Convegno di Napoli, 9 Maggio 2019

Relazione dott.ssa Roberta Ravasio

"Il rapporto pubblico – privato nella erogazione dei servizi sanitari: moduli organizzativi differenziati tra disciplina nazionale e regionale"

I) <u>Cenni generali sul Sistema Sanitario piemontese nel periodo precedente il Piano di rientro.</u>

- articolazione degli enti erogatori delle prestazioni sanitarie nella Regione Piemonte nel periodo precedente il Piano di Rientro, natura e numero degli enti erogatori privati, struttura delle relative convenzioni;
- in particolare, le leggi regionali approvate all'indomani della entrata in vigore del D. L.vo 502/92 , in applicazione del medesimo:
- <u>L.R. n. 8/95</u> sul finanziamento e la gestione patrimoniale ed economico-finanziaria delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere:
  - **Art. 1**: Finanziamento AUSL: criteri di ripartizione tra le USL della quota capitaria del Fondo Sanitario (a: popolazione residente per tipologia e consistenza; b: consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali), copertura delle spese di gestione (ex: contributi, quote di partecipazione a carico dei cittadini, introiti derivanti da attività libero-professionale intramuraria), ripartizione tra le ASL delle spese per servizi erogati a cittadini residenti in ambiti territoriali diversi da quelli di competenza.
  - **Art**. **2**: Finanziamento AO (eventuali quote di accantonamento del Fondo di riserva di cui all'art. 4), copertura spese di gestione (introiti derivanti dalle prestazioni, ed altre modalità come per AUSL), <u>estensione della disciplina di AO agli altri enti ed istituti pubblici della rete ospedaliera regionale, nonché agli Ospedali Valdesi ed agli Ospedali dell'Ordine Mauriziano.</u>
  - **Art. 4:** Creazione di un <u>Fondo di riserva</u> (facoltà della GR, in sede di riparto del Fondo Sanitario, max 5% di esso; per interventi imprevisti, per correggere squilibri territoriali e riparto tra le USL del FS, in base a criteri di efficienza delle prestazioni).
  - **Art. 6:** Definizione delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni (dalla GR, in occasione del riparto del Fondo Sanitario; secondo i criteri generali indicatidal M. Sanità ex art. 8 comma 6 del Decreto 502).
  - **Art.** 7: Finanziamento degli investimenti (solo per strutture ospedaliere pubbliche, Valdesi e O.M.; finalità di riequilibrare, correlandole alle effettive esigenze della popolazione, eventuali situazioni di disomogeneità esistenti sul territorio regionale relativamente alle strutture immobiliari, agli impianti tecnologici ed alle dotazioni strumentali; richiesta degli enti interessati alla GR, corredata da progetto preliminare).
  - Norme varie in materia di attività contrattuali e bilancio;
  - **Art**. 45: divieto di indebitamento di AUSL, AO, salvo autorizzazione della GR.
- <u>L.R. n. 10/95</u> sull'ordinamento, l'organizzazione ed il funzionamento delle aziende sanitarie regionali:
  - **Art.2**: soggetti istituzionali (Regioni e ASL) e soggetti che concorrono (Comuni, Province, Università e Istituzioni, pubbliche e private, accreditate, che erogano prestazioni sanitarie) e relative competenze
  - **Art**. 3: Consiglio regionale: programmazione; GR: indirizzi alle USL e alle AO, vigilanza sulla attività di USL e AO, accertamento delle condizioni per concedere accreditamento; riparto del finanziamento di parte corrente ex art. 1 LR 8/95;

