

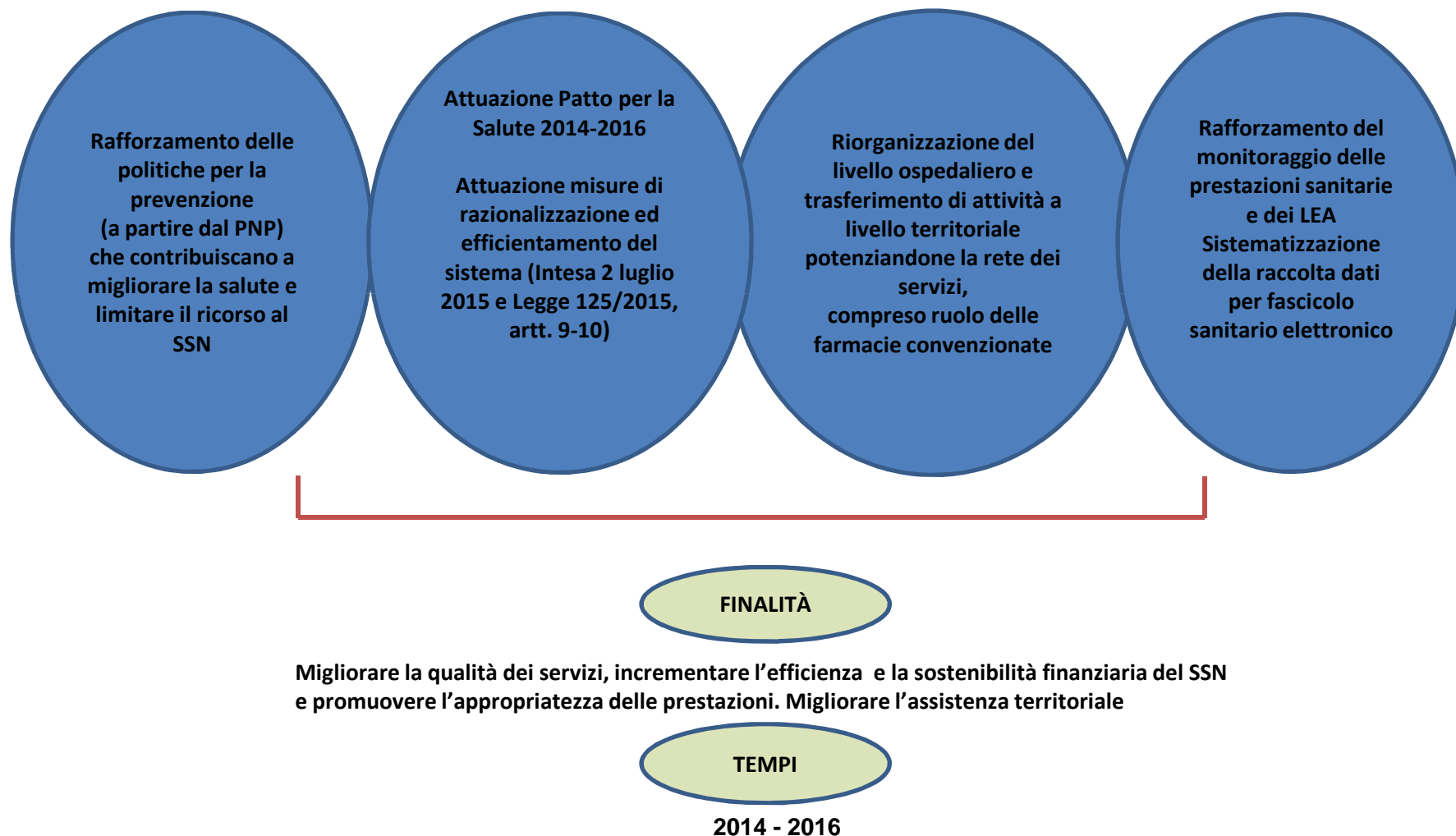
# Legislazione Sanitaria e Federalismo

**Mariadonata Bellentani**  
**Agenas**

# Indice

- Le recenti scelte programmatiche nazionali
- Nuovi assetti del territorio
- Federalismo

