

SANIT – Forum internazionale della Salute
"I Piani di rientro: opportunità e prospettive"



DOCUMENTO DI SINTESI
ATTIVITÀ SiVeAS

Ministero della Salute

Dipartimento qualità

Programmazione sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema

Ufficio X "SiVeAS"



Il presente documento è una sintesi del lavoro svolto dal SiVeAS, nelle sue attività di monitoraggio e affiancamento alle Regioni, che non avendo raggiunto un equilibrio economico-finanziario, hanno sottoscritto un Piano di Rientro.

Per ulteriori informazioni è possibile consultare il sito web dei Piani di Rientro all'indirizzo:

<http://www.salute.gov.it/PianiRientro/homePianiRientro.jsp>

I Piani di Rientro

I Piani di rientro dal disavanzo delle Regioni sono stati attivati in dieci Regioni a partire dal 28 febbraio 2007 a dicembre 2010 ai sensi della legge 311 del 2004. Successivamente, secondo il "Patto per la Salute" sancito con Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 3 dicembre 2009, è stata data facoltà alle Regioni di redigere Programmi operativi per la prosecuzione dei Piani di rientro per gli anni 2010-2012.

I Piani di rientro sono finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle Regioni interessate e, sulla base della ricognizione regionale delle cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi di gestione, individuano e affrontano selettivamente le diverse problematiche emerse nella regione stessa.

I Piani sono parte integrante del singolo Accordo fra lo Stato e la Regione e si configurano come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle regioni.

SiVeAS, affiancamento alle Regioni

La legge finanziaria per il 2005 e l'Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005, prevedono il ricorso a forme di affiancamento, da parte del Governo centrale, alle Regioni che hanno sottoscritto gli accordi contenenti i Piani di Rientro (PdR).

La legge finanziaria 2007 introduce operativamente l'attività di affiancamento delle Regioni che hanno sottoscritto l'Accordo comprensivo di Piani di Rientro, prevedendo che esso debba essere assicurato dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, SiVeAS.

L'affiancamento intende rispondere alle esigenze di supporto alle attività di programmazione, gestione e valutazione dei Servizi sanitari regionali alle Regioni che hanno stipulato l'accordo di cui all'art. 1, c.180 della L. 311/2004, comprensivo di Piano di rientro dai disavanzi (Pdr) e, in particolare, si espleta attraverso attività relative a:



- la preventiva approvazione dei provvedimenti predisposti dalle singole Regioni in attuazione di quanto previsto nei rispettivi Piani di rientro;
- il coordinamento dei Nuclei da realizzarsi nelle singole Regioni con funzioni di supporto tecnico;
- il monitoraggio dell'attuazione dei provvedimenti e dell'impatto delle azioni poste in essere dalla Regioni nel rispetto degli impegni da Pdr, a livello regionale ed interregionale.

Lo sviluppo degli interventi e degli strumenti per il perseguimento degli obiettivi sopra richiamati è stato affidato alle varie risorse di cui si avvale il SiVeAS, che operano in gruppi di lavoro costituiti ad hoc, sotto il coordinamento generale del Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, al fine di garantire l'omogeneità e la coerenza degli specifici obiettivi perseguiti e degli approcci metodologici adottati.

Monitoraggio formale

Il **monitoraggio formale** consiste nella verifica dell'avvenuta adozione dei provvedimenti previsti dal Piano di rientro. Tale tipologia di monitoraggio ha evidentemente costituito, per la sua importanza ed estrema complessità e onerosità organizzativa-gestionale, la prima attività sulla quale si sono concentrati gli impegni attuativi a livello centrale.

Allo scopo di poter gestire unitamente alle Regioni il notevole flusso documentale di provvedimenti in attuazione dei Piani da approvarsi preventivamente da parte del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, è stato sviluppato e reso operativo un complesso sistema di work flow documentale finalizzato a supportare la gestione delle attività connesse alla funzione di preventiva approvazione dei provvedimenti regionali attuativi dei Piani di Rientro.

Il sistema, accessibile via web attraverso un comune collegamento di rete, permette la gestione dell'intero processo a partire dall'invio dei provvedimenti normativi da parte della Regione fino all'invio del parere istruttorio da parte dei Ministeri coinvolti, garantendo una gestione controllata e certificata della documentazione in formato elettronico.

Dal punto di vista organizzativo sono state identificate le seguenti macro-aree di monitoraggio: Assistenza ospedaliera, Assistenza socio-sanitaria, Assistenza farmaceutica, Specialistica ambulatoriale, Offerta Privata ed Accredimento, Acquisto di beni e servizi, Gestione del Personale, Edilizia sanitaria, Aspetti finanziari.

Monitoraggio di attuazione

Il Monitoraggio di attuazione considera i seguenti aspetti:

- A. Riorganizzazione della diagnostica di laboratorio
- B. Affiancamento attività sociosanitarie integrate: Punto Unico di Accesso (PUA)
- C. Monitoraggio dei flussi informativi

A. Riorganizzazione della diagnostica di laboratorio

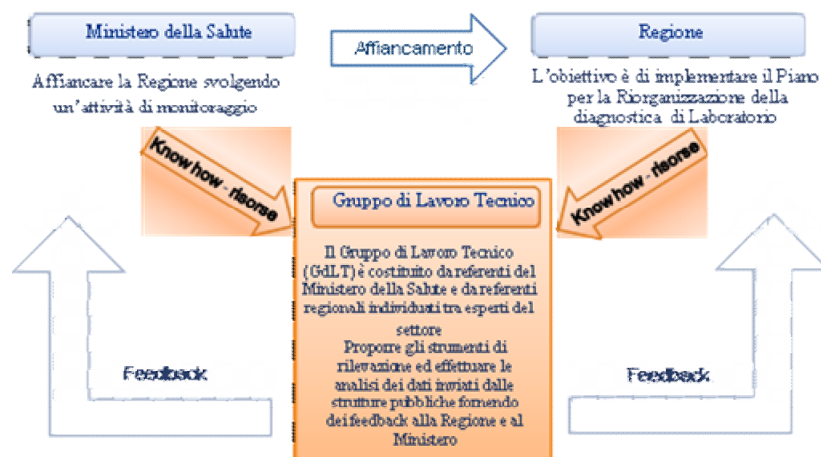
Il Ministero della Salute, con l'avvio dell'attività di affiancamento alle Regioni in Piano di Rientro, presidia il processo di governo degli interventi regionali di attuazione della Riorganizzazione della Diagnostica di Laboratorio. Di seguito si riportano le fasi di implementazione del monitoraggio:

Prima fase - il Ministero della Salute ha sviluppato una metodologia di monitoraggio attraverso la definizione di una serie di strumenti necessari a valutare l'andamento del processo di riordino definito nel piano di ogni singola regione.

Seconda Fase - il Ministero, per consolidare gli strumenti definiti e valutarne l'applicabilità a livello regionale, ha deciso di istituire un Gruppo di Lavoro Tecnico formato da esperti del ministero e coinvolgendo gli esperti delle singole regioni.

Terza Fase - tra le regioni in Piano di Rientro ne sono state scelte alcune sui dati delle quali sono state eseguite le prime analisi al fine di valutare il corretto funzionamento degli strumenti definiti e di svilupparne l'applicabilità.

Nella figura che segue si riportano le figure coinvolte, i ruoli e le responsabilità nel processo di attivazione del Monitoraggio di attuazione.



Il monitoraggio periodico delle attività sviluppato sulla base dei dati raccolti, permette di conoscere lo stato di avanzamento del processo di riorganizzazione avviato a livello di ogni singola regione in Piano di Rientro.

Il Ministero inoltre ha provveduto ad effettuare sulla base dei dati inviati dalle Regioni attraverso i flussi SIS (Flusso - STS 11 e STS 21) la georeferenziazione di tutti i Laboratori presenti sul territorio individuando la dimensione degli stessi e distinguendoli tra pubblici, privati e tra ospedalieri ed extra – ospedalieri. E' stato pertanto creato uno strumento per le Regioni che gli permetta di monitorare nel tempo i cambiamenti della rete dei laboratori sia pubblici che privati.

B. Affiancamento attività sociosanitarie integrate: Punto Unico di Accesso

Obiettivo di tale affiancamento è supportare le Regioni relativamente all'adozione delle linee di indirizzo organizzative dei PUA (Punti Unici di Accesso) integrati, elaborate in collaborazione con l'Ufficio VII della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria.

La collaborazione con la Direzione Generale della prevenzione sanitaria è nata in relazione al progetto del CCM (Centro Nazionale per la prevenzione e Controllo delle Malattie) finalizzato a definire criteri basati su principi di appropriatezza, qualità ed equità, per la realizzazione di "Punto Unico di Accesso", per l'accoglienza e la



prima presa in carico della persona con disabilità. Il CCM ha infatti avviato nel 2007 un progetto volto all'implementazione di un modello PUA, in collaborazione con 5 Regioni (Toscana, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Campania e Lazio)

Il Ministero della Salute – Direzione Generale Programmazione Sanitaria e LEA e la Regione Lazio hanno sottoscritto in data 22.04.2010 un Accordo avente ad oggetto “Servizi Sociosanitari: Punto Unico di Accesso” che ha come obiettivo generale l'affiancamento della Regione da parte del Ministero, per l'attuazione del modello di PUA basato su una integrazione sociosanitaria ed il supporto alla implementazione di un sistema informativo integrato sociale e sanitario per la gestione dei PUA coerente con l'organizzazione territoriale regionale, tenuto conto di quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale.

C. Monitoraggio dei Flussi Informativi

Il monitoraggio di attuazione, realizzato con la Direzione Generale del Sistema Informativo, sul “Potenziamento dei flussi informativi” ha l'obiettivo di verificare, limitatamente alle Regioni in Piano di Rientro, lo stato dell'arte rispetto all'attivazione dei nuovi flussi NSIS e all'invio dei flussi SIS.

Monitoraggio di sistema

Il SiVeAS nella sua funzione di affiancamento alle Regioni in Piano di Rientro, si propone, attraverso il monitoraggio di sistema, di analizzare l'evoluzione dei sistemi sanitari regionali, al fine di verificare l'attuazione delle manovre previste dai Piani sia sui Livelli Essenziali di Assistenza, sia sul contenimento dei costi.

Il Monitoraggio di sistema si realizza attraverso l'implementazione di indicatori in grado di esprimere l'evoluzione del sistema nel suo complesso, in termini di:

- garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- equilibrio economico finanziario del settore sanitario;
- impatto sulle condizioni sanitarie e socio sanitarie più rilevanti a livello regionale.

Ai fini dell'attuazione del monitoraggio di sistema, sono stati attivati dei Gruppi di Lavoro che coinvolgono professionalità appartenenti a diversi Uffici della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria e della Direzione Generale dei Sistemi informativi, nonché esperti SiVeAS, con l'obiettivo di sviluppare metodologie volte alla valutazione dell'impatto delle azioni poste in essere a livello regionale in coerenza con gli impegni previsti nel Piano di rientro.

Nello specifico, i gruppi sono impegnati nello studio delle seguenti dimensioni:

- assistenza ospedaliera;
- personale;
- assistenza extra-ospedaliera;
- emergenza-urgenza;
- assistenza farmaceutica.



Ministero della Salute

Lo sviluppo delle suddette metodologie e strumenti e la loro applicazione, attraverso il patrimonio informativo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), sono stati oggetto di condivisione nel corso di incontri con i rappresentanti delle Regioni oggetto di analisi e delle relative strutture commissariali, ove presenti.

L'implementazione delle attività di monitoraggio di sistema prevede:

- la valorizzazione e l'aggiornamento costante del set di indicatori individuato;
- il confronto con le singole regioni in merito alle evidenze emerse dalle analisi dei dati, dei trend individuati e dai confronti con i benchmark di riferimento;
- valutazioni periodiche con le regioni in merito ai risultati conseguiti e individuazione delle aree di criticità e dei relativi ambiti in cui concentrare interventi correttivi/aggiuntivi rispetto a quelli inizialmente previsti a piano.



Lo stato di attuazione dei Piani di Rientro nelle Regioni

Regione Abruzzo

Il Piano di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria della Regione Abruzzo è stato siglato con Accordo del 6 marzo 2007, e prevede una serie di interventi da attivare nell'arco del triennio 2007-2009, finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione.

A seguito della verifica del 22 luglio 2008, si è avviata la procedura di Diffida non essendo stati raggiunti gli obiettivi prefissati. Successivamente, a seguito dell'incontro del 2 settembre 2008, persistendo i presupposti riscontrati precedentemente, il Consiglio dei Ministri, con Delibera del 11 settembre 2008 ha nominato il dott. Gino Redigolo Commissario ad acta per l'intero periodo di vigilanza del Piano.

Sulla base delle disposizioni previste dall'Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, di cui all'articolo 13 comma 5, con delibera del Presidente del Consiglio del 12 dicembre 2009 è stato nominato il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo Gianni Chiodi quale Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro, in sostituzione del precedente Commissario.

Successivamente con delibera del 13 gennaio 2010, il Presidente del Consiglio dei Ministri ha affiancato al Commissario ad acta come sub-commissari la Dott.ssa Giovanna Baraldi e il dott. Giancarlo Rossini, al fine di rafforzare l'impatto dell'attività commissariale.

Ai sensi del "Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, art. 13 comma 14 e art. 2 comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191" la Regione ha inviato in data 15 luglio 2010 il Programma operativo 2010 con il quale si intende dare prosecuzione al Piano di rientro 2007/2009.

Il 4 agosto 2010 con Delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri, a seguito della rinuncia da parte del dott. Giancarlo Rossini in data 16 febbraio 2010, ha esteso la delega della dott.ssa Giovanna Baraldi, in qualità di sub-commissario ad acta, per la realizzazione di tutti gli interventi prioritari definiti nel mandato ricevuto il 13 gennaio 2010.

Esito dell'ultima riunione di verifica

Il 7 aprile 2011 si è svolta la riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA e la Regione Abruzzo, finalizzata alla verifica annuale del Piano di Rientro per l'anno 2010.

A seguito delle evidenze emerse nel corso della riunione, Tavolo e Comitato hanno valutato che il Programma Operativo 2010 ha già prodotto significativi interventi in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete territoriale, ritenendo pertanto positiva la programmazione sanitaria regionale attuata. Relativamente al Programma Operativo 2011-2012, sono state invece riscontrate alcune criticità, che hanno per il momento rimandato la definitiva approvazione del documento.

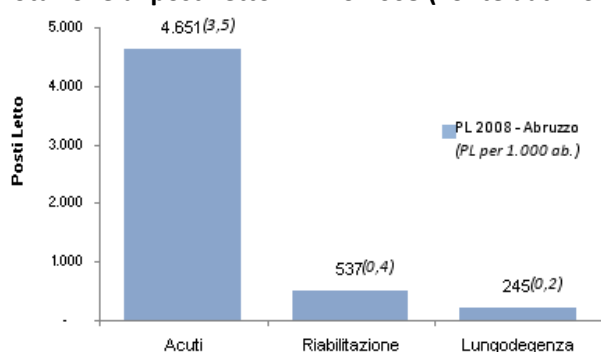
Esito del monitoraggio di sistema

Assistenza ospedaliera

L'analisi della rete di offerta ospedaliera abruzzese in relazione all'anno 2008, evidenzia il persistere di un disallineamento nella dotazione di posti letto rispetto agli standard definiti dal Patto per la Salute (3,5 vs 3,3 posti letto per 1.000 abitanti nelle acuzie e 0,6 vs 0,7 riabilitazione e lungodegenza), seppur a fronte di una consistente riduzione degli stessi riscontrata nel triennio di Piano di rientro.

Con riferimento alle sole acuzie, si evidenzia una maggior concentrazione di posti letto nelle Asl di L' Aquila, Chieti e Pescara. La ASL di Lanciano Vasto si caratterizza, invece, per la presenza di cinque strutture di piccole dimensioni (<90 Posti letto), su aree già coperte da presidi più grandi (raggiungibili entro i 15 minuti).