- **ASR**, cfr. art. 4 "*assicurano la tutela della salute psico fisica della popolazione attraverso l'erogazione delle prestazioni contemplate dai livelli uniformi di assistenza stabiliti dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) e da quelli definiti dal Piano socio Sanitario Regionale (PSSR)*." e hanno "*piena autonomia nel quadro di quanto previsto dalla legge e dalle direttive approvate dalla Giunta Regionale entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge, previa comunicazione alla competente Commissione consiliare*." (**art. 16**). In particolare: le Aziende USL provvedono alle attività socio-assistenzali e sanitarie sul territorio, tramite **(artt. 22 e 23)** strutture operative, che sono i presidi ospedalieri, i distretti socio.sanitari (che sono macro-strutture organizzative, le cui funzioni sono: assistenza sanitaria di base (medici di medicina generale, pediatri, emergenza sanitaria territoriale (guardia medica), assistenza farmaceutica (farmaceutica convenzionata, erogazione diretta dei farmaci), assistenza integrativa (ass.za ai pazienti diabetici e celiaci), assistenza specialistica ambulatoriale (radiologia, laboratorio e visite specialistiche), assistenza protesica (ausili protesici, sacche, stomie, cateteri), assistenza termale, assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale (ad anziani e disabili), assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale (in strutture)) ed il dipartimento di prevenzione; possono produrre ed acquistare prestazioni: per questo instaurano accordi di fornitura con Aziende Ospedaliere, IRCCS e Strutture Private Accreditate, divenendo «committenti».
- **AO**: **art. 4:** provvedono alla erogazione di prestazioni di ricovero, specialistiche ambulatoriali, emergenza e urgenza, prestazioni che sono acquistate dalle USL con convenzioni.
- **N.B**.: L'assistenza ospedaliera può essere erogata sia dalle Aziende USL, che dalle Aziende Ospedaliere Presidio Ospedaliero dell'AUSL. Il Presidio è l'ospedale gestito dall'Azienda USL e non ha bilancio autonomo. L'Azienda Ospedaliera è un presidio ospedaliero trasformato in Azienda, con gestione autonoma ed indipendente. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria: è un Policlinico, con all'interno la Facoltà di Medicina. Sono Aziende puramente «produttrici»: erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali, ricoveri e trattamenti riabilitativi. Non possono acquistare. Non erogano servizi tipicamente territoriali (assistenza distrettuale e assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro). Vengono remunerate a tariffa (DRG per i ricoveri; nomenclatore tariffario per le prestazioni ambulatoriali.

- L.R. 18/2007, "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale."
  - **Art. 2**: Finalità della programmazione regionale socio-sanitaria (lo sviluppo dei servizi di prevenzione, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale), strumenti di programmazione regionali (PSSR e piani attuativi) e locali (profili e piani della salute, piani attuativi delle AUS e delle AO, piani di zona), strumenti di valutazione (relazione socio-sanitaria regionale e aziendale).
  - **Artt. 11 :** Scopo del PSSR (definisce gli obiettivi di salute e di politica sanitaria regionale ed adegua l'organizzazione dei servizi socio-sanitari in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione.
  - **Art. 12:** Contenuto del PSSR, che definisce, in particolare: lo stato di salute della popolazione piemontese e i principali problemi cui attribuire priorità nella programmazione, criteri per il dimensionamento ottimale, per la distribuzione territoriale e per l'articolazione in rete dei servizi, il ruolo dei soggetti erogatori privati all'interno del sistema, nell'ambito della competenza programmatoria pubblica, i criteri e modalità di partecipazione dei cittadini alla spesa, criteri per l'organizzazione dei servizi e delle aziende sanitarie regionali;..); durata 5 anni.

- **Art. 13**: i Piani E Profili per la Salute - PEPS ("*strumento con cui la comunità locale, a livello distrettuale, definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte ad orientare le politiche del territorio*."), approvato da Comitato dei sindaci, stessa durata del PSSR;
- **Art**. 15: Piano Attuativo Locale, PAL ;
- **Art**. 16: Piano Attuativo delle Aziende Ospedaliere
- **Art**. 18: Nuovi ambiti territoriali delle ASL (individuati con DCR, di norma corrispondenti al territorio di una Provincia, salvo che questa comprenda più di 400.000 abitanti; Le nuove ASL sono costituite in azienda, con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, con decreto del Presidente della Giunta regionale, con il quale è altresì dichiarata l'estinzione delle ASL preesistenti.)
- **Art**. **19**: articolazione delle nuove ASL in distretti (ciascuno di circa 70.000 abitanti)
- **Artt. 20 e 21**: individuazione delle AO e delle AO Universitarie
- **Art. 23**: Funzioni svolte in modo coordinato (alcune funzioni da esercitare in maniera coordinata all'interno di un'area interaziendale, vengono affidate ad una specifica, o a più specifiche ASL che fanno parte dell'area interaziendale; La Giunta regionale individua altresì, sulla base di analisi epidemiologiche che evidenzino situazioni a forte valenza territoriale, le funzioni sanitarie da espletarsi a livello di area interaziendale; il livello interaziendale di coordinamento rappresenta, di norma, la dimensione strategica ed operativa ottimale per assicurare l'attuazione in modo integrato della programmazione sociosanitaria regionale.

