

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA 29 dicembre 2009, n. 96.

**Patto per la Salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009, art. 13, comma 14. Tavolo di verifica del 10 novembre e 10 dicembre 2009. Approvazione Programmi Operativi per l'anno 2010.**

**IL COMMISSARIO AD ACTA  
(delibera del Consiglio dei Ministri del 28 ottobre 2009)**

**VISTO** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

**VISTA** la legge 30 dicembre 2004, n.311 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)” ed in particolare l’art.1, comma 180 che ha previsto per le regioni interessate, qualora si verificasse una situazione di squilibrio economico – finanziario, l’obbligo di procedere ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore al triennio;

**VISTA** l’Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che in attuazione della Legge Finanziaria dello Stato pone in capo alla Regione:

- l’impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera con l’obiettivo, tra l’altro, del raggiungimento degli standard nazionali relativi alla dotazione di posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione (art.4);
- l’obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull’indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l’equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l’anno di riferimento (art.6);
- la stipula - in relazione a quanto disposto dall’art.1 comma 180 della Legge 30 dicembre 2004 - con i Ministri dell’Economia e della Salute di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art.8);

**VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale n.66 del 12 febbraio 2007 concernente: “Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell’Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell’art.1, comma 180, della Legge 311/2004” e n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: “Presenza d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007.

Approvazione del “Piano di Rientro”;

**PRESO ATTO** che con Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell’11 luglio 2008 il Presidente *pro tempore* della Regione Lazio è stato nominato commissario *ad acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti dal piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

**PRESO ATTO** che con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17 ottobre 2008 n. 3743 il dr. Mario Morlacco è stato nominato sub commissario per l’attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale di cui alla summenzionata Delibera del Consiglio dei Ministri dell’11 luglio 2008;

**PRESO ATTO** che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 28.10.09 è stato nominato in qualità di Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti dal piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario il prof. Elio Guzzanti in sostituzione del Presidente della Regione dimissionario, confermando i contenuti del mandato commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri dell’11.07.08;

**PRESO ATTO** che il Piano di Rientro ha valenza triennale con scadenza il 31 dicembre 2009

**VISTA** l’Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il Patto per la salute – per gli anni 2010 – 2012;

**PRESO ATTO** di quanto disposto nel Patto per la Salute 2010-2012, in particolare all’art. 13, comma 14 circa il prosieguo dei piani di rientro delle Regioni già commissariate, secondo programmi operativi;

**VISTO** il verbale delle riunioni del 10 novembre 2009 e del 10 dicembre 2009, per la verifica degli adempimenti regionali nel quale, Tavolo Tecnico e Comitato ex art. 9 e 12 dell’Intesa del 23 marzo 2005, hanno subordinato l’erogazione del 20% delle risorse spettati fino a tutto il 2008 all’invio, entro il 31 dicembre 2009, e la conseguente verifica positiva, tra l’altro, anche dei programmi operativi di cui all’art. 13, comma 14 del Patto per la Salute;

**PREDISPOSTO** l’allegato documento contenente i suddetti programmi operativi

## **DECRETA**

per i motivi di cui in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

1. di approvare, quale adempimento previsto dall'art. 13, comma 14, del Patto per la Salute 2010-2012 e come richiesto nel verbale delle riunioni del 10 novembre 2009 e del 10 dicembre 2009, per la verifica degli adempimenti regionali, dal Tavolo Tecnico e dal Comitato permanente il documento contenente i Programmi Operativi per l'anno 2010 che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di riservarsi l'approvazione di successivi atti al fine di recepire le ulteriori richieste formulate dal Tavolo Tecnico e Comitato nel verbale del 10 novembre 2009 e 10 dicembre 2009 secondo le scadenze previste e in attuazione del nuovo Patto per la Salute del 3 dicembre 2009;

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L.

Il commissario  
Guzzanti

## ALLEGATO

### **Prosecuzione piano di rientro 2007/2009**

#### **I Programmi Operativi per l'anno 2010**

L'articolo 1, comma 180 della legge 311/2004 (legge finanziaria 2005) ha previsto la possibilità, per Regioni che presentavano situazioni di squilibrio economico-finanziario e di mancato mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di elaborare un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale da sottoscrivere, con apposito Accordo, con il Ministero dell'economia e delle finanze e con il Ministero della Salute. Con l'Accordo si individuano gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei LEA e gli adempimenti previsti dalla successiva intesa fra Governo e Regioni, siglata il 23 marzo 2005.

Con l'Intesa del 23 marzo 2005, infatti, sono stati individuati una serie di adempimenti organizzativi e gestionali in linea con i precedenti provvedimenti e accordi di contenimento della spesa.

La sottoscrizione dell'Accordo di approvazione del Piano di rientro è condizione necessaria per la riattribuzione delle quote di premialità non assegnate alla regione a seguito dei disavanzi rilevati nei tavoli di monitoraggio. Tali quote vengono erogate in maniera parziale e graduale sulla base della verifica della effettiva attuazione del programma operativo.

L'articolo 1, commi 274 e ss., della legge 266/2005 (legge Finanziaria 2006) ha confermato gli obblighi posti a carico delle Regioni, ha previsto l'automatismo dell'innalzamento nella misura massima delle aliquote IRPEF e IRAP regionali qualora i provvedimenti adottati non risultino idonei al ripianamento del disavanzo.

L'Intesa Stato-Regioni e P.A. del 5 ottobre 2006 ha recepito il "Patto della Salute" per il triennio 2007/2009, con la previsione di un fondo transitorio per le Regioni con elevati disavanzi, ed un accordo normativo e programmatico volto alla riorganizzazione del settore sanitario. L'Intesa è stata recepita dalla legge n. 296/2006 (Finanziaria 2007) che ha disciplinato i Piani di rientro e l'attività di affiancamento da parte dei Ministeri.

Il 25 febbraio 2007, la Regione Lazio, nella persona del suo presidente, ha sottoscritto l'Accordo sul Piano di Rientro con il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, poi recepito con D.G.R. n. 149 del 6 marzo 2007.

Dal procedimento di verifica e monitoraggio del Piano di Rientro, effettuato dal Tavolo di Verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei LEA, secondo le modalità previste nell'accordo sottoscritto ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni, Tavolo e Comitato hanno riscontrato il mancato rispetto degli adempimenti previsti dal piano stesso, in relazione alla realizzabilità degli equilibri finanziari nella dimensione e nei tempi programmati, in funzione degli interventi di risanamento, riequilibrio economico finanziario e di riorganizzazione del sistema sanitario regionale. Conseguentemente, applicando le disposizioni di cui all'art. 1 comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, ed all'art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni, con la procedura di cui all'art. 8, comma 1 della legge 5 giugno 2003, n.131, il Consiglio dei Ministri, su proposta del ministro dell'Economia e Finanze, di concerto con il Ministro della Salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e delle autonomie locali, ha diffidato la Regione ad adottare tutti gli atti amministrativi, organizzativi e gestionali, nel termine di quindici giorni. Non avendo la Regione adempiuto nel termine e nei modi previsti o, comunque, avendo adottato atti e azioni inadeguati ed insufficienti al raggiungimento degli obiettivi programmati nel Piano di Rientro, il Consiglio dei Ministri su proposta e di concerto con i Ministeri competenti, ha nominato quale Commissario ad Acta per l'intero periodo di vigenza del Piano il Presidente pro tempore della Regione Lazio con Delibera dell'11 luglio 2008.

Nella stessa delibera di nomina sono stati contestualmente indicati dodici interventi prioritari da realizzare, finalizzati a dare attuazione al Piano di Rientro. Successivamente il Consiglio dei Ministri, con deliberazione del 17 ottobre 2008, a norma dell'art. 1, comma, lett. b), D.L. n. 154 del 7 ottobre 2008, ha proceduto alla nomina di un sub Commissario.

A seguito delle successive dimissioni del Presidente pro-tempore da Presidente della Regione Lazio e da Commissario ad Acta, il Consiglio dei Ministri, nella seduta del 28 ottobre 2009, ha nominato quale nuovo commissario ad Acta, fino all'insediamento del nuovo

Presidente della Giunta, il Prof. Elio Guzzanti, confermando i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente pro-tempore.

In sede di verifica del 10 dicembre 2009, Tavolo e Comitato hanno ritenuto insufficienti le manovre adottate ai fini del rientro ed hanno richiesto alla Regione Lazio, in applicazione dell'art. 13, comma 14, del Nuovo Patto per la Salute 2010-2012, quale regione già sottoposta al Piano di Rientro e già Commissariata, di presentare **programmi operativi** coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. Nella stessa riunione di verifica, Tavolo e Comitato hanno altresì dato mandato alla Regione di assicurare alcuni interventi alle scadenze prefissate, che, se rispettate, consentirebbero il trasferimento di fondi non ancora assegnati.

In data 18 dicembre 2009 la Regione ha assicurato il primo adempimento adottando il P.S.R. 2010-2012, in cui ha indicato le linee strategiche del Servizio Sanitario Regionale per il triennio, con una valutazione di compatibilità economica, le cui linee essenziali vengono riprese nel presente documento, fatta salva la rimodulazione dell'obiettivo economico per il 2010 che viene effettuata col presente documento.

Le esigenze di razionalizzazione e di rientro sono state riassunte nella Delibera del C.d.M. di nomina del Commissario ad Acta dell'11 luglio 2008, al quale sono stati affidati i seguenti dodici obiettivi:

- 1) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale con particolare riferimento al blocco del turn-over, alla rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale e alla diminuzione delle posizioni organizzative e di coordinamento;
- 2) razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi con particolare riferimento alla realizzazione di un sistema centralizzato di acquisti, alla standardizzazione dei beni e dei servizi da acquisire, alla ottimizzazione della rete logistica e distributiva;
- 3) intervento sulla spesa farmaceutica convenzionata con prioritario riferimento alla revisione dell'accordo vigente con le farmacie convenzionate in materia di c.d. "distribuzione per conto", alle misure per l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva e all'allargamento ulteriore delle forme di distribuzione diretta;

- 4) intervento sulla spesa farmaceutica ospedaliera finalizzato a un suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale;
- 5) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e ridefinizione delle relative tariffe;
- 6) stipula dei protocolli di intesa con le Università pubbliche e private;
- 7) riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione /riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate;
- 8) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 9) riequilibrio dell'offerta a favore delle strutture territoriali intermedie e dell'assistenza domiciliare;
- 10) introduzione di misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie in misura proporzionata al disavanzo residuo stimato per l'anno 2008;
- 11) approvazione del piano sanitario regionale in coerenza con il Piano di rientro;
- 12) modifica dei provvedimenti approvati dalla Regione in carenza o difformità dal preventivo parere di approvazione da parte dei Ministeri interessati all'attività di affiancamento, in coerenza con le linee del Piano di rientro.

I programmi operativi riferiti all'anno 2010 sono articolati con riferimento ai suddetti dodici obiettivi, a cui sono aggiunti altri interventi in linea con le indicazioni del nuovo patto per la salute.

Col P.S.R., adottato con Decreto commissariale n. 87/09, è stata anche valutata la sostenibilità economico/finanziaria del sistema sanitario regionale, è stata definita la programmazione per il triennio 2010/2012, rapportata ai livelli essenziali di assistenza e sono state individuate le iniziative necessarie a garantirle. Gli obiettivi individuati nel piano, sono di seguito sintetizzati.

- ❖ Responsabilizzazione sull'uso delle risorse a tutti i livelli, con particolare riferimento a prescrittori e cittadini;
- ❖ Garanzia delle prestazioni nei limiti del reale bisogno in presenza di un eccessivo livello di offerta;
- ❖ Perseguimento dell'appropriatezza;
- ❖ Corretta allocazione delle risorse tra i livelli assistenziali;

- ❖ Deospedalizzazione;
- ❖ Investimento nella prevenzione, territorializzazione dell'assistenza e promozione dell'assistenza primaria;
- ❖ Razionalizzazione della spesa farmaceutica, sia in ambito ospedaliero che territoriale;
- ❖ governo e qualificazione dell'assistenza specialistica;
- ❖ Riconduzione dell'offerta di prestazioni riabilitative a standards accettabili promuovendo l'appropriatezza e le riconversioni di strutture in RSA.
- ❖ Governo della spesa per prestazioni integrative e protesiche tali da consentire di tendere a livelli medi nazionali.

In particolare, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, dovrà procedersi, entro il 15 aprile 2010, alla definizione della nuova rete ospedaliera, nel rispetto dei principi e dei criteri contenuti nel P.S.R. in modo da tendere, nell'arco temporale previsto, al raggiungimento dello standard di cui al Patto della Salute del 3 dicembre 2009.

Il complesso delle iniziative previste dovrà consentire la riallocazione più equilibrata delle risorse rispetto ai livelli di assistenza e, nel contempo, ridurre progressivamente il disavanzo in modo da ricondurlo nei limiti della capacità fiscale regionale e, nel 2012, al di sotto del 5% previsto dalla suddetta intesa quale condizione per non essere più sottoposti al piano di rientro, riportando la gestione negli ambiti ordinari e nel rispetto della piena autonomia regionale.

Il nuovo piano prevede, per ciascuno dei tre anni di riferimento, obiettivi economici complessivi. Sia gli obiettivi di sistema individuati nel P.S.R. cui si fa riferimento che gli obiettivi economici nonché quelli affidati dal Consiglio dei Ministri al commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro sono coerenti con gli ambiti individuati dall'intesa del 3.12.2009 concernenti il sistema di monitoraggio dei fattori di spesa di cui all'articolo 2 e riguardanti:

- a) riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;
- b) assistenza farmaceutica;
- c) governo del personale;
- d) qualificazione dell'assistenza specialistica;
- e) meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato;
- f) accordi sulla mobilità interregionale;
- g) assistenza territoriale e post acuta;

h) potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili, ivi compreso il progetto tessera sanitaria;

i) rilancio delle attività di prevenzione.

In relazione agli obiettivi economici dei programmi operativi non si può nascondere una grave criticità collegata alla situazione finanziaria. Una corretta gestione economica non può prescindere da una equilibrata gestione finanziaria che determina una forte alea quanto ai possibili risultati. Quest'ultima è relativamente governabile dalla Regione essendo essenzialmente vincolata ai trasferimenti da parte dello Stato. Al momento la Regione non è nelle condizioni di far fronte ai propri impegni a causa della indisponibilità di risorse, non ancora trasferite dallo Stato, essenzialmente per il non assolvimento di alcuni adempimenti, rilevato per gli anni 2006/2008 nella sede congiunta del Tavolo e Comitato, di cui agli artt. 9 e 12 dell'Intesa del 23 marzo 2005.