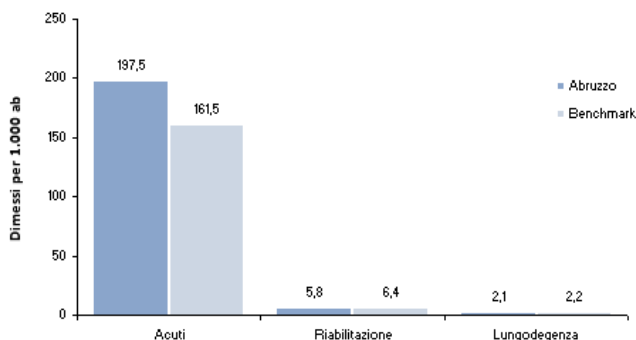
Dotazione di posti letto - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)



La Regione Abruzzo presenta nel 2008 un elevato tasso di ospedalizzazione (197,5 dimessi per 1.000 ab.) generato da un eccesso di ricoveri ospedalieri per acuti sia in degenza ordinaria (138 dimessi contro 117 dimessi) che in *Day Hospital* (59 dimessi contro 44 dimessi). Tale eccesso, per l'anno 2008, è comunque conseguenza di una rilevante riduzione degli stessi ricoveri (-24% per la degenza ordinaria e -14% per il *Day Hospital*) nel triennio 2006-2008. La riduzione, analizzata per singola prestazione, sembra aver riguardato soprattutto la casistica medica.

L'eccesso di ricoveri in *Day Hospital*, invece, risulta particolarmente rilevante per la casistica chirurgica, che ha avuto nel triennio 2006 – 2008 un incremento del 25%. In particolare, dall'analisi della tipologia di prestazioni erogate, si rileva l'incremento della potenziale in appropriatezza delle "Procedure su cristallino e per cataratta" (che nel 2008 costituiscono il 55% del totale in appropriatezza della Regione), attribuibile in parte alla consistente riduzione del numero di ricoveri per tale tipologia di prestazioni nelle Regioni benchmark.

Tasso di ospedalizzazione - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)





Assistenza territoriale

In Abruzzo si rileva un elevato ricorso all'assistenza sanitaria presso strutture di riabilitazione accreditate ex art. 26 nei diversi setting assistenziali. In particolare nel 2008 si registra:

in regime residenziale 3,3 utenti per mille abitanti, contro un valore medio delle regioni non in disavanzo di 1,3;

in regime semiresidenziale 0,7 utenti per mille abitanti, contro un valore medio delle regioni non in disavanzo di 0,5;

in regime domiciliare – extramurale 5,1 utenti per mille abitanti, contro un valore medio delle regioni non in disavanzo di 0,3;

in regime ambulatoriale 279,5 accessi per mille abitanti, contro un valore medio delle regioni non in disavanzo di 99,4.

Al contrario, il numero di pazienti anziani assistiti in Residenze Sanitarie Assistite (RSA) per mille abitanti anziani (pari a 10,5 pazienti anziani nel 2007 e 11,5 nel 2008) è al di sotto del valore registrato nelle regioni non in disavanzo (pari a 31,1 pazienti anziani nel 2007 e 31,7 nel 2008). Si rileva, inoltre, l'assenza di strutture semiresidenziali per anziani.

Emerge una buona diffusione dell'assistenza domiciliare sul territorio, dove si registra una percentuale di popolazione anziana trattata in ADI pari al 4,2%.

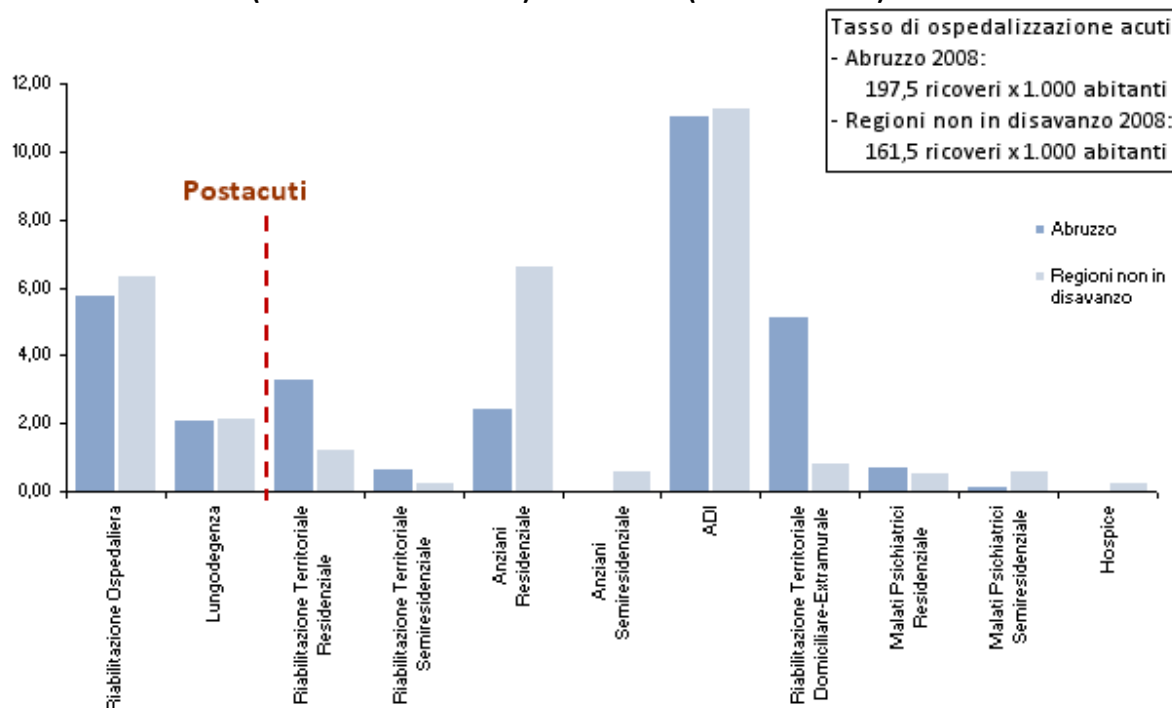
Relativamente all'assistenza psichiatrica, si rileva un'elevata istituzionalizzazione del paziente sia in ambito ospedaliero che territoriale. In particolare nelle strutture territoriali residenziali si registrano 0,7 utenti per mille abitanti, contro un valore medio delle regioni non in disavanzo pari a 0,6 nel 2008. Si ha, invece, una casistica più contenuta del regime diurno (0,2 utenti per mille abitanti contro un valore medio delle Regioni non in disavanzo pari a 0,7 nel 2008). Le strutture semiresidenziali e i CSM/Ambulatori sono poco presenti nel territorio.

Emerge l'assenza di Hospice, nonostante se ne prevedano 7 in attivazione entro il 2010.

La rete di offerta laboratoristica è caratterizzata da un basso numero di strutture di grandi dimensioni (strutture che erogano più di 500.000 prestazioni), che risultano essere prevalentemente pubbliche. Il 60% dei laboratori (che hanno inviato il dato) erogano meno di 100.000 prestazioni.



Assistenza Territoriale (utenti x 1.000 abitanti) - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)



Analisi del personale

Il Piano di Rientro dal deficit sanitario sottoscritto dalla Regione Abruzzo prevede il blocco del turnover e una contestuale riduzione del costo del personale. Per il triennio 2006-2008, il Programmatico ipotizzava una riduzione dei costi legati all'organico pari all'1,2%.

Tuttavia, nel periodo 2006-2008 il costo del personale ha registrato un incremento del 3%, superando il valore previsto dal Programmatico di quasi cinque punti percentuali. Questo sfioramento è ragionevolmente attribuibile ai rinnovi contrattuali del Comparto e della Dirigenza, conclusi nel 2008. Al netto di tali rinnovi, infatti, la variazione del costo del personale risulta pari al -0,5%.

Nel triennio considerato, il personale impiegato dal SSR è diminuito del 4,3%, con una più marcata riduzione dei profili di ruolo sanitario (-402 unità di personale pari al -3,4%), specialmente per quanto riguarda i medici (-2,8%) e gli infermieri (-2%); mentre il personale tecnico ha registrato una contrazione più modesta (-200 unità pari al -7,1%).

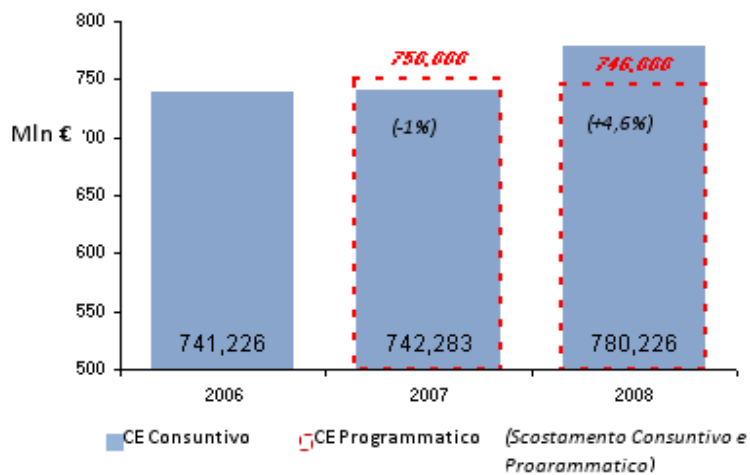
La riduzione dell'organico ha riguardato sia i contratti a tempo indeterminato (-4%), sia i rapporti di lavoro flessibili (-10%). In realtà, fatta eccezione per il ruolo sanitario, le assunzioni con contratto a termine hanno parzialmente compensato la cessazione dei contratti a tempo indeterminato.

Nel complesso, si rileva come la riduzione del costo del personale, anche al netto dei rinnovi contrattuali (-0,5%), non sia coerente con una riduzione delle unità pari al 4%. Infatti, a rete di offerta invariata dal punto di vista strutturale, il blocco del turnover potrebbe non risultare efficace in quanto il numero di unità di personale per 1.000 giornate di degenza della strutture di ricovero pubbliche con meno di 50.000 giornate di degenza è superiore alla media Regionale.

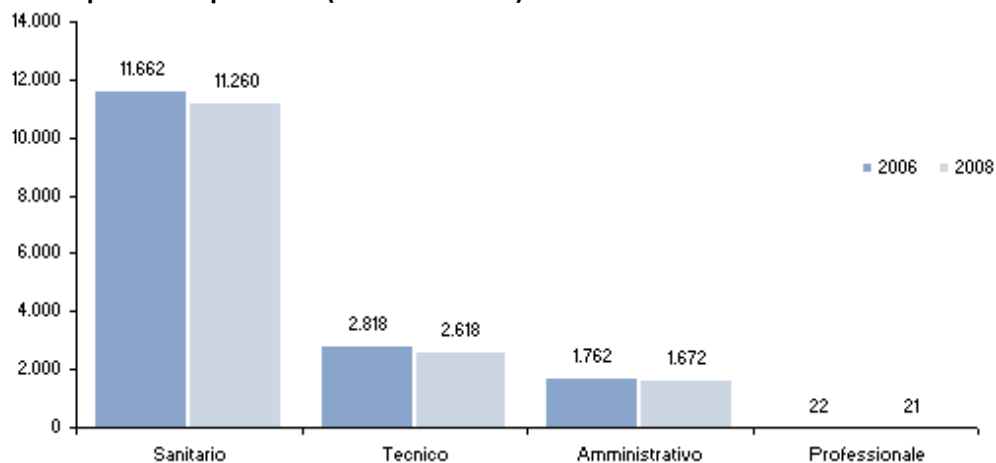


Ministero della Salute

Costo del personale (Consuntivo e Programmatico) (fonte dati NSIS)



Unità di personale per ruolo (Fonte dati NSIS)





Regione Calabria

Il Piano di Rientro dal disavanzo della Regione Calabria è stato siglato con Accordo del 17 dicembre 2009, e prevede una serie di interventi da attivare nell'arco del triennio 2010-2012, finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione.

A conclusione della riunione di verifica del 8 luglio 2010, Tavolo e Comitato hanno valutato che dallo stato di attuazione degli obiettivi del Piano, permangono criticità ed inadeguatezze tali da confermare i presupposti, già manifestatisi nel mese di maggio 2010, ai fini della procedura di cui all'articolo 4, del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 222/07.

Sulla base delle disposizioni previste dall'Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, di cui all'articolo 13 comma 5, con la delibera del Presidente del Consiglio del 30 luglio 2010 è stato nominato il Presidente pro-tempore della Regione Calabria Giuseppe Scopelliti quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro.

Successivamente in data 4 agosto 2010, il Presidente del Consiglio dei Ministri ha affiancato al Commissario ad acta come sub-commissario il Generale della Guardia di Finanza dott. Luciano Pezzi ed il dott. Giuseppe Navarra, al fine di rafforzare l'impatto dell'attività commissariale.

A seguito delle dimissioni del dott. Giuseppe Navarra, con decorrenza dal 1 febbraio 2011, dall'incarico di sub-commissario, nella seduta del Consiglio dei Ministri del 31 maggio 2011 è stato nominato in sua sostituzione il dott. Luigi D'Elia.

Esito dell'ultima riunione di verifica

Il giorno 31 marzo 2011 si è svolta la riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti Regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza e la Regione Calabria, al fine di condurre la verifica trimestrale e annuale del Piano di Rientro per l'anno 2010.

A seguito delle evidenze emerse nel corso della riunione, Tavolo e Comitato hanno valutato corretta l'impostazione generale della proposta presentata relativamente ai piani di riorganizzazione delle reti assistenziali, tuttavia il percorso di risanamento strutturale non risulta essere ancora consolidato, e permangono alcune criticità riguardo la programmazione sanitaria attuata dalla Regione.

Esito del monitoraggio di sistema

Assistenza ospedaliera

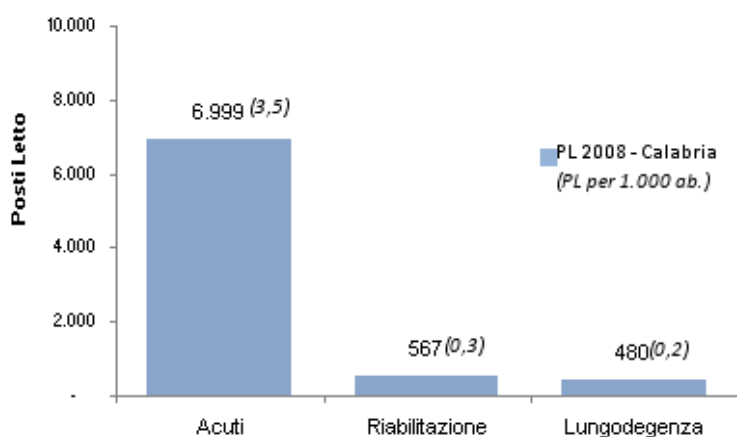
La rete di offerta ospedaliera della Regione Calabria, in relazione all'anno 2008, evidenzia un lieve disallineamento nella dotazione di posti letto rispetto agli standard definiti dal Patto per la Salute (3,5 vs 3,3 posti letto per 1.000 abitanti nelle acuzie e 0,5 vs 0,7 riabilitazione e lungodegenza), con una riduzione dei posti letto per acuzie riscontrata nel triennio 2006-2008. Con riferimento alle sole acuzie, la rete di offerta risulta capillarmente distribuita su tutto il territorio regionale, con la presenza di strutture più grandi sulle aree a maggiore densità abitativa. Le case di cura private di piccole dimensioni (<90 posti letto) si collocano nella maggior parte dei casi in aree già presidiate da strutture con un numero di posti letto superiore. La rete di Riabilitazione ospedaliera è costituita prevalentemente da strutture pubbliche con posti letto di riabilitazione inferiori a 30, e da case di cura private di dimensioni più grandi che sopperiscono alla carenza di posti letto pubblici di riabilitazione in alcune aree ad elevata densità abitativa.