- **la storia particolare dell'Ordine Mauriziano e delle relative strutture:** la procedura di acquisizione alla mano pubblica: L. 1/2005 (art. 1: "L'Ente Ordine Mauriziano di Torino, ente ospedaliero di seguito denominato "Ente", e' costituito dai presidi ospedalieri Umberto I di Torino e Istituto per la ricerca e la cura del cancro (IRCC) di Candiolo (Torino). L'Ente continua a svolgere la propria attivita' secondo le vigenti disposizioni previste dallo statuto e dalla legge 5 novembre 1962, n. 1596, fino alla data di entrata in vigore della legge regionale con la quale la regione Piemonte ne disciplinera', nel rispetto della previsione costituzionale, la natura giuridica e l'inserimento nell'ordinamento giuridico sanitario della regione"; art. 2: è costituita la Fondazione Ordine Mauriziano, nella quale confluiscono i beni mobili ed immobili, tranne i due presidi ospedalieri di cui all'art. 1, la quale subentra all'Ente O.M. estinto); L.R. 39/2004.

- **Spesa sanitaria in Piemonte dagli anni Novanta al Piano di Rientro; i motivi che hanno spinto la Regione Piemonte a chiedere il Piano di Rientro:**
  - Anni precedenti al 1997: spesa inferiore a quella delle altre Regioni;
  - PSR 1997-1999: fotografa un maggior fabbisogno di discipline specialistiche a livello di singola azienda e si pone come punto di partenza per una revisione ed espansione della rete ospedaliera e una nuova distribuzione di discipline nei diversi presidi rivedendo l'assetto della rete ospedaliera regionale;
  - Anni 2000: incremento della spesa sanitaria, che è arrivata a superare il Fondo Sanitario Nazionale del 6/7%, determinato da progressivo e costante di decentramento decisionale, che ha prodotto un assetto della rete ospedaliera, pubblica e privata, non conforme con le risorse economiche ad essa dedicate e non sempre caratterizzata da una distribuzione razionale delle strutture.
  - Alla vigilia del PR si rileva un "buco" di circa 3,5 MLD, determinato da eccesso di spesa socio-assistenziale, non correttamente addebitata al bilancio della Sanità;

conseguente necessità per la Regione Piemonte di accedere al finanziamento integrativo di cui all'art. 1, comma 164, della L. 311/2004 ("*Lo Stato, in deroga a quanto stabilito dall'articolo 4, comma 3, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2001, 2002 e 2003. A tal fine è autorizzata, a titolo di regolazione debitoria, la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno 2005…Le predette disponibilità finanziarie sono ripartite tra le regioni con decreto del Ministro della salute*.."), al qual fine era necessaria, ai sensi del successivo comma 173, la stipula di una specifica intesa tra Stato e regioni ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131.

-
- **II) Il Piano di Rientro.**
  -
  - **Riferimenti legislativi**.
  - Art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311: "*La regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 174 e 176, nonché in caso di mancato adempimento per gli anni 2004 e precedenti anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio. I Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173. La sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma*";
  - articolo 1, comma 796, che, alla lettera b) della legge 27 dicembre 2006 n. 296: "*gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, come integrati dagli accordi di cui all'articolo 1, commi 278 e 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'Accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria*";
  - art. 15, comma 20, del D.L. n° 95/2012 convertito, con modificazioni, in Legge n. 135/2012: "*Si applicano, a decorrere dal 2013, le disposizioni di cui all'articolo 11, comma 1, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, qualora al termine del periodo di riferimento del Piano di rientro ovvero della sua prosecuzione, non venga verificato positivamente, in sede di verifica annuale e finale, il raggiungimento degli obiettivi strutturali del piano stesso, ovvero della sua prosecuzione*."
  -
- **Le tappe del piano di rientro.**
  -
  - **Sottoscrizione dell'Accordo con il Governo:** 20 luglio 2010, recepito con DGR 1-415/2010;
  - **30 settembre 2010:** approvazione del Programma Attuativo del Piano di Rientro di riqualificazione e riorganizzazione;