# Nell'Agenda delle riforme di sistema



# Le misure di razionalizzazione e di efficientamento della spesa

## Intesa Stato-Regioni 2 luglio 2015

### SINTESI IMPATTO MANOVRA SANITARIA SU BASE ANNUA

	<i>dati in milioni di euro</i>	2015	2016	2017
<b>Beni e servizi</b>		<b>1.338</b>	<b>1.587</b>	<b>1.717</b>
rinegoziazione dei contratti di acquisto dei beni e servizi	788	788	795	799
rinegoziazione dei contratti di acquisto dei dispositivi medici	550	550	792	918
<b>Farmaceutica</b>				
Revisione del prontuario (a partire dal 30 settembre 2015)				
Rinegoziazione prezzo farmaci biotecnologici con brevetto scaduto				
<b>Inappropriatezza</b>				
Riduzione delle prestazioni inappropriate di specialistica ambulatoriale (*)	195	195	195	195
Riduzione dei ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriatezza	106	106	106	106
	89	89	89	89
<b>Farmaceutica</b>				
effetto automatico pay-back derivante dal mancato incremento del livello del finanziamento	308	308	308	308
	308	308	308	308
<b>Regolamento ospedaliero</b>				
Riduzione dei ricoveri delle strutture con meno di 40 posti letto	210	210	210	210
riduzione della spesa di personale a seguito della razionalizzazione della rete ospedaliera	12	12	12	12
Riorganizzazione della rete assistenziale di offerta pubblica e privata	68	68	68	68
	130	130	130	130
<b>Investimenti finanziati con contributo in c/esercizio</b>				
	300	300		
<b>Totale</b>		<b>2.352</b>	<b>2.301</b>	<b>2.431</b>
manovra attesa		2.352	2.352	2.352
differenza		0	-51	79

# REGOLAMENTO STANDARD OSPEDALIERI

## D.M. 2 Aprile 2015, n. 70

Adottato previa Intesa Stato-Regioni del 13 gennaio 2015 (Rep. n.198/CSR)

Il decreto è in vigore dal 19 giugno 2015, e si pone diverse finalità: aumentare la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure e l'uso appropriato delle risorse, a partire dal ruolo dell'ospedale

### PREMESSA - LA DEFINIZIONE DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale,

ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute che post-acute e riabilitative.

## **Il Regolamento (D. M. 2 aprile 2015 n. 70): il ruolo dell'ospedale**

In ogni caso, l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare.

Tale logica di rete deve includere l'individuazione di poli d'eccellenza a livello nazionale e deve essere considerata in una visione solidaristica tra regioni per la soddisfazione dei casi di particolare complessità (come già avviene in campo trapiantologico).

La rete assistenziale ospedaliera deve essere formalmente definita e resa nota ai cittadini

## **Il Regolamento (D. M. 2 aprile 2015 n. 70): il ruolo dell'ospedale**

- adotta un criterio vincolante di programmazione ospedaliera indicando alle regioni il parametro della dotazione 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, da applicarsi tenendo conto anche della mobilità sanitaria interregionale, attiva e passiva;
- fissa criteri uniformi per la classificazione delle strutture ospedaliere in tre livelli a complessità crescente (di base, di I livello, di II livello),
- prevedendo, per le strutture ospedaliere private accreditate, un numero minimo di posti letto in grado di assicurare efficacia e sicurezza delle cure;

- **indica omogenei standard per singola disciplina** fissando specifici parametri, da adottarsi tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale, documentate sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilità attraverso compensazioni tra discipline;
- **fornisce oggettivi parametri di riferimento in materia di rapporto tra volumi di attività (numero annuo di prestazioni) , esiti favorevoli/sfavorevoli delle cure e numerosità delle strutture**, anche sotto il profilo della qualità e del risk management, provvedendo altresì a promuovere modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure (entro sei mesi);
- **fissa standard generali di qualità, secondo il modello di Clinical Governance**, per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile (accountability), centrato sui bisogni della persona (entro sei mesi);



- **Richiama gli Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali previsti dal DPR 14.01.1997 e dai Regolamenti Regionali in materia, nonché in attuazione a quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni.**
- Nei presidi ospedalieri il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale non può superare il valore del 7 per cento.
- detta specifiche e uniformi indicazioni per la sicurezza degli impianti e delle strutture;
- fornisce ulteriori standard per le alte specialità;

- **prevede che le regioni organizzino la rete ospedaliera in reti specifiche in base al modello hub and spoke o a equivalenti altre forme di coordinamento e di integrazione professionale, in particolare per le patologie complesse tempo-dipendenti ;**
- **fornisce per la rete dell'emergenza urgenza nuove indicazioni programmatiche ed organizzative, prevedendo anche specifiche misure per assicurare la disponibilità di posti letto di ricovero nelle situazioni ordinarie e in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso.**

