



Palermo, 28 MAG. 2013

SCHEDA TECNICA PROGETTO RETE ASSESSORATO 2013

PREMESSA

Nella bozza di documento, prodotto dall'Assessorato, sulla Rimodulazione della rete ospedaliera 2013, si afferma, in premessa, che si intende "rendere evidente il ruolo di complementarietà e di integrazione della rete privata accreditata all'interno della rete ospedaliera regionale, nel rispetto degli standard e della pianificazione regionale e della programmazione locale e secondo i principi dell'appropriatezza, e delle norme e delle linee di indirizzo ministeriali." Tutti obiettivi, in linea di principio, condivisibili, se correttamente realizzati. Al riguardo, ci auguriamo che, nell'implementazione del progetto regionale, l'integrazione del comparto privato, nella rete ospedaliera, possa essere reale, responsabile e concertata.

A tal fine, appare indispensabile che venga attivato un confronto aperto, chiaro e trasparente, con le parti interessate, basato su dati certi.

Così come chiaro deve essere il progetto complessivo di programmazione regionale della rete ospedaliera, di breve e medio termine, non solo perché le aziende hanno necessità programmare, a loro volta, l'attività, ma, soprattutto, perché le profonde modifiche, alle quali si va incontro, anche in base alle disposizioni nazionali, incideranno significativamente sul futuro del comparto, sull'offerta sanitaria e sui livelli occupazionali.

- Per effettuare una riorganizzazione razionale e funzionale della rete, che possa essere condivisibile, va, innanzitutto, rilevato, che occorre avere contezza della situazione nella quale, attualmente, si trova la rete ospedaliera regionale: presupposto indispensabile, perché rappresenta **il punto dal quale partire e che, pertanto, non può che essere certo, certificato ed incontrovertibile.**

Solo in base alla certezza di questo dato, infatti, si potranno verificare gli **eventuali esuberanti** dei p.l. per **acuti**, rispetto al nuovo standard di riferimento, di cui alla legge n. 135/12. Ci riferiamo, ovviamente, ai p.l. **effettivamente attivati**, e non a quelli programmati e mai realizzati, secondo il d.a. 1150/09 ed il P.O. 2010/12. Soltanto così si potrà fare un ragionamento valido su **quanti** p.l. per acuti sono, effettivamente, in esubero, rispetto al nuovo standard e, di conseguenza, **quanti** e **quali** p.l. vanno ridotti, nel pubblico e nel privato, in base ai criteri che si andranno a stabilire.

Si auspica, altresì, che il suddetto dato venga reso noto alle parti interessate, con la chiarezza e la trasparenza che deve contraddistinguere l'attività della P.A., a maggior ragione, allorché detta attività provoca un profondo cambiamento nel sistema ed influisce sul futuro di decine di aziende e di migliaia di lavoratori.

Si rileva, al riguardo, che i dati sui p.l. della rete regionale non sono mai stati esplicitati ne, tantomeno, certificati dalla P.A. e, sovente, nei tavoli di confronto sulla materia, si sono rivelati contraddittori e non sovrapponibili con quelli in nostro possesso. Da qui la necessità di discutere **su dati certificati ed incontrovertibili**.

- Affinché si possano effettuare le valutazioni necessarie per **assumere scelte condivise**, che abbiano la caratteristica della correttezza e **dell'equità**, non può non considerarsi, preliminarmente, che il **settore privato** ha già dato il suo importante contributo alla **riduzione del tasso di ospedalizzazione e del numero dei posti letto per acuti**, collaborando con la Regione per realizzare gli obiettivi del Piano di rientro 2007/09.

Ha, altresì, subito azioni considerate come "utili" a contrastare il ricorso improprio al ricovero ospedaliero, grazie alla diversificazione dei setting assistenziali, che, di fatto, sovente, sono sembrate più delle manovre dettate dall'esigenza di riduzione della spesa, che da vere esigenze organizzative. Valga su tutti, l'adozione del day service, setting assistenziale innovativo, per lo più, ancora oggi, sconosciuto negli ospedali pubblici.

Emerge, invece, dai dati ricevuti, ufficialmente, dalla P.A. sui p.l. **effettivamente attivati di riabilitazione degli ospedali pubblici**, che rispetto al P.O. 2010/12, **il pubblico non abbia raggiunto l'obiettivo prefissato e, pertanto, alcuni p.l. per acuti non sono stati riconvertiti, secondo il progetto iniziale**.

Attualmente, infatti, risulta che nel pubblico sono attivi ed in funzione solamente n. 766 p.l. post-acuti rispetto ai 2.317 posti letto post-acuti (pubblici) previsti dal Programma Operativo 2010/2012.

Per quanto sopra, abbiamo motivo di ritenere che, se l'obiettivo fosse stato rispettato, oggi i p.l. per acuti, complessivi, da ridurre, per raggiungere il nuovo standard, sarebbero nettamente inferiori.

ANALISI P.L. della RETE P.O. 2010/12

Nel P.O. 2010/12 lo standard complessivo di rete programmato è del **3,89 p.l. per mille abitanti, di cui il 3,25 per mille per gli acuti e lo 0,64 per mille per la riabilitazione/lungodegenza**. Pertanto, rispetto a quanto previsto dal Governo nazionale con la legge 135/12, la Sicilia **dovrebbe ridurre dello 0,25 per mille i p.l. per acuti e aumentare dello 0,6 per mille i p.l. di riabilitazione/lungodegenza. Alcuni p.l. in esubero degli Acuti potrebbero, quindi, essere riconvertiti in p.l. di riabilitazione/lungodegenza (lo 0,06%), mentre lo 0,19 per mille p.l. di acuti andrebbe, comunque, ridotto.**

Tradotto in numeri, significa che, **complessivamente**, (pubblico privato) dovrebbero ridurre **1.259 p.l. acuti (0,25 per mille), di cui una parte, cioè**

lo **0,6 per mille** che corrispondono a **321 p.l.**, potrebbero essere **trasformati in riabilitazione/lungodegenza**. Quindi, una complessiva ed effettiva **riduzione di 938 p.l. per acuti della rete attuale** (vedi TABELLA n. 1).

P.L. EFFETTIVAMENTE ATTIVATI

Da un'analisi del dato riportato nella tabella allegata al P.O 2010/12, la rete, **rilevata nel 2008**, avrebbe una consistenza di complessivi n. **19.880**.

Assumendo che il pubblico abbia **chiuso n. 295 p.l.** per acuti e riconvertito in post-acuti **n.766 p.l.** (dati assessorato) - mentre il privato ha raggiunto l'obiettivo di n. **853 p.l.** in post-acuti (anzi, ad oggi, risultano 949 p.l.) - **restavano da convertire nel pubblico n. 1575 p.l. in p.l. post-acuti.** (vedi TABELLA n. 2)

Se ciò fosse realmente avvenuto, avremmo, allo stato attuale, n. **16.372 p.l.** per acuti e n. **3.204 p.l. post-acuti (tendenziale P.O. 2010/12)**.

Secondo la **nuova normativa** (standard legge n. 135/12), invece, i posti letto post-acuti dovrebbero essere n. **3.525 e gli acuti 15.113 (vedi TABELLA n. 3).**

Se l'obiettivo 2010 fosse stato raggiunto anche dal pubblico, avremmo oggi necessità di **convertire**, rispetto al tendenziale di cui al P.O. 2010/12, soltanto **ulteriori n. 321 p.l. in post acuti**, operazione che **ridurrebbe i posti letto per acuti a n. 16.051, per cui, per** adeguarsi ai **nuovi standard** (acuti n.15.108 p.l.) si sarebbero dovuti **ridurre n. 938 p.l. per acuti.**

Ma, atteso che il pubblico non ha raggiunto l'obiettivo, oggi occorrerebbe riconvertire n.1.896 p.l. in post-acuti (di cui 1575 dal saldo 2010 e 321 per il nuovo standard- vedi tabella n. 3) .

In sostanza, dai dati desunti dal PO 2010/12, si evince che, se il sistema fosse stato a regime, oggi sarebbero in esubero, rispetto al nuovo standard, soltanto **938 p.l. + 321 p.l. per acuti, cioè 1.259 p.l.**, dei quali i primi sarebbero da ridurre e gli altri da riconvertire.

Invece, il residuo debito di p.l. del pubblico, rispetto al P.O. 2010/12 fa sì che oggi vi sia ancora un debito di p.l. di riabilitazione di 1575 p.l. (residuo riconversione pubblico 2010).

E' evidente, per quanto sopra, che oggi, che siamo di fronte ad una ulteriore rimodulazione, basata su nuovi standard, **non si può, di certo, fare ricadere sul privato l'inadempienza pregressa del pubblico.**

Sarebbe, infatti, una grave ingiustizia sommare il residuale esubero con il nuovo, e, peraltro, distribuirlo su tutti e due i comparti in parti eguali. Tutto ciò, ovviamente, previa verifica dei suddetti dati, che come vedremo in seguito, non appaiono certi e in merito ai quali occorre, quindi, fare chiarezza.

METODOLOGIA

Per quanto sopra premesso, si ritiene che, per **una corretta impostazione metodologica** della problematica, le fasi della programmazione della nuova rete ospedaliera non dovrebbero prescindere dai seguenti passaggi:

1. conoscere le **fonti amministrative e normative** dalle quali desumere i dati oggetto del confronto.
2. fare chiarezza **sulle reali esigenze di riduzione**, che, anche nel rispetto del principio di trasparenza, vanno palesate agli interlocutori istituzionali ed alle parti interessate, tenendo conto dei p.l. effettivamente attivati
3. stabilire la **corretta misura percentuale di distribuzione del sacrificio** (esubero) tra comparto pubblico e privato, tenendo conto di quanto già fatto nel pregresso
4. assumere **criteri condivisi e idonei** anche a valutare il privato, al fine di stabilire come e dove rimodulare i p.l., eventualmente, in esubero.

