



Fondazione Smith Kline

XXXIII Seminario dei Laghi
Bologna, 20-21 Ottobre 2011

**Strategie per il contenimento dei
costi
in sanità tra esigenze cliniche,
organizzative ed economiche**

Giuseppe Zuccatelli

Il mandato

A seguito delle risultanze della riunione del **20 luglio 2009** del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, **il Consiglio dei Ministri il 28 luglio 2009** nomina il Presidente pro tempore della Regione Campania Commissario ad acta con l'incarico di dare attuazione al Piano di rientro dei disavanzi del settore sanitario della medesima regione.

Il 15 ottobre 2009, il Consiglio dei Ministri nomina, in affiancamento al Commissario, un Subcommissario nella persona del Dott. **Giuseppe Zuccatelli**, che si è insediato il successivo 26 ottobre 2009.

Il 23 aprile 2010 il Consiglio dei Ministri con l'insediamento del nuovo Presidente della Regione Campania, nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro, conferma **alla funzione di Subcommissario il Dott. Giuseppe Zuccatelli**.

La gestione commissariale è stata orientata a:

Ø **modificare le caratteristiche strutturali della Sanità** regionale attraverso l'attuazione degli interventi definiti nel Piano di rientro in modo da generare le ricadute attese sotto il profilo del rientro dal deficit e dell'adeguamento del livello dei servizi;

Ø **monitorare le ricadute degli interventi** posti in essere con particolare riferimento agli effetti in termini di equilibrio economico e di riduzione del deficit.

I numeri

Alla data del 31 dicembre 2009, a poco più di 2 mesi dall'insediamento del sub-commissario, la Sanità campana presentava le seguenti misure:



Le direzioni e le logiche di azione

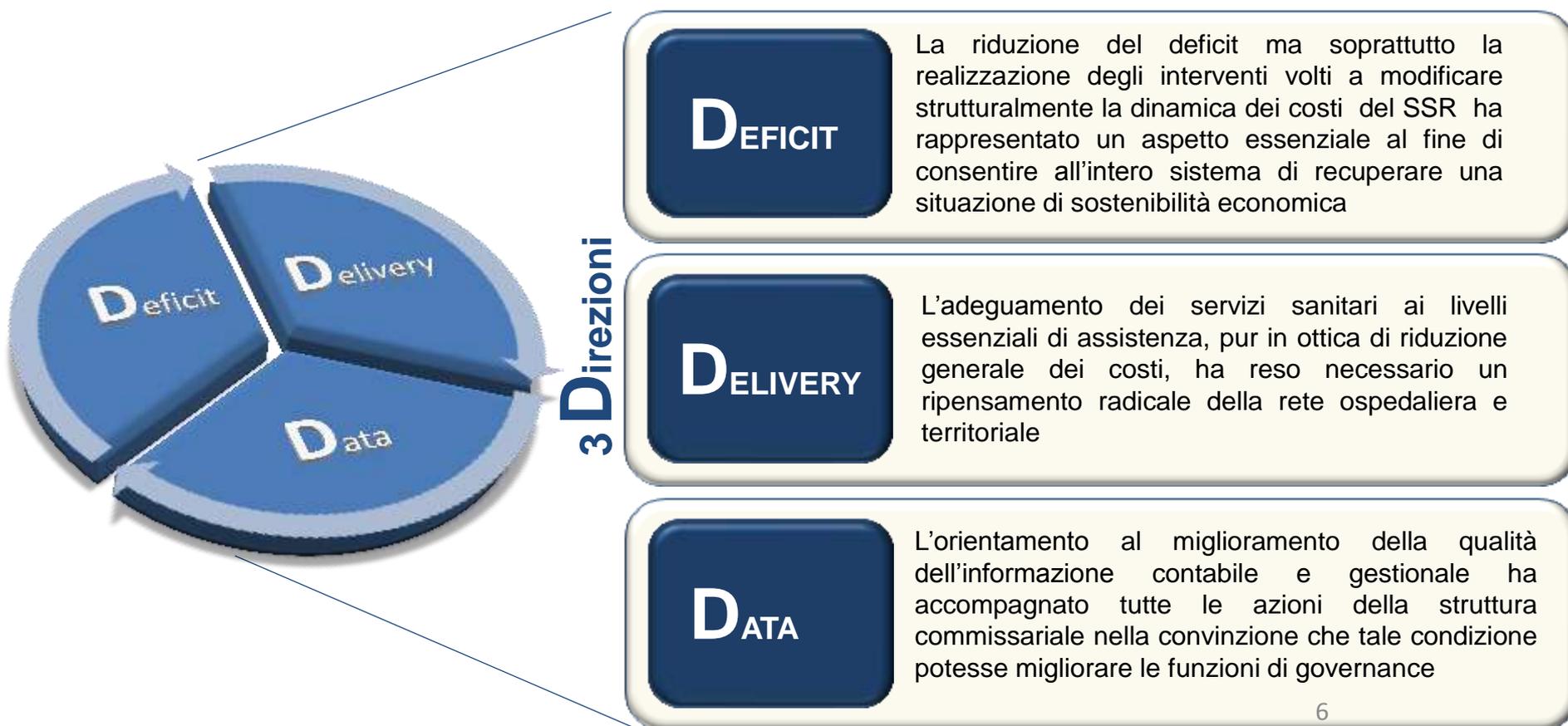
Le logiche che hanno ispirato l'azione commissariale sono state le seguenti:

- **potenziamento della funzione di governo** a tutti i livelli: regionale e aziendale;
- **riconoscimento del ruolo e della centralità dei Direttori Generali** per la realizzazione degli interventi;
- **individuazione delle priorità** anche in una logica di contemperamento tra risultati di breve termine e risultati di lungo termine;
- **potenziamento della fase attuativa** attraverso l'attivazione di nuclei operativi e la semplificazione delle procedure operative;
- **coinvolgimento di tutti gli attori**: Regione Campania e istituzioni centrali, Aziende, Agenzia regionale, Centrale acquisti per la sanità, Associazioni di categoria, Organizzazioni sindacali, Fornitori, Privati accreditati, Advisor contabile, ecc.;
- **misurazione e monitoraggio dei risultati** conseguiti.