In modo particolare ostava, fino all'ultima verifica del 10.12.09, al completamento degli adempimenti la mancata riconduzione dei posti letto ospedalieri all'interno dello standard di 4,5 posti letto per 1000 abitanti di cui alla richiamata intesa del 23.3.2005 e la parallela mancata adozione della programmazione del riordino della rete ospedaliera comprensiva, non solo dei posti letto per acuti, ma anche di quelli dedicati a riabilitazione e lungodegenza post acuzie.

È da rilevare che le difficoltà nel completamento degli adempimenti non possono valutarsi come una circostanza anomala e inaspettata in quanto è prevalentemente connessa alla inadeguatezza della struttura amministrativa regionale a far fronte sia alla normale ordinaria attività, sia agli adempimenti connessi al Piano di Rientro e, parallelamente, a quelli contemplati nelle verifiche ai fini dell'accesso alla quota congelata (5% e 3%) dei trasferimenti da parte dello Stato quale concorso al finanziamento del S.S.N.

Il Piano di Rientro prevedeva tra i suoi obiettivi quello del rafforzamento della struttura amministrativa e la implementazione dei procedimenti amministrativi. La Regione si era impegnata insieme al potenziamento della struttura amministrativa anche alla rigorosa organizzazione dei procedimenti di monitoraggio, controllo e verifica della spesa sanitaria. Ciò in considerazione del fatto che una delle grandi criticità emerse a livello organizzativo regionale era rappresentata dal mancato coordinamento fra le strutture amministrative dell'assessorato al Bilancio e quelle dell'assessorato alla Sanità.

Di fatto, a distanza di tre anni dall'inizio del Piano di Rientro, gli interventi di potenziamento della struttura amministrativa sono stati pressoché nulli, poiché essi si sono limitati all'inserimento di poche unità e ad alcune sostituzioni o trasferimenti, in una struttura assessorile che dispone di una dotazione organica ridottissima che si può stimare pari alla metà di quanto necessario. Alcuni tentativi dell'Ufficio commissariale di integrare qualche unità di personale si sono scontrati con la non validazione dei relativi provvedimenti da parte del Tavolo e del Comitato per criticità o vizi nelle procedure.

Nella seduta del 10 dicembre 2009, valutata la complessiva situazione della Regione, sia sul piano degli adempimenti che delle criticità finanziarie, gli stessi Tavolo e Comitato, ai fini dell'attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del decreto legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189, e considerato quanto disposto dal nuovo Patto per la salute, in particolare all'articolo 13, comma 14, nel presupposto che siano adottati provvedimenti legislativi conseguenti, hanno definito un programma di trasferimento di risorse legato ad una serie di adempimenti, di seguito risultano riportati:

- premesso che le risorse spettanti alla regione Lazio fino a tutto l'anno 2008, pari complessivamente a 1.735 mln di euro, in coerenza con quanto previsto dall'accordo del 28 febbraio 2007, le stesse potrebbero essere erogate secondo il seguente schema:

**1.** il 20% subordinatamente all'invio entro il 31 dicembre 2009, e alla conseguente verifica positiva:

- a.** degli ulteriori contratti firmati con gli erogatori privati accreditati per l'anno 2009;
- b.** dei programmi operativi di cui all'articolo 13, comma 14, del nuovo Patto per la salute del 3 dicembre 2009 ed in particolare:
  - i.** dei decreti che stabiliscono i tetti delle prestazioni acquistabili da privato accreditato, articolati per tipologia, per l'anno 2010 a seguito della ricognizione del fabbisogno;
  - ii.** della documentazione comprovante l'adozione di nuovi procedimenti contabili e gestionali sia per il livello aziendale che regionale da adottarsi a partire dall'anno 2010;
  - iii.** del provvedimento relativo al contenimento del costo del personale per l'anno 2010 ivi ricomprendendo il blocco del turn-over, la rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa e la diminuzione delle posizioni organizzative e di

coordinamento, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 12 del nuovo Patto per la salute del 3 dicembre 2009;

**c.** del Piano sanitario regionale;

**d.** della documentazione in ordine agli adempimenti 2006 e 2007 che presentano ancora criticità, ivi compresa l'attuazione del progetto Tessera sanitaria;

**e.** di completare la sospensione degli atti e dei provvedimenti in contrasto con il Piano di rientro;

**f.** del provvedimento di copertura del residuo disavanzo relativo all'anno 2008;

**2.** le ulteriori risorse in presenza dell'effettiva operatività delle misure previste dal Piano, tali da garantire il raggiungimento dell'obiettivo dell'equilibrio di bilancio. In particolare:

- il 30% subordinatamente alla trasmissione entro il 31 gennaio 2010 e alla conseguente valutazione positiva della seguente documentazione:

**a.** della relazione sullo stato di avanzamento della riorganizzazione della rete laboratoristica pubblica e privata;

**b.** della definizione degli schemi tipo di contratto con gli erogatori privati per l'anno 2010 e trasmissione dei relativi contratti firmati;

**c.** della definizione e sottoscrizione dei protocolli d'intesa con le Università pubbliche e private;

**d.** dell'adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie laddove mancanti;

**e.** la gestione Commissariale si impegna, in presenza di deroga normativa, a produrre, nel caso di prefigurarsi un disavanzo per l'anno 2009 una adeguata manovra di bilancio nella misura necessaria;

- il 20% subordinatamente alla trasmissione entro il 15 aprile 2010 e alla conseguente valutazione positiva della seguente documentazione:

**a.** del provvedimento concernente il riassetto della rete ospedaliera in coerenza con quanto disposto dal nuovo Patto per la salute del 3 dicembre 2009 in materia di standard di posti letto;

**b.** dei provvedimenti propedeutici alla conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori privati in coerenza con quanto previsto dal nuovo Patto per la salute del 3 dicembre 2009

c. dell'attuazione degli impegni concernenti il progetto tessera sanitaria.

Conseguentemente, si dà atto di quanto segue:

- Completamento degli adempimenti relativi agli anni 2006 e 2007: sono stati assicurati gli adempimenti richiesti.
- Documentazione comprovante l'adozione di nuovi procedimenti contabili e gestionali sia per il livello aziendale che regionale da adottarsi a partire dall'anno 2010: con distinta relazione da redigersi da parte della competente direzione regionale si riferisce circa le iniziative intraprese dal 2007 in poi e che costituiscono la base per il perfezionamento del sistema a partire dal 2010.
- Ulteriori contratti con gli erogatori privati accreditati.

I contratti non sottoscritti al momento della verifica del 10.12.2009 riguardano:

- a) una unica Casa di cura, limitatamente all'attività di riabilitazione, resasi non disponibile alla sottoscrizione, per la quale è stato notificato copia del contratto con vincolo di restituzione debitamente sottoscritto e, in mancanza l'avvio del procedimento di sospensione dell'accreditamento;
- b) istituti ecclesiastici classificati, anch'essi non disponibili alla sottoscrizione ed ai quali è stata notificata copia di contratto sottoscritto dalla Regione con vincolo di restituzione di copia firmata dall'ente con riserva di attuazione dell'art. 79 della legge 133/08;
- c) IRCCS privati S. Raffaele Pisana e S. Lucia per i quali è stato adottato specifico decreto di fissazione dei tetti di spesa con allegato schema di contratto ed invito alla sottoscrizione.

Per effetto di tali ultime iniziative tutte le prerogative ed incombenze regionali in materia di sottoscrizione dei contratti possono ritenersi assolte.

- Provvedimento di copertura del disavanzo 2008 residuo: il provvedimento è stato adottato dagli organi di governo regionale, anche con utilizzo dei fondi FAS. In tal modo risulterà superata ogni criticità finanziaria relativa agli anni pregressi.
- Relativamente agli atti ed ai provvedimenti in contrasto con il Piano di Rientro, ridisciplinata l'attività di Recup, non vi sono ulteriori provvedimenti da adottare.

La valutazione positiva di quanto sopra e dei presenti programmi operativi è fondamentale perché diversamente ogni pianificazione economica diventa aleatoria essendo resa critica dagli oneri finanziari che, già oggi, si attestano a livelli insostenibili.

Tutto quanto sopra premesso, fermo restando il proseguimento o l'attivazione delle azioni previste nel Piano di Rientro, da ritenere in prosecuzione ed al quale si fa specifico richiamo per la parte non ancora compiutamente realizzata, nonché la programmazione prevista nel Piano Sanitario Nazionale, alla quale si fa altrettanto riferimento, si riportano di seguito gli ulteriori programmi operativi integrativi e di dettaglio con riferimento all'anno 2010 ed gli obiettivi affidati al Commissario *ad acta* nel provvedimento di nomina nonché quelli indicati nella seduta del Tavolo e Comitato del 10.12.2009.

Si precisa che, relativamente ai programmi riportati alcuni interventi sono immediatamente e direttamente operativi ed efficaci, altri sono rimessi a contestuali specifici provvedimenti ed altri ancora sono demandati a successivi provvedimenti da adottarsi in corso di anno.

***Obiettivo 1 - Ridefinizione e contenimento della spesa per il personale con particolare riferimento al blocco del turn over, alla rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale ed alla diminuzione delle posizioni organizzative.***

La proiezione della spesa per il personale relativa all'anno 2009 risulta superiore rispetto a quanto programmato nel Piano di rientro in conseguenza degli adeguamenti contrattuali, con contestuale riduzione degli accantonamenti.

In materia di governo della spesa per il personale sono previsti i seguenti interventi immediatamente operativi:

***a) blocco turn-over***

Nell'anno 2009 la Regione ha disposto il blocco del turn-over nella misura del 90% delle cessazioni dal servizio. La modalità, opportunamente introdotta, di avvio delle procedure di copertura dei posti vacanti, tramite autorizzazione con decreto commissariale, ha garantito il rispetto del blocco, tanto che nell'anno sono state concesse autorizzazioni in misura anche inferiore al 10% reale, con conseguente riduzione degli organici delle aziende sanitarie e IRCCS pubblici di circa 1400 unità ed economie anche superiori ai 24/mln di euro programmati, tenendo esclusi i costi dei rinnovi contrattuali.

Le limitate autorizzazioni sono state concesse tenendo già conto delle caratteristiche e delle peculiarità delle figure professionali, anticipando, così, il processo di riorganizzazione del sistema con particolare riferimento al settore ospedaliero.

Per l'anno 2010 il blocco del turn-over è stato confermato nella stessa misura. Pur trattandosi del secondo anno consecutivo di blocco delle assunzioni, si ritiene che lo stesso possa essere sostenibile in considerazione del programmato riordino della rete ospedaliera con riduzioni dei posti letto, accorpamenti di strutture e conseguenti processi di mobilità del personale in esubero a copertura delle carenze. Conseguentemente, tenuto conto che cessa dal servizio mediamente una percentuale dal 2 al 2,5% del personale si può programmare una riduzione nel 2010 di ulteriori 1100 unità con una economia prudenzialmente stimabile in 30/mln. di euro. L'Ufficio commissariale si riserva, comunque, la possibilità di autorizzare ulteriori deroghe al divieto, di carattere straordinario, e per le specifiche finalità quali la riduzione delle prestazioni aggiuntive ovvero l'internalizzazione di attività assistenziali dirette che, allo stato attuale, sono affidate a terzi.

Tali autorizzazioni, sussistendone le condizioni, saranno concesse a domanda delle aziende sanitarie corredata da apposito piano di fattibilità nel quale dovranno essere evidenziate economie superiori almeno del 5% al costo del personale da assumere. Tali provvedimenti saranno, comunque, sottoposti a validazione preventiva da parte dei ministeri affiancanti.

**b) Rideterminazione fondi contrattuali**

Il Piano di Rientro, l'articolo 79 della legge n. 133/09, gli obiettivi affidati al Commissario *ad acta*, tutti prevedono la rideterminazione dei fondi contrattuali per la contrattazione integrativa aziendale e la diminuzione delle posizioni organizzative.

Un primo importante intervento in tale settore è stato già avviato nel 2009 ed ha prodotto significative economie. Per evitare iniziative non compatibili col processo di economizzazione in corso è stata sospesa l'efficacia degli atti aziendali delle aziende sanitarie.

Col P.S.R. sono state adottate le linee di indirizzo per la programmazione della rete ospedaliera con l'individuazione del dimensionamento minimo delle strutture e riconversioni funzionali a perseguire livelli di efficienza ed efficacia.

Il Piano di riordino della rete ospedaliera, secondo il mandato ricevuto da Tavolo e Comitato, sarà adottato entro il 15 aprile 2010.

Il periodo immediatamente successivo sarà caratterizzato dall'avvio del processo di attuazione della nuova rete ospedaliera e territoriale. Tale processo costituirà anche la sede della riadozione degli atti aziendali con la conseguente riduzione delle strutture (U.O.C. e U.O.S.D. in particolare) nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento.

In aggiunta a quanto già operato fino al 2009, ai Direttori generali è affidato l'obiettivo della riadozione degli atti aziendali entro 3 mesi dalla pubblicazione del riordino della rete ospedaliera con la riduzione di un ulteriore 10% delle unità operative e conseguenziali riduzioni degli incarichi di direzione e responsabilità nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento. Tale intervento dovrà interessare anche le strutture territoriali distrettuali, fatta eccezione per quelle per le quali sono previste implementazioni e potenziamento nel PSR. In tale sede dovranno essere previste riduzioni stabili di personale in coerenza col blocco del turn-over con conseguenziale riduzione dei fondi contrattuali. Tale operazione, insieme al completamento del contraddittorio in corso con le aziende sanitarie circa la verifica della corretta determinazione dei fondi contrattuali dovrà consentire una riduzione dei fondi non inferiore al 3%.

La rideterminazione dei fondi contrattuali dovrà interessare anche la perequazione ex art. 9, c. 3, CCNL 8.6.2000 dell'area della dirigenza medica e veterinaria, per la quale è in corso una verifica della correttezza delle operazioni a suo tempo effettuate ai fini della implementazione dei fondi.

