionale.

Il Patto per la salute, nel ribadire l'obbligo in capo alle regioni del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della gestione, prevede a carico delle regioni inadempienti, oltre alla predisposizione dei piani di rientro, incisive misure di copertura dei costi (con la elevazione automatica della aliquota IRAP e delle addizionali IRPEF) e di contenimento dei costi (dalla introduzione dei *ticket* al blocco del *turn over* per un triennio).

Infine il Patto per la salute prevede lo sviluppo del monitoraggio della rete delle strutture, delle attività e dei costi dei servizi sanitari regionali mediante un'ampia gamma di indicatori:

- tasso di ospedalizzazione;
- costo unitario del personale;
- personale ospedaliero in rapporto ai posti letto;
- personale non ospedaliero in rapporto alla popolazione;
- n. medio di posti letto per struttura ospedaliera;
- n. di strutture complesse e semplici;
- costi medi per gruppi di prestazioni;
- spesa procapite per gruppi di prestazioni;
- indicatori vari relativi all'appropriatezza organizzativa.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Pertanto le verifiche annuali sviluppate a livello nazionale dal Comitato LEA e dal Tavolo di monitoraggio degli adempimenti, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 si baseranno su una base informativa molto più ampia rispetto al passato.

4. Le risorse a disposizione del SSR

Per completare il quadro di riferimento per la gestione del SSR occorre tenere conto delle risorse a disposizione:

- il finanziamento nazionale del 2010, al lordo delle entrate dirette aziendali, è pari a 2,8 miliardi;
- l'integrazione regionale prevista dal bilancio 2010 sarà totalmente destinata a coprire i disavanzi delle gestioni 2008 – 2009.

Pertanto:

- le risorse attualmente a disposizione sono inferiori al fabbisogno 2009, come determinato in base al conto economico del 4° trimestre;
- l'integrazione regionale dovrà gradualmente essere ridotta, al fine di pervenire al tetto del 5% previsto dal Patto per la salute.

In tale contesto:

- il riparto delle risorse a disposizione, operato in analogia con la metodologia adottata per il 2009, non è compatibile con la situazione gestionale del SSR. Infatti il riparto certificherebbe una generalizzata situazione di disavanzo, anche se con una incidenza differenziata tra le aziende;
- occorre attivare in via immediata azioni straordinarie di contenimento dei costi, mediante la predisposizione di una manovra gestionale straordinaria idonea a conseguire primi effetti nel corso del 2010.

5. Le azioni regionali di indirizzo delle aziende e di sostegno della loro attività

Il perseguimento dell'equilibrio della gestione comporta azioni a livello regionale ed aziendale.

A livello regionale occorre:

- definire i criteri di revisione della rete ospedaliera pubblica e concordare con le associazioni di categorie la revisione della rete ospedaliera privata, agevolando eventuali conversioni funzionali e territoriali;
- definire con le organizzazioni sindacali del personale dipendente accordi che facilitino l'attuazione della razionalizzazione della rete dei servizi, ospedalieri e non, al fine di porre rimedio alle attuali situazioni anomale;
- definire con le organizzazioni sindacali del personale medico convenzionato accordi che migliorino l'appropriatezza dei consumi e facilitino la continuità assistenziale;
- sviluppare le azioni necessarie per pervenire a protocolli condivisi dai professionisti coinvolti, in modo da facilitare i controlli aziendali sulle prestazioni erogate e acquistate;
- supportare le ASL nei processi di contrattazione con i soggetti erogatori, pubblici e privati;
- fornire costantemente alle aziende sanitarie regionali valutazioni comparative sulle rispettive performance;
- completare lo sviluppo del SISAR.

6. Verso il "Patto di buon governo" con le aziende sanitarie regionali

In base al quadro di riferimento delineato nei punti precedenti occorre che tutte le aziende sanitarie predispongano una manovra gestionale straordinaria idonea a contenere i costi già nel corso del 2010.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La manovra dovrà prevedere:

- l'andamento tendenziale dei costi per macro-aggregati, in base alla proiezione ad anno del conto economico del 1° trimestre, tenendo conto dei maggiori oneri già preventivabili alla data odierna (rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato ecc.);
- le manovre di contenimento dei costi, attivate o da attivare. Resta ovviamente inteso che le manovre non dovranno comportare riduzione dei livelli assistenziali appropriati, ovvero potranno agire solo sui livelli assistenziali a rischio di inappropriately;
- l'andamento programmato dei costi per macro-aggregati, ovvero l'andamento tendenziale al netto dei risultati attesi dalle manovre di contenimento.

