



seduta del
31/10/2012
delibera
1537

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

A DUNANZA N. 144 LEGISLATURA N. IX

DE/ME/DSS 0 NC  
 Oggetto: Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del DL 95/2012 - convertito con Legge 135 del 7 agosto 2012 concernente Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini - "spending review" nazionale

Prot. Segr. 1705

Mercoledì 31 ottobre 2012, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, convocata d'urgenza.

Sono presenti:

- |                      |                |
|----------------------|----------------|
| - PAOLO PETRINI      | Vicepresidente |
| - ANTONIO CANZIAN    | Assessore      |
| - SANDRO DONATI      | Assessore      |
| - PAOLO EUSEBI       | Assessore      |
| - SARA GIANNINI      | Assessore      |
| - MARCO LUCHETTI     | Assessore      |
| - LUCA MARCONI       | Assessore      |
| - ALMERINO MEZZOLANI | Assessore      |
| - LUIGI VIVENTI      | Assessore      |

Sono assenti:

- |                     |            |
|---------------------|------------|
| - GIAN MARIO SPACCA | Presidente |
| - PIETRO MARCOLINI  | Assessore  |

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza, in assenza del Presidente della Giunta regionale il Vicepresidente Paolo Petrini. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Elisa Moroni.

Riferisce in qualità di relatore l'Assessore, Almerino Mezzolani. La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: \_\_\_\_\_
- alla P.O. di spesa: \_\_\_\_\_
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il \_\_\_\_\_  
prot. n. \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

Il \_\_\_\_\_

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**OGGETTO: Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del DL 95/2012 – convertito con Legge 135 del 7 agosto 2012 concernente Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini -"spending review" nazionale.**

LA GIUNTA REGIONALE

**VISTO** il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal Dipartimento per la Salute e per i Servizi sociali, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

**VISTA** la proposta del Direttore del Dipartimento per la Salute e per i Servizi sociali che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

**VISTO** l'articolo 28, primo comma dello Statuto della Regione;

**RITENUTO**, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1;

DELIBERA

- di approvare la Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del DL 95/2012 – convertito con Legge 135 del 7 agosto 2012 concernente la "spending review", di cui all'allegato A alla presente deliberazione che ne costituisce parte integrante.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Mononi)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Gian Mario Spacca)

(Paolo Bettrini)



## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Le pesanti manovre del Governo degli ultimi anni, a partire dall'anno 2010 con il DL n. 78 del 31/05/2010 convertito in Legge 122 del 30/07/2010, il DL n. 98 del 06/07/2011, convertito in Legge n. 111 del 15 /07/2011 nonché con il DL n. 95 del 06/07/2012, convertito in Legge n. 135 del 7 agosto 2012, hanno imposto interventi sul livello socio-sanitario principalmente nell'ambito della sostenibilità economica che per la nostra regione si traduce in una manovra in riduzione di circa 180 milioni di euro e di ulteriori 310 p.l.

Sul livello regionale ciò comporta significativi interventi che tuttavia non mettano a repentaglio la sostenibilità del sistema e che devono essere governati con estrema accuratezza, attraverso azioni di dettaglio, e che non si traducano in tagli lineari, in "manovre" lineari e soprattutto in riduzione di servizi ai cittadini.

I settori oggetto di intervento sono in via prioritaria relativi all'assistenza ospedaliera che si trasferiscono in maniera diretta ed indiretta sulle reti assistenziali della prevenzione, del territorio del sistema socio-sanitario e su tutte le reti cliniche. Gli interventi nel settore si integrano inoltre con le manovre previste sui fattori di produzione, farmaci, dispositivi medici, beni e servizi, privati e nello specifico sulla riorganizzazione del personale già in parte previsti dalla Giunta regionale con DGR 1750/2011.

Gli interventi e le azioni da adottare nell'ambito dell'assistenza ospedaliera sono indicati all'art. 15 del DL n. 95/2012, convertito in legge n. 135 del 7.10.2012, in particolare al comma 13, punto c). Il testo prevede che i posti letto di ricovero ospedaliero siano adeguati allo standard di 3,7 PL per 1000 abitanti, di cui 0,7 per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

La legge stabilisce modalità e tempi: *"...le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012, nel rispetto della riorganizzazione dei servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio adeguandoli agli standard europei, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni."*

Inoltre stabilisce che *"nell'ambito del processo di riduzione, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano operano una verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in più sedi, e promuovono l'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare."*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Con la riduzione dei posti letto deve essere previsto un coerente adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Inoltre la riduzione dei PL, è da eseguire esclusivamente attraverso la soppressione di Unità Operative Complesse.

La legge stabilisce che *"nelle singole regioni e province autonome, fino ad avvenuta realizzazione del processo di riduzione dei posti letto e delle corrispondenti unità operative complesse, è sospeso il conferimento o il rinnovo di incarichi ai sensi dell'articolo 15-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni"*

Si stabilisce inoltre che venga approvato il regolamento che fissa gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, *.."sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati, entro il 31 ottobre 2012, dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano"*

Il raggiungimento dell'obiettivo economico verrà raggiunto attraverso la messa in rete dei servizi ricorrendo all'adozione di criteri di appropriatezza, qualità e di efficienza che verranno interpretati attraverso le reti assistenziali socio-sanitarie e si esplicitano come di seguito:

- Network dell'Alta specialità
- Network ospedaliero di integrazione clinica per le acuzie
- Network territoriale socio-sanitario per le post-acuzie, sub-acuzie e fragilità.

Il presente atto costituisce adeguamento delle disposizioni contenute nella legge 135/2012, pertanto non rientra nel novero dei provvedimenti contenuti del PSSR e nei Piani di Area Vasta e conseguentemente non necessita dell'invio alla Commissione Consiliare. Alla medesima Commissione Consiliare dovranno essere inviati Piani di Area Vasta annuali adeguati.

Tale atto costituisce l'avvio immediato del percorso di budget e delle azioni di attuazione della "spending review" nazionale sul livello regionale.

In considerazione della complessità e della delicatezza degli argomenti trattati si ritiene opportuno che il contenuto della presente deliberazione venga considerata direttiva vincolante nei confronti dei Direttori generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

La presente deliberazione è stata esaminata "senza osservazioni" dalle competenti Posizioni di Funzione di cui alla DGR n. 412 del 22.03.2011.

Per tutto quanto sopra esposto si propone l'adozione della presente deliberazione.

Il responsabile del procedimento  
( Dr. Carmine Ruta )



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL DIRETTORE DEL  
DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E PER I SERVIZI SOCIALI**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo della legittimità della presente deliberazione.

Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare un impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRETTORE  
(Dr. Carmine Ruta)

La presente deliberazione si compone di n° 46 pagine, di cui n° 41 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Moroni)

A

**Governance e appropriatezza organizzativa del SSR**

**Sommario**

- **Premessa: la “spending review” nazionale**
- **Governance e appropriatezza organizzativa: il percorso operativo per l’implementazione del PSSR**
  - **Il modello architetturale**
  - **La progettazione**
  - **La metodologia**
  - **L’implementazione del modello**
- **Le indicazioni per la programmazione economica**

*Chy*

➤ **Premessa: “la spending review” nazionale**

L’attuale situazione economico-finanziaria del Paese rappresenta un elemento di grave criticità che pone a rischio lo scenario di crescita e sviluppo dell’economia nazionale e la salvaguardia dei livelli e delle modalità dei servizi erogati dalle strutture del settore pubblico e della sanità in particolare.

Le manovre finanziarie e di stabilità degli ultimi anni hanno introdotto nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) stringenti vincoli normativi in tema di risorse finanziarie a disposizione, di personale, beni e servizi. In particolare, hanno previsto la riduzione dei tassi di incremento del Fondo Sanitario Nazionale (FSN); il blocco dei contratti, il blocco del turn over e il blocco delle retribuzioni per quanto riguarda il personale; l’introduzione di ticket sulle prestazioni specialistiche e sui codici bianchi del pronto soccorso; la fissazione di un tetto all’acquisto di dispositivi medici e di spesa per l’assistenza farmaceutica; la realizzazione di Centrali di acquisto, convenzioni e sistemi di monitoraggio per quanto riguarda i beni e servizi.

A

Queste manovre finanziarie, che hanno già prodotto pesanti effetti sul fabbisogno finanziario del sistema sanitario mettendo in discussione quanto stabilito dal Patto per la Salute 2010-2012 nonché generando inevitabili conseguenze sull’erogazione dei Livelli essenziali di assistenza che le Regioni devono comunque garantire, non sono state comunque considerate sufficienti per assicurare il complessivo processo di risanamento economico finanziario.

Il recente Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 «Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini», ha individuato una ulteriore serie di interventi e

Q

azioni per la razionalizzazione della spesa pubblica e per il recupero di efficienza nell'erogazione di servizi ad opera delle strutture della pubblica amministrazione.