**c) Altre iniziative in materia di personale**

Altre iniziative di razionalizzazione e risparmi in materia di spesa per il personale riguarderanno:

- 1) Verifica delle situazioni di esercizio di fatto di mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza e restituzione, sussistendone le condizioni, dei dipendenti interessati allo svolgimento dei compiti propri del profilo professionale per il quale sono stati assunti.  
Nelle ipotesi di acclarata parziale inidoneità alle proprie mansioni nell'ambito delle strutture di appartenenza, in particolare in ambito ospedaliero (inidoneità a turni notturni, a mobilitazione dei pazienti, ecc.) saranno attivati processi di mobilità, anche interaziendale, verso attività compatibili.
- 2) Interventi riduttivi ulteriori in materia di costo delle prestazioni aggiuntive richieste al personale sanitario in misura pari almeno al 10% sulla spesa 2009.
- 3) Attività di verifica, in ordine alla istituzione del servizio mensa o, in alternativa, l'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostituiva (buoni pasto), circa la corretta applicazione degli artt. 29 CCNL integrativo del 20.9.2001 (comparto sanità) e 24 CCNL del 8.6.2000 di entrambe le aree dirigenziali. Tale verifica dovrà riguardare la compatibilità con le risorse finanziarie disponibili e l'esercizio del diritto in relazione all'articolazione dell'orario di lavoro.
- 4) Analisi dell'organizzazione del lavoro e verifiche in ordine alla articolazione dell'orario di lavoro. Detta analisi e le verifiche conseguenziali dovranno garantire che le aziende ed enti del S.S.R., ai sensi della vigente disciplina normativa e contrattuale, provvedano alla definizione dell'orario di lavoro del personale sanitario secondo un'articolazione che, tenuto conto degli incarichi affidati e degli obiettivi di budget negoziati a livello aziendale con i dirigenti, sia tesa a garantire il mantenimento dei livelli di efficienza delle strutture cui il personale è assegnato nonché l'erogazione delle prestazioni assistenziali in conformità dei L.E.A.

A tal fine, i Direttori Generali dovranno attivare processi di revisione della programmazione ed articolazione dell'orario di lavoro di tutto il personale sanitario (medico e non) che tengano conto delle seguenti disposizioni funzionali al contenimento degli obiettivi di spesa del personale:

- a. eliminare situazioni di contemporanea presenza di più sanitari nell'ambito del medesimo turno che non siano legate alla necessaria permanenza dovuta al cambio (es., scambio di informazioni in merito alle condizioni di salute dei pazienti) e che siano dirette ad assicurare assistenza sanitaria senza soluzione di continuità;
- b. evitare che le eventuali sovrapposizioni d'orario vengano autorizzate, e quindi retribuite, in regime di lavoro straordinario (le stesse possono essere considerate quale periodo di tempo da confluire nel monte ore da recuperare).

La conseguenziale riorganizzazione dell'orario di lavoro dovrà essere adottata previa concertazione con le OO.SS., secondo le procedure di cui all'art. 6, lett. b), CCNL dell'8 giugno 2000.

- 5) Ulteriori interventi riduttivi dei rapporti di consulenze di cui : I) consulenze non sanitarie da cessare alle relative scadenze, ivi compresi i rapporti di collaborazione professionale, in modo da ridurre almeno del 20% la relativa spesa rispetto a quella sostenuta nel 2009; II) consulenze sanitarie e collaborazioni varie da ridurre in misura non inferiore al 10% rispetto alla spesa sostenuta nel 2009. In ogni caso va realizzata una economia intorno a 10 milioni di euro nel 2010.

#### Personale convenzionato

##### Specialisti ambulatoriali

La spesa per specialisti ambulatoriali interni ha superato nel 2009 la soglia di 100/mln. di euro. Il valore della produzione, in termini di tariffe, dei servizi dagli stessi garantiti è addirittura inferiore a tale livello di costi, risultando improduttivi tutti gli ulteriori costi sostenuti (personale di supporto, beni e servizi).

Ciò è attribuibile sia al negativo rapporto costo/beneficio nella gestione dell'attività specialistica ambulatoriale interna sia all'utilizzazione, in alcune situazioni, di detti professionisti in attività diverse da quelle ambulatoriali. Per tale tipologia di rapporti nel

2010 saranno vietati nuovi conferimenti d'incarichi o incrementi di orario e contestualmente sarà avviata la riorganizzazione del settore con l'utilizzo degli specialisti per le proprie specifiche funzioni.

Tutte le suddette azioni dovranno consentire di mantenere la spesa per il personale, compreso quello universitario, nei termini che seguono:

<i>spesa 2009 (milioni di euro) escluso contratti dirigenti</i>	<i>spesa 2010 (milioni di euro) Compreso contratti e vacanza contrattuale</i>	<i>Differenza</i>
3.026	3.050	+24

I suddetti importi tengono conto da una parte del costo proiettato al 31.12.2009 dell'attuazione del contratto della dirigenza, che nel 2009 risulta iscritta tra gli accantonamenti nella misura di 49,5/ mln. di euro, nonché dell'indennità per vacanza contrattuale riferita all'anno 2010 e, dall'altra, delle economie realizzabili con i provvedimenti programmati. Parallelamente alla proiezione della spesa per il personale viene programmata quella per l'IRAP e quantificata in 220/ mln. di euro.

***Obiettivo 2 - Razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi con particolare riferimento alla realizzazione di un sistema centralizzato di acquisti, alla standardizzazione dei beni e dei servizi da acquisire, alla ottimizzazione della rete logistica e distributiva.***

***a. Centralizzazione degli acquisti***

Nel corrente mese di dicembre è stata portata a completamento la gara per l'acquisto dei farmaci mentre in precedenza era stata esperita la gara per i vaccini.

Il processo di realizzazione di un sistema centralizzato degli acquisti è ormai una realtà. Le gare per i farmaci e i vaccini hanno dato già buoni risultati i cui effetti positivi si verificheranno nel 2010.

Nel prossimo anno si punterà ad ulteriori esperimenti di procedure centralizzate che riguarderanno: emoderivati, ossigenoterapia domiciliare, servizio di tesoreria, brokeraggio, assicurazioni, ristorazione, vigilanza, pulizie, lavanolo, gestione camere mortuarie, nonché i dispositivi medici vari.

Gli effetti economici delle suddette procedure saranno quantificabili solo all'esito delle stesse, ma l'esperienza già realizzata per farmaci e vaccini può far contare su consistenti economie.

***b. Altri interventi sulla spesa per beni e servizi***

Parallelamente alla centralizzazione degli acquisti l'attenzione della regione sarà rivolta a settori che possono presentare criticità. Essi sono individuati come segue:

- I. Contrasto all'improprio utilizzo del criterio d'infungibilità limitativo delle procedure concorrenziali. Pertanto, ai fini dell'acquisto di farmaci, di dispositivi medici o di altro materiale sanitario da parte delle aziende ed istituti del S.S.R., eventuali dichiarazioni di infungibilità degli utilizzatori o dei richiedenti devono essere corredate da relazione sottoscritta, idoneamente motivata e documentata, e confermata dal direttore di distretto, o dal dirigente medico di presidio, o di dipartimento extraospedaliero, secondo la rispettiva competenza, contenente specifica dichiarazione di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale.
- II. Interventi in materia di attività esternalizzate.

Già nel corso del primo semestre sarà condotta un'attività di ricognizione e benchmark delle esternalizzazioni di servizi con interventi tendenti ad allineare i contratti, in sede di rinnovo, alle migliori condizioni che emergeranno dal monitoraggio. In ogni caso è affidato ai Direttori

Generali l'obiettivo di ridurre i costi delle esternalizzazioni almeno nella misura del 5% rispetto a quelli sostenuti nel 2009.

### III. Interventi in materia di acquisto di tecnologie

Il bilancio consolidato del sistema sanitario regionale evidenzia un rilevante costo per canoni di noleggio e leasing, in particolare per gli acquisti di impianti e di attrezzature sanitarie.

È verosimile che tali acquisti possano non tenere conto del reale fabbisogno delle singole tecnologie con il rischio di duplicazioni, inutilizzi ed eccessi di offerta in mancanza di un processo di H.T.A.

La possibilità, poi, di procedere ad acquisizioni con contratti di noleggio, prescindendo da valutazioni regionali che sarebbero state effettuate in sede di finanziamento per investimenti, rende ancora più critica la situazione.

Per quanto sopra e per contrastare le suddette criticità, per l'anno 2010 è introdotto il divieto di acquisire tecnologie sanitarie, di valore superiore a 150.000 euro, anche mediante stipula di contratti di noleggio o leasing, in mancanza di specifica autorizzazione da concedersi da parte del Commissario *ad acta* a seguito di richiesta motivata, previa istruttoria congiunta delle direzioni regionali competenti.

In relazione al livello di richieste sarà valutata l'opportunità di istituire un gruppo di lavoro per la valutazione del fabbisogno e dell'impatto dell'introduzione di nuove tecnologie secondo la metodologia dell'Health Technology Assessment (HTA).

### IV. Ulteriori vincoli per i direttori generali

1) Le aziende sanitarie che ancora non avessero provveduto sono tenute ad istituire il libro dei cespiti ammortizzabili di proprietà, disponibili presso terzi, nel quale rilevare gli acquisti di beni ad utilità pluriennali riconducibili per natura all'assistenza integrativa e protesica territoriale da privato (es. carrozzine).

2) I direttori Generali delle aziende sanitarie devono adottare ogni possibile misura per garantire la correttezza dell'utilizzo, da parte dei dipendenti, delle utenze telefoniche, disponendo che l'utilizzo per motivi personali abbia carattere di assoluta eccezionalità e con oneri a carico dell'utilizzatore, nonché, assicurando idonei mezzi di controllo.

Tali iniziative dovranno consentire di realizzare una riduzione delle spese per telecomunicazione in misura pari al 10% nel 2010, anche attraverso l'utilizzo di telefonia VOIP in ambito aziendale.

L'uso della rete informatica e dei relativi servi dovrà informarsi ai seguenti principi:

- L'utilizzo della rete è consentito esclusivamente per fini istituzionali.
- Il collegamento a Internet, reso disponibile sulle stazioni di lavoro fisse o mobili, è finalizzato allo svolgimento dell'attività lavorativa.
- E' vietato lo scarico di software di carattere non istituzionale, prelevato da siti esterni anche di tipo freeware.
- L'accesso alla rete è consentito esclusivamente attraverso i canali istituzionali e qualsiasi altro dispositivo di accesso deve essere esplicitamente autorizzato.
- E' vietata la partecipazione a Forum non professionali, l'utilizzo di chat-line (esclusi gli strumenti autorizzati) e di bacheche elettroniche.
- Il dipendente è direttamente e totalmente responsabile dell'accesso alla rete e ad Internet, dei contenuti che vi ricerca, dei siti che contatta, delle informazioni che immette e delle modalità con cui opera.
- E' vietata l'installazione, non concordata con la direzione aziendale di strumenti che aumentino la possibilità di connessione alla rete – Hub e Switch – perché possono causare grave nocumento alle prestazioni della rete stessa.

Le suddette iniziative, altresì, dovranno consentire di mantenere i costi per beni e servizi entro il limite della spesa sostenuta nel 2009 come di seguito riportato

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<i>Altre componenti di spesa</i>	€ 417.783.858,34	€ 400.000.000,00	€ 390.000.000,00
<i>Altri beni e servizi</i>	€ 1.571.635.337,93	€ 1.590.000.000,00	€ 1.575.000.000,00
<i>Indennità a personale universitario</i>	€ 65.345.168,83	€ 62.570.000,00	€ 62.570.000,00
<i>Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)</i>	€ 9.145.828,31	€ 8.108.587,20	€ 9.000.000,00
<i>imprevisti</i>			
	€ 2.063.910.193,41	€ 2.060.680.596,20	€ 2.036.570.000,00

***Obiettivo 3 - Intervento sulla spesa farmaceutica convenzionata con prioritario riferimento alla revisione dell'accordo vigente con le farmacie convenzionate in materia di c.d. "distribuzione per conto", alle misure per l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva e all'allargamento ulteriore delle forme di distribuzione diretta.***

Come è stato evidenziato nella parte relativa alla valutazione della sostenibilità economica del P.S.R. 2010/2012, nel settore della spesa farmaceutica convenzionata si è intervenuti nel 2009 sia con atti di indirizzo per l'utilizzo economico e appropriato di alcune categorie farmaceutiche (inibitori di pompa, statine, biologici per artrite reumatoide), sia con le compartecipazioni alla spesa.

Contestualmente è stato rivisto e rinnovato l'accordo con le farmacie convenzionate per la distribuzione diretta tramite le stesse dei farmaci inclusi nel PHT (cosiddetta distribuzione per conto). Il nuovo accordo ha previsto una consistente riduzione dei margini (*rectius* compensi) riconosciuti alla filiera distributiva e l'ampliamento delle categorie farmaceutiche interessate alla DPC. L'accordo ha consentito un risparmio consistente sulla dispensazione di tali farmaci che si è aggiunto a quello derivante dalla compartecipazione.

Considerate le difficoltà e la complessità dell'ipotesi distribuzione diretta di tali farmaci nonché i connessi costi organizzativi e di gestione, in uno ai costi sociali cui andrebbero incontro i pazienti, tale forma di distribuzione per conto si presenta come un processo virtuoso da implementare progressivamente.