~~Quanto sopra, risulta assolutamente necessario anche perché, come rilevato in premessa, non vi è chiarezza sul numero dei p.l. della rete ospedaliera, ragione per la quale potrebbe non essere certo che, attualmente, vi sia un reale esubero di p.l. per acuti.~~

Per fare un esempio concreto, si rileva che, dagli atti della Commissione parlamentare sugli errori sanitari, che ha analizzato i verbali dei Tavoli tecnici ministeriali, depositati alla Camera nel mese di gennaio 2013, si evince, anche, lo stato di avanzamento dei Piani di rientro delle regioni, tra cui quello della Sicilia.

Analizzando i suddetti atti, si desume che, in Sicilia, al 1° gennaio 2012, i p.l. sono 16.915, di cui **15.036 acuti** e 1.879 di riabilitazione - lungodegenza. Dati **che, se fossero confermati**, dimostrerebbero che la Sicilia ha rispettato lo standard della legge n. 135/12 (**15.100 p.l. circa per acuti** = 3 per mille su una popolazione di 5.036 mln abit.).

Stante la divergenza di questi dati con i dati riportati nel P.O. e con i p.l. attivati, è indispensabile effettuare un'**attenta verifica dei dati**.

DISTRIBUZIONE ESUBERO

- Fette le dovute verifiche, una **volta avvalorato il numero dei p.l. per acuti in esubero**, va valutato **come distribuire l'eventuale esubero dei**

p.l. per acuti. Al riguardo, sarebbe opportuno, oltre che equo, che il **sacrificio** fosse distribuito in **percentuale maggiore nel** settore pubblico, piuttosto che nel privato, il quale ha già, in passato, fatto la sua parte, rispettando le disposizioni di legge in merito alle riduzioni dei p.l. per acuti **del privato accreditato nel 2009/10** (d.a. 1129/09) e **rimodulando oltre 500 p.l.** da acuti in riabilitazione lungodegenza ed sopportando tagli per 150 mln di euro in tre anni.

La normativa vigente, peraltro, ci consente di diversificare la percentuale di sacrificio, tra i comparti, atteso che la L. 135/12, all'art 15, afferma che "La riduzione dei posti letto è a carico dei presidi ospedalieri pubblici **per una quota non inferiore al 50 per cento del totale dei posti letto da ridurre**",... omissis . In altre parole, nel pubblico **il 50% rappresenta la soglia minima di riduzione sul totale dei p.l. per acuti in esubero**

Al riguardo si rileva che, ad oggi, le uniche due regioni che hanno proceduto al riallineamento dello standard di p.l. secondo la L. n. 135/12 sono l'Emilia e il Piemonte. La prima non ha ridotto p.l. nel privato, la seconda ha distribuito il sacrificio nella misura del 70 % nel pubblico e del 30% nel privato.

Onde evitare dubbi o equivoci, desideriamo puntualizzare che le case di cura accreditate, in quanto **attori responsabili** del sistema sanitario, **non intendono sottrarsi** alle loro responsabilità ed, ancora una volta, se necessario, sono disponibili a partecipare al "sacrificio" richiesto alle aziende ospedaliere.

Ma, questo, per le ragioni sopra riportate, non potrà che incidere in misura **proporzionale all'incidenza dei p.l. del privato sulla rete ospedaliera, che è di circa il 23%.**

Qualunque altra diversa determinazione comporterebbe gravi, ingiuste ed irreversibili conseguenze sul comparto.

L'applicazione di una stessa percentuale (ad esempio del 50%), sul settore pubblico e privato, **non rappresenterebbe una reale situazione paritaria**, ma, invero, **sostanzialmente iniqua ed ingiusta.** E' ovvio, infatti, che l'applicazione di una stessa percentuale produce risultati ed effetti diversi a seconda del numero di p.l. sui quali incide. E tra quelli pubblici e privati vi è una rilevante differenza, atteso che il privato rappresenta il **23%** della rete regionale.

L'ipotesi di applicare la percentuale del 50% su tutti e due i comparti significherebbe, peraltro, ridurre sensibilmente un comparto che, in Sicilia, sinora, ha dato prova di essere capace di rispondere alla domanda di salute dei cittadini, di adattarsi alle nuove esigenze della Regione e di rappresentare un settore economicamente rilevante nel quale converge un ingente bacino occupazionale (oltre 6000 lavoratori).

A ciò si aggiunga **un indotto generato** dalle case di cura private, stimato intorno al **25 %** del loro fatturato (circa 120 milioni di euro), nel quale si stima lavorino circa **4.000 lavoratori occupati nelle diverse aziende fornitrici.**

(Stima del costo del lavoro medio, per aziende servizi dell'indotto: in un anno solare, è pari a 30.000 euro per ciascuna unità di personale che equivale a quantificare circa 35 lavoratori ogni milione di euro di fatturato prodotto dalle aziende connesse all'indotto. Quindi, se si ipotizza che il 25% dei flussi finanziari dell'ospedalità privata confluisca verso aziende collegate all'attività delle case di cura, si giunge ad una stima di circa 4.000 lavoratori)

CRITERI riduzione p.l. per acuti

Per quanto attiene i **criteri** da assumere per, eventualmente, disattivare i p.l. che dovessero risultare **in esubero**, va rilevato che gli stessi non devono essere soltanto condivisibili in linea di principio, cioè astrattamente, ma devono essere idonei a valutare e verificare, concretamente, le strutture pubbliche e private, tenendo conto delle differenze che le caratterizzano e le distinguono. Sovente, infatti, abbiamo assistito ad ipotesi di riorganizzazione che, per quanto astrattamente condivisibili, contengono criteri inapplicabili sul privato e, dunque, **inidonei ad essere assunti come base di valutazione delle strutture, al fine di effettuare scelte determinanti per la riorganizzazione dell'intera rete regionale.**

A titolo esemplificativo, e non riduttivo, **il volume di prestazioni, la casistica, o l'indice occupazionale**, sono criteri che, applicati sul privato, non sono indicativi della effettiva qualità e della performance delle strutture. Occorre ricordare, infatti, che il tetto di spesa, imposto oggi solo al privato, ne limita fortemente le potenzialità, sia in termini di fatturato, che di numero di prestazioni, che di indice occupazionale.

Sono, pertanto, indicatori che non possono essere applicati, su pubblico e privato, poiché assumono significato diverso per i due comparti.

Occorre, pertanto, assumere criteri validi, sia per il pubblico che per il privato, che possano, altresì, essere applicati in maniera omogenea su tutto il territorio regionale.

Criteri che non abbiano le suddette caratteristiche, non sarebbero conducenti al fine, perché non garantirebbero omogeneità e obiettività di valutazione delle strutture. E poiché la valutazione sulle performance delle strutture, pubbliche e private, saranno determinanti per la loro sopravvivenza, va adottata molta attenzione nella loro identificazione e valutazione.

ANALISI TESTO IPOTESI RETE REGIONALE: OSSERVAZIONI

Volendo analizzare **nel merito** la bozza del documento regionale, che contiene i **criteri** per la rimodulazione della rete ospedaliera 2013, proposto dall'Assessorato della salute, non possiamo non rilevare **delle criticità che**, a nostro avviso, impongono una maggiore riflessione.

1) La prima criticità, che ha **valore pregiudiziale**, è data dal fatto che il progetto si basa su **criteri che**, di fatto, oggi **non sono vigenti**. Infatti, i criteri di riferimento, posti a base della ipotesi di rimodulazione, sono, sostanzialmente, quelli del c.d. **regolamento Balduzzi**, tutt'oggi non esitato dal Governo, né dalla Conferenza Stato Regioni. E che potrebbe subire modifiche, anche significative.

Avere, dunque, fatto riferimento, nella sostanza, all'emanando decreto ministeriale, rischia di basare **scelte determinanti di politica sanitaria regionale su presupposti ed indicatori che potrebbero variare e, quindi, invalidare il progetto stesso**.

Attualmente, a nostro avviso, possiamo e dobbiamo fare riferimento soltanto a quanto previsto dalla legge vigente n. 135/12, la quale impone nuovi standard di p.l. alle regioni. Ma per il raggiungimento del nuovo standard del 3,7 p.l. per mille abitanti **rinvia**, appunto, **al "Regolamento" ministeriale, ancora da emanare**, che potrebbe contenere elementi e criteri diversi da quelli assunti oggi dalla Regione.

- Altro **elemento critico e pregiudiziale del documento** è il riferimento ai **criteri** contenuti nell'emanando **"Programma operativo 2013/2015"**, anche questo non ancora esitato, del quale non si ha avuto modo di avere contezza e certezza del contenuto, non essendo stato oggetto di confronto con le parti sociali e con gli interlocutori istituzionali.

~~Si ritiene, dunque, che, in questo momento, si possa e si debba avere~~ riguardo, per ipotizzare una riorganizzazione valida e razionale, soltanto della normativa vigente. **Pertanto, al momento si può solo ipotizzare il numero complessivo di p.l. per acuti in esubero per raggiungere il nuovo standard.**

2) Volendo, comunque, analizzare il documento elaborato dalla Regione, si evince che lo stesso considera, come **"presupposti"**, alcuni elementi, considerati come "criticità" di sistema, da superare.