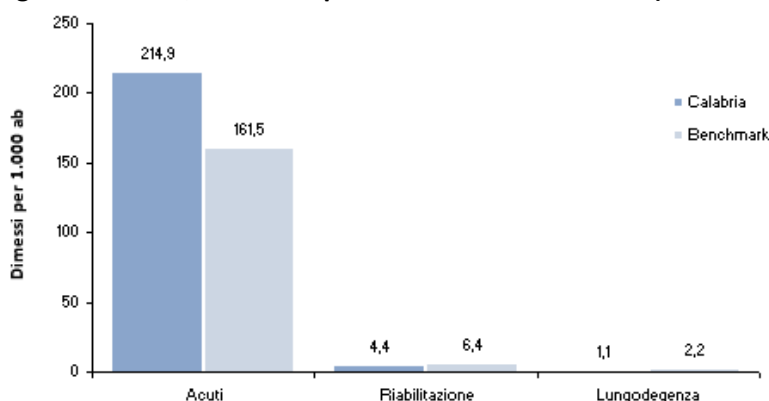
Ministero della Salute

La Regione Calabria presenta nel 2008 un elevato tasso di ospedalizzazione (214,9 dimessi per 1.000 ab.) generato da un eccesso di ricoveri medici per acuti sia in degenza ordinaria (97,8 dimessi) che in *Day Hospital* (49,5 dimessi). Con riferimento ai ricoveri chirurgici si rileva un'inefficienza del processo produttivo, riscontrabile dalla degenza media pre-intervento decisamente superiore al benchmark (+42%). Si evidenzia, infine, un difetto di ricoveri sia in riabilitazione che in lungodegenza.

Regione Calabria, dotazione di posti letto - Anno 2008 (Fonte: dati NSIS)



Regione Calabria, tasso di ospedalizzazione - Anno 2008 (Fonte: dati NSIS)



Assistenza territoriale

La Regione Calabria è caratterizzata da una forte ricorso all'assistenza ospedaliera da parte dei propri cittadini: si registra per l'anno 2008 un tasso di ospedalizzazione per acuti pari a 214,9 ricoveri contro 161,5 della media delle regioni non in disavanzo; al contrario, l'assistenza post acuti (riabilitazione ospedaliera e lungodegenza) e quella territoriale risultano poco sviluppate.

Nelle strutture accreditate per erogare assistenza:

- di riabilitazione residenziale - ospedaliera e territoriale (ex art. 26) - e di lungodegenza
- residenziale e semiresidenziale ai pazienti psichiatrici

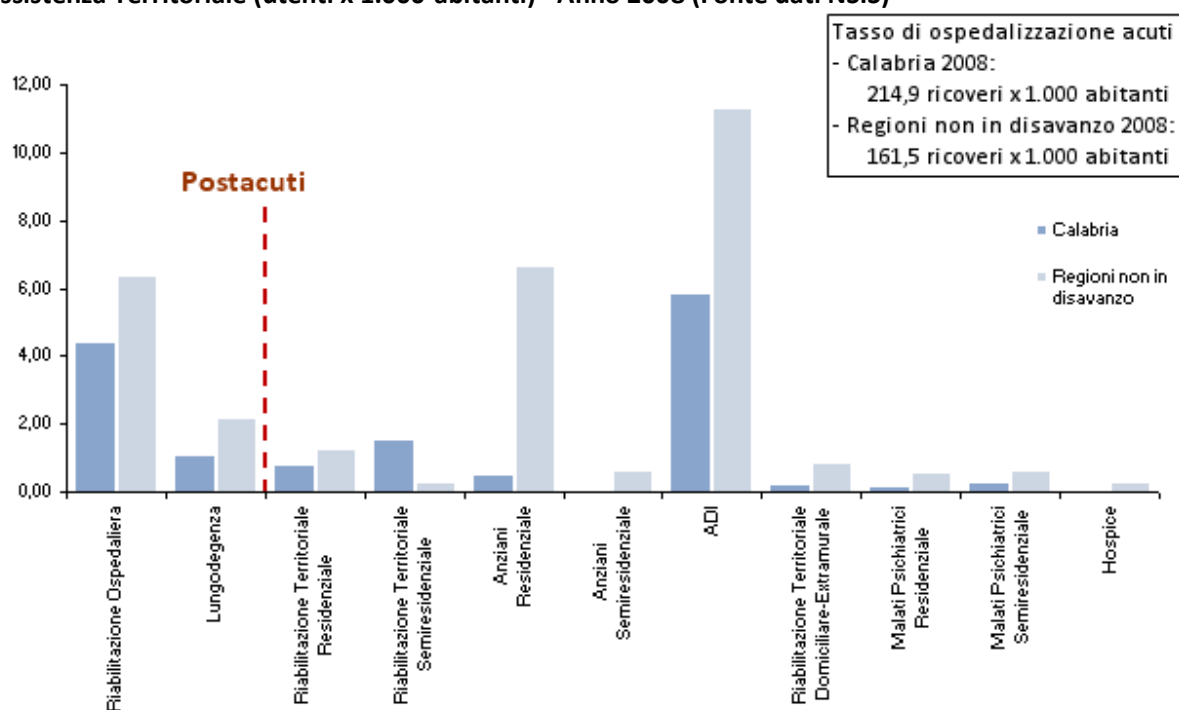
il numero di utenti per mille abitanti è inferiore al valore registrato nelle Regioni non in disavanzo.

Si registra, invece, un numero di utenti per mille abitanti presso strutture di riabilitazione semiresidenziale (accreditate ex art. 26), tutte di natura privata, più elevato rispetto alle Regioni non in disavanzo (1,57 vs 0,52).

L'assistenza agli anziani è carente: l'assistenza in strutture semiresidenziali è nulla, il numero di utenti per mille abitanti anziani trattati in strutture residenziali è inferiore a quello delle Regioni non in disavanzo (2,85 vs 31,62) e l'assistenza domiciliare è inferiore anche a quanto previsto nel Quadro Strategico Nazionale per la politica aggiuntiva 2007-2013: circa 2,6 utenti x 100 abitanti anziani in Calabria contro 3,5 utenti per 100 abitanti anziani.

Anche il numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale (di laboratorio e non) è inferiore al valore medio delle Regioni non in disavanzo, lasciando presupporre un utilizzo improprio dell'assistenza ospedaliera.

Assistenza Territoriale (utenti x 1.000-abitanti) - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)

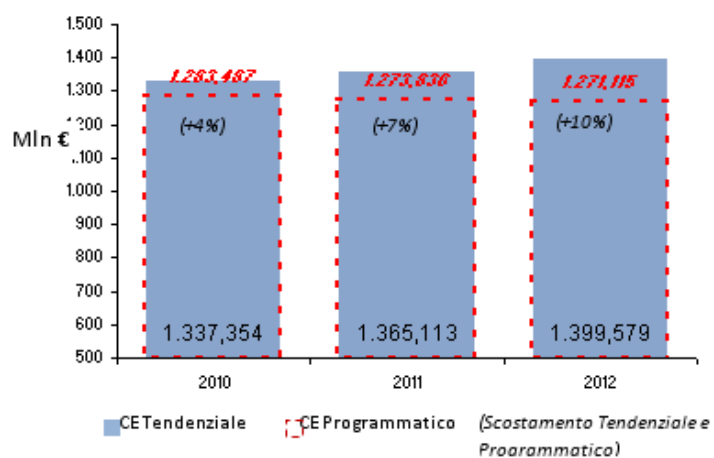


Analisi del personale

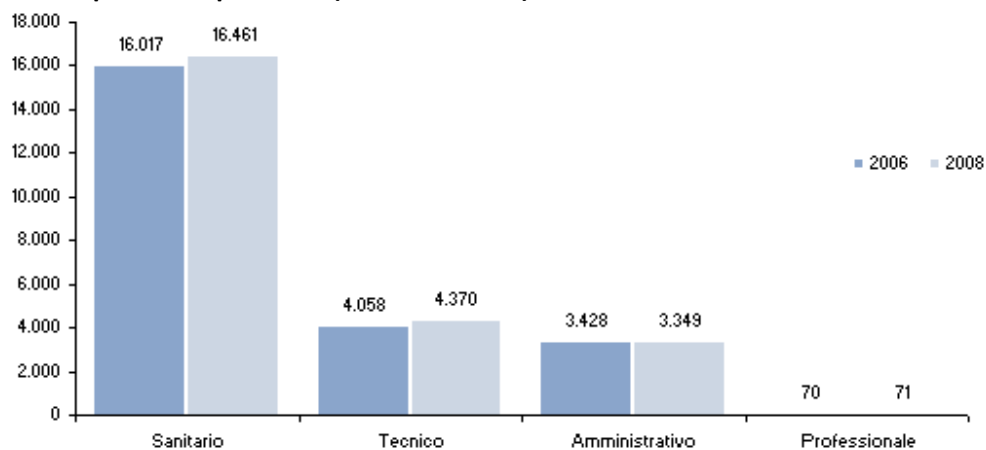
Il Piano di rientro della Regione Calabria ipotizza tra il 2010 ed il 2012 un contenimento del costo del personale che sfiora il 10%. Nel triennio 2006-2008 si è registrata una crescita complessiva del 3% del personale del SSR calabrese attribuibile all'aumento del personale assunto a tempo determinato e con rapporto di lavoro flessibile. L'incremento del personale è riscontrabile sia nel ruolo sanitario (+3% pari a 444 unità), che nel ruolo tecnico (+8% pari a 312 unità). Nel ruolo amministrativo, invece, si rileva una riduzione di 79 unità (-2%). In particolare l'incremento del personale sanitario appare determinato dall'aumento del personale medico (+3%) e del profilo residuale, personale a tempo determinato (+98%)



Costo del personale (Tendenziale e Programmatico) (Fonte dati NSIS)



Unità di personale per ruolo (Fonte dati NSIS)





Regione Campania

Il Piano di Rientro dal Disavanzo della Regione Campania è stato siglato con Accordo del 13 marzo 2007 e prevede una serie di interventi da attivare nell'arco del triennio 2007-2009, finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione.

A seguito della riunione del 10 ottobre 2008 non essendo stati conseguiti gli obiettivi prefissati il Presidente del Consiglio dei Ministri con propria nota dell'11 novembre 2008 ha diffidato la regione Campania ad adottare, nei termini prescritti dalla citata legge, tutti gli atti normativi, amministrativi e gestionali che risultassero produttivi di effetti finanziari nel 2008 e idonei alla correzione strutturale della spesa per gli anni successivi.

Nel corso della riunione di verifica del 20 luglio 2009, nonostante gli sforzi compiuti dalla Regione Campania, Tavolo e Comitato hanno ritenuto di confermare i presupposti, già manifestatisi nella citata riunione di ottobre, per l'applicazione della procedura di cui all'art. 4 del decreto legge 159/07 convertito con modificazioni dalla L. 222/07. Sulla base di tali evidenze, la Presidenza del Consiglio dei Ministri, con propria deliberazione del 28.07.2009, ha nominato il Presidente pro tempore della Regione Campania, Antonio Bassolino quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione.

Con successiva delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 15.10.2009 è stato nominato quale sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Campania e affiancamento al Commissario ad acta il dott. Giuseppe Zuccatelli.

A seguito delle Elezioni Regionali del marzo 2010, con la delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione, il neo Presidente pro tempore della Regione Campania Stefano Caldoro.

In conformità con quanto disposto dal "Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, art. 13 comma 14, e art. 2 comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191" la Regione ha inviato in data 7 maggio 2010 il Programma Operativo 2010, con il quale si intende dare prosecuzione al Piano di rientro 2007/2009.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri, nella riunione del 3 marzo 2011, ha preso atto delle dimissioni rassegnate dal Dott. Zuccatelli dall'incarico di sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi della regione Campania, con effetto dal 21 febbraio 2011, e ha deliberato di nominare in sua sostituzione il Dott. Mario Morlacco, già sub commissario per il Piano di Rientro della Regione Lazio.

E' stato inoltre nominato un secondo sub commissario, il dott. Achille Coppola, con il compito di affiancare il Commissario ad acta, dott. Caldoro, nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale.

Esito dell'ultima riunione di verifica

Il giorno 14 aprile 2011 si è svolta la riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti Regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza e la Regione Campania, finalizzata alla verifica annuale del Piano di Rientro per l'anno 2010.



A seguito delle evidenze emerse nel corso della riunione, Tavolo e Comitato, hanno ritenuto solo parzialmente completati gli obiettivi previsti dal Piano Operativo 2010, mentre, relativamente al programma operativo 2011-2012, ritengono necessarie integrazioni e modifiche che dettagliano gli interventi programmati. Permangono pertanto alcune criticità riguardo la programmazione sanitaria attuata dalla Regione.

Esito del monitoraggio di sistema

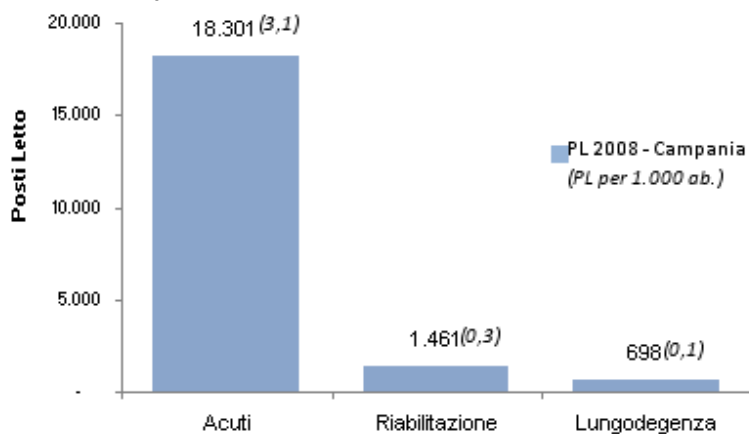
Assistenza ospedaliera

La rete di offerta ospedaliera della Regione Campania, relativamente all'anno 2008, è sostanzialmente in linea con gli standard definiti dal Patto per la Salute (3,1 contro un massimo di 3,3 posti letto per 1.000 abitanti nelle acuzie e 0,4 contro un massimo 0,7 per riabilitazione e lungodegenza), e una riduzione dei posti letto per acuzie ed un consistente incremento dei posti letto per lungodegenza (+33%), riscontrati nel triennio 2006-2008.

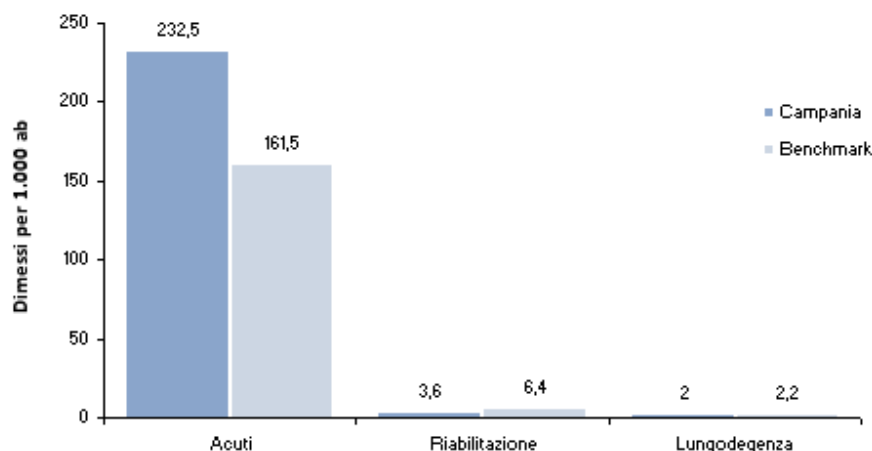
Si rileva la presenza di 26 strutture/stabilimenti pubblici con una dotazione di posti letto non superiore alle 90 unità. Relativamente alle acuzie, si evidenziano una prevalenza di strutture medio-piccole ed una forte eterogeneità in termini di posti letto per 1000 abitanti (da 0,7 posti letto/1000 ab. dell'ASL Napoli 3 a 7,2 posti letto/1000 ab. dell'ASL Napoli 1). Per quanto riguarda la riabilitazione ospedaliera, la rete di offerta si caratterizza per la presenza di 14 strutture pubbliche.

