

A.G.C. 19 - Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le UU.SS.LL. - Deliberazione n. 1274 del 16 luglio 2009 – Piano di rientro - Interventi per il raggiungimento dell'obiettivo di razionalizzazione e contenimento della spesa - Interventi sanità privata.

PREMESSO

- che con la Delibera n. 460/2007 la Giunta Regionale ha approvato l'Accordo, sottoscritto il 13 marzo 2007 dal Presidente della Giunta della Regione Campania e dai Ministri della salute e dell'Economia e delle Finanze, ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale;
- che il Piano di Rientro prevede la individuazione ed attuazione di azioni organizzativo-strutturali che, incidendo tra l'altro profondamente sull'organizzazione della rete ospedaliera, consentono di raggiungere importanti obiettivi di risparmio di spesa;
- che il Piano di Rientro annovera tra gli interventi da realizzare la definizione degli standard dei posti letto ospedalieri accreditati nonché l'adozione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale;

CONSIDERATO

- che con il regolamento regionale n. 1 del 22 giugno 2007 sono stati fissati i requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale;
- che il regolamento regionale n. 1/2007 stabilisce che:
 - l'idoneo dimensionamento delle strutture sanitarie di ricovero, in relazione alla tipologia di prestazioni da erogare rappresenta uno dei principali requisiti per garantire la migliore qualità dell'assistenza sia in termini di efficienza ed efficacia, sia sul versante dell'appropriatezza;
 - che per le strutture pubbliche e pubbliche equiparate in esercizio o programmate, tale dimensionamento è effettuato direttamente dalla programmazione regionale con gli strumenti e le procedure di pianificazione previste dall'ordinamento regionale;
- che l'Allegato B del regolamento regionale n. 1/2007 per quanto concerne i requisiti ulteriori specifici per l'accreditamento per l'attività assistenziale da erogarsi in regime di ricovero, stabilisce anche i requisiti specifici di dimensionamento individuando 4 categorie di strutture private in funzione del numero di posti letto posseduti. Tali strutture private, a seconda della categoria di appartenenza, possono accreditarsi, subordinatamente alla verifica di funzionalità con la programmazione regionale, solo in una delle fattispecie indicate nel medesimo allegato al regolamento;
- che la Regione Campania individua nella pianificazione locale lo strumento idoneo a definire il fabbisogno programmato, attraverso la contestualizzazione degli indici regionali nell'ambito territoriale di pertinenza. Il riferimento programmatico per la verifica della funzionalità, rispetto alla programmazione regionale delle attività erogate dalle strutture sanitarie o socio-sanitarie pubbliche e private, residenziali o semiresidenziali è rappresentato dalla pianificazione attuativa del Piano sanitario regionale che deve tener conto dell'effettivo livello di domanda appropriata nei limiti delle prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio Sanitario Regionale ai sensi del DPCM del 29 novembre 2001, delle risorse disponibili e dei vincoli di pareggio di bilancio e dei seguenti indici e parametri contenuti in specifici atti programmatici di settore, regionali e nazionali:
 - a) per le strutture residenziali psichiatriche va assunto, quale fabbisogno, l'indice contenuto negli specifici provvedimenti programmatici regionali pari a 2 posti residenziali per 10.000 abitanti.;
 - b) per le attività di riabilitazione funzionale in regime residenziale o semiresidenziale si assume, per la valutazione del fabbisogno, l'indice di 0,40 posti per 1000 abitanti;
 - c) per la definizione della stima del fabbisogno relativo alle cure palliative va assunto quale fabbisogno regionale il valore corrispondente a complessivi 1200 posti residenziali de-

terminato, in coerenza con le “linee guida nazionali per le cure palliative” del 19 aprile 2001. Tale valore regionale deve essere contestualizzato negli ambiti di riferimento, attraverso la pianificazione attuativa, nei limiti delle risorse disponibili.

d) per le strutture residenziali per tossicodipendenti la determinazione del fabbisogno di strutture è rapportata:

- 1) alla popolazione residente appartenente alle fasce di età tra i 14 e i 50 anni;
- 2) all'uso di sostanze nella popolazione di riferimento;
- 3) all'uso problematico di sostanze;
- 4) alla domanda di trattamento degli ultimi due anni;
- 5) alle patologie infettive;
- 6) ai decessi droga-correlati.