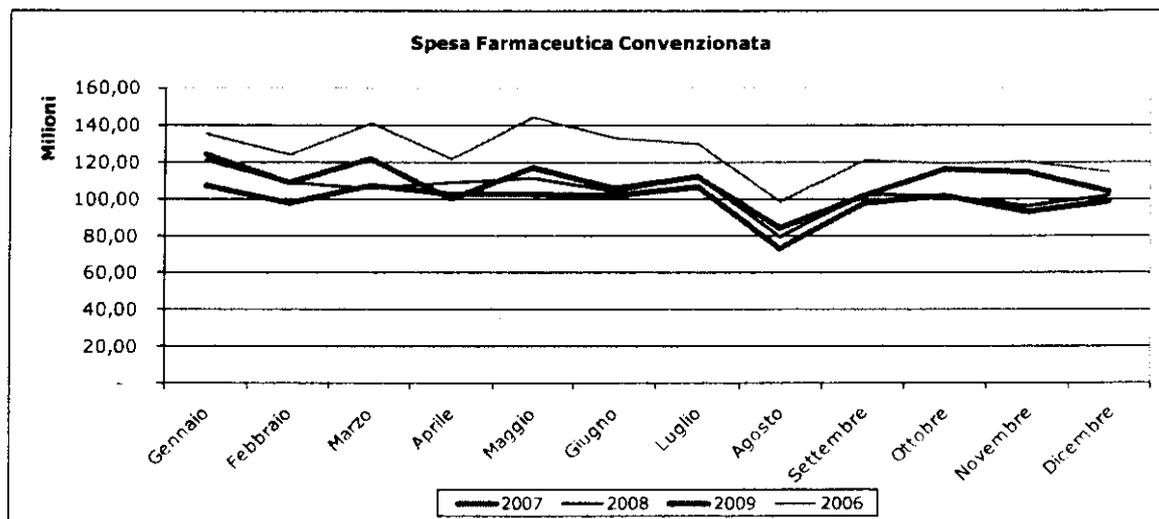
Nonostante i suddetti interventi la Regione Lazio continua a posizionarsi tra le prime regioni in termini di consumi farmaceutici rendendosi evidentemente necessari ulteriori interventi che dovranno consentire di ridurre il disavanzo o liberare risorse da destinare ad altri servizi nell'ambito dell'assistenza territoriale.

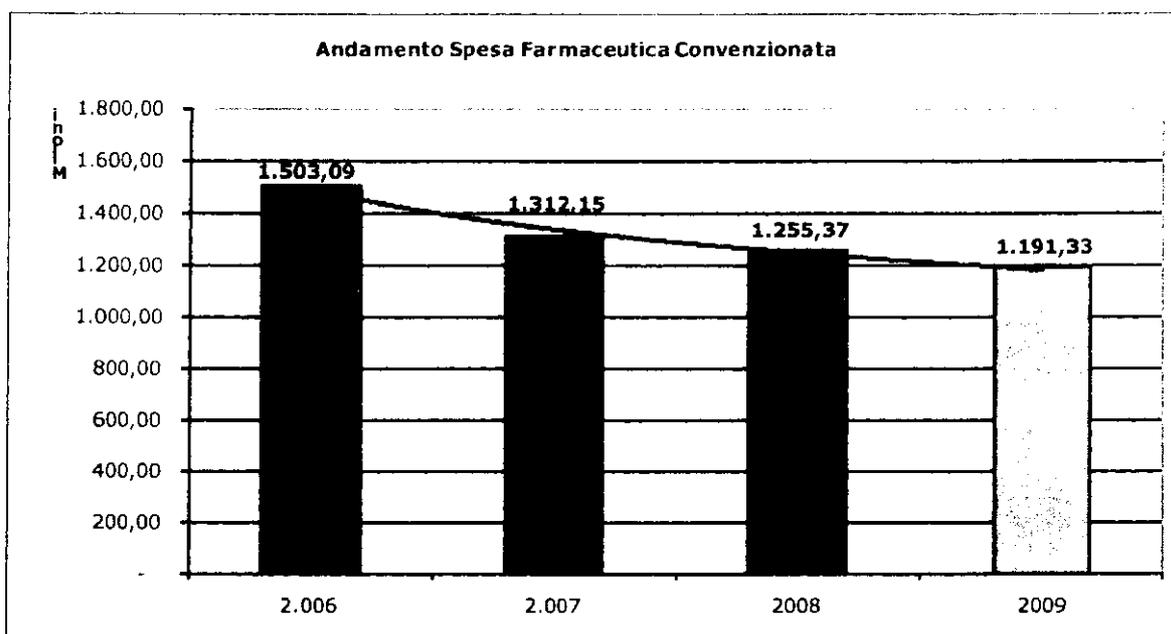
Si riporta di seguito il trend della spesa farmaceutica convenzionata e di quella attraverso la distribuzione per conto.

## Farmaceutica Convenzionata Spesa Regione Lazio 2006-2009

Mese	2.006	2.007	2008	2009
Gennaio	135.791.616,00	124.334.934,00	120.739.505,00	107.587.062,00
Febbraio	123.843.636,00	109.264.164,00	109.006.690,00	98.268.517,00
Marzo	140.821.797,00	121.917.966,00	105.947.106,00	107.125.997,00
Aprile	121.537.202,00	100.289.301,00	109.085.003,00	102.917.119,00
Maggio	144.018.564,00	116.699.361,00	111.785.564,00	102.956.090,00
Giugno	132.913.406,00	105.985.226,00	104.521.116,00	101.766.380,00
Luglio	129.765.666,00	112.534.492,00	112.180.119,00	106.311.996,00
Agosto	98.539.908,00	84.115.298,00	79.272.673,00	73.191.640,00
Settembre	121.266.899,00	101.893.261,00	102.600.913,00	97.937.457,00
Ottobre	119.550.198,00	116.059.996,00	101.827.500,00	101.765.467,00
Novembre	120.325.182,00	114.919.630,00	96.211.736,00	92.861.007,28
Dicembre	114.712.503,00	104.140.497,00	102.196.232,00	98.637.083,57
<b>Totale</b>	<b>1.503.086.577,00</b>	<b>1.312.154.126,00</b>	<b>1.255.374.157,00</b>	<b>1.191.325.815,85</b>

(\*) proiezioni





**Valore dei farmaci Erogati in DPC**

Mese	2007	2008	2009
Gennaio	3.578.193,78	9.973.595,52	9.958.597,91
Febbraio	5.846.909,43	11.026.185,08	11.268.765,60
Marzo	7.074.818,27	11.575.167,14	16.504.513,49
Aprile	6.692.265,59	12.208.719,93	17.308.243,88
Maggio	8.504.114,61	12.335.676,85	17.713.169,73
Giugno	8.836.789,04	11.671.860,41	17.854.634,47
Luglio	9.462.553,51	12.653.574,96	20.103.484,58
Agosto	6.744.269,64	8.561.767,85	13.602.426,16
Settembre	8.155.128,26	11.171.341,46	17.006.803,98
Ottobre	8.747.276,47	10.803.492,92	18.341.247,77
Novembre	8.881.879,16	9.954.239,27	14.199.615,74 (*)
Dicembre	8.575.953,20	10.978.351,19	15.660.500,43 (*)
<b>Totale</b>	<b>91.100.150,96</b>	<b>132.913.972,58</b>	<b>189.522.003,74</b>

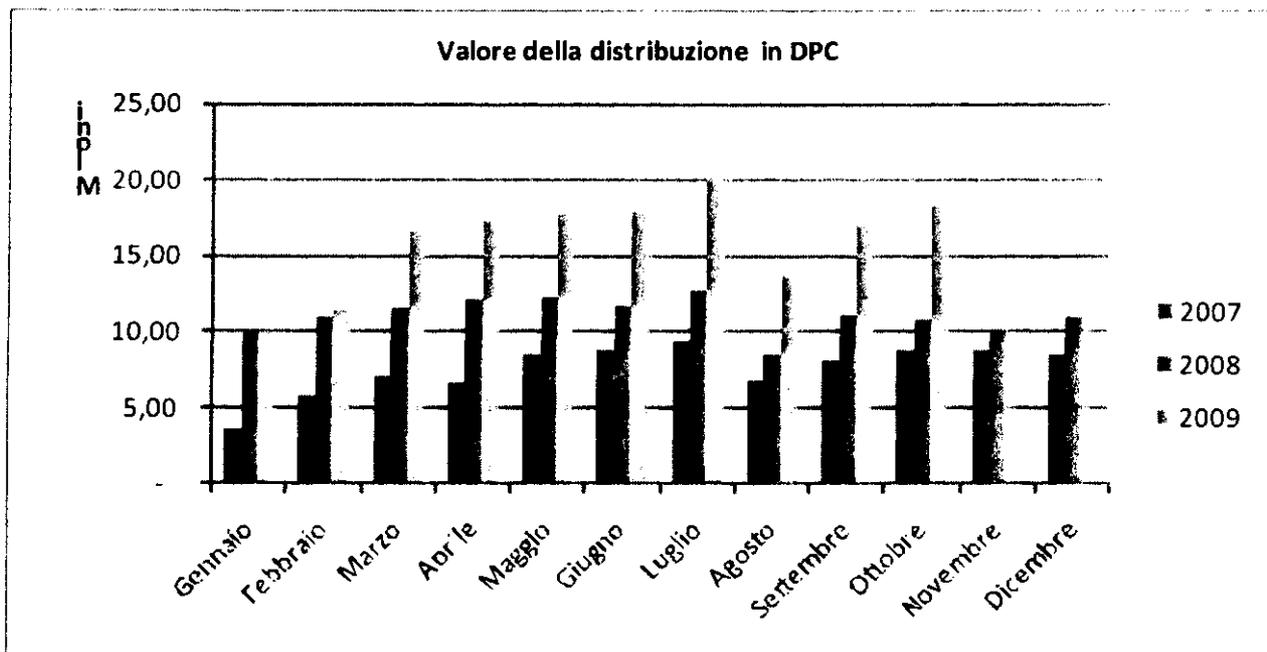
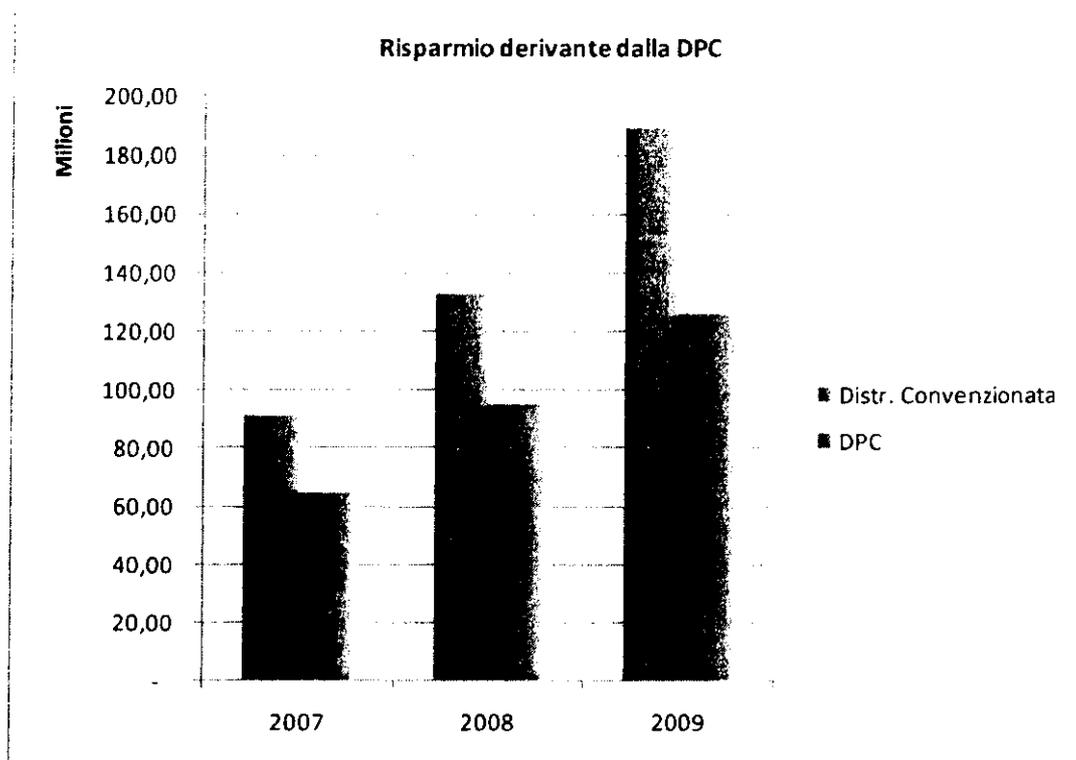
**Costi della distribuzione DPC**

	2007	2008	2009
<b>Costo diretto</b>	<b>52.838.087,56</b>	<b>77.900.522,44</b>	<b>109.157.067,72 (**)</b>
<b>Remunerazione</b>	<b>11.996.306,04</b>	<b>17.565.986,08</b>	<b>17.468.121,13 (**)</b>
<b>Totale Costi</b>	<b>64.834.393,60</b>	<b>95.466.508,52</b>	<b>126.625.188,85</b>
<b>Risparmio</b>	<b>26.265.757,36</b>	<b>37.447.464,06</b>	<b>62.896.814,88</b>

**Costo Complessivo Farmaceutica**

	2007	2008	2009
<b>Convenzionata</b>	<b>1.312.154.126,00</b>	<b>1.255.374.157,00</b>	<b>1.191.325.815,85</b>
<b>Costi DPC</b>	<b>64.834.393,60</b>	<b>95.466.508,52</b>	<b>126.625.188,85</b>
<b>Totale</b>	<b>1.376.988.519,60</b>	<b>1.350.840.665,52</b>	<b>1.317.951.004,70</b>

(\*) Stimati i valori di Novembre e Dicembre  
 (\*\*) Stimati i valori di Ottobre Novembre e Dicembre



Pur considerando che la popolazione laziale si è incrementata al 31.12.2008 dell'1,1% rispetto all'anno precedente ciò non giustifica il mancato pieno effetto atteso degli interventi messi in atto.

Ciò è dovuto essenzialmente a tre fattori:

- A. l'incremento delle prescrizioni;
- B. l'aumento della numerosità dei soggetti esenti;
- C. l'aumento dei consumi di farmaci più costosi.

Per contrastare il fenomeno e ricondurre la spesa farmaceutica più prossima alla media nazionale ed al vincolo del 13,3% previsto, nel 2010 si dovrà procedere a:

1. sperimentazioni di budget di distretto ed altre iniziative di sensibilizzazione dei prescrittori;
2. responsabilizzazione delle ASL a seguito dell'abbandono del sistema COSISAN e utilizzo dei dati e indicatori forniti tramite sistema collegato alla tessera sanitaria ed i conseguenti controlli sui prescrittori;
3. eventuale introduzione, dopo la verifica dell'andamento della spesa relativa ai primi due mesi del 2010 di una quota di compartecipazione, seppure minima, sulla prescrizione, a carico dei soggetti esenti.
4. Iniziative di controllo sulle esenzioni;
5. ulteriori iniziative di promozione di farmaci equivalenti, tenuto anche conto dell'imminente scadenza di un brevetto di un "sartano", categoria farmaceutica utilizzata nella Regione Lazio in misura superiore alla media nazionale.