La Regione Campania presenta nel 2008 un elevato tasso di ospedalizzazione (232,5 dimessi per 1.000 ab.) generato da un eccesso di ricoveri medici per acuti sia in degenza ordinaria (102 dimessi) che in Day Hospital (53,5 dimessi). Si rileva, inoltre, un consistente eccesso di accessi medi per ricoveri chirurgici e di dimessi per ricoveri medici in Day Hospital.

Dotazione di posti letto - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)



Tasso di ospedalizzazione - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)



Assistenza territoriale

La casistica riabilitativa residenziale della Regione Campania è al di sotto del valore medio delle Regioni non in disavanzo (1,0 utenti per mille abitanti contro un valore medio delle Regioni non in disavanzo di 1,3 nel 2008). Si registrano nel 2008 i seguenti valori:

- in regime di **riabilitazione semiresidenziale** (116,6 accessi per mille abitanti contro un valore medio delle Regioni non in disavanzo di 56,4), **ambulatoriale** (4,2 accessi per mille abitanti vs. 0,3) e **domiciliare-extramurale** (528,9 utenti per mille abitanti vs. 99,4) il numero di accessi è superiore alla media delle Regioni non in disavanzo;
- le giornate di degenza in **regime residenziale** risultano notevolmente inferiori al valore medio delle Regioni non in disavanzo (65,7 giornate per mille abitanti contro un valore medio delle Regioni non in disavanzo di 116,3 nel 2008).

Il numero di **pazienti anziani ospiti in Residenze Sanitarie Assistite (RSA)** risulta notevolmente contenuto (0,6 utenti per mille abitanti anziani contro un valore medio delle Regioni in disavanzo di 31,7) e senza significative variazioni nel biennio considerato. Si rileva una dotazione di posti letto per anziani in regime residenziale (0,62 vs. 6,1 posti letto per mille abitanti anziani Italia) e in regime semiresidenziale (0,04 vs. 0,38 posti per mille abitanti anziani) inferiore rispetto al valore mediano. Risultano interamente scoperte le ASL Caserta 1, Napoli 2, Napoli 3 e Napoli 4 e si rileva una copertura non ottimale in altre zone collocate nella fascia montuosa del territorio e con una numerosità di popolazione anziana significativa.

Al 2008, la percentuale di popolazione anziana trattata in **assistenza domiciliare** è di molto inferiore (1,7%) all'obiettivo del 3,5% fissato dal Quadro Strategico Nazionale per la politica aggiuntiva 2007-2013.

Relativamente all'**assistenza psichiatrica**, la casistica psichiatrica ospedaliera è più contenuta rispetto al valore medio nazionale, ma è caratterizzata da un'alta degenza media. Le giornate di degenza per mille abitanti in regime residenziale (48,6 vs. 99,7 giornate per mille abitanti), in riduzione nel biennio considerato, così come gli accessi in regime semiresidenziale (21,7 vs. 46,3 accessi per mille abitanti), mostrano, al 2008, un valore inferiore al valore medio delle Regioni non in disavanzo.

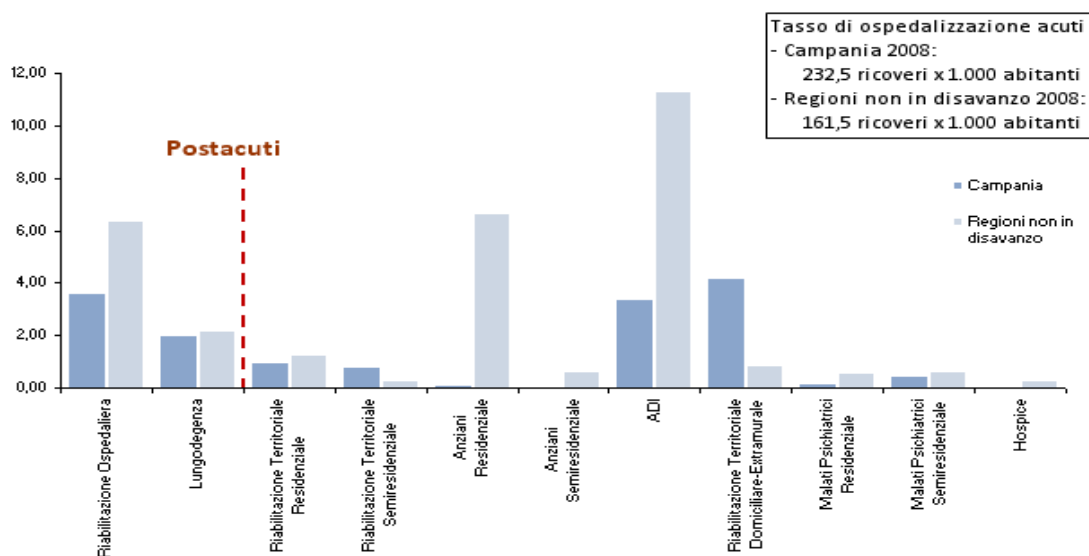
Con riferimento all'attivazione di posti letto in **Hospice**, in Regione risultano 3 strutture attive nel 2008 (di cui 1 struttura ospedaliera e 2 territoriali) per un totale di 26 posti letto attivati (rispetto ai 47 posti letto

programmati). E' prevista l'attivazione di 7 nuovi hospice ospedalieri (al 2008 tutti in fase di progettazione/realizzazione).

Le **strutture ambulatoriali** sono ampiamente diffuse nelle zone di Napoli e Salerno, con una prevalenza di soggetti privati, mentre quelle presenti su territorio montuoso sono sostanzialmente strutture pubbliche.

La **rete laboratoristica** è caratterizzata da un basso numero (4%) di strutture di grandi dimensioni (più di 500.000 prestazioni), che risultano essere principalmente di natura pubblica. L'82% dei laboratori (che hanno inviato il dato) erogano meno di 100.000 prestazioni

Assistenza Territoriale (utenti x 1.000 abitanti) - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)



Analisi del personale

Nel triennio 2006-2008, a fronte di una riduzione del 4% delle unità di personale del SSR, generata dal blocco del turn-over, si rileva un incremento del costo del personale del 2%, che nel 2008 rimane però al di sotto del valore programmatico definito nel Piano di Rientro della Regione Campania (-2,4%).

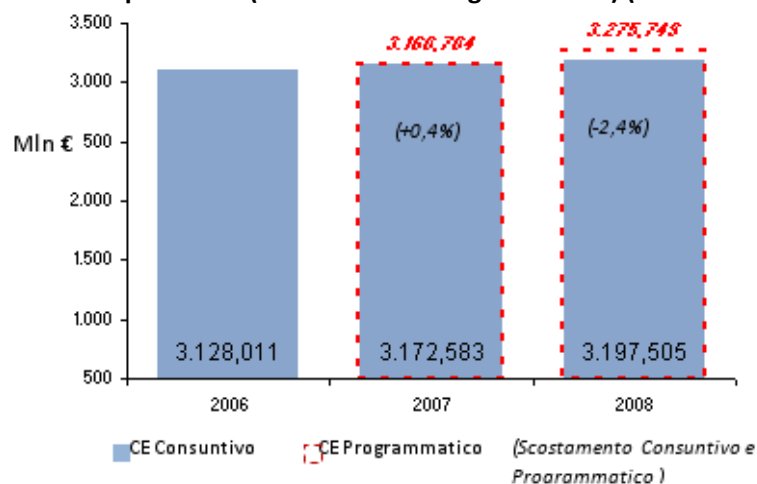
Nel triennio 2006 – 2008 si rileva una riduzione delle unità di personale del 4% che ha riguardato sia quello a tempo indeterminato (-4%), sia quello assunto con rapporto di lavoro flessibile (-11%).

La riduzione ha interessato prevalentemente i ruoli sanitario, tecnico ed amministrativo. In particolare il ruolo sanitario si è ridotto del 2% (pari a 760 unità), quello tecnico dell' 11% (pari a 1.105 unità), quello amministrativo del 6% (pari a 424 unità).

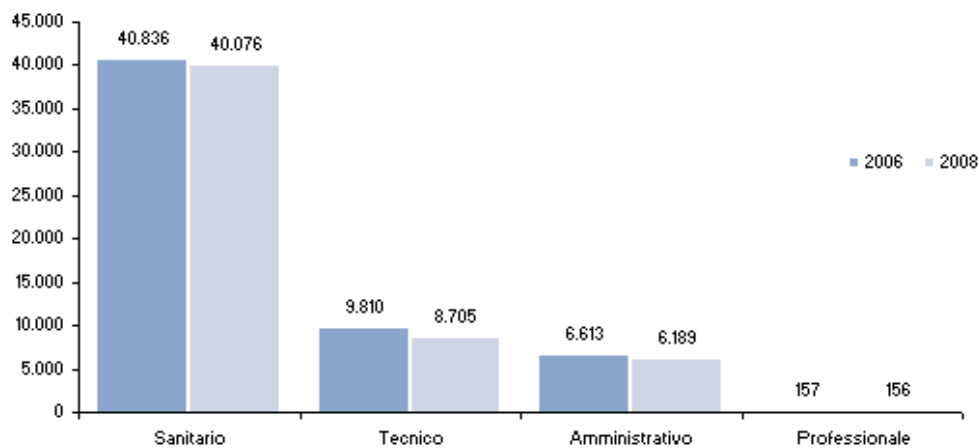


Ministero della Salute

Costo del personale (Tendenziale e Programmatico) (Fonte dati NSIS)



Unità di personale per ruolo (Fonte dati NSIS)





Regione Lazio

Il Piano di Rientro dal disavanzo della Regione Lazio, siglato con Accordo del 28 febbraio 2007, prevede una serie di interventi, da attivare nell'arco del triennio 2007-2009, finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione.

A seguito della riunione del 10 ottobre 2007 il Presidente del Consiglio dei Ministri con propria nota del 30 ottobre 2007, non essendo stati raggiunti gli obiettivi prefissati, ha diffidato la Regione Lazio ad adottare, nei termini prescritti dalla citata legge, tutti gli atti normativi, amministrativi e gestionali che risultassero produttivi di effetti finanziari nel 2008 e idonei alla correzione strutturale della spesa per gli anni successivi.

A seguito della riunione del 1 luglio 2008, persistendo i presupposti riscontrati precedentemente, il Consiglio dei Ministri, con Delibera del 11 luglio 2008 ha proceduto con la nomina del Presidente della Regione Piero Marrazzo, quale Commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del Piano di Rientro.

Con successiva delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 17.10.2008 è stato nominato quale sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio e affiancamento al Commissario ad acta il dott. Mario Morlacco.

In data 26 ottobre 2009 il Commissario ad acta della Regione Lazio Piero Marrazzo ha comunicato al Presidente del Consiglio di aver invitato il vice presidente della regione a sostituirlo nell'esercizio delle sue funzioni essendosi dimesso sia da Presidente della Regione Lazio sia da Commissario ad acta. In seguito a tale comunicazione il Consiglio dei Ministri in data 28 ottobre 2009 ha nominato un nuovo Commissario ad acta nella persona del Prof. Elio Guzzanti.

A seguito delle Elezioni Regionali del marzo 2010, con la delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 23.04.2010, è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione, il neo Presidente della Regione Lazio Renata Polverini.

In conformità con quanto disposto dal "Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, art. 13 comma 14, e art. 2 comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191" la Regione ha inviato in data 29.12.2009 il Programma Operativo 2010, con il quale si intende dare prosecuzione al Piano di rientro 2007/2009. La Regione Lazio ha trasmesso in data 31.12.2010 al Tavolo tecnico di monitoraggio il Programma Operativo 2011-2012.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri, nella riunione del 3 marzo 2011, ha deliberato di nominare il dott. Giuseppe Antonio Spata come sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi della regione Lazio in sostituzione del Dott. Mario Morlacco.

Esito dell'ultima riunione di verifica

Il giorno 6 aprile si è svolta la riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti Regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza e la Regione Lazio, finalizzata alla verifica annuale del Piano di Rientro per l'anno 2010.

A seguito delle evidenze emerse nel corso della riunione, Tavolo e Comitato hanno ritenuto che per il conseguimento degli obiettivi previsti dal Programma Operativo 2010, siano necessarie ulteriori integrazioni e chiarimenti, tuttavia si ritiene parzialmente positiva la programmazione sanitaria regionale attuata.

Esito del monitoraggio di sistema

Assistenza ospedaliera

La rete di offerta ospedaliera della Regione Lazio, in relazione all'anno 2008, evidenzia un disallineamento nella dotazione di posti letto rispetto agli standard definiti dal Patto per la Salute, sia per quanto riguarda le acuzie (3,6 vs 3,3 posti letto per 1.000 abitanti), che per quanto riguarda la riabilitazione e lungodegenza (1,1 vs 0,7 posti letto per 1.000 abitanti). In particolare, con riferimento alla riabilitazione post acuzie (0,8 pl per 1.000 ab.) si è rilevato nel biennio 2006 – 2008 un ulteriore incremento di posti letto.

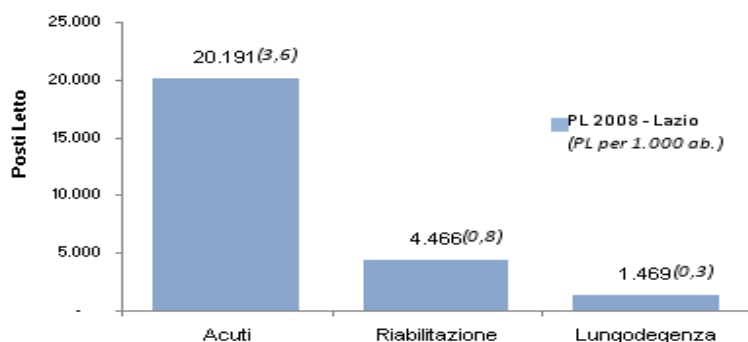
La rete di offerta laziale per acuti risulta fortemente concentrata sulle ASL di Roma ed è caratterizzata da un sovradimensionamento, in termini di posti letto/1.000 abitanti, su tutte le ASL ad eccezione di RM F. Le Case di cura accreditate con meno di 90 posti letto si sovrappongono completamente alle strutture più grandi, mentre le altre strutture si caratterizzano per una maggiore copertura delle aree scarsamente presidiate. Analogamente la rete di offerta per Riabilitazione ospedaliera mostra una concentrazione sulle ASL di Roma.

La Regione Lazio presenta nel 2008 un elevato tasso di ospedalizzazione (193,8 dimessi per 1.000 ab.) generato da un eccesso di ricoveri medici per acuti sia in degenza ordinaria (80,2 dimessi) che in *Day Hospital* (42,8 dimessi).

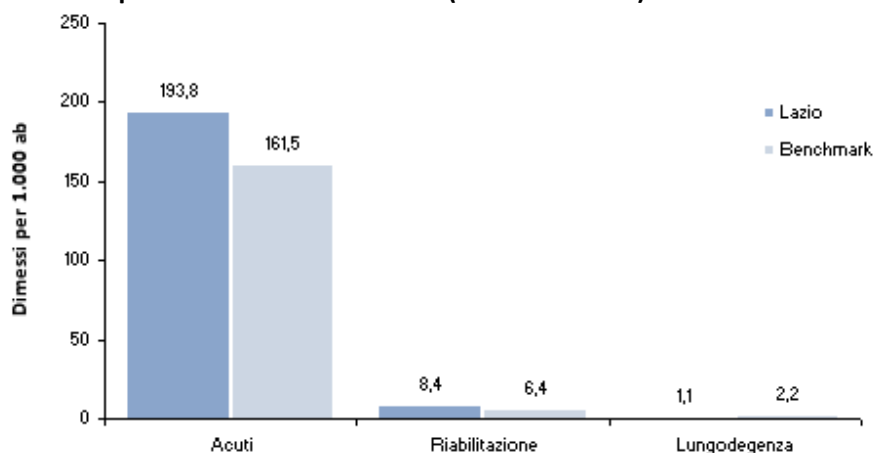
Nel chirurgico si rileva un elevata degenza media, prevalentemente attribuibile al periodo pre-intervento.

Si evidenzia inoltre un eccesso di giornate di degenza in Riabilitazione ospedaliera in DH, e tale eccesso risulta maggiormente evidente nell'acquisto di prestazioni (privato).