Spiace, al riguardo, dovere constatare che l'elaborazione di un progetto di tale rilevanza e portata ed i criteri posti a base dello stesso, siano stati individuati dagli Uffici competenti senza consultare, preliminarmente, tutti gli attori direttamente coinvolti nella riorganizzazione.

Un **confronto preventivo**, infatti, sarebbe stato opportuno, non solo dal punto di vista istituzionale - formale, ma sostanziale, perché, rispetto ad alcuni criteri scelti per la valutazione di quelle che sono considerate delle "criticità", nutriamo non poche perplessità, come si evince dalla seguente disamina.

- I criteri-presupposto sui quali valutare (negativamente), le strutture, ipotizzati dalla Regione, sono:

-**mancato utilizzo** del complessivo budget assegnato.

-**ridotto numero di posti letto per disciplina e casistica** trattata

-**duplicazione** di unità operative nell'ambito dello stesso territorio (sia tra strutture private che tra queste e i presidi ospedalieri pubblici ricadenti nel medesimo territorio)

-**ridotto numero di posti letto** per struttura

-**ridotto numero di posti letto per disciplina**

-razionalizzazione **e la riqualificazione** delle strutture sanitarie private accreditate.

Si rileva, preliminarmente, che, detti elementi dovrebbero essere quelli sui quali valutare tutte le strutture, sia **pubbliche che private**. Ed in base agli esiti di dette valutazioni, operare le dovute scelte. Il condizionale è d'obbligo. Al riguardo, infatti, ci permettiamo di esprimere un certo scetticismo, atteso che, sinora, **la normativa vigente sull'assistenza ospedaliera, ad esempio in tema di accreditamento, di pagamento a prestazione e di controlli, è stata applicata solo nel comparto privato, il quale, oltre ad essere stato accreditato nel 2007 ha già subito per ben due volte le dovute verifiche per il mantenimento dei requisiti dell'accREDITAMENTO istituzionale, superate positivamente.**

Pertanto, anche se può apparire superfluo, ribadiamo, che, questa volta, nell'ottica di una corretta e trasparente riorganizzazione, debbano essere resi noti anche gli **indicatori di performance degli ospedali pubblici, al fine di avere un quadro oggettivo e complessivo della attuale situazione regionale ed operare scelte obiettive.**

- Riguardo alle nostre **perplessità**, corre obbligo rilevare che i suddetti criteri appaiono, per lo più, **inadeguati a valutare l'efficienza del comparto privato**, per le seguenti motivazioni:

a) Il riferimento al ***mancato utilizzo del complessivo budget assegnato***, è residuale e poco significativo, poichè risulta che poche strutture per acuti hanno avuto, saltuari e brevi, periodi di crisi o brevi periodi di chiusura per ristrutturazione o per sostituzione di professionisti, e, comunque, per fatti contingenti. In questi casi, pertanto, il fatto che il budget non sia stato raggiunto, non può considerarsi indicativo della performance abituale dell'azienda.

Va, peraltro, evidenziato che, sovente, il **budget complessivo** non è stato raggiunto a causa della mancata integrazione pubblico-privato **delle strutture c.d. miste, e ciò non per responsabilità attribuibile alle stesse.**

Ci riferiamo, ad esempio, a quelle strutture che hanno rimodulato i p.l. per acuti, nel 2009, in virtù del Piano di rientro, in riabilit/lungodegenza, e che, a causa della mancata integrazione pubblico-privato, dovuto anche alla disapplicazione dei Protocolli ASP/case di cura, registrano un basso indice occupazionale. I pazienti, infatti, non vengono inviati dai reparti per acuti degli

ospedali pubblici ai reparti post-acuti delle case di cura, come dovrebbero, per legge.

Per quanto sopra, **questo criterio non appare idoneo a verificare l'efficienza dell'azienda privata accreditata.**

Si auspica, invece, al riguardo, che la P.A. assuma i provvedimenti più opportuni, affinché i Protocolli vengano applicati e affinché l'integrazione, tanto auspicata, venga finalmente realizzata, onde garantire la necessaria continuità assistenziale. Ma, a tal fine, è indispensabile eliminare quel **pregiudizio culturale**, certamente anacronistico, che impedisce, ancora oggi, l'integrazione tra pubblico e privato, indispensabile per il corretto funzionamento del sistema, a tutto vantaggio dei pazienti.

b) Rispetto al "**ridotto numero di posti letto per disciplina e casistica trattata**" si fa presente che, sovente, la casistica trattata dipende dal limite del **budget/tetto** di spesa imposto alle aziende private, che non consente di andare oltre un certo numero di prestazioni, pur se prestazioni di qualità.

Non si possono, pertanto, assumere come indicatori di performance, elementi che sono influenzati **dai tetti di spesa che, sinora, sono imposti solo al privato, e che ne limitano la potenzialità.**

Non essendo, peraltro, un criterio applicabile ad ambedue i comparti, che sono soggetti a regole diverse, si verificherebbe una disparità di trattamento. Si tratterebbe, infatti, di un confronto tra strutture che, essendo soggette a regole diverse, non possono competere tra loro in questo campo.

c) Riguardo alla "**duplicazione di unità operative nell'ambito dello stesso territorio**", si fa presente che, per la legge reg. 39/88, le case di cura polispecialistiche, ancora oggi, sono obbligate ad avere sia la chirurgia generale che la medicina generale. Allo stato attuale, pertanto, non sarebbe corretto utilizzare detto indicatore. Utilizzando detto criterio, come indice negativo, si finirebbe, paradossalmente, per penalizzare una struttura solo per avere **osservato un requisito imposto dalla legge vigente.**

In ogni caso, per eliminare le duplicazioni sarebbe necessaria una **riforma legislativa**, atteso che anche il d.a. 890/02, sull'accREDITAMENTO istituzionale, richiama la l.r. 39/88.

RIORGANIZZAZIONE e REVISIONE DELL'OFFERTA SANITARIA

Nel documento, è previsto, altresì, che "**Nella riorganizzazione dell'offerta, le strutture private dovranno procedere alla contestuale revisione della dotazione dei posti letto e della riorganizzazione strutturale e gestionale dell'offerta sanitaria,omissis.**

Questo **ulteriore progetto** appare come una iniziativa **ultronea** da parte della Regione. Il progetto regionale, infatti, riguarda non solo la riduzione dei p.l. per acuti in esubero al fine di adeguarsi al nuovo standard nazionale, ma

va oltre. Prevede, infatti, una **totale e complessiva rivisitazione dell'offerta e, dunque, della rete ospedaliera pubblica e privata.**

Un progetto, forse, troppo ambizioso in un momento nel quale il territorio non è ancora pronto ad offrire una risposta alle esigenze del cittadino, soprattutto, per quelle prestazioni che verrebbero meno nell'ospedale.

Sarebbe, forse, più opportuno operare per gradi e realizzare, preliminarmente, soltanto quanto la legge nazionale impone, senza progetti che anticipano i tempi, i quali, se da un lato possono anche entusiasmare, dall'altro, fanno correre il rischio di destabilizzare, ulteriormente, un sistema già provato da anni di riduzioni finanziarie e di riforganizzazioni avvenute senza risorse aggiuntive.

- Analizzando, peraltro, il progetto regionale **di riorganizzazione complessiva dell'offerta sanitaria** (al di là della riduzione dei p.l. in esubero prevista dalla legge 135/12), possiamo rilevare che lo stesso si basa sulle seguenti **direttrici principali:**

1. organizzazione **per aree funzionali** con ridotto numero di specialità e **adeguamento agli standard di n. posti letto e di personale**
2. % quota di mercato provinciale soddisfatta
3. **% inappropriata** erogativa
4. % attività prevalente effettuata dalla singola struttura
5. **peso medio** per struttura e disciplina
6. **adesione al programma esiti (PNE)**
7. riassetto posti letto

Anche in questo caso, **nutriamo forti dubbi sui criteri ipotizzati dalla regione per riorganizzare la rete,** per i motivi che di seguito si riportano.

- Riguardo al "**ridotto numero di specialità e adeguamento agli standard di n. posti letto e di personale**", non si comprende quali siano oggi gli standard del numero minimo di p.l. e di personale ai quali si debba fare riferimento.

La legge regionale n.39/88, che regola l'attività delle strutture private, oggi ancora vigente, **è rispettata da tutte le aziende,** e il d.a. 890/02, sui nuovi standard dell'accreditamento delle strutture pubbliche e private, cui le strutture private sono adeguate, nulla di nuovo dice in proposito, anzi richiama la stessa l.r. 39/88.

Sorge, dunque, spontanea la domanda **in base a quali p.l. minimi ed a quale personale le strutture dovrebbero adeguarsi.**

Al riguardo, giova rilevare che, se si intende, realmente, effettuare una "**integrazione**" tra pubblico e privato e razionalizzare il sistema, intenzione condivisibile ed, espressamente, prevista nelle premesse del documento, non si può certo pensare di "livellare" tutto il sistema sugli standard di p.l. e di

personale del pubblico. E' noto, infatti, che gli stessi, sono considerati storicamente e palesemente sovradimensionati, (tranne ovviamente per alcuni reparti, quali l'emergenza o altissima specializzazione o il P.S.), come, peraltro, confermato dal benchmarking con gli altri paesi europei, ed hanno causato gran parte del deficit sanitario.

Non possiamo che condividere l'ipotesi di una rivalutazione di quegli standard, considerati datati, al fine di elevare la qualità del servizio, ma, occorre trovare una soluzione, attraverso una norma di legge, che consenta al privato di migliorarsi ed al pubblico di ridurre gli sprechi. Un sistema che preveda, anche, una certa flessibilità, in relazione al tipo di rapporto lavorativo che si potrebbe instaurare nelle aziende, che incentivi la qualità e che non ingessi il management.