La manovra gestionale sarà esaminata nell'ambito di incontri tra la direzione del competente Assessorato e le direzioni aziendali, al fine di:

- valutare la corretta determinazione dell'andamento tendenziale e dei risultati attesi dalle manovre di contenimento dei costi;
- valutare l'impatto delle manovre sul livello dei servizi;
- definire il tetto del "disavanzo programmato";
- pervenire alla sigla con le direzioni aziendali di un accordo relativo al perseguimento dell'obiettivo dell'equilibrio della gestione, nei limiti del disavanzo programmato, denominato "Patto di buon governo 2010", con allegato il CE preventivo revisionato sulla base dell'andamento programmato dei costi e il piano della manovra gestionale.

7. Il contenuto della manovra

Le Aziende Sanitarie, nel predisporre la manovra, devono tenere conto:

- degli indirizzi pianificatori nazionali: Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005, Patto per la salute triennio 2010-2012, Decreto del Ministero della Salute del 28 gennaio 2010, Legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Legge finanziaria 2010);
- degli indirizzi pianificatori regionali: Legge Regionale n. 3 del 2009, art. 12, DGR 52/12 del 27/11/2009 Direttive di programmazione e rendicontazione per l'anno 2010 a seguito delle modifiche al servizio sanitario regionale, DGR 8/16 del 23/02/2010 Indirizzi alle aziende sanitarie per la gestione dell'esercizio economico 2010 e per la presentazione dei documenti di programmazione ex L.R. n. 10/2006.

In particolare la manovra dovrà essere articolata nelle seguenti parti:

- appropriatezza e *performance* delle prestazioni;
- costi delle prestazioni affidate all'esterno;
- costi della produzione interna.

7.1 Appropriatazza e performance delle prestazioni

La Sardegna presenta evidenti situazioni di inappropriatazza della domanda di prestazioni e di inappropriatazza nel sistema di risposta da parte dei soggetti erogatori:

- eccessivo ricorso all'ospedalizzazione ordinaria;
- elevata spesa farmaceutica territoriale (convenzionata, diretta e per conto);
- limitato ricorso all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale (anche se in sviluppo negli ultimi anni).

Per superare tale situazione occorre agire:

- sul livello della domanda, controllando in particolar modo la domanda inappropriata di prestazioni, agendo sia nei confronti degli utenti che dei medici prescrittori;
- sul livello dell'offerta, evitando che un eccesso di capacità produttiva provochi una domanda inappropriata, facilitando l'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie territoriali e agendo sul miglioramento delle performance nei processi produttivi aziendali e interaziendali.

Il piano dovrà prevedere:



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- le azioni di responsabilizzazione dei medici dipendenti: obiettivi assegnati alle strutture complesse per la retribuzione di risultato e altri strumenti, con gli strumenti di valutazione dei risultati raggiunti;
- le azioni di responsabilizzazione dei medici convenzionati: sensibilizzazione mediante la segnalazione dei profili prescrittivi riferiti a medie regionali/di ASL e/o *benchmark* di riferimento, obiettivi assegnati alle aggregazioni dei medici ecc.;
- le azioni richieste ai PUA e agli organismi di valutazione per l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie;
- le azioni richieste per migliorare le *performance* nei processi di erogazione delle prestazioni (degenza media, degenza preoperatoria ecc.);
- le economie attese dal contenimento delle prestazioni inappropriate e dal miglioramento delle *performance* nella erogazione delle prestazioni;
- i maggiori costi sostenuti per lo sviluppo di prestazioni precedentemente inadeguate (incremento prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali sostitutive di ricoveri ospedalieri ecc.).

Per indirizzare la formulazione del piano la direzione generale dell'Assessorato competente fornirà ad ogni azienda una scheda con la evidenziazione degli indicatori più significativi, con la posizione aziendale rispetto alla media regionale ed a *benchmark* di riferimento.

7.2 Costi delle prestazioni affidate all'esterno

Le ASL sono tenute a controllare il costo di acquisto di servizi sanitari finali presso soggetti erogatori privati:

- il rispetto dei tetti posti dalle Regione per i contratti;
- nel caso in cui la ASL si faccia carico di tutte le prestazioni erogate, ivi comprese quelle ad utenti di altre ASL, la composizione territoriale degli assistiti, al fine di pervenire alla articolazione tendenziale del budget per le ASL interessate, coinvolgendo le ASL stesse nella valutazione del rispettivo fabbisogno;
- la composizione quali-quantitativa delle prestazioni da richiedere ai soggetti erogatori privati nell'ambito del tetto assegnato, al fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate e indirizzare l'offerta verso le prestazioni da sviluppare;
- nel caso di tariffe giornaliere, il controllo della durata della prestazione.

Il piano dovrà prevedere:

- una scheda per ogni soggetto erogatore con gli indicatori significativi della produzione erogata nel 2009 ed attesa nel 2010 (articolazione per grandi tipologie di prestazioni erogate e, per le prestazioni a carico del bilancio a prescindere dalla residenza dell'assistito, per ASL);
- una valutazione complessiva di adeguatezza della rete dei soggetti erogatori, con la evidenziazione delle eventuali situazioni di eccesso e di carenza di capacità produttiva.