Dotazione di posti letto - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)



Tasso di ospedalizzazione - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)



Assistenza territoriale

Nella Regione Lazio, nel 2008, si rileva un numero di utenti in strutture di riabilitazione ex art 26 inferiore rispetto al valore medio delle Regioni non in disavanzo in regime residenziale (0,5 utenti per mille abitanti contro un valore medio delle Regioni non in disavanzo di 1,3); in regime semiresidenziale, invece, il numero di utenti risulta superiore rispetto al valore medio delle Regioni non in disavanzo (0,7 vs. 0,5 utenti per mille abitanti). Le giornate di degenza in regime residenziale risultano superiori al valore medio delle Regioni non in disavanzo (143,9 vs. 116,3 giornate di degenza per mille abitanti), così come gli accessi in regime semiresidenziale (81,2 vs. 56,4 accessi per mille abitanti). Le degenze medie nelle strutture residenziali extraospedaliere sono spesso elevate, così come i tassi di occupazione dei posti letto. La dotazione complessiva di posti letto di riabilitazione ex art. 26 risulta superiore al valore mediano italiano: 0,55 posti letto residenziali per mille abitanti contro un valore mediano di 0,26 e 0,47 posti semiresidenziali per mille abitanti contro un valore mediano di 0,16.

Il numero di pazienti anziani assistiti in Residenze Sanitarie Assistite (RSA) nel 2008 risulta inferiore al valore medio delle Regioni non in disavanzo (5,5 pazienti anziani per mille abitanti anziani contro i 31,7 delle Regioni non in disavanzo), risultato che si verifica anche per quanto riguarda il regime semiresidenziale (0,1 utenti anziani per mille abitanti anziani contro un valore delle Regioni non in disavanzo pari a 3,0). In termini di struttura dell'offerta, la Regione mostra valori inferiori alla mediana nazionale sia in regime residenziale (4,1 posti letto per mille abitanti anziani contro un valore mediano pari a 6,1 posti letto per mille abitanti anziani) che in regime semiresidenziale (0,05 vs. 0,38 posti per mille abitanti anziani).

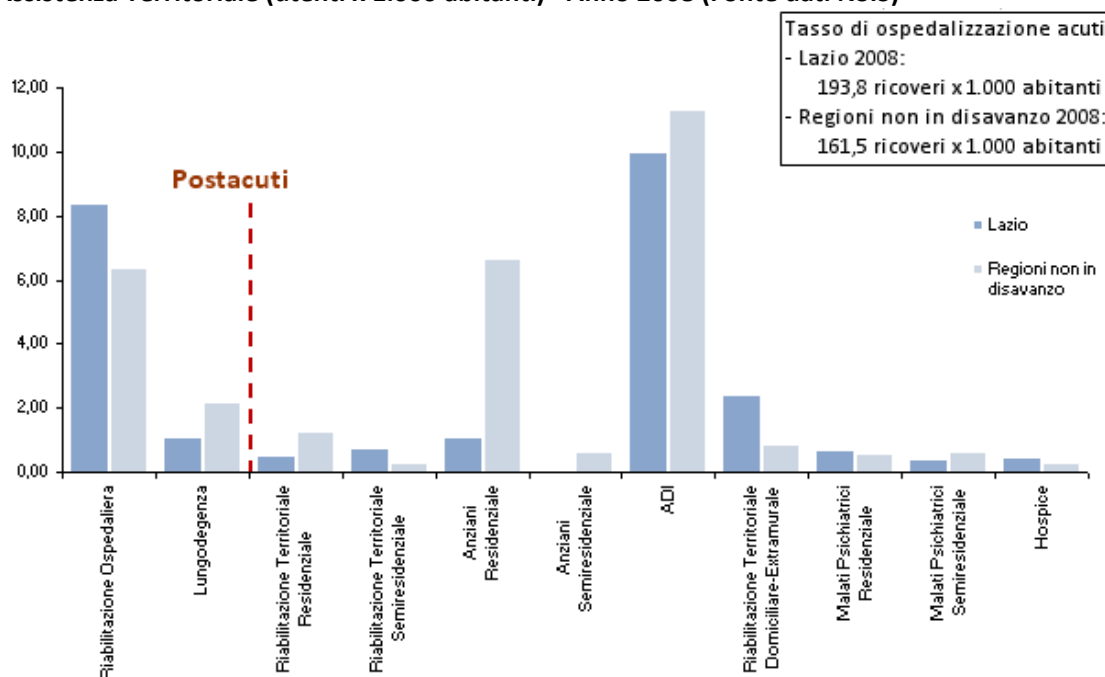
Nella Regione Lazio il servizio di assistenza domiciliare è presente nel 2008 in tutte le 12 ASL. La percentuale di popolazione maggiore o uguale a 65 anni che viene assistita al domicilio è pari al 3,5%, valore in linea con l'obiettivo del 3,5% fissato dal Quadro Strategico Nazionale per la politica aggiuntiva 2007-2013.

Relativamente all'assistenza psichiatrica, nel 2008 i posti letto delle strutture residenziali psichiatriche risultano in linea con il valore mediano (0,25 vs. 0,27 posti letto per mille abitanti), mentre i posti di assistenza psichiatrica in regime semiresidenziale sono leggermente maggiori del valore mediano (0,24 vs. 0,16 posti per mille abitanti), ma inferiori rispetto al valore delle Regioni non in disavanzo (0,7 posti per mille abitanti). Il numero di utenti psichiatrici trattati in regime residenziale risulta di poco superiore al valore medio delle Regioni non in disavanzo (0,69 vs. 0,58 utenti per mille abitanti), mentre per quanto riguarda il regime semiresidenziale il dato è inferiore al valore medio delle Regioni non in disavanzo (0,39 vs. 0,66 utenti per mille abitanti).

Relativamente alla dotazione di posti letto in Hospice, al 2008 la Regione Lazio dispone di 13 Hospice territoriali (224 posti letto) e 2 ospedalieri (2 posti letto), principalmente collocati nel Comune di Roma. Risultano, inoltre, in fase di apertura 2 nuovi Hospice ospedalieri con 43 posti letto totali.

Nel 2008 la Regione Lazio presenta 605 strutture ambulatoriali, particolarmente concentrate nell'area di Roma ed equamente distribuite tra erogatori pubblici e privati. La rete dei laboratori presenta la maggior parte delle strutture concentrate nell'area metropolitana di Roma, di cui solo l'8% risulta di grandi dimensioni (più di 500.000 prestazioni), con prevalenza di strutture private (75% delle 477 strutture totali). Il numero medio di prestazioni per struttura è inferiore al valore mediano italiano. Il 67% delle strutture di laboratorio (che hanno inviato il dato) erogano meno di 100.000 prestazioni annue.

Assistenza Territoriale (utenti x 1.000 abitanti) - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)



Analisi del personale

Il Piano di Rientro dal deficit sanitario sottoscritto dalla Regione Lazio prevede il blocco del turnover e una contestuale riduzione del costo del personale. Per il triennio 2006-2008, il costo Programmatico ipotizzava una riduzione dei costi legati all'organico pari a quasi il 5%.

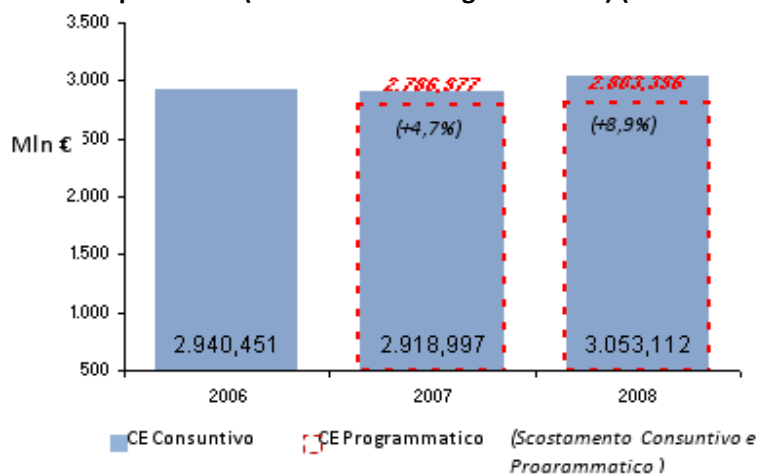
Nel periodo 2006-2008 il costo del personale ha registrato un incremento del 4%, superando il valore previsto dal costo Programmatico di quasi nove punti percentuali. Questo sfioramento è ragionevolmente attribuibile ai rinnovi contrattuali del Comparto e della Dirigenza, conclusi nel 2008.

Nel triennio considerato, il personale impiegato dal SSR è diminuito del 3%. La riduzione del personale ha interessato solo il personale a tempo indeterminato (-3%) mentre quello assunto con rapporto di lavoro flessibile è aumentato del 2%. Si rileva una marcata riduzione dei profili di ruolo tecnico (-12% pari a 968 unità). Nel ruolo sanitario, la riduzione (-2% pari a 652 unità) è generata da variazioni in termini di consistenza molto diverse tra loro (si passa dal -8% del personale tecnico sanitario al +59% del personale di vigilanza).

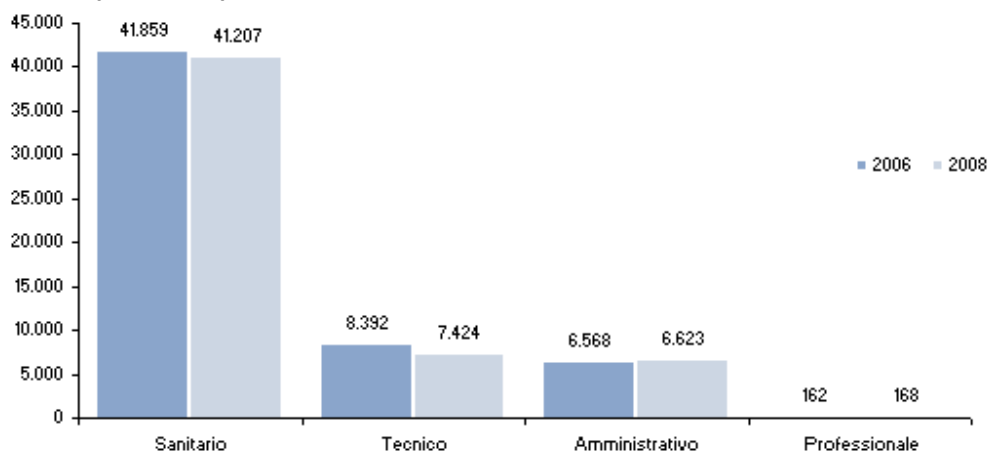


Ministero della Salute

Costo del personale (Tendenziale e Programmatico) (Fonte dati NSIS)



Unità di personale per ruolo (Fonte dati NSIS)





Regione Liguria

Il Piano di Rientro dal disavanzo della spesa sanitaria della Regione Liguria, siglato con Accordo del 6 marzo 2007, prevede una serie di interventi, da attivare nell'arco del triennio 2007-2009, finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione.

A seguito della verifica per l'anno 2008 del raggiungimento degli obiettivi indicati nel Piano della Regione Liguria sono state valutate positivamente le verifiche trimestrali e la verifica annuale 2008.

Nella riunione di verifica del 26.10.2009, Tavolo e Comitato hanno valutato positivamente le prime tre verifiche trimestrali per l'anno 2009.

A conclusione della riunione di verifica annuale 2009 del 17 marzo 2010, Tavolo e Comitato hanno valutato che la Regione Liguria presenta un avanzo di gestione per l'anno 2009. Tuttavia le restanti risorse, fondo transitorio di accompagnamento per l'anno 2009 e quota premiale per l'anno 2009, potranno essere erogate solo subordinatamente alla verifica positiva della chiusura definitiva del Piano di rientro, ivi ricomprendendo la verifica positiva degli adempimenti 2009, da tenersi secondo quanto previsto dall'articolo 2, comma 3, dell'Accordo sottoscritto il 6 marzo 2007 tra il Presidente della regione e i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze.

Il giorno 9 dicembre 2010 si è svolta la riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti Regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza e la Regione Liguria al fine di effettuare la chiusura del Piano di rientro.

Al termine della riunione, Tavolo e Comitato prendono atto dell'adozione da parte della regione della legge regionale n. 2/2010 che all'articolo 2, ha disposto l'abrogazione dell'articolo 27 della legge regionale 57/2009 impugnata dal Governo. Con l'adozione di tale provvedimento sono da ritenersi superate le verifiche trimestrali e annuale dell'anno 2009.

A consuntivo 2009 si evidenzia un avanzo pari a 35,981 mln di euro includendo nel risultato di gestione gli ammortamenti non sterilizzati; mentre la previsione chiudere per l'anno 2010 evidenzia un disavanzo lineare non coperto, dopo il conferimento delle entrate fiscali, di circa 66 mln di euro con ammortamenti non sterilizzati.

La documentazione trasmessa ai fini dell'istruttoria tecnica della verifica adempimenti per l'anno 2009 è stata valutata positivamente con raccomandazione per alcuni adempimenti nel presupposto che intervenga la prevista Intesa Stato-Regioni concernente la ripartizione della compartecipazione Iva per l'anno 2009, in attuazione del decreto legislativo 56/2000, tale da non modificare le quote di accesso al fondo sanitario di cui alla relativa delibera Cipe per l'anno 2009.

Pertanto, Tavolo e Comitato, sulla base di quanto sopra riportato, concludono con la possibilità per la regione di accedere alle risorse relative alla quota premiale per l'anno 2008 e alle risorse relative al fondo transitorio di accompagnamento per l'anno 2009.

Esito del monitoraggio di sistema

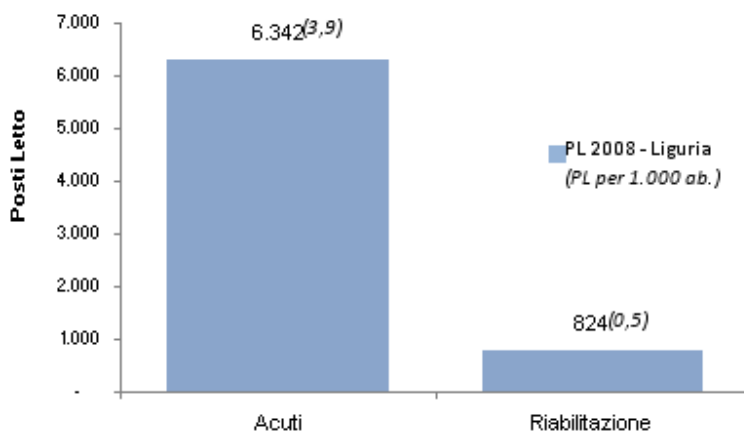
Assistenza ospedaliera

La rete di offerta ospedaliera della Regione Liguria, in relazione all'anno 2008, evidenzia un disallineamento nella dotazione di posti letto rispetto agli standard definiti dal Patto per la Salute, per eccesso nel caso delle acuzie (3,9 vs 3,3 posti letto per 1.000 abitanti) e per difetto nel caso della riabilitazione (0,5 vs 0,7). Nel triennio 2006-2008, tuttavia, si rileva una riduzione di posti letto per acuti, a fronte di un consistente incremento di posti letto per riabilitazione. Si rileva l'assenza di posti letto di lungodegenza ospedaliera.

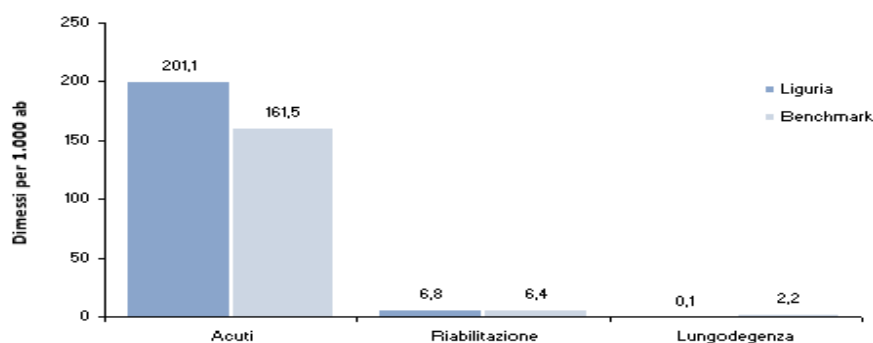
La rete di offerta per Acuti, quasi totalmente pubblica o equiparata, è collocata in tutte le aree ad alta densità abitativa, con un eccesso di posti letto per acuti nelle ASL del Genovese e del Savonese. L'accessibilità della popolazione alla rete di offerta è agevolata dalle strutture di piccole dimensioni (<90 posti letto), che in alcuni casi sopperiscono alla carenza di strutture più grandi (Asl Spezzino). La rete di offerta per Riabilitazione ospedaliera è caratterizzata da una forte capillarità a livello regionale (15 strutture pubbliche, 1 Classificata, 1 IRCCS privato, 4 case di cura), sebbene si rilevino alcune zone a densità abitativa non trascurabile non presidiate da alcuna struttura di Riabilitazione.

La Regione Liguria presenta nel 2008 un elevato tasso di ospedalizzazione (201,1 dimessi per 1.000 ab.), riconducibile totalmente al Day Hospital (88,5 dimessi). In degenza ordinaria, invece, si rileva un eccesso di ricoveri medici, a fronte di un leggero difetto dei chirurgici. La degenza media dei ricoveri chirurgici appare decisamente superiore al benchmark (costituito alle Regioni non in Piano di rientro), possibile sintomo di scarsa efficienza nel processo produttivo.

Dotazione di posti letto - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)



Tasso di ospedalizzazione - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)



Assistenza territoriale

Nella Regione Liguria si rileva un **ricorso all'assistenza sanitaria presso strutture di riabilitazione accreditate ex art. 26 inferiore alla media delle Regioni non in disavanzo** nei diversi setting assistenziali. In particolare nel 2008 si registra:

- **in regime residenziale** 0,8 utenti per mille abitanti, contro un valore medio delle Regioni non in disavanzo di 1,3, e 70,4 giornate di degenza per mille abitanti contro un valore medio delle Regioni non in disavanzo di 116,3;
- **in regime semiresidenziale** 0,3 utenti per mille abitanti, contro un valore medio delle Regioni non in disavanzo di 0,5, e 28,8 accessi per mille abitanti contro un valore medio delle Regioni non in disavanzo di 56,4.

Anche il numero di **pazienti anziani assistiti in Residenze Sanitarie Assistite (RSA)** per mille abitanti anziani è al di sotto del valore registrato nelle Regioni non in disavanzo (15,9 pazienti anziani per mille abitanti anziani contro 31,7 nel 2008). Analogamente, in regime semiresidenziale il numero di utenti risulta inferiore al valore medio delle Regioni non in disavanzo (0,5 utenti anziani per mille abitanti anziani contro 3,0 nel 2008). Tuttavia, nel 2009 l'attività di assistenza residenziale è stata incrementata grazie a nuovi accreditamenti. Si rileva una forte presenza degli erogatori privati nelle ASL Savonese e Spezzino ed una forte presenza degli erogatori pubblici nelle ASL Imperiese e Genovese.

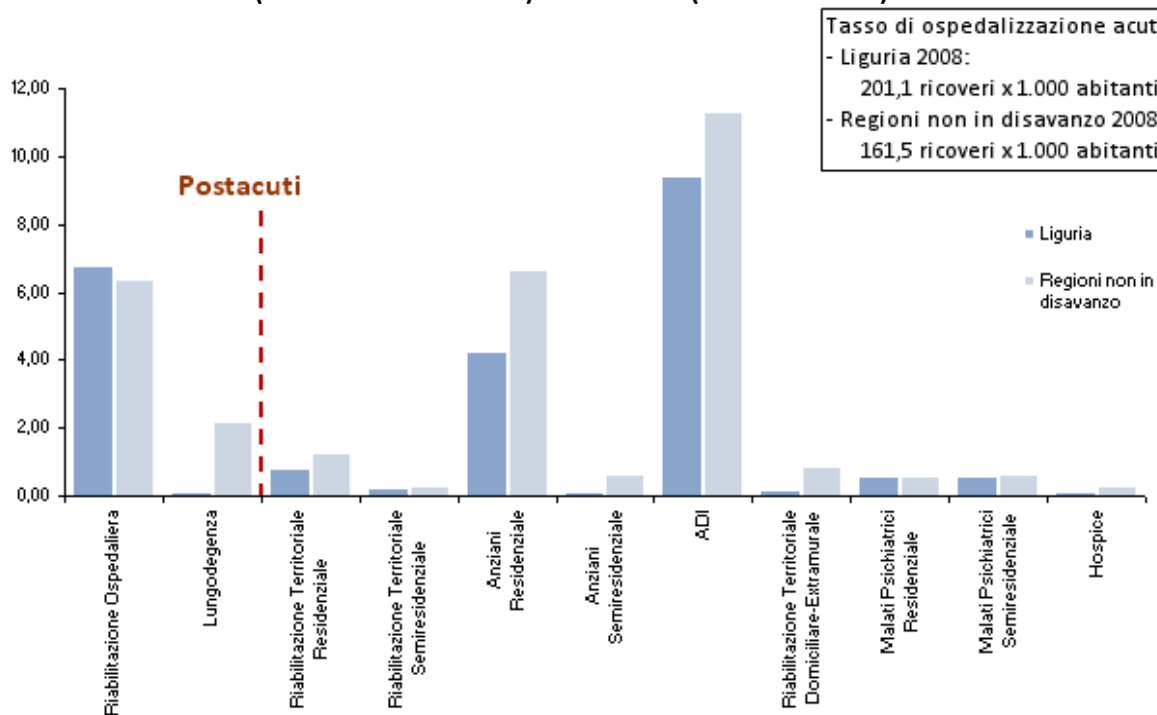
Emerge una **buona diffusione dell'assistenza domiciliare** sul territorio, dove si registra una percentuale di popolazione anziana trattata in ADI pari al 3,2%. Tale valore è, tuttavia, inferiore all'obiettivo del 3,5% fissato dal Quadro Strategico Nazionale per la politica aggiuntiva 2007-2013, nonostante la variazione positiva (+2%) dei casi anziani trattati in ADI avvenuta tra il 2007 ed il 2008. La Regione è comunque orientata verso l'incremento dell'assistenza nelle strutture residenziali per anziani.

Relativamente all'**assistenza psichiatrica**, si rileva un'**elevata istituzionalizzazione del paziente sia in ambito ospedaliero che residenziale territoriale**, con valori relativi al numero di pazienti con patologie psichiatriche per mille abitanti in linea con quelli delle Regioni non in disavanzo. Per quanto riguarda il regime semiresidenziale, invece, gli utenti trattati sono inferiori al valore medio delle Regioni non in disavanzo (0,55 utenti per mille abitanti contro un valore medio delle Regioni non in disavanzo di 0,66 nel 2008). Si rileva un'elevata degenza media delle strutture residenziali, pari a 287,4 contro un valore delle Regioni non in disavanzo pari a 172,4.

Con riferimento alla dotazione di posti letto in **Hospice**, al 2008 la Regione Liguria dispone di 2 strutture di tipo territoriale con 18 posti letto attivi.

Le strutture ambulatoriali ed i laboratori della Regione Liguria si concentrano soprattutto sulla costa e nell'area metropolitana di Genova. Le prime sono prevalentemente pubbliche, mentre i secondi sono caratterizzati da un sostanziale equilibrio tra componente pubblica e privata. Il 64% dei laboratori (che hanno inviato il dato) erogano meno di 100.000 prestazioni.

Assistenza Territoriale (utenti x 1.000 abitanti) - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)



Analisi del personale

Il Piano di Rientro dal deficit sanitario sottoscritto dalla Regione Liguria prevede il blocco del turnover e una contestuale leggera riduzione del costo del personale.

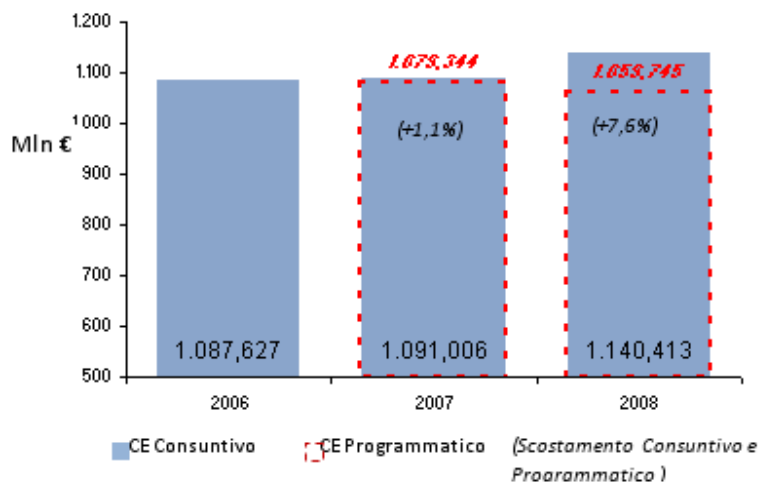
Nel periodo 2006-2008 il costo del personale ha registrato un incremento del 5%, superando il valore programmatico previsto di quasi otto punti percentuali. Questo sfioramento è ragionevolmente attribuibile ai rinnovi contrattuali del Comparto e della Dirigenza, conclusi nel 2008.

Nel triennio considerato, il personale impiegato dal SSR è diminuito del 2%, ed ha interessato sia il personale a tempo indeterminato (-1%) sia quello assunto con rapporto di lavoro flessibile (-37%).

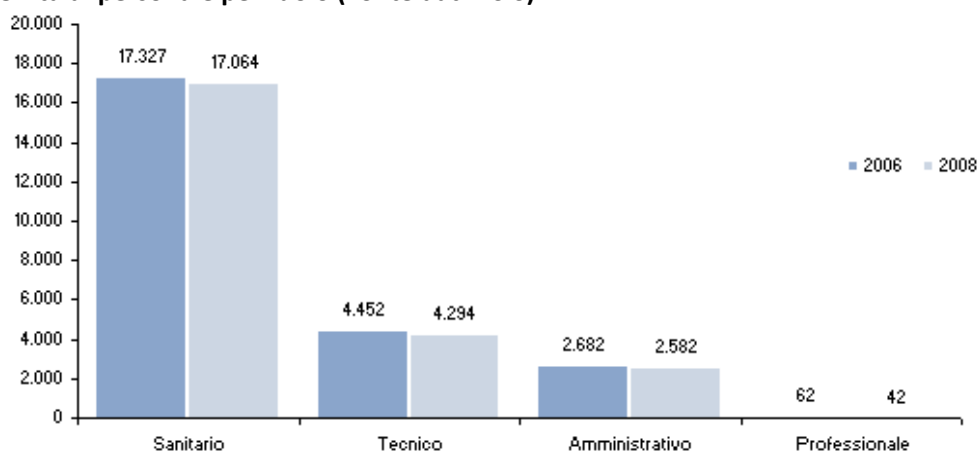
La riduzione interessa tutti e quattro i ruoli sanitario (-2% pari a 263 unità), tecnico (-4% pari a 158 unità), amministrativo (-4% pari a 100 unità) e infermieristico (-33% pari a 20 unità).



Costo del personale (Tendenziale e Programmatico) (Fonte dati NSIS)



Unità di personale per ruolo (Fonte dati NSIS)





Regione Molise

Il Piano di Rientro dal Disavanzo della Regione Molise, siglato con Accordo del 27 marzo 2007, prevede una serie di interventi, da attivare nell'arco del triennio 2007-2009, finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-sanitario della

A seguito della riunione del 10 Ottobre 2008, non essendo stati conseguiti gli obiettivi prefissati, il Presidente del Consiglio dei Ministri con propria nota dell'11 novembre 2008 ha diffidato la regione Molise ad adottare, nei termini prescritti dalla citata legge, tutti gli atti normativi, amministrativi e gestionali che risultassero produttivi di effetti finanziari nel 2008 e idonei alla correzione strutturale della spesa per gli anni successivi.

Nel corso della riunione di verifica del 30 giugno 2009 è stata confermata la sussistenza delle criticità evidenziate, e pertanto il Presidente del Consiglio dei Ministri, con deliberazione del 28 luglio 2009, ha nominato il Presidente pro-tempore della regione Molise Michele Iorio quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della medesima Regione, con lo scopo di garantire l'adozione di provvedimenti atti ad assicurare la copertura al disavanzo per l'anno 2008 al fine di non attivare l'ulteriore incremento oltre la misura massima delle aliquote fiscali regionali.

Successivamente in data 9 ottobre 2009 il Presidente del Consiglio dei Ministri ha affiancato al Commissario ad acta come sub-commissario la dott.ssa Isabella Mastrobuono, al fine di rafforzare l'impatto dell'attività commissariale.

Ai sensi del "Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, art. 13 comma 14 e art. 2 comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191" la Regione ha inviato in data 02 luglio 2010 il Programma operativo 2010 con il quale si intende dare prosecuzione al Piano di rientro 2007/2009.

Nel corso della riunione di verifica del 8 luglio 2010, Tavolo e Comitato, alla luce della grave situazione finanziaria determinata dai ritardi nell'attuazione del Piano di rientro, dalla insufficienza dei programmi operativi 2010 e della rete ospedaliera coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, hanno valutato il persistere di criticità ed inadeguatezze tali da confermare i presupposti, già manifestatisi nella riunione del 19 maggio 2010, ai fini della procedura di cui all'art. 2, comma 84, della legge 191/2009, mediante la quale, il Consiglio dei Ministri adotta tutti gli atti necessari ai fini della predisposizione del piano di rientro e della sua attuazione, nominando uno o più commissari ad acta.

Nella seduta del Consiglio dei Ministri del 31 maggio 2011 è stato affiancato alla dott.ssa Isabella Mastrobuono, in qualità di sub-commissario, il dott. Mario Morlacco.

Esito dell'ultima riunione di verifica

Il 6 aprile 2011 si è svolta la riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA e la Regione Molise, finalizzata alla verifica annuale del Piano di Rientro per l'anno 2010.

A seguito delle evidenze emerse nel corso della riunione, Tavolo e Comitato hanno valutato il Programma operativo 2011-2012 e il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera ancora non adeguati rispetto agli obiettivi prefissati, e pertanto si riscontrano alcune criticità sull'attuazione della programmazione sanitaria regionale.

Esito del monitoraggio di sistema

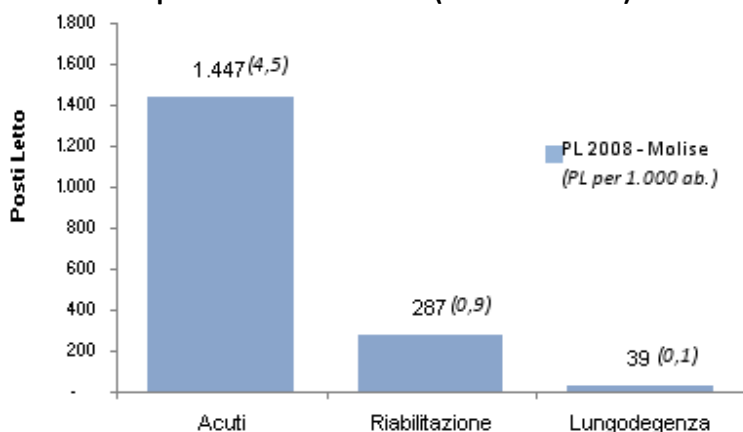
Assistenza ospedaliera

La rete di offerta ospedaliera della Regione Molise, in relazione all'anno 2008, evidenzia un disallineamento nella dotazione di posti letto rispetto agli standard definiti dal Patto per la Salute (4,5 vs 3,3 posti letto per 1.000 abitanti nelle acuzie e 1,0 vs 0,7 riabilitazione e lungodegenza), seppur a fronte di una consistente riduzione dei posti letto per acuzie riscontrata nel triennio di Piano di rientro.

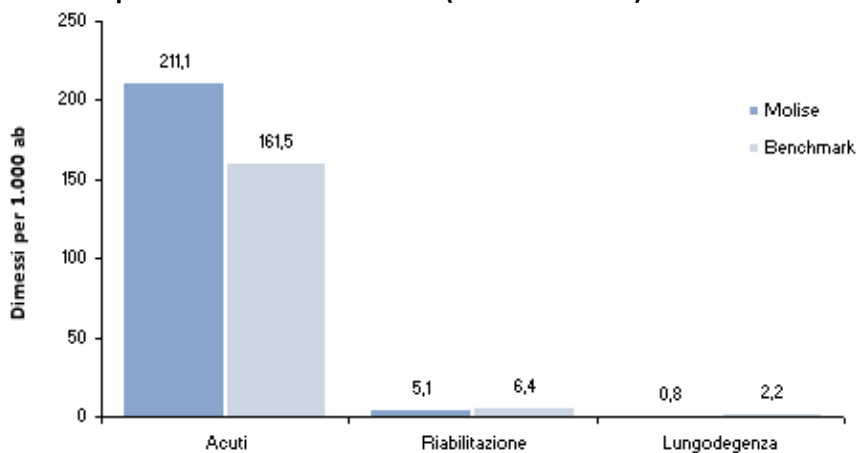
La rete di offerta per acuti copre le aree a maggiore densità abitativa, con una maggiore concentrazione su Isernia e Campobasso. Le rete di offerta di riabilitazione ospedaliera si caratterizza per la presenza di 6 strutture con posti letto di riabilitazione inferiori a 60.

La Regione Molise presenta nel 2008 un elevato tasso di ospedalizzazione (211,1 dimessi per 1.000 ab.) generato da un eccesso di ricoveri ospedalieri per acuti sia in degenza ordinaria (148,3 dimessi) che in *Day Hospital* (62,8 dimessi). Tale eccesso risulta prevalentemente concentrato sui ricoveri medici, in cui si rileva, inoltre, una degenza media inferiore al benchmark (costituito dalle Regioni non in Piano di Rientro), presumibilmente attribuibile all'erogazione di prestazioni a bassa complessità e, pertanto, trasferibili in regime ambulatoriale. Si rileva un difetto di giornate in lungodegenza attribuibile al numero di ricoveri per mille abitanti (0,8 a fronte dei 2,2 del benchmark).

Dotazione di posti letto - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)



Tasso di ospedalizzazione - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)





Assistenza territoriale

L'offerta di posti letto di **riabilitazione extraospedaliera residenziale** della Regione Molise è la più sviluppata in Italia con numerosità pari a 0,85 posti letto per mille abitanti contro un valore mediano Italia di 0,26. Parte di tale dotazione (circa 80 posti letto) è destinata a pazienti residenti in altre Regioni. Si registra un numero di utenti assistiti presso strutture residenziali di riabilitazione ex art. 26 pari circa al doppio del valore medio delle Regioni non in disavanzo (2,1 utenti per mille abitanti contro un valore medio delle Regioni non in disavanzo pari a 1,3 nel 2008). Tale valore è dovuto anche al trattamento di pazienti di varia tipologia (ad esempio gravi cerebrolesioni acquisite) presso strutture di riabilitazione extraospedaliera. Le giornate medie di degenza in regime residenziale risultano notevolmente inferiori a quelle registrate nelle Regioni non in disavanzo (33,6 giornate medie vs. 87,1 nel 2008).

Si rileva l'assenza di **posti letto residenziali e semiresidenziali** per anziani nel biennio 2007-2008.

Emerge l'elevata numerosità di pazienti trattati in **assistenza domiciliare** (15,5 casi per mille abitanti rispetto ad un valore medio delle Regioni non in disavanzo di 11,3). In particolare i pazienti anziani trattati in ADI, nel 2008 sono pari al 3,4%. La maggior parte dei pazienti assistiti in assistenza domiciliare usufruisce di prestazioni di tipo medico e infermieristico ("cure prestazionali").

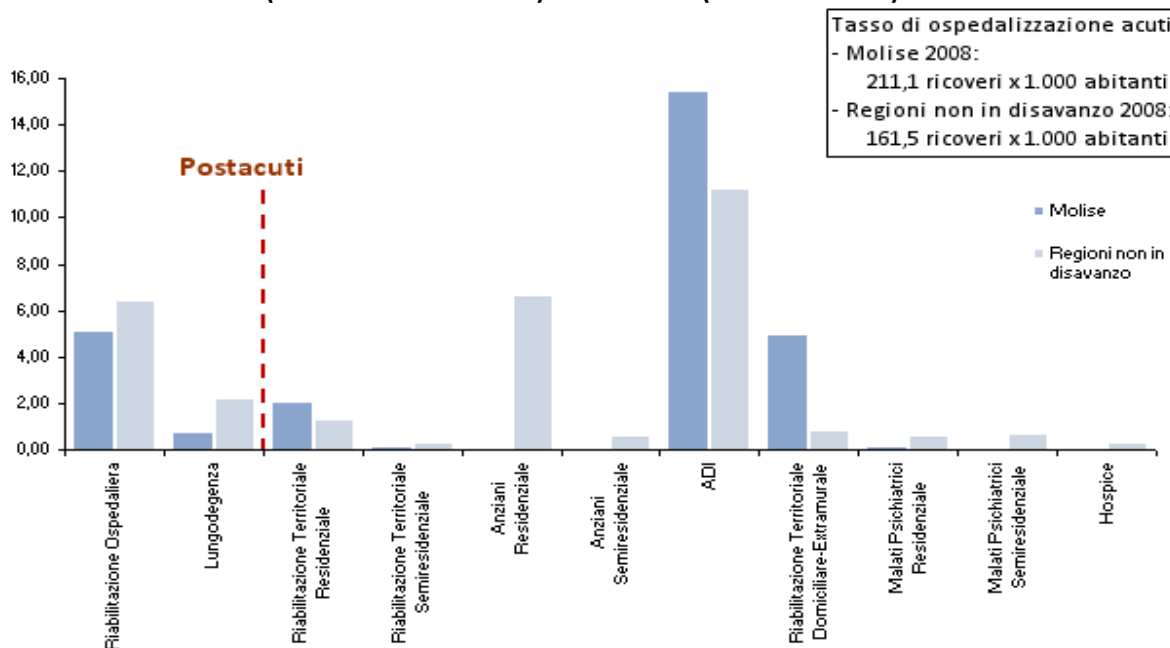
L'offerta di **assistenza psichiatrica** in regime semiresidenziale risulta poco diffusa (0,05 posti per mille abitanti rispetto al valore mediano di 0,16 nel 2008). Il PSR ha previsto la costituzione di 3 Centri Diurni per la salute mentale con una recettività di 15 utenti per ogni Centro, che al 2008 non risultano ancora realizzati. Anche in regime residenziale si registra un valore di posti letto per mille abitanti inferiore al valore mediano (0,2 posti letto per mille abitanti vs. 0,3 nel 2008). Le strutture residenziali e semiresidenziali risultano dislocate unicamente presso la provincia di Isernia, mentre sono presenti 3 CSM/Ambulatori.

Con riferimento agli **Hospice**, esiste al 2008 un'unica struttura operativa con 10 posti letto.

Le strutture delle **reti di offerta Ambulatoriale e Laboratoristica** risultano prevalentemente private e concentrate nei centri urbani di Campobasso e Isernia (quest'ultima limitatamente all'offerta ambulatoriale) e nella zona costiera (Termoli). Il 79% dei laboratori (che hanno inviato il dato) erogano meno di 100.000 prestazioni.



Assistenza Territoriale (utenti x 1.000 abitanti) - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)



Analisi del personale

Il Piano di Rientro dal deficit sanitario sottoscritto dalla Regione Molise prevede il blocco del turnover e un lieve aumento del costo del personale.

Nel periodo 2006-2008 il costo del personale è rimasto costante, attestandosi al di sotto del valore programmatico definito nel Piano di Rientro di circa 1% nel 2008.

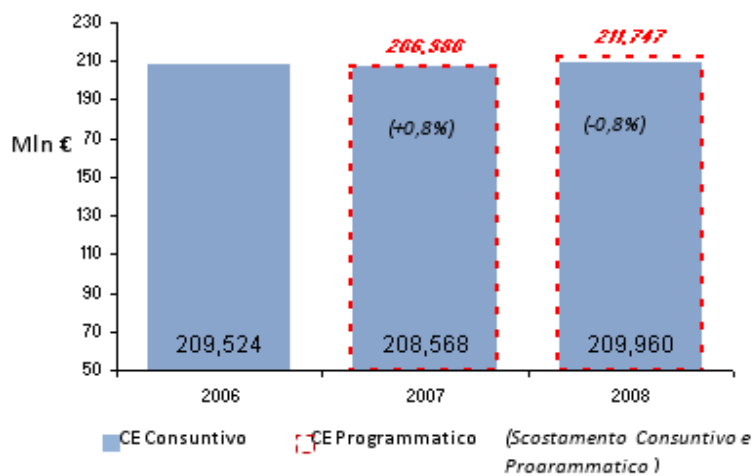
Nel triennio considerato, il personale impiegato dal SSR è diminuito del 2%, con una riduzione pari al 5% del personale a tempo indeterminato a fronte di un incremento pari al 50% di quello assunto con rapporto di lavoro flessibile.

Con riferimento alle unità di personale per ruolo, si evidenzia come il personale sanitario sia rimasto pressoché costante nel triennio (seppur a fronte di una consistente riduzione di personale medico ed infermieristico a tempo indeterminato, ed un consistente incremento del personale di altro profilo sanitario interinale).

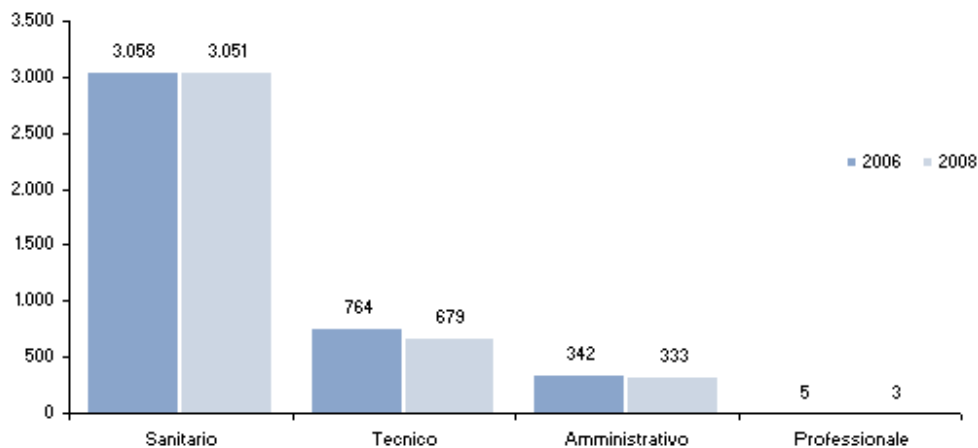


Ministero della Salute

Costo del personale (Tendenziale e Programmatico) (Fonte dati NSIS)



Unità di personale per ruolo (Fonte dati NSIS)





Regione Piemonte

Il 29 luglio 2010 la Regione Piemonte ha sottoscritto, con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze l'accordo, firmato dal governatore Roberto Cota con il quale la Regione si è impegnata ad attuare un Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, per gli anni 2010-2012.

Sulla base di tale accordo, la Regione potrà recuperare il maggior finanziamento che, altrimenti, sarebbe andato perduto a causa del mancato rispetto dell'equilibrio economico finanziario verificatosi nel 2004. Il 2 agosto 2010 la Regione ha emanato la DGR n1-145 con la quale approva il piano di rientro (piano di riqualificazione del SSR e di riequilibrio economico) per i conti della sanità allegato.

Il Piano di rientro presentato propone interventi finalizzati a perseguire l'equilibrio della gestione del Servizio Sanitario Regionale, prevedendo la definizione di nuove scelte di pianificazione sanitaria regionale, alla luce anche degli indirizzi forniti dal Patto per la salute 2010-2012, in particolare rispetto alla razionalizzazione della rete dell'emergenza ospedaliera, la rete dei laboratori di analisi e la razionalizzazione della rete di degenza.

In relazione alle azioni di controllo dell'evoluzione dei costi, è previsto il blocco del turn-over del personale e la riduzione significativa dei costi di acquisizione dei beni e servizi.

L'attuale Assessore alla Sanità ed alle Politiche Sociali per l'attuazione del Piano di Rientro è la dott.ssa Caterina Ferrero.

Esito dell'ultima riunione di verifica

Il giorno 11 aprile si è svolta la riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti Regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza e la Regione Piemonte al fine di effettuare una valutazione in merito all'addendum al Piano di Rientro ed al Programma attuativo.

A seguito delle evidenze emerse nel corso della riunione, Tavolo e Comitato hanno riscontrato alcune criticità rispetto agli adempimenti previsti dall'Accordo sottoscritto e propedeutici alla prosecuzione del Piano di Rientro, alle quali la Regione dovrà provvedere.



Regione Puglia

In data 29 novembre 2010 il Ministro della salute con il Ministro dell'economia e finanze e il Governatore della Regione Puglia Nichi Vendola hanno sottoscritto l'Accordo per il Piano di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria per il triennio 2010-2012.

La Regione si è impegnata a individuare e affrontare i problemi strutturali ed economici che interessano la sanità regionale, operando un rinnovamento interno che, nell'arco di un triennio, dovrà portare al miglioramento complessivo del sistema.

Il dettaglio operativo del Piano di rientro prevede linee d'intervento con effetti sulla riduzione della spesa ed interventi complementari a corredo; in particolare, mediante la riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, ed in relazione ad essa, per quanto concerne il personale, il blocco totale del turn-over e la rideterminazione della consistenza organica all'interno delle aziende.

Altre linee d'azione riguardano la politica del farmaco e sviluppo del progetto tessera sanitaria, unioni di acquisto e gestione centralizzata di gare, extra Lea, utilizzazione dei fondi strutturali per l'ammodernamento della rete di servizi e dei sistemi di comunicazione degli enti, interoperabilità delle comunicazioni in materia di contabilità e bilancio.

Esito dell'ultima riunione di verifica

Il giorno 6 aprile si è svolta la riunione congiunta del Tavolo di verifica degli adempimenti con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza e la Regione Puglia, al fine di effettuare l'esame dei provvedimenti trasmessi dalla regione in attuazione dell'Accordo del 29 novembre 2010, quale prima verifica del Piano di rientro.

A seguito delle evidenze emerse nel corso della riunione, Tavolo e Comitato, hanno riscontrato alcune criticità rispetto agli adempimenti previsti dall'Accordo sottoscritto e propedeutici alla prosecuzione del Piano di Rientro, alle quali la Regione dovrà provvedere. Riguardo allo stato di attuazione della programmazione sanitaria regionale, è rilevato un ritardo significativo nella realizzazione degli interventi previsti dal Piano.

Regione Sardegna

Il Piano di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria della Regione Sardegna, siglato con Accordo del 31 luglio 2007, fa riferimento in maniera prioritaria al Piano Regionale dei Servizi Sanitari (PRSS) 2006-2008.

Per quanto concerne la verifica annuale relativa all'anno 2007, Tavolo e Comitato hanno espresso parere favorevole evidenziando, in sede di riunione, un avanzo di gestione.

Nella successiva, riunione tenutasi il 21 maggio 2008, è stato reso parere favorevole da parte di Tavolo e Comitato in relazione alla verifica semestrale per l'anno 2008.

Nel corso della riunione tenutasi il 4 novembre 2009 i Ministeri hanno valutato i provvedimenti adottati non sufficienti a soddisfare gli impegni connessi alla verifica annuale 2008, e pertanto hanno sancito la sospensione dell'erogazione di una parte delle risorse, fino all'acquisizione e alla positiva valutazione degli stessi.



Ministero della Salute

La verifica annuale 2009 ha avuto esito negativo, il che ha comportato, trattandosi dell'ultimo anno del triennio, una valutazione complessivamente negativa dell'attuazione del Piano. In conseguenza di tale inadempienza, Tavolo e Comitato hanno ritenuto che la regione debba valutare la possibilità attraverso la predisposizione di ulteriore documentazione da prodursi in tempo utile per consentire una valutazione entro il 31 dicembre 2010, se ritenga di fare un ulteriore sforzo per l'attuazione del Piano. Resta fermo che in caso di mancata richiesta della predetta possibilità al termine dell'anno in corso da parte della regione, i Ministeri competenti comunicheranno la definitiva perdita della facoltà di accesso alla quota residua della seconda tranche e gli importi relativi alla terza tranche.

Esito dell'ultima riunione di verifica

Il 15 febbraio 2011 si è svolta la riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza e la Regione Sardegna.

Tavolo e Comitato nella riunione del 15 febbraio 2011, verificato che non risulta pervenuta ulteriore documentazione adeguata ed idonea a consentire una valutazione positiva entro il 31 dicembre 2010, valutano che si sono manifestati i presupposti della perdita, da parte della Regione Sardegna, della possibilità di accesso alle risorse residue.

Regione Sicilia

Il Piano di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria della Regione Sicilia, siglato con Accordo del 31 luglio 2007, prevede una serie di interventi, da attivare nell'arco del triennio 2007-2009, finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione.

Nel corso della riunione annuale per il 2007, del 27 marzo 2008, Tavolo e Comitato hanno sospeso il giudizio sull'attività regionale, considerata piuttosto carente rispetto agli impegni presi con la sottoscrizione del Piano di Rientro, richiedendo alla Regione di confermare la volontà di rispettare le condizioni previste all'interno dell'Accordo e del Piano di Rientro.

Nel corso dell'anno 2008, a seguito dell'avvicendamento del governo regionale, la Regione ha espresso la volontà di rispettare gli impegni previsti all'interno del Piano di Rientro. Nella riunione di verifica annuale del 2008, del 2 aprile 2009, i Ministeri, pur riconoscendo la sussistenza dei presupposti per diffidare la Regione, hanno valutato che alcuni provvedimenti emessi (in particolare la Legge Regionale n. 5 del 2009, che prevedeva la riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale) avrebbero potuto generare effetti tali da evitare la diffida; pertanto hanno posticipato il giudizio definitivo sull'operato della Regione, in attesa di valutare gli effetti di tali provvedimenti sul piano sanitario ed economico.

Nel corso della successive riunioni Tavolo e Comitato hanno ritenuto parzialmente superati i presupposti per la diffida della Regione, riconoscendo alcuni risultati significativi riguardo il riassetto istituzionale della sanità siciliana pur evidenziando il permanere di un forte ritardo nell'attuazione degli obiettivi. Pertanto Tavolo e Comitato hanno proceduto all'erogazione di parte delle risorse spettanti alla Regione, a testimonianza del rispetto degli impegni presi dall'amministrazione regionale.

In data 10 giugno 2010 la Regione, in ossequio al Piano di Rientro 2007-2009 e di quanto dichiarato in sede di riunione annuale, ha manifestato l'intenzione di avvalersi della facoltà prevista all'art. 11, comma 1, del D.L. 31 maggio 2010 n. 78, ai fini del completamento del Piano stesso, secondo un programma operativo per il biennio 2010-2011, nei termini indicati dalla riferita norma.

Ai sensi del "Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, art. 13 comma 14 e art. 2 comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191" la Regione ha inviato in data 30.12.2010 il Programma operativo 2010-2012 con il quale si intende dare prosecuzione al Piano di rientro 2007/2009.

Esito dell'ultima riunione di verifica

Il giorno 6 aprile si è svolta la riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti Regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza e la Regione Sicilia, finalizzata alla verifica annuale del Piano di rientro per l'anno 2010.

A seguito delle evidenze emerse nel corso della riunione, Tavolo e Comitato, hanno ritenuto Il Programma operativo 2010-2012 adeguato, precisando che siano adottati opportuni provvedimenti per la conversione delle strutture ospedaliere psichiatriche in strutture a carattere territoriale.

La verifica annuale 2010 è sostanzialmente positiva e con riferimento al Programma operativo 2010-2012 viene richiesta la produzione di una relazione generale sul relativo stato di attuazione, con particolare riferimento alla tematica del personale (assunzioni e dotazioni organiche).

Esito del monitoraggio di sistema

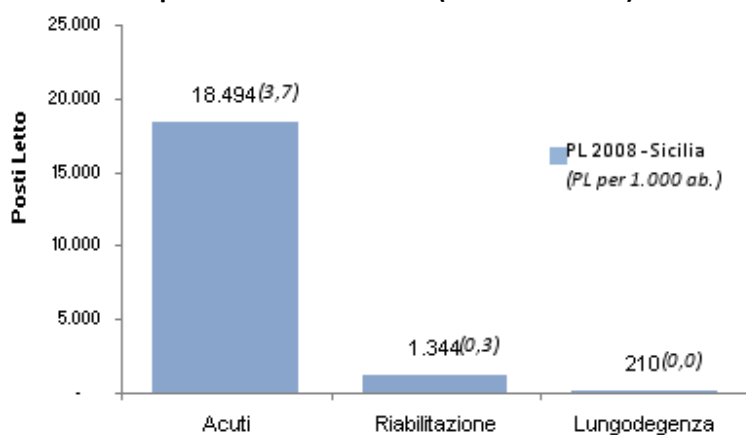
Assistenza ospedaliera

La rete di offerta ospedaliera siciliana, in relazione all'anno 2008, evidenzia un disallineamento nella dotazione di posti letto rispetto agli standard definiti dal Patto per la Salute, in eccesso per quanto riguarda le acuzie (3,7 vs 3,3 posti letto per 1.000 abitanti) e in difetto per quanto riguarda riabilitazione e lungodegenza (0,3 vs 0,7).

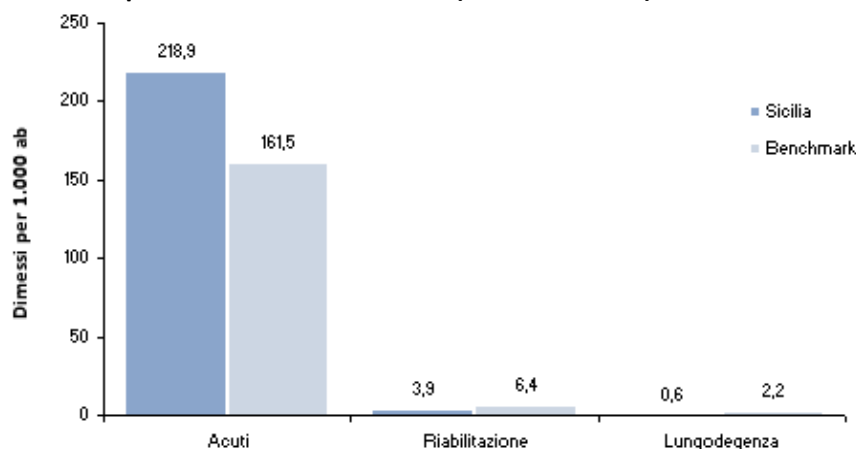
La rete di offerta per acuti della Regione Siciliana risulta molto capillare con delle forti concentrazioni sulle aree di Palermo e Catania. Le strutture con meno di 90 posti letto in alcuni casi sono le uniche strutture in zone a densità abitativa non trascurabile. Si evidenziano zone con alta densità abitativa non presidiate da alcuna struttura. La rete di offerta per prestazioni di riabilitazione ospedaliera, costituita per l'80% da strutture con meno di 30 posti letto, vede una diffusione non omogenea a livello regionale.

La Regione Siciliana presenta nel 2008 un elevato tasso di ospedalizzazione (218,9 dimessi per 1.000 ab.) generato da un eccesso di ricoveri ospedalieri per acuti sia in degenza ordinaria (135,6 dimessi) che in *Day Hospital* (83,3 dimessi). Tale eccesso, per l'anno 2008, è riconducibile alla casistica medica. In entrambi i casi, la degenza media, inferiore al benchmark (costituito dalle Regioni non in Piano di Rientro), appare presumibilmente riconducibile più ad un eccesso di ricoveri inappropriati, e presumibilmente a bassa complessità, che ad una reale maggiore efficienza del processo produttivo siciliano rispetto a quello del benchmark. Si rileva un significativo difetto di ricoveri sia per la riabilitazione (2,7 ricoveri/1.000 abitanti) che per la lungodegenza (0,6 ricoveri/1.000 abitanti) in regime ordinario.

Dotazione di posti letto - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)



Tasso di ospedalizzazione - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)



Assistenza territoriale

Per quanto riguarda le **strutture di riabilitazione ex art 26** della Regione Siciliana, nel 2008, si registrano i seguenti valori per i diversi setting assistenziali:

in regime residenziale 0,1 utenti per mille abitanti, contro un valore medio delle Regioni non in disavanzo di 1,3, e 46,1 giornate di degenza per mille abitanti vs. 116,3;

in regime semiresidenziale 0,4 utenti per mille abitanti, contro un valore medio delle Regioni non in disavanzo di 0,5, e 83,9 accessi per mille abitanti vs. 56,4;

in regime domiciliare – extramurale circa 2,6 utenti per mille abitanti, contro un valore medio delle Regioni non in disavanzo pari a 0,3.

Le degenze medie (318,2) ed i tassi di occupazione dei posti letto (89%), nelle strutture residenziali extraospedaliere sono spesso elevati. In termini di localizzazione delle strutture di riabilitazione territoriale, si nota una concentrazione nell'ASL di Catania e l'assenza di strutture nelle ASL di Caltanissetta, Ragusa, Enna, Messina, Agrigento. Le ASL di Siracusa, Trapani e Palermo presentano una sola struttura.

Il numero di **pazienti anziani assistiti in Residenze Sanitarie Assistite (RSA)** è **al di sotto del valore registrato nelle Regioni non in disavanzo** (2,4 pazienti anziani per mille abitanti anziani vs. 31,7 nel 2008). Emerge una significativa concentrazione di strutture residenziali nella provincia di Catania, mentre non si registra assistenza in regime semiresidenziale.

Al 2008 il servizio di **assistenza domiciliare** è presente in 7 delle 9 AUSL della Regione Siciliana e nel 2009 è stato attivato anche nelle ASL di Enna e Siracusa. La percentuale di popolazione maggiore o uguale a 65 anni che viene assistita al domicilio è pari al 0,9, valore di molto inferiore all'obiettivo del 3,5% fissato dal Quadro Strategico Nazionale per la politica aggiuntiva 2007-2013.

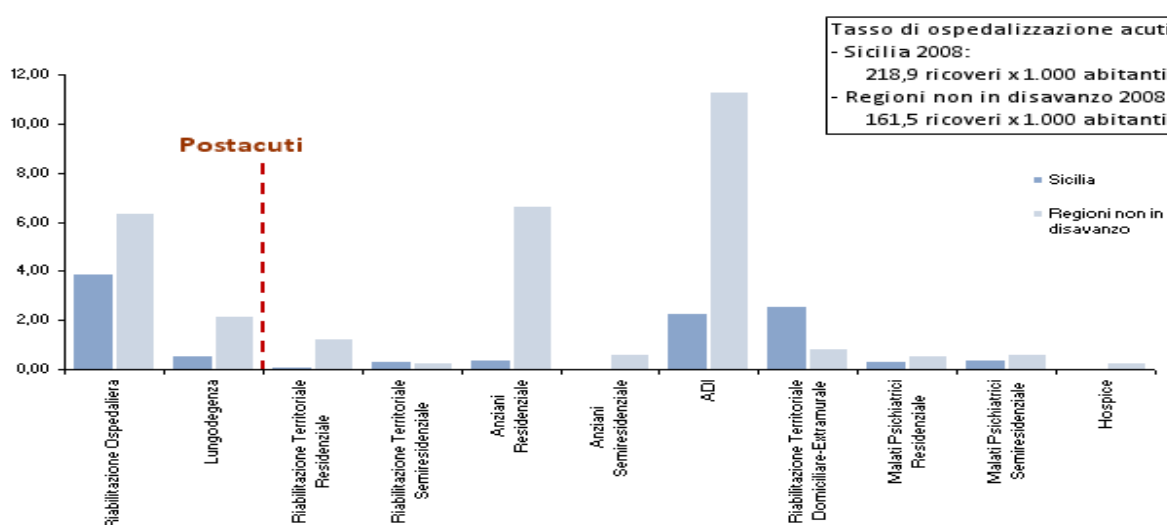
Relativamente all'**assistenza psichiatrica**, il numero di utenti trattati risulta inferiore al valore medio delle Regioni non in disavanzo, sia per quanto riguarda il regime residenziale (0,33 utenti per mille abitanti vs. 0,58 nel 2008) che per quanto riguarda il regime semiresidenziale (0,38 utenti per mille abitanti vs. 0,66 nel 2008). I posti letto delle strutture residenziali psichiatriche risultano in linea al valore mediano (0,26 posti letto per mille abitanti contro un valore mediano pari a 0,27 nel 2008), mentre i posti di assistenza psichiatrica in regime

semiresidenziale sono inferiori al valore mediano (0,11 posti per mille abitanti contro un valore mediano pari a 0,16).

L'assistenza ai malati terminali è garantita in 4 delle 9 ASL della Regione Siciliana, con 41 posti letto dislocati in 5 **Hospice ospedalieri**. Non sono presenti Hospice territoriali. E' previsto l'ampliamento della dotazione di posti letto dedicati mediante la costruzione di 12 nuovi Hospice territoriali.

La rete di offerta laboratoristica è caratterizzata da un basso numero di strutture di grandi dimensioni (strutture che erogano più di 500.000 prestazioni), che risultano essere prevalentemente pubbliche. L'86% dei laboratori (per i quali era disponibile il dato alla data della rilevazione) erogano meno di 100.000 prestazioni.

Assistenza Territoriale (utenti x 1.000 abitanti) - Anno 2008 (Fonte dati NSIS)



Analisi del personale

Il Piano di Rientro dal deficit sanitario sottoscritto dalla Regione Siciliana prevede il blocco del turnover e una contestuale leggera riduzione del costo del personale.

Nel periodo 2006-2008 il costo del personale ha registrato un incremento del 4%, superando il valore programmatico previsto di quasi quattro punti percentuali nel 2008. Questo sfioramento è ragionevolmente attribuibile ai rinnovi contrattuali del Comparto e della Dirigenza, conclusi nel 2008.

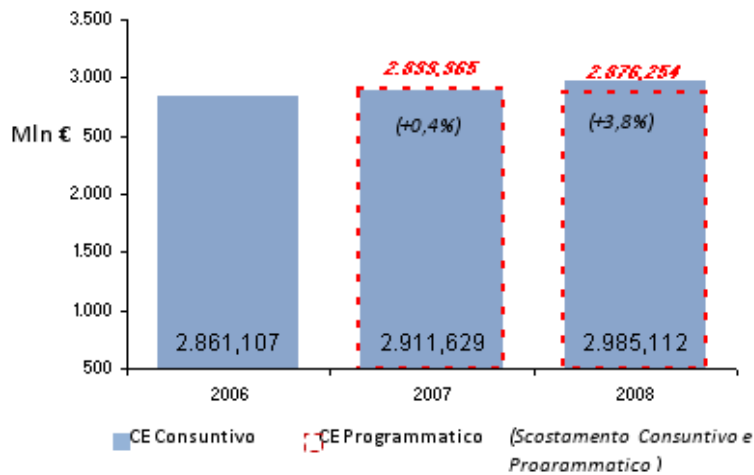
Nel triennio considerato, il personale impiegato dal SSR è diminuito del 3%, interessando sia il personale a tempo indeterminato (-5%) sia quello assunto con rapporto di lavoro flessibile (-1%).

Tale riduzione ha interessato esclusivamente il ruolo sanitario (con una riduzione del 4%, pari a 1.577 unità) ed il ruolo tecnico (con una riduzione del 12% pari a 1.206 unità), a fronte di un incremento dei ruoli amministrativo e professionale.



Ministero della Salute

Costo del personale (Tendenziale e Programmatico) (Fonte dati NSIS)



Unità di personale per ruolo (Fonte dati NSIS)