- **D.G.R. n° 25-6992 del 30 dicembre 2013**; approvazione del Programma Operativo 2013-2015 predisposto ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n° 95/2012 convertito, con modificazioni, in Legge n. 135/2012
- Le necessità del contenimento della spesa, con le loro inevitabili conseguenze negative in termini di assunzioni di nuovo personale e di investimenti, hanno fortemente condizionato i progetti di sviluppo della sanità piemontese. Si dovrà attendere sino al 2014 perché venga affrontata la parte strutturale della riforma con una serie di atti tra loro integrati che rivedono, con una visione sistemica, le principali componenti del Sistema Sanitario Regionale:
  - DGR 1-600/2014 e DGR 1-924/2015 (La rete ospedaliera),
  - o DGR 38-812/2014 (Riparto risorse economiche),
  - o DGR 13-2022/2015 (Intese con gli erogatori privati),
  - o DGR 42-1921 /2015 (Linee guida per gli atti aziendali)
  - o DGR 12-2021/2015 (Obiettivi ai Direttori generali).
  -
- **Riordino della rete ospedaliera:** in linea con i nuovi principi indicati dal Patto per la Salute 2014-2016, è stato ridefinito, ripartendo da quanto già definito nell'Addendum e in coerenza con il PSR 2011-2015, il ruolo dei Presidi ospedalieri (modello Hub & Spoke1), il numero e la distribuzione delle discipline ospedaliere, e dei posti letto per acuzie e post-acuzie, secondo fabbisogno e bacini di utenza (DGR 1-600/2014) in coerenza con l'intervenuto DM 70/2015 "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*". Il modello prevede la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità in "centri di eccellenza" (hub) e l'organizzazione dell'invio a questi "hub" da parte dei centri periferici (Spoke) dei malati che superano la soglia dei complessità degli interventi effettuabili a livello periferico. In particolare il modello: a) Individua i centri di riferimento provinciale (hub) che garantiscono maggiore intensità assistenziale e nei quali viene concentrata la patologia e i casi più complessi; Gli ospedali hub operano in collegamento con i presidi ospedalieri territoriali (spoke), nei quali vengono assicurate le funzioni ospedaliere di base e l'integrazione con i servizi distrettuali (cioè si occupano di pazienti che richiedono cure a minore complessità o richiedono la prosecuzione di cure che non necessitano di un permanenza negli ospedali di 1 e 2 livello). Scopo della revisione: evitare la duplicazione di servizi. Conseguente soppressione di reparti e/o di strutture ospedaliere (ex: Ospedale Valdese, Presidio di Alessandria); diminuzione posti letto di acuzie. Riflessi del riordino sulle convenzioni con gli erogatori privati. Costituzione di una "rete" tra le ASL e creazione di 6 ASL sovrazonali.
  - **In particolare: Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria**: di degenza neuropsichiatrica, in attuazione di quanto previsto dal P.S.S.R. 2012-2015, dai programmi operativi 2013-2015, nonché dalla D.C.R. del 23 dicembre 2013, n. 260-40596 di recepimento del modello residenziale AGENAS-GISM. Il modello si basa sull'individuazione di tre tipologie di strutture residenziali psichiatriche con differente intensità terapeutico riabilitativa dei programmi attuati e dei livelli di intensità assistenziale, ovvero:
  - S.R.P. 1: Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (struttura sanitaria);
  - S.R.P. 2: Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (struttura sanitaria), articolata, ex D.G.R. n. 29-3944 del 19/09/2016, in due sotto tipologie in relazione alla diversa

intensità assistenziale: - S.R.P. 2 livello 1, con supporto terapeutico riabilitativo più elevato; - S.R.P. 2 livello 2, con supporto terapeutico riabilitativo meno elevato;

- S.R.P. 3: Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi (struttura sociosanitaria), articolata in tre sotto tipologie in relazione al livello di non autosufficienza e dei conseguenti bisogni sanitari e socio assistenziali: - S.R.P. 3.1 con personale sociosanitario presente nelle 24 ore; - S.R.P. 3.2 con personale sociosanitario presente nelle 12 ore; - S.R.P. 3.3 con personale sociosanitario presente per fasce orarie;