Per indirizzare la formulazione del piano la direzione generale dell'Assessorato competente fornirà una scheda con gli indicatori da utilizzare.

Nel caso delle ASL di Sassari e di Cagliari il controllo deve essere esteso alle prestazioni erogate ai propri assistiti dalle Aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie.

7.2 Costi della produzione interna

Per "costi della produzione interna" si intendono tutti i costi sostenuti dalle aziende sanitarie regionali, al netto dei costi sostenuti per le prestazioni finali affidate all'esterno.

L'analisi del rapporto tra i costi di produzione degli ospedali e dei poliambulatori a gestione diretta e la valorizzazione tariffaria della produzione stessa ha evidenziato diffuse e differenziate situazioni di inefficienza gestionale, solo in parte giustificate da motivi strutturali.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

In particolare recenti analisi nazionali hanno evidenziato una sovradotazione di personale medico, in larga parte legata ad una capacità produttiva e ad una attività in eccesso rispetto agli standard nazionali.

Il piano deve affrontare la composizione dei costi di produzione:

- personale, dipendente o operante in forza di altro rapporto (interinali, collaborazioni, medici dei servizi, medici specialisti ambulatoriali interni ecc.);
- beni di consumo, sanitari e non;
- servizi non sanitari.

Il piano deve riguardare anche gli ospedali maggiori di cui si prevede lo scorporo dalle ASL, ai sensi della l.r. 3/2009.

Il piano dovrà prevedere:

- una scheda per ogni presidio ospedaliero e una per i poliambulatori extraospedalieri, con la stima dei costi e, ove possibile per la presenza di tariffari di riferimento, la valorizzazione della produzione;
- la scheda relativa agli ospedali sarà costituita dal modello CP, con la integrazione della valorizzazione della produzione in base al sistema tariffario e con la stima dei costi delle attività non tariffate (pronto soccorso, servizi trasfusionali, utilizzando a tale fine i costi rilevati con il modello LA, previa verifica dell'attendibilità di tali costi).

Le schede dovranno essere accompagnate dagli interventi di razionalizzazione dell'attività:

- per gli ospedali: ipotesi di riduzione della capacità produttiva per rispettare gli standard nazionali, superamento dei reparti omologhi non giustificati dalla dimensione della domanda, accorpamento dipartimentale di unità di degenza, coordinamento funzionale di reparti omologhi di diversi ospedali;
- per i poliambulatori: riorganizzazione per consentire l'utilizzo più efficiente del personale e delle dotazioni strumentali (economie nei fattori produttivi o sviluppo quali-quantitativo dei servizi, coordinamento funzionale tra i diversi poliambulatori extraospedalieri e con i poliambulatori ospedalieri ecc.);
- per le attività distrettuali (dipartimento di prevenzione, attività consultoriali, per le dipendenze, la salute mentale ecc.): riorganizzazione per consentire l'utilizzo più efficiente del personale, coordinamento funzionale tra le diverse sedi operative ecc..

Accanto alle schede per presidio / area di produzione il piano dovrà contenere una scheda per i fattori produttivi più rilevanti:

- personale: piano di riduzione della dotazione organica effettiva, a seguito delle azioni di razionalizzazione individuate nelle schede precedenti, con la valutazione della percorribilità della riduzione per effetto delle uscite fisiologiche di personale dall'azienda (pensionamento o altra causa, sulla base del trend rilevato nel conto annuale) e della conseguente economia;
- acquisto di beni: piano di razionalizzazione dei consumi (riducendo la gamma dei beni da acquistare, in particolare le dichiarazioni di scelta, sviluppando per i beni sanitari la logica già utilizzata per i PTOR) e di aggregazione dei processi di acquisizione, con la valutazione delle possibili economie;
- servizi non sanitari: il piano di razionalizzazione dei costi relativi ai servizi sanitari dovrà prevedere per ogni voce la valutazione della congruità dei contratti in essere rispetto ai costi previsti dalle convenzioni Consip.

Per indirizzare la formulazione del piano la direzione generale dell'Assessorato competente fornirà lo schema delle schede e alcuni indicatori di riferimento.

8. Le attività di supporto per il governo aziendale



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Per garantire la puntuale attuazione del Patto di buon governo le aziende sanitarie devono porre particolare attenzione agli strumenti gestionali aziendali.

In particolare occorre che le aziende:

- attivino un puntuale controllo dei costi nel momento in cui sorgono. A tale fine occorre che ogni atto che comporta nuovi costi (procedure di acquisizione di beni, servizi e personale) sia valutata sotto il profilo della compatibilità con il CE preventivo revisionato ed allegato al PBG, mediante una procedura di responsabilizzazione sia degli utilizzatori finali che degli uffici di controllo interno;
- adeguino il sistema degli obiettivi da assegnare alle strutture aziendali, al fine della attribuzione della retribuzione di risultato, alla manovra definita nel PBG.