- Riguardo **l'"inappropriatezza erogativa"**, riteniamo che, in linea di principio, la valutazione di questo indicatore possa essere condivisibile. Va, però, rilevato che **esiste, ad oggi, un problema di fondo che lo rende inapplicabile.**

Innanzitutto, sino a poco tempo addietro, i controlli venivano effettuati solo nel privato. E' evidente, pertanto, che detto indicatore non possa essere utilizzato analogamente per valutare i due comparti.

Gli stessi controlli, peraltro, all'interno dello stesso comparto privato, così come certificato dalla Regione nella circolare sui controlli recentemente pubblicata, sono stati effettuati in modo diverso tra le province, sia per quantità di cartelle controllate, ~~che per merito, che per metodo,~~ con evidenti ed inconfutabili effetti sul risultato finale.

Anche questo elemento comporta delle diversità di valutazione tra le stesse strutture private di diverse province, per cui il grado di inappropriatezza registrato in una struttura di una determinata provincia non è sovrapponibile a quello di un'altra, dove i controlli sono stati effettuati in maniera profondamente diversa.

In altre parole, al momento, **l'indice di inappropriatezza** non è un indicatore omogeneo, che ha lo stesso peso e lo stesso valore tra pubblico e privato e tra le stesse aziende private di province diverse.

Non appare, pertanto, utilizzabile per valutare omogeneamente tutte le strutture, sino a quando i controlli non verranno effettuati con la stessa metodologia sulle aziende pubbliche e private di tutto il territorio regionale.

Auspichiamo che ciò avvenga nel prossimo futuro, con l'applicazione delle nuove direttive sui controlli, emanate dall'Assessorato della salute con il d.a. 13.03.13, da noi, peraltro, più volte richieste per rendere omogenea l'applicazione della normativa sul territorio regionale.

- Relativamente al **"Peso medio"** si rileva, preliminarmente, che la **"valutazione del peso medio per struttura e per disciplina"** non può che essere correttamente effettuata solo per **branche omogenee**. Per l'ostetricia e ginecologia, inoltre, il peso andrebbe opportunamente disgiunto, non solo

perché nella Regione esistono realtà dove vi è solo la ginecologia, dunque, i dati non sarebbero omogenei tra tutte le strutture regionali, ma anche perché l'ostetricia falsa, in pejus, il dato della ginecologia che, pertanto, non si può rilevare.

Si richiamano, poi, le medesime argomentazioni di cui al punto precedente (controlli). E', ovvio, infatti che **nel pubblico**, dove i controlli sono stati effettuati soltanto di recente e con metodologie diverse, e **nelle province dove** i controlli sul privato sono stati meno puntuali, il peso medio delle strutture sarà diverso e non sovrapponibile a quello delle strutture di province dove i controlli, sinora, sono stati effettuati in maniera più puntuale se non rigida.

Poiché la valutazione del peso medio delle strutture, pubbliche e private, va effettuato su base regionale, non appare condivisibile utilizzare detto indicatore, per una questione di **disomogeneità di applicazione e, dunque, di equità**.

- Per quanto **riguarda "l'adesione al P.N.E."**, si rileva che la casistica ritenuta minima per l'applicazione del PNE e le valutazioni conseguenti, non consente ad alcune strutture di essere rilevate. Quanto sopra avviene perché le aziende private, che, si ricorda, sono soggette al **tetto di spesa invalicabile**, sono costrette a limitare la loro potenzialità e, dunque, il numero di ricoveri. Ciò comporta che anche le aziende che erogano prestazioni qualitativamente elevate non vengono rilevate dal PNE, perchè non raggiungono il numero minimo di prestazioni per essere rilevate.

Dunque, anche questo **è un criterio che mal si adatta alla valutazione dell'efficienza del privato, perché non ne è indicativo**.

- Nella parte finale della bozza di provvedimento, per quanto concerne la **"rimodulazione della dotazione"** di posti letto, sia per **acuti che per post-acuti**, appare ridondante la precisazione che le strutture sanitarie private dovrebbero "essere inserite all'interno della rete prevista dal PSR", in quanto già così è, per legge, tra cui si ricordano, tra le principali, il D.lvo 502/92 e s.m.i., la legge regionale n. 5/2009, il decreto 1150/2009.

Si rileva, poi, che l'organizzazione della rete ospedaliera è immaginata *secondo una rimodulazione **gerarchica delle strutture e in base ad una verifica della adeguatezza dei processi organizzativi secondo i rispettivi livelli assistenziali assegnati***".

Prima di riordinare il sistema ospedaliero, sarebbe interessante capire cosa significa **"livelli gerarchici"**, (di dipendenza??), e **"livelli assistenziali assegnati"**. Sembra presupporre una scala gerarchica tra le aziende, della quale non si conoscono i criteri di differenziazione e le sue conseguenze.

A nostro avviso, peraltro, oggi, l'unica differenziazione che potrebbe valere in futuro, potrebbe avvenire in base alle emanande norme **sull'accREDITAMENTO**.

differenziato, come prevede la bozza nazionale sui nuovi requisiti dell'accreditamento, che però non sembra contemplino una "gerarchia".

In altre parole, sarebbe auspicabile chiarire se le "reti" prevedano strutture **collegate tra loro secondo una scala gerarchica e secondo specifiche attività e, soprattutto, capire su quali basi effettuare la differenziazione e quali sono le conseguenze che ne derivano.**

A prima vista, il modello appare astratto e di difficile applicazione, in quanto complicherebbe l'accesso alle cure da parte del cittadino e potrebbe limitare l'erogazione delle prestazioni relativamente alle specialità accreditate.

- Per quanto attiene i previsti "**accorpamenti e ristrutturazioni aziendali**", ma anche, seppur in misura minore, la "**cessione del ramo d'azienda**", delle strutture sanitarie, è bene precisare che tali meccanismi, da un certo punto di vista anche apprezzabili, non possono prescindere da un **fisiologico ed adeguato crono-programma di medio-lungo termine**, che consenta di individuare aree, progetti, e di esplicitare tutto l'iter burocratico necessario ad un procedimento, di certo, complesso per aziende complesse, come le strutture ospedaliere, ben diverse dalle strutture ambulatoriali.

- Per quanto riguarda i previsti processi di "**rifunzionalizzazione**" delle case di cura, **caratterizzate da un ridotto numero di posti letto (soglia minima 60)**, è doveroso ribadire che su **tali temi l'impatto dell'emanando regolamento Balduzzi**, sia in termini di criteri che di definizione degli indici di performance, è **assolutamente imprescindibile ed appare, pertanto, prematuro riferirsi a presunte soglie minime di p.l. e/o definire, oggi, altri criteri simili dei quali non vi è certezza.**

EFFETTI della IPOTESI DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE

Pur ammettendo, per ipotesi, (ancora da stabilire a livello nazionale) che il limite minimo per la sopravvivenza delle strutture per acuti sia di 60 p.l. per acuti, è bene rilevare **la portata degli effetti che una simile previsione comporterebbe nella Regione siciliana.**

In particolare, se, come indicato nella bozza nazionale, **60 p.l. è la soglia minima**, (e questo non è ancora dato saperlo), occorre avere consapevolezza che detta soglia diventerebbe il criterio fondamentale e pregiudiziale, **per l'esistenza stessa delle strutture accreditate per acuti.**

È da sottolineare, peraltro, che la regola non sembra ammettere "deroghe" nemmeno per le strutture c.d. "miste" (acuti/post-acuzie), le quali, anche se avessero un **numero complessivo ben superiore a 60 p.l.**, sarebbero, **comunque, costrette ad eliminare la quota per acuti, qualora fosse inferiore alla soglia minima.**

Ipotesi assurda, quest'ultima, non solo perché non tiene conto che, sovente, dette situazioni sono frutto delle **rimodulazioni imposte in ottemperanza del Piano di rientro 2007/09**, che oggi si rivelano un danno per le aziende, ma anche perché non tiene conto che una struttura, che ha anche posti letto di riabilitazione, oltre a quelli per acuti, **garantisce una risposta assistenziale complessa volta alla continuità assistenziale.**

Per comprendere gli effetti che deriverebbero da una simile scelta, si rileva che in Sicilia le strutture **private accreditate con p.l. per acuti** (comprese le non associate) **sono 54**, per un totale complessivo **di 3.494 p.l. per acuti.**

Quelle che hanno un numero pari o superiore a 60 p.l. (per acuti) sono 26 su 54, mentre quelle **inferiori a 60 sono 28 su 54, per un totale di 1.065 p.l. (di cui 7 miste) che rappresentano circa il 30% dei p.l. per acuti esistenti del comparto.**

In altre parole, **quasi 1/3 dei p.l. per acuti del comparto dovrebbero essere ridotti.** Di questi, alcuni potranno essere riconvertiti **in post acutie**, sino al raggiungimento dello standard, e i rimanenti dovranno essere disattivati o riconvertiti in strutture **estraospedaliere.**

- Se al progetto di adeguamento al nuovo standard di p.l. imposto dalla L. 135/12, si dovesse aggiungere anche **l'ipotesi di "efficientare"** il sistema, rendendo, peraltro, a riferimento, criteri inidonei a valutare il privato, (come, ad esempio, l'indice occupazionale posto/letto, il volume di prestazioni, il PNE) i p.l. da **riconvertire/disattivare dovrebbero essere molti di più**, cosa che implicherebbe il raggiungimento di uno standard di p.l. inferiore rispetto a quello previsto dalla legge, con conseguenze negative rispetto all'offerta sanitaria.

