



Ministero della Salute

**DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

**COMITATO PERMANENTE PER LA VERIFICA
DELL'EROGAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA
IN CONDIZIONI DI APPROPRIATEZZA ED EFFICACIA
NELL'UTILIZZO DELLE RISORSE,
DI CUI ALL'INTESA STATO-REGIONI DEL 23 MARZO 2005**

***STANDARD PER L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE
SEMPLICI E COMPLESSE DEL SSN EX. ART. 12,
COMMA 1, lett. b), PATTO PER LA SALUTE 2010-2012***

Approvato nella seduta del 26 marzo 2012

INTRODUZIONE

L'articolo 12 dell'Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, Regioni e le Province Autonome concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 è dedicato al personale del Servizio Sanitario Nazionale. Sono previsti in particolare:

- la conferma per il triennio 2010-2012 del vincolo di crescita della spesa per il personale del SSN di cui all'articolo 1, comma 565, della legge n.296/2006;
- in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, il contenimento della spesa di personale degli enti del SSN, compreso quello operante nelle aziende ospedaliere universitarie a carico anche parziale del SSN anche attraverso:
 - a) la definizione di misure di riduzione stabile del personale in servizio con conseguente ridimensionamento dei fondi contrattuali;
 - b) *“la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi di quanto previsto alla lettera a). Il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 provvede alla verifica della coerenza dei parametri adottati dalle singole Regioni e Province autonome con uno standard di riferimento adottato dal medesimo Comitato entro il 28 febbraio 2010.”*

Alla luce di ciò, il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (di seguito Comitato LEA) è stato incaricato di procedere all'individuazione dei citati parametri standard come previsto dal comma 1, lett. b) dell'articolo 12 dell'Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, Regioni e le Province Autonome, e provvedere alla verifica della coerenza dei parametri adottati dalle singole Regioni e Province Autonome, con lo standard di riferimento adottato dal medesimo Comitato LEA.

Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti dalle disposizioni di cui articolo 12 dell'Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, Regioni e le Province Autonome, si provvede

nell'ambito del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'art.12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Lo stesso articolo 12, al comma 3, prevede che *“agli adempimenti recati dal presente articolo le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 30 giugno 2010, le altre regioni entro il 31 dicembre 2010”*.

METODOLOGIA ADOTTATA PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI STANDARD

A seguito della presentazione delle prime evidenze emerse sulla base dei dati disponibili presso le istituzioni centrali, il Comitato LEA, il 26 maggio 2010, ha costituito uno specifico Sottogruppo di Lavoro (di seguito SGDL) composto da rappresentanti delle Regioni Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Puglia, Campania, Marche e Toscana, dall'Agenas, dagli uffici IV e X della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria e dall'ufficio II della Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico del Ministero della Salute, e dal Ministero dell'Economia e Finanze con la finalità di pervenire all'individuazione di standard.

Da subito sono stati individuati e concordati i seguenti principi:

- riconoscimento dell'autonomia programmatica ed organizzativa delle Regioni e Province Autonome;
- finalità di contenimento dei costi, così come previsto dall'art. 12 del Patto per la Salute del 3 dicembre 2009;
- mantenimento degli attuali assetti organizzativi delle Regioni e Province Autonome, soprattutto per quanto attiene l'erogazione dei livelli di assistenza.

Il SGDL ha lavorato separatamente per le funzioni di comparto e per le strutture complesse e strutture semplici. Il presente documento stabilisce standard solo per le strutture complesse e per strutture semplici. Sono rinviati ad un momento successivo, gli standard per le funzioni di coordinamento e le posizioni organizzative.

Poiché le fonti informative disponibili presso il Ministero della Salute (FLS11, HSP12, Conto Annuale)¹, non sono risultate sufficienti a supportare la metodologia di analisi, è stata avviata una

¹ Il Conto Annuale, pur essendo una fonte di grande rilevanza, non rileva le strutture organizzative semplici e le strutture organizzative complesse dei presidi ospedalieri a gestione diretta delle aziende sanitarie locali, ed inoltre, i dati

rilevazione *ad hoc*, riferita all'anno 2009, che prevedeva la raccolta, per ogni Regione e Provincia Autonoma, del numero di strutture complesse e semplici disaggregate tra:

- Strutture Ospedaliere - Strutture all'interno dei presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie e degli IRCCS pubblici;
- Strutture non Ospedaliere - Strutture dell'area professionale, tecnica ed amministrativa di livello aziendale e le strutture territoriali del dipartimento di prevenzione, dei dipartimenti sovradistrettuali e dei distretti;

distinto tra incarichi previsti da organigramma in atto aziendale o da altro provvedimento regionale/aziendale e incarichi assegnati.

Nelle tabelle riportate di seguito si rappresenta il numero di strutture complesse previste e di strutture semplici previste fornito dalle Regioni e Province Autonome ed utilizzato come base informativa per la definizione dei parametri standard.

REGIONE*	Strutture Complesse Previste - Anno 2009		
	Totale	Ospedaliere	Non Ospedaliere
Piemonte	1.548	993	555
Valle d'aosta	62	33	29
Lombardia	2.413	1.960	453
Bolzano	133	110	23
Trento	164	101	63
Veneto	1.423	852	571
Friuli Venezia Giulia	458	294	164
Liguria	657	448	209
Emilia Romagna	1.375	774	601
Toscana	1.378	800	578
Umbria	294	212	82
Marche	644	400	244
Lazio	1.774	1.123	651
Abruzzo	601	427	174
Molise	165	93	72
Campania	2.048	1.100	948
Puglia	1.090	771	319
Basilicata	248	178	70
Calabria	756	487	269
Sicilia	1.547	1.113	434
Sardegna	527	298	229
Somma	19.305	12.567	6.738

*In Arancione le Regioni attualmente in Pdr

raccolti a livello di singola azienda non permettono di operare la distinzione tra strutture ospedaliere e strutture non ospedaliere.