L'obiettivo è quello di mantenere la spesa intorno ad 1,3/mld (comprensiva della DPC) di cui 1,160/mld per farmaceutica convenzionata, in modo da raggiungere livelli prossimi ai tetti di spesa previsti.

***Obiettivo 4 - Intervento sulla spesa farmaceutica ospedaliera finalizzato a un suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale.***

La spesa farmaceutica ospedaliera, come è noto, nella media delle regioni italiane, è notevolmente superiore al tetto previsto nella misura del 2,4% rispetto alla spesa totale.

Il livello di tale tipologia di spesa ha una significatività relativa in quanto è influenzato dal modello di sistema ospedaliero, dalla presenza di strutture pubbliche (e posti letto) delle quali tale spesa è contabilmente rilevata, dal tasso di ospedalizzazione, dal livello di distribuzione diretta da parte delle strutture private messa in mobilità e così sia.

Anche per tale spesa, comunque, sono necessari interventi cogenti. Con Decreto n. 74 del 23.11.2009 è stato riadottato il nuovo piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera che contempla:

- centralizzazione delle preparazioni antiblastiche e nutrizione parentale;
- formalizzazione delle procedure per la rotazione delle scorte e minimizzazione dei farmaci scaduti;
- corretta gestione degli armadi farmaceutici;
- monitoraggio e verifica della prescrizione di emoderivati;
- promozione della raccolta del plasma e incrementi quantitativi degli emoderivati forniti in conto lavorazione;
- monitoraggio e corretta gestione dei farmaci soggetti a monitoraggio intensivo AIFA;
- linee di indirizzo per l'antibiotico-terapia intra ospedaliera e monitoraggio prescrittivo;
- monitoraggio dei consumi di farmaci antiretrovirali;
- progetti di appropriatezza prescrittiva di farmaci antidepressivi, antiaggreganti, oncologici, nonché iniziative in materia di infezioni nosocomiali;
- creazione della rete regionale dei centri di informazione e documentazione sul farmaco;
- corso di formazione in farmacovigilanza.

Nel frattempo, come si è già descritto, si è dato concreto avvio alla centralizzazione degli acquisti. Nel corso del 2010 è programmata una intensificazione delle attività di monitoraggio dei consumi al fine di acquisire tutte le informazioni necessarie ad avviare ulteriori iniziative di contenimento.

E' individuato l'obiettivo di un tetto di spesa nel 2010 pari a 620 milioni per il complesso dei prodotti farmaceutici con una riduzione di circa 13 milioni rispetto al 2009.

**Obiettivo 5 - Definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e ridefinizione delle relative tariffe.**

Il sistema sanitario della Regione Lazio presenta diversi aspetti che lo caratterizzano come un sistema tarato sull'offerta che, nel tempo, ha incentivato un eccesso di domanda non sempre connessa ad effettivo bisogno sanitario e che spesso ha determinato una risposta inappropriata.

Ciò si è sicuramente verificato in ambito ospedaliero con particolare riferimento alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie e in ambito territoriale con riferimento alla riabilitazione estensiva e di mantenimento, anche in ambito psichiatrico.

Per contrastare tali fenomeni occorrerà attivare un numero congruo di posti letto di RSA, in parte mediante nuove realizzazioni e in parte mediante riconversioni di altre strutture. Sono sicuramente candidate a tale riconversione strutture riabilitative ridondanti sia in ambito ospedaliero che extra ospedaliero.

Il nuovo Patto per la salute prevede una riduzione a 0,7 posti letto per mille abitanti degli attuali posti letto di riabilitazione e lungodegenza post acuzie ospedaliera. La Regione Lazio è attualmente attestata su uno standard dell'1%, per cui bisogna avviare percorsi di riduzioni e riconversioni di un consistente numero di posti letto che si aggiunge a quelli già ridotti nel 2009.

A parte l'opportunità di perseguire migliori livelli di appropriatezza nei relativi settings assistenziali, tale riorganizzazione porterebbe una economia, a regime, di almeno 60 milioni di euro a tariffe invariate, anche a motivo della compartecipazione alla spesa.

La parallela riconversione di una quota di posti letto di riabilitazione estensiva territoriale ex art. 26 L. 833/78 in RSA porterebbe una ulteriore economia, ferma restando la possibilità di perseguire maggiori livelli di appropriatezza.

Il PSR, cui si rinvia, anche per i riferimenti circa i fabbisogni, evidenzia in maniera puntuale la situazione dell'offerta nella regione ed i consequenziali obiettivi.

Per il 2010 vengono fissati i seguenti criteri e volumi massimi di prestazioni affidati alle strutture private accreditate:

**a) Assistenza specialistica da privato**

Nel 2009, dopo una serie di incontri, non è stato possibile, per indisponibilità delle organizzazioni regionali, sottoscrivere l'intesa ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.

Con Decreto n. 9 del 2009 sono stati comunque fissati i criteri e i vincoli finanziari per la stipula degli accordi confermando i tetti di spesa del 2008..

Il settore non è oggetto di particolari interventi di riduzione di spesa, bensì di governo dell'appropriatezza al fine di realizzare, ad invarianza di risorse, spazi per il processo di deospedalizzazione che comporta la necessità di garantire forme di assistenza distrettuale alternativa.

Per l'anno 2010 saranno confermati sostanzialmente i volumi di spesa previsti per il 2009 con l'adeguamento necessario per le istituzioni equiparate. Considerato il termine del 31 gennaio previsto dal Tavolo e Comitato di verifica per la stipula dei contratti, difficilmente sarà possibile realizzare la intesa regionale. Conseguentemente si dovrà procedere alla sottoscrizione degli accordi ad invarianza di tetti di spesa rispetto al 2009 eventualmente con osmosi tra le tipologie e discipline, in caso di realizzazione dell'intesa ex art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/92 e s.m. e comunque fermo restando il tetto di spesa regionale fissato con il presente documento e col decreto attuativo.

Nel settore dell'attività specialistica assume particolare rilievo, e nel contempo, criticità il livello di accesso da parte dei cittadini al pronto soccorso con erogazione, in tale ambito, di prestazioni inappropriate. Si tratta, il più delle volte, di accessi non caratterizzati da condizioni di emergenza – urgenza e che eludono la compartecipazione alla spesa sanitaria. Peraltro il S.S.R. riconosce, quale remunerazione di funzione, alle strutture private, una tariffa per gli accessi al pronto soccorso.

In relazione all'andamento della suddetta spesa, al fine di contenerla e, al tempo stesso, contrastare l'inappropriatezza degli accessi, sarà adottato apposito provvedimento con il quale si procederà alla rideterminazione tariffaria delle prestazioni ed alla introduzione della compartecipazione secondo i codici d'accesso oltre ad eventuali incentivi/disincentivi per codice colore e/o in base a soglie temporali per valutare i tempi utilizzati per visitare i pazienti dal momento del triage.

Altri interventi nel settore dell'assistenza specialistica ambulatoriale dovranno riguardare:

- **Rimodulazione delle tariffe relative a prestazioni di laboratorio con adeguamento a quelle di altre regioni (TSH, FT4, FT3, ecc.);**
- **Rimodulazione delle tariffe IGE specifica allergologica;**

- **Riorganizzazione della rete laboratoristica per la quale si fa rinvio allo specifico obiettivo;**
- **Riduzione dei cicli di terapia di Medicina Fisica e Riabilitazione in regime ambulatoriale.**

Nel successivo punto riguardante "altri interventi" sono meglio specificate le suddette iniziative programmate.

#### ***b) Riabilitazione estensiva territoriale da privato***

Il livello assistenziale è stato destinatario di una riduzione dei volumi economici nel 2009 in misura pari all'8% rispetto al 2008 di cui 2% riattribuibile in presenza di particolari situazioni. La spesa tendenziale del 2009, relativamente all'attività delle strutture private accreditate, si attesta intorno a 233 milioni di euro.

Per tale livello assistenziale è attivo un gruppo di lavoro per la riorganizzazione del settore che, previa valutazione, si ritiene di completare entro il primo semestre.

Le prime risultanze di tale lavoro evidenziano un elevato livello di inappropriatezza di accesso a tale setting assistenziale. Una rilevante percentuale di pazienti, in particolare quelli oggetto di assistenza di mantenimento, può essere assistito in RSA, come è stato evidenziato nel PSR.

Conseguentemente si dovrà procedere alla riclassificazione dei pazienti con assegnazione al corretto livello assistenziale e, comunque, con rideterminazione della tariffa e introduzione della quota di compartecipazione. L'economia realizzabile su base annua, può quantificarsi in euro 30 milioni che, rapportata ad un semestre per il 2010, consente di determinare il tetto di spesa in 218 milioni.

#### ***c) Assistenza ospedaliera***

L'analisi dell'offerta ospedaliera della Regione Lazio sia per le condizioni acute che per prestazioni di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie è ampiamente descritta nel PSR ove sono individuati gli obiettivi di riallineamento agli standard previsti dal patto della salute del 3/12/2009.

Sono state ivi evidenziate le criticità connesse alla particolare offerta sia in termini quantitativi che qualitativi (presenza di istituti classificati, Policlinici, strutture extraterritoriali, ecc.).

Condizioni che rendono estremamente difficoltoso il governo del sistema.

Per l'anno 2010 è programmata, secondo il mandato del tavolo e comitato, l'adozione del piano di riordino della rete ospedaliera finalizzato a razionalizzare il sistema in attuazione dei criteri previsti dal PSR anche mediante:

- Valutazione posti letto per acuti non performanti disattivabili operando su DRG e non su specialità di dimissione per raggiungere lo standard di 3.3 pl per 1000 abitanti;
- Riconfigurazione della rete ospedaliera pubblica;
- Definizione di interventi per la riduzione dell'offerta di posti letto di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie per raggiungere lo standard di 0.7 pl per 1000 abitanti;
- Prioritaria riconversione dei posti letto eccedenti in residenzialità extra ospedaliera;
- Ridefinizione dei rapporti con gli ospedali classificati, IRCCS e Policlinici anche alla luce delle indicazioni di livello nazionale che perverranno in materia di revisione del sistema accreditamento – contratti previsto nel patto della salute;
- Trasferimento di prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale in attuazione del Patto per la salute 3/12/2009.

Nel "Patto per la salute" del 3 dicembre 2009, nell'Allegato A (cfr articolo 6, comma 5) vengono riportate le "Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery – trasferibili in regime ambulatoriale". Si programma pertanto di rimodulare le tariffe di tali prestazioni (non comprese tra quelle già previste nella Regione Lazio come APA in regime ambulatoriale) nell'ambito della loro trasferibilità dal regime di ricovero a quello ambulatoriale. Per alcune prestazioni (non già in branca 80 o non assimilabili a prestazioni già attive o previste come APA nel Lazio), si dovrà prevedere un graduale trasferimento dal regime ordinario a quello diurno e solo successivamente al regime ambulatoriale.

Si riporta di seguito una tabella esemplificativa che potrà essere oggetto di adozione con apposito decreto.

**Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale**

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI	TARIFFA	PROPOSTA	
				NOTE	
1	H	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	750,00	APA vigente
2	H	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	750,00	Tariffa in Decreto APA in corso di emanazione
3	H	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso:RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)	516,50	Tariffa in branca 80 (DGR 712/00)
4	H	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso:RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)	516,50	Tariffa in branca 80 (DGR 712/00)
5	H	13.41	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE Incluso: Impianto di lenti, Visita preintervento e visite di controllo entro 10 giorni, Biometria. Non codificabile con 95.13.	1.000,00	APA vigente
6	H	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fatico)	1.000,00	Tariffa assimilata ad APA 13.41
7	H	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE	1.000,00	Tariffa assimilata ad APA 13.41
8	HR	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO	1.032,91	Tariffa in vigente branca 80
9	HR	53.00.1*	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita postintervento)	1.040,00	Tariffa Regione Veneto (DGR 3734/07)
10	HR	53.00.2*	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	1.040,00	Tariffa Regione Veneto (DGR 3734/07)
11	HR	53.21.1*	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	1.040,00	Tariffa Regione Veneto (DGR 3734/07)
12	HR	53.29.1*	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	1.040,00	Tariffa Regione Veneto (DGR 3734/07)
13	HR	53.41*	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	1.040,00	Tariffa assimilata a quella della Regione Veneto (DGR 3734/07)
14	HR	53.49.1*	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	1.040,00	Tariffa assimilata a quella della Regione Veneto (DGR 3734/07)
15	HR	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	750,00	Tariffa assimilata ad APA 04.43
16	HR	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	516,50	Tariffa in vigente branca 80
17	H	81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	800,00	Tariffa dedotta da valutazioni tariffe in regime diurno
18	H	81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	800,00	Tariffa dedotta da valutazioni tariffe in regime diurno
19	H	84.01*	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni,	1.000,00	Tariffa dedotta da valutazioni tariffe in regime diurno

			rimozione punti, visita di controllo)		
20	H	84.02 *	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	1.000,00	Tariffa dedotta da valutazioni tariffe in regime diurno
21	H	84.11 *	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	1.000,00	Tariffa dedotta da valutazioni tariffe in regime diurno
22	H	98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE Prima seduta. Incluso: visita anestesiologicala, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2	774,69	Tariffa in branca 80 (DGR 712/00)
23	H	98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE per seduta successiva alla prima. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1	774,69	Tariffa in branca 80 (DGR 712/00)
24	H	98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo.	774,69	Tariffa in branca 80 (DGR 712/00)

Nel secondo semestre 2010 sarà poi necessario valutare gli effetti delle prime iniziative che saranno avviate in attuazione del P.S.R. e del conseguenziale riordino della rete ospedaliera. Tutte le iniziative riportate consentono di programmare un livello di spesa ospedaliera inferiore almeno del 2% rispetto a quella sostenuta nel 2009 per i soggetti privati accreditati per un tetto complessivo pari a 1.473 milioni di euro come da apposito separato provvedimento.

#### **d) Altra assistenza da privato**

##### **1) Hospice**

Le riconversioni di strutture ospedaliere in strutture residenziali extra ospedaliere programmata nel PSR ed avviate in corso di anno saranno orientate al potenziamento delle residenzialità di minore impegno assistenziale.