Alcuni indicatori, si ribadisce, **non sono appropriati per la valutazione** delle strutture private, in quanto il privato è soggetto **a tetti di spesa invalicabili che, inevitabilmente, comprimo la potenzialità della struttura, come rappresentato più volte.**

A proposito di standard di p.l., va rilevato, altresì, che lo standard imposto dalla Legge n. 135/12, va rispettato non solo a livello regionale, **ma anche per "bacini"**, orientale ed occidentale, previsti dalla legge reg. n. 5/09.

Una diversa determinazione comporterebbe un'insufficiente offerta sanitaria in talune province, le quali andrebbero molto al di sotto dello standard minimo di p.l. per acuti, con evidente disagio per i pazienti.

TABELLA SINOTTICA RIDUZIONE P.L. PRIVATI

Osservando la **tabella sinottica regionale** dei p.l. del comparto privato, riportata in calce alla bozza di documento regionale, si rileva, preliminarmente,

che vi è una inspiegabile differenza tra i p.l. da decreto e quelli "ricogniti" (cioè da flussi), che va verificata, anche perché i p.l. **non corrispondono a quelli in ns. possesso.**

Fermo restando che, si ribadisce, non si conosce ancora **il numero complessivo dei p.l. per acuti in esubero** e la percentuale di distribuzione degli stessi tra pubblico e privato, **vero punto nodale ed imprescindibile dal quale partire**, dalla suddetta tabella sembra evincersi che vi sono **841 p.l.** per acuti in esubero, **solo nel privato**, di cui **504 p.l. da rimodulare** in riabilit/lungodegenza. Ne consegue che rimarrebbero **oltre 330 p.l. per acuti da disattivare nel privato.**

Quanto sopra, per quanto prima affermato, lascia intendere, sul presupposto che la Regione abbia adottato la percentuale del 50% per la distribuzione dell'ipotetico esubero, **che occorra disattivare, complessivamente, almeno 1.700 p.l. per acuti!!** **Dati tutti da verificare, ed in contrasto con quelli riportati all'inizio della trattazione, desunti dai provvedimenti ufficiali della regione e dai dati ministeriali.**

Questo **allarmante dato** merita una più approfondita ed attenta riflessione, affinché si possano valutare, consapevolmente, tutti i riflessi negativi, che una tale determinazione avrebbe dal punto di vista sociale, assistenziale ed occupazionale.

~~- Rispetto alla rimodulazione dei p.l. in esubero, va, altresì, rilevata un'altra criticità, che andrebbe superata ed evitata: in applicazione dei criteri ipotizzati dalla Regione, si potrebbe verificare una **parziale rimodulazione** di p.l., in una struttura per acuti, che potrebbe comportare effetti perversi sulla struttura. La rimodulazione **dei 504 p.l.**, infatti, effettuata secondo gli indicatori ipotizzati dalla Regione, potrebbe comportare la riduzione parziale del numero dei p.l. per acuti di una struttura, sino al di sotto della soglia minima dei 60 p.l., necessari per la sua stessa sopravvivenza. In altre parole, questa evenienza significherebbe, di fatto, costringere l'azienda ad **una successiva rimodulazione/rifunzionalizzazione totale.**~~

Occorre, pertanto, avere chiari non solo gli obiettivi che si intendono raggiungere ma, soprattutto, gli **effetti** che alcune scelte potrebbero comportare indirettamente.

Sarebbe, infatti, un grave errore ipotizzare progetti di rinnovamento e di efficientamento del sistema, che non tengano conto **degli ulteriori effetti** degli stessi. In alcuni casi, infatti, il danno potrebbe essere maggiore del beneficio.

E' opportuno, infine, riflettere ed avere consapevolezza che il progetto regionale proposto, assume dimensioni significative per il comparto dell'ospitalità privata, se pensiamo che coinvolge, anzi direi stravolge, 841 p.l. per acuti, che corrispondono al 25% di tutti i

p.i. per acuti del comparto, dei quali 330, cioè il 40%, dovrebbero essere **disattivati (chiusi)**, con le ovvie conseguenze che si avranno sull'offerta sanitaria, sull'economia regionale e sul mantenimento dei livelli occupazionali.

Conclusioni

Atteso tutto quanto sopra rappresentato, riteniamo che la delicata e complessa tematica meriti un **maggiore approfondimento** ed una più attenta riflessione da parte della P.A. e, **soprattutto, da coloro che hanno il gravoso compito della responsabilità delle scelte di politica regionale.**

Riprendendo, sinteticamente, quanto sinora rilevato, riteniamo che sia indispensabile, oltre che **conoscere i dati dei p.i. esistenti** e il numero complessivo dei p.i. in esubero, per raggiungere lo standard del 3 per mille e dello 0,7 per mille riabilitazione/lungodegenza, stabilire, con obiettività ed equità, la **divisione percentuale del sacrificio**, tra pubblico e privato, che tenga conto del percorso che, responsabilmente, le case di cura hanno fatto sinora e che non potrà che basarsi **sull'incidenza del comparto sulla rete.**

A questo punto, si dovranno individuare, con molta attenzione e verificando la loro idoneità ad essere applicati sia nel pubblico che nel privato e, comunque, in maniera omogenea su tutta la regione, **gli indicatori** sui quali basare la ~~riduzione dell'eventuale esubero, per comprendere dove ridurre, senza atteggiamenti punitivi, ma propositivi,~~ **basati sul miglioramento delle strutture e del sistema e che lascino una possibilità di riassetto e di sopravvivenza a tutte le aziende.**

Si ritiene, al riguardo, imprescindibile, per una **chiara e trasparente valutazione** degli indicatori che la regione intenderà assumere per riorganizzare la rete, chiarire, preliminarmente, anche **le modalità di utilizzo dei criteri.** E', infatti, fondamentale, per comprendere il futuro riassetto della rete pubblica e privata, conoscere che "peso" avranno i criteri nella valutazione e rimodulazione delle aziende. In altre parole, è necessario sapere come verranno combinati tra loro gli indicatori e gli effetti che avranno sulle aziende, al fine di prevedere un **quadro chiaro del riassetto futuro del comparto.**

Considerata la portata del provvedimento e delle sue conseguenze, è superfluo ribadire che nessuna rimodulazione e/o rifunzionalizzazione del **comparto privato** potrà effettuarsi **se non contestualmente a quella del pubblico**, che va **resa evidente.**

Effettuare una riorganizzazione **chiara e trasparente**, sulla base dei nuovi standard della L. n. 135/12, che, tenendo conto delle caratteristiche specifiche della nostra realtà regionale, non provochi pericolose ed irreversibili destabilizzazioni del sistema, riteniamo debba essere obiettivo ed interesse

comune di tutti gli attori del sistema, della P.A., delle istituzioni e, soprattutto, di chi ha il difficile compito delle responsabilità delle scelte politiche regionali, atteso che gli effetti delle determinazioni che si andranno ad assumere, legate al riassetto della rete, non avrà soltanto effetti sul piano sanitario ed **assistenziale, ma anche sul piano sociale, economico ed occupazionale dell'intera regione.**

Riteniamo sarà già, di per sé, molto complesso raggiungere l'obiettivo dell'adeguamento al nuovo standard della L.135/12, perché implica, necessariamente, un'ulteriore riorganizzazione delle aziende ospedaliere, pubbliche e private. In particolare, il comparto privato ha già, da alcuni anni, affrontato la rimodulazione dell'offerta e che ha comportato una rilevante riorganizzazione aziendale, che ha richiesto ingenti investimenti e sacrifici, a fronte di continue riduzioni di budget e di corrispettivi bloccati al 2006, per cui non sarebbero in condizioni di sopportare ulteriori compressioni o imposizioni che necessitino di ulteriori spese. Peraltro, il percorso intrapreso verso una sempre maggiore qualità comporta molte spese per le aziende sia in termini di personale, che di attrezzature. E' fin troppo ovvio che, senza adeguate risorse, non si può fare qualità.

Ogni ulteriore progetto regionale che vada oltre il raggiungimento dello standard di p.l. della Legge n. 135/ appare ultroneo e prematuro e, dunque, a nostro avviso, va rinviato, anche tenuto conto del difficile momento storico che stiamo vivendo, caratterizzato da una crisi economica senza precedenti, che coinvolge cittadini, imprese e lavoratori.

Le scelte, dunque, che si andranno ad assumere non potranno non tenere conto delle gravi conseguenze che dalle stesse potrebbero derivare anche sul piano socio-economico regionale.

Quando la Regione riterrà di attivare un confronto tra le parti interessate e saremo, quindi, chiamati ad un confronto leale e costruttivo, che tenga conto di tutti gli effetti, diretti ed indiretti, del progetto di programmazione regionale, a breve e medio termine, saremo lieti di potere dare, una volta ancora, il nostro contributo propositivo per una riorganizzazione razionale del sistema, che tenga conto delle peculiarità del comparto e del rilevante ruolo che ha sinora svolto, e continua a svolgere, all'interno del S.S.R.

