



Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA STATO-REGIONI

Seduta del 22 novembre 2012

Punto n. 5 dell'o.d.g.

Oggetto Intesa sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri per la definizione dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, per la scelta delle regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali nel settore sanitario, in attuazione dell'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68. **Codice sito:** **4.10/2012/77**

Intesa ai sensi dell'articolo 27, comma 5, del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68.

Finalità del provvedimento: Il decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, in attuazione della legge 5 maggio 2009, reca disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario.

L'articolo 27 del predetto decreto legislativo n. 68 del 2011, al comma 4, stabilisce che il fabbisogno standard delle singole regioni a statuto ordinario, cumulativamente pari al livello del fabbisogno sanitario nazionale standard, è determinato in fase di prima applicazione a decorrere dall'anno 2013, applicando a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle c.d. "regioni di riferimento".

Il comma 5 del medesimo articolo 27 individua quali regioni di riferimento per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario tre regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, che siano state scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, in quanto migliori cinque regioni che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, comunque non essendo assoggettate a piano di rientro e risultando adempienti, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005, sono individuate in base a criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni, sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'articolo 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, sulla base degli indicatori di cui agli allegati 1, 2 e 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. A tale scopo si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive. Nella individuazione delle regioni si dovrà tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica al nord, al centro e al sud, con almeno una regione di piccola dimensione geografica.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

L'articolo 15, comma 25^{ter}, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, stabilisce che, in relazione alla determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario secondo quanto previsto dal più volte menzionato D. L.vo n. 68 del 2011, il Governo provvede all'acquisizione e alla pubblicazione dei relativi dati entro il 31 ottobre 2012, nonché a ridefinire i tempi per l'attuazione del medesimo decreto nella parte relativa ai costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, entro il 31 dicembre 2012.

In attuazione del predetto comma 5 dell'articolo 27 del D.L.vo n. 68 del 2011, il Ministero della salute, con lettera in data 10 settembre 2012, ha inviato, ai fini del perfezionamento della prescritta intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni, lo schema di decreto indicato in oggetto, richiamando l'attenzione sulla necessità di acquisire il preventivo parere della Struttura tecnica di monitoraggio (STEM) di cui all'articolo 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 (Rep. Atti n. 243/CSR).

Con nota in data 12 ottobre 2012, il Presidente della STEM ha trasmesso il predetto parere reso dalla STEM medesima nella seduta del 9 ottobre u.s..

Lo schema di provvedimento di cui trattasi è volto a stabilire i criteri per l'individuazione delle cinque Regioni nel cui ambito scegliere le tre Regioni di riferimento ai fini della definizione dei costi e dei fabbisogni standard regionali nel settore sanitario.

In particolare, per la formulazione della graduatoria delle regioni eleggibili ai fini dell'individuazione delle prime cinque entro cui scegliere le tre regioni di riferimento, si fa riferimento alle seguenti variabili:

- a) punteggio risultante dall'applicazione dell'apposita griglia valutativa per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza utilizzata dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005, con riferimento all'ultimo anno per il quale risulti completato il procedimento di verifica annuale;
- b) rapporto tra costi e ricavi del bilancio sanitario regionale con esclusivo riferimento, per la determinazione dei ricavi, alle risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive, sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento;
- c) le variabili desumibili dagli allegati 1,2, e 3 dell'intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, che si ritengono utili sotto il profilo qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza. In particolare, sono individuati i seguenti indicatori:
 1. scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza collettiva sul totale della spesa
 2. scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza distrettuale sul totale della spesa
 3. scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza ospedaliera sul totale della spesa
 4. degenza media pre-operatoria



Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETARIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

5. percentuale interventi per frattura di femore operati entro due giorni
6. percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
7. percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale ricoveri
8. percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatezza (esclusi DRG 006, 039, 119)
9. percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico
10. costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria
11. costo medio per ricovero acuto diurno (Day Hospital/Day Surgery)
12. costo medio per ricovero post acuto
13. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Attività clinica
14. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Laboratorio
15. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Diagnostica strumentale
16. spesa pro capite per assistenza sanitaria di base
17. spesa farmaceutica pro capite;

Per l'elaborazione della graduatoria delle prime 5 regioni si fa riferimento ai valori che ciascuna regione fa registrare rispetto ad un indicatore di qualità ed efficienza (**IQE**) generato dall'applicazione contestuale delle variabili di cui alle lettere a), b) e c) in base ad una apposita formula. Per ciascuna regione eleggibile viene quindi calcolato un punteggio. Nella formulazione della graduatoria, a parità di punteggio, si adotta quale criterio di precedenza quello relativo all'esigenza di assicurare rappresentatività a ciascuna delle aree geografiche del nord, del centro e del sud, nonché di prevedere almeno una regione di piccole dimensioni geografiche considerando tali le regioni con popolazione inferiore ai 600.000 abitanti.