**Per le Centrali 118 si deve attivare una revisione organizzativa che preveda una centrale operativa con un bacino di riferimento orientativamente non inferiore a 0,6 milioni ed oltre di abitanti o almeno una per regione/provincia autonoma;**

- fornisce indicazioni, in linea con quelle provenienti dall'Unione Europea, finalizzate a sollecitare specifici percorsi di integrazione terapeutici assistenziali
- quali ad es. quelli relativi alla presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria attraverso le unità mammarie interdisciplinari (**breast unit**),
  - nonché di quelle di cui al documento di indirizzo nazionale avente ad oggetto la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della **rete dei centri di senologia**, elaborato dal gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero della salute, Regioni e PA ed esperti di Agenas e di società scientifiche.
- fornisce indicazioni, in coerenza con gli atti di indirizzo dell'Unione Europea, affinché presso i centri di oncologia sia assicurato adeguato sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, individuando specifici percorsi di accompagnamento a cura di personale specializzato.

- indica alla regioni l'obiettivo di perseguire operativamente l'integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a:
  - ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati, fornendo specifiche indicazioni relativamente alle **strutture intermedie** che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti **Ospedali di Comunità**.
- detta parametri di riferimento in materia di strutture per la chirurgia ambulatoriale, sotto il prioritario profilo della sicurezza dei pazienti.

## REGOLAMENTO STANDARD OSPEDALIERI

Intesa Stato-Regioni 13 gennaio 2015, sul regolamento standard ospedalieri (Rep. n. 198/CSR)  
DM 2 aprile 2015, n. 70

Le Regioni provvedono ad adottare in tempi rapidi (3 mesi dall'entrata in vigore del D.M.) un provvedimento generale di programmazione della rete ospedaliera, nel rispetto degli standard e con nuove modalità per garantire appropriatezza e qualità delle cure - riduzione dei p.l. ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR

- ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti
- Riordino da attuarsi nel triennio 2014-2016, con precisi criteri:

Modalità di calcolo del  
fabbisogno di p.l. ospedalieri

Individuazione per singola disciplina del relativo  
bacino di utenza, al fine di garantire una corretta  
concentrazione dei volumi e migliorarne gli esiti

Tale processo coinvolge tutte le regioni,  
i primi atti riguardano Regioni in Piano di Rientro