Tabella n.1

Obiettivo P.O. 2010/2012

Abitanti Sicilia

5.037.799

	A		B		
	acuti	riab. E lung.	Totali	Inc. %	
Pubblico	12.853	2.341	15.194	77,6%	
Privato	3.519	863	4.382	22,4%	
Totale	16.372	3.204	19.576		
Standard	3,25	0,64	3,89		



Applicazione nuovo standard:

Pubblico	3,00 acuti	0,70 riab. E lung.	3,70 Totale
Privato	1,13	0,26	1,39
Totale	4,13	0,96	5,09

P.L. da rimodulare

- 1.259

321

- 938

TABELLA N.2: POSTI LETTO EFFETTIVAMENTE ATTIVATI 2008/2010

	ACUTI	P.A.	TOTALE
ANNO 2008	14.723	766	15.489
OBIETTIVO PUBBLICO	12.853	2.341	15.194
TOTALE	-	1.870	295

tabella 3

	p.l. acuti	pl post acuti	PL TOTALI
P.O. 2010/2012	16.372	3.204	19.576
LEGGE 135/12	15.113	3.525	18.638
nuovo Delta	- 1.259	321	- 938

vecchio standar 3,89 x 1000 ab.
nuovo standard



P.O. 2010/2012	16.372	3.204	19.576
RIMODULAZIONE	-321	321	0
PL DA DISATTIVARE	16.051	3.525	19.576
STANDARD legge 135/12	15.113	3.525	19.576

vecchio standar 3,89 x 1000 ab.

RESIDUO DEBITO P.O. DA RIMOD. 19.576 pubblico

PL EFFETTI POST ACUTE 1896

DEBITO RESIDUO PUBBLICO + RIMOD. ATTUALE

P.O. 2010/12
 designazione

Allegato

ASP	P.O. 2010/12												TOTALE	Decreto n. 1372/2010	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
ASP 201 AGRIGENTO	415	128	128	255	1.071	283	28	146	35	367	76	103	83	180	104
ASP 202 CALTANISSETTA	476	30	30	416	762	83	4	116	16	141	105	56	50	106	78
ASP 203 CATANIA	968	62	64	108	66	187	82	169	134	134	135	56	34	106	47
ASP 204 ENNA	545	45	40	48	63	235	25	32	57	683	31	23	5	31	46
ASP 205 MESSINA	124	48	40	88	812	815	18	34	56	869	18	18	18	34	43
ASP 206 PALERMO	485	50	48	158	654	585	18	22	34	652	100	74	86	162	82
ASP 208 SIRACUSA	725	72	72	144	866	812	3	20	23	855	107	69	52	121	14
ASP 209 TRAPANI	760	40	40	180	830	840	1	20	28	874	45	32	20	52	44
ASP 210 CANICATTI	930	27	27	152	912	830	1	1	1	934	110	38	60	148	32
ASP 211 AGROPOLI	876	11	11	15	966	881	1	1	1	984	110	38	60	148	32
ASP 212 MESSINA	1108	15	15	16	1066	1052	1	1	1	1104	110	38	60	148	32
ASP 213 MESSINA	485	21	21	48	543	571	1	1	1	581	110	38	60	148	32
ASP 214 MESSINA	600	21	21	48	648	608	1	1	1	610	110	38	60	148	32
ASP 215 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 216 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 217 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 218 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 219 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 220 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 221 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 222 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 223 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 224 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 225 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 226 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 227 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 228 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 229 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 230 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 231 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 232 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 233 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 234 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 235 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 236 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 237 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 238 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 239 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 240 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 241 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 242 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 243 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 244 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 245 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 246 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 247 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 248 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 249 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 250 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 251 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 252 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 253 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 254 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 255 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 256 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 257 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 258 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 259 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 260 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 261 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 262 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 263 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 264 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 265 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 266 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 267 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 268 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 269 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 270 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 271 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 272 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 273 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 274 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 275 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 276 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 277 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 278 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 279 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 280 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 281 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 282 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 283 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 284 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 285 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 286 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 287 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 288 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 289 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 290 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057	110	38	60	148	32
ASP 291 MESSINA	1001	21	21	48	1050	1055	1	1	1	1057					

Silvana Montalbano

Da: Lucia Lisacchi [lucia.lisacchi@regione.sicilia.it]

Inviato: mercoledì 11 luglio 2012 18.33

A: Silvana Montalbano

Oggetto: riabilitazione

Priorità: Alta

Allegati: Pubblici riabilitazione.xls; Privati riabilitazione.xls

Dott.ssa Lucia Li Sacchi

Assessorato Regionale per la Salute
Servizio 4 - U.O. 4.1
Programmazione ospedaliera

Anno	Codice struttura	Denominazione	Comune	Sigla	Codice disciplina	Subcodice	Descrizione	Day hospital	Day surgery	Degenz.Ord.
2012	190179	Fondazione "San Raffaele - G. Giglio" di Cefalù	CEFALU'	PA	56		Recupero e riabilitazione funzionale	6	0	34
2012	190179	Fondazione "San Raffaele - G. Giglio" di Cefalù	CEFALU'	PA	75		Neuro-riabilitazione	0	0	10
2012	190199	Fatebenefratelli" di Palermo	PALERMO	PA	56		Recupero e riabilitazione funzionale	2	0	16
2012	190301	P.O. "S. Giovanni Di Dio" di Agrigento	AGRIGENTO	AG	56		Recupero e riabilitazione funzionale	10	0	0
2012	190303	P.O. "San Giacomo D'Altopasso" di Licata	LICATA	AG	56		Recupero e riabilitazione funzionale	6	0	0
2012	190305	P.O. "Ospedali Civili Riuniti" di Sciacca (AG)	SCIACCA	AG	75		Neuro-riabilitazione	0	0	32
2012	190308	P.O. "M. Raimondi" di S. Cataldo	CATALDO	CL	56		Recupero e riabilitazione funzionale	0	0	10
2012	190309	P.O. "Vittorio Emanuele" di Gela (CL)	GELA	CL	56		Recupero e riabilitazione funzionale	0	0	4
2012	190312	P.O. "S. Marta e S. Venera" di Acireale	ACIREALE	CT	56		Recupero e riabilitazione funzionale	0	0	14
2012	190314	P.O. "Maria SS. Addolorata" di Biancavilla	BIANCAVILLA	CT	56		Recupero e riabilitazione funzionale	2	0	0
2012	190317	P.O. "Gravina" di Caltagirone (CT)	E	CT	56		Recupero e riabilitazione funzionale	8	0	24
2012	190319	P.O. "Umberto I" di Enna	ENNA	EN	56		Recupero e riabilitazione funzionale	4	0	0
2012	190319	P.O. "Umberto I" di Enna	ENNA	EN	56		Recupero e riabilitazione funzionale	2	0	2
2012	190321	P.O. "Ferro Capra Branciforte" di Leonforte	LEONFORTE	EN	56		Recupero e riabilitazione funzionale	0	0	16
2012	190327	P.O. "S. Salvatore" di Mistretta	MISTRETTA	ME	75		Neuro-riabilitazione	0	0	22
2012	190333	Sottana	SOTTANA	PA	56		Recupero e riabilitazione funzionale	0	0	6
2012	190337	P.O. Villa delle Ginestre		PA	75		Neuro-riabilitazione	2	0	48
2012	190338	P.O. "Civile-OMPA" di Ragusa	RAGUSA	RG	56		Recupero e riabilitazione funzionale	0	0	2
2012	190339	P.O. "Regina Margherita" di Comiso	COMISO	RG	56		Recupero e riabilitazione funzionale	0	0	13
2012	190341	P.O. "Busacca" di Scicli	SCICLI	RG	56		Recupero e riabilitazione funzionale	0	0	10
2012	190348	P.O. "Umberto I" Rizza di Siracusa	SIRACUSA	SR	56		Recupero e riabilitazione funzionale	0	0	16
2012	190350	P.O. "B. Nagar" di Pantelleria	PANTELLERIA	TP	56		Recupero e riabilitazione funzionale	0	0	2
2012	190351	P.O. "S. Antonio Abate" di Trapani	ERICE	TP	75		Neuro-riabilitazione	0	0	2
2012	190921	A.O. per l'Emergenza "CANNIZZARO" - Catania	CATANIA	CT	28		Unità spinale	8	0	12
2012	190921	A.O. per l'Emergenza "CANNIZZARO" - Catania	CATANIA	CT	56		Recupero e riabilitazione funzionale	4	0	0
2012	190922	"Nesima" - Catania	CATANIA	CT	56	01	Recupero e riabilitazione funzionale	1	0	0
2012	190923	A.O. Università Policlinico di Catania "S. Bambino"	CATANIA	CT	56	02	Recupero e riabilitazione funzionale	3	0	0
2012	190923	A.O. Università Policlinico di Catania "S. Bambino"	CATANIA	CT	75	01	Neuro-riabilitazione	0	0	2
2012	190924	A.O. Ospedali Riuniti "Papardo" - Messina	MESSINA	ME	56	01	Recupero e riabilitazione funzionale	0	0	24
2012	190926	A.O. Ospedali Riuniti "Cervello" - Palermo	PALERMO	PA	56	02	Recupero e riabilitazione funzionale	6	0	3
2012	190928	A.O. Università Policlinico di Palermo	PALERMO	PA	56		Recupero e riabilitazione funzionale	3	0	0
2012	190950	IRCCS "Oasi Maria SS." di Troina	TROINA	EN	75		Neuro-riabilitazione	10	0	201
2012	190950	IRCCS "Oasi Maria SS." di Troina	TROINA	EN	75		Neuro-riabilitazione	2	0	51
2012	190960	IRCCS "Centro Neurolesi - Bonino Pulejo" di Messina	MESSINA	ME	75		Neuro-riabilitazione	0	0	54
2012	190960	IRCCS "Centro Neurolesi - Bonino Pulejo" di Messina	MESSINA	ME	75		Neuro-riabilitazione	0	0	10
2012	190960	IRCCS "Centro Neurolesi - Bonino Pulejo" di Messina	MESSINA	ME	75		Neuro-riabilitazione	0	0	10
2012	190960	IRCCS "Centro Neurolesi - Bonino Pulejo" di Messina	MESSINA	ME	75		Neuro-riabilitazione	0	0	20
2012	190960	IRCCS "Centro Neurolesi - Bonino Pulejo" di Messina	MESSINA	ME	75		Neuro-riabilitazione	2	0	0
2012	190970	IO Rizzoli Bologna	Bagheria	ME	56		Recupero e riabilitazione funzionale	0	0	17
								Totale	79	687