Istruttoria: Il Ministero della salute, con lettera in data 10 settembre 2012, ha inviato, ai fini dell'acquisizione della prescritta intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, lo schema di provvedimento indicato in oggetto, richiamando l'attenzione, tra l'altro, sulla necessità di acquisire il preventivo parere della Struttura tecnica di monitoraggio (STEM).

Con nota in data 12 ottobre 2012, il Presidente della STEM ha trasmesso il predetto parere reso dalla STEM medesima nella seduta del 9 ottobre u.s..

La summenzionata documentazione, con lettera del 12 ottobre 2012, è stata diramata alle Regioni e Province autonome.

Il Ministero della salute, con lettera in data 18 ottobre 2012, ha inviato una nuova versione dello schema di decreto in parola, concordata con il Ministero dell'economia e delle finanze, la quale tiene conto delle osservazioni tecniche contenute nel parere reso dalla STEM nell'anzidetta seduta del 9 ottobre 2012.

Nel corso della riunione tecnica svoltasi in data 18 ottobre 2012, i rappresentanti delle Regioni, nel prendere atto con soddisfazione che la nuova versione dello schema di decreto che interessa è stata elaborata tenendo conto del più volte citato parere della STEM, hanno fatto presente di non



Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

avere ulteriori osservazioni da formulare rispetto a quelle già evidenziate nel corso delle riunioni della STEM dedicate all'esame del provvedimento in questione e contenute nel documento consegnato nella medesima riunione tecnica (Allegato 1).

L'argomento, iscritto all'ordine del giorno della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 25 ottobre 2012, su richiesta delle Regioni e Province autonome è stato rinviato per ulteriori approfondimenti.

Nel corso della seduta del 30 ottobre 2012 della Conferenza Stato-Regioni, sul punto indicato in oggetto è stata registrata la mancata intesa con decorrenza del termine di trenta giorni previsto dall'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

I rappresentanti dei Ministeri interessati, infatti, hanno ritenuto accoglibili, sia pure con parziale riformulazione, le richieste di modifiche ed integrazioni dello schema di provvedimento in oggetto avanzate dalle Regioni e Province autonome contenute nel documento consegnato nella medesima seduta della Conferenza (Allegato 2) ad eccezione della richiesta emendativa relativa al punto 1.2 dell'allegato 1 allo schema di cui trattasi sulla quale, invece, i rappresentanti di parte governativa hanno espresso avviso contrario.

In particolare:

- il Ministero dell'economia e delle finanze ha proposto la seguente riformulazione della richiesta emendativa relativa al punto 1.1, lett. b) dell'Allegato 1 allo schema di provvedimento: "I costi sono sterilizzati della quota registrata in entrata relativa al finanziamento aggiuntivo per i livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali".
Tale formulazione è stata ritenuta accoglibile dalle Regioni.
- il Ministero dell'economia e delle finanze ha ritenuto accoglibile la richiesta emendativa relativa al punto 2.2.1 dell'Allegato 1 allo schema di provvedimento.
- il Ministero dell'economia e delle finanze **non ha ritenuto accoglibile** la richiesta emendativa relativa al punto 1.2 dell'Allegato 1 allo schema di provvedimento.

Nel corso dell'anzidetta seduta del 30 ottobre u.s., inoltre, le Regioni hanno precisato che le Regioni in equilibrio economico sono da individuarsi non sulla base di dati provvisori rilevati al quarto trimestre, ma a seguito dell'accertamento dei risultati relativi alla chiusura del secondo esercizio precedente a quello di riferimento, rilevati, nei termini previsti dalla normativa vigente, dai modelli ministeriali di rendicontazione economica del consolidato regionale.

Il Ministero dell'economia e delle finanze ha condiviso tale precisazione.