La Deliberazione della Giunta Regionale 12 aprile 2019, n. 43-8768 ha dato atto che è in fase di conclusione il procedimento di autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche, disciplinato dalla D.G.R. n. 29-3944 del 19/09/2016

- **Riparto del Fondo Sanitario:** tra le Aziende Sanitarie, in base all'effettivo fabbisogno
- **Intese con gli erogatori privati:** anche la stipula degli accordi con gli enti erogatori privati deve avvenire in base all'effettivo fabbisogno di prestazioni, e non già in base ai posti letto accreditati o al fatturato "storico"; nessun accreditamento di erogatori privati per prestazioni di DEA (a parte l'ospedale Gradenigo); previsioni di budgets specifici per l'erogazione di prestazioni a favore di cittadini non residenti in Piemonte con divieto di compensazione tra comparti differenti.
- **Nomina di Direttori Generali delle AS:** un attento processo di selezione ha portato alla nomina di 16 nuovi Direttori Generali chiamati a governare nelle proprie Aziende ma in maniera sinergica il processo avviato; ai Direttori Generali sono stati assegnati obiettivi, che insistono principalmente sull'implementazione delle azioni previste dagli atti citati, prevedendo un monitoraggio trimestrale per misurare via via l'efficacia di quanto intrapreso e l'attivazione di eventuali correttivi ove si rilevassero eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato.; è in corso la definizione del fabbisogno numerico del personale ospedaliero, in particolare medici e personale di assistenza, per favorire una rapida conversione di risorse verso gli utilizzi prioritari della regione
- **Linee Guida per gli Atti Aziendali:** affinché i nuovi manager delle Aziende potessero declinare in dettaglio il nuovo modello.

- * I diversi provvedimenti di riforma della sanità adottati a partire dal 2014 si reggono sulle linee guida fondamentali e fortemente integrate dello sviluppo dell'assistenza territoriale, da un lato, e del consolidamento, dall'altro, dei servizi ospedalieri. In termini generali possiamo dire che la riorganizzazione della sanità piemontese persegue due scopi prioritari. Il primo è la riduzione consistente del carico di lavoro che oggi grava sulle strutture ospedaliere, a cui spesso, in assenza di alternative, i cittadini si rivolgono in modo inappropriato. Il secondo è la predisposizione di una rete di assistenza e presa in carico dei pazienti più capillare sul territorio.

  - **Istituzione della Gestione Sanitaria Associata**: ai sensi dell'art. 22 della L. 118/2011, che è organo del S.S.R., e gestisce un Fondo di Riserva alimentato con attribuzioni della Regione, dello Stato e con economie di spesa, in gran parte rinvenienti dai risparmi sulla spesa farmaceutica: gestisce in media 200 MLN all'anno e viene utilizzato per le finalità indicate all'art. 1, comma 524 e 525, della L. 208/2015 (piano di rientro per le AO e le AOU, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici

che erogano prestazioni di ricovero e cura, che presentano una o entrambe le seguenti condizioni: scostamento tra costi e ricavi superiore al 7% o 7 MLN; il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualita' ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526)

- **I**

- **Chiusura del Piano di rientro**: 31 dicembre 2017

- **III) Le criticità che restano da risolvere o adempimenti da portare a termine:**
  - Liste di attesa.
  - Abuso del DEA: creazione Case della Salute
  - Istituzione della Azienda Sanitaria Regionale Unica Sovrazonale.
  - Accreditamento delle Istituzioni Pubbliche
  - Assistenza sanitaria domiciliare
  - Approvazione legge regionale che crea un servizio ispettivo per il controllo della osservanza delle direttive in materia di appropriatezza.
  - La mobilità infraregionale.

- **IV) Il contenzioso creato dalle delibere adottate per dare attuazione al Piano di Rientro.**
  - **Riordino della rete ospedaliera**
  -
  - **Rioridino della residenzialità della psichiatrìa**

    Violazione dei LEA per liste d'attesa e assistenza domiciliare

    Revisione dei tetti di spesa degli erogatori privati

-