e) per le Residenze Sanitarie Assistenziali si richiama quanto disposto dall'art. 3, comma 10, della L.R. 29 dicembre 2005, n.24;

RILEVATO

- che la stabilizzazione dei risultati positivi economici 2008, ancorché contestati dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, deve necessariamente essere affiancata da azioni strutturali con l'obiettivo di supportare il miglioramento della performance economico-finanziaria delle aziende sanitarie in assenza dal 2010 del fondo transitorio previsto dal piano di rientro, attraverso azioni di innalzamento della qualità dell'assistenza sanitaria ospedaliera e ambulatoriale erogata sul territorio;
- che l'individuazione di tali azioni si rende indispensabile anche in virtù del fatto che dal 2010 il SSR sarà finanziato esclusivamente con la quota del Fondo Sanitario Nazionale che annualmente il Ministero ripartisce tra le regioni italiane sulla base di indicatori socio-economici e demografici che in passato hanno penalizzato la Regione Campania (popolazione più giovane di Italia);

CONSIDERATO

- che con la legge regionale 16 del 28 novembre 2008 si sono adottate misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del SSR per il rientro dal disavanzo;
- che con l'art. 8 della legge regionale n. 16/2008 la Regione Campania delega alle Aziende sanitarie locali le competenze in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie, al fine di accelerare le procedure di accreditamento disciplinate dai regolamenti n.3/2006 e n.1/2007, stabilendo che le commissioni competenti sono costituite con lo stesso personale con cui le Aziende sanitarie locali hanno provveduto alla realizzazione delle attività di loro competenza relative al rilascio delle autorizzazioni, integrate da almeno un valutatore scelto esclusivamente tra quelli già operativi nominati con specifico provvedimento per la fase di primo avvio e tra coloro che hanno superato la prima edizione del corso semestrale di formazione previsto dalla delibera di Giunta regionale n. 1489 del 22 settembre 2006;
- che il medesimo articolo stabilisce che nell'ambito delle procedure di verifica disciplinate dal regolamento n. 1/2007 è data priorità all'accREDITAMENTO istituzionale dei Centri di riabilitazione, di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n.833, che intendono riconvertire le loro attività in residenze assistenziali sanitarie per disabili o in centri diurni integrati per disabili, delle Case di Cura e delle residenze assistenziali sanitarie per disabili e per anziani nel rispetto dell'ordine cronologico di acquisizione al protocollo regionale delle relative istanze;
- che le misure di razionalizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera incidono sia sulla componente pubblica sia su quella privata della rete ospedaliera stabilendo la riconversione o dismissione dei presidi ospedalieri pubblici e la riallocazione delle relative funzioni ospedaliere, nonché la determinazione della dotazione massima dei posti letto in elezione programmata e di riabilitazione del privato accreditato a livello regionale e provinciale in funzione del quale le aziende sanitarie locali devono definire il fabbisogno per “disciplina” del proprio ambito territoriale;