Totale complessivo 79 + 687 = 766

111 YAVU

Privati Riabilitazione

anno	Codice struttura	Denominazione	Comune	Sigla	Codice discipl.	Descrizione	Degenza ordinari	Day hospital	(act) Day surgery (accreditata)
12	190501	Casa di Cura "Villa dei Gerani" - Trapani	ERICE	TP	56	riabilitazione	15	0	0
12	190505	Casa di Cura "Regina Pacis" - S. Cataldo (CL)	CATALDO	CL	56	riabilitazione	10	8	0
12	190506	Casa di Cura "S. Barbara So.Ge.Sa.SpA" - Gela (CL)	GELA	CL	56	riabilitazione	7	0	0
12	190506	Casa di Cura "S. Barbara So.Ge.Sa.SpA" - Gela (CL)	GELA	CL	75	riabilitazione	16	0	0
12	190507	Casa di Cura "Santa Lucia" - Siracusa	SIRACUSA	SR	56	riabilitazione	9	0	0
12	190509	"Istituto Ortopedico Villa Salus" - Augusta (SR)	AUGUSTA	SR	56	riabilitazione	42	0	0
12	190512	Casa di Cura "Madonna del Rosario" - Catania	CATANIA	CT	56	riabilitazione	18	0	0
12	190513	Casa di Cura "G. B. Morgagni" - Catania	CATANIA	CT	56	riabilitazione	21	0	0
12	190515	Casa di Cura "S. Rita srl" - Catania	CATANIA	CT	56	riabilitazione	13	0	0
12	190516	Casa di Cura "Russo Mater Dei" - Catania	CATANIA	CT	56	riabilitazione	14	0	0
12	190517	Casa di Cura "Villa dei Gerani srl" - Catania	CATANIA	CT	56	riabilitazione	40	0	0
12	190520	"Centro Catanese di Medicina e Chirurgia" - Catania	CATANIA	CT	56	riabilitazione	9	3	0
12	190521	Casa di Cura "Carmide" - Catania	CATANIA	CT	56	riabilitazione	72	0	0
12	190524	"I.O.M.I. - F. Scalabrino" - Ganzirri	MESSINA	ME	56	riabilitazione	34	0	0
12	190526	Casa di Cura "Cristo Re" - Messina	MESSINA	ME	56	riabilitazione	48	0	0
12	190529	Casa di Cura "S. Rita" - Messina	MESSINA	ME	56	riabilitazione	16	0	0
12	190530	"C.O.T." (Cure Ortopediche Traumatologiche) - Messina	MESSINA	ME	56	riabilitazione	29	0	0
12	190537	Casa di Cura "Villa Serena srl" - Palermo	PALERMO	PA	56	riabilitazione	26	0	0
12	190543	Casa di Cura "Villa Margherita srl" - Palermo	PALERMO	PA	56	riabilitazione	16	0	0
12	190549	Casa di Cura "Morana" - Marsala (TP)	MARSALA	TP	56	riabilitazione	12	0	0
12	190552	"Clinica del Mediterraneo" - Ragusa	RAGUSA	RG	56	riabilitazione	30	4	0
12	190553	Casa di Cura "Villa Sofia" - Acireale (CT)	CATANIA	CT	56	riabilitazione	54	0	0
12	190555	Casa di Cura Calactura	CATANIA	CT	56	riabilitazione	40	0	0
12	190709	Casa di Cura "Clinica Basile" - Catania	CATANIA	CT	56	riabilitazione	40	0	0
12	190718	Casa di Cura "Latteri srl" - Palermo	PALERMO	PA	56	riabilitazione	11	0	0
12	190719	Casa di Cura "Gretter" - Catania	CATANIA	CT	56	riabilitazione	5	0	0
12	190724	"Isclas" - Pedara (CT)	PEDARA	CT	56	riabilitazione	10	0	0
12	190725	Casa di Cura "Argento" - Catania	CATANIA	CT	56	riabilitazione	38	0	0
Totale							695	15	0

totale complessivo 695 + 15 = 710

ATTI PARLAMENTARI

XVI LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. XXII-bis

N. 10

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SUGLI ERRORI IN CAMPO SANITARIO E SULLE CAUSE DEI DISAVANZI SANITARI REGIONALI

(istituita con deliberazione della Camera dei deputati del 5 novembre 2008)

(composta dai deputati: Antonio Palagiano, Presidente, Barani, Burtone, Vicepresidente, Calgaro, Castellani, De Nichilo Rizzoli, Fontanelli, Fucci, Lo Moro, Mancuso, Minardo, Laura Molteni, Nucara, Patarino, Segretario, Pedoto, Polledri, Vicepresidente, Porfidia, Proietti Cosimi, Nunzio Francesco Testa, Segretario, Zunino)

RELAZIONE CONCLUSIVA

(Relatore: **On. Antonio PALAGIANO**)

Approvata dalla Commissione nella seduta del 22 gennaio 2013

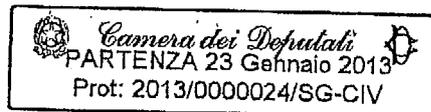
*Comunicata alla Presidenza il 22 gennaio 2013
ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della deliberazione della Camera dei deputati
del 5 novembre 2008*



Camera dei Deputati

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
SUOLI ERRORI IN CAMPO SANITARIO E SULLE
CAUSE DEI DISAVANZI SANITARI REGIONALI

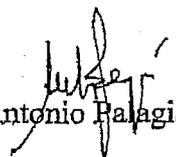
IL PRESIDENTE



Onorevole Presidente,

Le trasmetto, ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della deliberazione istitutiva, la Relazione conclusiva dell'attività della Commissione, approvata nella seduta odierna.

Con l'occasione Le invio i miei più cordiali saluti.


Antonio Palagiano

On. Gianfranco FINI
Presidente della
Camera dei deputati
S E D E

I Tavoli ministeriali hanno richiesto alla Regione di provvedere con urgenza a costruire con maggior dettaglio il programma di organizzazione dei servizi da attivare nelle carceri, alla luce della normativa di riferimento.

Tuttavia è da precisare, sulla base di quanto rilevato nell'ultimo verbale del 24 luglio 2012, che la Regione ha risolto l'inadempienza relativa alla sanità penitenziaria sugli anni 2009 e 2010 e i Tavoli ministeriali, preso atto che quanto predisposto dalla regione è stato già trasmesso al Presidente del Consiglio dei ministri, al Ministro per gli affari regionali, al Ministro della giustizia e al Ministro della salute e che si è in attesa di conoscere l'esito delle relative valutazioni, ritiene assolto tale punto da parte della Regione.

3.5.3. Attuazione della rete ospedaliera

Si evidenzia, sulla base di quanto riportato nell'ultimo verbale di riunione dei Tavoli ministeriali, una valutazione positiva delle azioni inerenti la rimodulazione della rete ospedaliera, ma vengono ribadite le criticità delle reti territoriali.

Con riferimento specifico ai posti letto, continua la riduzione, pari oggi a 19.558 (20.886 nel 2007), con una riduzione complessiva pari a circa 1.300 p.l.

Con riferimento a quanto previsto dal decreto sulla cosiddetta *spending review*, si hanno differenti valori. Infatti i posti letto complessivi al 1° gennaio 2012 pari a 16.915, di cui 15.036 per acuti e 1.879 per post acuti, diverranno, per effetto dell'intervento normativo, 14.118 per acuti e 3.294 per post acuti (quindi, questi ultimi, subiranno un aumento), per un totale di 17.412, con un saldo positivo tra acuti e post acuti di 497 posti letto.

Ciò può consentire di raggiungere gli indicatori standard di 3,7 posti letto per mille abitanti, di cui 3 per acuti e 0,7 per lungodegenze come previsto dalla normativa. Il citato verbale del Tavolo tecnico evidenzia, altresì, che la Regione non ha fornito puntuali indicazioni di carattere organizzativo tali da consentire precise ricadute nella strutturazione aziendale, con riferimento all'attuazione dei piani attuativi aziendali.

I Tavoli rimangono ancora in attesa di un atto regionale che individui il numero massimo di strutture complesse e strutture semplici per ciascuna azienda sanitaria e dell'avvenuta determinazione, da parte delle aziende, dei fondi contrattuali ai sensi della legge 122 del 2010.

Anche all'esito di specifico sopralluogo effettuato da questa Commissione il 4 aprile 2011, si vuole qui evidenziare la tanto attesa apertura, finalmente avvenuta, dell'Ospedale di Lentini (Siracusa), il 17 ottobre 2011; a circa sei mesi dalla sua apertura, si è registrato un incremento della produttività di circa il 20-30 per cento, con sensibile riduzione della mobilità in uscita, con incremento di attrattività di pazienti, il trasferimento dei reparti di ostetricia e ginecologia dall'ospedale di Moscatello di Augusta.