Il Decreto Legge e la sua conversione in legge n. 135 del 7 agosto 2012 intervengono in numerose aree del settore pubblico con l'obiettivo di razionalizzarne l'organizzazione e ridurre la spesa complessiva. Il sistema sanitario costituisce una delle aree su cui, in modo specifico, si è concentrata l'attenzione: vengono date puntuali e stringenti indicazioni relativamente al contenimento della spesa per il personale, al governo della spesa farmaceutica, alla razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi, alla riorganizzazione dei processi sanitari con particolare attenzione all'assistenza ospedaliera, alla revisione delle condizioni di partecipazione degli erogatori privati.

Di fronte ai problemi di sostenibilità per tutto il sistema, l'orientamento generale complessivo è quindi rivolto ad una sempre maggiore razionalizzazione delle risorse in ragione di vincoli economici sempre più stringenti; al fine di garantire la sostenibilità dell'intero sistema sanitario, diventa inevitabile l'adozione di manovre strutturali e di recupero dell'efficienza che non devono penalizzare, ma comunque garantire la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate e riallineare le risorse a disposizione con i LEA da erogare.

Nello specifico il DL n. 95 del 06/07/12 all'art. 15 comma 22, recita " ...il livello del fabbisogno del servizio sanitario nazionale e del correlato finanziamento, previsto dalla vigente legislazione, è ridotto di 900 milioni di euro per l'anno 2012, di 1.800 milioni di euro per l'anno 2013, di 2.000 milioni di euro per l'anno 2014 e 2.100 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015 ... le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per la ripartizione del fabbisogno sanitario e delle di-

R

sponibilità finanziarie annue per il Servizio sanitario nazionale, entro il 30 settembre 2012, con riferimento all'anno 2012 ed entro il 30 novembre 2012 con riferimento agli anni 2013 e seguenti...".

La definizione di azioni necessarie per dare attuazione alle ultime disposizioni normative richiede, per l'intera sanità marchigiana, l'adozione di un percorso attuativo che sia coerente e che integri le linee strategiche già adottate dalla programmazione regionale con la DGR n. 528/2012, DGR n.1137/2012 e DGR n. 1174/2012, al fine di stabilire criteri aggiuntivi e nuove modalità di intervento attraverso cui raggiungere risultati in linea con le aspettative del livello centrale.

Le DGR citate costituiscono un cruciale momento di raccordo con il contesto in atto, nell'ambito di un percorso di consolidamento degli importanti risultati conseguiti dalla sanità marchigiana negli ultimi anni e che ne hanno fatto una delle realtà di maggior rilievo, in termini di efficienza nell'uso delle risorse e di efficacia nell'erogazione di servizi e prestazioni, nel panorama sanitario a livello nazionale.

Poiché le indicazioni di tali atti deliberativi erano già orientate a stabilire interventi di particolare importanza sia sui fattori di produzione che sui processi sanitari, alla luce delle disposizioni del DL n. 95/2012 convertito in legge con la Legge 135 del 7 agosto 2012, risulta opportuno predisporre le necessarie integrazioni alle parti che sono in particolare interessate dal Decreto legge in questione.

I punti oggetto di intervento riguardano sia l'area dei fattori di produzione, sia l'area dei processi sanitari. Nella prima, vengono trattati aspetti riguardanti il personale, i farmaci ed i dispositivi

medici, i beni e servizi e gli erogatori privati. Nella seconda, l'accento viene posto sull'assistenza ospedaliera, valutando nel contempo gli impatti e le ricadute anche nell'ambito dell'emergenza urgenza e dell'area territoriale e socio sanitaria.

Aspetto centrale degli interventi è dare seguito al disposto del Decreto legge, evidenziando i vincoli fissati e gli obiettivi da raggiungere e definendo le conseguenti azioni ed i risultati che da queste sono attesi; al fine di stabilire delle modalità di misura e monitoraggio degli interventi, vengono definiti gli indicatori, anche in funzione di standard esistenti; laddove richiesto e in modo funzionale agli obiettivi da raggiungere, viene descritto l'impatto economico che è possibile prevedere con l'attuazione delle azioni.

La realizzazione delle azioni previste costituisce un obiettivo prioritario per la Regione Marche: la DGR n. 528/2012 costituiva uno strumento fondamentale per l'implementazione delle indicazioni strategiche volte a consolidare i risultati raggiunti dalla sanità marchigiana ed a far fronte ad una situazione di particolare gravità, in termini economici e di efficienza operativa, per il sistema sanitario a livello nazionale. Le integrazioni che conseguiranno al recepimento del DL n. 95/2012 e della sua conversione in legge e che sono oggetto del presente documento, sono da intendere come l'inevitabile e necessario sforzo da intraprendere a livello regionale per garantire la sostenibilità, l'efficienza, la qualità nonché l'equità del SSR marchigiano.

➤ **Governance e appropriatezza organizzativa: il percorso operativo per l'implementazione del PSSR**

Il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 e la sua conversione nella legge n. 135/2012 intervengono in numerose aree del settore pubblico con l'obiettivo di razionalizzarne l'organizzazione e ridurre la spesa complessiva. Una delle aree particolarmente interessate riguarda il sistema sanitario, per il quale vengono date puntuali e stringenti indicazioni relativamente al contenimento della spesa per il personale, al governo della spesa farmaceutica, alla razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi, alla riorganizzazione dei processi sanitari con particolare attenzione all'assistenza ospedaliera, alla revisione delle condizioni di partecipazione degli erogatori privati.

La definizione di azioni necessarie per dare attuazione a tali disposizioni normative richiede, per quanto riguarda lo specifico dell'assistenza ospedaliera, l'adozione di un percorso metodologico che consenta di stabilire i criteri e le modalità di intervento attraverso cui stabilire obiettivi e conseguire risultati coerenti con le aspettative del livello centrale.

Il PSSR 2012-2014 ha previsto che, a seguito di eventuali nuovi standard strutturali e di personale disciplinati dalla evoluzione della programmazione sanitaria nazionale, dal nuovo Patto per la salute, e comunque nel rispetto degli equilibri di bilancio e dei parametri di appropriatezza previsti nei LEA, la definizione delle condizioni di offerta ospedaliera fosse automaticamente aggiornata nei termini delle nuove disposizioni.

Di seguito viene descritto l'approccio metodologico che, in continuità con le azioni di cambiamento finora intraprese dalla Regione Marche, fornisce le specifiche indicazioni per la riorganizzazione dell'area ospedaliera alla luce delle disposizioni del DL n. 95/2012 e sua conversione in legge n.135 del 7 agosto 2012.

• ***Il modello architettuale***

La necessità di adeguare alle norme la rete ospedaliera della Regione Marche impone una distinzione tra le funzioni ospedaliere, delineando in modo ancor più netto che in passato compiti e competenze delle strutture ospedaliere.

La storica diffusione di piccole strutture, con erogazione di prestazioni di medio-bassa complessità, comporta una differente visione del sistema dell'offerta che deve essere orientata ad una netta differenziazione tra chi eroga alta specialità e conseguente alta complessità, chi invece eroga prestazioni maggiormente orientate alla cronicità/fragilità.

In particolare:

- area dell'alta specialità, concentrata quasi esclusivamente nell'Azienda ospedaliera di Torrette e per alcune peculiarità, nelle sedi dell'INRCA e di Marche Nord;
- area che potremmo definire il "core" dell'attività ospedaliera, caratterizzata dalla media complessità, è diffusa sul territorio, negli ospedali che costituiscono il network ospedaliero di integrazione clinica per le acuzie, integrata a livello locale e regionale;

1

- il network territoriale socio-sanitario per le post-acuzie, sub-acuzie e fragilità, assicurata nelle piccole strutture integrate in una rete che fa capo all'INRCA.

La delimitazione di questo modello di offerta impone pertanto un'analisi dei territori non più basata su meri confini istituzionali o amministrativi ma su aree geografiche omogenee per motivi orografici e/o socio-economici; l'identificazione di questi *cluster* ha condotto l'analisi individuando reti omogenee che sono le seguenti:

- la rete omogenea di Marche Nord, che interessa l'Azienda ospedaliera di Marche Nord e l'ospedale di Urbino;
- la rete omogenea dell'Area metropolitana, caratterizzata dallo spostamento delle prestazioni di media complessità dall'Azienda ospedaliero-universitaria, alla quale sono richieste prestazioni di alta specialità ed alta complessità, agli ospedali di Senigallia e di Jesi;
- la rete omogenea INRCA – Osimo, chiamata a rispondere sia alle esigenze del territorio provinciale a sud di Ancona sia, soprattutto, alla tutela della fragilità e della cronicità, integrandosi con le piccole strutture diffuse sul territorio marchigiano;
- la rete omogenea del polo tecnologico che collega le strutture ospedaliere di Fabriano e di Camerino-San Severino Marche, supportate dalla struttura ospedaliera di Pergola;
- la rete del Centro Marche, incentrata sugli ospedali di Macerata, di Fermo e di Civitanova Marche, tra loro integrati e funzionalmente collegati anche con la struttura ospedaliera di Amandola;

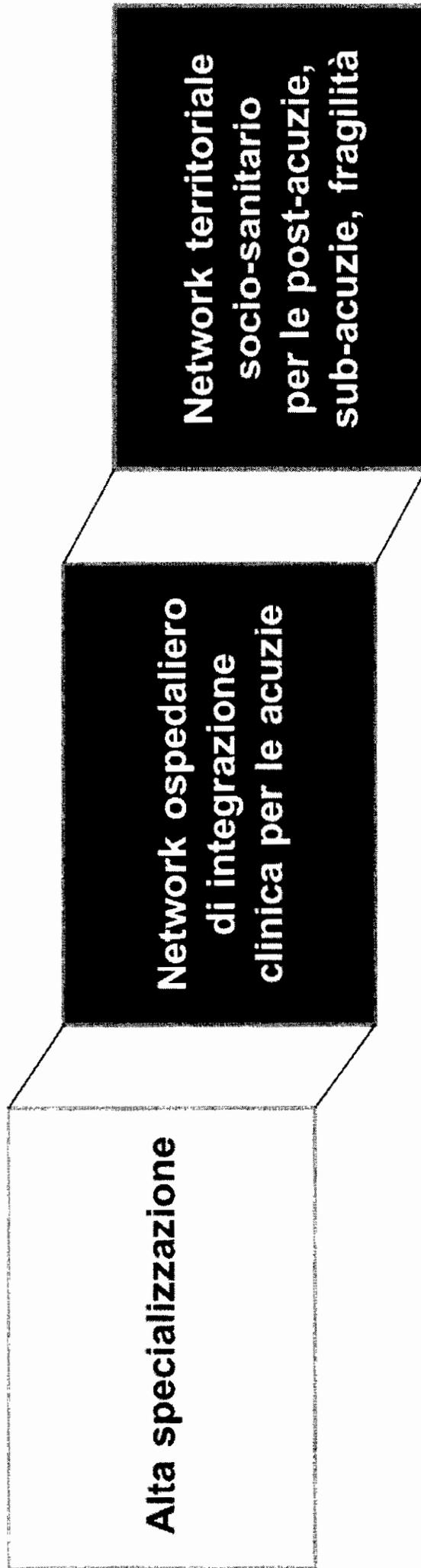
a

- la rete omogenea di Marche Sud che integra gli Ospedali di Ascoli Piceno e di San Benedetto del Tronto.

A



## Il modello architetturale



*A*

L'adozione di misure e provvedimenti di cambiamento e miglioramento della sanità regionale ha origine dalla conoscenza della situazione reale esistente e dello sviluppo che ha avuto nel corso dei periodi precedenti. L'analisi e la valutazione dei fenomeni che hanno interessato il sistema socio sanitario marchigiano si fondano sull'utilizzo di un modello interpretativo della realtà regionale utilizzato per l'elaborazione degli indirizzi strategici fissati dal recente Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014 e che costituisce il modello di riferimento nell'impostazione degli studi conoscitivi e delle analisi di valutazione del fabbisogno.

L'analisi del bisogno, della domanda, dell'offerta e del risultato, insieme a quelle di contesto socio economico ambientale e di struttura e dinamica demografica, sono suddivise per dimensioni di analisi, ciascuna delle quali è caratterizzata da un insieme di fenomeni che vengono monitorati, valutati ed interpretati mediante indicatori, al fine di ottenere parametri quali-quantitativi misurabili e confrontabili anche al di fuori della realtà marchigiana.

La sistematizzazione e l'omogeneizzazione della conoscenza che ne consegue consente quindi di organizzare le informazioni nell'ambito dei settori di interesse, focalizzando in particolare gli aspetti di carattere strutturale e di processo necessari alla definizione delle scelte programmatiche regionali.

La scelta degli indicatori e degli strumenti di analisi e valutazione è strettamente legata alle specifiche caratteristiche dell'oggetto di indagine ed all'ampiezza ed alla profondità dei fenomeni da analizzare e delle variabili da considerare.

• **La progettazione**

Il PSSR 2012-2014 ha definito le linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera ed ha inoltre fissato un percorso attuativo per procedere alla sua implementazione nell'ambito delle diverse aree del territorio regionale. La DGR n. 1137 del 23 luglio 2012, a conferma della DGR n. 784/2012 ed in coerenza con quanto disposto dal PSSR 2012-2014, ha fornito le indicazioni di carattere generale per la formulazione di Piani di Area vasta geograficamente intesa, individuando un obiettivo finale di posti letto ospedalieri che raggiungono una dotazione complessiva di 3,9 posti letto per 1000 abitanti, con una riduzione di 159 posti letto rispetto alla situazione esistente.

La riorganizzazione della rete ospedaliera è stata modellata tenendo conto dell'appropriatezza organizzativa per consentire di recuperare efficienza e incrementare la possibilità di risposta sanitaria alla domanda di ricoveri ordinari per acuti.

L'analisi è stata condotta valutando gli aspetti relativi alle dimensioni della domanda (residenti e non residenti) e dell'offerta (erogatori pubblici e privati) e tenendo conto di elementi di carattere epidemiologico e demografico che hanno costituito la necessaria cornice di riferimento.

L'introduzione di parametri e standard fissati a livello nazionale (p. es. dal Patto per la salute 2010-2012) ha determinato i risultati in termini di fabbisogno di prestazioni e, conseguentemente, di dotazione necessaria (in termini di posti letto) per farvi fronte.

Sono stati adottati specifici criteri di appropriatezza ed efficienza: le variabili utilizzate sono state quelle della trasferibilità ad altri regimi assistenziali, sia in relazione al Patto per la Salute 2010-

2012 sia ad un efficientamento dei reparti per acuti con trasferimento alla post-acute/riabilitazione; altre variabili, quali la degenza media ed il tasso di occupazione dei posti letto, sono state usate per definire il fabbisogno di posti letto, mentre il peso medio ha consentito di suddividere in alta, media e bassa assistenza il totale dei posti letto, sia per acuti sia per post-acute/riabilitazione.

Il Decreto Legge n. 95/2012 stabilisce che, a livello regionale, la dotazione ospedaliera dovrà essere pari a 3,7 posti letto per 1000 abitanti, di cui lo 0,7 per la post-acute, lungodegenza e riabilitazione. Rispetto alla situazione attualmente esistente, questo comporta una contrazione aggiuntiva di altri 310 posti letto per un totale di 469 posti letto in riduzione. L'applicazione delle norme previste dal DL 95/2012, confermate nella Legge di conversione, che conducono ad una importante riduzione dei posti letto, inducono ad utilizzare lo stesso schema concettuale di analisi e le variabili già adottate in fase di attuazione del PSSR, proseguendo nell'applicazione di un modello dell'assistenza ospedaliera orientato:

- all'appropriatezza, con l'applicazione di parametri ancora più rigorosi: il potenziamento del day hospital e del sistema ambulatoriale deve essere contestuale alla dismissione di posti letto ordinari per acuti: i parametri adottati nella programmazione che ha condotto all'approvazione della DGR n. 1137 del 23 luglio 2012 devono essere sottoposti ad ulteriore verifica, al fine di incrementare la quota di ricoveri da trasferire ad altri regimi assistenziali nonché per rimodulare in modo più circostanziato le dotazioni assegnate a ciascuna unità operativa. Ciò presuppone un confronto con i diversi attori appartenenti al sistema al