RITENUTO

- che dalle rilevazioni statistiche effettuate tramite l'NSIS del Ministero della Salute si evidenzia che in Regione Campania sono presenti 68 Case di Cura di cui 33 con un numero di posti letto pari o superiore a 90 posti letto;
- che il Regolamento regionale n. 1/2007 prevede che le strutture private e private provvisoriamente accreditate, con un numero di posti letto compreso tra 90 e 119 possono accreditarsi, subordinatamente alla verifica di funzionalità con la programmazione regionale, in strutture di ricovero ordinario e a ciclo diurno, per acuti e in elezione programmata, con o senza attività ambulatoriale medico chirurgica resa eventualmente anche ad esterni e, con l'esclusione dell'emergenza-urgenza, per tutte le specialità comprese quelle ad elevata assistenza di cui all'art. 3 del Decreto Ministeriale del 13 settembre 1988 e di alta specialità di cui al Decreto Ministeriale 29 gennaio 1992 e/o per le specialità di riabilitazione estensiva e lungodegenza, ad eccezione delle specialità di riabilitazione intensiva; mentre con un numero di posti letto superiore o pari a 120 possono accreditarsi, subordinatamente alla verifica di funzionalità con la programmazione regionale, in strutture di ricovero ordinario e a ciclo diurno, per acuti e in elezione programmata, e in emergenza-urgenza con o senza attività ambulatoriale medico chirurgica resa eventualmente anche ad esterni per tutte le specialità comprese quelle di elevata assistenza, di riabilitazione intensiva e di alta specialità di cui al Decreto Ministeriale 29 gennaio 1992;
- che il Regolamento n. 1/2007 stabilisce che tutte le strutture private e provvisoriamente accreditate, incluse le strutture di ricovero già in esercizio alla data di entrata in vigore del presente Regolamento, possono adottare misure idonee ad adeguare il numero di posti letto ad una dimensione ritenuta più consona ad una gestione più efficace, mediante aumento dei posti letto esistenti, ovvero attraverso il ricorso a forme di aggregazione con altre strutture, purché insistenti nell'ambito territoriale della stessa Azienda sanitaria;
- che la legge regionale n. 16/2008 stabilisce che il fabbisogno complessivo della Regione Campania di posti letto per ricovero sono pari a 13.561, di cui 5967 destinati ai privati accreditati;
- che, per effetto della LR 16/2008, i posti letto programmati a livello regionale da accreditare presso strutture private è così modificato rispetto alla situazione attuale:

quadro regionale: privato accreditato			
	attuale configurazio- ne	nuova configu- razione	delta
Acuti	4896	3686	-1210
Riabilitazione	1487	2281	794
totale	6383	5967	-416

- che la legge regionale 16/2008, così come prescritto dal regolamento n. 1/2007 contiene le indicazioni della programmazione sanitaria che regolano l'offerta del SSR, rapportandola a vincoli normativi vigenti, al fabbisogno desunto dall'effettivo livello di domanda appropriata, nonché alle risorse disponibili;
- che nella definizione del fabbisogno di assistenza ospedaliera negli ambiti territoriali delle ASL, le scelte devono essere finalizzate ad attuare la massima integrazione tra funzioni svolte dal privato accreditato e funzioni svolte dal pubblico quale misura di contenimento della spesa senza penalizzare la qualità dell'assistenza sanitaria;
- che nell'attuale contesto regionale e nazionale tale integrazione deve necessariamente avvenire per garantire un innalzamento dello standard qualitativo e del livello di appropriatezza organizzativa e prestazionale dell'assistenza sanitaria ospedaliera, per favorire la de-ospedalizzazione nonché l'ulteriore riduzione del trend di fuga verso altre regioni attraverso la valorizzazione delle strutture di eccellenza;
- che, nel rispetto della normativa vigente (L.R. 16/2008 e RR n. 1/2007) e dei vincoli di bilancio, per accelerare il processo innovativo di integrazione tra funzioni ospedaliere pubbliche e private si intende, entro il 15 dicembre 2009 presentare un progetto esecutivo di riqualificazione

dell'offerta di assistenza ospedaliera a ciclo continuativo e diurno che attraverso l'analisi SWOT e la rilevazione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere per disciplina, DRG e ambito territoriale, delinea la composizione della offerta di assistenza ospedaliera con un obiettivo di risparmio stimato pari ad almeno 100 mln di euro/anno;

- che per verificare la fattibilità del progetto esecutivo di cui al punto precedente si intende costituire un tavolo di concertazione con le Associazioni di categoria rappresentanti delle Case di cura con l'obiettivo di delinearne le modalità attuative anche sulla base dei risultati dell'analisi del fabbisogno nonché dell'analisi delle richieste già avanzate dalle case di cura che hanno presentato istanza di accreditamento e nel rispetto della dotazione massima di posti letto già determinata dalla L.R. 16/2008;
- che al tavolo di concertazione è affidato il compito di monitorare e analizzare, attraverso l'utilizzo degli indicatori di struttura e di attività e con la tecnica del benchmarking, i risultati dell'implementazione del progetto esecutivo di riqualificazione dell'assistenza ospedaliera frutto dell'integrazione tra funzioni ospedaliere pubbliche e private proponendo eventuali azioni correttive;
- che dall'analisi dei dati disponibili è possibile che la Regione Campania a fronte di evidenti e misurabili miglioramenti sia degli standard qualitativi dell'assistenza sanitaria sia della performance finanziaria della rete ospedaliera integrata può definire un sistema di premialità sentite le Associazioni di Categoria;