L'emanazione di atti e decreti è sempre stata sostenuta da una comunicazione continua e da un forte contatto della struttura commissariale con le parti coinvolte. Ciò in modo da focalizzare l'attenzione non tanto nella fase deliberativa delle iniziative ritenute opportune ma, soprattutto, nella fase attuativa che si realizza necessariamente attraverso l'accettazione dei provvedimenti assunti e la **modificazione dei comportamenti** dei soggetti che operano nel SSR, compresi gli utenti del sistema.

Le direzioni e le logiche di azione (segue)

Gli interventi di risanamento e rilancio della sanità campana sono stati orientati in una **prospettiva multipla** che tentava di coniugare la **riduzione del deficit** della sanità pubblica regionale con l'incremento o, quantomeno, l'adeguamento dei **livelli di servizio (delivery)**. In tale contesto il miglioramento dell'informazione contabile e gestionale (**data quality**) veniva a rappresentare una condizione necessaria per la gestione dei processi di cambiamento.



Il contesto

Lo svolgimento del mandato sub commissariale è stato pesantemente condizionato dalla gestione e soluzione di **complesse problematiche** che, benché non strettamente correlate agli atti ministeriali, ne hanno significativamente contrassegnato il dispiegarsi.

Dinamiche del **contenzioso per ritardati pagamenti** (ritardi per 12 - 18 mesi) che hanno:

• inciso sui rapporti e sui margini di contrattazione con gli erogatori privati accreditati;

• generato (presso la maggiore azienda sanitaria campana, l'ASL NA1 Centro, e non solo) pignoramenti e blocco di risorse inutilizzate per importi pari a circa 1 miliardo di Euro.



Equilibrio economico minato dal protrarsi della crisi finanziaria, a causa:

• **incremento di oneri** legati al ritardato pagamento delle forniture (in termini, principalmente, di **spese legali e oneri finanziari**);

• prolungarsi del clima di tensione sociale che ha reso più ardua l'attuazione delle misure programmate di razionalizzazione e di contenimento della spesa.

Il contesto (*segue*)

Nonostante le anticipazioni di liquidità da parte della Regione, la spirale dei pignoramenti ha fatto sì che gran parte delle risorse finanziarie rimanessero inutilizzate per il **blocco dei conti di tesoreria** delle aziende sanitarie, con un tempo medio di pagamento che è di 15 mesi per le ASL e di 12 mesi per le aziende ospedaliere, con punte rispettivamente di 25 mesi nella ASL Napoli 1 Centro e di 18 mesi per l'AOU II Università.

Tale squilibrio è dovuto, principalmente, al concomitante effetto dei seguenti elementi:

• squilibrio tra il fabbisogno fin qui manifestato dalle Aziende Sanitarie ed il relativo finanziamento;

• mancato accredito a favore della Regione Campania di fondi statali di rilevantissima entità destinati alla copertura della spesa sanitaria (per un totale di circa tre miliardi di euro);

• indisponibilità di ingenti risorse finanziarie che risultano vincolate presso i tesoreri delle Aziende Sanitarie per i pignoramenti effettuati dai creditori non soddisfatti (pari complessivamente a circa 1,4 miliardi di euro).

Per contrastare tali fenomeni il decreto commissariale n. 12/2011 dispone che le Aziende Sanitarie devono ripristinare l'ordinato e regolare svolgimento dei pagamenti ai creditori delle aziende sanitarie, abbattendo al tempo stesso il contenzioso per mancato pagamento ed i relativi oneri, e smontando la piramide di pignoramenti in essere.

Gli obiettivi conferiti dal CdM

24 aprile 2010



Il Consiglio dei Ministri individua come mandato commissariale l'attuazione dei seguenti venti specifici acta:

- a. prosecuzione delle azioni di supporto contabile e gestionale;
- b. implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale;
- c. riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza; conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del vigente piano ospedaliero regionale in coerenza con il Piano di rientro;
- d. definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- e. razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;

Gli obiettivi conferiti dal CdM (*segue*)

- f. completamento del processo di razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi;
- g. razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata;
- h. definizione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e delle strutture sanitarie erogatrici;
- i. verifica e ridefinizione dei protocolli di intesa con le Università pubbliche;
- j. completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- k. completamento dell'assetto territoriale delle Aziende sanitarie locali; adozione dei nuovi atti aziendali con la definizione di centri unici di responsabilità delle principali funzioni, quali la gestione contabile, la gestione del personale e gli acquisti;
- l. implementazione di un adeguato sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie, sia a livello aziendale che regionale;
- m. definizione e programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici presso strutture preesistenti o da realizzare;
- n. ricognizione della entità e natura del contenzioso passivo in atto, con conseguente determinazione del relativo fondo rischi;
- o. conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori;
- p. adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie;

Gli obiettivi conferiti dal CdM (*segue*)

- q. introduzione di misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ove necessarie a garantire l'equilibrio della gestione;
- r. ricognizione dei provvedimenti approvati dagli organi regionali e aziendali in materia sanitaria; verifica della congruità con il Piano di rientro dei predetti provvedimenti regionali ed aziendali, con conseguente sospensione dei provvedimenti contrastanti con il Piano ovvero adottati in carenza o difformità del preventivo parere da parte dei Ministeri affiancanti;
- s. potenziamento della struttura amministrativa interna, con sviluppo delle relative professionalità, funzionale alla corretta gestione dei procedimenti in modo stabile e duraturo;
- t. adozione del piano sanitario regionale in coerenza con il Piano di rientro.

Focus su 5 risultati di rilievo

PIANO OSPEDALIERO

- q Predisposizione in bozza del I Piano Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale
- q Confluenze e riconversioni
- q Modelli assistenziali innovativi

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

- q Governo del processo in capo alla Regione
- q Semplificazione iter di valutazione dei requisiti
- q Individuazione specifici percorsi di accreditamento

TETTI E CONTRATTI

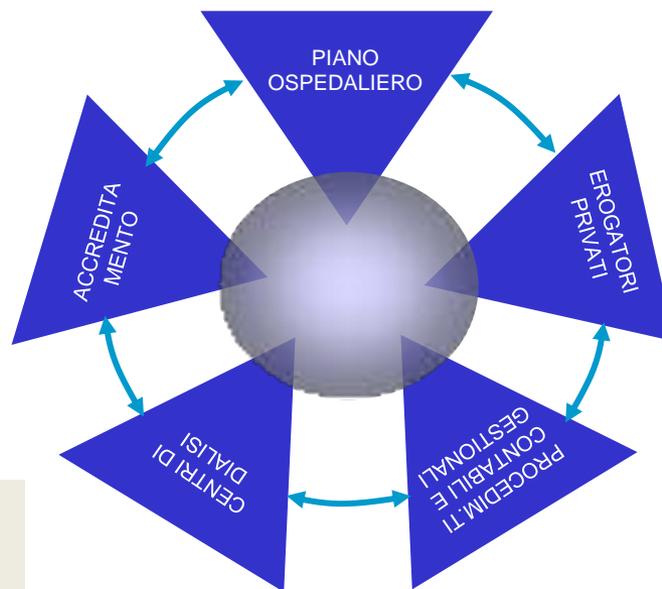
- q Accelerazione processo per definizione tetti con gli erogatori privati accreditati
- q Accelerazione processo per la firma dei contratti

CENTRI DI DIALISI

- q Trasferimento del servizio di assistenza indiretta dializzati presso i centri privati accreditati
- q Definizione dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori di prestazioni dialitiche

DECRETO 14

- q Principi contabili e processo di consolidamento
- q Linee guida per la predisposizione del Regolamento di Amministrazione e Contabilità delle AA.SS.
- q Piano dei conti, Piano dei Centri di Costo e di Responsabilità
- q Regole e criteri di Contabilità analitica
- q Modello Nota Integrativa



Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM

a b □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ s □

Ai fini della:

a.prosecuzione delle azioni di supporto contabile e gestionale;

b.implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, con il potenziamento della struttura amministrativa interna e con lo sviluppo delle relative professionalità funzionali;

s.corretta gestione dei procedimenti in modo stabile e duraturo.

**Cabina di regia
Procedimenti
contabili**

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (*segue*)



segue

Il “Decreto 14”

La Struttura commissariale, al fine di consentire il miglioramento dell’informazione prodotta dalle aziende e di facilitare l’utilizzo di tale informazione nell’ambito dei processi decisionali, ha deliberato, anche nell’ottica della futura *certificabilità* dei bilanci, un **pacchetto di regole e strumenti**, anche di carattere operativo e di diretta applicabilità che hanno riguardato:

- I principi e le regole per la predisposizione dei **documenti di programmazione** delle aziende sanitarie e ospedaliere: dalla fissazione del livello dei servizi, alla definizione del fabbisogno di fattori produttivi, alla previsione economico-finanziaria
- La struttura dei **centri di costo e responsabilità**
- Il **modello di bilancio**
- I **principi contabili**
- I principi e criteri di tenuta della **contabilità analitica**
- Il **piano dei conti unico** regionale
- Le regole per la predisposizione del **bilancio consolidato**

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (segue)



Tra luglio e settembre del 2010 è stata concretizzata la rielaborazione del riassetto della rete ospedaliera e territoriale, della rete laboratoristica pubblica e privata (cfr Decreti commissariali n. 49/2010 e n. 55/2010) con la progettazione degli interventi per la dismissione, riconversione, riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia, a conclusione dell'analisi del fabbisogno e la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni con una specifica collaborazione degli esperti di Arsan e Agenas.

La **fase attuativa** dei provvedimenti adottati dal decreto è **demandata alle aziende sanitarie** che, secondo quanto previsto dallo stesso decreto, hanno definito e trasmesso alla struttura commissariale i piani attuativi aziendali.

Il gruppo di lavoro costituito dalla Struttura commissariale, che si è avvalso del supporto tecnico dell'Agenzia Sanitaria Regionale, ha effettuato e concluso la fase istruttoria di valutazione della conformità dell'assetto organizzativo definito dalle ASL e dalle AO con il riassetto della rete ospedaliera e territoriale ed ha inviato alla struttura commissariale le osservazioni ed i rilievi emersi per ciascuna azienda ad eccezione delle sole aziende ospedaliere "Monaldi, Cotugno, CTO", "Ruggi D'Aragona" e "Santobono". Per tali aziende, coinvolte in processi di accorpamento ed annessione, sono stati adottati specifici decreti commissariali che, tra l'altro, hanno fissato il termine entro il quale esse dovranno provvedere alla rielaborazione dell'Atto aziendale con la precisazione che questo assorbirà in questa fase la pianificazione attuativa.

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (segue)



Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale	<p>Il decreto commissariale n. 49/2010 sfrutta l'opportunità offerta dalla necessità di onorare l'Accordo con il governo nazionale per determinare, in virtù del mutato quadro epidemiologico e della quantità e qualità delle cure, una riqualificazione dell'offerta, puntando fortemente su un minor numero di presidi di ricovero, sia pubblici che privati, maggiormente qualificati sia sul versante strutturale che su quello organizzativo e, soprattutto, determinando un riequilibrio tra i posti letto per acuti e quelli di riabilitazione e/o lungodegenza, articolati in rete per bacini assistenziali omogenei.</p>
Congruità dimensionale	<p>È stata individuata una soglia minima di 100 posti letto per l'operatività delle strutture pubbliche per acuti e di 80 posti per riabilitazione e/o lungodegenza.</p> <p>Il criterio ha tenuto conto delle capacità strutturali degli attuali contenitori, dell'accessibilità e della presenza di funzioni compatibili con la nuova destinazione.</p> <p>L'applicazione di tale criterio dovrebbe permettere di dismettere 9 presidi pubblici.</p>
Confluenze e riconversioni	<p>L'obiettivo è stato quello di far confluire in un unico presidio ospedaliero più strutture sanitarie, con la finalità di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ accorpare unità operative della medesima disciplina; ➤ razionalizzare l'utilizzazione delle risorse umane e delle dotazioni tecnologiche; ➤ perseguire ulteriori economie, quali quelle derivanti dai processi di acquisto di beni e servizi; ➤ riequilibrare la dotazione pubblica di posti letto di riabilitazione e/o lungodegenza alla luce del nuovo standard regionale.
Modelli assistenziali innovativi	<p>Al fine di fornire risposte sempre più appropriate alla domanda di salute è stato obbligato ai vertici aziendali di garantire, nell'ambito della medesima struttura dipartimentale o di area funzionale, la gestione comune delle risorse umane tra le diverse unità operative che erogano prestazioni sanitarie con la presenza h24 di personale sia medico che infermieristico, al fine di capaci di innalzare i livelli qualitativi e produrre economie di scala.</p>

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (segue)



<p>Dismissione delle strutture ospedaliere. Potenziamento della rete dei servizi territoriali</p>	<p>Negli stabilimenti delle strutture dismesse o riconvertite in ospedali con funzione riabilitativa o resi disponibili per la confluenza di uno o più ospedali in un'unica sede, le AA.SS.LL. provvederanno ad utilizzare gli spazi a disposizione per offrire ai cittadini adeguate forme di assistenza extraospedaliera incentrate sui sistemi di “cure primarie” volte a garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute. Laddove le condizioni geografiche di non eccessiva dispersione territoriale consentano l’aggregazione dei servizi e non comportino una difficoltà di accesso per i cittadini, è stato previsto di allocare piattaforme territoriali attrezzate denominate “strutture polifunzionali per la salute” (SPS).</p>
<p>Dismissione posti letto per acuti rete ospedaliera</p>	<p>La valutazione dell’impatto tiene conto dell’incidenza economica riveniente dalla dismissione di posti letto per acuti in ambito:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pubblico: il complesso dei “costi cessanti” è stato valutato sulla base dell’andamento della spesa 2009. In particolare, i costi evidenziabili dai CP 2009 e derivanti dalla gestione di ospedali dimessi, vengono considerati cessanti nella loro totalità. Le maggiori giornate di degenza utili, correlate ai nuovi posti letto a disposizione, agevolano il processo di innalzamento della produttività, spingendo, contestualmente verso una maggiore appropriatezza nell’utilizzazione dei posti letto; ➤ Privato: per quanto attiene il settore in esame (case di cura private temporaneamente accreditate) non è stato possibile determinare una stima dell’impatto economico, sui rispettivi ambiti provinciali, in quanto la piena attuazione delle misure contenute nel decreto 49 opererà unicamente al termine del processo di accreditamento istituzionale.

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (*segue*)



Dismissione posti letto per acuti rete ospedaliera (*segue*)

In relazione all'esigenza di procedere alla riduzione complessiva di posti letto per acuti e parallelamente ad una riconversione degli stessi in posti letto dedicati alla riabilitazione e/o lungodegenza (Dec. 49/10) si è proceduto alla dismissione delle attività di ricovero della **Casa di Cura Villa Russo S.p.a.** (n. 123 pl. Acuti e n. 300 pl per lungodegenza) e della casa di Cura Villalba (45 p.l).

La sospensione del rapporto di accreditamento con **Villa Russo** e Villalba è da ricondursi ad una serie di gravi inadempimenti (stigmatizzati da provvedimenti delle autorità giudiziarie competenti) tra cui:

- mancanza del Direttore Sanitario non sostituito;
- assenza di guardia medica;
- laboratorio di analisi non funzionante;
- radiologia non funzionante;
- carenza di ossigeno, carenza di farmaci, vitto e biancheria.

Si è proceduto allo sgombero dei pazienti e relativa riallocazione presso altre strutture.

Nel prendere atto della decadenza dei presupposti della legge, si è successivamente dichiarato estinto il rapporto di provvisorio accreditamento.

In relazione al personale si è proceduto all'apertura di un tavolo di concertazione con l'assessorato al lavoro per l'attivazione delle procedure di cassa integrazione.

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (*segue*)



Dismissione posti letto per acuti rete ospedaliera (*segue*)

E' stato rilevato che la cessazione delle attività assistenziali garantite da **Villa Russo** e Villalba potessero incidere in maniera significativa sulla fisionomia dell'offerta di assistenza ospedaliera da privato.

Parallelamente, si è riconosciuta la necessità di conservare i livelli occupazionali, in ragione dell'impatto sociale che la contemporanea perdita di un così elevato numero di posti di lavoro potesse determinare, nonché del significativo depauperamento di Know-how maturato.

La rimodulazione dei volumi assistenziali erogati da **Villa Russo** ha costituito un primo momento di attuazione del decreto commissariale n. 49/10 in relazione al comparto privato.

Infine, si è reso indispensabile indire un avviso pubblico (Dec. 75 del 20.12.10) finalizzato a sollecitare la manifestazione di interesse da parte di strutture provvisoriamente accreditate per prestazioni di ricovero per assorbire i volumi prestazionali della **Casa di Cura Villa Russo** e tutto il personale della medesima casa di cura, nel rispetto dei fondamentali limiti di spesa.

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (segue)



Riconversione posti letto per acuti in riabilitazione/ lungodegenza	<p>L'effetto della riconversione dei posti letto per acuti in ambito di riabilitazione è stato stimato sulla base della valorizzazione economica lorda dei posti letto di riabilitazione, previsti dal decreto n. 49/2010 per i singoli ambiti provinciali, in rapporto ai rispettivi andamenti di spesa 2009 per acuti.</p>
Razionalizzazione delle risorse umane e della rete territoriale	<p>Una valorizzazione del costo del personale, consente di ipotizzare un possibile effetto economico positivo riveniente dalla ottimizzazione nella gestione di detto surplus di personale, e, nello specifico, in relazione a tutti gli istituti contrattuali inerenti la utilizzazione a pieno regime del personale (straordinario, turnazioni, indennità, autoconvenzioni, ecc.). Detta misura, nel consentire l'apporto e l'allocazione ottimale di personale agevolerebbe la migliore gestione dei costi relativi a punte di intensità ed a comparti ad elevata complessità organizzative ed assistenziale e, soprattutto, consentirebbe la piena efficacia della manovra relativa al blocco del turnover del personale, il cui avvio potrebbe genericamente integrare i presupposti per condizioni di stress organizzativo e correlate problematiche assistenziali, che invece rimarrebbero totalmente neutralizzate dal supporto della disponibilità di personale riveniente dai posti letto dismessi.</p>
Sistemi di controllo sull'appropriatezza - Azioni e risultati programmati	<p>Individuati i valori soglia e definiti i percorsi organizzativi, si è reso necessario procedere alla definizione delle procedure di verifica e controllo dell'appropriatezza dei ricoveri al fine di completare l'intero sistema dei controlli.</p> <p>Tali procedure sono descritte nel decreto n.6/2011 "Adozione linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero e linee guida per la corretta compilazione delle SDO" e individuano, tra l'altro, le competenti strutture delle Aziende Sanitarie quali responsabili delle attività di verifica e controllo dei ricoveri realizzati nelle Aziende Ospedaliere ubicate nel medesimo ambito territoriale provinciale. Con questo decreto si intende anche rendere omogeneo su tutto il territorio il suddetto sistema evitando così difformità di comportamento tra le diverse Aziende.</p>

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (segue)



Accreditamento istituzionale

Il Piano sanitario regionale ha fissato i principi e criteri sulla base dei quali si dovrà provvedere alla revisione dell'accREDITAMENTO istituzionale:

- mettere a capo della Regione il governo del processo che con l'art. 8 della legge regionale n. 16/2008 era stato interamente delegato alle Aziende Sanitarie Locali;
- semplificare l'iter di valutazione dei requisiti per indurre una forte accelerazione, senza, tuttavia, comprometterne le garanzie di sicurezza e qualità;
- prevedere percorsi specifici di accreditamento per accompagnare ed agevolare la programmata riconversione di alcune strutture private (case di cura, centri di riabilitazione) che rappresenta un obiettivo strategico del SSR ed nel contempo, un vincolo derivante dalla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale della Campania;
- tener conto delle pronunce della giustizia amministrativa, per evitare che il contenzioso sia di ostacolo all'attuazione del processo;
- introdurre nuovi elementi nella lista dei requisiti di accreditamento che tengono anche conto delle risultanze del documento di lavoro 2010 a cura del Ministero della Salute ed AGENAS.

Merita uno specifico rilievo il completamento del **processo di accreditamento per la dialisi** che con il **decreto n. 7 di gennaio 2011, transita dal regime di assistenza indiretta, al regime dell'accREDITAMENTO definitivo.**

E' stato, infatti, disposto che a partire dal 1 febbraio 2011, in Regione Campania le prestazioni di dialisi erogate in regime di assistenza indiretta non sono più riconoscibili. Per l'esercizio 2011 le strutture di dialisi devono stipulare con le AASSLL di competenza i contratti previsti dal D.lgs n. 502/92 con previsione di volumi di prestazioni e correlati limiti di spesa. La previsione di spesa è stata determinata sulla base dei dati di attività e di spesa storica rilevata nel 2010 .

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (segue)



Rete emergenza e urgenza	<p>La riorganizzazione del sistema di emergenza ed urgenza campano si pone i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ la riduzione del free therapy interval e, conseguentemente, il miglioramento degli esiti di malattia, compreso l'aumento della sopravvivenza, dei pazienti affetti da patologie trattate in urgenza - emergenza; ➤ l'aumento della appropriatezza dei ricoveri, sia per l'individuazione del presidio ospedaliero più adeguato al problema del paziente che per gli aspetti relativi al regime di ricovero; ➤ l'attivazione dei posti letto di osservazione breve intensiva (OBI); ➤ l'attivazione delle reti specialistiche, prioritariamente quelle per Infarto Miocardico Acuto - Ictus - PoliTrauma.
Organizzazione del Soccorso Sanitario	<p>Il sistema sanitario per l'emergenza-urgenza è costituito da una componente "territoriale" e da una "ospedaliera".</p> <p>La prima è costituita dai seguenti sottosistemi fortemente integrati: un sottosistema di allarme sanitario C.O. 118; un sottosistema territoriale di soccorso.</p> <p>La seconda è costituita da una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati ma organizzati in maniera gerarchica.</p>
Rete dei presidi ospedalieri dell'emergenza	<p>Le modalità di risposta all'emergenza-urgenza è articolata su tre livelli funzionalmente differenziati ma organizzati in maniera gerarchica, tale da comprendere Strutture Ospedaliere di 1°, 2° e 3° livello:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la rete dell'emergenza cardiologica; 2. la rete dell'ictus cerebrale acuto: STROKE UNIT. Coordinamento Regionale del Sistema Integrato Emergenza-Urgenza; 3. la rete dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC)

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (segue)



d. Definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

Accordo del 19 febbraio 2003	Le Aziende Sanitarie Locali programmano i volumi ed il mix di prestazioni sanitarie da realizzare in proprio o da acquistare dagli erogatori privati
Dagli esercizi 2006 -2007	Completa tipizzazione delle procedure di acquisto a titolarità delle aziende sanitarie campane.
A partire dagli esercizi 2009 - 2010	Principio della “regressione tariffaria”: valvola di tenuta del sistema traducendo eventuali sforamenti dei volumi di produzione programmati in un abbattimento tariffario pari all'entità dello sforamento stesso, così da ricondurre la spesa nei limiti previsti.
Esercizio 2010	Consolidamento della descritta metodologia e conseguente contrattualizzazione del 100% degli erogatori privati, con una significativa contrazione del contenzioso.

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (segue)



La razionalizzazione ed il contenimento della spesa per il personale è stata gestita attraverso interventi articolati:

Ø blocco automatico e assoluto (100%) dei reclutamenti di personale a tempo indeterminato negli enti del SSR;

Ø adozione di linee di indirizzo per la rideterminazione dei fondi contrattuali per le aziende sanitarie;

Ø con decreto commissariale n. 10 è stato inoltre bloccato il turn over anche per i medici specialisti ambulatoriali interni (c.d. SUMAI che, benché previsti nel Piano di rientro, onde evitare surrettizi spostamenti dei reclutamenti di personale, non erano stati invece oggetto di precedenti provvedimenti).



Sul completamento del processo di razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi si è provveduto a:

Ø attivare il Piano triennale 2009/2011 di SO.RE.SA. s.p.a.;

Ø sollecitare le aziende;

Ø relazionare sugli adempimenti CONSIP;

Ø relazionare sui risparmi ottenuti dagli acquisti SO.RE.SA. s.p.a.

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (segue)



Sulla **razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata** si è provveduto a:

- Øelaborare un Piano di contenimento della spesa ospedaliera con provvedimenti al fine di potenziare il governo della spesa farmaceutica e dell'appropriatezza prescrittiva;
- Øverificare gli andamenti della spesa farmaceutica ospedaliera in ordine agli interventi previsti;
- Øpromuovere l'appropriatezza e razionalizzazione d'uso dei farmaci di classe ATC;
- Øsospendere l'erogazione a carico del S.S.R. dei prodotti dietetici ai pazienti con insufficienza renale cronica;
- Øelaborare e prescrivere disposizioni in materia di fornitura gratuita di farmaci di fascia C;
- Ødefinire i Centri prescrittori disabilitati;
- Ødefinire e codificare le condizioni di esenzione della partecipazione alla spesa farmaceutica;
- Ødefinire il Piano di recupero degli extrasconti stabiliti dall'AIFA negli accordi negoziali con le Aziende farmaceutiche con direttive alle Aziende sanitarie;
- Ødefinire misure di compartecipazione alla spesa per l'assistenza termale, alla spesa farmaceutica, al pronto soccorso ospedaliero non seguito da ricovero codificato come codice bianco, all'assistenza specialistica;
- Ømonitorare e relazionare sui relativi risparmi delle manovre di compartecipazioni.

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (*segue*)



La definizione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e delle strutture sanitarie erogatrici è stata elaborata come presupposto alla rielaborazione del riassetto della rete ospedaliera e territoriale, della rete laboratoristica pubblica e privata.



Sulla verifica e ridefinizione dei Protocolli di Intesa con le Università pubbliche Federico II e S.U.N., dopo un lunghissimo periodo di gestazione, sono stati sottoscritti i protocolli di intesa con entrambe le Università di Napoli ed inviati in procedura.

Osservati dai Ministeri, sono stati oggetto di successive integrazioni ed inviati nuovamente all'attenzione del Tavolo.

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (segue)



È stato **completato il riassetto della rete laboratoristica** sulla base di un'analisi regionale e sulla base di un attento confronto con le Aziende sanitarie ed ospedaliere.

L'attività di razionalizzazione determina la radicale chiusura di numerosi laboratori di piccole e piccolissime dimensioni, nonché di laboratori universitari che non appaiono direttamente strumentali alle attività di assistenza.

Il provvedimento di razionalizzazione è in via di completamento attraverso la ricognizione e successiva razionalizzazione dei laboratori di Genetica, Anatomia Patologica, e trasfusionali.



Quanto al **completamento dell'assetto territoriale delle Aziende sanitarie locali** attraverso l'adozione dei nuovi atti aziendali è stato valutato che le procedure di completamento dell'assetto territoriale siano definite a valle del nuovo panorama dell'offerta assistenziale di cui al Piano ospedaliero campano.

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (segue)



L'implementazione di un adeguato sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie, sia a livello aziendale che regionale ha avuto inizio con l'implementazione dell'attività relativa al progetto Tessera sanitaria.



La definizione e programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici presso strutture preesistenti o da realizzare sono state incluse anche come utilizzo dell'art. 20 - L.67/88 al punto 6) definizione e programmazione investimenti nel Programma Operativo 2010.

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (segue)



La ricognizione della entità e natura del contenzioso passivo in atto, con conseguente determinazione del relativo fondo rischi, è stata attivata attraverso la somministrazione alle AASSLL di una scheda informatica di rilevazione analitica predisposta con la supervisione dell'Advisor contabile KPMG.

Si precisa che a seguito della totale contrattualizzazione dei privati accreditati per l'esercizio 2011, il contenzioso di merito ha subito una significativa contrazione e che le controversie pendenti ed i relativi cospicui oneri finanziari sono da ascrivere in massima parte al contenzioso da ritardato pagamento.

È stato infine elaborato un Report , inviato al Tavolo congiunto in cui si da conto delle più recenti posizioni giurisprudenziali che si vanno delineando a seguito delle pronunce del TAR e CdS in materia di Tetti, tariffe, regressioni tariffarie.

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (*segue*)



Relativamente all'*adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie* sono state svolte le seguenti attività:

Ø studio e determinazione delle tariffe per diverse prestazioni erogate (in particolare per prestazioni singole da Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Centri diurni.);

Ø adeguamento al tasso di inflazione programmata le tariffe pro-die per l'ospitalità dei soggetti tossicodipendenti;

Ø adozione da parte dei Commissari ad Acta delle Aziende degli aggiornamenti delle tariffe per le prestazioni specialistiche ed ambulatoriali;

Ø adozione delle nuove tariffe per le prestazioni rese dai Veterinari della AA.SS.LL. della Regione Campania nell'interesse dei privati;

Ø adozione delle tariffe Hospice, RSA.

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (segue)



Quanto all'introduzione di misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ove necessarie al fine di garantire l'equilibrio della gestione nel periodo considerato sono state definite misure di compartecipazione:

- Ø alla spesa per l'assistenza termale;
- Ø alla spesa farmaceutica;
- Ø al pronto soccorso ospedaliero non seguito da ricovero codificato come codice bianco;
- Ø all'assistenza specialistica.

Le azioni intraprese in relazione agli obiettivi fissati dal CdM (segue)



Quanto alla ricognizione dei provvedimenti approvati dagli organi regionali e aziendali in materia sanitaria con la verifica della congruità degli stessi con il Piano di rientro dei provvedimenti, con la conseguente sospensione dei provvedimenti contrastanti con il Piano ovvero adottati in carenza o difformità del preventivo parere da parte dei Ministeri affiancanti, si segnala che è stata tempestivamente costituita presso la struttura commissariale una commissione tecnico legale composta da rappresentanti regionali ed aziendali con il compito di evidenziare provvedimenti aziendali eventualmente contrastanti con il Piano di Rientro. Sono stati individuati e sospesi provvedimenti contrastanti con Piano di rientro e segnalati in procedura.



Il Piano Sanitario Regionale in coerenza con il Piano di rientro è stato elaborato, adottato e avviato in procedura (Cfr decreto n. 22 del 22 marzo 2011).

Il debito e il “piano dei pagamenti”

Il debito sanitario ha raggiunto al 31.12.2009 il livello netto di circa 4,9 miliardi (5,6 miliardi se si aggiungono 719 milioni anticipati dalla cassa regionale alle aziende sanitarie in maggiore difficoltà); tale importo è al netto di 1,3 miliardi per crediti diversi (composti per circa la metà da carte contabili da sistemare a fronte di esecuzioni pignoratorie) e di 1,4 miliardi di disponibilità liquide, di cui ben 1,3 miliardi per fondi bloccati dai creditori presso i tesorieri delle aziende sanitarie.



DL 78/2010, art. 1, comma 2

Congelamento azioni esecutive in danno alle aziende campane



Piano dei Pagamenti
di cui al Decreto n. 12/2011

Il debito e il “piano dei pagamenti” (segue)

Piano dei Pagamenti di cui al Decreto n. 12/2011

Procedura volta a smontare la piramide dei pignoramenti in corso ed a fissare tempi e modalità certe di pagamenti sulle spettanze correnti per i creditori del SSR.

A tal fine è stato necessario prevedere un complesso ordinato di azioni, incentrato sulle seguenti direttrici/obiettivi:

Øincassare nei tempi più brevi i fondi attesi dallo Stato, anche se necessariamente in più tranche, subordinate alle verifiche di Tavolo e Comitato LEA;

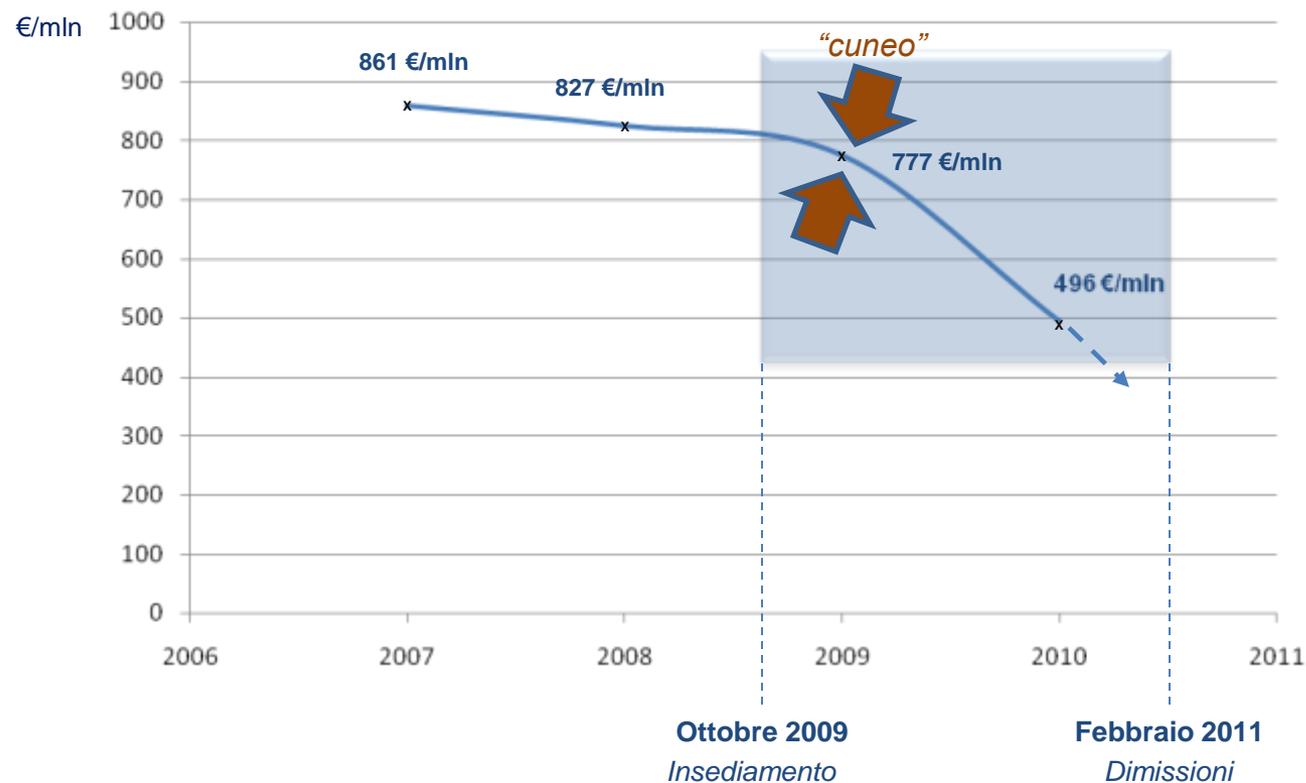
Øintensificare le azioni amministrative finalizzate ad assicurare regolarità e tempestività nei pagamenti;

Øcertificare, limitatamente ai casi in cui non sia possibile procedere al pagamento per mancanza di fondi liquidi, i crediti vantati dai fornitori del SSR che siano certi, liquidi ed esigibili, al fine di consentire al creditore la cessione pro soluto a favore di banche o intermediari finanziari riconosciuti dalla legislazione vigente, nei limiti di quanto previsto dalla Circolare 31 gennaio 2007 del Dipartimento del Tesoro (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 5/02/2007 n. 29) e secondo le modalità indicate dal Decreto del Ministro dell’Economia e delle Finanze del 19/05/2009 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 9/07/2009 n. 157).

I risultati

Gli interventi realizzati hanno consentito di **recuperare il deficit strutturale del SSR** anche sotto l'aspetto delle reti e delle strutture preposte alla produzione e all'erogazione dei servizi sanitari. In particolare, sotto il profilo del contenimento dei costi, le azioni intraprese hanno consentito il **"superamento del cuneo"** ossia l'inversione del trend di risultati fortemente negativi inanellati dalla sanità regionale.

Nello specifico, gli anni 2009 e 2010 hanno registrato **un'inversione del trend** le cui **caratteristiche di strutturalità** sono confermate anche dal risultato del 2011, su cui, ovviamente, ha avuto un ruolo decisivo la sapiente gestione continuata dai sub-commissari entranti.



Conclusioni

Alcune riflessioni

CONFRONTO GESTIONE ORDINARIA - GESTIONE COMMISSARIALE



IPOTESI A COMMISSARIO ≠ PRESIDENTE

Ø Il **D.L. 159/2007, art. 4, comma 2** (L. 222/07) stabilisce che, in caso di inadempimento delle Regioni agli obblighi del PdR, “il CdM nomina un Commissario ad acta per il periodo di vigenza del PdR”.

La norma non prevede che via sia coincidenza tra Presidente della Regione e Commissario ad acta.

Ø Qualora il Legislatore intenda far coincidere la figura del Commissario con quella del Presidente lo prevede espressamente. Così la **L. 311/2004, art. 1 comma 174** che, disciplinando una diversa ipotesi di commissariamento degli organi regionali, prevede espressamente che il Commissario ad acta sia individuato nel Presidente della giunta regionale.

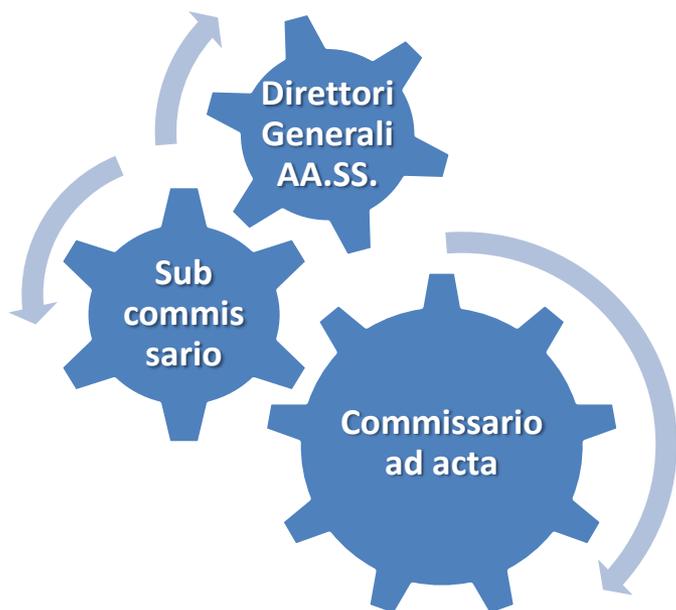
IPOTESI B POTERI SUB-COMMISSARI SU SPECIFICI OBIETTIVI

Ø Il **D.L. 159/2007, art. 4, comma 2** (L. 222/07) stabilisce inoltre che il CdM può nominare uno o più Sub Commissari “con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale”

Ø La norma potrebbe essere modificata aggiungendo **“ovvero con il compito di conseguire autonomamente uno o più obiettivi previsti dal piano di rientro attraverso l’adozione dei provvedimenti necessari, anche normativi”**. In tal modo alcuni adempimenti potranno esser posti direttamente a carico dei Sub Commissari (p.e. contenimento del personale, accreditamento delle strutture private, razionalizzazione della distribuzione farmaci).

Conclusioni

Alcune riflessioni



- ∅ L'efficacia dei provvedimenti richiesti dal Piano di Rientro passa attraverso la possibilità di dare **concreta attuazione degli stessi a livello locale.**
- ∅ A tal riguardo diventa indispensabile l'azione dei dei **Direttori Generali** nel tradurre le indicazioni formulate a livello di Struttura Commissariale in azioni concrete.
- ∅ La catena di trasmissione di tale meccanismo risulterebbe potenziata nel caso in cui i **Sub Commissari** avessero la possibilità di intervenire direttamente nella nomina e nella valutazione dell'operato dei **Direttori Generali.**
- ∅ Tali meccanismi potrebbero realizzarsi attraverso i seguenti accorgimenti:

- § **Potere dei Sub-Commissari di nominare**, previa intesa con il Commissario ad Acta, **gli Organi di Vertice delle Aziende Sanitarie;**
- § **Competenza dei Sub-Commissari**, nel periodo di vigenza del PdR, **nel valutare l'operato degli Organi di Vertice delle Aziende Sanitarie;**
- § **Autonomia gestionale ed amministrativa da parte delle Strutture Commissariali per la dotazione di personale altamente qualificato**, da assegnare anche attraverso gli istituti del distacco e/o del comando e **per l'approvvigionamento in economia di beni e servizi** atti a garantire efficacia ed efficienza all'attività da porre in essere . Tali esigenze potrebbero trovare copertura attraverso l'assegnazione di una **quota pari allo 0,05% del FSR.**