Tra le strutture interessate figurano gli hospice per i quali si confermano i criteri e volumi previsti nel 2009 per quelle già attive. Il tetto di spesa verrà incrementato di 8 milioni di euro che verranno provvisoriamente accantonati per garantire la copertura delle nuove attivazioni con contestuale riduzione programmata della spesa ospedaliera;

##### **2) Strutture neuropsichiatriche**

Nel primo semestre 2009 dovrà necessariamente essere completato il processo di riorganizzazione del settore, avviato nel 2009 e programmato nel PSR. Sul piano economico l'operazione consentirà una riduzione del costo per l'attività accreditata i cui tetti di spesa si programmano in 45,7 milioni di euro.

### 3) RSA

L'attivazione delle residenze sanitarie assistenziali nella misura necessaria, ma graduale, per rispondere al relativo bisogno assistenziale rappresenta un passaggio fondamentale nella riorganizzazione dell'assistenza residenziale della Regione Lazio.

Nel 2010 si conta di attivare almeno 1.000 posti letto nel rispetto delle priorità costituite dalle riconversioni, attivazioni a gestione pubblica e nelle aree sotto dotate.

Il maggior costo a carico del SSR può quantificarsi in circa 20 milioni di euro annui pari al 50% delle tariffe. È definito, pertanto, un accantonamento di 15 milioni di euro destinati a tale scopo, tenuto conto della tempistica delle nuove attivazioni.

Tale onere, incrementativo del budget 2010, rispetto al 2009, troverà copertura nei minori oneri per le attività dismesse.

Per le altre attività rientranti nella categoria dell'alta assistenza da privati si procederà a monitoraggio accurato e controlli di appropriatezza e coerenza col fabbisogno.

Complessivamente per tale aggregato di spesa si programma un livello massimo di 403,9 milioni di euro.

Prestazioni	2010
RSA	117.000.000,00
Tossicodipendenze	13.000.000,00
Hospice	54.000.000,00
Sociosanitaria	56.000.000,00
Psichiatria Residenziale e Semiresidenziale	45.000.000,00
Altre prestazioni psichiatriche	25.000.000,00
File F	59.000.000,00
Termale	7.000.000,00
Trasporti	24.000.000,00
<b>Totale Altra Assistenza</b>	<b>400.000.000,00</b>

***Obiettivo 6 - Stipula dei protocolli di intesa con le Università pubbliche e private, in coerenza con le iniziative di riordino delle modalità di finanziamento della didattica e della ricerca in programma dal Governo.***

Tavolo e Comitato hanno fissato al 31 gennaio 2010 il termine entro il quale i protocolli d'intesa con le Università devono essere sottoscritti.

La situazione delle aziende integrate ex art. 2 D.Lgs. 517/99 è la seguente:

- 1) Campus Biomedico: protocollo in corso di validità.
- 2) Policlinico Umberto I e Policlinico S. Andrea: protocollo scaduto, in via di rinnovo con l'Università La Sapienza. Intesa non realizzata nella commissione paritetica per contrasti comunicati al Ministero della Salute per quanto di competenza. Allo stato si è in attesa delle determinazioni ministeriali.
- 3) Policlinico Gemelli: protocollo scaduto. I lavori avviati dalla commissione paritetica erano pervenuti ad un livello prossimo all'intesa in quanto, risolti alcuni contrasti, si poteva pervenire alla proposta condivisa. In corso dei lavori della commissione paritetica i rappresentanti dell'Università Cattolica del Sacro Cuore hanno ritirato la disponibilità ad una intesa rivendicando il diritto al riconoscimento di fattori produttivi quali gli oneri contrattuali per il personale dipendente in aggiunta alla remunerazione di prestazioni e funzioni. Anche per la definizione del suddetto rapporto sarà necessario sottoporre la questione al Ministero della salute per le determinazioni consequenziali.
- 4) Policlinico Tor Vergata: protocollo scaduto. La commissione paritetica è vicina a condividere e proporre l'intesa.

Ai fini degli adempimenti regionali va comunque chiarito che, trattandosi di protocolli da sottoscrivere da parte di due soggetti, non può concretizzarsi una inadempienza regionale nel termine previsto a causa della indisponibilità di altro soggetto.

Resta, comunque, inteso che una volta acquisite le valutazioni ministeriali sarà necessario riassumere le rispettive posizioni da adottare le consequenziali determinazioni secondo il dettato normativo.

Non va, comunque, trascurata l'eccezionalità della presenza nella città di Roma, di cinque ospedali d'insegnamento, centri di elevata complessità che rappresentano un quarto dell'offerta ospedaliera per acuti dell'intera regione.

Ai fini del rispetto degli adempimenti rientranti nei programmi operativi per il 2010, con tali strutture saranno definiti i rapporti attraverso accordi contrattuali finanziati entro il limite massimo delle risorse rese disponibili nel 2010 come previsto nell'obiettivo n. 5.

A tal fine, attesa l'esperienza dell'anno decorso, sarà opportuno valutare il giusto equilibrio fra prestazioni remunerate a tariffa e attività/funzioni da remunerare a costo standard anche al fine di valorizzare i settori di eccellenza presenti nelle strutture.

***Obiettivo 7 - Riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca/riconversione degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate.***

In materia di riordino della rete ospedaliera il Piano Sanitario Regionale ha dettato puntualmente i criteri per la ridefinizione della stessa tenendo conto delle osservazioni del Ministero della salute in ordine ai decreti n. 25 e 43 del 2008 che risultavano non disciplinassero il settore della riabilitazione e della lungodegenza per acuzie.

Tavolo e Comitato hanno fissato il termine del 15.04.2010 per l'adozione del riordino e l'Ufficio commissariale provvederà in tal senso.

Il processo di attuazione della riorganizzazione è sicuramente complesso e va realizzato in "progress" anche con iniziative che precedono ed accompagnano la realizzazione del nuovo modello avviato col Piano di rientro e delineato dal PSR al quale si darà esecuzione per la parte degli obiettivi riferiti all'anno 2010.

Come è stato messo in evidenza nel PSR il piano di rientro triennale dal disavanzo aveva anticipato il processo di definizione degli obiettivi del PSR che devono coerentemente e prioritariamente essere orientati a:

- Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, anche mediante i nuovi modelli alternativi di assistenza predisposti a garanzia del miglioramento dei livelli complessivi di appropriatezza del sistema e del conseguente allineamento dei tassi di ospedalizzazione a quelli medi nazionali;
- Riconversione dei piccoli ospedali e l'accorpamento di altri in strutture più moderne ed efficienti e potenziamento della rete dei servizi territoriali.

Il Piano di rientro, però, non è stato puntualmente e completamente realizzato. Ciò è dovuto sia al ritardo nella adozione dei documenti programmatici ed avvio delle consequenziali iniziative, sia ad obiettive difficoltà. Infatti i costi di una rete ospedaliera invecchiata costituita da numerosi piccoli ospedali con spese manutentive elevate, forte dispersione del personale addetto sono difficili da modificare nel breve periodo. A tal fine già nei primi mesi dell'anno si procederà comunque ad avviare iniziative propedeutiche alla razionalizzazione programmata che promuova e potenzi centri di eccellenza ed alta complessità ed eviti duplicazioni inutili ed assicuri il perseguimento dell'appropriatezza. Ciò potrà avvenire sia mediante lo strumento

degli accordi e contratti con gli operatori convenzionati sia, per quanto riguarda l'offerta pubblica attraverso il governo del personale mediante autorizzazioni in deroga al blocco del turn-over.

Oltre al corretto governo delle risorse umane si sta attivando un percorso di rivisitazione di processi e spese per acquisizione di beni e servizi, tra cui farmaci, dispositivi ed esternalizzazioni varie.

In tale ottica oltre alla centralizzazione degli acquisti è stato avviato di recente un percorso di condivisione, con i direttori generali, di iniziative di razionalizzazione del modello organizzativo e contenimento della spesa che riguarderanno, tra l'altro:

1. analisi struttura organizzativa aziendale ed implementazione dei dipartimenti;
2. livelli elaborazione e/o adesione a linee guida;
3. composizione e funzionamento organismi collegiali (nuclei valutazione, collegio di direzione);
4. governabilità della spesa farmaceutica ospedaliera;
5. implementazione della contabilità analitica;
6. altri interventi sulla spesa per beni e servizi tra cui dispositivi, ausili (es. carrozzine), leasing e noleggio attrezzature, accordi locali con case di cura ed altri erogatori, controllo utilizzo utenze telefoniche, contenzioso e spese legali.

**Obiettivo 8 - Completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale.**

Con riferimento all'obiettivo n. 5 si è fatto riferimento al livello assistenziale dell'attività specialistica ambulatoriale.

Con particolare riferimento al presente obiettivo il procedimento attuativo del Piano per la Riorganizzazione della Rete della Medicina di Laboratorio di cui in particolare alla DGR 1040 del 21 dicembre 2007, ed ai Decreti Commissariali n.10/08, n.8/09, n.37/09, approvati dal Ministero ed oggetto di monitoraggio attuativo, è proseguito nel 2009 con il riordino dei servizi trasfusionali, secondo quanto disposto dall'art. 5, comma 1 della Legge 21 ottobre 2005, n. 219.

Con decreto U0082 del 16 dicembre 2009 la Regione ha attuato la riorganizzazione del settore trasfusionale, ricompresa nelle Linee Guida ministeriali del 2007 e confermata dalla più dettagliata Linea Guida Ministero-Agenas del marzo 2009 (Linee di Indirizzo per la Riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio nel Servizio Sanitario Nazionale),

A seguito dell'attuazione del decreto di riorganizzazione del settore trasfusionale viene prevista:

- l'implementazione delle attività di raccolta sino all'autosufficienza;
- il potenziamento della raccolta in aferesi;
- l'applicazione delle metodiche di autotrasfusione e verifica del buon uso del sangue ed emocomponenti;
- la razionalizzazione del modello organizzativo garantendo il servizio di emergenza urgenza nelle 24 ore solo nelle sedi dipartimentali, provinciali e sedi di DEA di II livello;
- la centralizzazione delle attività produttive e di qualificazione biologica presso le sedi dipartimentali, considerando che al fine di realizzare le economie previste con il piano di rientro i dipartimenti si serviranno delle strutture di medicina di laboratorio presenti nelle sedi dipartimentali, nel rispetto delle disposizioni impartite dalla Direzione Regionale Programmazione Sanitaria.

Il risparmio derivante dalla riconduzione dei servizi di guardia alle sedi dipartimentali e dei DEA di II livello, determinato dalla più razionale utilizzazione delle risorse di personale, dalla riduzione degli oneri generali e dalle minori nuove assunzioni, è stimato nel triennio in Euro 1,63 milioni.

Il risparmio derivante dalla centralizzazione delle attività di qualificazione biologica è stimato nel triennio in Euro 2,4 milioni.

Gli ulteriori risparmi derivanti dall'incremento e dalla centralizzazione delle attività di produzione sono stimati in circa 10,95 milioni.

E' programmata nel 2010 l'approvazione ed applicazione dei requisiti specifici di accreditamento delle strutture pubbliche e private al fine di procedere all'accREDITAMENTO istituzionale degli erogatori in relazione al fabbisogno che sarà definito.

Gli ulteriori adempimenti relativi alla individuazione e costituzione della rete regionale dei laboratori (Laboratorio Logico Unico), delle sub reti di specialità ( Rete trasfusionale, rete diagnostica microbiologica, rete della genetica medica, reti di diagnostiche speciali, etc.), della rete informatica interaziendale, successivi all'attuazione dei piani aziendali, sono in fase di implementazione e saranno realizzati parimente nel corso del 2010. Allo stato attuale è in fase avanzata la verifica ministeriale della attuazione dei piani di riorganizzazione della rete laboratoristica prodotti da ciascuna Azienda Sanitaria.

***Obiettivo 9 - Riequilibrio dell'offerta a favore delle strutture territoriali intermedie e dell'assistenza domiciliare.***

Già nel corso del 2009 la riconversione di 230 posti letto in RSA e Hospice, di cui al decreto n. 5/09, che ha segnato un notevole passo verso la territorializzazione delle attività, ulteriori iniziative sono state adottate ai fini del riequilibrio dell'offerta.

In attuazione dello stesso decreto n. 5 sono stati adottati ulteriori provvedimenti introduttivi o implementativi di APA – PAC attività ambulatoriale in luogo di attività ospedaliere.

Con il decreto n. 48 del 7 luglio 2009, riguardante la riconversione delle strutture psichiatriche 865 posti letto sono stati riconvertiti in 240 posti letto post acuzie ospedalieri e 560 posti letto territoriali.

Con la ridefinizione dell'attività degli Hospice, pur con una riduzione della spesa complessiva, è stato aumentato di un terzo il numero delle prestazioni domiciliari oncologiche agli stessi affidato. Col decreto n. 258 del 15/10/2009 è stato sottoscritto un accordo per la riconversione delle Case di Cura S. Giuseppe e Villa Azzurra di posti letto ospedalieri in posti letto di RSA con riduzione di oltre 2 milioni del tetto di spesa.

Il percorso proseguirà nel 2010 in conseguenza dell'avvio dell'attuazione del P.S.R. nella parte in cui, recependo i contenuti del Patto per la salute del 3.12.2009, programma la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri da 4,5 a 4 posti letto per mille abitanti, di cui 0,7 destinati a riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. In particolare sarà necessario dare avvio alla riconversione dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza in eccesso in strutture territoriali e intermedie nonché assistenza domiciliare, da realizzare per fasi nei termini e tempi previsti dal Patto per la salute e dal P.S.R.

I relativi effetti per il 2010 sono riportati nell'ambito dell'obiettivo n. 5.

**Obiettivo 10 - Introduzione di eventuali misure di compartecipazione; al costo delle prestazioni sanitarie.**

La regione, in attuazione del Piano di rientro, ha già adottato misure di compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie.

Il tema della compartecipazione alla spesa è alquanto delicato, ma fondamentale al fine della responsabilizzazione di prescrittori, erogatori e cittadini.

In attuazione del Piano di Rientro sono state già adottate iniziative in materia di compartecipazione alla spesa per assistenza farmaceutica e specialistica.

Con riferimento agli specifici settori si è già fatto cenno alla questione nei precedenti punti ai quali si rinvia.

Dopo la prima verifica trimestrale del 2010 saranno valutate eventuali nuove iniziative con particolare riferimento alla compartecipazione sulla spesa farmaceutica e specialistica, ivi inclusi gli accessi al pronto soccorso, tenuto conto di quanto previsto nel Patto della salute in presenza delle condizioni di disequilibrio previste dall'art. 5 dell'Intesa 3.12.2009.