Sempre con riferimento alla zona di Siracusa, si è programmata, con il supporto anche dell'Agendas, la sistemazione organica tra gli ospedali di Noto e di Avola, nel primo saranno collocate le attività per post-acuti, nel secondo tutte quelle per acuti. Anche in questo caso

DATI (in elaborazione)

A		B		C		D		E		F		G		H	
PI decreti	PI ricogniti 2012	PI rimodulazione	PI decreti	PI ricogniti 2012	PI rimodulazione e lungodegenza	PI rimodulazione	PI decreti	PI ricogniti 2012	PI rimodulazione	PI decreti	PI ricogniti 2012	PI rimodulazione	PI decreti	PI ricogniti 2012	PI rimodulazione
3507	3745	2666	156	151	313		728	779							1075
acuti				lungodegenza											

241
(E-A)

LUNG.D.S.
+157
(F-D)

504

RIMB.
347

(I-G) →

RIMOD.

337 PL ?
(844-504)



Palermo, 28 APRILE 2013

SCHEDA TECNICA LEGGE 135/2012 (SPENDING REVIEW)

La legge n. 135/12 (spending review) ha previsto alcune misure finanziarie e strutturali, per il comparto privato accreditato, da realizzarsi, nel triennio 2012/14

Requisiti

Alla luce della suddetta legge, la rimodulazione della rete ospedaliera deve tener conto di alcuni elementi che di seguito si riportano:

1. Ridurre lo standard dei posti letto ospedalieri accreditati, ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie
2. Rispettare alcuni standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza, da stabilire con apposito regolamento, che, ad oggi, non e' stato ancora emanato.
3. Riferirsi ad un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni
4. Tener conto della mobilità interregionale
5. Tener conto della riorganizzazione dei servizi territoriali e delle cure primarie finalizzate ad un'assistenza 24/24
6. Verificare la funzionalità dei piccoli ospedali pubblici
7. Favorire la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza, nell'ambito delle varie forme in cui questa e' garantita, che realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere.

Standard applicati

Per quanto sopra riportato, ad oggi, gli unici elementi dei quali poter tener conto sono quelli relativi allo standard di p.l., alla mobilità interregionale, al tasso di ospedalizzazione e alla verifica di funzionalità dei piccoli ospedali pubblici.

Corre obbligo ribadire, infatti, che, sino a quando il regolamento non sarà approvato (punto 2), implementare i requisiti contenuti nella bozza predisposta sarebbe un errore, perché quest'ultima potrebbe subire variazioni o essere profondamente modificata. In tal caso, Si incorrerebbe nel rischio di elaborare ed implementare proposte di riorganizzazione della rete, che potrebbero, nel momento dell'approvazione del regolamento, risultare non adeguate.

Lo stesso vale per l'organizzazione del territorio, di cui al punto 5, che ad oggi non risulta realizzata e della quale, necessariamente, si dovrà tener conto, prima di disattivare p.l.. Si rischierebbe, viceversa, di progettare un sistema che, nei fatti, non garantirebbe un'adeguata risposta assistenziale alla domanda di salute dei siciliani. Sino a quando, infatti, il territorio non sarà perfettamente funzionante, e saranno trasferite alcune funzioni dall'ospedale al territorio, la riduzione dei p.l. della rete ospedaliera, potrebbe causare gravi disfunzioni ai cittadini utenti.

Per quanto sopra riportato, è ovvio che effettuare, oggi, alla luce delle norme vigenti, una profonda rimodulazione della rete ospedaliera, sulla base soltanto di alcuni e non di tutti gli elementi dei quali si deve tener conto, secondo la legge, appare prematuro. Condurrebbe, comunque, ad un'analisi incompleta e quindi falsata dei dati da porre a base della riorganizzazione stessa e, dunque, inaccettabile.

Determinazione Numero posti letto

In ogni caso, pur volendo tener conto degli elementi e dei dati che, ad oggi, la Regione ha a disposizione, occorre effettuare le seguenti riflessioni.

Occorre, innanzitutto, partire dall'analisi dell'esistente, da dati certi ed inconfutabili. In questi anni, infatti, i dati sulla rete ospedaliera sono stati sempre incerti e contraddittori.

E' imprescindibile, pertanto, prima di ogni proposta di rete, conoscere, ufficialmente, i dati relativi al numero di p.l. per acuti complessivi (pubblico-privato) che risulterebbero in esubero, rispetto allo standard di 3 p.l. per acuti per mille abitanti, previsto dalla L. n. 135/2013, il numero di p.l. di riabilitazione/lungodegenza che la Regione ha l'esigenza di attivare per rispettare lo standard dello 0,7 p.l., nonché la percentuale di distribuzione del sacrificio, tra pubblico e privato, che codesta Amministrazione intende assumere nella disattivazione degli acuti. Occorrerebbe, altresì, conoscere le fonti amministrative e normative dalle quali desumere i dati oggetto del suddetto confronto, anche, per poterne dare riscontro puntuale ai nostri Associati.

Dagli atti della Commissione parlamentare sugli errori sanitari, che ha analizzato i verbali dei Tavoli tecnici ministeriali, depositati nel mese di gennaio 2013, si evince, anche, lo stato di avanzamento dei Piani di rientro delle regioni.

Analizzando i suddetti atti, si desume che, in Sicilia, al 1° gennaio 2012, i p.l. sono 16.915, di cui 15.036 acuti e 1.879 di riabilitazione - lungodegenza. Dati, che se fossero confermati, dimostrerebbero che la Sicilia ha rispettato lo standard della legge n. 135/12 (15.100 p.l. circa per acuti = 3 per mille su 5.036 mln abit.)

Rapporto pubblico - privato

In ogni caso, atteso che l'ospedalità privata incide sulla rete ospedaliera il 23%, a nostro avviso, l'eventuale distribuzione di sacrificio dovrebbe tenere conto dell'incidenza che i p.l. privati accreditati hanno sulla rete complessiva.

Una distribuzione apparentemente paritaria, risulterebbe, di fatto, fortemente iniqua e, sostanzialmente, impari.

Si desume, altresì, dai decreti sulla rete ospedaliera (d.a. 30.12.2010, poi integrato dal d.a. 12 agosto 2011), che hanno approvato il Progetto Operativo 2010/12, di mantenimento del Piano di rientro 2007/09, che il progetto di riconversione dei p.l. per acuti in post acutie, è stato, sinora, totalmente realizzato soltanto dal privato accreditato, con il d.a. 1129/09.

Dal confronto, infatti, tra i suddetti dati e quelli sui p.l. di riabilitazione effettivamente attivati, trasmessi, su nostra richiesta, dall'Assessorato Regionale della Salute, risultano nel pubblico (comprese le sperimentazioni gestionali e gli IRCCS per n.386 p.l.) un totale di n.770 p.l. di riabilitazione (di cui n.83 p.l. di day hospital). Mentre nel privato risultano n.710 p.l. (di cui n.15 p.l. di day hospital).

Deficit settore pubblico

Ad oggi, pertanto, esisterebbe ancora una rilevante percentuale di p.l. per acuti non riconvertiti nel pubblico, rispetto al vecchio standard di cui al d.a. 1.150/09, ed, anche, rispetto a quanto contenuto nel P.O.

Mentre, infatti, il debito di p.l. per acuti nel privato è stato totalmente saldato, con le riconversioni di cui al d.a. 1129, riscontrabili nei rispettivi decreti autorizzativi, lo stesso non può dirsi per il pubblico.

Per raggiungere lo standard di cui alla legge n. 135/12 occorrerebbe, quindi, a nostro avviso, operare prioritariamente, sul comparto pubblico, poiché le scelte di politica sanitaria non possono non tenere conto che l'esubero di p.l. per acuti, oggi, è maggiore di quanto sarebbe stato, qualora le previste rimodulazioni, da acuti in post acuti, fossero state rispettate da entrambe le parti.

Ambiti territoriali

Occorre, altresì, sapere se la Regione intenda rispettare gli ambiti territoriali e, quindi, applicare lo standard, di cui alla legge 135/12, su base provinciale e, di conseguenza, in che modo la rimodulazione inciderà, concretamente, nelle singole province, posto che le stesse, attualmente, hanno standard di p.l. assai diversi tra loro. Risulta, addirittura, che alcune province siano al di sotto dello standard di 3 p.l. per acuti per mille abitanti e che, pertanto, sarebbe improprio ridurre p.l. per acuti, rispetto ad una domanda di salute che va soddisfatta.

Conclusioni

Sarebbe, infine, opportuno conoscere gli indicatori che la Regione intende adottare a base della valutazione delle strutture pubbliche e private ed i criteri di utilizzo degli stessi, al fine di individuare i p.l. che eventualmente sarebbero soggetti alla rimodulazione.

Si rileva che quanto sopra appare indispensabile per il principio di trasparenza e per attivare un confronto concreto sulla rimodulazione dei p.l.,

che inciderà in maniera determinante sul futuro delle aziende private accreditate, sugli oltre 6000 lavoratori che vi operano, dei siciliani e del S.S.R.

Art 15

Comma 13 lettera c

“sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati, entro il 31 ottobre 2012, con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, nel rispetto della riorganizzazione di servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio adeguandoli agli standard europei, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni.

La riduzione dei posti letto e' a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50 per cento del totale dei posti letto da ridurre ed e' conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unita' operative complesse. Nelle singole regioni e province autonome, fino ad avvenuta realizzazione del processo di riduzione dei posti letto e delle corrispondenti unita' operative complesse, e' sospeso il conferimento o il rinnovo di incarichi ai sensi dell'articolo 15-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. Nell'ambito del processo di riduzione, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano operano una verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalita' delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in piu' sedi, e promuovono l'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare;

c-bis e' favorita la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza, nell'ambito delle varie forme in cui questa e' garantita, che realizzino effettive finalita' di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere “