

Deliberazione n. 1/2006

REPUBBLICA ITALIANA

la

CORTE DEI CONTI

in

SEZIONE DEL CONTROLLO PER LA REGIONE AUTONOMA DELLA
SARDEGNA

composta dai magistrati:

PRESIDENTE F.F.: Giorgio Longu

CONSIGLIERE: Maria Paola Marcia

REFERENDARIO: Valeria Mistretta

REFERENDARIO: Michele Scarpa (relatore)

REFERENDARIO: Lucia d'Ambrosio

Nelle camere di consiglio del 22 novembre 2005 e del 17 gennaio 2006;

Visto il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti approvato con R.D. 12
luglio 1934, n. 1214 e successive modifiche e integrazioni;

Vista la legge costituzionale 26 febbraio 1948, n.3, che approva lo Statuto
Speciale della Regione Autonoma della Sardegna;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 16 gennaio 1978 n. 21,
recante le norme di attuazione dello Statuto speciale per la Sardegna e il
decreto legislativo 9 marzo 1998 n. 74;

Vista la legge 14 gennaio 1994, n. 20;

Vista la legge 20 dicembre 1996, n. 63;

Viste le deliberazioni delle Sezioni Riunite della Corte dei conti in sede di
controllo n. 50/contr./2002 e n. 43/contr./prog./03, nonché la deliberazione
della Sezione delle Autonomie n. 3/AUT/04, riguardanti la prosecuzione
dell'indagine intersettoriale in materia di sanità;

Vista la deliberazione n. 41/CONTR./PRG/04 in data 21 ottobre 2004, con la quale le Sezioni Riunite centrali della Corte dei conti hanno definito il "Programma del controllo sulla gestione sulla gestione per l'anno 2005";

Vista la deliberazione n. 13/02 del 6-7 dicembre 2002 con la quale questa Sezione ha inserito nel proprio programma di controllo la prosecuzione dell'indagine sulle politiche regionali in materia di sanità includendo un'analisi sul costo della contrattazione decentrata;

Vista, altresì, la deliberazione n. 21/03 del 16-23 dicembre 2003 con la quale questa Sezione ha programmato un'ulteriore prosecuzione dell'indagine in materia di sanità regionale;

Vista la nota prot. n. 2678 del 14 ottobre 2005 con cui il Magistrato istruttore, Referendario Dott. Michele Scarpa, ha deferito, allo stato degli atti, la relazione istruttoria concernente i risultati del controllo svolto sulla gestione;

Vista l'ordinanza del Presidente della Sezione, dott. Corrado Valvo, n. 18/2003 ove si prevede il conferimento di funzioni di presidente reggente al Consigliere Dr. Giorgio Longu, in qualità di Consigliere più anziano, per ogni necessità di urgente sostituzione (art. 1, comma 3, del D.P.R. n. 21/1978 e successive modificazioni ed integrazioni);

Tenuto conto che attualmente sussistono le condizioni per proseguire nell'esercizio di detta reggenza in quanto dal 1° gennaio 2006 si è reso vacante il posto di Presidente della Sezione;

Vista l'ordinanza n. 20 del 7 novembre 2005 con la quale il Presidente f. f. della Sezione del controllo per la Regione autonoma della Sardegna ha convocato la Sezione medesima per l'adunanza del 22 novembre 2005 per procedere all'esame dello schema di relazione proposto e per deliberare in

ordine all'effettuato controllo successivo sulla gestione, ai sensi dell'art. 3, 4° comma della legge n. 20 del 1994;

Udito il relatore Referendario Dr. Michele Scarpa;

Intervenuti ed uditi, in rappresentanza dell'Assessorato regionale della Sanità, Igiene ed assistenza sociale: il Direttore Generale, Dott. Mariano GIRAU, e il Dott. Antonino DEMURTAS, Dirigente di Staff della Direzione generale e, per l'Azienda ASL N.8, il Direttore Generale, Dott. Gino GUMIRATO.

Vista la nota del Direttore Amministrativo dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari, anch'essa convocata per l'odierna adunanza, con la quale è stata comunicata l'impossibilità a partecipare del Direttore Generale dell'Azienda stessa, in quanto non ancora nominato, a seguito della cessazione dalle funzioni del Dr. Franco Meloni;

Viste le osservazioni formulate dal Direttore Generale dell'Assessorato della Sanità con riferimento alla bozza di relazione, prot. n. 40297/DG, del 18 novembre 2005, pervenute a seguito della convocazione dell'odierna adunanza;

Visti gli atti e documenti tutti;

D E L I B E R A

Di approvare, con le modificazioni ed integrazioni necessarie in conseguenza delle ulteriori risultanze documentali nonché di quelle derivanti dal contraddittorio, la relazione conclusiva, che costituisce parte integrante della presente deliberazione, riguardante l'indagine sulle politiche regionali in materia di sanità relativa agli anni 2001, 2002 e 2003.

O R D I N A

Che, a cura della Segreteria, copia autentica della presente deliberazione sia trasmessa al Presidente del Consiglio regionale, al Presidente della Regione Autonoma della Sardegna e al Direttore Generale preposto alla Presidenza medesima, all'Assessore e al Direttore generale dell'Assessorato regionale della Sanità, Igiene e Assistenza sociale, al Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. n. 8 di Cagliari, al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari, all'Ufficio Regionale di controllo interno presso l'Assessorato degli Affari generali.

Così deliberato in Cagliari, nelle camere di consiglio del 22 novembre 2005 e del 17 gennaio 2006.

IL PRESIDENTE F.F.

(Giorgio Longu)

IL RELATORE

(Michele Scarpa)

Depositata in Segreteria in data 17 gennaio 2006

Il Dirigente

(Vincenzo Fidanzio)



CORTEI DEI CONTI

Sezione del controllo per la Regione Autonoma della Sardegna

INDAGINE SULLE POLITICHE REGIONALI IN MATERIA DI
SANITA'

anni 2001/2002/2003

RELATORE: Dott. Michele Scarpa Referendario

Gruppo di lavoro:

Dott.ssa Stefania Coppello
Dott.ssa Lamberta Mura
Rag.ra Giovanna Onnis

Coll. Amm.vo cont.le
Coll. Amm.vo cont.le
Coll. Amm.vo cont.le

I N D I C E

Deliberazione	
Sommario e sintesi	
Premessa	pag. 1

PARTE I

CONSIDERAZIONI GENERALI SULL'ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA

1	Considerazioni di sintesi generale.	pag. 3
1.1	Una valutazione complessiva delle politiche sanitarie regionali	pag. 3
1.2	Il ruolo della Corte dei Conti nel rapporto con la Regione	pag. 4
1.3	Le problematiche strutturali in esame nel periodo oggetto di analisi	pag. 5
1.3.1	La programmazione sanitaria	pag. 5
1.3.2	L'assenza di una strategia finanziaria	pag. 8
1.3.3	La mancanza di una strategia di indirizzo e controllo. Il ruolo delle Aziende sanitarie. Il rapporto pubblico – privato e l'accreditamento delle strutture sanitarie	pag. 13
1.4	La sanità nel quadro del federalismo fiscale	pag. 15
1.5	I costi dei Lea e la spesa sanitaria – La dirigenza sanitaria – L'organizzazione delle strutture sanitarie in Italia	pag. 20
1.6	Problematiche aperte	pag. 22
1.7	Le forme di convenzionamento con il SSR	pag. 24
1.8	La contrattazione decentrata in campo sanitario.	pag. 30

PARTE II

ANALISI SULLA GESTIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA

1	Analisi della spesa	pag.	41
1.1	Fonti di finanziamento/spesa complessiva	pag.	41
1.2	La spesa sanitaria di parte corrente: analisi per categorie economiche	pag.	43
1.2.1	Il personale e la sua gestione	pag.	46
1.2.2	Il governo della medicina generale	pag.	49
1.2.3	L'assistenza specialistica	pag.	55
1.2.4	L'assistenza farmaceutica	pag.	57

PARTE III

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

1	La razionalizzazione della rete dei servizi ospedalieri	pag.	63
2	Aspetti strutturali	pag.	65
3	Principali indicatori della gestione ospedaliera anni 2001 - 2003	pag.	67
3.1	Indicatori di attività	pag.	67
3.2	Indicatori di domanda e di offerta. Mobilità ospedaliera	pag.	72
3.2.1	Indicatori di efficienza	pag.	76
3.2.2	Mobilità ospedaliera tra regioni	pag.	78
3.3	Indicatori di appropriatezza	pag.	80
3.3.1..	Indicatori di assistenza ospedaliera a rischio di inappropriatezza/43 DRG	pag.	80
3.3.2	Parti cesarei	pag.	89
3.4	Indicatori di spesa ospedaliera	pag.	92

PARTE IV
LA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA NELL'AMBITO DELLA
RIFORMA SANITARIA

1	La contrattazione integrativa nell'ambito della riforma sanitaria	pag.	95
1.1	Metodologia adottata nella conduzione dell'analisi.	pag.	96
1.2	La contrattazione integrativa aziendale	pag.	97
1.3	I fondi aziendali	pag.	100
1.4	Esame delle tabelle.	pag.	106

PARTE V
CONCLUSIONI

1	Conclusioni	pag.	111
1.1	Controdeduzioni	pag.	117

Allegati

Premessa

OGGETTO E METODOLOGIA DELL'INDAGINE

Le Sezioni Riunite in sede di controllo, con Deliberazione n. 50/contr. del 23 ottobre 2002, programmavano la prosecuzione anche per l'anno 2003, con riferimento all'anno 2002, dell'indagine intersettoriale in materia di sanità, iniziata nel 2001 a seguito di Deliberazione n. 4 del 29 dicembre 2000.

Con la stessa deliberazione veniva, inoltre, avviata, ai sensi dell'art. 48 comma 7 del D.Lgs 165/2001, un'indagine coordinata sugli esiti della contrattazione integrativa stabilendo che l'analisi dovesse riferirsi prima facie al comparto sanità.

Conseguentemente, la Sezione regionale di controllo per la Regione Autonoma della Sardegna inseriva nel proprio programma di attività per il 2003 un'indagine sulle Politiche regionali in materia di sanità - relativa agli anni 1999/2001 - nella quale veniva inclusa un'analisi sul costo della contrattazione decentrata per il quadriennio 1998/2001 (Deliberazione n.13/02 del 6-7 dicembre 2002). Anche per il 2004 la Sezione del controllo regionale, con deliberazione n. 21/03 del 16-23 dicembre 2003¹, adempiendo a quanto fissato dalle Sezioni Riunite (Del. n. 43/contr/prog/03 del 30 ottobre 2003) e dalla Sezione delle Autonomie (Del. n. 3/AUT/04 del 17 dicembre 2003), programmava la prosecuzione del referto in materia di sanità regionale con riferimento agli anni 2001/2003.

Pur trattandosi di indagini indipendenti dal punto di vista della programmazione, si è ritenuto di unificare, sotto il profilo temporale, i due reports, in quanto la relazione riferita ai dati in materia della sanità per gli anni 1999/01, era, sostanzialmente, un semplice aggiornamento dei dati riportati nell'elaborato precedente. All'esame della contrattazione decentrata, previsto dal programma 2003, è stato dedicato un capitolo a parte le cui tabelle, per comodità espositiva, vengono rappresentate in appendice.

¹ Modificata dalla Deliberazione n. 1/04 del 20 gennaio 2004 e dalla Deliberazione n. 7/04 del 5 ottobre 2004

Il contraddittorio si è svolto con l'Assessorato regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale e, con riguardo al settore della contrattazione, con le due Aziende campione

L'istruttoria è stata espletata, come da prassi, in collaborazione con l'Amministrazione, che si è resa disponibile a fornire i dati e la documentazione richiesti.

Nonostante la partecipazione sia stata sempre fattiva, - vi sono stati anche diversi incontri con i responsabili dei servizi interessati -l'Assessorato e le Aziende campione non hanno però potuto evitare che, per la trasmissione di alcuni dei dati relativi alla contrattazione ed alla sanità (anno 2003) non siano stati rispettati i termini istruttori.

Nel primo caso l'acquisizione documentale ha risentito della difficoltà di estrapolare i dati necessari a ricostruire analiticamente ,attraverso delle tabelle, la genesi e l'utilizzo del fondo a partire dal 1998

Per quanto riguarda, invece, la sanità i tempi di acquisizione si sono allungati sia per l'avvicendamento degli organi di governo regionali (e dei vertici amministrativi), sia per la necessità di sottostare ai tempi previsti dalle disposizioni regionali in materia di contabilità e a quelli, fisiologici, determinati dalla trasmissione dei flussi informativi di tipo economico.

E' opportuno, infine, segnalare che, poiché nell'arco temporale oggetto del controllo ricade anche il periodo su cui ha riferito la precedente indagine, il presente referto permette di verificare, come già accaduto in passato, le "misure" adottate dall'Amministrazione regionale in seguito alle osservazioni formulate con la relazione approvata con deliberazione n. 15/2003 del 16 luglio 2003.

1. CONSIDERAZIONI DI SINTESI GENERALE

Il presente referto si configura quale naturale seguito del precedente; pertanto – in aderenza al principio della continuità - la lettura del presente deve intendersi quale integrazione ed aggiornamento del precedente referto alla cui preliminare lettura integrale, pertanto, si rimanda anche allo scopo di non ripetere considerazioni già esposte; ciò onde sottolineare solo quegli aspetti di maggiore interesse che nel periodo in oggetto hanno destato maggiore attenzione poiché – nonostante il lungo tempo trascorso dalla individuazione della problematica - non hanno trovato ancora adeguata soluzione.

1.1 Una valutazione complessiva delle politiche sanitarie regionali.

Le presenti considerazioni di sintesi generale sono volutamente generiche e disancorate da specifici parametri ed indicatori di gestione perché si riferiscono ad elementi di "sistema" attinenti alle linee strategiche di politica sanitaria regionale rispetto alle quali non esistono parametri ed indicatori gestionali, quanto invece atti ed indirizzi attuativi di strategie di politica sanitaria. Tale valutazione, ancorché non priva di elementi di soggettività, è non solo opportuna ma doverosa, stante la natura collaborativa del controllo esterno sulla gestione e la collocazione istituzionale della Corte che garantisce – ai sensi della l.n.20/94 – un referto indipendente e finalizzato a consentire l'acquisizione di elementi di valutazione esterna a titolo collaborativo tali da consentire un opportuno processo di feed back teso ad apportare quelle azioni correttive che l'Amministrazione ritenesse opportuno intraprendere in accoglimento delle osservazioni formulate in sede di referto.

La lettura dell'attività legislativa regionale e delle politiche sanitarie regionali nel biennio in oggetto registra – come presa d'atto – una politica regionale appiattita sull'ordinaria amministrazione a causa di tutta una serie di fattori, non ultimo il quadro politico bloccato, che non hanno consentito l'adozione di strategie di programmazione tali da superare l'ordinaria amministrazione. Inoltre una cronica incapacità comunicativa dell'assessorato

completa tale quadro rischiando di fare apparire all'esterno, anche nel confronto con le altre realtà regionali, la situazione sarda ancora più negativa di quanto già non sia. Infatti appare evidente che l'Assessorato non è riuscito a divulgare e valorizzare anche ciò che di buono è stato – anche a livello tecnico – realizzato nel settore sanitario nel biennio in considerazione.

L'Assessorato regionale alla Sanità, relativamente al biennio in oggetto, non ha dato né un tempestivo né un adeguato e sostanziale costruttivo riscontro alle richieste istruttorie del competente ufficio istruttore della Sezione regionale di controllo della Corte dei Conti. L'Assessorato, anche nei confronti della Sezione di Controllo della Corte dei Conti, nel biennio in argomento, si è atteggiato quale organo autoreferenziale rispetto al quale neppure alla Corte dei Conti è stato possibile instaurare una interlocuzione istituzionale che consentisse un'analisi nel merito delle problematiche oggetto del referto.

1.2 Il ruolo della Corte dei Conti nel rapporto con la Regione .

Ma, tant'è, che la Corte, e questo a beneficio non solo dell'Assessorato in oggetto, non è un organo statale cui magari fare rimarcare l'autonomia e la pari dignità istituzionale tra organi dello Stato e della Regione ; questo perché la Sezione regionale del controllo della Corte dei Conti ancor più oggi – anche alla luce della riforma del titolo V e della legge n.131/03 e della normativa interna di autorganizzazione della Corte dei Conti – è un organo decentrato su base territoriale di un Istituto – la Corte dei Conti – che anche la ormai decennale giurisprudenza della Corte Costituzionale riconosce essere un organo a rilevanza costituzionale posto a tutela dello Stato-comunità (nazione- comunità dopo la legge cost.n.1/03) e non più a tutela del solo Stato-ordinamento o ancor meno del solo Stato-apparato. La Sezione è ben conscia del fatto che tale nuovo assetto istituzionale deve essere sperimentato sul campo e che pertanto il nuovo ruolo istituzionale affidato dall'Ordinamento alla Sezione regionale della Corte comporta un profondo cambiamento culturale nei rapporti tra Sezione regionale della Corte dei Conti e Regione. In sostanza l'Ordinamento oggi delinea un rapporto di collaborazione istituzionale della Sezione regionale della Corte che – nel rispetto delle reciproche

competenze – la Regione è chiamata a costruire nell'interesse della collettività. La mancata attuazione di un tale rapporto collaborativo di tipo pro-attivo non ha consentito a questo ufficio istruttore di poter conseguire una lettura dall'interno delle varie e vaste problematiche oggetto di analisi. Per motivi di opportunità non si è ritenuto di dover insistere nelle richieste istruttorie onde non gravare l'assessorato di un delicato lavoro di analisi in un momento particolare. Pertanto si è ritenuto di rimandare il dovuto approfondimento nel referto successivo allorquando le problematiche di natura organizzativa dell'assessorato saranno più stabilizzate.

1.3 Le problematiche strutturali inevase nel periodo oggetto di analisi.

1.3.1 La programmazione sanitaria.

In questo quadro, e cioè anche dalla sola lettura ab extrinseco delle politiche sanitarie regionali, nel periodo oggetto di analisi, emerge una forte asimmetria della Regione rispetto all'attività di programmazione statale in campo sanitario². Infatti la Sardegna è apparsa isolata rispetto al dinamismo istituzionale delle altre regioni anche in relazione alla stessa politica di concertazione istituzionale delineata dal Piano sanitario nazionale approvato il 18 aprile 2003 per il triennio 2003- 2005. La Regione è chiamata ad interrogarsi sul suo rapporto rispetto alla programmazione statale stante che il PSN (piano sanitario nazionale) si delinea quale “..progetto di Salute condiviso e attuato con le Regioni in modo sinergico e interattivo...”, in coerenza con il nuovo ruolo dello Stato in campo sanitario ai sensi della riforma del titolo V della Costituzione. Infatti lo Stato da “soggetto di pianificazione e governo della sanità” è oggi soggetto garante della salute di ogni cittadino nella individuazione dei livelli essenziali di assistenza in un quadro informato al superamento del SSN (servizio sanitario nazionale) a favore dell'autonomia organizzativa e finanziaria di ciascun SSR.

In questo contesto la Regione ha mancato, anche nel biennio in oggetto, l'obiettivo della redazione del PSR (piano sanitario regionale) ; un

² Tale marginalità emerge anche dalla sola lettura della stampa di settore, come il Sole 24Ore Sanità

obiettivo minimale, presupposto di base per l'impostazione di una qualsiasi politica sanitaria e di una corretta politica di rapporto istituzionale con lo Stato anche alla luce del titolo V. La Regione sembra non abbia ancora assimilato il quadro normativo pre-riforma del 1992 e la stessa 833 appare un punto di riferimento per larghi versi ancora non attuato. Infatti mancando del proprio PSR, la Regione manca di una propria credibile strategia istituzionale in campo sanitario. Non per niente, anche dalla sola lettura della stampa periodica di settore nel periodo di analisi, emerge una Regione che non sembra abbia partecipato attivamente ai "progetti per la strategia del cambiamento" e neppure agli obiettivi generali di salute del triennio.

In relazione a ciò appare indispensabile recuperare una capacità di straordinaria amministrazione e di alta progettazione del sistema. Il superamento del lungo ciclo elettorale - caratterizzato da una forte instabilità politico-istituzionale che ha pesantemente condizionato il settore in una politica di ordinaria amministrazione fortemente condizionata da vecchie logiche - dovrà consentire al politico come al tecnico di poter riprendere le fila del sistema in un arco temporale di medio periodo utile per lo meno a far ripartire la progettazione di sistema.

Ecco perché ci si attende finalmente il varo del PSR e una chiara politica regionale di condivisione - o meno - delle linee programmatiche del PSN, stante il ruolo non prescrittivo del PSN nel nuovo quadro istituzionale. E' chiaro che una linea di forte autonomia del PSR rispetto alle linee orientative del PSN sancirebbe - di conseguenza - la persistenza di un isolamento della nostra Regione rispetto alle altre realtà regionali anche in materia di redistribuzione delle risorse statali aggiuntive per progetti finalizzati e per obiettivi condivisi. In sostanza la Regione deve recuperare la capacità di definire una propria linea d'azione e segnare la sua presenza sullo scenario istituzionale nel confronto con lo Stato a partire dai tavoli aperti dal PSN sui temi più vari³; mentre - fino ad oggi - l'autonomismo è stato praticato e

³ (progetti per la strategia del cambiamento, l'attuazione, il monitoraggio e l'aggiornamento dell'accordo sui livelli essenziali (ed appropriati) di assistenza e la riduzione delle liste di attesa; la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili; la garanzia e il monitoraggio della qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche; il potenziamento dei fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità; la realizzazione di una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità; la promozione dell'eccellenza e la riqualificazione delle strutture ospedaliere; la promozione del territorio quale

vissuto più che come valore istituzionale che impegnasse la Regione a differenziare le sue politiche sanitarie in aderenza alle peculiarità regionali, come alibi culturale che ha veicolato prassi di gestione non certo improntate in chiave di programmazione di politica sanitaria.

Il PSN è oggi " un documento di indirizzo e di linea culturale", e non un progetto che stabilisce tempi e metodi per il conseguimento degli obiettivi che – seppur indicati nel PSN – devono invece essere fatti propri dalla Regione nel rispetto della sua autonoma competenza in materia sanitaria. In sostanza si attende la definizione di un quadro strategico sul quale tagliare un disegno ordinamentale nonché organizzativo del SSR che sia aderente ai tempi e consenta di sfruttare le sinergie dinamiche di cambiamento lasciando alle forze di inerzia della conservazione la gestione di settori avviati e non strategici e che non richiedono una visione di prospettiva.

Proprio perché manca un tale assetto, nel periodo oggetto di analisi non si sono registrate significative iniziative in tema di riorganizzazione delle strutture sanitarie sul territorio e di riqualificazione dell'assistenza sanitaria, due obiettivi assunti nel DPEF 2003.

1.3.2 L'assenza di una strategia finanziaria.

La legge finanziaria del 2003 in materia di sanità appare non coerente con il DPEF che appare sufficientemente indicativo nell'impostazione programmatica. Infatti l'articolazione del DPEF in obiettivi ed azioni appare evocare la contabilità analitica per centri di costo ed al controllo di gestione: ma nessun richiamo evocativo viene attuato. Infatti nel bilancio regionale – ancorché le ASL rendicontano in contabilità economica - non vi è alcuna traccia della contabilità economico-patrimoniale adottata sbrigativamente ai sensi dell'art.2 della l.r.n.3/2003 (legge finanziaria 2003). In tema di spesa sanitaria l'art. 15 della legge finanziaria 2003 provvede come al solito all'integrazione del FSN (c.1) e al c.2 provvede a colmare i deficit delle ASL sarde in attuazione dell'accordo Stato-Regioni dell'agosto 2001 ai sensi del d.l. n.347/2001.

primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari; il potenziamento dei servizi di urgenza ed emergenza; la promozione della ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari; la promozione di stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute; la promozione di un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza.).

La legge finanziaria statale per il 2003 ha stimolato l'adozione di politiche di risanamento a livello di finanza regionale ed aziendale di cui, però, non appare traccia in finanziaria regionale. In sostanza non appare alcuna politica regionale tesa a porre in essere quegli adempimenti finalizzati non solo ad un rientro dal deficit nel settore sanitario, ma anche solo tesi ad ottenere le risorse aggiuntive previste dall'accordo dell'agosto 2001 e gli incrementi per il 2003 e anni successivi; nessuna significativa iniziativa in relazione al monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche specialistiche ed ospedaliere ed all'adozione dei criteri e delle modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse.

In relazione ai meccanismi di calcolo dei fabbisogni sanitari il nuovo sistema di finanziamento regionale previsto dall'accordo dell'agosto 2001 avrebbe dovuto contribuire a dare una certezza alle entrate indispensabile per garantire un equilibrio finanziario regionale. Il governo per il 2003 ha orientato il riparto sulla base della quota pro-capite non pesata superando il criterio di riparto del fondo sanitario nazionale riferito in prevalenza al fabbisogno. Il 65% delle somme veniva ripartito non più in base ad indicatori di fabbisogno, ma secondo un calcolo pro-capite, mentre il riferimento ad indicatori di consumo sanitario rimaneva per il riparto del restante 35%. Anche relativamente a tale questione appare necessaria una riflessione a livello regionale onde definire una chiara linea istituzionale relativa al finanziamento di parte statale della spesa sanitaria regionale, stante che la proposta del governo non è stata accettata dalle regioni che hanno concordato una ripartizione in continuità con i criteri utilizzati per il riparto degli ultimi due esercizi. La Regione, tuttavia, non potrà ignorare il fatto che lo scenario tendenziale – a regime – delinea un sistema sanitario regionale il cui finanziamento è basato sostanzialmente sulla capacità fiscale regionale. Pertanto si invita la Regione a porre in essere le conseguenti valutazioni circa il reale ed effettivo dimensionamento finanziario del nuovo sistema sanitario regionale. Il federalismo fiscale, in definitiva, deve costituire la base per lo sviluppo di politiche sanitarie competitive nella allocazione distributiva delle risorse date dal sistema per stimolare processi emulativi e virtuosi tra i

soggetti attori del sistema nell'erogazione dei servizi sanitari con contribuzione pubblica.

In relazione a tale problematica la Regione potrà avvalersi – in relazione agli esiti del sistema di monitoraggio dei provvedimenti regionali attuativi del DPCM sui LEA (livelli essenziali di assistenza) – di appositi indicatori di cui all'art. 9 del d.lgs. n. 56/2000, nell'intento di premiare le realtà più virtuose in relazione alla verifica dell'appropriatezza dell'assistenza erogata. In sostanza appare essenziale l'adozione di uno strumento conoscitivo, attraverso un set apposito di indicatori, che assicuri una corretta informazione non solo sui flussi finanziari rilevanti per gli equilibri di finanziari, ma anche dei sottesi fenomeni gestionali, vieppiù nell'attuale contesto del federalismo fiscale a costituzione invariata di cui alla riforma del titolo V della Costituzione che impone una razionalizzazione dei processi riallocativi delle scarse risorse disponibili.

Si è già detto della mancata definizione del PSR la cui vacanza è stata colmata in sede di DPEF 2003 che tuttavia si limita ad elencare le competenze dell'assessorato e tutta una serie di obiettivi e di programmi operativi che ripropongono i temi classici della qualificazione dell'assistenza sanitaria, la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse e la riorganizzazione delle strutture sanitarie sul territorio, la razionalizzazione della rete ospedaliera, il potenziamento dell'assistenza territoriale e dei dipartimenti di prevenzione delle Aziende e così andando.

Da una lettura attenta della manovra finanziaria regionale per il 2003 non emerge agli atti una strategia di politica finanziaria in campo sanitario orientata al perseguimento di tali obiettivi. In sostanza ci si sarebbe attesa una certa coerenza tra individuazione di obiettivi e conseguente orientamento delle risorse verso la realizzazione dei medesimi. Inoltre si registra un forte disallineamento programmatico tra DPEF e note di programma e bilancio; questo perché manca sia nel DPEF che nelle note di programma un chiaro riferimento che consenta di individuare gli obiettivi e i programmi operativi di competenza di ogni Servizio che, quale centro di responsabilità, dovrebbe vigilare sull'attuazione degli stessi obiettivi delegati per la loro attuazione ai singoli centri di costo/UPB. Ma tale anomalia accomuna tutti gli assessorati e deriva in parte da una non chiara interpretazione della l.r.n.31/98 e da alcune

sue lacune che comunque non possono essere il pretesto per un'applicazione irrazionale della stessa legge che – a livello di manovra finanziaria e di raccordo tra programmazione e assegnazione delle risorse – non può rimanere inapplicata così come allo stato attuale. Questo perché l'attuale ibrido non consente una lettura significativa della manovra nel suo complesso proprio perché non consente di individuare un collegamento tra fase di programmazione e conseguente fase di progettazione attuativa e di affidamento dei progetti alle varie strutture. Tale cultura, peraltro, è stata favorita con l'implementazione dei programmi comunitari, tant'è che sia il DPEF che le Note di Programma sono redatte in modo leggibile proprio dagli assessorati che rendicontano risorse comunitarie utilizzate in attuazione del POR. In sostanza le Note di programma appaiono alquanto generiche e deboli ed inoltre appaiono redatte ex-post rispetto al bilancio, quando – invece – le stesse debbono essere formulate quali allegati al bilancio per renderne significativa la lettura ma in un'ottica di forte continuità con il DPEF indicando in modo preciso gli strumenti di raccordo tra DPEF e bilancio. In questo campo emerge la necessità di un forte salto culturale che invece la normativa in materia di enti locali sta incoraggiando. Mancano in Regione degli strumenti dettagliati ed analitici, come la RPP (Relazione previsionale e programmatica) ed il PEG (Piano esecutivo di gestione) propri dell'ordinamento degli enti locali, la cui adozione consentirebbe un raccordo tra la pianificazione strategica e settoriale di medio-lungo periodo (ancora inattuata) , la programmazione di breve periodo del DPEF , la manovra finanziaria e la definizione dei progetti e la loro attuazione in obiettivi affidati ai centri di responsabilità.

Anche sotto questo aspetto il bilancio e la legge finanziaria del 2003 in materia di sanità non appaiono coerenti con il DPEF; infatti, seppure il DPEF indica obiettivi e progetti, i documenti di bilancio non indicano i centri di costo e le UPB responsabili degli stessi. Inoltre l'articolazione del DPEF in obiettivi ed azioni non appare convincente perché non collegato alle note di programma e neppure all'articolazione del bilancio in UPB e capitoli. Inoltre a tale fase programmatica non sembra derivare una coerente legge finanziaria, forse anche a causa del disallineamento temporale tra DPEF e bilancio.

Una certa attenzione si è registrata sul versante del contenimento entro il tetto del 13% della spesa sanitaria complessiva del valore della spesa farmaceutica, ma anche in questo caso si è fatto un limitato ricorso alle modalità consentite⁴.

La Regione , ai sensi della normativa in argomento, avrebbe potuto alternativamente o cumulativamente adottare ulteriori azioni oltre all'introduzione di misure di compartecipazione individuale alla spesa sanitaria, che opportunamente stimola forme di corresponsabilizzazione del cittadino-utente concorrendo a definire un filtro alla domanda di assistenza sanitaria; variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente nonché altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci.

Pertanto, oltre alla reintroduzione del ticket (sperimentata nelle regioni nelle forme più diverse), in altre regioni si è ricorso al delisting con interventi differenziati per estensione ed entità e per tipo di compartecipazione richiesta ai cittadini (ticket fisso per confezione o percentuale sul prezzo). Quale che sia il mezzo scelto, urge la definizione di un intervento di riqualificazione della spesa farmaceutica che ne assicuri la razionalità ed il monitoraggio.

Le politiche regionali in materia di sanità nel biennio in oggetto non sembra abbiano colto la necessità di ricondurre l'andamento della spesa sanitaria entro un percorso virtuoso e sostenibile ancorchè lo Stato abbia chiamato la Regione a condividere ed assumersi la responsabilità di individuare le risorse necessarie per rendere tale processo graduale ma effettivo.

La concertazione in sede di conferenza Stato-Regioni avrebbe dovuto costituire la sede naturale di definizione attuativa di tale processo mediante un adeguamento delle risorse destinate al settore sanitario a fronte della definizione dei livelli essenziali di assistenza ed alla definizione di misure di contenimento della spesa farmaceutica e l'aumento delle risorse con un aumento del finanziamento del SSN di quasi 7.000 miliardi per l'anno 2002 e

⁴ compartecipazione alla spesa, esclusione totale o parziale della rimborsabilità di alcune specialità farmaceutiche, forme di assistenza diretta ai pazienti e adesione da parte delle ASL alle convenzioni per la centralizzazione degli acquisti

l'impegno di raggiungere l'obiettivo del 6% del prodotto interno lordo, in linea con la media dei paesi OCSE.

Le politiche sanitarie regionali nel biennio in oggetto non hanno inciso effettivamente sulle cause di indebitamento delle AA.SS.LL. per cui, a fronte dell'intervento finanziario statale per il ripiano dei debiti pregressi, non si è registrato nulla di significativo se non l'impegno della Regione a coprire i deficit delle aziende di competenza tramite l'indebitamento e senza il ricorso alle misure di compartecipazione della fiscalità addizionale alla spesa sanitaria, con la modifica delle aliquote dei tributi propri o compartecipati e con altre misure di contenimento della spesa.

1.3.3 La mancanza di una strategia di indirizzo e controllo. Il ruolo delle Aziende sanitarie. Il rapporto pubblico-privato e l'accreditamento delle strutture sanitarie.

Nel periodo oggetto di analisi non si colgono significative iniziative in tema di razionalizzazione della organizzazione sanitaria sul territorio. La Regione è pertanto chiamata ad implementare sul territorio una organizzazione sanitaria integrata che coniughi l'universalità del diritto alla salute con l'effettività dell'erogazione dei servizi a tutela dell'effettivo bisogno di salute ed in un quadro istituzionale e gestionale attento alle esigenze di tenuta complessiva del sistema finanziario.

In sostanza appare evidente che la Regione dovrà giocare sempre più un ruolo forte di indirizzo e controllo sulle AA.SS.LL. il cui ruolo andrà chiarito. Infatti l'attuale ibrida configurazione delle AA.SS.LL. quali soggetti contestualmente controllori del servizio sanitario ed erogatori di servizi sanitari, cioè contestualmente enti di regolazione del sistema e di erogazione di servizi, comporta – evidentemente – un cortocircuito dovuto al conflitto di interessi insito nella commistione di competenze della ASL come soggetto che si configura contestualmente come controllore del sistema e soggetto controllato quale erogatore di servizi sanitari.

Andranno, coraggiosamente, studiati – come avviene in altre regioni – modelli ordinamentali ed assetti istituzionali che consentano una effettiva ed efficace razionalizzazione e managerializzazione delle AA.SS.LL. incentivando la competitività del privato e lasciando al pubblico l'erogazione dei servizi sanitari essenziali non economicamente gestibili dal privato. In sostanza la

managerializzazione e la sussidiarietà del rapporto pubblico-privato nella erogazione dei servizi sanitari sono ormai una necessità al fine di garantire la tenuta finanziaria del sistema. Infatti il sistema del ripiano pubblico a posteriori del deficit sanitario ingenera l'equivoco - persistente - che la managerialità in campo sanitario non sia in sostanza possibile e che sia contraria al (diritto universale) bisogno di salute quale bene pubblico puro. Oggi, invece, va superata la teorica del diritto soggettivo alla salute quale diritto universale (gratuito) che è stato il pretesto per perpetrare vecchie logiche organizzative e finanziarie che tutto tendono a soddisfare altro che il bisogno di salute del cittadino-utente. Infatti la vecchia logica assistenzialistica deresponsabilizza la struttura e non ne stimola processi migliorativi ed emulativi ed inoltre non garantisce l'effettività del diritto alla salute. Infatti spesso tale diritto rimane solo sulla carta e – in prospettiva – almeno quota parte del deficit della spesa sanitaria potrebbe essere scaricato dall'indebitamento (come nel periodo oggetto del referto) alla fiscalità generale, cui concorrono con maggiore sacrificio personale e familiare proprio quei cittadini più bisognosi che maggiormente sperimentano di persona il disservizio di un sistema che – pur garantistico nell'impostazione istituzionale ed ordinamentale - di fatto è fortemente selettivo nelle dinamiche di accesso alle prestazioni effettive, con logiche ben lontane dalla tutela del diritto pubblico al bene puro "salute" la cui effettività non è certo azionabile né è azionata dalle classi sociali più bisognose di tutela sanitaria effettiva.

Nel periodo oggetto di analisi non si colgono significative iniziative in tema di accreditamento delle strutture sanitarie che è tematica centrale al fine del superamento dell'attuale fase transitoria che è apparsa fin troppo apertamente strumentale al mantenimento di uno status quo. La riforma dell'attuale sistema di accreditamento dovrà garantire una effettiva apertura del sistema sanitario regionale alla concorrenza tra privati stimolando - nell'ottica del servizio pubblico locale ed integrato – anche una sperimentazione gestionale che assicuri al pubblico la proprietà della rete e la regolazione del servizio ed il controllo del rispetto dei contratti di servizio; al privato la gestione dei servizi sanitari non strategici in aderenza al principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'art.118 della Costituzione.

Anche relativamente all'attuazione dell'accordo Stato-regioni del 14 febbraio 2002 in materia di tempi di attesa delle prestazioni sanitarie non si registrano profili di particolare interesse nel biennio in oggetto. Con l'accordo in argomento sono stati definiti i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i relativi tempi di attesa. "Il criterio dell'appropriatezza, e quindi anche l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti, rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza". La Regione, in attuazione di tale accordo, deve fissare i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche (con riferimento all'appropriatezza ed urgenza e alle modalità per la gestione delle liste di prenotazione) e i tempi massimi di attesa (per tipologia).

1.4 La sanità nel quadro del federalismo fiscale.

La politica regionale sanitaria nei prossimi anni è chiamata a conciliare la pressante domanda sociale di sanità con le esigenze di tenuta complessiva del sistema finanziario regionale che impone di ricondurre la spesa sanitaria regionale in un quadro di compatibilità di equilibri di finanza pubblica, soprattutto nel nuovo contesto istituzionale caratterizzato dal federalismo fiscale introdotto con la riforma del titolo V della Costituzione.

Il federalismo fiscale disegnato dalla riforma del d.lgvo n.56/2000 è apparentemente fallito a causa della complessità dei meccanismi premiali (fondo di perequazione) e sanzionatori (ripiano a posteriori della spesa sanitaria regionale per le regioni virtuose che indicavano idonei strumenti di copertura del disavanzo). Il ripiano a posteriori del deficit dei ss.ss.rr da strumento di controllo del disavanzo è diventato di fatto uno strumento di controllo della spesa sanitaria regionale per le regioni non virtuose (originariamente erano solo quelle che non avevano indicato le misure di ripiano del disavanzo) e rispetto alle quali – contravvenendo la lettera ma non lo spirito dell'accordo dell'agosto 2001 – il Governo non solo ha sospeso il finanziamento a posteriori a copertura del disavanzo (come previsto), ma ha anche bloccato le fonti di finanziamento integrativo della spesa sanitaria regionale (addizionale regionale IRPEF-compartecipazione IVA e

compartecipazione regionale sull' accisa gravante sulla benzina). La Sardegna presenta un disavanzo pro-capite superiore alla media nazionale finanziato con il solo ricorso ai ticket sulle prescrizioni farmaceutiche.

Purtuttavia il federalismo fiscale è comunque decollato perché le regioni dovranno provvedere in proprio alla copertura dei propri disavanzi, salvo un intervento perequativo dello Stato. In questo quadro il tavolo di confronto tra Governo e regioni sull'applicazione del finanziamento in deroga alle regioni ex art.3 della l.n. 350/2003 (legge finanziaria 2004) - che il comma n. 30 chiarisce essere in deroga rispetto alla vigenza dell'art.13 c.6 del d.lgvo.n.56/2000 - è complicato da una serie di ricorsi presentati da varie regioni, tra cui la Sardegna⁵, sull'art.3 c.21 della stessa legge n.350/2003⁶ (legge finanziaria 2004) laddove tale norma consente l'indebitamento solo per finanziare spese di investimento ed indicando in modo specifico le spese che costituiscono investimento e quelle che configurano indebitamento. La Regione Sardegna lamenta l'invasione dello Stato nella propria sfera di competenza legislativa esclusiva in materia di ordinamento degli uffici e in materia di programmazione ai sensi degli artt. da 3 a 6 e 13 dello Statuto. Tali tesi appaiono fin troppo deboli e non tengono conto della consolidata giurisprudenza della Corte Costituzionale che intesta allo Stato – ai sensi degli artt. 119 e 120 cost.- il coordinamento della finanza pubblica e la normalizzazione delle contabilità pubbliche ai fini della tenuta degli equilibri complessivi di finanza pubblica⁷. Non è sostenibile che in un contesto di

⁵ G.u.1a s.s. n.13 del 31.03.2004 ricorso n.29 pag.15

⁶ si riporta, per comodità espositiva, il testo dell'art.3 commi 16 e 21 della legge n.350/2003: aziende e gli organismi di cui agli articoli 2, 29 e 172, comma 1, lettera b), del testo unico di cui al [decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267](#), ad eccezione delle società di capitali costituite per l'esercizio di servizi pubblici, possono ricorrere all'indebitamento solo per finanziare spese di investimento. Le regioni a statuto ordinario possono, con propria legge, disciplinare l'indebitamento delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere e degli enti e organismi di cui all'articolo 12 del [decreto legislativo 28 marzo 2000, n. 76](#), solo per finanziare spese di investimento". c.21: "Ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica e nel quadro del coordinamento della finanza pubblica di cui agli articoli 119 e 120 della [Costituzione](#), le disposizioni dei commi da 16 a 20 si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano, nonché agli enti e agli organismi individuati nel comma 16 siti nei loro territori".

⁷ Tant'è che – come prevedibile – tale ricorso è stato dichiarato inammissibile dalla Corte Costituzionale con sentenza del 16 dicembre 2004 n. 425. Vedasi, al proposito, la ricostruzione -

federalismo fiscale – seppure non compiuto - la Regione invochi il salvataggio statale senza accettarne prescrizioni anche puntuali in ordine alla garanzia di corrette politiche di gestione delle risorse impiegate tanto più se finanziate in disavanzo e con copertura statale.

In tema di attuazione del decentramento amministrativo in campo sanitario il governo con il d.l.n.335/2003 ha sbloccato i trasferimenti erariali alle regioni per il finanziamento del decentramento amministrativo disposto con la riforma Bassanini dimostrando di tenere separati i tavoli di confronto con il sistema regionale (federalismo fiscale e decentramento funzionale). Ancora in tema di federalismo fiscale⁸ in campo sanitario, ai sensi dell'art.1

effettuata dalla Regione al punto n.5 del considerato in fatto in tema di "tutela dell'unità della Repubblica" e di "coordinamento della finanza pubblica".

Nel merito della censura della Corte, appare utile riportare il p.5 del considerato in diritto: "Le questioni, sollevate dalle Regioni a statuto speciale e dalla Provincia autonoma di Trento, nei confronti del comma 21, sono infondate.

[L'art. 119 Cost.](#), sesto comma, nel testo novellato dalla [L.cost. n. 3 del 2001](#), non introduce nuove restrizioni all'autonomia regionale, ma enuncia espressamente un vincolo - quello a ricorrere all'indebitamento solo per spese di investimento - che già nel previgente regime costituzionale e statutario il legislatore statale ben poteva imporre anche alle Regioni a statuto speciale, in attuazione del principio unitario ([art. 5 della Costituzione](#)) e dei poteri di coordinamento della finanza pubblica, nonché del potere di dettare norme di riforma economico-sociale vincolanti anche nei confronti della potestà legislativa primaria delle Regioni ad autonomia differenziata. E se quest'ultimo vincolo può non trovare più applicazione, in forza della clausola di salvaguardia dell'art. 10 della [L.cost. n. 3 del 2001](#), negli ambiti nei quali le Regioni ordinarie abbiano acquisito potestà più ampie, ciò non può dirsi in ambiti, come quello dei principi di coordinamento finanziario (cfr. [art. 117 Cost.](#), terzo comma), in cui l'autonomia delle Regioni ordinarie incontra tuttora gli stessi o più rigorosi limiti (cfr. [sentenza n. 536 del 2002](#)).

La finanza delle Regioni a statuto speciale è infatti parte della "finanza pubblica allargata" nei cui riguardi lo Stato aveva e conserva poteri di disciplina generale e di coordinamento, nell'esercizio dei quali poteva e può chiamare pure le autonomie speciali a concorrere al conseguimento degli obiettivi complessivi di finanza pubblica, connessi anche ai vincoli europei (cfr. sentenze n. 416 del 1995; n. 421 del 1998), come quelli relativi al cosiddetto patto di stabilità interno (cfr. [sentenza n. 36 del 2004](#)).

Il nuovo sesto comma [dell'art. 119 della Costituzione](#) trova dunque applicazione nei confronti di tutte le autonomie, ordinarie e speciali, senza che sia necessario all'uopo ricorrere a meccanismi concertati di attuazione statutaria: e di conseguenza non è illegittima l'estensione che la legge statale ha disposto, nei confronti di tutte le Regioni, della normativa attuativa.

Né si potrebbero rinvenire ragioni giustificatrici di una così radicale differenziazione fra i due tipi di autonomia regionale, in relazione ad un aspetto - quello della soggezione a vincoli generali di equilibrio finanziario e dei bilanci - che non può non accomunare tutti gli enti operanti nell'ambito del sistema della finanza pubblica allargata"

⁸ L'analisi di scienza delle finanze individua nel federalismo fiscale la base portante della finanza competitiva che consente l'adozione di politiche fiscali e finanziarie competitive di emulazione (yardstick competition) delle politiche finanziarie più virtuose in campo regionale. Tale processo, pure se lento e graduale, sembra tuttavia inarrestabile perché nell'arco di un decennio verosimilmente la comunità locale andrà a pretendere dai propri rappresentanti (peer pressure) un livello di prestazioni sanitarie qualitativamente adeguato rispetto alla pressione fiscale vincolata alla copertura delle spese sanitarie regionale. Tendenzialmente si delinea uno scenario di naturale razionalizzazione della spesa sanitaria e di monitoraggio del rapporto tra qualità della spesa sanitaria regionale rispetto alla pressione fiscale regionale. In prima approssimazione, non potendosi attribuire ancora un valore monetario certo (traducibile in costi e ricavi) al valore

della l.n.131/2004 il coordinamento area affari istituzionali della conferenza dei Presidenti delle Regioni ha proceduto alla definizione dei principi fondamentali di "tutela della salute" che ai sensi del novellato art.117 cost. sono di competenza statale laddove la precedente formulazione del 117 era più restrittiva poiché concerneva soltanto l'assistenza sanitaria ed ospedaliera. Evidentemente tale ricognizione non vincolerà la Corte Costituzionale

qualitativo del servizio sanitario regionale, tale obiettivo verrà raggiunto considerando come virtuosa una spesa sanitaria regionale in linea entro un range considerato lo standard nazionale di riferimento (benchmarking) derivante dalla media ponderata tra spesa sanitaria regionale e pressione fiscale regionale.

La velocità di tale processo di emulazione (yardstick competition) virtuosa delle politiche sanitarie regionali dipende essenzialmente dalla percezione in capo al cittadino-contribuente del giusto rapporto tra beneficio del servizio sanitario regionale (ricavo) e costi del servizio medesimo (spesa sanitaria regionale in rapporto alla pressione fiscale regionale). Evidentemente tale percezione sconta alcune asimmetrie informative, non ultima quella relativa alla mancanza in capo al cittadino-utente di elementi informativi utili a quantificare in termini monetari sia il ricavo della qualità dei servizi sanitari regionali che l'eccesso di spesa per le inefficienze del servizio sanitario medesimo. Attualmente tale disallineamento informativo produce un perverso effetto in capo al cittadino-contribuente che si comporta come uno free rider nell'utilizzo del servizio sanitario regionale. Infatti oggi il cittadino-contribuente utilizza a dismisura (uso ed abuso) il servizio sanitario come se fosse un bene pubblico puro (non rivale e non escludibile) quindi gratuito dimenticando però che il federalismo fiscale, proprio a seguito della riforma del titolo V, d'ora in poi impone che l'onere delle inefficienze del servizio sanitario regionale si paghino direttamente in sede di finanza regionale e non più a carico della fiscalità generale erariale (statale). La classe politica regionale – vuoi a causa dell'esigua maggioranza e vuoi per il ciclo elettorale - si è da par sua comportata come perfetto soggetto che ha sfruttato tale asimmetria informativa in pieno moral hazard scaricando la copertura della spesa sanitaria regionale sull'indebitamento della finanza regionale finanziato con la contrazione di mutui. E' evidente che tanto prima maturerà nell'opinione pubblica la consapevolezza della pericolosità di una siffatta politica sanitaria quanto più veloce sarà l'innesto di meccanismi di finanza competitiva. E' stato bene evidenziato⁸ che la maturità dell'opinione pubblica dipende dal grado di civismo della popolazione inteso come capitale sociale della società civile e cioè come grado di partecipazione della società civile alla vita sociale che si misura nella vivacità delle articolazioni del tessuto sociale che statisticamente sono più articolate laddove la popolazione è affrancata dal bisogno primario che oggigiorno al sud è purtroppo ancora rappresentato da un elevato tasso di disoccupazione.

I vari movimenti in cui si articola la società civile isolana e soprattutto – nel caso in specie – i vari movimenti dei consumatori, potranno in un prossimo futuro contribuire all'affermarsi di una nuova e matura consapevolezza sociale in tema di domanda di servizi sanitari attraverso una adeguata spiegazione e pubblicizzazione dei livelli medi di qualità del servizio sanitario regionale e del relativo benchmarking di riferimento a livello nazionale (media tra spesa sanitaria regionale e pressione fiscale regionale). Pertanto in un prossimo futuro non molto remoto il cittadino sardo pretenderà dai propri amministratori di pagare - tramite le imposte regionali a copertura della spesa sanitaria regionale - un'ammontare commisurato alla pressione fiscale pari alla media nazionale per ottenere dei servizi sanitari pari alla media nazionale. Qui si apprezza tutto il ruolo di regolatore del mercato sanitario e di controllo dello stesso che deve essere svolto da una moderna amministrazione regionale. Tale situazione oggi non viene percepita poiché la copertura del disavanzo regionale (a copertura della spesa sanitaria regionale) viene effettuata non tramite imposizione fiscale ma tramite indebitamento. Ma è chiaro che tale indebitamento costituisce una cambiale a medio-lungo termine a carico della fiscalità regionale che sopporta l'onere del pagamento del capitale e degli interessi dei mutui stipulati dalla Regione per la copertura del disavanzo della spesa sanitaria regionale. Pertanto, terminato il ciclo elettorale e stabilizzato il quadro politico, il governo regionale è chiamato a porre in essere una politica rigorosa di riduzione e razionalizzazione della spesa sanitaria, di innalzamento della pressione fiscale sulle prestazioni sanitarie ed una rivalutazione dei costi del servizio sanitario regionale e dei sistemi di compartecipazione del cittadino-utente-contribuente ai medesimi.

fintantoché tali principi non verranno tradotti in legge, ancorché la stessa Consulta ha recentemente affermato la valenza in chiave costituzionale del principio di leale collaborazione⁹ in base al quale ben può ricondursi sia una competenza implicita nel nuovo assetto istituzionale ispirato alla sussidiarietà orizzontale (pari dignità istituzionale di tutti i soggetti dell'ordinamento), anche se la Corte rinnega la teorica dei poteri impliciti; sia – come nel caso in specie – l'incostituzionalità sostanziale di una norma anche se formalmente legittima laddove fosse contraria al principio di leale collaborazione e buona fede istituzionale. Pertanto quand'anche i principi elaborati dalla conferenza dei Presidenti delle Regioni in tema di federalismo sanitario non divenissero legge, tali principi potrebbero comunque essere invocati come parametro di incostituzionalità di una legge o come parametro per il ricorso per conflitto di attribuzione qualora ne consti una precedente condivisione (*rectius* non disconoscimento) da parte dello Stato.

1.5 I costi dei Lea e la spesa sanitaria – La dirigenza sanitaria – L'organizzazione delle strutture sanitarie in Italia.

Emerge la difficoltà oggettiva a definire in termini di grandezze finanziarie (monetarie certe e non patrimoniali assimilate) i costi dei LEA nonché i contenuti minimi degli stessi, laddove una differente tecnica medica o un differente macchinario possono comportare costi anche sensibilmente differenti; inoltre in campo sanitario la domanda di beni sanitari è indiretta perché è filtrata dal medico per conto del paziente che non dispone degli stessi elementi informativi che avrebbe in un qualsiasi altro mercato a tendenziale concorrenza perfetta.

La spesa sanitaria italiana, nonostante le solite lamentele di inadeguatezza delle risorse, è al 8,2% del PIL in linea con la media dei paesi OCSE, come confermato dalla stessa OCSE nel recente rapporto di maggio 2004 nel quale si rinnovano all'Italia le raccomandazioni di riforme strutturali,

⁹ Corte Costituzionale s.n.303/2003

peraltro già in corso, del sistema sanitario nazionale. L'efficacia di riforme di struttura passa necessariamente attraverso una reale condivisione degli obiettivi di riforma con le Regioni e con la dirigenza sanitaria che è chiamata a condividere le linee portanti della riforma e di attuarle in chiave manageriale (governance clinica).

La managerializzazione della sanità impone l'utilizzo di tutti gli strumenti di governo delle risorse (strutture e personale) che l'assetto normativo offre al manager sanitario anche se il balanced scorecard è ancora sconosciuto all'80% del management sanitario¹⁰. Molte realtà regionali, seppure con una certa resistenza e con un grosso sforzo iniziale, stanno riorganizzando le loro strutture¹¹ sanitarie nei modi più disparati. Taluni stanno accentrando i servizi tecnico-logistici comuni alle AA.SS.LL. a livello di consorzi interaziendali di area vasta, altri accentrano servizi comuni tra Asl e AO¹², altri ancora introducono la digitalizzazione ospedaliera totale eliminando finanche le cartelle cliniche cartacee¹³. La Lombardia è molto attiva – dopo la l.r.n.31/97 - sia nel riconoscere pari dignità alle strutture sanitarie per stimolare la concorrenza tra pubblico e privato, distinguendo natura e finalità tra accreditamento e contratto¹⁴, sia nella riforma del sistema sanitario regionale che si basa su una forte programmazione in sede di conferenza regionale per la programmazione sanitaria. In Toscana in base al PSR 2002-2004 sono stati attivati progetti sperimentali di società della salute tra Asl e comuni in 18 zone socio-assistenziali. La ASSR indica in un recente rapporto che l'offerta ospedaliera nazionale è molto disomogenea e non risponde ad un criterio logico¹⁵. I primi dati elaborati dal SSN sul 2002 indicano una positiva inversione di tendenza sul monitoraggio dei DRG a rischio di inappropriatazza mediante il potenziamento del day hospital, la riduzione dei posti letto ospedalieri per acuti ed il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale anche se appare ancora lontano l'obiettivo della riduzione e razionalizzazione

¹⁰ rapporto Cerismas, maggio 2004, fonte Il Sole 24Ore Sanità

¹¹ Vedasi, da ultimo, il recentissimo pdl della Regione Toscana di riforma della l.r.n.22/2000, fonte Il Sole 24Ore Sanità

¹² vedasi il caso del CUP della ASL e dell'AO di Parma, fonte Il Sole 24Ore Sanità

¹³ Asl Modena, ospedali paperless a Sassuolo e Modena, fonte Il Sole 24Ore Sanità

¹⁴ Pdl n.0413, fonte Il Sole 24Ore Sanità

¹⁵ vedasi, tra gli altri, il fenomeno della duplicazione non differenziate per tipologia tra strutture ospedaliere di zone contigue di diverse regioni, fonte Il Sole 24Ore Sanità

delle ASL a livello di area provinciale ai sensi dell'art.3 c.5 del d.lgvo.n.502/92.

La vivacità delle realtà manageriali del nord e centro Italia e di alcune punte di eccellenza nel sud dimostra che c'è spazio per un trend di miglioramento nella organizzazione e gestione del servizio sanitario regionale¹⁶.

E' evidente che tutte le tecniche manageriali gestionali (balance scorecard-total quality management) devono essere non il pretesto per la riorganizzazione delle strutture sanitarie come un'operazione di make-up istituzionale; ma devono costituire il supporto tecnico di base-on per un'operazione strutturale di riorganizzazione delle strutture sanitarie concepita ed attuata nel rispetto delle peculiarità regionali esclusivamente come strumento finalizzato alla razionalizzazione delle strutture rispetto agli obiettivi di riduzione e razionalizzazione della spesa sanitaria e di miglioramento della qualità dei servizi sanitari offerti al cittadino.

1.6 Problematiche aperte

In relazione alle risultanze dell'ultima indagine intersettoriale sulle politiche sanitarie regionali si evidenziano di seguito alcune problematiche di una qualche rilevanza che meritano di essere riprese nel successivo referto in aderenza al principio di continuità ed al fine di conoscere gli sviluppi delle azioni intraprese dall'Assessorato alla Sanità sui singoli temi. Le tematiche già affrontate nel precedente referto e da continuare a sviluppare attengono alla definizione degli obiettivi assegnati ai manager delle AA.SS.LL. (retribuzione aggiuntiva, ex. DPCM. n. 502/92), alla razionalizzazione dei servizi ospedalieri ed alla riorganizzazione delle risorse finanziarie ed umane ed all'obiettivo tendenziale dell'equilibrio economico del bilancio delle AA.SS.LL. In tema di riduzione della spesa farmaceutica in base ai tetti di spesa stabiliti nell'accordo Governo-Regioni dell'Agosto 2001 ed in relazione al monitoraggio delle prescrizioni in tema di controllo della spesa farmaceutica sarà opportuno conoscere le azioni intraprese dalla Regione onde dare attuazione all'obiettivo della riduzione della spesa farmaceutica, così come disposto dalla legge n.178/2002 che ha introdotto il criterio del rimborso del farmaco in base

¹⁶ vedasi, da ultimo, l'elenco dei progetti della 5.a edizione del premio per le eccellenze nei servizi sanitari, fonte Il Sole 24Ore Sanità

al costo-efficacia del medesimo ed ai sensi dell'art.52 c.9 della l.n.289/02 che istituisce la tessera sanitaria anche come strumento di controllo della spesa farmaceutica. Ai sensi dell'art.48 della l.n.326/2003 la spesa farmaceutica viene monitorata e tenuta all'interno di un tetto di spesa che in prima determinazione è fissato nel 16% della spesa complessiva in capo al SSN. E' ancora controversa l'applicazione della norma sul superamento del tetto di spesa farmaceutica che ai sensi dell'art. 48 c. f prescrive che il 60% del superamento del tetto di spesa venga posto a carico del produttore tramite una riduzione della sua quota di spettanza. Ad oggi sembra che la Regione Sardegna non abbia ottenuto significativi risparmi di spesa tramite la distribuzione ospedaliera dei farmaci perché un recente rapporto OSMED indica nel 10,98% la spesa per farmaci in Sardegna nel 2001 contro un 11,81% nel 2002 su una media nazionale del 9,10%. La Regione Abruzzo recentemente ha adottato la politica della prescrizione medica in regime di monoricetta per costringere il medico di base e l'assistito ad un autocontrollo prescrittivo, visto che su ogni ricetta si paga il ticket.

D'altronde non solo gli ospedalieri ma anche i medici generici devono ricondurre la prescrizione medica ai sensi dell'art.3 c.1 l.n.94/98 all'interno dei principi di economicità-appropriatezza ed efficacia clinica per non incorrere in responsabilità amministrativo-contabile¹⁷ in tema di iperprescrittività farmaceutica quali titolari di un rapporto di servizio con la ASL.

Anche in merito allo sviluppo di un sistema di controllo sull'andamento dei costi mediante l'adozione di un sistema informativo e di tecniche di benchmarking sarà opportuno acquisire opportune informazioni anche onde conoscere se e quale coordinamento esista tra tale progetto e il progetto del sistema sanitario informativo a livello nazionale.

In relazione all'annosa problematica delle liste d'attesa differenziate, alle carte dei servizi a garanzia della trasparenza delle prenotazioni e dei tempi d'attesa sarà opportuno acquisire utili elementi informativi sulle azioni intraprese onde verificare le azioni intraprese dall'assessorato per perseguire i sopracitati obiettivi.

¹⁷ Corte Conti, II Sez. giur. Appello n.158/A del 02.06.1998 – n.209 30.05.1991; CDS sentenza n.1310/1995; S.U.Cass.n.922/1999;

Appare opportuno un focus sull'interazione tra assistenza ospedaliera e distrettuale e la ridefinizione del modello operativo delle strutture di ADI, anche mediante un opportuno coinvolgimento dei medici di base rispetto ai programmi aziendali che richiede la diffusione della cultura del disease management (visione globale ed integrata tra cultura medica ed aziendale) anche a livello di medici di base. Sul piano-socio-assistenziale sarà opportuno conoscere gli esiti della riforma delle IPAB ex l.207/2001 e gli esiti del recepimento della riforma della legge quadro n.328/2000, in particolare l'integrazione tra le nuove IPAB (aziende di servizi) e le Onlus.

La stessa definizione del fabbisogno assistenziale ai fini della concessione delle autorizzazioni onde garantire livelli uniformi di assistenza costituiscono gli obiettivi strategici di cui sarà necessario acquisire opportuni elementi di informazione. Al riguardo è superfluo affermare che il sistema sanitario regionale deve essere orientato al perseguimento del principio della concorrenza tra struttura pubblica e privata già affermato nel d.lgvo n.502/92. In questo senso si inserisce il ricorso che l'UEHP ha presentato al commissario europeo alla concorrenza sulla illegittimità dell'uso dello strumento dell'accreditamento in chiave distorsiva della concorrenza del mercato sanitario.

Infine sarà opportuno conoscere gli attuali orientamenti dell'assessorato relativamente ad un progetto sulla cartolarizzazione dei debiti delle AA.SS.LL. e di gestione in chiave economico-reddituale degli immobili non strumentali delle ASL.

1.7 Le forme di convenzionamento con il SSR.

Appare opportuno, in questa sede, un accenno alla tematica relativa all'accreditamento delle strutture sanitarie perché si pone come questione centrale all'interno del disegno di riorganizzazione complessiva del sistema. Trattasi di tematica già trattata nel precedente referto e che si riprende anche in questo in un'ottica di continuità onde seguirne gli sviluppi.

Non sembrano registrarsi, anche in questo campo, sostanziali novità nel periodo in oggetto. La Regione , infatti è ancora lontana dal recepire il disegno normativo nazionale che è finalizzato a conseguire uno standard

omogeneo nella qualità dell'erogazione dei servizi sanitari ma anche – con non qualche vuoto normativo e contraddizione – conseguire una certa quale concorrenzialità tra privati erogatori dei servizi stessi. Come noto, l'erogazione dei servizi sanitari è stata oggetto di un'ampia riforma attuata dal D.Lgs. 30/12/1992 n. 502 che ha previsto un meccanismo di competizione tra settori pubblico e privato avente il fine di ottenere un miglioramento qualitativo delle prestazioni offerte e un'ampia libertà di scelta del cittadino relativamente alle strutture eroganti. Tale provvedimento legislativo è stato poi modificato dal D.lgs. 19/06/1999 n.229 che ha stabilito che per poter realizzare delle nuove strutture ed esercitare attività sanitarie e sociosanitarie è necessario richiedere, all'ufficio regionale competente, un'autorizzazione. La L.R. 13/10/1998 n.30 recepisce tale disposizione prevedendo, all'art.9, che tale funzione debba essere svolta dall'Assessorato dell'igiene, sanità e dell'assistenza sociale. Il successivo art.10 della stessa legge dispone che la Regione stabilisce i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi (sulla base dei criteri previsti dal DPR 14/01/1997) e definisce le modalità e le procedure per il rilascio dell'autorizzazione. Tali disposizioni sono state recentemente oggetto di una recente delibera da parte della Giunta Regionale (DGR n.25/42 del 3/06/2004). La legge regionale, prevede, altresì la costituzione di un apposito nucleo di valutazione, formato da personale della Regione, delle Aziende USL e da professionisti esperti esterni al SSN, che ha il compito di valutare il possesso dei requisiti minimi. La Regione ha regolamentato l'istituzione dell'anzidetto organismo di controllo con la DGR n.30/12 del 6/07/1999. E' sempre di competenza della Regione il rilascio, su richiesta del Comune competente, di una valutazione di compatibilità del progetto finalizzato alla realizzazione di una struttura sanitaria. La valutazione in questione deve essere eseguita stimando il fabbisogno complessivo di assistenza, prendendo in esame sia la tipologia che i volumi delle potenziali prestazioni erogabili e l'ubicazione territoriale, considerando le strutture già esistenti. In proposito si richiama la DGR n.48/19 del 28/11/2000 che detta indicazioni sulle procedure di quantificazione di tale fabbisogno nel rispetto degli interventi di pianificazione regionale e dei livelli uniformi di assistenza. Con la delibera vengono, inoltre, fissati dei parametri, previsti da disposizioni

normative o dai flussi di attività, diversi in relazione alla tipologia delle strutture.

Una fase successiva all'autorizzazione è rappresentata dall'accREDITAMENTO che, come stabilito dall'art.8-quarter del D.lgs 229/99, viene rilasciato dalla Regione alle strutture pubbliche e private e ai professionisti che intendono erogare servizi sanitari, che siano in possesso di requisiti ulteriori di qualità, rispetto a quelli minimi previsti per l'esercizio delle attività sanitarie. L'accREDITAMENTO deve essere, altresì, rispettoso degli indirizzi di programmazione regionale, tenere conto dei bisogni degli assistiti, dei livelli uniformi di assistenza da rispettare e delle risorse disponibili ed è, infine, subordinato alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. La valutazione di tali requisiti viene effettuata dallo stesso nucleo di valutazione previsto per le autorizzazioni.

La base normativa sull'accREDITAMENTO in Sardegna è costituita dalla DGR n. 26/21 del 4/06/1998 che stabilisce i requisiti e le procedure per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie pubbliche e private.

La delibera indica sia i requisiti generali previsti per tutti i soggetti richiedenti sia i requisiti specifici relativi a determinate tipologie di prestazioni. La domanda di accREDITAMENTO deve essere presentata all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza sociale il quale provvede, oltre che all'esame della documentazione, anche a sopralluoghi e ispezioni.

Una volta accolta la domanda di accREDITAMENTO il soggetto viene iscritto nell'elenco dei soggetti erogatori del Servizio Sanitario Nazionale.

Successivamente la Regione e le ASL definiscono accordi con le strutture pubbliche e equiparate e stipulano contratti con le strutture private e i professionisti accREDITATI. In proposito l'art. 8-quarter del D.Lgs 229/99 dispone che non con tutti i soggetti accREDITATI vengono stipulati gli accordi contrattuali in quanto occorre essere in possesso di determinati requisiti. In proposito detta disposizioni la DGR n.43/7 del 20/12/2002 che stabilisce, inoltre, che possano concorrere alla contrattazione tutti i soggetti provvisoriamente accREDITATI che, qualora interessati, dovranno presentare domanda alle Aziende USL secondo uno schema predisposto dalla Regione . Con la stessa delibera sono, altresì, evidenziati, quali requisiti di maggior

importanza, i migliori tempi di attesa, il possesso di mezzi tecnologici moderni e una percentuale più alta di riduzione delle tariffe.

Un'altra questione importante sulla quale occorre soffermarsi riguarda il finanziamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. E' necessario precisare che, secondo quanto stabilito dall'art.32, comma 8, della legge n.449/1997 è di competenza esclusiva delle Regioni determinare, per ogni istituzione sanitaria pubblica o privata, l'ammontare della spesa sostenibile con il fondo sanitario e il volume delle prestazioni che possono essere eseguite.

Conseguentemente i soggetti che erogano servizi sanitari a carico del SSN devono impegnarsi a rispettare tali limiti indicati, fra l'altro, anche nei piani preventivi aziendali (documenti che rispondono sia all'esigenza di una riorganizzazione dell'offerta sia ad un uso più efficace delle risorse disponibili in vista di una razionalizzazione della spesa sanitaria). In proposito si fa accenno alla DGR n.51/18 del 12/12/2000 nella quale sono contenute le linee di indirizzo sui volumi di attività per il biennio 2000/2001 e la determinazione dei tetti di spesa. Nella stessa delibera sono anche fissati i tempi massimi entro i quali le Aziende ASL devono avviare le procedure per la stipulazione dei contratti e degli accordi con i diversi soggetti interessati. A tutt'oggi sembrerebbe che questa fase non sia stata superata in quanto non risulterebbero ancora stipulati i piani preventivi aziendali e conseguentemente neanche gli accordi contrattuali.

Sempre a proposito dei tetti di spesa si richiama l'art. 8-quinquies del D.Lgs 229/99 che stabilisce che negli accordi contrattuali devono essere precisati i criteri per la remunerazione nei casi in cui le strutture dovessero erogare dei volumi di attività superiori a quelli concordati.

Su tali problematiche la giurisprudenza è stata chiamata ad esprimersi più volte. Proprio il TAR Sardegna, con sentenza n.978 del 19/09/2001 ha accolto un ricorso proposto da uno studio di radiologia per il mancato rimborso di prestazioni di assistenza specialistica che andavano al di là del tetto di spesa massima individuato dalla USL di Sassari.

La situazione che emerge dalla lettura della sentenza è che l'amministrazione sanitaria regionale ha fissato il tetto massimo di spesa unilateralmente rifacendosi ai volumi di attività eseguiti dalle strutture

sanitarie nell'anno precedente, senza avviare (attraverso la contrattazione dei piani annuali preventivi) un contraddittorio con le stesse come invece previsto dalla legge e dalla DGR n.26/21 che dispongono che l'accreditamento attribuisce al soggetto accreditato e alle organizzazioni maggiormente rappresentative il diritto di partecipare alle procedure di contrattazione. Ma non avendo la Regione (come già si è detto) ancora provveduto a stipulare nessun accordo e concluso alcun piano preventivo di attività, le strutture sanitarie si sono comunque sentite in dovere di assicurare l'assistenza agli assistiti che ne hanno fatto richiesta.

Un'altra contestazione che pare opportuno evidenziare nei confronti dall'amministrazione regionale riguarda la determinazione tardiva del tetto di spesa (nel caso oggetto di ricorso la comunicazione in proposito è stata inviata alla struttura specialistica con nota del 10/11/1998). Pur vigendo in proposito la regola dell'irretroattività è comunque previsto che gli atti regionali sui tetti di spesa possano essere adottati in ritardo e imposti ugualmente per l'intero anno di riferimento; ma naturalmente il ritardo deve essere contenuto entro certi limiti, ciò proprio al fine di evitare che vengano rese prestazioni eccedenti il tetto di spesa. In proposito si possono citare alcune sentenze emesse sia dal Consiglio di Stato (sezione IV del 15/02/2002, n.939) sia dal TAR Campania, Napoli (n.1283 del 23/03/2001 confermata dal Consiglio di Stato sez. V 4/04/2002, n.1879). E' doveroso precisare che l'ammissibilità di un ritardo nella pianificazione della spesa, seppur contenuto entro certi limiti, determina un condizionamento, da parte delle strutture sanitarie, nelle scelte da prendere dovendo sia rispondere alle domande di assistenza, perché venga garantito il diritto alla salute, sia cercare di mantenere gli equilibri finanziari che, naturalmente, non possono contare su risorse illimitate.

Il tema dell'accreditamento e il suo processo applicativo sono stati oggetto di analisi da parte dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali che ha voluto studiare quali fossero le difficoltà incontrate dalle Regioni in questa fase. L'argomento è stato trattato anche dalla Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità istituito in ottemperanza alle disposizioni contenute nell'art. 19-bis del D.Lgs 229/99; tale organismo ha il compito, fra gli altri, proprio di monitorare lo stato di attuazione delle procedure di accreditamento.

La Commissione, pertanto, in adempimento alle proprie funzioni, ha provveduto inizialmente a monitorare le fonti normative prodotte dalle varie regioni e il conseguente stato di attuazione; successivamente, ha avviato in collaborazione con la ASSR e le Regioni uno studio, come sopra si è detto, sui maggiori problemi nati durante il processo di accreditamento. I rappresentanti delle Regioni, chiamati ad esprimersi in proposito, hanno segnalato quattro tematiche sulle quali sembrava opportuno avviare un confronto:

- Modalità con cui realizzare i rapporti fabbisogno-programmazione-offerta;
- Modalità per verificare e per superare la non conformità alle normative delle strutture sanitarie;
- Oggetti dell'accREDITamento: cosa valutare e come valutare;
- Caratteristiche e ruolo dei valutatori.

Dal confronto è risultato che le Regioni hanno affrontato le suddette problematiche in modo diverso spinte, ognuna di esse, a rispondere al meglio ai bisogni locali e a cercare di assicurare delle soluzioni organizzative più efficienti.

Il primo documento emesso evidenzia gli strumenti e i metodi adottati dalle Regioni al fine di valutare il fabbisogno e le prestazioni delle strutture. Come si è appena sottolineato, è risultata una diversità nelle metodologie di stima del fabbisogno, e di contenimento e controllo dell'offerta nei casi di superamento rispetto al fabbisogno.

Nel secondo documento, che affronta, il problema della verifica della rispondenza delle strutture ai requisiti strutturali e tecnologici previsti, viene dato risalto al fatto che la maggior parte delle strutture pubbliche operano in condizioni precarie e in uno stato di conservazione scadente e anche nelle strutture più recenti non sempre sono presenti i requisiti richiesti. Relativamente al terzo tavolo di lavoro è stato ritenuto opportuno individuare dei fattori di qualità che fossero uguali per tutte le Regioni così da consentire una comparazione dei dati; sono stati, pertanto, previsti, quali requisiti fondamentali per ottenere l'accREDITamento, indicati fra l'altro nel Dpcm 29/11/2001 relativo ai Lea, il bisogno, l'equità di accesso, la qualità delle cure, l'appropriatezza e le linee guida, la dignità della persona e la tutela della fragilità.

Per quanto attiene l'ultimo tema affrontato, le caratteristiche e il ruolo dei valutatori, si evidenzia che essi vengono configurati in modo diverso nelle varie Regioni: in alcune come pubblici ufficiali in altre come esperti consulenti. Anche relativamente alle competenze vi sono Regioni che hanno previsto che il valutatore debba solamente accertare la rispondenza della struttura ai requisiti previsti, altre che hanno previsto che tale soggetto debba possedere delle capacità e delle conoscenze che richiedono necessaria la sua partecipazione a determinati percorsi formativi.

Le Regioni sembra abbiano espresso un'opinione positiva sulla iniziativa promossa dalla Commissione nazionale per l'accreditamento e dalla ASSR in quanto è stata fornita, in questo modo, la possibilità di attuare degli utili approfondimenti tematici e dei validi scambi di informazione sui problemi affrontati. Le Regioni hanno pertanto chiesto un proseguimento di tale progetto con l'istituzione di un tavolo di confronto permanente.

In relazione a quanto sopra esposto, emergono alcune contraddizioni nel sistema dell'accreditamento istituzionale in relazione all'autorizzazione. La Regione, al fine di garantire l'accesso dei privati all'erogazione dei servizi sanitari ed in relazione al principio della concorrenza, dovrà definire una linea istituzionale chiara nella demarcazione tra autorizzazione ed accreditamento e nella definizione di regole precise per la individuazione dei soggetti con cui stipulare i contratti di erogazione dei servizi stante la limitazione del budget aziendale.

1.7 La contrattazione decentrata in campo sanitario.

La competente Sezione centrale delle Autonomie della Corte dei Conti ha promosso un'indagine sulla contrattazione integrativa nel settore sanitario il cui referto è licenziato da ogni Sezione regionale in un'ottica comparativa ed allo scopo di evidenziare le problematiche più ricorrenti in sede di contrattazione integrativa. Questo perché la Corte già si esprime sulla compatibilità finanziaria dei costi del CCNL ma in altra sede e con altra finalità, cioè la certificazione dell'attendibilità dei costi del CCNL ai sensi dell'art. 47 cc.4 e 6 del d.lgvo n.165/2001 che sfocia in un referto al

Parlamento onde evidenziare – solo in caso di certificazione negativa – i motivi per cui il CCNL non trova copertura finanziaria.

L'analisi dei dati finanziari della contrattazione integrativa aziendale delle aziende esaminate è risultata molto lunga e complicata e non sempre utile (come informazione, in senso aziendale) e significativa. Infatti le aziende in oggetto, in sede di contratto integrativo aziendale, si sono limitate a indicare la capienza delle risorse finanziarie di copertura del contratto, ma non hanno trasmesso in allegato al contratto una idonea nota esplicativa che specificasse analiticamente i calcoli effettuati relativi al prelevamento delle risorse finanziarie di copertura del contratto decentrato dal bilancio aziendale e ciò non consente alcuna utile e significativa lettura circa il rispetto degli equilibri finanziari aziendali. In particolare la mancata analisi correlata tra fondi-contratto decentrato e budget aziendale non consente un controllo penetrante sulla corretta composizione del fondo e soprattutto sull'ammontare della spesa del personale iscritta in bilancio, onde scongiurare fenomeni di sovrastima dei fondi e di ingresso delle quote dei fondi sul bilancio integrando una forma di finanziamento aggiuntivo del bilancio delle aziende. Evidentemente le aziende, anche attenendosi strettamente alle richieste istruttorie dell'ufficio, non hanno ritenuto opportuno integrare la documentazione richiesta e trasmessa con quella documentazione propedeutica e presupposta (pianta organica, sviluppo storico dei fondi negli anni, bilanci aziendali) che consentisse un controllo penetrante da parte dell'ufficio. Gli stessi verbali del collegio dei revisori dei conti – quando trasmessi - appaiono troppo sintetici per non dire lacunosi e sembrano prendere atto di elementi di calcolo già effettuati in altra sede, senza alcuna analisi sulla corretta costituzione del fondo e sul rapporto di finanziamento tra bilancio aziendale e fondo. Svolte queste considerazioni di natura sistematica, entro la cornice sopra richiamata, l'analisi contabile ha evidenziato una sostanziale correttezza dei calcoli contabili di finanziamento e di ripartizione delle risorse all'interno dei fondi. Nel merito gestionale si ripropongono fenomeni già conosciuti, quali l'utilizzo inappropriato di alcune voci contrattuali incentivanti che anziché essere corrisposte secondo la valutazione dei risultati di gestione aziendale (indennità accessorie eventuali) sono attribuite a pioggia e quindi spalmate su tutto il personale avente i requisiti

minimi come se fossero delle voci fisse di retribuzione. Al riguardo è esemplificativa di ciò l'attuazione dell'indennità di posizione organizzativa ai sensi dell'art.45c.2 d.lgvo 29/93 ed oggi art.40 d.lgvo. n.165/2001 nei contratti integrativi aziendali attuativi del CCNL 7.4.1999 artt.20 e 21 che è servita – di fatto – a riavvicinare lo stipendio dell'ex quadro di cui alla l.n.190/85 a quello della dirigenza onde non affrontare la fase del controllo di gestione e di verifica dei risultati. Inoltre la stessa struttura tecnica della contrattazione integrativa aziendale (ambito di competenze e meccanismi di attribuzione delle voci stipendiali accessorie all'interno dei fondi) appare tanto volutamente ingarbugliata da non consentire alcun efficace controllo, interno del collegio sindacale e esterno della Corte dei Conti, sulla distribuzione delle risorse all'interno di ciascun fondo e più in generale sulla tenuta complessiva delle compatibilità finanziarie della contrattazione integrativa nel limite del fondo. Questo perché la genericità del contratto collettivo nazionale consente al contratto integrativo decentrato di poter assumere una vis estensiva tanto ampia da giocare un ruolo ben più ampio di quello di mero strumento attuativo in sede aziendale delle politiche contrattuali definite uniformemente in sede di contratto collettivo nazionale di lavoro. In questo contesto deve leggersi la preoccupazione e la difficoltà di un effettivo controllo sulle compatibilità finanziarie del contratto integrativo-aziendale laddove – come capita sovente - il collegio dei revisori dei conti sembra non percepire adeguatamente la delicatezza della funzione intestatagli a tutela della finanza aziendale; questo anche perché – verosimilmente – il collegio dei revisori dei conti interpreta il proprio ruolo non come quello di un organo a tutela della legittimità delle delibere aziendali, ma come organo tecnico di ragioneria a tutela degli equilibri finanziari complessivi dell'azienda e quindi non si sente in dovere di imporre al management il rispetto delle norme contrattuali di ripartizione e di allocazione delle risorse all'interno dei vari fondi per non entrare in conflitto con il management e con il sindacato: in sostanza al collegio è sufficiente che il budget complessivo della contrattazione integrativa aziendale non sfondi l'importo del fondo, interpretando estensivamente il concetto di autonomia contrattuale in base al quale le parti (azienda e sindacato) possono determinare modalità alternative di attuazione del contratto integrativo aziendale anche in deroga al contratto collettivo che

riprende la vis di legge di riferimento della legittimità del contratto integrativo aziendale in caso di conflittualità interaziendale persistente non sanabile altrimenti che con l'applicazione del CCNL. Quindi la versatilità del contratto integrativo aziendale è funzionale alla pax aziendale onde non intaccare i delicati equilibri interni aziendali (management-dirigenti-quadri-direttivi-impiegati-operai-sindacati).

Al riguardo è il caso di sottolineare che qualora l'allocazione delle risorse all'interno dei fondi in modo differente rispetto a quanto stabilito nel contratto collettivo nazionale non costituisca atto illegittimo – e lo è anche se solo in senso formale per l'illegittimità del contratto aziendale difforme dal CCNL limitatamente alla quota parte di finanziamento da parte del SSN¹⁸ - è purtuttavia vero che la normativa stabilita a livello di contratto collettivo nazionale in merito alla allocazione delle risorse finanziarie all'interno dei fondi è posta a tutela dell'interesse pubblico-collettivo (e quindi indisponibile) e non del solo interesse aziendale (disponibile dalle parti). Pertanto si può configurare una totale autonomia delle parti in sede di contratto aziendale per l'allocazione delle risorse proprie derivanti da economie di gestione ma non per l'allocazione delle risorse di parte pubblica provenienti dal fondo unico di amministrazione al fondo di sede. In sostanza il collegio dei revisori dei conti sembra limitarsi ad una funzione notarile rispetto alla quantificazione dei costi ed alla allocazione delle risorse anche a causa della estrema complessità tecnica dei meccanismi di ripartizione delle risorse all'interno dei vari fondi.

In merito al recente contratto del comparto sanitario siglato dall'ARAN pur senza il parere favorevole della Corte dei Conti si evidenzia il fatto che le regioni hanno richiesto che tale contratto fosse siglato per parte pubblica dalla SISAC – che tra l'altro non sembra essere titolare di personalità giuridica di diritto pubblico come l'ARAN – a garanzia della diretta espressione degli interessi regionali. Tale richiesta non appare motivata dall'esigenza di tutelare gli interessi finanziari del sistema regionale, quanto invece dall'esigenza di semplificare le procedure ed i tempi di sigla dei contratti collettivi che l'ARAN non garantisce in tempi compatibili con le esigenze politiche delle regioni

¹⁸ La giurisprudenza delle SS.RR. della Corte dei Conti ribadisce che in sede di rapporto di certificazione la Corte è chiamata a valutare la tenuta finanziaria del CCNL e non la sua legittimità, per cui verosimilmente per analogia anche il controllo del collegio dei revisori sul contratto aziendale integrativo può ritenersi limitato agli aspetti finanziari.

notoriamente più sensibili alle pressioni sindacali ed aziendali locali. La SISAC appare ben più debole dell'ARAN che già trova le sue buone difficoltà nel tenere un quadro di coerenza complessiva del sistema. La stessa ARAN non riesce a garantire testi contrattuali chiari e di certa applicazione poiché le forti pressioni sindacali fanno scaturire mediazioni da cui emergono testi troppo generici e tecnicamente difficili da gestire con ragionevoli margini di certezza interpretativa.

Il contratto del comparto sanitario, che riguarda il quadriennio normativo 2002-2005 ed il biennio economico 2002-2003, non è siglato dalla SISAC ma al solito dall'ARAN e tuttavia l'art. 7 del contratto, fermo restando il principio di autonomia aziendale nella definizione della contrattazione integrativa, per venire incontro alle esigenze regionali intesta alle Regioni la potestà di emanare linee generali di indirizzo per lo svolgimento della contrattazione integrativa nelle materie relative all'utilizzo delle risorse regionali aggiuntive ed in particolare per quelle destinate alla produttività e nelle materie relative alle modalità di utilizzo dei fondi in caso di aumento della dotazione organica del personale o dei servizi e alle metodologie di utilizzo da parte delle aziende di una quota dei minori oneri derivanti dalla riduzione stabile della dotazione organica del personale, come anche nelle materie relative alla realizzazione della formazione continua.

Gli accordi Stato-Regioni in materia di convenzione dei medici generici delineano le cornici-quadro dei contratti aziendali, mentre i contratti aziendali si porrebbero come cornice dei contratti individuali di lavoro dei medici generici; questo sembra essere il nuovo assetto a seguito del recente d.l.81/2004 che sembra comportare il superamento della 289/02 in tema di natura della prestazione di lavoro del medico generico riconducendolo ad una prestazione d'opera professionale a carattere di parasubordinazione.

Nel previgente sistema alla contrattazione nazionale spettava definire le garanzie per i cittadini e per gli operatori, ed alle Regioni spettava la definizione degli istituti contrattuali e le funzioni di indirizzo e coordinamento per il livello aziendale; oggi sembrerebbe che l'intera materia sia lasciata alla disponibilità degli accordi in sede Stato-Regioni. Se tale impostazione si confermasse nella prassi applicativa della contrattazione ne uscirebbe un quadro normativo più coerente rispetto all'esigenza di garantire maggiore

uniformità del sistema, anche se la stessa appare più teorica che pratica data la estrema flessibilità dei CCNL e CCNI che consentono una ampia vis espansiva dei contratti decentrati aziendali.

A questo punto appare necessaria una puntualizzazione su alcuni aspetti problematici della contrattazione. La seconda privatizzazione del P.I. del 1998, come noto, ha conferito al CCNL una efficacia rinforzata sia attiva che passiva rispetto alla stessa normativa primaria in materia di attribuzione dei trattamenti economici. Infatti l'art.2 cc..2 e 3 d.lgvo.n.165/2001 ha individuato nel CCNL una fonte normativa sovra primaria limitata ratione materiae (attribuzione di trattamenti economici) di origine pattizia che si pone in contrasto evidente con l'impianto pubblicistico del sistema delle fonti del nostro ordinamento. Anche la materia "rapporto di lavoro" è ormai oggetto di competenza esclusiva del CCNL.

In virtù della privatizzazione del rapporto di lavoro - ai sensi del d.lgvo 29/93 e successive modifiche - la retribuzione e la disciplina dei meccanismi attributivi delle singole indennità trovano la fonte di disciplina nel codice civile che rimanda tale disciplina ai contratti individuali di lavoro. A loro volta i contratti individuali di lavoro, ai sensi dell'art.45 c.2 del d.lgvo n.165/2001, non possono stabilire condizioni meno favorevoli di quelle disciplinate dal CCNL . Pertanto, da quanto osservato, emerge che la vera fonte normativa del rapporto di lavoro non è il codice civile che consentirebbe una determinazione delle regole del rapporto di lavoro in sede di contratto individuale, ma il CCNL che invece – quale fonte esterna ed autoritativa – impone al datore di lavoro ed al lavoratore delle norme inderogabili seppure in peius. In buona sostanza il richiamo al codice civile quale fonte di regolazione primaria del rapporto di lavoro doveva consentire una gestione del personale manageriale e flessibile in un'ottica coerente con la separazione delle competenze tra politica e dirigenza e con l'introduzione della contabilità economica per centri di costo . Di fatto oggi il richiamo al codice civile serve solo a individuare il foro competente al contenzioso perché l'autonomia del contratto individuale è fortemente limitata dalla prescrittività del CCNI e dei contratti decentrati in sede aziendale. Nella prassi applicativa il CCNL assume una vis espansiva molto elevata con pericolose ripercussioni sulla finanza pubblica non solo perché in virtù del meccanismo di cui all'art.2 c.3 e art. 45 cc. da 1 a 3 del

d.lgvo.n.165/2001 il CCNL è l'unica fonte legittimata a stabilire le retribuzioni (fondamentali ed accessorie), ma anche perché disciplina in modo molto generico tutta una serie di meccanismi a cascata di attribuzione di competenze la cui applicazione è demandata ai contratti integrativi e le cui incertezze interpretative consentono di fatto lo sfondamento del tetto di spesa a causa delle forti pressioni sindacali e dei diritti acquisiti dal personale che si trovi nelle fattispecie individuate in sede di contrattazione integrativa. Giova ricordare che una volta siglato il CCNL, tutto il personale soggetto al contratto assume il diritto soggettivo - e non un interesse legittimo né una mera aspettativa di diritto - a ricevere come minimo retributivo il trattamento economico stabilito in sede di CCNL ai sensi dell'art. 45 c.2 del d.lgvo.n.165/2001. Inoltre nella prassi applicativa il CCNL assume una vis espansiva molto elevata poiché - una volta siglato - il CCNL come l'accordo è legge tra le parti e non esiste un organo pubblico legittimato a sindacarne i contenuti di merito ancorché questi di fatto fossero estranei all'ambito di legge di cui all'art. 40 del d.lgvo.n.165/2001. La stessa Corte dei Conti in sede di certificazione del CCNL solo incidentalmente ne giudica la legittimità poiché nel merito è chiamata a valutare la compatibilità finanziaria dei costi rispetto alle risorse a disposizione.

Alla luce delle considerazioni di cui sopra emerge la centralità dei controlli preliminari alla stipula del CCNL poiché le verifiche effettuate ex post la stipula del contratto non hanno alcuna sostanziale incidenza sulle dinamiche finanziarie.

Il legislatore, resosi conto della stringenza di tali meccanismi, è corso al riparo - limitatamente alla contrattazione integrativa - imponendo non solo delle verifiche congiunte dei comitati di settore e del Governo sulle implicazioni finanziarie della contrattazione integrativa, anche sulla base di rilevazioni effettuate dagli organismi di controllo interno, ma anche - ai sensi dell'art. art. 17 comma 2 della legge n.448/2001 (finanziaria per il 2002) stabilendo la nullità ope legis delle clausole del CCNI che fossero accertate incompatibili con i vincoli di bilancio. La previsione in oggetto appare una timida retromarcia rispetto all'impianto totalmente privatistico di cui agli artt.2 e 40 del d.lgvo 165/2001 laddove consente la declaratoria della nullità del contratto per violazione di legge che altro non è che una inserzione di diritto

di parte pubblica nell'autonomia contrattuale delle parti per tutelare gli equilibri di bilancio. Tale tecnica giuridica è per altro già presente nel corpo dello stesso d.lgvo 165 laddove prevede al c.4 dell'art.40 che "...le pubbliche amministrazioni non possono sottoscrivere in sede decentrata contratti collettivi integrativi in contrasto con vincoli risultanti dai contratti collettivi nazionali o che comportino oneri non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna amministrazione. Le clausole difformi sono nulle e non possono essere applicate." Le esigenze di tutela degli equilibri di bilancio che tale norma si propone di tutelare sono state riconosciute legittime dalla Corte costituzionale che ha ritenuto legittima la tutela degli equilibri di finanza pubblica da parte dello Stato anche nei confronti degli altri livelli di governo. Pertanto in questo quadro appare costituzionalmente orientata una scelta invasiva – nullità delle clausole contrattuali – dell'autonomia contrattuale a tutela degli equilibri di finanza pubblica. Tuttavia, nella prassi applicativa, emerge tutta la debolezza dei controlli finanziari del collegio dei revisori dei conti sugli equilibri finanziari dei contratti decentrati per le ragioni già analizzate in precedenza. La prassi applicativa ha decretato la disapplicazione totale dell'art. 46 c.2 del d.lgvo. n.165/2001 in materia di assistenza dell'ARAN alla contrattazione decentrata integrativa vuoi per ragioni di impossibilità oggettiva (organico ARAN in rapporto al numero delle P.A.), ma anche per la reticenza delle stesse PP.AA. che sono gelose della propria autonoma prerogativa in materia di contrattazione integrativa. Si registra inoltre, come già evidenziato, la pressochè totale inottemperanza a quanto prescritto dall'art. 40 bis del d.lgvo n.165/2001 in materia di controllo dei vincoli finanziari dei contratti integrativi di comparto che avrebbe dovuto essere condotto dal Governo e dai comitati di settore "...definendo metodologie e criteri di riscontro anche a campione sui contratti integrativi delle singole amministrazioni...". Tale analisi avrebbe dovuto essere alimentata anche dal basso mediante l'invio da parte degli organi di controllo interno di specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa al Ministero dell'economia e delle finanze. Tali controlli, seppure a campione, avrebbero dovuto avere – nell'intento del legislatore – una duplice funzione : sanzionatoria e collaborativa. Infatti tali controlli sanzionano con la nullità di diritto le clausole contrattuali

dell'accordo integrativo che stabiliscano dei costi non compatibili con i vincoli di bilancio; inoltre a titolo collaborativo a seguito di tali controlli il Governo avrebbe dovuto fornire alle PP.AA. elementi utili per il riscontro della compatibilità finanziaria dei contratti integrativi con le risorse disponibili. Come già osservato tale impianto normativo è inapplicato anche perché la sua applicazione è demandata all'interesse di una parte – il Governo – che per motivi di opportunità politica e di relazioni sindacali ben difficilmente sindacherà la legittimità del contratto integrativo. Come appare evidente, si appalesa un vuoto ordinamentale in materia di tutela degli equilibri finanziari del contratto integrativo. Tali equilibri, inoltre, non pare possano essere tutelati dalla stessa ARAN per i motivi già esposti e come risulta evidente anche dalla sostanziale inapplicazione dell'art.46 del d.lgvo n.165/2001 laddove ai cc. 3-4-5 dispone la redazione da parte dell'ARAN di un rapporto trimestrale sulla evoluzione delle retribuzioni di fatto dei pubblici dipendenti nonché l'istituzione di un osservatorio per il monitoraggio sull'applicazione dei contratti collettivi nazionali e sulla contrattazione collettiva integrativa e una verifica delle modalità di copertura finanziaria dei contratti trasmessi dalle pubbliche amministrazioni entro cinque giorni dalla sottoscrizione con l'indicazione delle modalità di copertura dei relativi oneri con riferimento agli strumenti annuali e pluriennali di bilancio.

2. ANALISI DELLA SPESA

2.1 Fonti di finanziamento/spesa complessiva

Le successive tabelle sono rappresentative delle fonti di finanziamento per il settore sanitario, utilizzate nel triennio 2001/2003, per far fronte alle spese di parte corrente con le quali vengono messe in rapporto.

Tab. 1

Fonti di finanziamento per la sanità a copertura del fabbisogno regionale (in migliaia di euro)			
	2001	2002	2003
	Consunt.	Consunt.	Consunt.
IRAP sanità	497.864,00	527.250,00	546.691,00
Addizionale IRPEF	51.129,00	56.081,00	52.735,00
Trasferimenti dallo Stato (F S N)	658.878,00	736.633,00	819.288,00
Fondi Integrativi Regionali	529.941,00	577.632,00	603.245,00
Sub-totale	1.737.812,00	1.897.596,00	2.021.959,00
Ricavi diversi	63.453,00	107.674,00	134.399,00
Totale complessivo	1.801.265,00	2.005.270,00	2.156.358,00

Tab. 1/a

Spesa complessiva e rapporto con le fonti di entrata	2001	2002	2003	Incremento 2002/2001	Incremento 2003/2002
Spesa complessiva al lordo della mobilità	2.149.982	2.234.192	2.428.203	3,92%	8,68
Spesa complessiva al netto della mobilità	2.108.602	2.189.851	2.365.929	3,85%	8,04
Avanzo/disavanzo rispetto alle fonti prospetto 3	-348.717	-228.922	-271.845	-34,35%	18,75

N.B. La perdita d'esercizio è data dalla differenza tra il valore della produzione (tab. 1) e la spesa

complessiva al lordo della mobilità.

Dall'esame delle suddette tabelle si rileva un aumento dei fondi provenienti dalle varie forme di finanziamento a cui fa riscontro, peraltro, un accrescimento della spesa che si registra in misura pressoché analoga sia per la spesa al lordo della mobilità sia per quella al netto. Conseguentemente si evidenzia un disavanzo per tutti gli esercizi considerati che è comunque inferiore per il 2002 per il quale si segnala un decremento del 34,35% rispetto all'anno precedente, mentre per il biennio 2002/2003 il dato subisce un incremento pari al 18,75%. Si ritiene doveroso precisare che il dato relativo al disavanzo è stato calcolato dalla differenza fra la spesa al lordo della mobilità e il valore della produzione; l'importo riportato in tabella per l'esercizio 2001 è pertanto diverso da quello fornito dall'amministrazione durante la fase istruttoria dell'indagine elaborata da codesta Corte nell'anno 2003. In tale occasione l'importo di "–595.087 lire" (307.337 euro) era stato calcolato prendendo in considerazione la spesa al netto della mobilità.

2.2 La spesa sanitaria di parte corrente: analisi per categorie economiche

La successiva tabella da contezza della spesa sanitaria di parte corrente, sostenuta nel triennio oggetto della presente indagine, evidenziando per ogni categoria l'incremento maturato nel periodo in esame.

TAB 2

CLASSIFICAZIONE ECONOMICA DELLA SPESA					
REGIONE: BIENNIO 2001/2002					
(in milioni di euro)					
CLASSIFICAZIONE ECONOMICA	2001	2002	2003	Incremento % 2002/2001	Incremento % 2003/2002
ALTRA ASSISTENZA CONVENZIONATA (1)	20.080	35.403	29.316	76,31	-17,19
ALTRO	135.518	127.803	244.971*	-5,69	91,68
BENI E SERVIZI	453.056	485.285	508.406	7,11	4,76
FARMACEUTICA CONVENZIONATA	333.436	337.333	360.232	1,17	6,79
MEDICINA GENERALE CONVENZIONATA	132.663	139.498	146.028	5,15	4,68
OSPEDALIERA CONVENZIONATA	107.004	109.593	105.288	2,42	-3,93
PERSONALE	848.390	887.882	901.822	4,65	1,57
SPECIALISTICA CONVENZIONATA ESTERNA	56.274	60.749	63.751	7,95	4,94
SPECIALISTICA CONVENZIONATA INTERNA (2)	9.742	6.305	6.115	-35,28	-3,01
TOTALE	2.096.163	2.189.851	2.365.929	4,47	8,04

FONTI: dati economico-finanziari desunti dal modello CE e in possesso del Servizio economico-finanziario e del Servizio dell'assistenza sanitaria

(1) in questa voce sono indicate le spese sostenute per l'assistenza riabilitativa

(2) in questa voce sono ricompresi i costi del personale convenzionato interno ex DPR. 271/00

(*) sono compresi gli importi relativi a: oneri finanziari € 8.884,00
imposte € 64.767,00
oneri straordinari € 32.492,00

Tali voci non sono state inserite nella tabella relativa all'anno 2002

Dall'esame della tabella appena esposta si rileva un aumento nel totale della spesa sanitaria di parte corrente anche se, come si è potuto evidenziare nei precedenti referti, con un incremento tendenzialmente in ribasso nel corso degli ultimi anni .

La voce per la quale, nel biennio 2001/2002, si registra il maggiore incremento (76,31% con un decremento successivo pari al 17,19%) si riferisce alla spesa per "altra assistenza convenzionata" mentre si riscontra un consistente decremento per la "spesa specialistica convenzionata interna". Non ci si sofferma sull'evidente crescita della spesa riferita genericamente ad "altre" categorie di spesa in quanto tale sviluppo, registratosi nell'anno 2003, è dovuto in gran parte all'inclusione di costi, come specificato in tabella, non considerati nel periodo precedente.

Si osserva, altresì, che la spesa che proporzionalmente maggiormente incide sulla composizione della spesa complessiva è sempre quella relativa al personale alla quale seguono la spesa per beni e servizi e la spesa farmaceutica.

Relativamente a quest'ultima è doveroso segnalare che il valore di crescita rilevato nel triennio in esame è più contenuto rispetto agli esercizi precedenti. Infatti, nel 2000/2001 si era registrato in misura pari al 26,61% e, ancora prima, nel 1999/2000 era risultato pari al 16,08%. Probabilmente la ragione del ridimensionamento di tale spesa è da ricercarsi nelle misure di contenimento e controllo per questa adottate e che sono state ampiamente esposte nel precedente referto.

Per quanto concerne, invece, il contenimento della spesa per beni e servizi si ricorda che la Regione in ottemperanza a quanto stabilito dalla L. n.405/2001, ha istituito, con L.R. n.7/2002, l'Osservatorio dei prezzi in sanità avente "il compito di monitorare l'andamento degli acquisti e degli appalti di forniture in sede regionale e di rendere trasparenti i risultati delle gare svolte e fornire indicazioni per gli acquisti futuri da parte del sistema sanità". In realtà tale organismo non è mai stato istituito in ambito locale in quanto la Regione ha preferito stipulare una convenzione con il Piemonte per poter accedere al software delle banche dati di tale regione (dove tale struttura opera già da tempo con buoni risultati), inizialmente con il solo fine della

consultazione e, successivamente, con la possibilità di inserire i dati concernenti gli acquisti locali.

2.2.1 Il personale e la sua gestione

Per quanto concerne il personale le successive tabelle espongono la composizione dei dipendenti in servizio presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e le strutture equiparate pubbliche.

L'analisi dei dati del triennio porta ad evidenziare un aumento del personale del ruolo sanitario ed amministrativo in tutte le strutture considerate, mentre si riscontra un consistente calo del personale tecnico in servizio presso le strutture pubbliche, in contrapposizione ad un notevole aumento di quello in servizio nelle strutture equiparate quali i policlinici universitari e INRCA.

PARTE II
Analisi sulla gestione dell'assistenza sanitaria

TAB. 3/A

IL PERSONALE DIPENDENTE DEL SSN E DELLE STRUTTURE EQUIPARATE PUBBLICHE PER RUOLO ANNO 2001										
AZIENDE SANITARIE LOCALI E AZIENDE OSPEDALIERE					STRUTTURE DI RICOVERO EQUIPARATE PUBBLICHE*					TOTALE (1+2)
Sanitario	Amministrativo	Tecnico	Professionale	TOTALE 1*	Sanitario	Amministrativo	Tecnico	Professionale	TOTALE 2*	
15.121	1.837	4.811	48	21.817	327	52	32	0	411	22.228

ASL e Az. Osp. Fonte: Conto Annuale (D. Lvo n° 29/1993) - *di cui a tempo determinato n° 697 (San. 603, Amm. 30, Tecn. 64)

Str. Ric. Equip. Pubbl. Fonte: Conto Annuale (D. Lvo n° 29/1993) per quanto concerne il personale universitario operante nelle strutture ASL; Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute per quanto riguarda l'INRCA

*Il personale comprende esclusivamente i dipendenti, al netto di rapporti di altro tipo

TAB. 3/B

IL PERSONALE DIPENDENTE DEL SSN E DELLE STRUTTURE EQUIPARATE PUBBLICHE PER RUOLO ANNO 2002										
AZIENDE SANITARIE LOCALI E AZIENDE OSPEDALIERE					STRUTTURE DI RICOVERO EQUIPARATE PUBBLICHE*					TOTALE (1+2)
Sanitario	Amministrativo	Tecnico	Professionale	TOTALE 1*	Sanitario	Amministrativo	Tecnico	Professionale	TOTALE 2*	
15.280	1.997	4.434	47	21.758	451	71	134	0	656	22.414

Fonte: Conto Annuale (D.Lvo n° 165/2001)

* Il totale 1* è comprensivo di n° 325 unità dipendenti a tempo determinato (San. n° 291; Amm. n° 4; Tecn. n° 29; Prof. n° 1)

* Il totale 2* è comprensivo di n° 84 unità dipendenti a tempo determinato (San. n° 75; Amm. n° 2; Tecn. n° 7)

*Il personale comprende esclusivamente i dipendenti, al netto di rapporti di altro tipo

TAB. 3/C

IL PERSONALE DIPENDENTE DEL SSN E DELLE STRUTTURE EQUIPARATE PUBBLICHE PER RUOLO ANNO 2003										
AZIENDE SANITARIE LOCALI E AZIENDE OSPEDALIERE					STRUTTURE DI RICOVERO EQUIPARATE PUBBLICHE*					TOTALE (1+2)
Sanitario	Amministrativo	Tecnico	Professionale	TOTALE 1*	Sanitario	Amministrativo	Tecnico	Professionale	TOTALE 2*	
15.281	2.035	4.222	49	21.587	445	74	141	1	661	22.248

*Il personale comprende esclusivamente i dipendenti, al netto di rapporti di altro tipo

Fonte: Conto annuale 2003 (D.Lvo n.165/2001) per il personale delle Aziende sanitarie e ospedaliere.

Comunicazione diretta per le strutture di ricovero pubbliche equiparate

Il totale 1* è comprensivo di n. 419 dipendenti a tempo determinato (San. = n. 364; Tec.= n.36; Amm.= n.18; Prof.=n.1)

Il totale 2* è comprensivo di n. 117 dipendenti a tempo determinato (San. = n. 89 ; Tec.= n. 20 ; Amm. = n. 8)

P A R T E II
Analisi sulla gestione dell'assistenza sanitaria

La successiva tabella n. 4 evidenzia il numero di utenti per ciascun dipendente del SSN che è passato da 74,14 del 2001 a 72,76 del 2002 registrando, pertanto, un lieve calo. Ciò dipende dal fatto che a fronte di un aumento di personale si è invece riscontrata una diminuzione della popolazione. Nell'anno 2003 il rapporto registra, invece, un incremento rispetto all'anno precedente: ad un aumento degli assistiti si è contrapposta una diminuzione dei dipendenti

TAB 4

DIPENDENTI S.S.N. / POPOLAZIONE ANNO 2001 (1° gennaio)		
Popolazione A	Dipendenti * B	A/B
1.648.044	22.228	74,14
DIPENDENTI S.S.N. / POPOLAZIONE ANNO 2002 (1° gennaio)		
Popolazione A	Dipendenti * B	A/B
1.630.847	22.414	72,76
DIPENDENTI S.S.N. / POPOLAZIONE ANNO 2003 (1° gennaio)		
Popolazione A	Dipendenti * B	A/B
1.637.639	22.248	73,61

*Comprensivi anche delle strutture equiparate pubbliche

2.2.2 Il "governo" della medicina generale

La rappresentazione e l'elaborazione dei dati che qui di seguito si vanno ad esporre ha il fine di verificare se il rapporto tra i medici di base e la popolazione residente rientra negli standard fissati dai contratti collettivi nazionali approvati in data 28 luglio 2000 con DPR n. 270, per i medici di medicina generale, e DPR n. 272 per i pediatri di libera scelta. Tali disposizioni prevedono, per ogni ambito territoriale, 1 medico di medicina generale ogni mille abitanti o frazione maggiore di 500, detratta la popolazione di età compresa fra 0 e 14 anni, e 1 pediatra di libera scelta ogni 600 abitanti o frazione maggiore di 300 di età compresa tra 0 e 6 anni.

TAB. 5/A

ASL E COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA ANNO 2001 (1° gennaio)					
--------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

ASL	Residenti	Residenti 0/13	Residenti 14/64	Residenti 65 e oltre	Incidenza popolazione anziana
	1.648.044	216.168	1.175.682	256.194	15,55

FONTE: Dati ISTAT- Popolazione residente al 1° gennaio 2001

TAB. 5/B

ASL E COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA ANNO 2002 (1° gennaio)					
--------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

ASL	Residenti	Residenti 0/13	Residenti 14/64	Residenti 65 e oltre	Incidenza popolazione anziana
	1.630.847	225.804	1.142.876	262.167	16,08

FONTE: Dati ISTAT- Popolazione residente al 1° gennaio 2002

TAB. 5/C

ASL E COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA ANNO 2003 (1° gennaio)					
--------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

ASL	Residenti	Residenti 0/13	Residenti 14/64	Residenti 65 e oltre	Incidenza popolazione anziana
	1.637.639	204.835	1.164.112	268.692	16,41

FONTE: Dati ISTAT - Popolazione residente al 1° gennaio 2003

PARTE II
Analisi sulla gestione dell'assistenza sanitaria

TAB. 6/A

DATI E INDICATORI DI MEDICINA GENERALE ANNO 2001								
VALORI ASSOLUTI								
POPOLAZIONE (dati numerici)				COSTO MEDICINA DI BASE (in euro)	MEDICI DI BASE (dati numerici)			N. RICETTE FARMACEUTICHE *
> e = 14 anni	< 14 anni	< 7 anni	RESIDENTE		N. MEDICI DI MEDICINA GENERALE	N. PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	TOTALE	
1	2	3	4	5	6	7	8=6+7	9
1.431.876	216.168	97.465	1.648.044	132.414	1.374	235	1.609	11.441.113

*Sono considerate le ricette farmaceutiche di specialità medicinali e galenici

INDICATORI				
Rapporto n. medici x 1000 e popolazione residente > e = 14 anni	Rapporto n. pediatri libera scelta x 1000 e popolazione residente < 14 anni	Rapporto n. pediatri libera scelta x 1000 e popolazione residente < 7 anni	Costo medio procapite (in lire)	Ricette farmaceutiche per medico di base
10 = 6/1	11 = 7/2	12 = 7/3	13 = 5/4	14 = 9/8
1	1	2	80,35	7.111

PARTE II
Analisi sulla gestione dell'assistenza sanitaria

TAB. 6/B

DATI E INDICATORI DI MEDICINA GENERALE ANNO 2002								
VALORI ASSOLUTI								
POPOLAZIONE (dati numerici)				COSTO MEDICINA DI BASE (in euro)	MEDICI DI BASE (dati numerici)			N. RICETTE FARMACEUTICHE *
> e = 14 anni	< 14 anni	< 7 anni	RESIDENTE		N. MEDICI DI MEDICINA GENERALE	N. PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	TOTALE	
1	2	3	4	5	6	7	8=6+7	9
1.405.043	225.804		1.630.847	139.498	1.375	233	1.608	12.132.202

Fonti: i dati di risorse e di attività sono stati forniti dal servizio dell'Assistenza distrettuale e farmaceutica; i dati economico-finanziari sono stati desunti dai modelli CE 2002; i dati di popolazione sono desunti dai Dati ISTAT della popolazione al 01.01.2002

*Sono considerate le ricette farmaceutiche di specialità medicinali e galenici

** Non è possibile fornire questo dato in quanto i dati di popolazione al 01.01.2002 sono disponibili solo per classi di età quinquennali e non possono essere utilizzati per il calcolo della fascia di età inferiore ai 7 anni.

INDICATORI				
Rapporto n. medici x 1000 e popolazione residente > e = 14 anni	Rapporto n. pediatri libera scelta x 1000 e popolazione residente < 14 anni	Rapporto n. pediatri libera scelta x 1000 e popolazione residente < 7 anni	Costo medio procapite (in euro)	Ricette farmaceutiche per medico di base
10 = 6/1	11 = 7/2	12 = 7/3	13 = 5/4	14 = 9/8
0,98	1,03	/	85,54	7.545

PARTE II
Analisi sulla gestione dell'assistenza sanitaria

TAB. 6/C

DATI E INDICATORI DI MEDICINA GENERALE ANNO 2003								
VALORI ASSOLUTI								
POPOLAZIONE (dati numerici)				COSTO MEDICINA DI BASE (in euro)	MEDICI DI BASE (dati numerici)			N. RICETTE FARMACEUTICHE *
> e = 14 anni	< 14 anni	< 7 anni	RESIDENTE		N. MEDICI DI MEDICINA GENERALE	N. PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	TOTALE	
1	2	3	4	5	6	7	8=6+7	9
1.432.804	204.835	93.698	1.637.639	133.287	1.381	231	1.612	13.490.765

INDICATORI				
Rapporto n. medici x 1000 e popolazione residente > e = 14 anni	Rapporto n. pediatri libera scelta x 1000 e popolazione residente < 14 anni	Rapporto n. pediatri libera scelta x 1000 e popolazione residente < 7 anni	Costo medio procapite (in euro)	Ricette farmaceutiche per medico di base
10 = 6/1	11 = 7/2	12 = 7/3	13 = 5/4	14 = 9/8
0,96	1,13	2,47	81,39	8.369

*Sono considerate le ricette farmaceutiche di specialità medicinali e galenici

** Fonte: Modello LA 2003 al 9.12.04

P A R T E II
Analisi sulla gestione dell'assistenza sanitaria

Dall'esame delle suddette tabelle emerge che, nel triennio considerato, a fronte del numero dei medici pressoché invariato e una diminuzione della popolazione rispetto al primo anno considerato, si registra un aumento del costo della medicina di base e un conseguente aumento (da rilevarsi in misura più significativa per l'anno 2002) del costo medio pro capite. Tale incremento è da attribuirsi, probabilmente, in gran parte, alla maggiore incidenza della popolazione anziana come si può evincere dall'esame della tab. 5 già rappresentata. Si evidenzia, altresì, l'aumento del numero delle ricette per medico di base che è passato da 7.111 del 2001 a 8.369 del 2003.

In relazione alla crescita dei dati su esposti si richiamano le azioni dirette al contenimento della spesa farmaceutica con il contributo del medico di base. In data 4 novembre 2002, è stato stipulato un Accordo integrativo regionale che, sulla base di quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale, ha fissato alcuni obiettivi strategici per il cui raggiungimento è importante il ruolo giocato dal medico di base. Con il perseguimento degli obiettivi previsti dai suddetti documenti (e che più dettagliatamente sono stati esposti nel precedente referto) si vuole assicurare una razionalizzazione della spesa farmaceutica, una riduzione del tasso di ospedalizzazione e quindi un incremento delle prestazioni assistenziali distrettuali e domiciliari.

2.2.3 L'assistenza specialistica.

Dall'analisi delle successive tabelle si evidenzia nel triennio, e in particolare nell'anno 2003, una considerevole crescita del costo dell'assistenza specialistica (a cui si contrappone una diminuzione delle prestazioni) e una maggiore incidenza di tale macrovoce in rapporto all'assistenza distrettuale complessiva.

Come viene precisato nella relazione sullo stato di attuazione dell'assistenza sanitaria, redatto dall'Assessorato all'Igiene e Sanità per l'esercizio 2002, le ragioni di tale incremento sono da ricercarsi, in gran parte, nell'applicazione del tariffario della medicina specialistica e delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio previsto dal D.M. 22/07/1996. Tale provvedimento normativo ha, tra l'altro, esteso l'esenzione, prima non prevista, a delle categorie di pazienti affetti da malattie croniche e invalidanti.

P A R T E II
Analisi sulla gestione dell'assistenza sanitaria

PARTE II
Analisi sulla gestione dell'assistenza sanitaria

TAB 7/A

INDICATORI ASSISTENZA SPECIALISTICA ANNO 2001												
POPOLAZIONE*	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE (dati numerici)								COSTO (in euro)			
	Diagnostica	Incidenza/ Totale %	Laboratorio	Incidenza/ Totale %	Altre	Incidenza/ Totale %	TOTALE	Rapporto prest. spec./pop.	Livello assistenza distrettuale	Assistenza specialistica	Incidenza ass. spec./ liv. Ass. distr. %	Medio procapite
1	2	3=2/8	4	5=4/8	6	7=6/8	8=2+4+6	9=8/1	10	11	12=11/10	13=11/1
1.648.044	1.323.702	0,06	10.060.278	0,47	9.951.028	0,47	21.335.008	12,95	981.354.000,00	198.744.000,00	20,25	121

*La popolazione indicata è quella residente non essendo stati reperiti i dati relativi alla mobilità attiva e passiva

TAB. 7/B

INDICATORI ASSISTENZA SPECIALISTICA ANNO 2002												
POPOLAZIONE*	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE (dati numerici)								COSTO (in euro)			
	Diagnostica	Incidenza/ Totale %	Laboratorio	Incidenza/ Totale %	Altre	Incidenza/ Totale %	TOTALE	Rapporto prest. spec./pop.	Livello assistenza distrettuale	Assistenza specialistica	Incidenza ass. spec./ liv. Ass. distr. %	Medio procapite
1	2	3=2/8	4	5=4/8	6	7=6/8	8=2+4+6	9=8/1	10	11	12=11/10	13=11/1
1.630.847	900.269	0,048	9.571.661	0,5136953	8.161.025	0,44	18.632.955	11,43	1.003.329.000,00	196.676.000,00	19,60	121

FONTE: Dati ISTAT popolazione al 01.01.2002
Dati economico finanziari : modelli LA 2002
Dati di attività: modello STS 21 2002

TAB. 7/C

INDICATORI ASSISTENZA SPECIALISTICA ANNO 2002												
POPOLAZIONE*	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE (dati numerici)								COSTO (in euro)			
	Diagnostica	Incidenza/ Totale %	Laboratorio	Incidenza/ Totale %	Altre	Incidenza/ Totale %	TOTALE	Rapporto prest. spec./pop.	Livello assistenza distrettuale	Assistenza specialistica	Incidenza ass. spec./ liv. Ass. distr. %	Medio procapite
1	2	3=2/8	4	5=4/8	6	7=6/8	8=2+4+6	9=8/1	10	11	12=11/10	13=11/1
1.637.639	878.202	0,048	10.360.771	0,56	7.192.694	0,39	18.431.667	11,26	1.184.213.000,00	266.332.000,00	22,49	163

Fonte : dati di attività - modello STS 21
dati economico finanziari modello LA 2003 al 9.12.04
(*) il dato 11 è comprensivo dei costi per l'assistenza termale (Euro 1754000,00)

2.2.4 L'assistenza farmaceutica.

Le successive tabelle dovrebbero essere rappresentative dell'andamento della spesa farmaceutica nel triennio considerato. In proposito si precisa che desta perplessità il fatto che l'Assessorato all'Igiene e Sanità abbia fornito indicazioni del solo dato relativo alla spesa farmaceutica territoriale e non anche, come richiesto, del costo sostenuto dagli ospedali e della spesa a carico del cittadino, dati, questi ultimi, che in virtù delle azioni poste in essere da codesta Regione si presume potessero essere facilmente ricostruiti. Si ricorda, infatti, che fra le misure di contenimento e controllo adottate, ampiamente esposte nel precedente referto, dovrebbe essere stata attuata un'attività di monitoraggio sul consumo dei farmaci, realizzato dall'Assessorato attraverso la stipulazione di un protocollo d'intesa con i responsabili di Federfarma Sardegna (Unione Regionale dei Titolari di Farmacia della Sardegna). Si evidenzia, inoltre, la costituzione di una "Commissione per il governo della spesa farmaceutica", nata con lo scopo di monitorare il sistema di prescrizione ed erogazione dei farmaci, e, infine, l'istituzione di un "Osservatorio sul farmaco" che ha compiti di consulenza sulle azioni dirette alla razionalizzazione e al contenimento della spesa.

Tutto ciò premesso, si è comunque proceduto all'esame dei dati disponibili che portano ad evidenziare un aumento consistente della spesa farmaceutica soprattutto nell'anno 2003.

Le motivazioni che dovrebbero aver determinato tale incremento e la collocazione della spesa in argomento fra quelle che continuano ad incidere maggiormente sul bilancio regionale, dovrebbero ricercarsi in alcuni fattori normativi e oggettivi che qui di seguito si evidenziano:

- provvedimenti ministeriali che hanno disposto un aumento dei prezzi dei medicinali allineandoli alla media europea;
- provvedimenti della Commissione Unica del farmaco con i quali è stato stabilito il diritto alla rimborsabilità per nuove molecole di farmaci e l'estensione per altre che erano già ammesse a rimborso ma solo per alcune patologie;
- prescrizioni dei medici di base che hanno rilasciato ricette per farmaci nuovi con costi più elevati;

- aumento delle esenzioni stabilite dal DM 329/99 che ha previsto, altresì, la possibilità di avere una pluriprescrizione per diversi farmaci per i quali prima non era concedibile (malattie croniche e invalidanti);
- introduzione dei DRG che, pur riducendo le giornate di degenza ospedaliera, potrebbe aver determinato un maggior costo della spesa farmaceutica territoriale.

PARTE II
Analisi sulla gestione dell'assistenza sanitaria

TAB 8/A

REGIONE SARDEGNA SPESA FARMACEUTICA ANNO 2001							
(in euro)							
A CARICO DEL SSN							
TERRITORIALE (1) (*)	OSPEDALIERA (2)	di cui a distribuzione diretta (**)	TOTALE (A) = (1) + (2)	VAR. % ***	A CARICO DEL CITTADINO (B) (****)	VAR. % ***	TOTALE GENERALE (A) + (B)

TAB 8/B

REGIONE SARDEGNA SPESA FARMACEUTICA ANNO 2002							
(in euro)							
A CARICO DEL SSN							
TERRITORIALE (1) (*)	OSPEDALIERA (2)	di cui a distribuzione diretta (**)	TOTALE (A) = (1) + (2)	VAR. % ***	A CARICO DEL CITTADINO (B) (****)	VAR. % ***	TOTALE GENERALE (A) + (B)

PARTE II
Analisi sulla gestione dell'assistenza sanitaria

TAB 8/C

REGIONE SARDEGNA SPESA FARMACEUTICA ANNO 2002							(in euro)
A CARICO DEL SSN			TOTALE (A) = (1) + (2)	VAR. % ***	A CARICO DEL CITTADINO (B) (****)	VAR. % ***	TOTALE GENERALE (A) + (B)
TERRITORIALE (1) (*)	OSPEDALIERA (2)	di cui a distribuzione diretta (**)					
349.637.166			349.637.166				349.637.166

* solo convenzionata

** farmaci di esclusiva distribuzione diretta ospedaliera

*** rispetto all'anno precedente

**** il costo si riferisce all'intera spesa privata e non, invece, alla sola compartecipazione (ticket)

Al fine di valutare l'incidenza della spesa farmaceutica su ogni singolo utente e su ogni ricetta, e il numero delle ricette procapite, è stata chiesta all'Assessorato la compilazione delle successive tabelle per ognuno degli anni considerati.

TAB 9/A

REGIONE SARDEGNA INDICATORI DELLA SPESA FARMACEUTICA Gennaio - Dicembre 2001					
Spesa netta procapite (in euro)		Numero ricette procapite		Spesa netta per ricetta (in euro)	
gen-dic	var % *	gen-dic	var % *	gen-dic	var % *
198,50	35,4%	6,94	20,2%	28,59	12,7%

TAB 9/B

REGIONE SARDEGNA INDICATORI DELLA SPESA FARMACEUTICA Gennaio - Dicembre 2002					
Spesa netta procapite (in euro)		Numero ricette procapite		Spesa netta per ricetta (in euro)	
gen-dic	var % *	gen-dic	var % *	gen-dic	var % *
200,69	1,10%	7,43	7,06%	26,98	-5,63%

TAB 9/C

REGIONE SARDEGNA INDICATORI DELLA SPESA FARMACEUTICA Gennaio - Dicembre 2003					
Spesa netta procapite (in euro)		Numero ricette procapite		Spesa netta per ricetta (in euro)	
gen-dic	var % *	gen-dic	var % *	gen-dic	var % *
213,50	6,8%	8,20	11,2%	25,90	-3,7%

* rispetto all'anno precedente

Dall'esame delle suddette tabelle si rileva un decremento, nel triennio, per il dato relativo alla "spesa netta per ricetta", mentre si segnalano in aumento (seppur con una minore percentuale di variazione nell'anno 2003 rispetto al 2001) i valori registrati per la "spesa netta pro-capite" e per il "numero delle ricette pro-capite".

Per concludere si fa presente che, da quanto emerge dal resoconto dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità, le azioni poste in essere in campo farmaceutico nel corso dell'anno 2003, riguardano in misura prevalente interventi di programmazione e di indirizzo rivolti alle Aziende USL in conformità alle indicazioni contenute nella legge 405/2001.

1. LA RAZIONALIZZAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI

La razionalizzazione dei servizi ospedalieri rappresenta uno degli obiettivi prioritari che la Regione Sarda intende portare avanti nell'ambito della programmazione regionale in materia di assistenza ospedaliera.

Tale processo è ritenuto di fondamentale importanza per il contenimento della spesa sanitaria e per assicurare un miglioramento dei servizi offerti ai cittadini.

Più specificatamente con la razionalizzazione in argomento si dovrebbero porre in essere le seguenti iniziative:

- Riqualificazione dei servizi ospedalieri secondo i principi di efficienza, efficacia ed economicità;
- Adeguamento della rete ospedaliera agli standard strutturali e funzionali previsti dalla normativa statale;
- Definizione dei criteri di organizzazione interna degli ospedali secondo il modello dipartimentale;
- Formalizzazione delle attività di day hospital e day surgery.

L'attuale Giunta dovrebbe finalmente completare questo processo di razionalizzazione e riorganizzazione che ha avuto inizio con le disposizioni contenute in una deliberazione approvata dal Consiglio Regionale in data 22/07/1998 ma che non è stato mai portato a termine, neanche con l'ultimo provvedimento redatto in data 26/06/2001 ad integrazione e aggiornamento del primo.

L'esigenza di addivenire ad un nuovo piano di razionalizzazione della rete ospedaliera che tenga conto dei nuovi elementi conoscitivi emersi, è considerata ora ancora più indispensabile in quanto costituisce un presupposto per poter accedere all'integrazione dei finanziamenti statali previsti per l'anno 2003 e successivi.

Si ricorda, a tal proposito, inoltre, che il nuovo piano di razionalizzazione della rete ospedaliera dovrà essere conforme a quanto stabilito dall'accordo del 8 agosto 2001 (confermato dal D.L. 347/2001, convertito con la L. 405/2001) fra Stato e Regioni; il rapporto ottimale tra

dotazione posti letto e popolazione dovrà corrispondere a 5/1000, di cui 1/1000 riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza. La mancata riconversione dei posti letto per acuti in base alle nuove disposizioni di legge alimenta alcune anomalie del sistema per l'analisi delle quali si ritiene opportuno rimandare alle considerazioni esplicitate nella parte relativa agli indicatori dell'offerta ospedaliera.

L'evidente ritardo nella riorganizzazione della rete ospedaliera porta, quindi, non solo ad un utilizzo poco appropriato delle dotazioni strutturali disponibili, ma soprattutto, aspetto non trascurabile per gli utenti, ad una penalizzazione della Regione sarda dal punto di vista finanziario.

2. ASPETTI STRUTTURALI

Per far fronte alla domanda ospedaliera la Sanità regionale ha utilizzato diverse strutture di ricovero, pubbliche e private, il cui numero complessivo è variato nel triennio 2001/2003 in funzione del mutato numero degli Istituti e centri di riabilitazione (81 nel 2001, 82 nel 2002 e 73 nel 2003) ¹⁹, passando dai 127 del 2001 ai 119 del 2003 (128 nel 2002).

Nella tabella n.10 vengono riportati i dati numerici relativi a tutte le strutture di ricovero presenti sul territorio, pubbliche e private (queste ultime accreditate e non), distinte per tipologia.

Come appena sopra evidenziato, negli anni esaminati, in disparte gli Istituti e i centri di riabilitazione, il numero degli istituti di ricovero si è mantenuto costante. Volendo analizzarli per tipologia, si rileva la presenza di 29 ospedali a gestione diretta, di un'unica Azienda ospedaliera, di 13 case di cura accreditate, di due policlinici universitari e di un solo Istituto a carattere scientifico (IRCCS).

E' evidente la preponderanza dei ospedali direttamente gestiti dalle Asl (che rappresentano rispettivamente il 22,83%, il 22,66% ed il 24,37% delle strutture complessivamente considerate nel triennio) sugli altri istituti di cura.

¹⁹ Rispetto alla precedente indagine, si rileva che l'Amministrazione regionale ha portato una variazione al dato 1999/2000, riferito agli Istituti e Centri di riabilitazione che risultavano essere 77.

TAB. 10/A

LE STRUTTURE DI RICOVERO E CURA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE									
ANNO 2001									

Aziende Ospedaliere	Ospedali gestione diretta	Presidi privati quali presidi ASL	Ospedali classificati	IRCCS *	Policlinici universitari a gest. univ.	Istituti e Centri di riabilitazione	Istituti Psichiatrici residuali	Case di Cura Private Accreditate	Case di Cura Private non Accreditate
1	29	0	0	1	2	81	0	13	0

FONTE: i dati inerenti le strutture pubbliche e private di ricovero ospedaliero sono stati forniti dal Servizio dell'assistenza ospedaliera, mentre la fonte dei dati inerenti gli Istituti e Centri di riabilitazione è il Daisas n.3122/3 del 23/11/99, con gli aggiornamenti derivanti dalle successive autorizzazioni rilasciate dal Servizio IV competente in materia.

* pubblici e privati

TAB. 10/B

LE STRUTTURE DI RICOVERO E CURA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE									
ANNO 2002									

Aziende Ospedaliere	Ospedali gestione diretta	Presidi privati quali presidi ASL	Ospedali classificati	IRCCS *	Policlinici universitari a gest. univ.	Istituti e Centri di riabilitazione	Istituti Psichiatrici residuali	Case di Cura Private Accreditate	Case di Cura Private non Accreditate
1	29	0	0	1	2	82	0	13	0

FONTE: Regione

* pubblici e privati

TAB. 10/C

LE STRUTTURE DI RICOVERO E CURA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE									
ANNO 2003									

Aziende Ospedaliere	Ospedali gestione diretta	Presidi privati quali presidi ASL	Ospedali classificati	IRCCS *	Policlinici universitari a gest. univ.	Istituti e Centri di riabilitazione	Istituti Psichiatrici residuali	Case di Cura Private Accreditate	Case di Cura Private non Accreditate
1	29	0	0	1	2	73	0	13	0

FONTE: Regione

* pubblici e privati

3. PRINCIPALI INDICATORI DELLA GESTIONE OSPEDALIERA ANNI 2001-2003

Gli indicatori utilizzati più frequentemente dalla Regione Sardegna per valutare le performances dei presidi ospedalieri pubblici e privati convenzionati afferiscono alle prestazioni effettuate dagli istituti di ricovero e cura, alla domanda e offerta di servizi sanitari, all'efficienza operativa delle strutture, all'efficacia e appropriatezza delle prestazioni sanitarie alle liste di attesa e alla mobilità ospedaliera. L'Assessorato si avvale dei dati che le Aziende rilevano dalle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) per elaborare detti indici costruiti sulla base di indicazioni ministeriali. Gli indicatori che di seguito verranno analizzati sono utili per segnalare eventuali disfunzioni dell'attività ospedaliera posta in essere dalle strutture sanitarie regionali. Qualora i valori così ottenuti dovessero discostarsi significativamente dai parametri ministeriali, segnalerebbero eventuali anomalie di gestione con conseguente aggravio dei costi delle prestazioni; e ciò anche attraverso l'analisi dell'attività di strutture analoghe dalle quali si discostino per risultato.

3.1 Indicatori di attività

Le tabelle nn. 11 e 12 riportano i dati relativi ai ricoveri ed alle giornate di degenza effettuati nelle strutture di ricovero della Regione negli anni 2001-2002-2003. Gli stessi sono stati differenziati per tipologia di struttura - pubblica o privata accreditata (tab.12) e di ricovero - acuti in regime ordinario e day hospital (tab.11), con l'indicazione del dato concernente la degenza media.

PARTE III
Principali indicatori della gestione ospedaliera anni 2001-2003

TAB. 11/A

COMPOSIZIONE DELL'ATTIVITA' OSPEDALIERA PER REGIME DI RICOVERO*														
ANNO 2001														

RICOVERI									GIORNATE di DEGENZA						DEGENZA MEDIA ACUTI in REGIME ORDINARIO (5) / (1)			
ACUTI			RIABILITAZIONE			LUNGO DEGENZA	ACUTI			RIABILITAZIONE			LUNGO DEGENZA					
Regime Ordinario	Day Hospital	%	Regime Ordinario	Day Hospital	%		Regime Ordinario	Day Hospital	%	Regime Ordinario	Day Hospital	%						
-1	-2	%	-3	-4	%	-5	-6	%	-7	-8	%							
254.075	70	107.985	30	193	74	68	26	294	1.695.069	90	181.496	10	13.600	90	1.572	10	21.087	6,67

Fonte: dati SDO 2001. Esclusi i ricoveri a totale pagamento degli utenti.

TAB. 11/B

COMPOSIZIONE DELL'ATTIVITA' OSPEDALIERA PER REGIME DI RICOVERO*														
ANNO 2002														

RICOVERI									GIORNATE di DEGENZA						DEGENZA MEDIA ACUTI in REGIME ORDINARIO (5) / (1)			
ACUTI			RIABILITAZIONE			LUNGO DEGENZA	ACUTI			RIABILITAZIONE			LUNGO DEGENZA					
Regime Ordinario	Day Hospital	%	Regime Ordinario	Day Hospital	%		Regime Ordinario	Day Hospital	%	Regime Ordinario	Day Hospital	%						
-1	-2	%	-3	-4	%	-5	-6	%	-7	-8	%							
266.638	72	104.194	28	303	84	56	16	640	1.765.890	90	187.112	10	11.836	90	1.289	10	42.209	6,62

Fonte: dati SDO 2002. Esclusi i ricoveri a totale pagamento degli utenti.

TAB. 11/C

COMPOSIZIONE DELL'ATTIVITA' OSPEDALIERA PER REGIME DI RICOVERO*														
ANNO 2003														

RICOVERI									GIORNATE di DEGENZA						DEGENZA MEDIA ACUTI in REGIME ORDINARIO (5) / (1)			
ACUTI			RIABILITAZIONE			LUNGO DEGENZA	ACUTI			RIABILITAZIONE			LUNGO DEGENZA					
Regime Ordinario	Day Hospital	%	Regime Ordinario	Day Hospital	%		Regime Ordinario	Day Hospital	%	Regime Ordinario	Day Hospital	%						
-1	-2	%	-3	-4	%	-5	-6	%	-7	-8	%							
264.410		103.639		462		88		718	1.749.638		191.940		14.839		2.071		38.651	6,62

Fonte: dati SDO 2003. Esclusi i ricoveri a totale pagamento degli utenti.

P A R T E I I I
Principali indicatori della gestione ospedaliera anni 2001-2003

TAB. 12//A

COMPOSIZIONE ATTIVITA' OSPEDALIERA – PUBBLICO E PRIVATO*														
ANNO 2001														

RICOVERI														
ISTITUTI PUBBLICI					ISTITUTI PRIVATI					TOTALE				
ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGO	ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGO	ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGO
Regime	Day	Regime	Day	DEGENZA	Regime	Day	Regime	Day	DEGENZA	Regime	Day	Regime	Day	DEGENZ.
ordinario	Hospital	ordinario	Hospital		ordinario	Hospital	ordinario	Hospital		ordinario	Hospital	ordinario	Hospital	
205.389	99.783	193	68	0	48.686	8.202	0	0	294	254.075	107.985	193	68	294

Fonte: dati SDO 2001. Esclusi i ricoveri a totale pagamento degli utenti.

TAB. 12/B

COMPOSIZIONE ATTIVITA' OSPEDALIERA – PUBBLICO E PRIVATO*														
ANNO 2002														

RICOVERI														
ISTITUTI PUBBLICI					ISTITUTI PRIVATI					TOTALE				
ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGO	ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGO	ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGO
Regime	Day	Regime	Day	DEGENZA	Regime	Day	Regime	Day	DEGENZA	Regime	Day	Regime	Day	DEGENZ.
ordinario	Hospital	ordinario	Hospital		ordinario	Hospital	ordinario	Hospital		ordinario	Hospital	ordinario	Hospital	
218.058	96.906	303	56	0	48.580	7.288	0	0	640	266.638	104.194	303	56	64

Fonte: dati SDO 2002. Esclusi i ricoveri a totale pagamento degli utenti.

TAB. 12/C

COMPOSIZIONE ATTIVITA' OSPEDALIERA – PUBBLICO E PRIVATO*														
ANNO 2003														

RICOVERI														
ISTITUTI PUBBLICI					ISTITUTI PRIVATI					TOTALE				
ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGO	ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGO	ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGO
Regime	Day	Regime	Day	DEGENZA	Regime	Day	Regime	Day	DEGENZA	Regime	Day	Regime	Day	DEGENZ.
ordinario	Hospital	ordinario	Hospital		ordinario	Hospital	ordinario	Hospital		ordinario	Hospital	ordinario	Hospital	
220.223	95.813	462	88	0	44.187	7.826	0	0	718	264.410	103.639	462	88	71

Fonte: dati SDO 2003. Esclusi i ricoveri a totale pagamento degli utenti.

Dall'esame dei valori sopraindicati, si evidenzia che nel 2002, rispetto al 2001, si è verificata una crescita del numero totale dei ricoveri - da 362.615 a 371.831 - ed un correlativo aumento delle giornate di degenza - da 1.926.424 a 2.008.336 -. Ciò è determinato, prevalentemente, dai ricoveri in regime ordinario, che dal 70 passano al 72% per gli acuti e dal 74 al 84% per la riabilitazione, se si considera che i ricoveri in day hospital diminuiscono sia per gli acuti(-3.791) che per quanto attiene alla riabilitazione (-12). Nell'anno 2003, per contro, in controtendenza rispetto agli anni precedenti, si registra un minor numero di ricoveri (-2.514) ed una conseguente diminuzione delle giornate di degenza (-11.197). Tale flessione è conseguente al calo che si riscontra nei ricoveri ordinari (-2.228) così come nei ricoveri in day hospital (-555). I dati sulla riabilitazione, al contrario, segnalano un aumento, sia nel regime ordinario (159) che nel DH (32).

Nel 2003, la degenza media dei ricoveri acuti in regime ordinario subisce un'ulteriore positiva flessione, rispetto al 2001 e al 2002, che conferma, come già rilevato nel precedente referto, l'andamento in diminuzione del dato e, quindi, in linea con la media fissata a livello nazionale [7,0].

Nel 2002 l'incremento del numero dei ricoveri (+2,54 %) crea discontinuità nella tendenza positiva, rilevata nella precedente relazione, ad utilizzare forme alternative al ricovero ordinario. Tuttavia nel 2003 si registra una, se pur minima, diminuzione dello 0,67% nei ricoveri con una conseguente riduzione dell'assistenza ospedaliera in tale attività. Rimane confermata, invece, nel biennio 2002/2003 la diminuzione dell'attività di day hospital, anche se nel 2003 è alquanto inferiore (-0,50) rispetto a quanto si è riscontrato nel 2002 (-3.51). Ciò contravviene a quanto stabilito dalla normativa nazionale²⁰ in base alla quale, nell'ottica di una razionalizzazione delle risorse, è prevista la riduzione dell'assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria e ciò deve realizzarsi nella misura annuale non inferiore all'1%. La notevole crescita dei ricoveri nel 2002, pari al 4,98%, e quella

²⁰ Art. 72 3° comma del collegato alla finanziaria per il 1999 (L. 23.12.1998 n.448)

meno significativa, dello 0,77%, nel 2003 portano ad affermare che, nonostante il miglioramento rilevato in tale ultimo anno, tuttora non può ancora ritenersi che l'obiettivo indicato dal legislatore sia stato ancora conseguito in Regione.

I dati relativi all'attività ospedaliera, desunti dalla tabella 12/A e 12/B, mostrano un calo, se pur lieve, della percentuale dei ricoveri acuti presso gli istituti privati, sia per il regime ordinario (il 19,16% nel 2001; il 18,21% nel 2002 e il 16,71 nel 2003, come per il day hospital (il 7,60% nel 2001; il 6,99% nel 2002 e il 7,55 nel 2003) ed, inoltre, confermano sia l'assenza di ricoveri riabilitativi in ambito privato come, peraltro, la tendenza ad orientarsi verso il settore privato per i ricoveri di lungodegenza.

Infine sia nel 2002 che nel 2003, i ricoveri acuti rappresentano la percentuale più elevata (99,73%; 99,65%) dei ricoveri totali e sono per il 71,90% (2002) e per il 71,84%(2003) in regime ordinario, mentre, il 28,09% (2002) ed il 28,15% (2003) avvengono in day hospital; conseguentemente la riabilitazione e la lungo degenza si attestano su una percentuale dello 0,27% (2002) e dello 0,34% (2003).

3.2 Indicatori di domanda e di offerta. Mobilità ospedaliera

La frequenza con cui i residenti ricorrono alle strutture ospedaliere, l'offerta da parte di queste di posti letto ed il loro grado di utilizzazione, vengono rappresentate dalle tabelle che seguono.

Dai dati sui ricoveri ordinari per acuti riportati nella sottostante tabella può riscontrarsi un aumento, per l'anno 2002, della domanda ospedaliera da parte dei residenti. Ciò comporta che il rapporto ricoveri/popolazione residente (161,1), c.d. tasso di ospedalizzazione, risulti, anche se di poco, non conforme al parametro fissato dall' art. 1, comma 1, L. n. 662/96, che prevede 160 ricoveri ogni 1000 abitanti. Pur non discostandosi sostanzialmente dalla previsione normativa, deve sottolinearsi che tale valore appare sensibilmente superiore rispetto all'anno precedente, in cui il ricorso alle strutture ospedaliere era pari a 151,5 ricoveri ogni 1000 abitanti confermando, così, l'andamento altalenante già rilevato nel triennio 1999/2001.

PARTE III
Principali indicatori della gestione ospedaliera anni 2001-2003

Per il 2003 i dati evidenziano, invece, un netto miglioramento del tasso di ospedalizzazione, il cui indice, 158,7 ricoveri per 1000 abitanti, indica un valore ampiamente positivo e nel pieno rispetto, anzi al di sotto, della previsione normativa.

La frequenza con cui i residenti ricorrono alle strutture ospedaliere, l'offerta da parte di queste di posti letto ed il loro grado di utilizzazione, vengono rappresentate dalle tabelle che seguono.

TAB 13/A

INDICATORI DI DOMANDA: TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE ACUTI ANNO 2001 (Popolazione al 1.1.2001)								
REGIME ORDINARIO			DAY HOSPITAL			TOTALE ACUTI		
RICOVERI entro REGIONE	RICOVERI fuori REGIONE	TOTALE	RICOVERI entro REGIONE	RICOVERI fuori REGIONE	TOTALE	RICOVERI entro REGIONE	RICOVERI fuori REGIONE	TOTALE
249603,00	12488,00	262091,00	107088,00	3141,00	110229,00	356691,00	15629,00	372320,00

TAB 13/B

INDICATORI DI DOMANDA: TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE ACUTI ANNO 2002 (Popolazione al 1.1.2002)								
REGIME ORDINARIO			DAY HOSPITAL			TOTALE ACUTI		
RICOVERI entro REGIONE	RICOVERI Fuori REGIONE	TOTALE	RICOVERI entro REGIONE	RICOVERI fuori REGIONE	TOTALE	RICOVERI entro REGIONE	RICOVERI fuori REGIONE	TOTALE
262.694	11.355	274.049	103.351	3.343	106.694	366.045	14.698	380.743

TAB 13/C

INDICATORI DI DOMANDA: TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE ACUTI ANNO 2003 (Popolazione al 1.1.2003)								
REGIME ORDINARIO			DAY HOSPITAL			TOTALE ACUTI		
RICOVERI entro REGIONE	RICOVERI fuori REGIONE	TOTALE	RICOVERI entro REGIONE	RICOVERI fuori REGIONE	TOTALE	RICOVERI entro REGIONE	RICOVERI fuori REGIONE	TOTALE
259.947	17.371	277.318	102.793	6.247	109.040	362.740	23.618	386.358

FONTI: Dati SDO

Dai dati sui ricoveri ordinari per acuti riportati nella tabella n.13 può riscontrarsi un aumento, per l'anno 2002, della domanda ospedaliera da parte dei residenti. Ciò comporta che il rapporto ricoveri/popolazione residente(161,1), cd tasso di ospedalizzazione, risulti, anche se di poco, non conforme al parametro fissato dall' art. 1, comma 1, L. n. 662/96, che prevede 160 ricoveri ogni 1000 abitanti. Pur non discostandosi sostanzialmente dalla previsione normativa, deve sottolinearsi che tale valore appare sensibilmente superiore rispetto all'anno precedente, in cui il ricorso alle strutture ospedaliere era pari a 151,5 ricoveri ogni 1000 abitanti confermando, così, l'andamento altalenante già rilevato nel triennio 1999/2001.

Per il 2003 i dati evidenziano, invece, un netto miglioramento del tasso di ospedalizzazione, il cui indice, 158,7 ricoveri per 1000 abitanti, indica un valore ampiamente positivo e nel pieno rispetto, anzi al di sotto, della previsione normativa.

TAB 14/A

INDICATORI DI OFFERTA OSPEDALIERA PER ACUTI E NON ACUTI PUBBLICO E PRIVATO ANNO 2001							
Popolazione 1.1.1999 ISTAT	PUBBLICI			ACCREDITATI			Posti Letto x 1.000 abitanti
	Posti Letto Day Hospital	Posti Letto Degenza Ordinaria	Totale Posti Letto	Posti Letto Day Hospital	Posti Letto Degenza Ordinaria	Totale Posti Letto	
1.648.044	27	7.096	7.123	15	1.497	1.512	5,24

TAB 14/B

INDICATORI DI OFFERTA OSPEDALIERA PER ACUTI E NON ACUTI PUBBLICO E PRIVATO ANNO 2002							
Popolazione 1.1.2000 ISTAT	PUBBLICI			ACCREDITATI			Posti Letto x 1.000 abitanti
	Posti Letto Day Hospital	Posti Letto Degenza Ordinaria	Totale Posti Letto	Posti Letto Day Hospital	Posti Letto Degenza Ordinaria	Totale Posti Letto	
1.630.847	27	7.096	7.123	15	1.509	1.524	5,29

TAB 14/C

INDICATORI DI OFFERTA OSPEDALIERA PER ACUTI E NON ACUTI PUBBLICO E PRIVATO ANNO 2003							
Popolazione 1.1.2001 ISTAT	PUBBLICI			ACCREDITATI			Posti Letto x 1.000 abitanti
	Posti Letto Day Hospital	Posti Letto Degenza Ordinaria	Totale Posti Letto	Posti Letto Day Hospital	Posti Letto Degenza Ordinaria	Totale Posti Letto	
1.637.639	326	6.827	7.153	15	1.509	1.524	5,29

Fonte: Dati posti letto autorizzati in possesso del Servizio Assistenza Sanitaria

Relativamente alla dotazione di posti letto (tab. 14), nel 2002, non si riscontra se non un lievissimo ampliamento dell'offerta nelle sole strutture accreditate (+12), e limitatamente alla sola degenza ordinaria. Diversa appare la situazione nel 2003 dove, ferma restando l'offerta ospedaliera privata che non presenta variazioni, nel pubblico si verifica una diversificazione della dotazione dei posti letto peraltro aumentati di 30; vengono infatti aumentati quelli destinati al DH – in cui convergono i 30 in più che passano da 27 a 326 (+299), con un ovvia diminuzione di quelli riservati alla degenza ordinaria.

E' doveroso ricordare che i dati riportati nella tab.n.14 si riferiscono ai posti letto anagrafici in dotazione alle strutture, e non descrivono l'effettivo utilizzo degli stessi. Pertanto, i valori riportati non rappresentano l'offerta reale.

Come si è appena detto, pur essendo molto limitata la variazione del dato totale rispetto al 2001, l'offerta ospedaliera nel 2002 risulta aumentata, passando dal 5,24 al 5,28. Un ulteriore lieve incremento dell'indicatore in esame si riscontra nel 2003: nel triennio, dunque, detto valore si mantiene di

poco superiore al parametro normativo di 5 posti letto per mille abitanti²¹ (in costante crescita di 0,04 punti percentuali per anno). Tuttavia, come già osservato nella precedente relazione, il dato in tabella risulta non del tutto corretto, in quanto riferito esclusivamente agli acuti stante che, in assenza di una razionalizzazione delle strutture ospedaliere²², non è stato ancora definito il numero dei posti letto riservati alla riabilitazione e alla lungodegenza. per i quali la previsione normativa assegna una riserva del 1/1000.

Tale lacuna legislativa si riflette anche sulla percentuale di p.l., 10% degli ordinari, da destinarsi al D.H. che, come può notarsi dalla tab. n° 14, sono solo 42 su un totale di 8647 nel 2002. Il miglioramento rilevato nel 2003 (+299) anche se ancora lontano dall'obiettivo ministeriale, è presumibilmente dovuto al fatto che, in tale anno, nell'attività posta in essere dall'assessorato rientra il processo di riconversione dei posti letto ordinari per acuti in posti letto di ricovero diurno sulla base delle disposizioni della deliberazione della G.R. n.43/9 del 20/12/2002.

In realtà ciò significa che per questa tipologia di ricoveri si utilizzano non solo i posti letto "ufficiali" ma, secondo le necessità, anche quelli riservati ai ricoveri ordinari, salvaguardando le esigenze assistenziali.

Dalla mancata razionalizzazione della rete ospedaliera scaturisce anche un problema di natura gestionale: da una perfetta corrispondenza tra la distribuzione anagrafica dei posti letto e il loro reale utilizzo, deriverebbe una valutazione più attendibile dell'attività ospedaliera, in quanto il valore degli indicatori di occupazione media, di rotazione e di turn over darebbero risultati più attendibili e, dunque, meglio gestibili.

3.2.1 Indicatori di efficienza.

La tab. 15 mostra per il 2002 un miglioramento dell'indice di occupazione media dei posti letto, cosiddetto IOM, in relazione al pregresso triennio 1999/2001. Tale valore, così come quello relativo al lasso di tempo intercorrente tra le dimissioni di un paziente ed il ricovero del successivo

²¹ L. 405/2001.

²² Le linee guida sulla razionalizzazione della rete ospedaliera, non sono state ancora approvate dal Consiglio Regionale.

(turn-over) e quello di rotazione dei posti letto (IR), anch'essi riportati in tabella, presenta un miglior impiego delle risorse rispetto al passato.

Infatti, l'indice IOM (57,19) pur essendo di parecchi punti percentuali inferiore al limite stabilito dalla norma che prevede un utilizzo medio dei posti letto non inferiore al 75%²³ della disponibilità, al di sotto del quale si cade nella sotto-utilizzazione delle risorse mostra, comunque, una valenza positiva se si considera che la percentuale d'occupazione media è salita a fronte di una diminuzione della popolazione ed in presenza di un numero pressoché costante di posti letto. Un leggerissimo peggioramento è riscontrabile nel 2003 per quanto attiene ai valori dello IOM e del turn over che risultano in calo il primo e in rialzo il secondo.

Le stesse considerazioni possono essere fatte valere anche per quanto concerne gli altri indici rappresentati in tabella: il turn-over, pur essendo ancora alto, indica un minor intervallo tra un ricovero ed un altro, l'indice di rotazione esprime una maggiore frequenza nell'utilizzazione dei posti letto.

TAB 15/A

INDICATORI DI EFFICIENZA OSPEDALIERA PER ACUTI REGIME ORDINARIO - PUBBLICO ANNO 2001		
IOM GD% / PL x 365	TURN-OVER (PL x 365 - GD) / RC	IR (RC / PL)
54,97	5,63	29,17

FONTE: Dati SDO 2001

TAB 15/B

INDICATORI DI EFFICIENZA OSPEDALIERA PER ACUTI REGIME ORDINARIO - PUBBLICO ANNO 2002		
IOM GD% / PL x 365	TURN-OVER (PL x 365 - GD) / RC	IR (RC / PL)
57,19	5,20	30,04

FONTE: Dati SDO 2002

²³ v. art.1, comma 1, L. n. 662/'96.

TAB 15/C

INDICATORI DI EFFICIENZA OSPEDALIERA PER ACUTI REGIME ORDINARIO - PUBBLICO ANNO 2003		
--------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

IOM GD% / PL x 365	TURN-OVER (PL x 365 - GD) / RC	IR (RC / PL)
56,80	5,25	30,055

FONTE: Dati SDO 2003

3.2.2 Mobilità ospedaliera tra regioni.

Gli indici fin qui esaminati sono collegati ai saldi di mobilità ospedaliera. Per evitare, infatti, la migrazione verso altre regioni, è necessario monitorare il rapporto domanda/offerta in sede regionale: più è adeguata l'offerta in Regione, meno elevata sarà l'esigenza di soddisfare la domanda altrove, con evidente risparmio di risorse economiche. Al fine di valutare quale sia stata la situazione nel triennio 2001/2003, nella tab. 16, che segue, sono stati riportati i dati relativi ai ricoveri - per acuti in regime ordinario e day hospital - effettuati in regione e fuori regione ed il corrispondente saldo migratorio. Per il 2002 gli stessi evidenziano, in termini generali, un miglioramento - per ciò che concerne il regime ordinario - con un decremento dei valori migratori rispetto agli anni precedenti²⁴ caratterizzati da un persistente incremento del saldo negativo.

Entrando nel dettaglio può notarsi, infatti, come la migrazione verso altre regioni per i ricoveri in regime ordinario, sia notevolmente diminuita rispetto al 2001, in decisa controtendenza rispetto agli anni precedenti. Non può dirsi altrettanto per il day hospital, per il quale si registra un maggior numero di ricoveri anche se in misura inferiore riguardo al passato. Anche per quanto concerne il ricorso al ricovero da parte di pazienti provenienti da altre

²⁴ Cfr. triennio 1999/2001 (pag. 85 relazione indagine precedente)

regioni, si è constatato un aumento degli stessi; viceversa, quello che sembrava un fenomeno in fase decrescente, torna ad essere, nel 2003, uno dei punti di criticità del sistema sanitario sardo. C'è da chiedersi se più che un problema di offerta ospedaliera – si è appena visto che ci sono, almeno in teoria, più posti letto di quanti ne servano e che questi non vengono utilizzati a pieno -, non esista, piuttosto, un problema di liste d'attesa ospedaliere troppo lunghe, con conseguente diminuzione dell'appropriatezza terapeutica, o, ancora, un'assenza di fiducia nei confronti del sistema sanitario regionale. Quali che siano i motivi (gli indicatori, infatti, registrano solo un risultato numerico che non permette di risalire alle cause del fenomeno), il dato di fatto è che, nel triennio, il numero degli emigranti della salute è raddoppiato.

TAB 16/A

MOBILITA' OSPEDALIERA TRA REGIONI NUMERO DI DIMISSIONI ANNO 2001 - RICOVERI PER ACUTI					
RICOVERI PROVENIENTI DA ALTRE REGIONI 1		RICOVERI IN ALTRE REGIONI 2*		SALDO RICOVERI 1 - 2	
Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital
4.313	812	12.488	3.141	-8.175	-2.329

FONTE: Dati SDO - Compensazione interregionale 2001

* Mancano i dati dei ricoveri effettuati dalla Regione Veneto perché i files non risultano accessibili. I dati esposti sono soggetti a variazione in quanto oggetto di contestazioni e controdeduzioni da parte delle Regioni.

TAB 16/B

MOBILITA' OSPEDALIERA TRA REGIONI NUMERO DI DIMISSIONI ANNO 2002 - RICOVERI PER ACUTI					
RICOVERI PROVENIENTI DA ALTRE REGIONI 1		RICOVERI IN ALTRE REGIONI 2*		SALDO RICOVERI 1 - 2	
Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital
4.982	857	11.355	3.343	-6.373	-2.486

FONTE: Dati SDO - Compensazione interregionale 2002

* I dati esposti sono soggetti a variazione in quanto oggetto di contestazioni e controdeduzioni da parte delle Regioni.

TAB 16/C

MOBILITA' OSPEDALIERA TRA REGIONI NUMERO DI DIMISSIONI ANNO 2003 - RICOVERI PER ACUTI					
RICOVERI PROVENIENTI DA ALTRE REGIONI 1		RICOVERI IN ALTRE REGIONI 2*		SALDO RICOVERI 1 - 2	
Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital
5362	872	17.371	6.247	-12.009	-5.375

FONTI: Dati SDO - Compensazione interregionale 2003

3.3 Indicatori di appropriatezza

3.3.1 Indicatori di assistenza ospedaliera a rischio di inappropriatazza/43 DRG.

Nella precedente relazione, relativa al triennio 1999/2001, si era tracciato un quadro delle novità apportate dal DPCM del 29 novembre 2001 che ha definito i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), distinguendo tra le prestazioni quelle a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, quelle a parziale carico e quelle del tutto escluse, ritenendo solo le prime essenziali e quindi rappresentative di una reale esigenza sanitaria da tutelare con l'intervento a totale carico del SSN. In altri termini, se fino all'avvento del DPCM di che trattasi qualunque domanda di ricovero poteva essere accolta, da quel momento in poi l'opportunità del ricovero, la sua "appropriatezza", deve essere valutata alla luce della classificazione ivi riportata. L'allegato 2C di detto DPCM indica una serie di prestazioni che possono essere "ad alto rischio di inappropriatazza" se trattate in regime di ricovero ordinario piuttosto che seguendo un diverso percorso sanitario, e per le quali le Regioni, come già detto nella precedente relazione, devono indicare il valore percentuale/soglia di ammissibilità, potendo, inoltre, individuare ulteriori DRG oltre i 43 già previsti dall'allegato 2C²⁵.

Nella tabella n° 17 che segue, si riportano gli indici di appropriatezza, - valori soglia - che la Regione Sardegna, prevede debbano essere raggiunti tra il 2003 ed il 2005²⁶.

²⁵ Non risulta al momento che la regione Sardegna che ne abbia rilevato di nuovi.

²⁶ DGR n. 43/9 del 20/12/2002, attuativa del DPCM del 29 novembre 2001

P A R T E III
Principali indicatori della gestione ospedaliera anni 2001-2003

Tabella 17

		Valore % da raggiungere nel triennio 2003-2005		Note
DRG	Descrizione DRG	RO	DH/DS	
6	Decompressione del tunnel carpale	10%	90%	Valutare la possibilità del trasferimento di tale procedura in attività ambulatoriale
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza cc	60%	40%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
25	Convulsioni e cefalea età >17 senza cc	60%	40%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	15%	85%	Valutare la possibilità del trasferimento di tale procedura in attività ambulatoriale
40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita età >17	15%	85%	
41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita età o. 17	15%	85%	
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina iride e cristallino	15%	85%	
55	Miscellanea di interventi su orecchio naso bocca e gola	80%	20%	
65	Alterazioni dell'equilibrio	30%	70%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
119	Legatura e stripping di vene	65%	35%	
131	Malattie vascolari periferiche senza cc	65%	35%	
133	Aterosclerosi senza cc	55%	45%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
134	Iperensione	40%	65%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
142	Sincope e collasso senza cc	10%	90%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
158	Interventi su ano e stoma senza cc	85%	15%	
160	Interventi per ernia eccetto inguinale e femorale età >17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 g.)	90%	10%	
162	Interventi per ernia inguinale e femorale età >17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 g.)	85%	15%	
163	Interventi per ernia età 0-17 (eccetto ricoveri 0-1 g.)	80%	20%	
183	Esofagite gastroenterite e miscellanea mal. app. diger. età >17 senza cc	50%	50%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
184	Esofagite gastroenterite e miscellanea mal. app. diger. età 0-17	50%	50%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
187	Estrazioni e riparazioni dentali	25%	75%	Sia in RO che in DH nei casi di coesistenza di gravi patologie concomitanti
208	Malattie delle vie biliari senza cc	70%	30%	Con esclusione dei ricoveri urgenti e le altre condizioni sopraesposte
222	Interventi sul ginocchio senza cc	60%	40%	Con esclusione dei ricoveri urgenti e le altre condizioni sopraesposte
232	Artroscopia	50%	50%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
243	Affezioni mediche del dorso	10%	90%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	10%	90%	Preferibilmente ambulatoriale
267	Interventi perianali e pilonidali	50%	50%	
270	Altri interventi su pelle tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	20%	80%	
276	Patologie non maligne della mammella	10%	90%	

./.

		Valore % da raggiungere nel triennio 2003-2005		Note
DRG	Descrizione DRG	RO	DH/DS	
281	Traumi della pelle e del tessuto sottocute della mammella età >17 senza cc	5%	95%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
282	Traumi della pelle del tessuto sottocutaneo e della mammella età 0 – 17	5%	95%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
283	Malattie minori della pelle con cc	25%	75%	
284	Malattie minori della pelle senza cc	25%	75%	
294	Diabete età >35	25%	75%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
301	Malattie endocrine senza cc	25%	75%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
324	Calcolosi urinaria senza cc	60%	40%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età >17 senza cc	40%	60%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
364	Dilatazione e raschiamento conizzazione eccetto per neoplasie maligne	35%	75%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
395	Anomalie dei globuli rossi età > 17	35%	70%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
426	Nevrosi depressive	50%	50%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva	50%	50%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
429	Disturbi organici e ritardo mentale	70%	30%	Con esclusione dei ricoveri urgenti
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	25%	75%	Con esclusione dei ricoveri urgenti

Esaminando la tab 18 può notarsi che l'adeguamento previsto dalla DGR citata in nota, e già in atto nel triennio 1999/2001, come evidenziato nel referto precedente, prosegue, sia pur in misura meno costante, anche nel 2002 e nel 2003.

Volendo confrontare la percentuale di ricoveri ordinari negli anni 2001/2003, si evince che pur sussistendo la tendenza al miglioramento, a seconda dell'anno variano i DRG che più si discostano dai valori soglia. Non si riscontra, infatti, una omogeneità della tipologia dei DRG per i quali risultano in diminuzione i ricoveri ordinari.

PARTE III
Principali indicatori della gestione ospedaliera anni 2001-2003

TAB 18/A

INDICATORI DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE A RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA ANNO 2001 (dati numerici)

DRG	RICOVERI ACUTI					
	TOTALE RICOVERI ACUTI a = d + e	Day Hospital e Day Surgery b	Ordinari brevi < 2gg c	TOTALE d = b + c	Ordinari > = 2gg e	Incidenza % 2001 e/a
006	2.019	956	388	1.344,00	675	33,43
019	941	303	94	397,00	544	57,81
025	1.499	227	220	447,00	1.052	70,18
039	12.782	479	888	1.367,00	11.415	89,31
040	1.953	811	473	1.284,00	669	34,25
041	142	51	35	86,00	56	39,44
042	859	301	43	344,00	515	59,95
055	1.618	151	43	194,00	1.424	88,01
065	2.152	157	181	338,00	1.814	84,29
119	1.267	150	69	219,00	1.048	82,72
131	1.267	210	116	326,00	941	74,27
133	1.326	356	89	445,00	881	66,44
134	3.700	665	237	902,00	2.798	75,62
142	1.177	114	243	357,00	820	69,67
158	1.853	87	159	246,00	1.607	86,72
160	633	33	13	46,00	587	92,73
162	3.428	217	136	353,00	3.075	89,70
163	302	1	8	9,00	293	97,02
183	7.469	1.139	858	1.997,00	5.472	73,26
184	3.373	746	360	1.106,00	2.267	67,21
187	701	485	68	553,00	148	21,11
208	1.542	91	126	217,00	1.325	85,93
222	2.715	331	245	576,00	2.139	78,78
232	504	126	62	188,00	316	62,70
243	5.880	968	564	1.532,00	4.348	73,95
262	641	340	81	421,00	220	34,32
267	780	85	36	121,00	659	84,49
270	1.090	677	116	793,00	297	27,25
276	138	60	35	95,00	43	31,16

P A R T E III
Principali indicatori della gestione ospedaliera anni 2001-2003

281	1.297	30	399	429,00	868	66,92
282	539	18	233	251,00	288	53,43
283	189	37	10	47,00	142	75,13
284	3.627	1.616	992	2.608,00	1.019	28,09
294	2.693	1.200	158	1.358,00	1.335	49,57
301	3.229	2.012	141	2.153,00	1.076	33,32
324	4.228	2.112	323	2.435,00	1.793	42,41
326	540	220	36	256,00	284	52,59
364	2.964	859	414	1.273,00	1.691	57,05
395	5.038	3.206	177	3.383,00	1.655	32,85
426	724	29	53	82,00	642	88,67
427	289	42	32	74,00	215	74,39
429	1.182	291	73	364,00	818	69,20
467	13.399	10.410	750	11.160,00	2.239	16,71
TOTALE	103.689	32.399	9.777	42.176,00	61.513	59,32

PARTE III
Principali indicatori della gestione ospedaliera anni 2001-2003

TAB 18/B

INDICATORI DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE A RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA ANNO 2002 (dati numerici)

DRG	RICOVERI ACUTI					
	TOTALE RICOVERI ACUTI a = d + e	Day Hospital e Day Surgery b	Ordinari brevi < 2gg c	TOTALE d = b + c	Ordinari > = 2gg e	Incidenza % e/a
006	2.317	1.075	443	1.518	799	34,48
019	1.593	992	78	1.070	523	32,83
025	1.385	172	184	356	1.029	74,30
039	13.491	1.401	888	2.289	11.202	83,03
040	2.020	727	454	1.181	839	41,53
041	150	48	37	85	65	43,33
042	908	428	37	465	443	48,79
055	1.738	100	53	153	1.585	91,20
065	2.054	126	113	239	1.815	88,36
119	1.544	333	76	409	1.135	73,51
131	1.229	151	171	322	907	73,80
133	1.239	308	81	389	850	68,60
134	3.327	593	193	786	2.541	76,38
142	1.127	80	196	276	851	75,51
158	1.983	125	194	319	1.664	83,91
160	670	38	26	64	606	90,45
162	3.706	283	213	496	3.210	86,62
163	412	2	41	43	369	89,56
183	7.468	1.120	835	1.955	5.513	73,82
184	3.029	707	397	1.104	1.925	63,55
187	819	588	78	666	153	18,68
208	1.556	80	129	209	1.347	86,57
222	2.824	636	194	830	1.994	70,61
232	401	63	81	144	257	64,09
243	5.611	925	569	1.494	4.117	73,37
262	576	317	131	448	128	22,22
267	772	76	55	131	641	83,03
270	1.255	818	112	930	325	25,90
276	101	55	17	72	29	28,71

P A R T E III
Principali indicatori della gestione ospedaliera anni 2001-2003

281	1.266	43	426	469	797	62,95
282	464	16	212	228	236	50,86
283	225	31	10	41	184	81,78
284	2.986	1.208	722	1.930	1.056	35,37
294	2.341	804	149	953	1.388	59,29
301	2.634	1.609	107	1.716	918	34,85
324	3.937	1.976	295	2.271	1.666	42,32
326	540	232	46	278	262	48,52
364	3.178	951	422	1.373	1.805	56,80
395	5.558	3.453	198	3.651	1.907	34,31
426	734	35	47	82	652	88,83
427	255	43	17	60	195	76,47
429	1.125	379	74	453	672	59,73
467	12.036	9.049	775	9.824	2.212	18,38
TOTALE	102.584	32.196	9.576	41.772	60.812	59,28

FONTI: Dati SDO 2002

PARTE III
Principali indicatori della gestione ospedaliera anni 2001-2003

TAB 18/C

INDICATORI DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE A RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA ANNO 2003 (dati numerici)

DRG	RICOVERI ACUTI					
	TOTALE RICOVERI ACUTI a = d + e	Day Hospital e Day Surgery b	Ordinari brevi < 2gg c	TOTALE d = b + c	Ordinari > = 2gg e	Incidenza % e/a
006	2.416	1.616	337	1.953,00	463	19,16
019	1.657	1.071	88	1.159,00	498	30,05
025	1.356	119	179	298,00	1.058	78,02
039	13.753	4.026	471	4.497,00	9.256	67,30
040	1.766	478	208	686,00	1.080	61,16
041	129	45	22	67,00	62	48,06
042	638	69	26	95,00	543	85,11
055	1.719	125	50	175,00	1.544	89,82
065	2.003	168	185	353,00	1.650	82,38
119	1.596	367	100	467,00	1.129	70,74
131	1.105	163	177	340,00	765	69,23
133	943	130	95	225,00	718	76,14
134	2.862	602	197	799,00	2.063	72,08
142	1.232	59	284	343,00	889	72,16
158	2.022	256	148	404,00	1.618	80,02
160	689	59	16	75,00	614	89,11
162	3.978	590	166	756,00	3.222	81,00
163	399	13	56	69,00	330	82,71
183	7.091	1.074	979	2.053,00	5.038	71,05
184	2.904	554	359	913,00	1.991	68,56
187	591	377	12	389,00	202	34,18
208	1.472	113	132	245,00	1.227	83,36
222	2.846	952	141	1.093,00	1.753	61,60
232	375	100	50	150,00	225	60,00
243	4.722	710	673	1.383,00	3.339	70,71
262	597	363	144	507,00	90	15,08
267	830	171	44	215,00	615	74,10
270	1.013	636	115	751,00	262	25,86
276	102	64	12	76,00	26	25,49

P A R T E III
Principali indicatori della gestione ospedaliera anni 2001-2003

281	1.239	71	407	478,00	761	61,42
282	386	15	192	207,00	179	46,37
283	266	44	12	56,00	210	78,95
284	2.154	909	349	1.258,00	896	41,60
294	1.757	470	101	571,00	1.186	67,50
301	2.619	1.596	83	1.679,00	940	35,89
324	2.756	643	434	1.077,00	1.679	60,92
326	548	213	52	265,00	283	51,64
364	3.217	1.444	376	1.820,00	1.397	43,43
395	5.518	3.437	227	3.664,00	1.854	33,60
426	771	31	73	104,00	667	86,51
427	245	60	21	81,00	164	66,94
429	949	299	48	347,00	602	63,44
467	10.652	7.834	610	8.444,00	2.208	20,73
TOTALE	95.883	32.136	8.451	40.587,00	55.296	57,67

3.3.2 Parti cesarei

Uno degli indicatori previsti dal "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", per valutare l'appropriatezza delle prestazioni, di cui al D.M. 12 dicembre 2001, è quello relativo alla percentuale dei parti cesarei effettuati sul totale dei parti avvenuti nell'anno. Per tale tipo di intervento detto DM stabilisce un parametro di riferimento nazionale pari al 15-20%.

Obiettivo del legislatore, però, non è esclusivamente quello di limitare il ricorso a tale tipologia di intervento ai soli casi in cui questa si renda necessaria dal punto di vista clinico, sia, cioè, "appropriata", ma anche e, forse, soprattutto, quello di contenerne il costo, sicuramente più incidente sul budget di quanto non possa esserlo quello di un parto naturale.

Scopo delle tabelle nn. 19/A e 19/B e 19/C è quello di dare conto dell'incidenza dei parti per taglio cesareo sul totale dei parti nel triennio 2001/03, sia quantitativamente che economicamente.

Come può evincersi dal confronto tra le tabelle, gli interventi di taglio cesareo risultano in costante crescita. Nel triennio, infatti, possiamo osservare come i valori percentuali di incidenza sul totale dei parti passino dal 32,5 del 2001 al 36,72 del 2003. Anche per quanto riguarda i costi si riscontra un

incremento importante degli stessi. La loro remunerazione, già notevole nel 2001, nel 2003 rappresenta quasi la metà della spesa complessiva.

Tab. 19/A

INDICATORI ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2001					
Numero dei parti (dati numerici)			Remunerazione dei parti* (in lire)		
PARTI CESAREI 1	TOTALE PARTI 2	INCIDENZA % PARTI CESAREI 3=1/2	PARTI CESAREI 4	TOTALE PARTI 5	INCIDENZA % REMUNERAZIONE PARTI CESAREI 6=4/5
3.825	11.752	32,55	14.987.871.545	39.494.708.947	43,45

Tab.19/B

INDICATORI ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2002					
Numero dei parti (dati numerici)			Remunerazione dei parti* (in lire)		
PARTI CESAREI 1	TOTALE PARTI 2	INCIDENZA % PARTI CESAREI 3=1/2	PARTI CESAREI 4	TOTALE PARTI 5	INCIDENZA % REMUNERAZIONE PARTI CESAREI 6=4/5
3.906	11.684	33,43	7.932.261,98	17.891.768,19	44,33

Tab. 19/C

INDICATORI ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2003					
Numero dei parti (dati numerici)			Remunerazione dei parti* (in lire)		
PARTI CESAREI 1	TOTALE PARTI 2	INCIDENZA % PARTI CESAREI 3=1/2	PARTI CESAREI 4	TOTALE PARTI 5	INCIDENZA % REMUNERAZIONE PARTI CESAREI 6=4/5
4.742	12.914	36,72	9.698.386,48	20.101.233,49	48,25

Passando all'analisi dei dati, può notarsi come nel 2002, nonostante si sia verificata una, sia pur lieve, flessione nel numero totale dei parti, il ricorso al cesareo sia aumentato in valori assoluti (+ 81) rispetto all'anno precedente; con un incidenza percentuale sul complessivo che passa dal 32,5 al 33,43% - valore piuttosto distante da quelli auspicati nel DM, confermando un'inversione di tendenza iniziata nel 2001, e già evidenziata nel precedente referto, che prosegue anche nel 2003. In tale anno si riscontra, infatti, un ulteriore significativo aumento del numero dei parti cesarei, pari a 836, che fa salire notevolmente la percentuale dei cesarei (36,72%) sul totale dei parti. Dal punto di vista dei costi il dato sulla remunerazione dei cesarei segnala un non confortante aumento, sia in termini di punti percentuali di confronto tra i diversi anni che di spesa effettiva. Si passa, infatti, da un incremento dell'incidenza di poco meno di un punto percentuale nel 2002, che se pur limitato rappresenta, comunque, circa il 45% della spesa totale, ad un 3,92 nel 2003 - quasi 4,8 punti in più nell'arco del triennio - che porta la remunerazione dei cesarei ad essere, in detto anno, quasi il 50% dell'ammontare complessivo del costo dei parti (48,25%).

Ma, se nel 2001 il ricorso al cesareo non era stato ancora regolamentato e, quindi, il dato - pur allontanandosi dal programmato - era accettabile, così non può dirsi per i valori riscontrati nel 2002 e nel 2003, anni nei quali il sistema di monitoraggio era in piena attuazione.

3.4 Indicatori di spesa ospedaliera

Dopo aver esaminato gli indicatori relativi all'assistenza ospedaliera (offerta e domanda), si ritiene utile fare una breve analisi di alcuni indicatori di spesa a questa legati. Tale analisi verrà effettuata soltanto sul costo medio complessivo, unico dato fornito dall'amministrazione, e non anche sulle singole voci che lo compongono quali l'assistenza ospedaliera a gestione diretta, quella acquistata da altri soggetti equiparati pubblici e quella acquistata da soggetti privati. L'Amministrazione ha, infatti, precisato di non essere in grado di soddisfare detta richiesta, poiché "i flussi economici e finanziari dell'Assessorato non consentono di fornire il dato disaggregato".

Le tabelle che seguono daranno quindi conto del costo medio dell'assistenza ospedaliera totale, riferito al triennio 2001/2003. Nel primo rigo è evidenziato il numero delle giornate di degenza, dei dimessi e dei posti letto, nel secondo rigo, invece, sono rappresentati i valori relativi al costo medio, ottenuto dividendo quella che è la spesa totale per ognuna delle voci sopra indicate²⁷, al fine di mostrare come l'andamento della spesa possa cambiare a seconda del rapporto che si utilizza.

L'andamento del costo medio delle giornate di degenza, dei dimessi e dei posti letto, si presenta altalenante. Mentre, infatti, nel 2002 per tutte le tre voci si riscontra un incremento, nel 2003 si assiste ad un calo del costo delle stesse. Entrando nel particolare, può notarsi come una giornata di degenza nel 2003 sia costata mediamente 541 euro, 31 in meno rispetto al 2002, anno in cui l'ammontare medio era pari a circa 572 euro, 41 in più del 2001.

Anche per quanto riguarda il costo dei dimessi si è riscontrato, nel 2003, una notevole riduzione dello stesso: -161 euro sul 2002 che, al contrario, presenta un incremento notevole (+212) sull'anno precedente.

Passando, infine, ai posti letto, nel 2002 si assiste ad una crescita importante del loro costo medio, 129.406 euro contro i 117.772 del 2001 (+11.634). Per il 2003 viene confermata la tendenza alla contrazione dei costi già riscontrata per i ricoveri e le giornate di degenza. Sintomo che appare ancora più positivo se si considera che, rispetto al precedente anno, il costo,

²⁷ Il costo totale è di euro 1.016.965.000 per il 2001; 1.118.979.000 per il 2002 e 1.051.162.000 per il 2003

PARTE III
Principali indicatori della gestione ospedaliera anni 2001-2003

121.143 euro, diminuisce di 8.263 euro, nonostante i posti letto siano aumentati di diciotto unità.

TAB 20/A

REGIONE SARDEGNA ASSISTENZA OSPEDALIERA (ACUTI) COSTO MEDIO ANNO 2001 (in euro)											
ASSISTENZA OSPEDALIERA TOTALE			ASSISTENZA OSPEDALIERA a GESTIONE DIRETTA (PO*+O)			ASSISTENZA OSPEDALIERA ACQUISTATA da ALTRI SOGGETTI EQUIPARATI PUBBLICI **			ASSISTENZA OSPEDALIERA ACQUISTATA da SOGGETTI PRIVATI		
COSTO MEDIO			COSTO MEDIO			COSTO MEDIO			COSTO MEDIO		
per giornata di degenza	per dimesso	per posto letto	per giornata di degenza	per dimesso	per posto letto	per giornata di degenza	per dimesso	per posto letto	per giornata di degenza	per dimesso	per posto letto
1.912.824	362.615	8.635									
531,656	2.804,531	117.772,438									

TAB 20/B

REGIONE SARDEGNA ASSISTENZA OSPEDALIERA (ACUTI) COSTO MEDIO ANNO 2002 (in euro)											
ASSISTENZA OSPEDALIERA TOTALE			ASSISTENZA OSPEDALIERA a GESTIONE DIRETTA (PO*+O)			ASSISTENZA OSPEDALIERA ACQUISTATA da ALTRI SOGGETTI EQUIPARATI PUBBLICI **			ASSISTENZA OSPEDALIERA ACQUISTATA da SOGGETTI PRIVATI		
COSTO MEDIO			COSTO MEDIO			COSTO MEDIO			COSTO MEDIO		
per giornata di degenza	per dimesso	per posto letto	per giornata di degenza	per dimesso	per posto letto	per giornata di degenza	per dimesso	per posto letto	per giornata di degenza	per dimesso	per posto letto
1.953.002	370.832	8.647									
572,953	3.017,482	129.406,615									

PARTE III
Principali indicatori della gestione ospedaliera anni 2001-2003

TAB 20/C

REGIONE SARDEGNA ASSISTENZA OSPEDALIERA (ACUTI) COSTO MEDIO ANNO 2003 (in euro)											
ASSISTENZA OSPEDALIERA TOTALE			ASSISTENZA OSPEDALIERA a GESTIONE DIRETTA (PO*+O)			ASSISTENZA OSPEDALIERA ACQUISTATA da ALTRI SOGGETTI EQUIPARATI PUBBLICI **			ASSISTENZA OSPEDALIERA ACQUISTATA da SOGGETTI PRIVATI		
COSTO MEDIO			COSTO MEDIO			COSTO MEDIO			COSTO MEDIO		
per giornata di degenza	per dimesso	per posto letto	per giornata di degenza	per dimesso	per posto letto	per giornata di degenza	per dimesso	per posto letto	per giornata di degenza	per dimesso	per posto letto
1.941.578	368.049	8.677									
541,396	2.856,038	121.143,483									

1. LA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA NELL'AMBITO DELLA RIFORMA SANITARIA

Per dare attuazione alla deliberazione n. 50/CONTR/PRG/02 del le Sezioni Riunite della Corte dei Conti in sede di controllo, che ha incluso nel programma generale 2003 un'indagine coordinata sugli esiti della contrattazione integrativa del comparto sanità, la Sezione regionale di controllo per la Sardegna, ha inserito nel programma annuale del controllo successivo sulla gestione per il 2003, nell'ambito dell'indagine sulle politiche sanitarie regionali, gli esiti della verifica sul costo della contrattazione decentrata del comparto sanità .

Ciò è dovuto al fatto che quella del personale, unitamente a quella farmaceutica, è tra le voci che da qualche anno, determinano, sia a livello nazionale che a livello regionale il maggior incremento della spesa sanitaria nelle aziende sanitarie.

Oggetto dell'esame sono le tre macrocategorie del Comparto (personale inquadrato nei livelli professionali), della Dirigenza medica e della Dirigenza non medica, con riferimento al quadriennio 1998/2001.

La scelta del campione, come suggerito dal gruppo di lavoro sanità, è stata limitata alle due aziende, una sanitaria ed una ospedaliera con il dato di popolazione dimensionalmente più ampio nel territorio regionale. Tali aziende, entrambe situate nel capoluogo di regione, sono la ASL 8 e la A.O. Brotzu, unica azienda ospedaliera istituita in Sardegna.

1.1. Metodologia adottata nella conduzione dell'analisi

Per lo svolgimento dell'analisi che qui interessa, si è reso necessario porre in essere un'articolata istruttoria documentale rivolta ad acquisire sia la

documentazione di carattere generale sulle aziende, sia quella relativa alla contrattazione integrativa.

L'acquisizione degli atti non è stata sicuramente semplice, a causa delle difficoltà operative manifestate dalle due aziende nell'adempiere alle richieste istruttorie formulate da questa Sezione dovute, anche, al lungo periodo interessato (quadriennio 1998-2001), che ha portato alla trasmissione degli stessi oltre il termine stabilito nella richiesta istruttoria; ritardo, peraltro, pienamente giustificato

Alla raccolta documentale ha fatto, poi, seguito una serie di incontri con le amministrazioni interessate. La complessità della materia, infatti, nonostante le aziende abbiano collaborato ai fini della conduzione dell'istruttoria, dando ampia disponibilità, ha creato alcune perplessità riguardanti i dati contenuti nelle tabelle relative alla quantificazione dei fondi la cui ricostruzione, come già precisato, parte dal 1998.

La documentazione così ottenuta è stata poi esaminata, valutando, inoltre, la corrispondenza di quanto riportato nelle tabelle con le delibere dei Direttori Generali delle due Aziende sulla definizione dei fondi.

Per ogni fondo delle due macroaree (comparto e dirigenza), è stata, infatti, predisposta una griglia, interamente compilata dalle Aziende, sia per le voci d'entrata che per quelle di spesa di cui si è provveduto a verificarne la conformità con quanto concordato e sottoscritto dalle parti contrattuali e la compatibilità con i vincoli di bilancio come verificato dagli organi di controllo preposti.

1.2 La contrattazione integrativa aziendale.

Al fine di valutare l'andamento della spesa del personale del comparto sanità si è proceduto ad un controllo sull'attività posta in essere dall'Azienda USL n.8 di Cagliari e dall'Azienda ospedaliera Brotzu in attuazione delle disposizioni previste in sede di contrattazione integrativa.

Come previsto dalla contrattazione collettiva²⁸, affinché all'interno delle aziende ed enti del comparto sanitario siano garantite migliori condizioni di lavoro, una crescita professionale dei dipendenti e un incremento dei livelli di efficacia ed efficienza dei servizi erogati alla collettività è necessario porre in essere uno stabile sistema di relazioni sindacali. A tal fine è prevista:

- Una contrattazione collettiva a livello nazionale;
- Un contrattazione collettiva integrativa che si svolge a livello di azienda o di ente, sulle materie e con le modalità indicate nel contratto;
- Una concertazione, consultazione e informazione che assicurino i principi della partecipazione;
- Una interpretazione autentica dei contratti collettivi.

Il sistema delle relazioni sindacali ha subito negli ultimi anni numerose variazioni in concomitanza con il processo di riorganizzazione e di riforma del pubblico impiego avviato dal Dlgs n.29 del 3/03/1993 e dalle successive modificazioni ed integrazioni (si citano, in particolare, i decreti legislativi nn.396/1997, 80/1998 e 165/2001); l'obiettivo principale di tali disposizioni è stato di dare attuazione alla cosiddetta "privatizzazione del pubblico impiego" finalizzata a una parificazione di quest'ultimo a quello privato.

Perché siano maggiormente tutelati gli interessi del personale e siano migliorati i rapporti con l'utenza, è prevista, a livello aziendale, una contrattazione integrativa che può essere, pertanto, considerata come un "adattamento" del contratto nazionale alle specifiche esigenze gestionali delle singole amministrazioni. Essa deve essere avviata entro trenta giorni dalla stipulazione del contratto collettivo nazionale e deve eseguirsi nel rispetto dei vincoli del bilancio e del C.C.N.L.; non deve, inoltre, stabilire degli oneri aggiuntivi non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale.

Tali contratti hanno durata quadriennale e devono contenere delle clausole relative ai tempi, alle modalità e alle procedure di verifica della loro attuazione.

²⁸ La normativa di riferimento è contenuta nell' art. 52 del D.Lgs. n° 29/1993 (ora art. 48 del D.Lgs. n. 165/2001) che fornisce indicazioni anche sulle funzioni attribuite in tale materia alla Corte dei Conti.

Il sistema dei controlli sul costo della contrattazione viene garantito dal Collegio dei revisori dei Conti o, se non contemplato, dal Nucleo di Valutazione o dal servizio di controllo interno. In seguito all'emanazione del d.lgs. 19 giugno 1999 n.229, che ha novellato il d.lgs.502/1992, è stato introdotto un nuovo organo di controllo, "il collegio sindacale" al quale s'intendono applicabili, ex art. 3-Ter, "i riferimenti contenuti nella normativa vigente al collegio dei revisori delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere". Nelle more della costituzione di tale nuovo organo di controllo, le competenze permangono in capo al collegio dei revisori (art. 17 d.lgs. 229/99).

E' altresì previsto che tale organo effettui un controllo sulla compatibilità finanziaria dei costi di tale contrattazione con i vincoli di bilancio. A tal fine, l'ipotesi di contratto collettivo integrativo, accompagnata da una relazione illustrativa tecnico finanziaria, deve essere trasferita a tale organismo entro cinque giorni. Il contratto viene sottoscritto se nei quindici giorni successivi non vengono elevati rilievi.

Mentre a livello nazionale la contrattazione vede coinvolti il rappresentante della pubblica amministrazione (l'ARAN) e i rappresentanti dei lavoratori (organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e le confederazioni sindacali alle quali aderiscono), le parti che intervengono nella contrattazione integrativa sono: il titolare del potere di rappresentanza dell'azienda o ente o un suo delegato e i rappresentanti degli uffici interessati. Spesso le aziende e gli enti si avvalgono dell'assistenza A.RA.N.

Per le organizzazioni sindacali si costituisce una delegazione composta dalle RSU e dai rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria firmatarie del C.C.N.L.

1.3 I fondi aziendali

Il C.C.N.L. contiene una serie di istituti che, attraverso meccanismi economici premianti – individuali o collettivi, fungono da incentivo per migliorare l'attività svolta dal personale. Si tratta di dispositivi che tendono a riconoscere, in alcuni casi posizioni di disagio, in altri particolari risultati raggiunti, in altri ancora conferimenti di incarichi o progressioni di carriera.

Il contratto sottoscritto per il periodo 1998/2001 ha riconfermato sia per il Comparto che per la Dirigenza medica e non medica, gli incentivi già previsti dall'accordo relativo al quadriennio 1994/97, specificando meglio le attività disagiate pericolose o dannose, e inserito una nuova tipologia di indennità.

Sulla base di quanto stabilito dal C.C.N.L. del quadriennio 1998/2001, in sede di contrattazione collettiva integrativa vengono determinati i fondi relativi all'area del comparto e della dirigenza di seguito descritti.

A - per l'area del comparto:

- fondo per la corresponsione del trattamento accessorio connesso ai compensi per lavoro straordinario e per la remunerazione di particolari condizioni di disagio, pericolo o danno (art.38 comma 1 e 2);
- fondo per la produttività collettiva, per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali (art.38 comma 3 e 4);
- fondo per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, della parte comune dell'ex indennità di qualificazione professionale e dell'indennità professionale specifica (art.39).

L'art. 38, c.3, lett d) dell'accordo C.C.N.L 98/01 relativo al comparto, conferma la possibilità, già prevista dal precedente, di spostare sul fondo per la produttività collettiva gli eventuali risparmi (le risorse non utilizzate dal fondo per il lavoro disagiato), accertati a consuntivo, realizzati sul fondo per il lavoro disagiato. Tali spostamenti possono essere temporanei o irreversibili.

A sua volta, secondo il comma 7 dell'articolo sopraccitato, a far data dal 1/7/1999 il fondo per la produttività collettiva può essere decurtato, in sede di contrattazione collettiva, di una somma compresa tra il 10% e il 15% per avvantaggiare il fondo di cui all'art.39 (fondo per le fasce retributive). Detto ultimo fondo, che risulta essere una delle novità introdotte dall'accordo siglato il 7 aprile 1999, riguarda le c.d. "fasce retributive", ossia la possibilità di ottenere un avanzamento di carriera all'interno della propria qualifica - progressione orizzontale - realizzabile nel " periodo di permanenza del dipendente nella categoria " (art. 30, c. 1, lett. b).

Ai sensi del comma 7 dell'art.39 di cui sopra, eventuali somme non utilizzate a fine esercizio possono incrementare, anche se solo

temporaneamente e per l'anno di riferimento, il fondo per la produttività collettiva previsto dall'art. 38, c.3– Esse saranno, infatti, riassegnate al fondo per il finanziamento delle fasce per i fini da questo previsti.

Le somme destinate al finanziamento delle fasce retributive e della produttività non impegnate nell'esercizio di riferimento contribuiranno a costituire il fondo relativo all'anno successivo a quello di non utilizzo.

Con decorrenza 1/1/2001 ai sensi dell'art. 4 (CCNL secondo biennio economico) i fondi di cui agli artt. 38 e 39 beneficeranno delle risorse regionali aggiuntive previste dal comma 5 dell'art. 38²⁹ cui andrà a sommarsi un ulteriore 0,4% del medesimo monte salari. Le rispettive quote verranno stabilite in sede di contrattazione integrativa.

B - per l'area relativa alla dirigenza medica e veterinaria, sanitaria, tecnica e professionale:

- fondo per indennità di specificità, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento o indennità per i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa (art. 50);
- fondo del trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro (art. 51);
- fondo della retribuzione di risultato e premio per la qualità della prestazione individuale (art. 52).

L'accordo siglato in data 8/6/2000, relativo alla dirigenza del comparto sanità ha previsto la rimodulazione di alcune delle voci che compongono i fondi aziendali costituiti nonché la possibilità che quote di detti fondi, così come accaduto per il comparto, possano "migrare" temporaneamente o in modo permanente, da un fondo all'altro. Il C.C.N.L. 1998/2001 ha, inoltre, stabilito che la base da cui partire per la costituzione di detti fondi sarà il monte salari al 31/12/1997.

Art.50 - Il fondo ex art. 50 C.C.N.L., al comma 1, alimenta l'indennità di specificità medica, la retribuzione di posizione e lo specifico trattamento o indennità per i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa già

²⁹ Il D.lgs. n.502/92 agli artt. 4 e 13 prevede che le Regioni possano finanziare obiettivi strategici legati al processo di riorganizzazione in corso di aziende ed enti ovvero collegati "...al reale recupero di margini di produttività...."

previste dall'art. 60 (art. 58 del CCNL del 1996 della dirigenza sanitaria, professionale tecnica, amministrativa (S.P.T.A.) del C.C.N.L. del 1996. Le somme disponibili debbono essere totalmente fruite; qualora a consuntivo ne risultassero di non utilizzate, queste andranno a finanziare, per il medesimo anno, la retribuzione di risultato (art.52) per poi essere riassegnate al fondo di provenienza a partire dall'anno successivo.

Con tale fondo viene data attuazione all'equiparazione prevista dall'art.41 (42 per i S.P.T.A). La procedura per realizzare detta equiparazione, avviata nel secondo biennio economico del CCNL del 5/12/1996, si è conclusa con il secondo biennio economico (2001/2002) del contratto in esame, periodo nel quale le risorse si sono rese disponibili. Tale procedura consiste nell' equiparare la retribuzione minima contrattuale dei dirigenti ex IX livello in servizio al 5/12/1996 a quella dei dirigenti ex X livello non qualificato considerato che detti soggetti svolgono funzioni dirigenziali pressoché equivalenti a seguito dell'accorpamento nel I livello dirigenziale voluto dall'art 18 comma 2 del d.lgs 502/92.

Le risorse per assicurare tale equiparazione sono finanziate a livello aziendale dai risparmi sulla R.I.A. dei rispettivi dirigenti cessati dall'1/01/88 (art. 8 c.4 CCNL 2000/2001), e dalla Regione. Infatti a causa della diversa distribuzione dei dirigenti cessati tra le aziende, il corretto finanziamento a livello aziendale di detti fondi viene garantito dalla cosiddetta "perequazione regionale" così come stabilito dall'art 7³⁰, lett.c) del contratto. Tale articolo, infatti, prevede che tale materia, in quanto compresa tra quelle i cui effetti si ripercuotono sull'accordo in vigore, sia oggetto di confronto tra la Regione e le organizzazioni sindacali, salvaguardando, comunque l'autonomia aziendale.

Art.51 - L'art. 51 C.C.N.L. relativo al trattamento accessorio legato a particolari condizioni di lavoro, conferma il fondo previsto dall'art. 62 (art. 60 per i S.P.T.A) del precedente accordo nazionale sia per quanto attiene le modalità di remunerazione del fondo, sia per quanto riguarda modalità di erogazione, i destinatari e la misura degli emolumenti.

³⁰ Parte normativa quadriennio 1998/2001

Restano fermi anche la possibilità di trasferimento delle risorse disponibili – sia temporaneo che definitivo – ad altri fondi (indennità di risultato e di posizione) ed il divieto, per i dirigenti a capo di strutture complesse, di effettuare straordinario.

Qualora l'azienda proceda ad una razionalizzazione dell'orario di lavoro, dei servizi di guardia e di pronta disponibilità, attraverso la contrattazione integrativa, sarà possibile far confluire parte delle somme al fondo ex art. 50. Il trasferimento al fondo per la retribuzione di posizione deve intendersi permanente.

Art. 52 - Diversamente dagli altri due appena esaminati, che sono inerenti alla tipologia del lavoro svolto, il fondo ex art.52 ha una funzione premiante: è, infatti, connesso al reale raggiungimento di determinati risultati prestabiliti e vuole anche rappresentare una gratificazione nei confronti di chi raggiunge "...livelli di particolare qualità della prestazione."

Al suo finanziamento si provvede utilizzando le risorse, consolidate al 31/12/1997, del fondo per la retribuzione di risultato e di quello per il premio per la qualità della prestazione individuale, secondo quanto disciplinato dagli artt. 63, 65, 66 del contratto '96.

Concorrono ad alimentare il fondo per la retribuzione di risultato eventuali economie di gestione, rendicontate e poi verificate dai servizi di controllo interno o dai nuclei di valutazione, che devono corrispondere ad un effettivo incremento e miglioramento della produttività senza andare a discapito della qualità. Come si è già visto, eventuali risparmi accertati a consuntivo nei fondi ex artt. 50 e 51, dagli stessi possono essere temporaneamente trasferiti al fondo in oggetto.

Altra fonte di incremento, a partire dal 1/1/1998, di detta retribuzione aggiuntiva è rappresentata dalle somme derivanti dall'applicazione dell'art. 43 della l. 449/97 che contribuiscono ad integrare il fondo così come quantificate dalla contrattazione integrativa e dalla normativa vigente. Dalla stessa data, qualora l'azienda presenti avanzi d'amministrazione e pareggio di bilancio o abbia realizzato specifici programmi, concordati con la Regione, finalizzati al raggiungimento del pareggio di bilancio, si avrà un ulteriore incremento del fondo, pari dall'1% del monte salari al 31/12/'97.

Tuttavia, affinché tali somme possano essere assegnate, è necessario che il servizio di controllo interno o il nucleo di valutazione verifichi l'effettivo raggiungimento dei risultati.

Le regioni, al fine di promuovere la realizzazione di obiettivi strategici perseguiti dalle aziende e legati alla riorganizzazione degli uffici e/o alla produttività, partecipano alla formazione del fondo, devolvendo un importo pari al 1,2% fino alla data del 31/12/1999; dal 1/1/2000 tale percentuale andrà a finanziare l'indennità di esclusività del rapporto di lavoro.

L'individuazione e l'utilizzo delle risorse che alimentano i suddetti fondi, vengono determinate annualmente e sono assoggettate ad un controllo da parte del Collegio dei Revisori nelle modalità e nei tempi che sono stati sopra illustrati.

1.4 Esame delle tabelle

Due i punti oggetto di verifica nell'analisi di che trattasi: la corretta costituzione dei fondi ed il rispetto dei vincoli di bilancio da parte delle due Aziende sanitarie scelte come campione.

Sia in un caso che nell'altro si è ritenuto opportuno accertare che, per entrambe, l'organo di controllo deputato avesse effettuato il riscontro, previsto dalla normativa vigente, circa l'esattezza delle procedure adottate.

Dalla documentazione trasmessa è emerso che solo per quanto riguarda l'Azienda USL n. 8 è stata posta in essere la formale procedura di controllo e la conseguente relazione da parte del Collegio dei revisori che ha certificato sull'esatta applicazione del contratto aziendale. Per quanto concerne, invece, la Azienda Ospedaliera "Brotzu" tale controllo non risulta ufficializzato con un atto formale. A tal proposito, infatti, occorre precisare che secondo quanto affermato dalla direzione amministrativa aziendale, "...dai verbali del Collegio dei Revisori, non risulta, al riguardo, alcuna relazione." Ciò fa, quindi, supporre che detto Collegio- come risulta dagli atti interni all'azienda -, pur avendo ricevuto l'ipotesi di contratto collettivo integrativo del comparto sanità siglata dalla delegazione trattante, non abbia formalizzato alcuna relazione sull'esito dell'esame di compatibilità.

Nonostante tale "carezza", si è, tuttavia, ritenuto di poter considerare attendibile il contenuto delle delibere aziendali di determinazione dei fondi poiché le stesse sono state, come previsto dalla normativa vigente, sottoposte al previsto controllo dell'Assessorato Igiene e Sanità e Assistenza Sociale della Regione che non ha manifestato, per quel che è dato saperne, alcuna censura in proposito.

Oltre queste considerazioni preliminari è importante, nella materia di cui trattasi, tenere presente la diversità tra i tempi di attuazione e quelli di riferimento dei contratti. La definizione di questi, infatti, avvenendo con notevole ritardo rispetto all'arco temporale di riferimento, comporta la retroattività degli effetti economici (oltre che giuridici) e crea degli squilibri in ordine alla registrazione degli oneri finanziari da quelli prodotti. Avviene, infatti, che su uno stesso esercizio vengano contabilizzati impegni contrattuali pregressi in sovrapposizione a quelli dell'esercizio in corso. Il ritardo, ormai patologico, con il quale vengono rinnovati i contratti di lavoro, è dovuto, almeno in parte, sia alla difficoltà di reperire le risorse ulteriormente occorrenti rispetto a quelle fissate nelle leggi finanziarie, che alla necessità di allocare le stesse in esercizi finanziari sui quali, ai fini del rispetto dei parametri di stabilità, non pesi la maggior spesa sostenuta per il personale.

Per i fondi relativi al comparto, così come per quelli della dirigenza, è stato espresso parere favorevole da parte degli organi deputati al controllo. La ricognizione effettuata sulle risorse storiche poste a base dei fondi aziendali costituiti a seguito dell'applicazione dell'accordo e sugli incrementi da questo previsti ha, infatti, portato a rilevare che la loro consistenza è in linea con le prescrizioni contrattuali.

Come già detto in precedenza, la compatibilità con i vincoli posti dal bilancio risulta certificato solo per la ASL 8 mentre per l'Azienda Ospedaliera "Brotzu" si può solo supporre, non essendoci atti formali che lo attestino. Peraltro, per quanto attiene alla ASL 8, il Collegio dei Revisori pur avendo "formalmente espresso parere di compatibilità del contratto integrativo aziendale con i vincoli di bilancio" (Del. 1297/00), ha dichiarato di non aver potuto effettuare una verifica puntuale delle disponibilità in quanto queste non risultano più evidenziate in capitoli come, invece, avveniva nei bilanci di tipo finanziario. Il Collegio Sindacale afferma, inoltre, di non aver riscontrato

effetti di trascinamento nei costi sugli esercizi successivi, eccezion fatta per una somma di piccola entità relativa allo straordinario che viene utilizzata per la progressione orizzontale.

Per quanto attiene alla corretta costituzione dei fondi, il costo della contrattazione non ha inciso sul bilancio oltre il preventivato. La verifica effettuata ha, infatti, mostrato come la loro quantificazione abbia correttamente tenuto conto delle risorse disponibili

La comparazione delle tabelle esplicative della costituzione dei fondi sia per il comparto che per la dirigenza³¹, evidenzia una sostanziale uniformità di procedura da parte delle due aziende campione. Entrambe, infatti, mostrano uguali modalità applicative dei contratti, sia nazionali che decentrati, diversificandosi, invece, per le modalità di ripartizione delle quote: il Brotzu applica gli aumenti per intero, anche se la data iniziale risulta essere infra-annuale, mentre la Asl 8 considera solo la quota/parte relativa all'anno interessato, imputando contabilmente i relativi importi a ciascuno degli anni interessati dal contratto

Per quanto riguarda il finanziamento dei fondi per la dirigenza, le risorse aziendali disponibili non hanno permesso incrementi per alcuni di questi. A parte, infatti, la retribuzione di posizione (art.50), i salari accessori ex artt. 51 e 52 sono alimentati esclusivamente dal consolidato al 31/12/97. A tale data, infatti, l'intero ammontare delle risorse è stato utilizzato per finanziare costi derivanti dal precedente accordo del 5/12/96.

Detto contratto, infatti, prevedeva che - a partire dal 1/1/97 - il fondo per la retribuzione di risultato - art. 52- (art. 63 precedente contratto) venisse decurtato di una somma pari al 16% dell'ammontare del fondo stesso a favore del fondo di posizione, il quale, inoltre, si avvaleva di un'ulteriore somma, relativa al plus orario, sempre finanziata dal fondo ex art. 52. Tali decurtazioni, di importo superiore all'ammontare complessivo del fondo, hanno portato all'azzeramento dello stesso, che a partire da quella data risulta privo di capienza.

Quanto stabilito dal precedente contratto, relativamente agli emolumenti connessi a determinate condizioni di lavoro, si riflette sul

³¹ Inserite per comodità espositiva in allegato.

corrispettivo trattamento accessorio previsto dall'attuale accordo. Il fondo ex art. 51, che è formato nel suo ammontare dal consolidato al 31/12/97, infatti, conferma l'abrogazione dello straordinario per i dirigenti con incarico di struttura complessa, già prevista dall'art. 62 del contratto del 96 (art. 60 per sanitari e atp), i cui importi vanno ad incrementare il fondo per la retribuzione di posizione.

Dal punto di vista dell'utilizzo dei fondi si è registrato un impiego pressoché totale delle risorse a disposizione, anche se è chiaro che i dati di cassa , riportati nelle tabelle delle "uscite", e riferiti ai rispettivi anni di vigenza contrattuale, sono solo dimostrativi di come siano stati distribuiti gli emolumenti accessori. Come già osservato, infatti, il reale pagamento delle risorse allocate nei fondi avviene, così come il loro stanziamento, solo in epoca successiva alla sottoscrizione dei contratti, per cui i relativi compensi potrebbero essere ancora in corso di erogazione.

1. CONCLUSIONI

Nel periodo oggetto di analisi, emerge una forte asimmetria della Regione sia rispetto all'attività di programmazione statale in campo sanitario sia rispetto al dinamismo istituzionale delle altre regioni, anche in relazione alla stessa politica di concertazione istituzionale delineata dal Piano sanitario nazionale approvato il 18 aprile 2003 per il triennio 2003- 2005. La Regione sembra non abbia ancora assimilato il quadro normativo pre-riforma del 1992 e la stessa norma di base (la 833/1978) appare un punto di riferimento per larghi versi ancora non attuato a distanza di 25 anni. Infatti mancando del proprio Piano Sanitario Regionale, la Regione manca di una qualsivoglia strategia istituzionale in campo sanitario. Proprio perché manca una strategia, nel periodo oggetto di analisi, non si sono registrate significative iniziative in tema di riorganizzazione delle strutture sanitarie sul territorio e di riqualificazione dell'assistenza sanitaria, due obiettivi assunti nel DPEF 2003.

E' mancata anche una strategia finanziaria laddove, invece, la legge finanziaria del 2003 provvede solo all'ordinaria amministrazione con l'integrazione del Fondo Sanitario e con il ripiano dei debiti delle ASL sarde in attuazione dell'accordo Stato-Regioni dell'agosto 2001 ai sensi del d.l. n.347/2001. La legge finanziaria statale per il 2003 ha stimolato l'adozione di politiche di risanamento a livello di finanza regionale ed aziendale di cui, però, non appare traccia nella legge finanziaria regionale: in sostanza non appare alcuna significativa politica regionale tesa a porre in essere quegli adempimenti finalizzati ad un rientro dal deficit nel settore sanitario.

Nel periodo oggetto di analisi non si colgono significative iniziative in tema di accreditamento delle strutture sanitarie che è tematica centrale al fine del superamento dell'attuale fase transitoria che è apparsa fin troppo apertamente strumentale al mantenimento di uno status quo. La riforma dell'attuale sistema di accreditamento dovrà garantire una effettiva apertura del sistema sanitario regionale alla concorrenza tra privati. Anche relativamente all'attuazione dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 in materia di tempi di attesa delle prestazioni sanitarie non si registrano profili di particolare interesse nel biennio in oggetto. La Regione , in attuazione di tale accordo, avrebbe dovuto fissare i criteri

di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche (con riferimento all'appropriatezza ed urgenza e alle modalità per la gestione delle liste di prenotazione) e i tempi massimi di attesa (per tipologia).

Nel periodo oggetto di analisi non si registrano significative iniziative relativamente alla definizione degli obiettivi assegnati ai manager delle AA.SS.LL., alla razionalizzazione dei servizi ospedalieri ed alla riorganizzazione delle risorse finanziarie ed umane ed all'obiettivo tendenziale dell'equilibrio economico del bilancio delle AA.SS.LL.

Per quanto concerne l'analisi dei dati, la spesa sanitaria complessiva nel 2003 al lordo della mobilità (cioè inclusa la spesa per i ricoveri di cittadini sardi presso strutture nel continente) è aumentata del 8,68% rispetto al 2002 mentre la spesa sanitaria complessiva del 2002 è aumentata del 3,92% rispetto al 2001, pertanto la spesa sanitaria complessiva del 2003 è aumentata del 12,94% rispetto al 2001. Il disavanzo tra entrate e spese sanitarie aumenta del 18,75% nel 2003 rispetto al 2002, mentre decresce del 34,35% nel 2002 rispetto al 2001 e decresce del 22,00% nel 2003 rispetto al 2001.

Passando ad esaminare l'attività ospedaliera si deve osservare che, pur migliorando, in molti campi, le proprie performances, i risultati non sono sempre in linea con i valori fissati a livello nazionale.

L'assenza di un piano di riconversione ospedaliera, tra l'altro, non consente una corretta valutazione di detta attività così come la non perfetta corrispondenza tra dati ufficiali ed effettivi, fa sì che le stime sui risultati ottenuti in ambito sanitario possano non essere del tutto corrispondenti alla realtà (è il caso del numero dei posti letto, la cui non corrispondenza tra quelli anagrafici e quelli effettivamente disponibili, influenza inevitabilmente i risultati).

Nel complesso si è rilevato un miglioramento del tasso di ospedalizzazione che, nel 2003, si è attestato su un valore addirittura inferiore alla previsione normativa (nel 2002 superava di poco più di un punto il parametro nazionale). E' risultato positivo anche l'indice sulla degenza media dei ricoveri per acuti in regime ordinario il cui andamento è in linea con la media fissata a livello nazionale.

Altrettanto non può dirsi per gli indici relativi a IOM, turn-over, IR e mobilità ospedaliera i cui valori, pur mostrando un miglior impiego delle risorse rispetto al passato, non raggiungono i parametri normativi.

Nel periodo in esame, rimane anche confermata la diminuzione dell'attività di day hospital e, nonostante un segnale di miglioramento, la crescita dei ricoveri. Questo porta ad affermare che non può ancora ritenersi raggiunto l'impegno programmatico di ridurre l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario, attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria.

Quanto poi all'appropriatezza dei ricoveri, prosegue, l'adeguamento delle prestazioni di ricovero ai valori-soglia fissati dalla DGR n. 43/9 del 20/11/2002 - la cui realizzazione è uno degli obiettivi che la Regione ha stabilito di raggiungere entro il 2005 - sia pure in misura meno regolare che negli anni precedenti e disomogenea se riferito ai singoli DRG. Un punto di criticità è, invece, rappresentato dal ricorso al parto cesareo, che continua ad essere in costante crescita superando notevolmente il parametro fissato a livello nazionale e determinando, conseguentemente, l'aumento della spesa sostenuta (incide sul totale costo dei parti per quasi il 50%).

Per quanto, infine, attiene alla spesa sanitaria, si è riscontrato, per il 2003, un miglioramento sia del costo totale sia del costo medio complessivo riferito alle tre voci esaminate (giornate di degenza, dimessi e posti letto), anche se la disponibilità dei soli dati generali, che sono gli unici forniti dall'amministrazioni, non ha permesso, ovviamente, una valutazione completa dei reali valori di spesa.

In prossimità dell'udienza dibattimentale, l'Assessorato regionale alla sanità ha presentato una memoria scritta contenente le proprie osservazioni sul testo della relazione ed ha partecipato al contraddittorio orale con la Sezione per la discussione del testo della relazione.

In relazione al tema della programmazione in campo sanitario, l'Assessorato ha rilevato che - nel periodo oggetto di indagine - "...la precedente Giunta Regionale ha approvato una proposta di piano regionale con deliberazione n. 13/17 del 13/4/2004. Tale proposta non è stata presa in carico dalla competente Commissione del Consiglio regionale poiché pervenuta nella fase conclusiva della XII legislatura..... Per altro, sul versante sociale, il mancato aggiornamento del Piano regionale socio-assistenziale 1998-2000 ha comportato l'ulteriore proroga della validità dello stesso anche per l'anno 2004 così come era già avvenuto negli anni 2001, 2002 e 2003."

Per quanto concerne la partecipazione della Regione ai progetti per la strategia del cambiamento e la partecipazione agli obiettivi generali di salute per il triennio

2003-2005 previsti dal Piano sanitario nazionale, l'Assessorato ha predisposto propri progetti e gli stessi sono stati approvati dalla Giunta regionale con deliberazione n.40/31 del 7/11/2003. I progetti per l'anno 2003, valutati positivamente dal Ministero della Salute e dallo stesso finanziati per l'importo complessivo di € 24.107.922, attengono alle seguenti linee prioritarie:

lo sviluppo della politica dei livelli essenziali di assistenza;

le cure primarie;

la rete integrata dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza;

i centri di eccellenza;

la comunicazione istituzionale.

Per quanto concerne la riorganizzazione delle strutture sanitarie sul territorio e la riqualificazione dell'assistenza sanitaria, l'Assessorato alla Sanità richiama la deliberazione G.R. (Giunta Regionale) n. 17/16 del 22/5/2001, con la quale si sono stabilite le linee di riorganizzazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata alla luce del processo di strutturazione avviato con la deliberazione n. 11/15 del 22/2/1999 e le deliberazioni n. 17/14 del 2001, n. 10/24 del 2002, n. 6/63 del 2003 con le quali si sono formulate le linee di indirizzo sull'organizzazione e il funzionamento delle Residenze sanitarie Assistenziali e si è determinato il complessivo fabbisogno di posti letto quantificato in numero di 4.350 per l'intero territorio della Sardegna; inoltre l'Assessorato richiama la deliberazione n. 39/72 del 10/12/2002 con la quale si è approvato l'Accordo integrativo regionale per la Medicina Generale e la deliberazione n. 30/10 del 26/8/2003 con la quale si è approvato l'Accordo integrativo regionale per la Medicina Specialistica interna. In merito alla riorganizzazione delle strutture sanitarie l'Assessorato richiama le deliberazioni n. 22/42 del 26/6/2001 e n. 25/72 del 24/7/2001 della Giunta Regionale, in attuazione del D.L 18/9/2001 n. 347, convertito con la L.16/11/2001 n. 405.

In relazione a queste osservazioni dell'Assessorato, la Corte prende atto delle stesse ed osserva nel metodo che la tardività delle controdeduzioni dell'Assessorato non consente una riapertura istruttoria in fase dibattimentale; nel merito la Sezione osserva che una tempestiva controdeduzione avrebbe consentito alla Sezione di apprezzare – nel contraddittorio con l'amministrazione – quegli elementi non apprezzati in fase istruttoria in mancanza di contraddittorio.

In relazione al monitoraggio della spesa farmaceutica, l'Assessorato richiama l'attivazione presso "...tutte le Aziende... già dal 2002, della banca dati "Progetto

Sfera" fornito dal Ministero della Salute alle Regioni. Tale sistema permette di rilevare, anche mensilmente – secondo una reportistica concordata a livello regionale, i consumi e la spesa dei farmaci per singole categorie terapeutiche e per singole molecole su base aziendale confrontabile con l'andamento regionale e nazionale. Tale reportistica viene prodotta con sistematicità anche a livello regionale ed ha portato a sviluppare azioni di monitoraggio su farmaci "mirati" e ad avviare e consolidare la distribuzione diretta di particolari medicinali ai fini del controllo e del contenimento della spesa. Il monitoraggio delle prescrizioni mediche e farmaceutiche è stato sviluppato da parte delle Aziende sanitarie utilizzando sistemi di lettura ottica che permettono di controllare tutte le ricette farmaceutiche ai fini di condurre azioni volte ad assicurare:

la sistematica verifica tecnico-contabile delle ricette farmaceutiche;

il monitoraggio di indicatori quantitativi e qualitativi della spesa;

la trasmissione della reportistica ai medici di medicina generale e ai medici di libera scelta;

la verifica dell'appropriatezza prescrittiva in coerenza con le indicazioni regionali e nazionali."

Il contraddittorio orale ha consentito alla Sezione di chiarire all'Assessorato – rappresentato dal Direttore Generale – la natura e lo scopo del controllo sulla gestione intestato dall'Ordinamento alla Corte dei Conti in modo da porre le basi per instaurare, nel futuro, un rapporto di collaborazione istituzionale che consenta di esitare un referto utile e significativo; questo perché la complessità delle problematiche oggetto di analisi comporta necessariamente una collaborazione attiva dell'assessorato all'attività di indagine della Corte dei Conti che – per legge – riferisce in posizione neutrale al Consiglio Regionale e – per suo tramite - ai cittadini . Il D.G. (Direttore Generale) dell'Assessorato – condividendo tale intendimento per il futuro – nel corso del dibattimento orale si è soffermato sui contenuti dell'accordo Stato-Regioni del marzo 2005 in relazione al contenimento della spesa e del personale che – stante il contenimento della spesa - diviene sempre più flessibile. Nel merito della relazione il D.G. osserva che il privato in Sardegna ha dimensioni piccole e che non sono stati stipulati i contratti con le strutture private e che si continua in proroga con il regime delle convenzioni. Il D.G. richiama il recente accordo con l'AIOP regionale.

Il D.G. della ASL n.8 – intervenuto solo al dibattimento orale – individua nella mancanza di indirizzi politico-programmatici il ritardo accumulato dalla Regione in tema di aziendalizzazione, ruolo del privato nel mercato sanitario e di rendicontazione dei risultati (bilancio sociale), anche se il privato ospedaliero assorbe il 30% del day-hospital senza verifiche di appropriatezza. Sui costi dei contratti del personale, il D.G. richiama il basso costo dei contratti aziendali sardi e l'elevato numero degli operatori per paziente rispetto alla media nazionale che percepiscono una retribuzione accessoria minore rispetto alla media nazionale a causa dell'elevato numero e della mancata attivazione di alcuni cicli di contratti integrativi.

Anche in relazione a queste osservazioni, la Corte nel prendere atto osserva nel metodo che la totale assenza di controdeduzioni scritte dell'ASL n.8 non ha consentito di arricchire il lavoro istruttorio e che tali dichiarazioni in fase orale – pur interessanti – non consentono tuttavia una riapertura istruttoria in fase dibattimentale; nel merito la Sezione osserva che una tempestiva controdeduzione in fase istruttoria avrebbe consentito alla Sezione di apprezzare – nel contraddittorio con l'amministrazione – quegli elementi non apprezzati in fase istruttoria in mancanza di contraddittorio.

1.1 Controdeduzioni

Appare utile evidenziare, preliminarmente, i momenti significativi che hanno contraddistinto lo svolgimento della presente indagine.

Occorre ricordare che il presente referto riferisce sulle analisi relative a due distinte indagini che si è successivamente ritenuto di unificare:

- indagine sulle politiche regionali in materia di sanità (aggiornamento dati al 2002) e sugli esiti della contrattazione integrativa per il quadriennio 1998/2001 programmata dalla Sezione Regionale del controllo con Deliberazione 13/02 del 6/7 dicembre 2002
- indagine sulle politiche regionali in materia di sanità con riferimento agli anni 2001/2003 programmata dalla Sezione Regionale del controllo con Deliberazione 21/03 del 16/23 dicembre 2003 modificata dalla Deliberazione

n. 1/04 del 20 gennaio 2004 e dalla Deliberazione n.7/04 del 5 ottobre 2004.

La fase istruttoria relativa all'analisi dei dati dell'anno 2002 ha avuto inizio con l'inoltro, al Direttore Generale dell'Assessorato Igiene, Sanità e Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna, della nota n. 3424/PCG/1 del 10/12/2003 con la quale si invitava l'Amministrazione a voler compilare e ritrasmettere a Codesto Ufficio le tabelle di aggiornamento dati relative al periodo oggetto d'indagine nonché le delibere e gli atti politici di Giunta e assessoriali e di alta amministrazione di indirizzo e coordinamento utili per esprimere una valutazione sull'evoluzione delle politiche sanitarie regionali.

L'Assessorato ha risposto con nota n. 48393/DG del 22/12/2003 e successivamente con nota n. 4708 del 5/02/2004 provvedendo ad inoltrare parte della documentazione richiesta.

Alla completa acquisizione dei dati richiesti si è addivenuti con la nota dell'Assessorato n. 32642/DG del 6/09/2004 pervenuti dopo i numerosi solleciti di questo Ufficio (note n. 1592/PCG1 del 27/04/2004, n. 1791/PCG1 del 19/05/2004, n. 2132/PCG1 dell' 1/07/2004).

Ai fini dell'acquisizione dei dati relativi all'anno 2003 si è provveduto ad inviare al Direttore Generale dell'Assessorato Igiene, Sanità e Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna la nota n. 1593/PCG1 del 27/04/2004 a cui l'Amministrazione ha risposto dichiarando di non poter adempiere alle richieste della Corte in tempi brevi indicandone i motivi ostativi.

A tale nota ha fatto seguito un sollecito inoltrato con nota n.2849/PCG1 del 4/10/2004 al quale la Regione ha risposto con nota n. 377/DG del 5/01/2005.

Per quanto concerne, infine, l'indagine sulla contrattazione integrativa l'istruttoria ha avuto inizio con l'invio al Direttore Generale della Azienda USL n. 8 di Cagliari e al Direttore Generale dell'Azienda ospedaliera della nota n. 243/PCG del 19/01/2004 a cui le Aziende hanno dato seguito abbastanza celermente.

Sulla base della documentazione acquisita codesto Ufficio ha provveduto quindi all'elaborazione di una bozza di relazione di cui è stata inviata copia scritta, con nota n. 1813/PCG1 del 4/07/2005, alle Amministrazioni oggetto del presente referto al fine di consentire, ai vertici responsabili, di fornire eventuali controdeduzioni sulle osservazioni fatte naturalmente entro un congruo termine.

A tale invito non ha fatto seguito alcuna risposta da parte del Direttore Generale della Azienda USL n. 8.

Il Direttore Generale dell'Azienda ospedaliera "G. Brotzu" ha provveduto invece a dichiarare, con comunicazione dell'11/07/2005, di non aver osservazioni in merito alle analisi condotte da questa Corte ritenendo queste corrette.

Il Direttore Generale dell'Assessorato Igiene, Sanità e Assistenza Sociale con nota n. 31007/DG del 6/09/2005 ha fatto, invece, sapere di voler produrre delle osservazioni al fine di fornire un contributo utile alla chiusura della fase istruttoria dell'indagine, impegno al quale ha dato seguito, però, solamente in data 18/11/2005, qualche giorno prima dell'udienza dibattimentale ormai fissata per il giorno 22/11/2005.

Le osservazioni presentate e la documentazione prodotta (peraltro riferita in gran parte ad un periodo successivo a quello d'indagine) seppur interessanti, non sono state, pertanto, di nessuna utilità ai fini del completamento del presente referto.

Le argomentazioni che si sarebbero dovute trattare nella fase del contraddittorio sono state, conseguentemente, affrontate durante la fase dibattimentale.

In tale sede, in relazione al tema della programmazione in campo sanitario, l'Assessorato ha rilevato che – nel periodo oggetto di indagine – "...la precedente Giunta Regionale ha approvato una proposta di piano regionale con deliberazione n. 13/17 del 13/4/2004. Tale proposta non è stata presa in carico dalla competente Commissione del Consiglio regionale poiché pervenuta nella fase conclusiva della XII legislatura..... Per altro, sul versante sociale, il mancato aggiornamento del Piano regionale socio-assistenziale 1998-2000 ha comportato l'ulteriore proroga della validità dello stesso anche per l'anno 2004 così come era già avvenuto negli anni 2001, 2002 e 2003."

Per quanto concerne la partecipazione della Regione ai progetti per la strategia del cambiamento e la partecipazione agli obiettivi generali di salute per il triennio 2003-2005 previsti dal Piano sanitario nazionale, l'Assessorato ha predisposto propri progetti e gli stessi sono stati approvati dalla Giunta regionale con deliberazione n.40/31 del 7/11/2003. I progetti per l'anno 2003, valutati positivamente dal Ministero della Salute e dallo stesso finanziati per l'importo complessivo di € 24.107.922, attengono alle seguenti linee prioritarie:

lo sviluppo della politica dei livelli essenziali di assistenza;
le cure primarie;
la rete integrata dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza;
i centri di eccellenza;
la comunicazione istituzionale.

Per quanto concerne la riorganizzazione delle strutture sanitarie sul territorio e la riqualificazione dell'assistenza sanitaria, l'Assessorato alla Sanità richiama la deliberazione G.R. (Giunta Regionale) n. 17/16 del 22/5/2001, con la quale si sono stabilite le linee di riorganizzazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata alla luce del processo di strutturazione avviato con la deliberazione n. 11/15 del 22/2/1999 e le deliberazioni n. 17/14 del 2001, n. 10/24 del 2002, n. 6/63 del 2003 con le quali si sono formulate le linee di indirizzo sull'organizzazione e il funzionamento delle Residenze sanitarie Assistenziali e si è determinato il complessivo fabbisogno di posti letto quantificato in numero di 4.350 per l'intero territorio della Sardegna; inoltre l'Assessorato richiama la deliberazione n. 39/72 del 10/12/2002 con la quale si è approvato l'Accordo integrativo regionale per la Medicina Generale e la deliberazione n. 30/10 del 26/8/2003 con la quale si è approvato l'Accordo integrativo regionale per la Medicina Specialistica interna. In merito alla riorganizzazione delle strutture sanitarie l'Assessorato richiama le deliberazioni n. 22/42 del 26/6/2001 e n. 25/72 del 24/7/2001 della Giunta Regionale, in attuazione del D.L. 18/9/2001 n. 347, convertito con la L. 16/11/2001 n. 405.

In relazione al monitoraggio della spesa farmaceutica, l'Assessorato richiama l'attivazione presso "...tutte le Aziende... già dal 2002, della banca dati "Progetto Sfera" fornito dal Ministero della Salute alle Regioni. Tale sistema permette di rilevare, anche mensilmente – secondo una reportistica concordata a livello regionale, i consumi e la spesa dei farmaci per singole categorie terapeutiche e per singole molecole su base aziendale confrontabile con l'andamento regionale e nazionale. Tale reportistica viene prodotta con sistematicità anche a livello regionale ed ha portato a sviluppare azioni di monitoraggio su farmaci "mirati" e ad avviare e consolidare la distribuzione diretta di particolari medicinali ai fini del controllo e del contenimento della spesa. Il monitoraggio delle prescrizioni mediche e farmaceutiche è stato sviluppato da parte delle Aziende sanitarie utilizzando sistemi di lettura ottica che permettono di controllare tutte le ricette farmaceutiche ai fini di condurre azioni volte ad assicurare:

- la sistematica verifica tecnico-contabile delle ricette farmaceutiche;
- il monitoraggio di indicatori quantitativi e qualitativi della spesa;
- la trasmissione della reportistica ai medici di medicina generale e ai medici di libera scelta;
- la verifica dell’appropriatezza prescrittiva in coerenza con le indicazioni regionali e nazionali.”

Il contraddittorio orale ha consentito alla Sezione di chiarire all’Assessorato – rappresentato dal Direttore Generale – la natura e lo scopo del controllo sulla gestione intestato dall’Ordinamento alla Corte dei Conti in modo da porre le basi per instaurare, nel futuro, un rapporto di collaborazione istituzionale che consenta di esitare un referto utile e significativo; questo perché la complessità delle problematiche oggetto di analisi comporta necessariamente una collaborazione attiva dell’assessorato all’attività di indagine della Corte dei Conti che – per legge – riferisce in posizione neutrale al Consiglio Regionale e – per suo tramite - ai cittadini . Il D.G. (Direttore Generale) dell’Assessorato – condividendo tale intendimento per il futuro – nel corso del dibattimento orale si è soffermato sui contenuti dell’accordo Stato-Regioni del marzo 2005 in relazione al contenimento della spesa e del personale che – stante il contenimento della spesa - diviene sempre più flessibile. Nel merito della relazione il D.G. osserva che il privato in Sardegna ha dimensioni piccole e che non sono stati stipulati i contratti con le strutture private e che si continua in proroga con il regime delle convenzioni. Il D.G. richiama il recente accordo con l’AIOP regionale.

Il D.G. della ASL n.8 – intervenuto solo al dibattimento orale – individua nella mancanza di indirizzi politico-programmatici il ritardo accumulato dalla Regione in tema di aziendalizzazione, ruolo del privato nel mercato sanitario e di rendicontazione dei risultati (bilancio sociale), anche se il privato ospedaliero assorbe il 30% del day-hospital senza verifiche di appropriatezza. Sui costi dei contratti del personale, il D.G. richiama il basso costo dei contratti aziendali sardi e l’elevato numero degli operatori per paziente rispetto alla media nazionale che percepiscono una retribuzione accessoria minore rispetto alla media nazionale a causa dell’elevato numero e della mancata attivazione di alcuni cicli di contratti integrativi.

Anche in relazione a queste osservazioni, la Corte nel prenderne atto osserva nel metodo che la totale assenza di controdeduzioni scritte dell’ASL n.8 non

ha consentito di arricchire il lavoro istruttorio e che tali dichiarazioni in fase orale – pur interessanti – non consentono tuttavia una riapertura istruttoria in fase dibattimentale; nel merito la Sezione osserva che una tempestiva controdeduzione in fase istruttoria avrebbe consentito alla Sezione di apprezzare – nel contraddittorio con l'amministrazione – quegli elementi non apprezzati in fase istruttoria in mancanza di contraddittorio.