**Obiettivo 11 - *Approvazione del piano sanitario regionale in coerenza con il Piano di Rientro.***

Il Piano Sanitario Regionale in una prima fase è stato elaborato dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. Una prima stesura è stata trasmessa il 31.03.2009 al Ministero del Lavoro della Salute e delle politiche sociali che ha formulato una serie di osservazioni. Alla luce delle suddette osservazioni e di quelle delle Università era stato elaborato un documento che è stato oggetto di consultazioni, anche in commissione sanità e consiglio regionale, con ulteriori integrazioni e modifiche.

Nel frattempo sono intervenute tre circostanze nuove: la nomina del Commissario *ad acta* esterno in sostituzione del Presidente della Regione dimissionario, la stipula dell'Intesa circa il nuovo Patto della Salute in data 3 dicembre 2009 ed, infine, la fissazione del termine ultimo del 31 dicembre 2009 per l'adozione del Piano.

Conseguentemente l'Ufficio commissariale, con la collaborazione dell'ASP, ha proceduto a riformulare il documento completandolo ed adeguandolo alle disposizioni contenute nell'Intesa del 3.12.2009.

Il Piano è stato, quindi, adottato il 18.12.2009 ed immediatamente è stato trasmesso al Ministero della Salute.

E' di tutta evidenza che, attese le criticità finanziarie della regione e la anomala allocazione delle risorse per livelli di assistenza, al piano sanitario dovranno fare seguito con la massima tempestività i provvedimenti attuativi, in particolare il riordino della rete ospedaliera, la promozione dell'assistenza primaria e la territorializzazione in generale dell'assistenza, nel rispetto dell'art. 1, c. 7, del nuovo Patto per la Salute.

***Obiettivo 12 - Verifica dei provvedimenti regionali che presentino eventuali significative discordanze rispetto al parere preventivo di approvazione da parte dei Ministeri interessati d'attività di affiancamento.***

I provvedimenti regionali approvati dalla Regione Lazio in carenza o difformità dal preventivo parere di approvazione da parte dei ministeri interessati presentano differenti caratteristiche:

- Il provvedimento n. DGR 1051 del 27.12.2007 (blocco TO 2008): il provvedimento, per il 2008, ha esaurito la capacità di produrre effetti confluiti nelle rendicontazioni contabili dell'esercizio. Per il 2009 è stato adottato il decreto commissariale n. 39 del 14 novembre 2008 validato dai ministeri interessati;
- Il provvedimento n. DGR 1052 del 27.12.2007 (Fondi Contrattuali) è stato riadottato con decreto commissariale n. 48 del 4 dicembre 2008 e validato dai ministeri interessati;
- Per quanto riguarda i provvedimenti interessanti i volumi di prestazioni, relativi agli anni precedenti, gli stessi hanno esaurito la loro capacità di produrre effetti i quali peraltro, sono confluiti nelle rendicontazioni contabili dei relativi esercizi con perdite integralmente coperte (DGR 206 del 21.03.2008 – DGR 175 del 21.03.2008 – DGR 173 del 21.03.2008 – DGR 172 del 21.03.2008 – DGR 174 del 21.03.2008 a loro volta modificate ed integrate con decreti commissariali n. 19/2008 – 20/2008 – 21/2008 – 22/2008 e 23/2008;
- La DGR n. 1053 del 27.12.2007 (Approvazione schema tipo di protocollo d'Intesa tra Regione Lazio e le Università Statali) non ha avuto esecuzione, ed è in corso il procedimento per la stipula dei protocolli nel rispetto delle osservazioni ministeriali;
- La DGR n. 1054 del 27.12.2007 (Approvazione schema tipo di protocollo d'Intesa tra Regione Lazio e le Università non Statali), non ha avuto esecuzione e sono state avviate le procedure per la stipula del nuovo protocollo d'intesa con il Policlinico Tor Vergata.
- La DGR n. 1059 del 27.12.2007 (Assegnazione fondi regionali Ospedale dei Castelli) è oggetto di esame al fine di successivi interventi;
- Alla DGR n. 1060 del 27.12.2007 (Life Hospital) ha fatto seguito ridefinizione dei budgets alle strutture interessate con riduzione, e tenuto conto da quanto osservato da Tavolo e Comitato ;

- La DGR n. 1055/2007 (Distribuzione per il tramite delle farmacie di presidi per diabetici), non è stata eseguita e la materia è stata ridisciplinata con il nuovo accordo per la distribuzione per conto, approvato con decreto commissariale n. 63/2009;
- Per tutti gli altri schemi di delibera per i quali i ministeri non avevano approvato il testo definitivo, ovvero ne avevano chiesto modifiche e/o integrazioni, si comunica che gli stessi non hanno trovato la definitiva approvazione in Giunta Regionale.

### Altri interventi:

#### **I. Misure tariffarie**

Il Patto della Salute, all'art. 13, prevede, per le regioni già commissariate, la prosecuzione dei piani di rientro secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati.

Agli artt. 5 e 6 l'intesa che ha sancito il Patto ha individuato alcune misure utili al perseguimento degli obiettivi di riequilibrio.

Tra queste figurano interventi in materia tariffaria.

Una accurata analisi del settore ha consentito di verificare:

La congruità e la coerenza delle misure già adottate nel 2009 in materia di durata della degenza e regressione tariffaria con il decreto n. 41/09 riguardante la riabilitazione e la lungodegenza ospedaliera;

la possibilità di nuovi ulteriori interventi che saranno adottati con appositi provvedimenti attuativi del presente programma operativo e di seguito riportati:

- 1) Riduzione delle tariffe relative alle prestazioni di FT3, FT4 e TSH in regime ambulatoriale al valore del D.M. 1996.

Dall'analisi dei volumi di prestazioni erogate dal 2001 al 2008 emerge un andamento fortemente crescente del 84% per la prestazione FT3, del 72% per la FT4 e dell'81% per la TSH. L'incremento registrato da tali prestazioni è nettamente superiore a quello riscontrato per l'intera branca di Laboratorio Analisi (41%). In termini economici queste prestazioni rappresentano il 6% ed il 18%, rispettivamente, dell'importo regionale per la specialistica ambulatoriale e di Laboratorio analisi.

- 2) Le tariffe delle prestazioni di laboratorio analisi a maggiore assorbimento di risorse economiche saranno ricondotte ai livelli previsti dal D.M. del 1996.

Le elaborazioni effettuate sui dati di produzione dei primi 10 mesi dell'anno in corso, a seguito della rimodulazione tariffaria, consentono di stimare un consistente recupero economico.

- 3) Rimodulazione delle tariffe per la prestazione IgE specifica allergologica

La Regione Lazio con la delibera n. 404 del 30.5.2008 ha rettificato la DGR n. 114/08, modificando l'erogazione e la relativa modalità di tariffazione della prestazione 90.68.1 "IGE specifiche allergologiche" da "per pannello fino a 12 allergeni" a "singolo allergene", mantenendo tuttavia la tariffa già presente.

Altre regioni a seguito di analoga modifica hanno provveduto a ridurre contestualmente la tariffa; ad esempio, la Regione Lombardia ha identificato una tariffa pari a € 8,97 per singolo allergene (DGR Lombardia n. 8/8501 del 26.11.2008).

Con separato atto si provvederà alla rimodulazione tariffaria in riduzione di quella di cui alla citata DGR n. 404/2008.

4) Riduzione dei cicli di terapia di Medicina Fisica e Riabilitazione in regime ambulatoriale.

L'obiettivo è quello di contenere, nell'arco dell'anno e per patologia, il numero di cicli di terapia fisica relativamente alle 6 prestazioni a maggior assorbimento di risorse economiche, anche in base alle indicazioni previste dalla DGR n. 4112/98 e dal DPCM 29/11/01.

A tal fine va rilevato che il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 di definizione dei LEA al punto c) relativo alle prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale prevede che l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata alla sussistenza di taluni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, ecc.) ovvero a specifiche modalità di erogazione (es. durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc.). Nel corso dell'anno 2006/2007 è stato istituito presso l'Assessorato alla Sanità regionale il "Tavolo della medicina specialistica". Il gruppo di lavoro ha predisposto, per la medicina fisica, una revisione del nomenclatore tariffario regionale che prevedeva per ciascuna prestazione, un numero massimo di cicli annui e la definizione di indicazioni clinico-diagnostiche.

Sulla base di tale lavoro sono state effettuate da parte dell'ASP elaborazioni sui dati di produzione dell'anno in corso (primi 10 mesi dell'anno 2009) con la conseguente stima di un consistente recupero economico a seguito dell'applicazione delle limitazioni temporali proposte.

Con apposito provvedimento si provvederà a dare esecuzione al presente intervento. I contratti per le forniture di prestazioni dovranno, pertanto, tenere conto dei suddetti indirizzi, ovvero, se già stipulati, essere adeguati ai provvedimenti che interverranno nelle materie citate.

## **II. Accreditamento**

La Legge n. 296/06, finanziaria 2007, ha individuato nel 1 gennaio 2010 la data dalla quale cessano gli accreditamenti provvisori delle strutture private di cui all'art. 8 quater del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.

Il S.S.R. nella sua organizzazione amministrativa, non è stata in grado di assicurare tutte le attività necessarie per garantire il passaggio dall'accREDITAMENTO provvisorio a quello definitivo. Col Patto per la salute sancito il 3.12.2009, Stato e regioni hanno condiviso la necessità di un differimento del termine al 1.1.2011.

Tavolo e Comitato di verifica nella seduta del 10.12.2009 hanno affidato alla Regione l'obiettivo di trasmettere, entro il 15 aprile 2010 i provvedimenti propedeutici alla conclusione delle procedure di accreditamento degli operatori privati in coerenza con quanto previsto dal nuovo Patto della salute del 3.12.2009

Ai fini del perseguimento dell'obiettivo previsto dall'art. 7 comma 2 del Patto per la Salute del 3.12.2009 – *conclusione entro il 31.12.2010 del processo per l'accREDITAMENTO definitivo delle strutture private operanti per conto del Servizio Sanitario Nazionale* – è necessario evidenziare che la complessa e critica situazione organizzativa della Regione Lazio (segnalata in altri punti del presente documento) è, in questo settore, particolarmente grave.

In estrema sintesi ed al fine di individuare con chiarezza il percorso che si rende necessario adottare, si riassumono gli aspetti critici del settore in questione:

- È necessario che sia adottato un atto ricognitivo alla luce del P.S.R. che si configuri come un completo ed esaustivo Piano dei Fabbisogni costituente "rete" entro cui inserire le determinazioni in ordine all'accREDITAMENTO dei soggetti privati, tanto con riferimento alla appropriata quantità di singole tipologie di prestazioni assistenziali che si intendono rendere all'interno del sistema di erogazione pubblico regionale, quanto in ordine ad una adeguata ed equa dislocazione degli erogatori sulle diverse aree del territorio regionale anche con riferimento alla specificità e complessità delle prestazioni assistenziali da assicurare;
- È necessario definire, per tutte le tipologie di attività assistenziale, i requisiti strutturali ed organizzativi, aggiuntivi rispetto a quelli adottati per l'autorizzazione all'esercizio, da richiedere agli erogatori privati per poter conseguire l'accREDITAMENTO istituzionale;

- Devono essere, in alcuni casi, definiti nuovi ed adeguati modelli tariffari che vadano di pari passo con i requisiti richiesti per l'accreditamento;
- Oltre a questi passaggi, che potrebbero essere definiti "ordinari" è necessario evidenziare come la situazione della Regione Lazio sconti un passaggio aggiuntivo propedeutico a quelli sopra richiamati e che rende estremamente gravoso l'intero percorso. Infatti, per effetto dell'approvazione della L.R. 4/2003 avrebbe dovuto realizzarsi un articolato processo di rinnovata attribuzione dell'autorizzazione all'esercizio per le strutture già esistenti ed attive sul territorio (tanto già convenzionate e provvisoriamente accreditate quanto operanti in regime puramente privato), che, nella sostanza, ne avrebbe consentito l'adeguamento ai nuovi requisiti minimi così come previsti dal D.P.R. 14.1.1997 e dalla conseguente DGR 424/2006, percorso propedeutico, che naturalmente avrebbe dovuto coinvolgere per la parte di verifica sul territorio i competenti Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali ed al termine del quale si sarebbe potuta aprire la fase di conferma o di rilascio ex novo degli accreditamenti istituzionali necessari a soddisfare il fabbisogno assistenziale sopra rammentato. Tale percorso non si è però minimamente realizzato ed, allo stato, giacciono presso gli uffici regionali competenti o le strutture delegate circa duemila istanze per le quali tale processo di autorizzazione definitiva all'esercizio (ai sensi della L.R. 4/2003) deve essere avviato integralmente.

In relazione a quanto sopra è possibile delineare il seguente percorso:

- Con provvedimento Commissariale n. 87 del 18.12.2009 (come già più sopra evidenziato) è stato approvato il Piano Sanitario 2010/2012 ed è ora possibile, con l'indispensabile apporto dell'ASP, desumere fabbisogni assistenziali coerenti con le indicazioni ivi contenute e con le previsioni del Patto per la Salute, così da definire in maniera più puntuale la cornice entro la quale procedere agli accreditamenti istituzionali - termine previsto per l'adozione degli atti formali: fine febbraio 2010;
- Può essere avviato, sempre in collaborazione con l'ASP, il lavoro di definizione dei requisiti aggiuntivi per l'accreditamento e di revisione dei sistemi tariffari - termine stimato per l'adozione degli atti formali: fine marzo 2010;
- Contemporaneo potenziamento della struttura regionale competente, e avviato il processo di verifica delle istanze per il rilascio dell'autorizzazione sanitaria all'esercizio

ai sensi della L.R. 4/2003 per le strutture già esistenti e per quelle che risultassero attivabili sulla base dell'analisi dei fabbisogni di cui sopra; al tempo stesso deve essere implementata una apposita informatizzazione del sistema che risulta indispensabile per poter adeguatamente governare una realtà complessa quale quella laziale – termine stimato per il rilascio delle autorizzazioni definitive: fine settembre 2010;

- Nell'ultimo quadrimestre dell'anno è possibile programmare il sistema a regime per il rilascio degli accreditamenti definitivi entro il 31.12.2010.

### **III. Verifica operato Direttori Generali (obiettivi)**

Il processo di affidamento degli obiettivi ai direttori generali e la conseguente valutazione periodica non ha trovato concreta e sostanziale attuazione nella Regione Lazio.

Per l'anno 2010 tale carenza va necessariamente colmata essendo interesse non solo del S.S.R. ma anche delle stesse direzioni strategiche aziendali la certezza di un percorso caratterizzato da obiettivi puntuali, purché realizzabili, e conseguente valutazione che possa valorizzare e riconoscere in un contesto meritocratico, la capacità di governo.

Pertanto, contestualmente al riparto delle risorse destinate alle strutture del S.S.R. dovrà procedersi all'affidamento degli obiettivi annuali e fissare i criteri di valutazione al fine di condividere la responsabilizzazione sui risultati.

In ogni caso, i programmi operativi contenuti nel presente documento, che sarà notificato ai direttori generali, già costituiscono, per la parte attuabile dalle aziende ed istituti, obiettivi per il 2010.

### **IV. Contenzioso**

La gestione del contenzioso con le strutture accreditate rappresenta una delle maggiori criticità del S.S.R., anche con riferimento all'impatto economico in caso di soccombenza.

La sanità della Regione Lazio è stata caratterizzata da un sistema tarato prevalentemente sull'offerta e con scarso rilievo degli effettivi bisogni assistenziali. Tale circostanza ha ingenerato in molti operatori l'aspettativa di flussi economico-finanziari svincolati dalla capacità e della sostenibilità economica del sistema. Ciò è avvenuto nonostante la normativa contenuta negli artt. 8 quater e 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m., che limita il diritto alla remunerazione delle prestazioni con riferimento al fabbisogno ed alla copertura finanziaria. In sostanza, come ha recentemente osservato il TAR Lazio, le strutture si sono sentite protette dal rischio imprenditoriale ingenerandosi una sorta di diritto a indebite rendite di posizione.

Conseguentemente in presenza degli altri interventi riequilibratori che si sono dovuti avviare per far fronte al disastro finanziario del S.S.R., obiettivamente dovuto anche all'inefficienza del settore pubblico, la risposta della parte privata è stata caratterizzata da una forte litigiosità che è stata fonte di centinaia di contenziosi, tutt'ora pendenti.

Purtroppo la struttura regionale non si è trovata adeguata a far fronte a tale mole di contenzioso per cui la difesa della Regione è risultata poco efficace e molto spesso assente, causandosi una ricorrente soccombenza. Tale stato di cose, verosimilmente, ha ingenerato negli operatori il convincimento che l'instaurazione del contenzioso potesse essere lo strumento per realizzare i propri obiettivi accreditativi, prestazionali ed economici.

Da quanto sopra deriva l'assoluta, urgente, necessità di integrazione funzionale delle direzioni regionali con l'avvocatura regionale per la concertazione delle linee difensive e la garanzia delle relative procedure ed il potenziamento delle risorse umane.

In tal senso è stata avanzata specifica richiesta dalla direzione competente agli organi di governo regionale.

Altro obiettivo per il 2010 è quello di costituirsi nei termini in tutti i giudizi dove vi è interesse a ottemperare alle eventuali ordinanze istruttorie.

#### ***V. Potenziamento struttura amministrativa regionale***

Analogamente a quanto riferito per ciò che attiene il contenzioso, va evidenziata la carenza di risorse umane nella direzioni regionali dell'assessorato.

Settori fondamentali, quali quello della programmazione sanitaria, accreditamento, accordi e contratti sono assolutamente carenti di risorse umane sia in termini qualitativi che quantitativi. Ciò ha determinato negli anni notevoli ritardi in quasi tutti i procedimenti.

Ai fini di un efficace governo del sistema sanitario il presente programma intende responsabilizzare i competenti livelli decisionali all'esigenza del potenziamento della struttura amministrativa regionale deputata al Servizio sanitario.

Obiettivo per il 2010 è quello del tempestivo rispetto degli adempimenti previsti nel nuovo Patto della Salute, nonché di quelli previsti a carico delle regioni ai fini delle verifiche da parte del Tavolo e Comitato.

#### ***VI. Tessera sanitaria***

In riferimento alle criticità evidenziate nel corso delle riunioni congiunte del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli

essenziali di assistenza del 10 novembre e del 10 dicembre 2009, ed al fine di superarle, si procederà come segue:

1. Richiesta alla RGS affinché la Sogei Spa renda disponibile un flusso informativo, con cadenza mensile, in cui siano evidenziati i ricettari che non siano risultati abbinati a un medico prescrittore.  
Con questo flusso si intendono individuare le situazioni più critiche per procedere all'analisi dei fenomeni che hanno prodotto una scadente percentuale di abbinamento medico/ricettari nella Regione e per attivare le opportune procedure finalizzate ad eliminare tale problematica; il flusso informativo Sogei, che per sua natura può essere solo di supporto all'azione della Regione ma non può emendare situazioni pregresse, si rende necessario sino al riscontro positivo delle azioni correttive.
2. Richiesta alle ASL del Lazio, ai fini del monitoraggio dell'uso del sistema TS, di elaborazioni di report, da inviare mensilmente alla Direzione regionale, in cui siano analizzati gli indicatori significativi della spesa sanitaria, nelle sue componenti della farmaceutica e della specialistica, con particolare evidenza delle criticità eventualmente riscontrate e con indicazione della azioni correttive e di controllo che si intende mettere in atto.
3. Relativamente al progetto presentato dalla Regione Lazio per la richiesta di adesione al comma 1 dell'art. 4 del DPCM 26/03/2008 di attuazione dell'art. 1, comma 810, lettera c), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in materia di regole tecniche e trasmissione dati di natura sanitaria nell'ambito del Sistema pubblico di connettività, pubblicato in G.U. N. 124 DEL 28/05/2008, sarà osservata la tempistica di attuazione del progetto.
4. Relativamente alla gara per la fornitura di servizi per l'acquisizione dei dati delle ricette cartacee in attuazione del decreto commissariale n. 42 del 19/6/2009, concernente la definizione del sistema informativo regionale con superamento del Sistema Cosisan dall'1/1/2010, ferma restando la cessazione del sistema Cosisan, è in corso la relativa gara.

### VII. Sintesi effetti e programmazione economica per il 2010

Il proseguimento del Piano di Rientro, i presenti programmi operativi e l'avvio del percorso di attuazione del Piano Sanitario Regionale devono puntare, da una parte alla garanzia del miglioramento di sistema e della condizioni di salute, e dall'altra alla sua sostenibilità economica. I costi della produzione del S.s.R. nell'anno 2008 sono stati 11.127/mln. di euro, comprensivi degli ammortamenti, con un disavanzo pari a circa 1.700/mln. di euro. Parte dell'incremento del concorso statale al finanziamento relativo all'anno 2009 è risultato in gran parte assorbito dagli oneri per i rinnovi contrattuali e dalla quota capitaria necessaria per garantire l'assistenza della nuova popolazione.

Nel 2009 i costi totali, rilevati nei primi 9 mesi, sono proiettati in 10.876/mln. di euro, compresi gli ammortamenti.

Il valore della produzione ammonta a 9.711,8/mln. di euro circa (9.605,6 al netto del saldo negativo di mobilità) con un disavanzo di euro 1.271 milioni che, valutando possibili rischi, viene elevato a 1.350/mln.

Nel P.S.R. è ipotizzata la seguente programmazione delle risorse.

	2009	2010	2011	2012
Assistenza	Previsione	Obiettivo	Obiettivo	Obiettivo
Prevenzione	3,80%	4%	4,20%	4,40%
Ass. Ospedaliera	52,50%	51%	50,00%	47,80%
Ass. Territoriale	43,70%	45%	45,80%	47,80%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

#### Costi della Produzione

Prevenzione	- 413.302.097,54	- 437.054.839,52	- 461.007.581,50	- 485.380.323,47
Ass. Ospedaliera	- 5.710.094.768,70	- 5.572.449.203,88	- 5.488.185.494,00	- 5.272.995.332,26
Ass. Territoriale	- 4.752.974.121,76	- 4.916.866.944,60	- 5.027.177.912,50	- 5.272.995.332,26
Saldo di Mobilità	- 106.245.496,67	- 106.245.496,67	- 106.245.496,67	- 106.245.496,67
<b>Totale Costi</b>	<b>- 10.982.616.484,67</b>	<b>- 11.032.616.484,67</b>	<b>- 11.082.616.484,67</b>	<b>- 11.137.616.484,66</b>
Rischi Associati	- 80.000.000,00			

<b>Totale Ricavi</b>	<b>9.711.812.100,27</b>	<b>10.038.708.100,27</b>	<b>10.305.104.772,27</b>	<b>10.601.306.137,78</b>
<b>Disavanzo</b>	<b>- 1.350.804.384,40</b>	<b>- 993.908.384,40</b>	<b>- 777.511.712,40</b>	<b>- 536.310.346,88</b>

Atteso che in attuazione del P.d.r. 2007/2009 sono stati messi in atto interventi prevalentemente riguardanti il settore privato, gli effetti economici del P.s.r. sono sostanzialmente collegati all'attuazione del riordino della rete ospedaliera e, pertanto, sono connessi ai suoi tempi di attuazione. Investendo tale riordino prevalentemente le strutture pubbliche, i relativi tempi di attuazione non possono necessariamente ritenersi brevi e i risultati graduati negli anni.

Si tratta di avviare un percorso complesso che richiede la dismissione di attività, gli adeguamenti strutturali, tecnologici, di arredi, ecc., processi di mobilità di personale, formazione dello stesso e così via.

Un arco temporale triennale può ritenersi sufficiente per realizzare una situazione a regime accompagnando gli stati di avanzamento con eventuali perfezionamenti.

Il blocco del turn-over e la riconversione di strutture in attività territoriali ed a ciclo diurno, eliminando la presenza notturna di personale e parte dei costi di gestione e consumi può determinare le prime economie già nel 2010.

L'accorpamento e la riduzione di unità complesse, la loro riorganizzazione, la ridefinizione dei fondi contrattuali, la messa in comune delle risorse, l'attuazione delle reti, il miglioramento del macrosistema emergenza-urgenza, potranno portare ulteriori economie.

Il risultato evidenziato nel P.S.R. di un disavanzo pari a 993/mln. è sufficientemente realistico.

Il Patto del 3 dicembre pone alle regioni, dal 2010, il vincolo dell'equilibrio economico mediante copertura del disavanzo con utilizzo della sola fiscalità. La stima degli effetti della manovra è quantificata in 797/mln. di euro per cui col presente documento di programmi operativi va adeguata la programmazione finanziaria riportata nel PSR, riferita all'anno 2010, rendendola compatibile con la copertura sopraindicata.

Si riporta, pertanto, il seguente schema contenente, in termini economici, la sintesi degli obiettivi per il 2010:

Voce di Costo	A Consuntivo 2008	B Proiez. III Trim 2009	C PROG. 2010
1 Personale	- 3.023.731.499,48	- 3.026.000.759,85	- 3.050.000.000,00
2 Irap	- 225.501.782,50	- 218.000.000,00	- 220.000.000,00
3 Altre componenti di spesa	- 417.783.858,34	- 400.000.000,00	- 390.000.000,00
4 Prodotti farmaceutici	- 573.192.579,82	- 640.000.000,00	- 620.000.000,00
5 Altri Beni e Servizi	- 1.571.635.337,93	- 1.590.000.000,00	- 1.575.000.000,00
6 Medicina di Base	- 539.354.230,43	- 572.015.000,00	- 571.000.000,00
7 Farmacutica Convenzionata	- 1.252.352.221,44	- 1.190.000.000,00	- 1.160.000.000,00
8 Assistenza Specialistica da Privato	- 495.215.858,50	- 530.000.000,00	- 520.000.000,00
9 Assistenza Riabilitativa da Privato	- 263.592.987,59	- 230.000.000,00	- 215.000.000,00
10 Assistenza Protesica da Privato	- 223.538.793,51	- 222.689.643,19	- 210.000.000,00
11 Assistenza Ospedaliera da Privato	- 1.604.540.766,91	- 1.500.000.000,00	- 1.470.600.000,00
12 Altra Assistenza da Privato	- 414.382.982,13	- 400.123.427,47	- 400.000.000,00
13 Assistenza da Pubblico	- 17.743.136,92	- 16.290.055,21	- 16.290.055,21
14 Mobilità Passiva Intra-regionale	-	-	-
15 Accantonamenti	- 116.137.558,06	- 72.279.168,00	- 40.000.000,00
16 Interessi e Altro	- 123.964.591,86	- 95.000.000,00	- 40.000.000,00
17 Saldo Poste Straordinarie	- 46.199.513,40	- 31.927.597,07	- 24.000.000,00
18 Saldo Intramoenia	- 30.579.119,54	- 17.164.348,91	- 12.000.000,00
	<b>- 10.939.446.818,36</b>	<b>- 10.751.489.999,69</b>	<b>- 10.533.890.055,21</b>
Ammortamenti	- 187.934.309,73	- 125.004.415,77	- 125.004.415,77
Svalutazione Crediti	- 25.154,60	-	-
<b>Totale Costi della produzione</b>	<b>- 11.127.406.282,69</b>	<b>- 10.876.494.415,46</b>	<b>- 10.658.894.470,99</b>
Valore della Produzione	9.354.561.795,61	9.626.469.009,94	9.875.989.031,25
Costi Capitalizzati	135.093.082,31	85.343.090,33	86.196.521,24
<b>Totale Valore della Produzione</b>	<b>9.489.654.877,92</b>	<b>9.711.812.100,27</b>	<b>9.962.185.552,49</b>
Saldo di Mobilità Interregionale	- <b>92.800.864,03</b>	- <b>106.245.496,67</b>	- <b>99.561.772,00</b>
<b>Risultato di Esercizio</b>	<b>- 1.730.552.268,80</b>	<b>- 1.270.927.811,86</b>	<b>- 796.270.690,50</b>
		<b>70.000.000,00</b>	-
		- <b>1.340.927.811,86</b>	- <b>796.270.690,50</b>
		830.000.000,00	797.000.000,00
		264.000.000,00	-
Coperture Finanziarie		39.661.325,44	-
		<b>1.133.661.325,44</b>	<b>797.000.000,00</b>
		- <b>207.266.486,42</b>	<b>729.309,50</b>