Con nota in data 31 ottobre 2012, è stato rappresentato al Ministero della salute che si resta in attesa di un eventuale nuovo testo dello schema di provvedimento che interessa che, preventivamente concertato con il Ministero dell'economia e delle finanze, oltre a recepire le modifiche concordate con le Regioni e Province autonome nel corso della predetta seduta del 30 ottobre u.s, tenga conto, relativamente al cennato punto 1.2 dell'allegato 1 allo schema in parola,



Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

di eventuali nuove proposte che le Regioni vorranno far pervenire al fine di realizzare le condizioni di assenso necessarie per il perfezionamento dell'intesa sullo schema medesimo.

Si sottopone all'esame della Conferenza Stato - Regioni, ai fini del perfezionamento dell'intesa, ai sensi dell'articolo 27, comma 5 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68.

Il Direttore
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

*Consegnato del corso della
riunione tecnica del 18 ottobre 2012*

Allegato 1

ACC. REGIONI

La Commissione Salute del 25 settembre 2012 in relazione al parere che la Stem deve esprimere sullo Schema di DPCM in oggetto, ha dato mandato ai tecnici di approfondire alcuni aspetti del provvedimento relativi sia alle disposizioni legislative dell'art. 27, comma 5, del Dlgs n. 68/2011 in merito alla scelta delle Regioni di riferimento sia ai criteri indicati nella bozza di Schema di DPCM per la definizione dei criteri di scelta.

In particolare gli assessori hanno evidenziato come le recenti manovre che si sono succedute al decreto sulla determinazione di costi e dei fabbisogni standard abbiano di fatto superato l'attuazione del federalismo fiscale. La prima manovra attuata con la legge n. 111 del 2011 "Misure di contenimento della spesa" ha disposto per il settore Sanità pesanti tagli per 2.500 mln per l'anno 2013 e 5.450 mln per l'anno 2014; la successiva legge n. 135 cd spending review ha apportato un ulteriore inasprimento in diversi settori dai beni e servizi alla farmaceutica, stabilendo riduzioni del fondo per 900 mln per il 2012, 1.800 per il 2013, 2.000 per il 2014 e 2.100 a decorrere dal 2015. Infine il recente DI per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute ha disposto su alcune parti anche in maniera invasiva la revisione di importanti discipline sanitarie.

In tale contesto finanziario e normativo la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale appare fortemente compromessa, come già stato evidenziato dalle Regioni nelle sedi istituzionali per le scelte assunte unilateralmente dal Governo in violazione del Patto per la Salute.

Appare, pertanto, fortemente mutato il contesto nel quale il Dlgs sui costi e fabbisogni standard attuativo del federalismo era stato previsto e ci si chiede se è ancora attuabile la riforma federalista.

Relativamente allo schema DPCM: "Definizione dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, per la scelta delle regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, in attuazione dell'articolo 27, comma 5, del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68", che si riporta di seguito in corsivo sono emerse alcune criticità:

ALLEGATO 1

CRITERI PER LA INDIVIDUAZIONE DELLE 5 REGIONI NEL CUI AMBITO SCEGLIERE LE 3 REGIONI DI RIFERIMENTO AI FINI DELLA DEFINIZIONE DEI COSTI E DEI FABBISOGNI STANDARD REGIONALI NEL SETTORE SANITARIO AI SENSI DELL'ARTICOLO 27 DEL DECRETO LEGISLATIVO MAGGIO 2011, 6 N. 68

1. Individuazione delle regioni eligibili per l'inserimento nella graduatoria delle regioni ai fini dell'individuazione delle prime 5 entro cui scegliere le 3 regioni di riferimento.

1.1 Sono eligibili le regioni che rispettano tutti i seguenti criteri:

- a) **Aver garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza; in base all'apposita griglia valutativa utilizzata dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 20058, riportando un punteggio pari o superiore al punteggio mediano, con**

riferimento all'ultimo anno per il quale risulti completato il procedimento di verifica annuale;

- b) Aver garantito l'equilibrio economico finanziario del bilancio sanitario regionale, con esclusivo riferimento, per la determinazione dei ricavi, alle risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento;

Si esprimono dubbi sulla congruenza del comma 5 dell'articolo 27 D. lgs 68/2011 con il successivo comma 6.

Nello specifico Il Dlgs 68/2011, all'articolo 27 "Determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali", comma 5, stabilisce che:

1. Si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive;
2. non sono assoggettate a piano di rientro;
3. risultano adempienti al Tavolo di verifica degli adempimenti regionali;
4. rispettano i criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza definiti con DPCM, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni, sentita la STEM, sulla base degli indicatori di cui agli allegati 1, 2 e 3 Patto per la Salute per il triennio 2010-2012.