VISTO

- che i commissari straordinari delle Aziende Sanitarie Locali hanno costituito i nuclei di valutazione per l'accreditamento;
- che l'Assessorato alla Sanità ha predisposto un provvedimento di approvazione delle diarie giornaliere per le strutture di cui alla L.R. 8/2003;
- che la L.R. 16/2008 stabilisce che sia data priorità all'accreditamento istituzionale dei Centri di riabilitazione, di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n.833, che intendono riconvertire le loro attività in residenze assistenziali sanitarie per disabili o in centri diurni integrati per disabili;

VISTO

- l' art. 3 , comma 10 della legge regionale n. 24 del 29 dicembre 2005;

RITENUTO

- necessario procedere all'accreditamento dei Centri di riabilitazione di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n.833;

RILEVATA

- l'urgenza di approvare la presente deliberazione, fatta salva la trasmissione ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, in ottemperanza a quanto stabilito nell' Accordo di cui alla DGRC 460/07;

PRECISATO

che la presente deliberazione sarà adeguata alle eventuali prescrizioni che dovessero intervenire da parte dei Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, in sede di

VISTI

- il dlgs. 502/1992 e ss. mm. e ii.;
- il dlgs 517/99;
- la L.R.C. 32/1994 e ss. mm. e ii.;
- la l.r. n. 10/2002 e ss. mm. e ii.;
- la legge regionale n. 24/2006;
- la l.r. n. 16/2008;
- la DGRC 460/07;

propone e la Giunta in conformità a voti unanimi

DELIBERA

per tutto quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente riportato:

- di **prendere atto** della necessità di attuare la massima integrazione, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, tra funzioni svolte dal privato accreditato e funzioni svolte dal pubblico quale misura di contenimento della spesa senza penalizzare la qualità dell'assistenza sanitaria;
- di **stabilire** che entro il 31 dicembre 2009 sia approvato un progetto esecutivo di riqualificazione dell'offerta di assistenza ospedaliera a ciclo continuativo e diurno che attraverso l'analisi SWOT e la rilevazione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere per disciplina, DRG e ambito territoriale, delinei la composizione della offerta di assistenza ospedaliera, nel rispetto della normativa vigente (L.R. 16/2008 e RR n. 1/2007) e dei vincoli di bilancio, per accelerare il processo innovativo di integrazione tra funzioni ospedaliere pubbliche e private con un obiettivo di risparmio stimato pari ad almeno 100 mln di euro/anno;
- di **dare mandato** all'Assessore alla Sanità di costituire un tavolo di concertazione con le Associazioni di categoria per verificare la fattibilità del progetto esecutivo di cui al punto precedente con l'obiettivo di delinearne le modalità attuative anche sulla base dei risultati dell'analisi del fabbisogno nonché dell'analisi delle richieste già avanzate dalle case di cura che hanno presentato istanza di accreditamento e nel rispetto della dotazione massima di posti letto già determinata dalla L.R. 16/2008;
- di **assegnare** alle AASSLL l'obiettivo di evadere le richieste di conversione, in sede di accreditamento istituzionale, dei centri di riabilitazione ex art. 26 in RSA e centri diurni per disabili e per anziani entro il 31 dicembre 2009 in modo tale da poter produrre un ulteriore risparmio di spesa stimato prudenzialmente in – 15/20 mln di euro/anno;
- di **precisare** che a fronte di evidenti e misurabili miglioramenti sia degli standard qualitativi dell'assistenza sanitaria sia della performance finanziaria della rete ospedaliera integrata si valuterà la definizione di un sistema di premialità, sentite le Associazioni di Categoria;
- di **precisare** che la presente deliberazione sarà adeguata alle eventuali prescrizioni che dovessero intervenire, da parte dei Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, in sede di approvazione del provvedimento;
- di **inviare** il presente provvedimento all'A.G.C. 19 Piano Sanitario Regionale, all'A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria, al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze, all'AGC 08 Bilancio, ragioneria e tributi e al Settore stampa documentazione ed informazione e bollettino ufficiale per la pubblicazione.

Il Segretario
D'Elia

Il Presidente
Bassolino