REGIONE*	Strutture Semplici Previste - Anno 2009		
	Totale	Ospedaliere	Non Ospedaliere
Piemonte	3.095	2.113	982
Valle d'aosta	33	26	7
Lombardia	3.072	2.310	762
Bolzano	227	198	29
Trento	229	167	62
Veneto	2.390	1.594	796
Friuli Venezia Giulia	433	220	213
Liguria	917	673	244
Emilia Romagna	1.643	882	761
Toscana	1.261	712	549
Umbria	805	522	283
Marche	900	655	245
Lazio	3.061	1.771	1.350
Abruzzo	740	558	182
Molise	117	69	48
Campania	9.845	3.545	6.300
Puglia	2.289	1.536	753
Basilicata	296	218	78
Calabria	926	597	329
Sicilia	2.477	1.064	1.413
Sardegna	919	512	407
Somma	35.675	19.942	15.793

*In Arancione le Regioni attualmente in Pdr

Si è convenuto di:

- definire lo standard sulla base degli *incarichi previsti* da organigramma in atto aziendale o da altro provvedimento regionale/aziendale;
- escludere dalla metodologia di individuazione degli standard il valore rilevato nelle Regioni in Piano di Rientro (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia²), in quanto Regioni soggette alla revisione della propria offerta sanitaria, in particolar modo ospedaliera, nonché al recupero dell'inappropriatezza;
- utilizzare i seguenti indicatori:
 - per le Strutture complesse ospedaliere: *numero di posti letto pubblici³ per struttura complessa ospedaliera prevista*;
 - per le Strutture complesse non ospedaliere: *numero di abitanti residenti per struttura complessa non ospedaliera prevista*;
 - per le Strutture semplici: *rappporto tra strutture semplici previste e strutture complesse previste*;
- distinguere lo standard definito per le strutture complesse non ospedaliere in funzione del numero di abitanti residenti nella Regione (popolazione > 2,5 mln / < 2,5 mln).

PARAMETRI STANDARD

Nella seduta del 2 agosto 2011, il Comitato LEA ha approvato i parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN.

² Per coerenza con i dati rilevati alla data del 31/12/2009, sono state escluse le Regioni in Piano di Rientro al 31/12/2009 e le Regioni Piemonte e Puglia, le quali, pur non essendo in Piano di Rientro nell'anno solare 2009, erano tuttavia obbligate a sottoscriverlo in base ad inadempienze pregresse (per il Piemonte relativa all'anno 2004 e per la Puglia relative agli anni 2006 e 2008).

³ Per posti letto pubblici si intendono i posti letto degli ospedali a gestione diretta, ospedali a gestione diretta presidio della ASL, azienda ospedaliera, ospedaliera universitarie pubbliche, IRCCS pubblici e fondazioni pubbliche (corrispondenti ai codici di tipo struttura: 0, 1, 2.1, 2.2, 3.1 e 3.3 censite nel 2006 come 3.1 - HSP12 e HSP13 Quadro E - esclusi i posti letto di NIDO).

Tipo di Struttura		Indicatore	Standard
	Ospedaliere	<i><u>Posti letto pubblici Regione</u></i> <i><u>SC Ospedaliere Regione</u></i>	17,5 posti letto per struttura complessa ospedaliera
Strutture Complesse Previste	Non Ospedaliere	<i><u>Pop. Residente Regione</u></i> <i><u>SC Non Ospedaliere Regione</u></i>	Regioni con Pop.< 2,5 mln = 9.158 residenti per struttura complessa non ospedaliera
			Regioni con Pop.>2,5 mln = 13.515 residenti per struttura complessa non ospedaliera
Strutture Semplici Totali Previste		<i><u>Strutture Semplici Totali</u></i> <i><u>Strutture Complesse Totali</u></i>	1,31 strutture semplici per struttura complessa

Come elemento aggiuntivo in applicazione degli standard, le Regioni e le Province Autonome che soddisfano gli standard individuati, non aumentano il numero di incarichi di struttura complessa e semplice.

Le Regioni che hanno sottoscritto un accordo con il Piano di rientro dai disavanzi sanitari, sin dalla data di divulgazione della presente nota, sono tenute ad emanare, entro il 31 dicembre 2012, apposite direttive ai fini dell'adozione da parte delle aziende di specifici provvedimenti di riorganizzazione aziendale al fine di contenere il numero delle strutture semplici e complesse entro i limiti previsti dai predetti standard, fermi restando comunque i vincoli finanziari ed organizzativi previsti per il personale dai rispettivi Piani di rientro e/o Programmi Operativi ovvero, qualora non ancora approvati dai Ministeri affiancanti, dalla legislazione vigente in materia di personale.

Per tutte le altre Regioni non sottoposte ai piani di rientro, ai fini della verifica degli adempimenti, a partire dall'anno di valutazione 2012, sarà chiesto di relazionare in merito alle iniziative adottate ai fini di un adeguamento graduale ai predetti standard.

Resta fermo quanto previsto dall'articolo 2, comma 73, della legge n. 191/2009.