Risulta pertanto evidente che i primi 3 punti possano essere considerati requisiti per l'eligibilità a cinque "migliori regioni" e che il punto 4 possa essere utile a formulare una "graduatoria" all'interno della quale selezionare le tre regioni di riferimento.

Quanto al primo punto sono due i pre-requisiti: avere erogato i LEA in condizioni di efficienza e di appropriatezza ed averlo fatto con le risorse ordinarie di finanziamento, comprese le entrate proprie regionali effettive.

La condizione di equilibrio economico-finanziario deve pertanto essere verificata con specifico riferimento alla erogazione dei LEA. Dal livello di spesa che concorre alla determinazione del costo standard delle regioni di riferimento, il successivo comma 6 esclude infatti la "quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali"

Il decreto 68/2011 ammette pertanto che vi possa essere, nelle regioni di riferimento, un livello di spesa correlato alla erogazione di prestazioni extra-LEA, il quale, per legge, deve essere coperto da risorse regionali

specifiche e certificato annualmente in sede di verifica degli adempimenti.

Tale norma non da adito a diverse interpretazioni: infatti da un punto di vista contabile se nell'esercizio corrente non si predispongono adeguate coperture, la Regione risulta in disavanzo sia nell'ipotesi in cui eroghi esclusivamente livelli essenziali, sia nell'ipotesi in cui eroghi livelli ulteriori.

Pertanto si ritiene che l'allegato 1 allo schema di DPCM proposto, al punto 1.1, lettera b) debba essere integrato per coerenza rispetto al dettato dell'articolo 27, commi 5 e 6 del Dlgs 68/2011.

Si propone di integrare alla lettera b):

"Aver garantito l'equilibrio economico finanziario del bilancio sanitario regionale, con esclusivo riferimento, per la determinazione dei ricavi, alle risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive e, per la determinazione dei costi, a quelli connessi alla erogazione dei livelli essenziali di assistenza"

c) Non essere assoggettate a piano di rientro;

In ordine alla eligibilità delle Regioni, si interpreta l'articolo di legge nel senso che la limitazione appuntabile alle Regioni sottoposte a *Piano di Rientro* non si applicherebbe a quelle Regioni che siano in Piano di Rientro non a causa del disavanzo sanitario; a rafforzare detta impostazione, si ricorda che proprio la Stem ha proposto una modifica normativa, nel Documento di snellimento degli adempimenti regionali, in base alla quale "A decorrere dall'anno 2012, è esclusa dalle verifiche degli adempimenti regionali in materia sanitaria previsti dal vigente ordinamento, con riferimento agli esercizi 2011 e seguenti, la verifica del rispetto del patto di stabilità interno, tenuto conto della sua estraneità alla materia sanitaria e della specifica disciplina, anche sanzionatoria, in caso di inadempienza, che regola il medesimo patto di stabilità interno", successivamente approvata dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 15 marzo 2012.

d) Essere risultate adempienti alla valutazione operata dal tavolo di Verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005 con riferimento all'ultimo anno per il quali risulti completato il procedimento di verifica annuale.

abbiano fatto registrare il minor disavanzo nel medesimo anno di esercizio, in modo tale da garantire che le regioni eleggibili siano comunque pari almeno a 5.

2. Formulazione della graduatoria delle regioni ai fini dell'individuazione delle prime 5 entro cui scegliere le 3 regioni di riferimento.

2.1 Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per la formulazione della graduatoria delle regioni di cui al punto 1 fa riferimento alle seguenti variabili:

a) Punteggio risultante dall'applicazione dell'apposita griglia valutativa per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza utilizzata dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005, con riferimento all'ultimo anno per il quale risultati completato il procedimento di verifica annuale;

Si richiama l'attenzione sul punteggio attribuito all'indicatore della spesa farmaceutica: mentre il 51% è un obiettivo auspicabile nella spesa per l'assistenza distrettuale e, conseguentemente, le Regioni che maggiormente si avvicinano a tale percentuale ottengono punteggi più alti, la percentuale del 13% relativa alla spesa per l'assistenza farmaceutica rappresenta un tetto massimo e pertanto le Regioni che riescono a mantenere la spesa per assistenza farmaceutica ai livelli più bassi dovrebbero ottenere un punteggio più alto, contrariamente a quanto appare nella griglia valutativa predisposta dal Ministero della Salute.

Si chiede al Ministero della Salute di effettuare opportuni controlli.

b) Incidenza percentuale dell'avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario;

c) Indicatori per la valutazione della qualità dei servizi erogati, l'appropriatezza e l'efficienza desumibili dagli allegati 1, 2 e 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009:

- scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza collettiva sul totale della spesa;
- scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza distrettuale sul totale della spesa;
- scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza ospedaliera sul totale della spesa;
- degenza media pre-operatoria, percentuale interventi per frattura di femore operati entro due giorni;
- percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medici;
- percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale ricoveri, percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatezza (esclusi DRG 006, 039, 119);
- percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico;

- costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria;
- costo medio per ricovero acuto diurno (Day Hospital/ Day Surgery);
- costo medio per ricovero post acuto;
- spesa per prestazione per assistenza specialistica - Attività clinica;
- spesa per prestazione per assistenza specialistica – Laboratorio;
- spesa per prestazione per assistenza specialistica - Diagnostica Strumentale;
- spesa pro-capite per assistenza sanitaria di base;
- spesa farmaceutica pro capite.

Relativamente alla griglia di indicatori si pone l'attenzione sul calcolo degli indicatori "costo medio...", chiedendo se viene elaborato tenendo conto del case-mix.

Si chiede al Ministero della Salute che effettui le verifiche opportune.

Si evidenzia inoltre che l'indicatore "costo medio per ricovero acuto diurno", così come proposto, non è significativo in quanto bisognerebbe scindere il costo medio per Day Hospital dal costo medio per Day Surgery. Infatti nelle regioni in cui è più alta la quota dei ricoveri chirurgici, il costo medio risulta più alto e quindi l'indicatore assume valori bassi dando una visione distorta dell'efficienza regionale.

Si chiede al Ministero della Salute l'eliminazione dell'indicatore e si concorda con l'inserimento di un nuovo indicatore presente nell'allegato 3 del Patto Salute 2010-2012, ovvero la "Percentuale di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età ≥ 65 anni".

Si solleva una perplessità sulla metodologia di calcolo degli indicatori "spesa per prestazione per assistenza specialistica..." in quanto mentre per le regioni che producono direttamente le prestazioni viene rappresentato il costo pieno di produzione e il ticket resta rappresentato tra le entrate proprie, per le regioni che acquistano le prestazioni dal privato accreditato viene evidenziato il costo di acquisto al netto del ticket riscosso. Si propone di ricostruire il costo al lordo del ticket o di detrarre il valore dei ticket dal costo pieno della specialistica.

Si chiede al Ministero della Salute di individuare un fattore correttivo.

2.2 Per l'elaborazione della graduatoria delle prime 5 regioni si fa riferimento ai valori che ciascuna regione fa registrare rispetto ad un indicatore di qualità ed efficienza (IQE) generato dall'applicazione contestuale delle variabili di cui al punto 2.1 in base alla seguente procedura di calcolo:

- a. Per ogni indicatore i ($i=1, \dots, 17$) i valori di ciascuna Regione R sono stati normalizzati attraverso la formula:

$$\text{Valore normalizzato}_R^i = \frac{\text{Valore indicatore}_R^i - \text{Valore medio della distribuzione regionale}}{\text{Deviazione standard della distribuzione regionale}}$$

- b. Per ogni indicatore sono stati ottenuti dei punteggi regionali a partire dai valori normalizzati di cui al punto a. attraverso la formula:

$$\text{Punteggio}_R^i = \frac{\text{Valore normalizzato}_R^i - \text{Minimo dei valori normalizzati}}{\text{Massimo dei valori normalizzati} - \text{Minimo dei valori normalizzati}}$$

- c. Per ciascuna Regione è stato determinato l'indicatore di qualità ed efficienza IQE, che può variare da 0 a 10, attraverso la formula:

$$IQE_R = \frac{\sum_1^{17} \text{Punteggio}_R^i}{17} \times 10$$

Relativamente alla formulazione della graduatoria si puntualizza che gli indicatori proposti nel DPCM sono un sottoinsieme degli indicatori contenuti negli allegati 2 e 3 del Patto per la salute 2010-2012.

La procedura per il calcolo dell'indicatore sintetico IQE (Indicatore di Qualità ed Efficienza) regionale sul quale individuare le prime 5 regioni prevede il calcolo, per ciascun indicatore, del valore standardizzato prendendo a riferimento il valore medio sulla distribuzione dei valori regionali.

I punteggi ottenuti per ciascun indicatore (sono 17) vengono poi sommati senza alcuna pesatura specifica, tutti gli indicatori nella somma hanno lo stesso peso, ma non tutti hanno la stessa rilevanza. Si chiede pertanto al Ministero di valutare tale segnalazione.

Si pone inoltre all'attenzione del Ministero della Salute un'alternativa di calcolo del "punteggio", associato al "Valore Normalizzato", non basato sull'intervallo 0-1, ma che attribuisce un valore massimo alla Regione migliore (ad esempio 1) e a scalare i valori inferiori secondo il preciso "Valore Normalizzato", tale diverso punteggio può generare una graduatoria diversa delle Regioni.

- 2.2.1 Nella formulazione della graduatoria, a parità di punteggio, si adotta quale criterio di precedenza quello relativo all'esigenza di assicurare rappresentatività a ciascuna delle aree geografiche del nord, del centro e del sud, nonché di prevedere almeno una regione di piccole dimensioni geografiche considerando tali le regioni con popolazione inferiore ai 600.000 abitanti.

Si chiede inoltre che il limite demografico per individuare le piccole Regioni sia posto pari a 1.000.000 di abitanti.



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
12/145/SR2/C7

**INTESA SULLO SCHEMA DI DECRETO DEL PRESIDENTE DEL
CONSIGLIO DEI MINISTRI PER LA DEFINIZIONE DEI CRITERI DI
QUALITÀ DEI SERVIZI EROGATI, APPROPRIATEZZA ED EFFICIENZA,
PER LA SCELTA DELLE REGIONI DI RIFERIMENTO AI FINI DELLA
DETERMINAZIONE DEI COSTI E DEI FABBISOGNI STANDARD
REGIONALI NEL SETTORE SANITARIO, IN ATTUAZIONE
DELL'ARTICOLO 27 DEL DECRETO LEGISLATIVO 6 MAGGIO 2011, N. 68**

Punto 2) Odg – Conferenza Stato – Regioni

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nel ribadire l'importanza di definire quanto prima i costi standard e confermando alcune criticità contenute nel D.lgs. 68/2011 tra cui: l'esclusione, tra quelle elegibili, delle Regioni in piano di rientro per ragioni che esulano dall'equilibrio economico del settore sanitario; l'individuazione dell'anno di riferimento in luogo del triennio; l'incoerenza normativa in tema di ammortamenti sterilizzati rispetto ad D.lgs. n. 118/2011, esprime l'Intesa subordinata all'accoglimento delle proposte emendative sottoriportate.

Nel caso il numero delle Regioni in equilibrio economico non fosse pari a 5, è necessario considerare entrambi i criteri previsti ai commi 5 e 12 dell'art. 27 del D.lgs. 68/2011 (rappresentatività geografica e miglior risultato economico) in quanto, nell'individuazione delle Regioni eligibili, la normativa in vigore già prevede che bisogna tenere conto sia dell'esigenza di garantire prioritariamente la rappresentanza geografica che del minor disavanzo. Inoltre nel d.lgs 68/2011 è previsto all'art. 27 comma 6 lett. c) che i costi sono depurati della quota relativa ai livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali.

Pertanto, vengono proposti i seguenti emendamenti :

- 1) Al punto 1.1. dell'allegato 1 lett. b) al termine del periodo aggiungere la frase: " i costi sono depurati della quota relativa ai livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali";
- 2) al punto 1.2 dell'allegato 1 aggiungere alla fine della frase la seguente espressione: " , assicurando prioritariamente il criterio della rappresentatività in termini di appartenenza geografica, di cui al comma 5 dell'art. 27 del d. lgs. 68/2011. ";

Allegato 2
30 ottobre 2011

3) al punto 2.2.1. dell'allegato 1, eliminare alla prima riga l'inciso: “, a parità di punteggio,”.

Si precisa, infine, che le Regioni in equilibrio economico sono individuate non sulla base di dati provvisori rilevati al quarto trimestre, ma a seguito dell'accertamento dei risultati relativi alla chiusura del secondo esercizio precedente a quello di riferimento, rilevati, nei termini previsti dalla normativa vigente, dai modelli ministeriali di rendicontazione economica del consolidato regionale.

Roma, 30 ottobre 2012

A circular stamp containing a handwritten signature. The signature is written in dark ink and appears to be a stylized set of initials or a name. The stamp itself is faint and circular, with some illegible text around the perimeter.