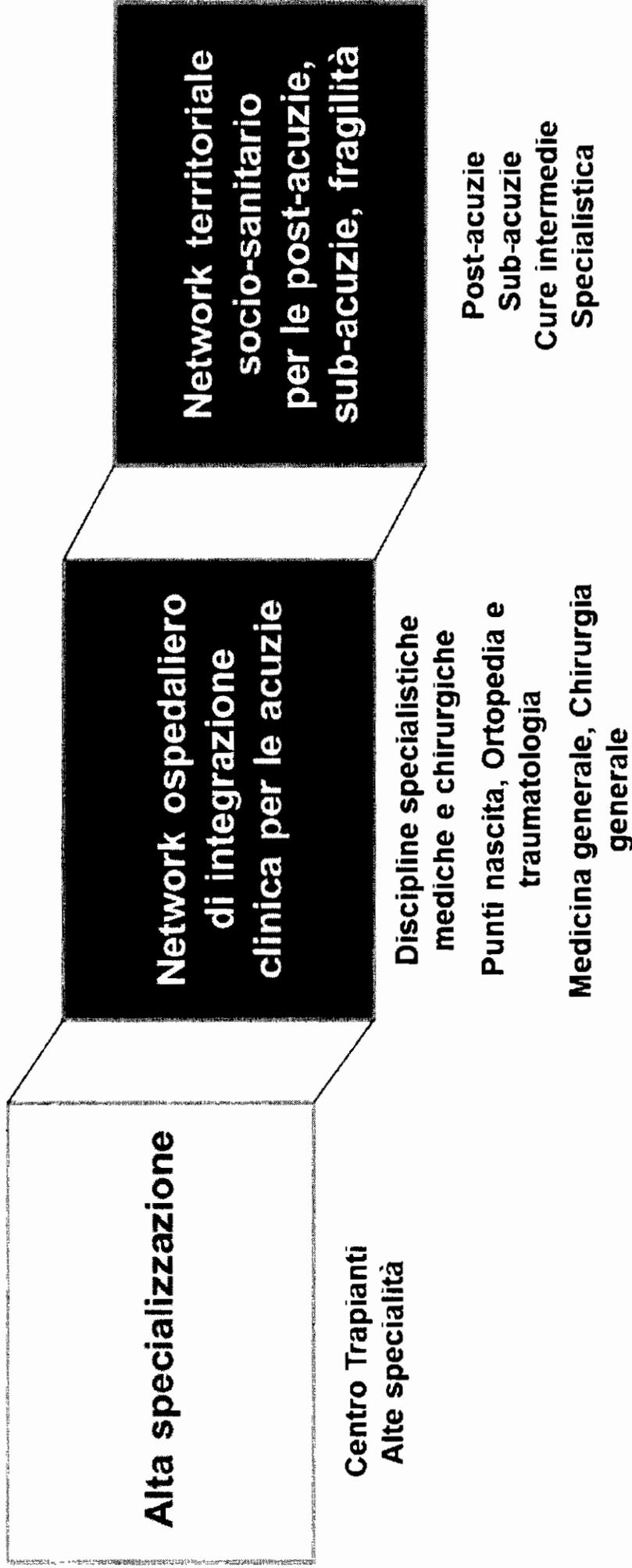
fine di condividere i percorsi che garantiscano l'efficacia del trattamento, la tutela della sicurezza dei pazienti (e degli operatori stessi) e la risposta ai bisogni dei cittadini marchigiani.

- alle performance, ovvero all'efficienza operativa, assicurata da un corretto rapporto tra numero di posti letto e personale sanitario, al fine di evitare da un lato inefficienze per elevato rapporto personale sanitario/posti letto, dall'altro inefficacia ed inefficienza per il motivo esattamente opposto: La frammentazione non solo della rete ospedaliera, caratterizzata da tante piccole strutture, ma anche delle singoli reti cliniche, con pochi posti letto di ciascuna disciplina specialistica distribuiti in molte sedi, comporta l'assegnazione di risorse umane che possono risultare sovradimensionate rispetto all'attività, ovvero insufficienti ad assicurare efficienza, efficacia e qualità assistenziale. La riduzione del numero di unità operative, come peraltro sancito dal DL 95/2012, deve essere effettuata tenendo conto del numero di posti letto assegnati e del loro utilizzo, dell'attività effettuata e della relativa complessità, del rapporto posti letto/personale sanitario.
- alla piena applicazione di tutte le reti ospedaliere, in logica di intensità di cura, tra i diversi nodi, e di intensità di cura e di assistenza all'interno di ciascuno dei nodi ospedalieri
- all'individuazione di un modello architetturale organizzativo che si caratterizza come di seguito:

R

- la rete dell'alta intensità assistenziale, prevalentemente assicurata dalle Aziende ospedaliere e, per quanto di specifica competenza, dall'INRCA, idonea a rispondere alla patologia complessa, con valenza regionale;
- il network ospedaliero di integrazione clinica per le acuzie, a maggiore diffusione, che garantisce una risposta sanitaria efficace ed efficiente ad un bacino territoriale omogeneo, integrandosi in logica di intensità di cura con sistema *hub & spoke*, rispetto ad aree territoriali e bacini di utenza che presentano condizioni omogenee in termini di fabbisogno, di domanda e di offerta, come precedentemente individuati;
- il network territoriale socio-sanitario per le post-acuzie, sub-acuzie e fragilità, composto dalla rete delle piccole strutture ospedaliere, caratterizzato da un livello di bassa intensità assistenziale, orientato alla tutela della cronicità/fragilità, ovvero della fase post-acuta, e strettamente integrato, attraverso la presenza al loro interno della Casa per la Salute, con l'attività territoriale, compresa quella specialistica; anche in coerenza con la legge 13 e s.m.i. che all'art. 8 bis, comma 7, che prevede: "*l'ASUR, ....., promuove intese con l'INRCA per la riqualificazione della rete ospedaliera al fine di assicurare l'integrazione funzionale della prestazioni ed il coordinamento operativo relativo alla prevenzione secondaria delle patologie cronico-degenerative degli anziani*".

**La progettazione architettonica**



- ***Il Percorso metodologico***

Il percorso metodologico da adottare è in continuità con quanto svolto in attuazione del PSSR 2012-2014, particolarmente orientato verso logiche di appropriatezza clinica e organizzativa nonché di efficienza ed efficacia operativa.

I risultati generati dall'applicazione dei criteri sull'appropriatezza dovranno essere rimodulati introducendo alcune modifiche/integrazioni ai parametri di trasferibilità:

- il ricorso al ricovero ordinario dovrà essere ridotto solo ai casi urgenti;
- l'attività ambulatoriale, ed in particolare il follow up di pazienti con patologie croniche, deve essere riorganizzato al fine di favorire percorsi assistenziali "in continuità", riducendo così il rischio di riacutizzazioni e conseguenti ospedalizzazioni;
- devono essere avviati, a cura delle Aziende, tavoli tecnici per la definizione di principali percorsi diagnostici-terapeutici che possono consentire una gestione condivisa tra medico curante e specialista consulente, secondo le indicazioni nazionali e regionali;
- devono essere individuate modalità operative per la gestione delle agende ambulatoriali che possano ridurre la ricerca di percorsi sanitari non corretti;
- la riorganizzazione delle reti cliniche ospedaliere deve contribuire allo sviluppo di attività e servizi territoriali, in particolare con la riconversione di strutture verso l'area della sub-acuzie, della residenzialità e della continuità assistenziale.

Il percorso di analisi prevede l'approfondimento sulla situazione esistente al fine di entrare nel merito delle diverse discipline ospedaliere. La cornice di riferimento è rappresentata dalle medesime aree del contesto epidemiologico e demografico e delle condizioni di bisogno della popolazione, già utilizzate dalla programmazione regionale nei precedenti momenti di analisi e valutazione.

In particolare, l'analisi della situazione esistente si deve concentrare sulla valutazione della domanda e dell'offerta, ad un livello di maggior dettaglio rispetto all'attuale organizzazione ospedaliera, focalizzando l'attenzione su dimensioni quali la dotazione strutturale e di personale, l'utilizzo delle risorse disponibili, l'efficienza e la complessità dell'attività svolta ed i risultati conseguiti, a livello di ciascuna rete clinica e per ciascuna area vasta geograficamente intesa.

L'analisi della situazione esistente deve consentire di valutare la reale capacità di risposta di ciascuna unità operativa, individuando elementi oggettivi sia di efficienza sia di qualità che devono consentire il benchmark tra strutture e conseguentemente individuare i criteri per il mantenimento o la soppressione/accorpamento delle unità operative. L'analisi si deve concentrare in particolare sui seguenti elementi:

- accessibilità delle strutture (dotazione e attività in risposta alla domanda, attrazione, fuga)
- operatività ed efficienza (tasso di occupazione dei posti letto, degenza media);
- complessità della casistica trattata (peso medio e punti totali DRG);

- appropriatezza dell'attività svolta (percentuale di DRG medici in reparti chirurgici, percentuale di ricoveri potenzialmente inappropriati);
- numero di posti letto per operatore, suddiviso per medici, infermieri, altro personale.

La valutazione dei risultati verte sul comportamento di tutte le strutture ospedaliere rispetto a ciascun singolo microfenomeno evidenziato dagli indicatori utilizzati, comparando i valori di tutte le strutture tra loro ed anche rispetto ad un valore di riferimento regionale oltre che ad eventuali standard riconosciuti (analisi verticale). Inoltre, viene valutata la coerenza nel comportamento di ciascuna singola struttura rispetto all'insieme degli indicatori utilizzati nell'ambito di ogni dimensione analizzata (analisi orizzontale). L'utilizzo di indicatori di sintesi può contribuire a classificare le diverse UO, nel complesso o per ciascuna dimensione di analisi, al fine di stabilire eventuali modalità di intervento, riorganizzazione o riconversione.

Il risultato del percorso metodologico deve portare alla definizione delle azioni che consentono di riorganizzare la rete ospedaliera secondo i parametri stabiliti dalla normativa nazionale, nei termini di una riduzione dei posti letto accompagnata da un corrispondente adeguamento delle dotazioni organiche del personale.

L'individuazione di unità operative complesse da sopprimere può ingenerare forti resistenze, tra gli operatori e tra l'opinione pubblica, se non suffragata da precise valutazioni sulle performance della singola unità operativa piuttosto che sulle migliori modalità di risposta ai bisogni: diventa pertanto improcrastinabile accompagnare il ridisegno delle reti cliniche con l'attivazione di unità di degenza organizzate per intensità di assistenza a prescindere dalla disciplina di appartenenza,

eventualmente suddivise in area medica ed in area chirurgica, insieme al contestuale sviluppo di modelli organizzativi alternativi all'assistenza ospedaliera.

Tale cambiamento, che presuppone non soltanto l'esistenza di adeguate condizioni strutturali (tendenzialmente tutti gli ospedali ex di rete, oltre alla Aziende ospedaliere, sono potenzialmente trasformabili, presentando reparti di degenza compatibili con tale modello organizzativo) ma anche di un piano di formazione sia dei medici sia degli infermieri, può consentire il superamento di quanto previsto dal Dl 95: il risultato positivo, proprio per dare risposta ai bisogni dei cittadini, è rappresentato dalla possibilità di garantire l'attività programmata in tutte le maggiori sedi. Per quanto riguarda le urgenze, si prefigura la necessità di prevedere una differente programmazione orientata ad un numero ridotto di sedi, individuate sul territorio come hub per la specifica disciplina.

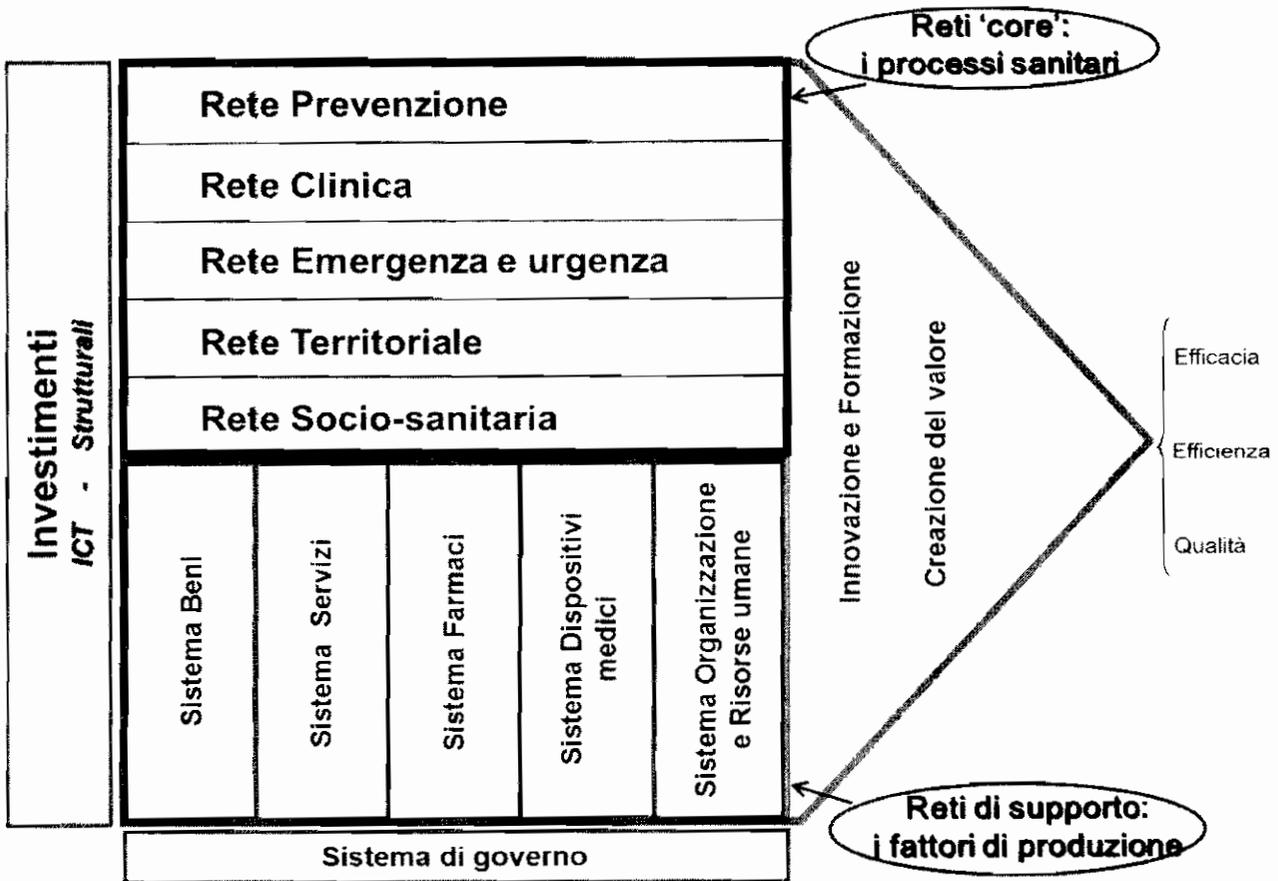
- **L'implementazione del modello**

Le indicazioni normative fissate dai provvedimenti nazionali e regionali devono essere declinate in obiettivi ed azioni di carattere generale che riguardano i processi di governo, i processi sanitari, socio-sanitari e sociali nonché i sistemi che devono supportare il funzionamento complessivo della sanità quali la qualità, le risorse umane, le infrastrutture, l'ICT e le tecnologie.

La traduzione operativa di tali orientamenti deve avvenire a livello Aziendale e di Area Vasta affinché concretamente si possa dare seguito al programma di evoluzione del sistema sanitario regionale

secondo un disegno organico e coerente di cambiamento e nel rispetto dei vincoli fissati di carattere economico, organizzativo e strutturale.

Da un punto di vista organizzativo, la definizione degli interventi e delle conseguenti azioni sulla realtà sanitaria marchigiana, è da ricondurre alla “catena del valore della filiera socio-sanitaria”, che esplicita il “modello funzionale” del sistema, come descritto nella figura seguente.



La “catena del valore”

L'elemento caratterizzante del sistema sanitario riguarda la risposta alla domanda clinico-sanitaria espressa dalla popolazione marchigiana; tale risposta deve garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale, come stabilito dalla normativa vigente, ed è il risultato di ciò che si sviluppa all'interno dei processi socio-sanitari che riguardano le diverse reti che fanno parte del sistema: prevenzione, assistenza ospedaliera, emergenza urgenza, assistenza territoriale e socio-sanitaria.

I fattori di produzione costituiscono gli elementi necessari all'attivazione ed al funzionamento dei processi socio-sanitari al fine di raggiungere gli obiettivi di salute del sistema garantendo che le sue condizioni complessive di operatività rispettino criteri di efficienza, efficacia, qualità ed economicità, nella migliore combinazione possibile, e senza avere incrementi che sottraggano risorse alle attività "core".

Gli interventi descritti nel seguito del documento si riferiscono alle azioni necessarie affinché sia sul fronte dei fattori di produzione che dei processi socio-sanitari, si agisca in coerenza con i vincoli imposti dal contesto congiunturale nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale, e perseguendo l'efficientamento dell'intero sistema ed il miglioramento in termini di efficacia e qualità dei servizi e delle prestazioni.

Il sistema "a rete" deve essere il modello guida della programmazione regionale, in particolare per quelle attività che non possono trovare esaustività nell'ambito delle singole Aree vaste. Il sistema a rete si sviluppa quindi sia rispetto a percorsi clinico-assistenziali integrati sia rispetto ad aree territo-

A

riali e bacini di utenza che presentano condizioni omogenee in termini di bisogno e di domanda, a prescindere dai confini istituzionali o amministrativi esistenti.

Tale processo ha trovato una collocazione nella definizione di un sistema reticolare, basato su un modello di integrazione tra strutture con differenziazione dell'assistenza in rapporto alla complessità organizzativa del SSR. In tale percorso devono trovare la giusta collocazione sia le Aziende Ospedaliere, sia le Aree vaste nelle loro componenti territoriale e ospedaliera, che devono essere caratterizzate da modelli assistenziali integrati in una logica di intensità di cura.

Lo sviluppo del sistema delle reti cliniche, assistenziali e di patologia si riferisce agli obiettivi di seguito indicati.

Risultati attesi

- Razionalizzazione dell'offerta sanitaria
- Autorizzazione ed Accredimento istituzionale delle strutture sanitarie
- Miglioramento della risposta clinica

Azioni

- Analisi del Fabbisogno
- Individuazione Standard di Riferimento dei Nodi di Rete Clinici ai fini dell'accREDITamento

Requisiti tecnologici

Requisiti strutturali

- Requisiti organizzativi

- Standard professionali

- Indicatori di performance

- Riorganizzazione della Rete per Livelli di Intensità di Cura e di Assistenza
- Definizione del sistema tariffario
- Attivazione delle singole reti cliniche

*Indicatori di risultato*

- Accredimento delle singole reti
- Monitoraggio degli indicatori di performance delle singole reti

A

Obiettivo 1: le reti della prevenzione

Le reti strutturali e funzionali della Prevenzione Collettiva da garantire in base alla normativa nazionale (D.Lgs. 502/92, 517/93 e 229/99), all'Accordo Stato-Regioni 29.04.2010 (Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012) ed alle normative regionali con esse coerenti, sono:

- *Prevenzione primaria collettiva*
  - Rete di igiene pubblica ed emergenze
  - Rete prevenzione luoghi di lavoro
  - Rete di sanità animale e allerte zoonosiche

- Rete di igiene allevamenti e produzioni
- Rete di sicurezza e allerta alimentare
- Rete per prevenzione ed educazione nutrizionale
- Reti di sorveglianza epidemiologica
- Reti per la Promozione della Salute
- *Prevenzione gruppi di rischio*
  - Rete di screening oncologici e medicina predittiva
  - Rete di screening pediatrici

## Obiettivo 2: le reti assistenziali territoriali

I mutamenti della struttura familiare, dei bisogni della popolazione e la diffusione del ricorso da parte delle famiglie ad assistenti familiari, richiedono un profondo ripensamento dell'articolazione della rete assistenziale secondo un sistema di cure graduali nell'ambito del Distretto, fondato su azioni coordinate ed in stretta sinergia.

Più in dettaglio, le reti da garantire e, conseguentemente, la filiera dell'assistenza territoriale, riguardano:

- l'assistenza primaria,
- le cure domiciliari,

- le cure palliative,
- l'assistenza semiresidenziale e residenziale,
- l'assistenza in strutture di ricovero intermedie.

Questi livelli assistenziali vengono garantiti attraverso alcuni nodi fondamentali della rete territoriale ossia attraverso i servizi distrettuali, le Equipres Territoriali, le strutture residenziali e semiresidenziali, le Case della Salute e le strutture per l'assistenza al paziente sub acuto.

Obiettivo 3: le reti cliniche di patologia

La riorganizzazione ospedaliera, al fine di ridurre la duplicazione e la frammentazione, deve essere indirizzata verso un sistema "a rete" che consenta di integrare le strutture ospedaliere, graduando in rapporto alla complessità delle strutture stesse.

Le reti cliniche individuate, che possono essere per disciplina (es. rete neurologica) o per patologia (es. rete dell'ictus), o per ambito di bisogno saranno differenziate nelle diverse strutture tenendo conto sia dei requisiti strutturali e tecnologici, sia dei requisiti organizzativi e degli standard professionali.

Le reti che dovranno essere sviluppate in tempi brevi sono le seguenti:

- La rete dell'IMA e cardiologica
- La rete della chirurgia vascolare
- La rete per il trauma grave
- La rete dell'Ictus cerebrale e neurologica

- La rete dei Punti Nascita
- La rete ematologica
- La rete diabetologica
- La rete nefrologica
- La rete ortopedica
- La rete dei trapianti
- La rete delle malattie rare
- La rete delle malattie neuromuscolari degenerative e traumatiche.
- La rete gastroenterologica
- La rete oncologica
- La rete della nutrizione artificiale
- La rete urologica
- La rete della riabilitazione
- La rete trasfusionale
- La rete della post-acuzie

A

R

## ➤ Le indicazioni della programmazione economica

### *Criticità*

In relazione ai contenuti del “Nuovo patto per la Salute per gli anni 2010-2012” si precisa come il Fondo Sanitario Regionale per l’anno 2012 non è stato ancora confermato nonostante il DL n. 95 del 06/07/12 abbia già definito una serie di tagli per gli anni 2012, 2013 e 2014.

In particolare il DL n. 95 del 06/07/12 all’art. 15 comma 22, recita “ ...il livello del fabbisogno del servizio sanitario nazionale e del correlato finanziamento, previsto dalla vigente legislazione, è ridotto di 900 milioni di euro per l’anno 2012, di 1.800 milioni di euro per l’anno 2013, di 2.000 milioni di euro per l’anno 2014 e 2.100 milioni di euro a decorrere dall’anno 2015 ... le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano per la ripartizione del fabbisogno sanitario e delle disponibilità finanziarie annue per il Servizio sanitario nazionale, entro il 30 settembre 2012, con riferimento all’anno 2012 ed entro il 30 novembre 2012 con riferimento agli anni 2013 e seguenti...”.

Lo scenario economico-finanziario per il triennio 2012-2014 risulta quindi, allo stato attuale, ancora in corso di definizione, fermo restando quanto disposto dal DL n. 78 del 31/05/2010 (convertito in Legge n. 122 del 30/07/10), dal DL n. 98 del 06/07/11 (convertito in Legge n. 111 del 15/07/11) oltre che dal DL n. 95 del 06/07/12 (convertito in Legge n. 135 del 07/08/2012).



La tabella 1 riepiloga i tagli apportati al FSN con i D.L. sopracitati che complessivamente ammontano a 21,366 MLD di € e che hanno riguardato principalmente manovre relative al personale del SSN, alla spesa farmaceutica, all'acquisto di beni e servizi e all'introduzione di ticket.

A livello regionale i tagli previsti, riepilogati nella successiva tabella 2, per il quadriennio sono stimabili in 541 mil di €.

Il valore dei tagli è stato elaborato stimando il valore del "FSR ante 31/05/2010" utilizzando la quota di accesso al FSN complessivo (ante 31/05/2010) e ipotizzando in via prudenziale, ed in assenza di una documentazione ufficiale rilevante, che il Fondo Sanitario Regionale (voce i) per gli anni 2012, 2013 e 2014 sia quello riportato nella Proposta di riparto di maggio 2012 con incrementi rispetto all'anno precedente rispettivamente pari a:

- Euro 41,2 mln nell' anno 2012 rispetto all'anno 2011;
- Euro 12,9 mln nell'anno 2013 rispetto all'anno 2012;
- Euro 37,4 mln nell'anno 2014 rispetto all'anno 2013.

*Tabella 1 Andamento FSN anni 2011-2014 con evidenziazione delle riduzioni intervenute a partire dall'anno 2010*

	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Totale
a1 Fondo Sanitario Nazionale iniziale	106.884.000.000	111.643.884.000	114.658.000.000	119.100.000.000	452.285.884.000
a2 Integrazione FSN da Patto per la Salute 2010-2012	871.500.000	0	0	0	871.500.000
a3 Medicina Penitenziaria	167.800.000	167.800.000	167.800.000	167.800.000	671.200.000
a4 Legge 191/09 (tagli alla spesa del personale)	0	-466.000.000	-466.000.000	-466.000.000	-1.398.000.000
b1 Spesa del personale del SSN	-418.000.000	-1.132.000.000	-1.132.000.000	-1.132.000.000	-3.814.000.000
b2 Spesa farmaceutica	-600.000.000	-600.000.000	-600.000.000	-600.000.000	-2.400.000.000
c1 Tagli sostituiti dai Ticket di euro 10,00	0	-834.000.000	834.000.000	-834.000.000	0
c2 Ulteriori tagli	0	0	-2.500.000.000	-5.450.000.000	-834.000.000
d1 FSN Indistinto	102.234.748.553	103.962.592.099	104.453.941.495	105.879.871.243	416.528.154.390
d2 Entrate proprie delle aziende sanitarie	1.982.157.447	1.982.157.447	1.991.525.546	2.018.712.414	7.974.552.854
d3 FSN indistinto finalizzato (rinnovi convenzioni con SSN e extracomunitari)	269.000.000	269.000.000	270.271.351	273.960.901	1.082.232.252
d4 FSN vincolato per altri enti	640.513.737	576.934.454	579.661.169	587.574.285	2.384.683.645
d5 Accantonamenti a titolo di FSN indistinto	0	179.000.000	179.845.992	182.301.120	541.147.112
d6 FSN Vincolato e programmato alle aziende sanitarie (tra cui anche gli Obiettivi Prioritari e la Medicina Penitenziaria)	1.778.880.263	1.810.000.000	1.818.554.446	1.843.380.038	7.250.814.747
	0	0	-0	0	0
	check				

M

**Tabella 2 Stima andamento FSR anni 2011-2014 con evidenziazione delle riduzioni intervenute a partire dall'anno 2010**

	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Totale
i1	Tagli sul FSR ex DL n. 78 del 31/05/10 (convertito in Legge 122 del 30/07/10)	-43.465.171	-43.465.171	-43.465.171	-155.998.972
i2	Tagli sul FSR ex DL n. 98 del 06/07/11 (convertito in Legge 111 del 15/07/2011)	0	-83.667.945	-157.699.270	-262.296.748
i1	Percentuale del FSR calcolata sul FSN Indistinto ante DL 95 del 06/07/12	2,62%	2,62%	2,62%	

In presenza di un contesto ancora in corso di definizione il quadro delle risorse da assegnare agli Enti del SSR può essere stimato in via prudenziale nei termini riportati nella Tabella 3 che segue, fermo restando che il contenuto del presente provvedimento potrà essere oggetto di integrazioni e/o modificazioni in seguito (i) all'approvazione di ulteriori norme nazionali in materia di sanità, (ii) al riparto definitivo fra le Regioni del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 2012 (che verrà ufficializzato entro il 30 settembre 2012 in sede di Conferenza Stato/Regioni - comma 22 del DL 95/2012), (iii) al riparto definitivo fra le Regioni del Fondo Sanitario Nazionale per gli anni 2013 e 2014 (che verrà ufficializzato entro il 30 novembre 2012 in sede di Conferenza Stato/Regioni - comma 22 del DL 95/2012).

Analogamente al Fondo Sanitario Regionale tutte le altre voci relative ai trasferimenti da Regione, ad eccezione del Pay Back, sono state stimate, in assenza di una documentazione ufficiale rilevante, sulla base dei dati dei Bilanci Consuntivi degli Enti del SSR dell'anno 2011.

Con particolare riferimento al Pay Back e solamente per l'anno 2012 è stata presa in considerazione l'indicazione fornita dal Dirigente della PF Assistenza Farmaceutica.

In relazione alle entrate proprie degli Enti del SSR le stime sono state direttamente fornite rispettivamente dagli Enti stessi interessati.

Per quanto riguarda il totale delle risorse disponibili per gli Enti del SSR risulta caratterizzato dal seguente andamento nel triennio 2012/2014:



- diminuzione di Euro 11,4 mln nell' anno 2012 rispetto all'anno 2011;
- diminuzione di Euro 23,3 mln nell'anno 2013 rispetto all'anno 2012;
- incremento di Euro 31,7 mln nell'anno 2014 rispetto all'anno 2013.

Per quanto riguarda le voci di costo per gli Enti del SSR si precisa quanto segue:

1. Per l'anno 2012 è stata preso a riferimento il tetto dei costi della DGR 1750 del 2011 a cui sono stati aggiunti (i) la stima dei costi derivanti dall'applicazione del D.Lgvo 118/2011 in materia di sterilizzazione degli ammortamenti e (ii) il costo relativo al peggioramento della mobilità passiva rispetto alla rilevazione effettuata in sede di Bilancio Consuntivo degli Enti del SSR dell'anno 2011;
2. Per gli anni 2013 e 2014 è stata ipotizzata la medesima struttura dei costi.

M

Tenuto conto di quanto sopra riportato le manovre di contenimento dei costi da effettuarsi, ipotizzando il rispetto dei vincoli di cui alla DGR 1750/2011, negli anni 2012 e 2013 sono pari rispettivamente ad Euro 6,3 mln, Euro 28,3 mentre per l'anno 2014 si prevede un avanzo di gestione di Euro 3,07 mln. La tabella 4 infine riporta il riepilogo delle manovre, nel rispetto del vincolo della DGR 1750/2011, dovute (i) all'introduzione del D.Lgvo 118/2011 relativamente agli investimenti fatti con fondi correnti (pari a Euro 26,1 mln nel 2012, Euro 26,3 mln nel 2013 e Euro 26,6 mln nel 2014) , (ii) al D.L. 95/2012 (pari a Euro 23,5 mln nel 2012, Euro 47,1 mln nel 2013 e Euro 52,4 mln nel 2014) e (iii) alle manovre aggiuntive da valutare considerando il disavanzo della ge-

stione corrente di cui alla tabella 3 (pari a Euro -6,3 mln nel 2012, Euro -28,3 mln nel 2014 e Euro + 3,07 mln nel 2014).

4



**Tabella 3 Servizio Sanitario Regionale Programmazione 2012-2014**

Descrizione	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
<b>q1 FSR a soggetti diversi dagli Enti del SSR</b>	<b>28.870.697</b>	<b>31.573.802</b>	<b>31.723.026</b>	<b>32.156.086</b>
<b>q2 FSR agli Enti del SSR di cui:</b>	<b>2.659.877.303</b>	<b>2.674.720.654</b>	<b>2.648.187.776</b>	<b>2.669.482.767</b>
q2.1 da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011	0	26.134.218	26.257.734	26.616.186
q2.2 da destinare alla spesa corrente degli Enti del SSR	2.659.877.303	2.648.586.436	2.621.930.042	2.642.866.582
<b>s Totale FSR vincolato agli Enti del SSR di cui:</b>	<b>46.664.513</b>	<b>47.745.443</b>	<b>47.745.443</b>	<b>47.745.443</b>
s1 Obiettivi di carattere prioritario	40.853.371	41.934.301	41.934.301	41.934.301
s2 Medicina Penitenziaria	2.507.348	2.507.348	2.507.348	2.507.348
s3 Altre quote vincolate (esclusività, Aids, borse di studio MMG,...)	3.303.794	3.303.794	3.303.794	3.303.794
<b>t Ulteriori trasferimenti agli enti del SSR di cui:</b>	<b>37.590.616</b>	<b>12.000.000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
t1 Pay Back	13.597.964	12.000.000	0	0
t2 Risorse regionali aggiuntive	23.992.652	0	0	0
<b>u=(q2+s+t) Totale Trasferimenti da Regione agli Enti del SSR</b>	<b>2.744.132.432</b>	<b>2.734.466.097</b>	<b>2.695.933.219</b>	<b>2.717.228.210</b>
<b>v Entrate proprie degli Enti del SSR di cui:</b>	<b>229.628.400</b>	<b>227.886.448</b>	<b>227.395.058</b>	<b>227.395.058</b>
v1 Ricavi propri	111.241.094	106.682.932	106.730.814	106.730.814
v2 Ricavi propri da Ticket Euro 10,00	6.958.857	13.598.321	13.598.321	13.598.321
v3 Mobilità attiva da Proposta di riparto di maggio 2012 (ex D.Lgvo 118/2011)	104.804.465	101.861.868	101.861.868	101.861.868
v4 Ricavi straordinari	6.623.984	5.743.327	5.204.055	5.204.055
v5 Ricavi straordinari per rivisitazione fondi	0	0	0	0
<b>w=(u+v) TOTALE RISORSE DISPONIBILI PER GLI ENTI DEL SSR</b>	<b>2.973.760.832</b>	<b>2.962.352.544</b>	<b>2.923.328.277</b>	<b>2.944.623.268</b>
<b>y TOTALE COSTI PER GLI ENTI DEL SSR di cui:</b>	<b>-2.973.760.832</b>	<b>-2.968.625.359</b>	<b>-2.967.381.234</b>	<b>-2.967.739.686</b>
y1 Tetto dei costi da DGR 1750/2011 (al netto della mobilità passiva)	0	-2.802.169.063	-2.802.169.063	-2.802.169.063
y2 Mobilità passiva DGR 1750/2011 (valore anno 2010 ridotto dell'1,5%)		125.650.643	125.650.643	125.650.643
y3 Incremento della mobilità passiva per adeguare il valore a quello della Proposta di riparto di maggio 2012 pari ad Euro 132.441.759,00 (ex D.Lgvo 118/2011)	0	-6.791.116	10.000.000	-10.000.000
y4 Sopravvenienze passive degli Enti del SSR verso la Regione per peggioramento del saldo di mobilità negativo dell'anno 2010		-4.576.525	0	0
y5 Costi relativi alle quote vincolate (riferimento voce 03)		-3.303.794	-3.303.794	-3.303.794
y6 Costi da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011 (riferimento voce m.2.1)		26.134.218	26.257.734	26.616.186
<b>z=(w+y) Manovra aggiuntiva rispetto al (i) D.Lgvo 118/2011, (ii) al DL n. 95 del 06/07/12 e (iii) rispettando il vincolo della DGR 1750/2011</b>	<b>0</b>	<b>-6.272.814</b>	<b>-44.052.957</b>	<b>-23.116.417</b>

Tabella 4 Riepilogo delle manovre anni 2012-2014

RIEPILOGO DELLE C.D. MANOVRE						
	Descrizione	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	
aa	Manovra ex DGR 1750/2011	0	-44.368.567	-44.368.567	-44.368.567	
ab	Manovra ex D.Lgvo 118/2011 per gli investimenti	0	-26.134.218	-26.257.734	-26.616.186	
ac	Manovra ex DL n. 95 del 06/07/12	0	-23.571.349	-47.142.698	-52.380.775	
ad	Manovra ex proposta Legge di stabilità 2013	0	0	-15.714.233	-26.190.388	
ae	Manovra aggiuntiva	0	-6.272.814	-44.052.957	-23.116.417	
af	Manovra Complessiva da effettuarsi come riduzione della spesa corrente	0	-100.346.948	-177.536.188	-172.672.333	

M

Per quanto riguarda le Immobilizzazioni acquisite con contributi in conto esercizio (Riga "w" c.d. Manovra ex D.lgvo 118/2011 per gli investimenti- Indicata nella precedente Tabella-), il Decreto 118/2011 stabilisce che: «i cespiti acquisiti utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione».

L'utilizzo di contributi in conto esercizio per finanziare l'acquisizione di immobilizzazioni rappresenta, di fatto, uno storno di contributi dal conto esercizio al conto capitale.

Al fine di salvaguardare il principio di rappresentazione veritiera e corretta, nel pieno rispetto dello spirito della norma e del suo impatto su patrimonio netto e risultato d'esercizio, l'azienda che finanzia con contributi in conto esercizio (indistinti o finalizzati) l'acquisizione di immobilizzazioni (ivi comprese le immobilizzazioni in corso), dovrà effettuare le seguenti rilevazioni:

- nell'esercizio di acquisizione, iscrizione dell'immobilizzazione nello stato patrimoniale. Nell'esercizio di acquisizione e negli esercizi successivi, progressivo ammortamento dell'immobilizzazione stessa, nel rispetto del principio di competenza economica e secondo quanto previsto dalle norme generali sulle immobilizzazioni;
- nell'esercizio di acquisizione, iscrizione a conto economico di un costo pari al valore dell'immobilizzazione, con contropartita nei "Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio" del patrimonio netto. Questa scrittura di fatto storna la quota di contributo utilizzata per acquisire l'immobilizzazione da conto esercizio a conto capitale. Lo fa però in modo indiretto, per consentire verifiche e quadrature sui dati dei contributi in conto esercizio. Nel conto economico, il costo andrà inserito in un'apposita voce della macroclasse

R

- A) del Modello Ministeriale "CE", con segno negativo e quindi a detrazione del valore della produzione;
- nell'esercizio di acquisizione e negli esercizi successivi, progressivo utilizzo del finanziamento per investimenti per sterilizzare gli ammortamenti, secondo quanto previsto dalle norme generali sulle sterilizzazioni.

L'osservanza delle disposizioni contenute nel D. lgvio 118/2011 comporta nell'anno 2012 per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale la previsione di impegno di risorse economiche pari ad euro 26.134.218.

Inoltre per quanto riguarda la manovra relativa al D.L. 95/2012, il recupero riguarderà in particolare:

- farmaceutica
- personale
- beni e Servizi
- privati accreditati.



### ***L'Attuazione D.L. 118/2011 e la certificabilità dei Bilanci degli Enti del SSR***

In relazione ai contenuti del "Nuovo patto per la Salute per gli anni 2010-2012" le risorse disponibili per l'anno 2012 per la Sanità sono in corso di ridefinizione alla luce del D.L. 6 luglio 2012 n. 95, mentre le regole per l'accesso alle risorse stesse sono confermate, al momento, in quelle contenute



nell'Intesa del 23 marzo 2005 e s.m.i., tenendo conto di quanto disposto dalla L. 122/2010 del DL n.98 /2011 convertito in Legge n. 122/2011 e del DL n 138/2011 convertito in Legge n 148/2011.

Inoltre il D.L. n 118 del 26 luglio 2011 "*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e 2 della Legge 5 maggio 2009, n. 4*" (pubblicato nella GU n 172 del 26 luglio 2011), al Titolo II (articoli dal 19 al 35), reca disposizioni che costituiscono principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica, ai sensi dell'art. 117, comma 3, della Costituzione , al fine di garantire che gli Enti coinvolti nella gestione della spesa finanziaria con le risorse destinate al SSR concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica, sulla base dei principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci stessi (Bilancio Previsionale Consolidato e Bilancio Consuntivo Consolidato).

Lo scenario economico finanziario di riferimento per l'anno 2012 risulta quindi, allo stato attuale, ancora in corso di definizione.

In presenza di un contesto "volatile" come quello odierno, il contenuto del presente provvedimento potrà essere oggetto di integrazioni e/o modifiche in relazione

- i) all'approvazione di ulteriore norme nazionali in materia di sanità,
- ii) al riparto definitivo fra le Regioni delle risorse disponibili per il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2012 (da stabilire entro settembre 2012 in sede di Conferenza Stato/Regioni - comma n 22 D.L. 95/2012-) e per l'anno 2013 (da stabilire entro novembre 2012 in sede di Conferenza Stato/Regioni - comma n. 22 D.L. 95/2012- ).

La Regione, alla luce di quanto sopra indicato, declinerà successivamente, con appositi provvedimenti una volta definiti i relativi parametri di attribuzione delle Risorse del Fondo Sanitario Regionale per l'anno in corso, le linee operative riguardo

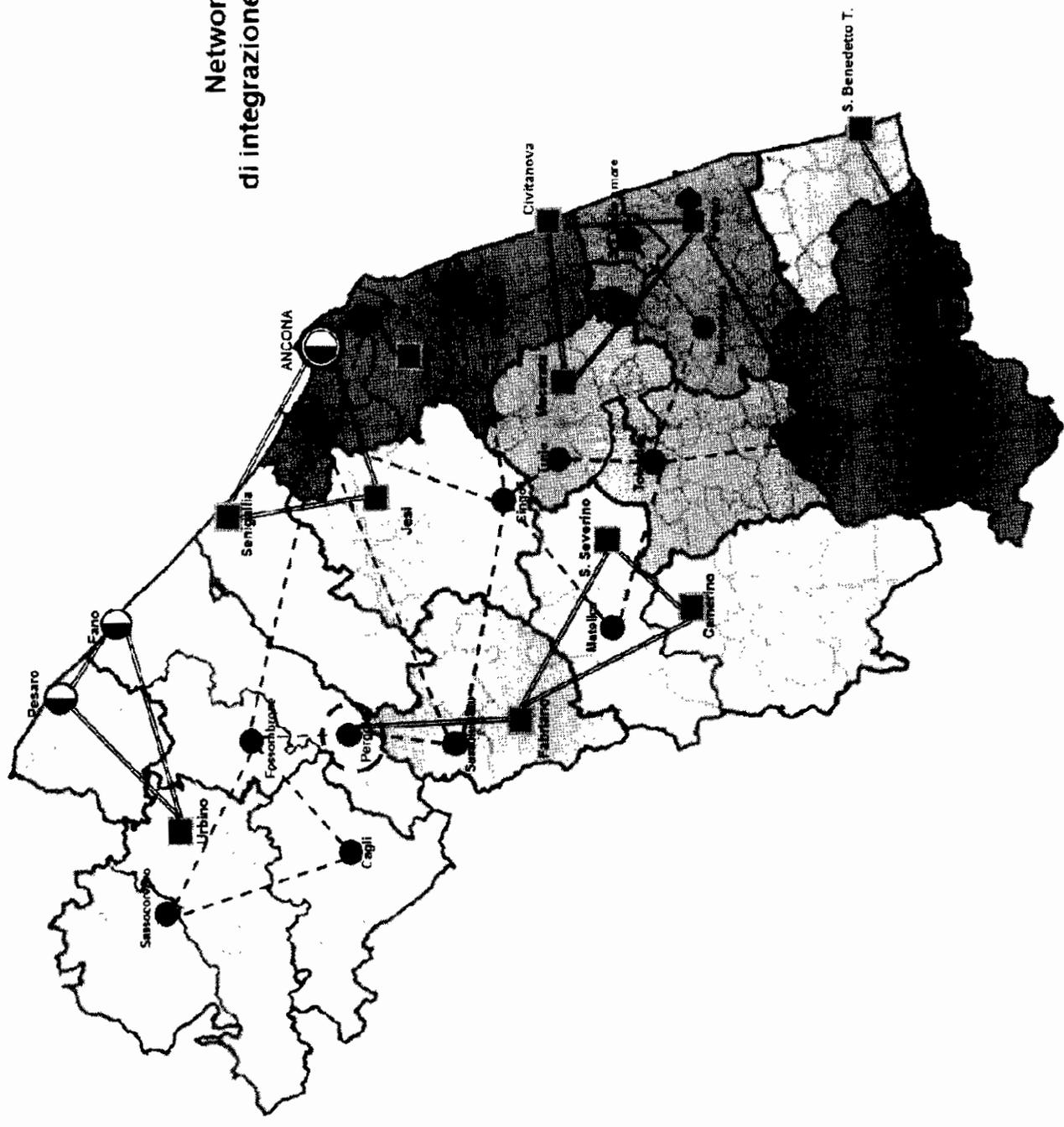
- ii) al finanziamento ed alle previsioni economiche degli Enti del SSR per l'anno 2012,
- iii) alla conseguente redazione del Bilancio Preventivo 2012 delle Aziende ed Enti del SSR,
- iv) al recepimento da parte degli Enti stessi delle linee guida per le nuove procedure amministrativo-contabili finalizzate alla piena certificabilità dei Bilanci e la redazione del Bilancio Preventivo 2012 della Gestione Sanitaria Accentrata (G.S.A.).

1

R

# Network ospedaliero di integrazione clinica per le aziende

-  Azienda Ospedaliera
-  Inrca
-  Ospedale di Rete
-  Ospedale di Polo



*Handwritten mark*

*Handwritten mark*