Regione Calabria  
DCA 9/2015



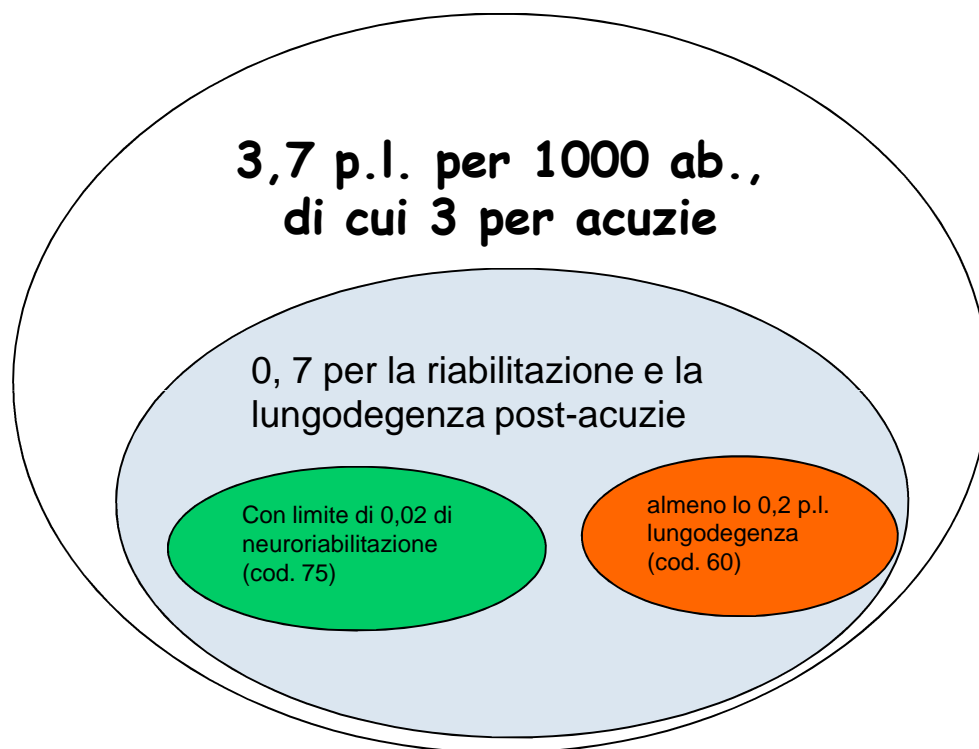
REGIONE SICILIA  
DA del 14/01/2015



## REGOLAMENTO STANDARD OSPEDALIERI

Intesa Stato-Regioni 13 gennaio 2015, sul regolamento standard ospedalieri (Rep. n. 198/CSR)  
DM 2 aprile 2015, n. 70

Modalità di calcolo del fabbisogno di p.l. ospedalieri per il raggiungimento dei parametri individuati dalla Legge 135/2012 («Spending review»)



Le Regioni possono incrementare il numero di p.l. attuali, entro il limite del 3,7, solo se necessario per rispettare il tasso di ospedalizzazione di 160 per mille abitanti (art. 1, co. 4)

I parametri vengono aggiustati in base a fughe ed attrazioni tra Regioni

Con valore tendenziale dell'indice di occupazione dei p.l. tra l'80 e il 90% (punto 3)

Durata media di degenza inferiore a 7 giorni

Le regioni assumono come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per 1000 ab., di cui il 25% riferito al DH

## REGOLAMENTO STANDARD OSPEDALIERI

Intesa Stato-Regioni 13 gennaio 2015, sul regolamento standard ospedalieri (Rep. n. 198/CSR)  
DM 2 aprile 2015, n. 70

Si prevede una soglia di accreditabilità: dal 1°luglio 2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture ospedaliere accreditate con meno di 40 p.l. per acuti e non possono essere accreditati nuovi ospedali con meno di 60 p.l. per acuti

Concorrono al calcolo del limite del 3.7 p.l. per 1000 ab. , anche i posti residenziali presso strutture sanitarie territoriali con tariffa  $\geq$  alla tariffa lungodegenza ospedaliera (il DM 18 ottobre 2012 individua la tariffa massima giornaliera in 154 €)

fanno eccezione:

- i p.l. istituiti con la legge n. 38/2010 (rete cure palliative e terapia del dolore)
- le strutture sanitarie territoriali per la salute mentale,
- le strutture di riabilitazione extraospedaliera (ad es. art. 26 legge 833/1978)
- le strutture sanitarie residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo di minima coscienza



A tal fine, le Regioni certificano il numero dei posti residenziali sia con costo giornaliero superiore che inferiore al valore soglia, nonché il numero di quelli con le finalità assistenziali sopraindicate (art. 1, co. 3, lett. c)

# TAGLI E RISPARMI PREVISTI DALL'INTESA DEL 2.7.2015 CHE SI ATTENDONO DALL'ATTUAZIONE DEL REGOLAMENTO OSPEDALIERO

## Riorganizzazione della rete assistenziale di offerta pubblica e privata

Per effetto dell'entrata in vigore del decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'incremento del tasso di occupazione dei posti letto, la riduzione della durata della degenza media e del tasso di ospedalizzazione,

, consentiranno che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto miglioramento del Servizio sanitario nazionale nel suo complesso ed in una riduzione degli oneri connessi all'assistenza ospedaliera erogata dalle strutture accreditate, pubbliche e private.

***Risparmio previsto: 130 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.***



# TAGLI E RISPARMI PREVISTI DALL'INTESA DEL 2.7.2015 CHE SI ATTENDONO DALL'ATTUAZIONE DEL REGOLAMENTO OSPEDALIERO

Riduzione del numero di ricoveri effettuati da erogatori privati accreditati con meno di 40 posti letto

La riorganizzazione della rete ospedaliera prevista nel decreto 2 aprile 2015, n. 70 comporterà un azzeramento dei ricoveri con oneri a carico SSN presso le strutture con meno di 40 posti letto accreditati per acuti, fatta eccezione per le strutture mono specialistiche per le quali sono previste espresse deroghe.

*Risparmio previsto: 12 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.*

# TAGLI E RISPARMI PREVISTI DALL'INTESA DEL 2.7.2015 CHE SI ATTENDONO DALL'ATTUAZIONE DEL REGOLAMENTO OSPEDALIERO

**Altri risparmi («efficientamento della spesa») sono previsti sulla spesa per il personale**

A seguito della riduzione di strutture complesse e di strutture semplici conseguente al riordino della rete ospedaliera con la conseguente riduzione degli incarichi di struttura semplice e complessa, a cui, fanno notare i tecnici ministeriali e regionali, sono associate specifiche voci retributive che a normativa vigente confluirebbero nei fondi della contrattazione integrativa.

Le risorse relative al trattamento accessorio liberate a seguito delle riorganizzazioni correlate al rispetto degli standard ospedalieri, non concorrono più all'ammontare complessivo dei fondi destinati annualmente al trattamento accessorio.

*Risparmio previsto: 68 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.*

# TAGLI E RISPARMI PREVISTI DALL'INTESA DEL 2.7.2015 CHE SI ATTENDONO DALL'ATTUAZIONE DEL REGOLAMENTO

## OSPEDALIERO

### Riduzione progressiva del numero delle Centrali operative 118

La riorganizzazione della rete assistenziale prevista nel decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" comporterà una riduzione di 15 Centrali operative 118 rispetto alle attuali (standard: 1 C.O. 118 per più di 0,6 mil/ab o almeno 1 per Regione/P.A.).

*Il risparmio derivante da tale riduzione non è stato ancora quantificato.*

# TAGLI E RISPARMI PREVISTI DALL'INTESA DEL 2.7.2015 CHE SI ATTENDONO DALL'ATTUAZIONE DEL REGOLAMENTO OSPEDALIERO

## Monitoraggio attuazione Regolamento standard ospedalieri

1. Governo e Regioni convengono sulla necessità di effettuare il monitoraggio dell'attuazione del Decreto 2 aprile 2015 , n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", garantendo un adeguato supporto alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano ai fini della sua applicazione.
2. A tal fine, è istituito presso il Ministero della salute e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, un tavolo nazionale composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze e della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e dell'Agenas.
3. Il tavolo di cui al comma 2 relaziona periodicamente al Comitato LEA, per i profili di relativa competenza.

## PRESIDI OSPEDALIERI DI BASE

I presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo quanto previsto per le zone particolarmente disagiate, sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale:

Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca.

Devono essere dotati, inoltre, di letti di “Osservazione Breve Intensiva”.

# La riclassificazione degli Ospedali secondo il D.M. n.70/2015

## PRESIDI OSPEDALIERI DI PRIMO LIVELLO

I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate delle seguenti specialità:

Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva, Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono.

# La riclassificazione degli Ospedali secondo il D.M. n.70/2015

## PRESIDI OSPEDALIERI DI PRIMO LIVELLO

Devono essere presenti o disponibili in rete h. 24 i Servizi di Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immuno-trasfusionale.

Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello.

Devono essere dotati, inoltre, di letti di “Osservazione Breve Intensiva” e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

# La riclassificazione degli Ospedali secondo il D.M. n.70/2015

## PRESIDI OSPEDALIERI DI SECONDO LIVELLO

I presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di DEA di II livello.

Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende ospedaliere, alle Aziende ospedaliero universitarie, a taluni Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e a Presidi di grandi dimensioni della Azienda sanitaria locale (ASL).

Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I Livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello.



# La riclassificazione degli Ospedali secondo il D.M. n.70/2015

## PRESIDI OSPEDALIERI DI SECONDO LIVELLO

A titolo indicativo, nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza, tali strutture sono: Cardiologia con emodinamica interventistica h. 24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità.

# La riclassificazione degli Ospedali secondo il D.M. n.70/2015

## PRESIDI OSPEDALIERI DI SECONDO LIVELLO

Devono essere presenti h.24 i Servizi di Radiologia con almeno T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immuno-trasfusionale.

Nelle regioni con popolazione inferiore ai 600.000 abitanti, con uno scostamento del 6%, l'attivazione o la conferma dei presidi ospedalieri di II livello è subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del bacino di utenza indicato. Tale accordo interregionale va stipulato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

# REGOLAMENTO STANDARD OSPEDALIERI

Intesa Stato-Regioni 13 gennaio 2015, sul regolamento standard ospedalieri (Rep. n. 198/CSR)  
DM 2 aprile 2015, n. 70

Il regolamento fornisce indicazioni su:

(Alcuni esempi)

**Volumi ed esiti**

Le misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti sono quelle prodotte dal PNE di Agenas

Interventi chirurgici per Ca mammella	150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
Intervento chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per Struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
By pass aorto-coronarico	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI
Maternità	si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato regioni 16 dicembre 2010

**Standard generali di qualità**

- gestione del rischio clinico
- EBM e HTA
- valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche
- etc.

**Standard organizzativi strutturali e tecnologici generali**

Nei presidi ospedalieri:  
num. del personale  
amministrativo/num. tot. del  
personale  $\leq 7\%$

# Le cure intermedie

Servizi territoriali di ricovero e cura finalizzati a garantire la continuità assistenziale

- dopo la dimissione ospedaliera
- o per prevenire ricoveri inappropriati,

e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti.

Una prima tipologia:

Ospedale di  
Comunità

Per

pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario:

- consolidare le condizioni fisiche,
- continuare il processo di recupero funzionale,
- accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero,

pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera.

Con forme di lavoro multidisciplinare, PAI, anche in ex ospedali riconvertiti

## Es: Ospedale di comunità

Responsabilità igienico-organizzativa e gestionale in capo al distretto per pazienti per i quali è necessario consolidare le condizioni fisiche, continuare il processo di recupero funzionale e accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero:

- 15-20 posti letto gestiti da personale infermieristico, con un'assistenza medica garantita da MMG o PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN. L'assistenza sarà garantita nelle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai MMG e PLS e dai MCA
- Degenza media prevedibile è di 15-20 giorni.



**Ospedale di comunità**

**Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità, da definire con Intesa Stato-Regioni**  
(art. 5, co. 17, Patto per la Salute 2014-2016).

## REGOLAMENTO STANDARD OSPEDALIERI

Intesa Stato-Regioni 13 gennaio 2015, sul regolamento standard ospedalieri (Rep. n. 198/CSR)  
DM 2 aprile 2015, n. 70

Organizzazione delle strutture ospedaliere su 3 livelli a complessità crescente e specifiche discipline (punti 2.2, 2.3, 2.4):

**presidi ospedalieri di base**, con bacino di utenza tra 80.000 e 150.000 ab. - strutture dotate di sede di Pronto Soccorso e specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia anche in Pronta disponibilità di radiologia; Laboratorio, Emoteca, posti O.B.I.

**presidi ospedalieri di I livello**, con bacino di utenza tra 150.000 e 300.000 ab. - strutture sede di DEA di I livello, con ulteriori specialità:

- Anestesia e rianimazione, Ortopedia e traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se  $\geq 500$  parti anno), Pediatria, Cardiologia con UTIC, Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Urologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria
- Radiologia h.24 con TAC ed Ecografia, Laboratorio h. 24, Servizio immunotrasfusionale h. 24, posti O.B.I., p.l. di sub-intensiva anche multidisciplinare e collegamento centri per patologie complesse (stroke etc.)

**presidi ospedalieri di II livello**, con bacino di utenza tra 600.000 e 1.200.000 ab. - strutture sede di DEA di II livello, riferibili ad AO, AOU, IRCCS e con ulteriori specialità

## REGOLAMENTO STANDARD OSPEDALIERI

Intesa Stato-Regioni 13 gennaio 2015, sul regolamento standard ospedalieri (Rep. n. 198/CSR)  
DM 2 aprile 2015, n. 70

L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza.

Ad esempio

Disciplina o Specialità clinica	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
Descrizione	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
	Bacino max	Bacino min	Bacino max	Bacino min
Allergologia			2	1
Anatomia e istologia patologica			0,3	0,15
Cardiochirurgia infantile	6	4		
Cardiochirurgia	1,2	0,6		
Cardiologia	0,3	0,15		
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)			0,6	0,3
Chirurgia generale	0,2	0,1		

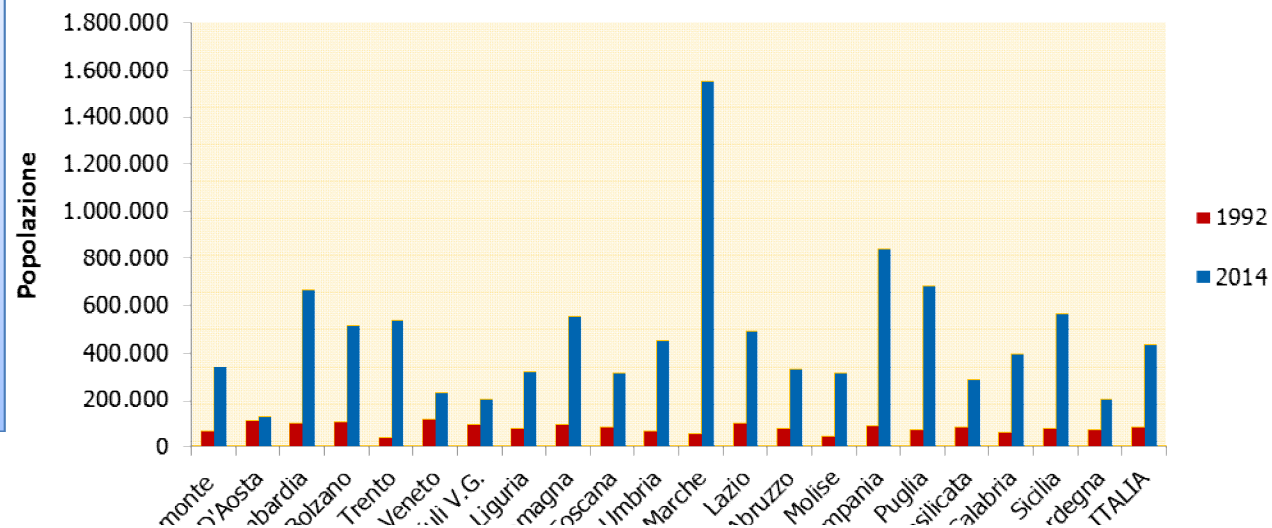
# Il cambiamento nel processo di aziendalizzazione

## Aziende più grandi:

Da 659 USL del 1992  
a 140 ASL nel 2014  
con in media 434.162 ab.

(min 128.591 Valle d'Aosta –  
max 1.553.138 Marche)

Bacino di utenza medio per ASL (1992-2014)

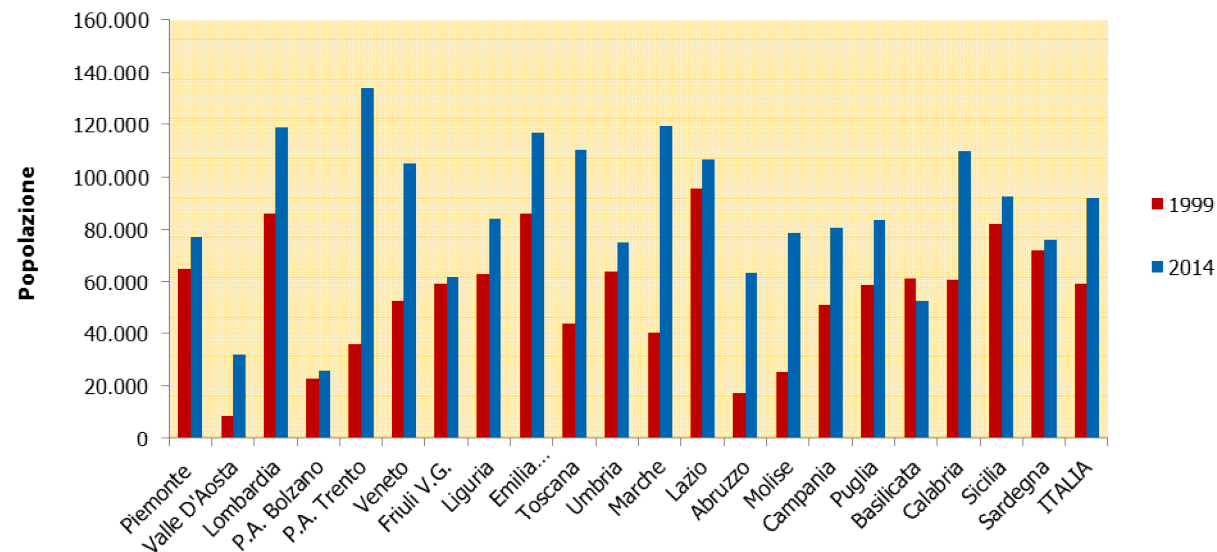


## Distretti più grandi:

Da 977 nel 1999  
a 664 nel 2014  
con in media 91.540 ab.

(min 25.786 P.A. Bolzano -  
max 134.059 P.A. Trento)

Bacino di utenza medio per distretti (1999-2014)





# Il cambiamento nel processo di aziendalizzazione

Regioni	Popolazione residente 2014	USL 1992	ASL			Bacino medio utenza ASL 2014	ASL previste 2015	Distretti				Bacino medio utenza Distretti 2014	Distretti previsti 2015
			2005	2011	2014			1999	2005	2011	2014		
Piemonte	4.436.798	63	22	13	13	341.292	13	66	65	58	58	76.497	52§
Valle D'Aosta	128.591	1	1	1	1	128.591	1	14	4	4	4	32.148	4
Lombardia	9.973.397	84	15	15	15	664.893	8	105	85	81	84	118.731	27
P.A. di Bolzano	515.714	4	4	1	1	515.714	1	20	20	20	20	25.786	20
P.A. di Trento	536.237	11	1	1	1	536.237	1	13	13	4	4	134.059	4
Veneto	4.926.818	36	21	21	21	234.610	21	85	56	50	47^	104.826	34^
Friuli V. Giulia	1.229.363	12	6	6	6	204.894	6	20	20	20	20	61.468	20
Liguria	1.591.939	20	5	5	5	318.388	5	26	20	19	19	83.786	19
Emilia Romagna	4.446.354	41	11	11	8	555.794	8	46	39	38	38	117.009	38
Toscana	3.750.511	40	12	12	12	312.543	12*	80	42	34	34	110.309	34
Umbria	896.742	12	4	4	2	448.371	2	13	12	12	12	74.729	12
Marche	1.553.138	24	1	1	1	1.553.138	1	36	24	23	13	119.472	13
Lazio	5.870.451	51	12	12	12	489.204	10	55	55	55	55	106.735	48
Abruzzo	1.333.939	15	6	4	4	333.485	4	73	73	25	21	63.521	22
Molise	314.725	7	1	1	1	314.725	1	13	13	7	7	44.961	4
Campania	5.869.965	61	13	7	7	838.566	7	113	113	72	73	80.410	73
Puglia	4.090.266	55	12	6	6	681.711	6	70	48	49	49	83.475	45
Basilicata	578.391	7	5	2	2	289.196	2	10	11	11	11	52.581	9
Calabria	1.980.533	31	11	5	5	396.107	5	34	35	35	18	110.030	18
Sicilia	5.094.937	62	9	9	9	566.104	9	62	62	62	55	92.635	55
Sardegna	1.663.859	22	8	8	8	207.982	8	23	25	22	22	75.630	22
<b>ITALIA</b>	<b>60.782.668</b>	<b>659</b>	<b>180</b>	<b>145</b>	<b>140</b>	<b>434.162</b>	<b>131</b>	<b>977</b>	<b>835</b>	<b>701</b>	<b>664</b>	<b>91.540</b>	<b>573</b>

\* Dal 1 gennaio 2016 le ASL saranno ridotte da 12 a 3

§ Prevista una riduzione del numero totale dei distretti (max 46-min. 26) per l'adeguamento al bacino di utenza di 80.000-150.000 abitanti.

^ N. di distretti attivi verificato sui siti aziendali. Il PSSR 2012-2016 prevede una riduzione fino a 26 distretti sociosanitari.



# Sistemi Sanitari Regionali in cambiamento



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

**Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17**  
Riordino del SSR - **5 ASS** (ASL e AOU) e 2 IRCCS  
Centri di Assistenza primaria collegati con AFT

REGIONE  
TOSCANA



**Legge regionale 16 marzo 2015, n. 28**  
**3 ASL** una per Area Vasta,  
Rimangono **34 Zone-Distretto**  
Integrazione ASL+AOU subordinato da modifica  
della legge nazionale



**DCA n. 259/2014** Linee Guida atti aziendali  
**DCA n. 373/2015** P.O. 2013-2015  
Accorpamento ASL territorio Roma Capitale,  
Rimodulazione distretti e coincidenza ambiti  
sociali



Regione  
Lombardia

**Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23**  
Da 15 ASL a 8 Agenzia Tutela della Salute (**ATS**), con  
funzioni di programmazione  
**27 ASST**, con funzioni di erogazione di prestazioni  
territoriali ed ospedaliere, corrispondenti ai **27**  
**distretti**

# Riordino assetto organizzativo del SSR Toscana

Legge regionale 16 marzo 2015, n. 28

Nuovo assetto dal 1 gennaio 2016:

Da 12 a **3 ASL** una per Area Vasta: nord-ovest, centro e sud-est

Rafforzamento della programmazione di Area Vasta

Rimangono **34 Zone-Distretto**

Previsione di: Direttore per la programmazione di area vasta, comitato operativo e Dipartimenti interaziendali di AV



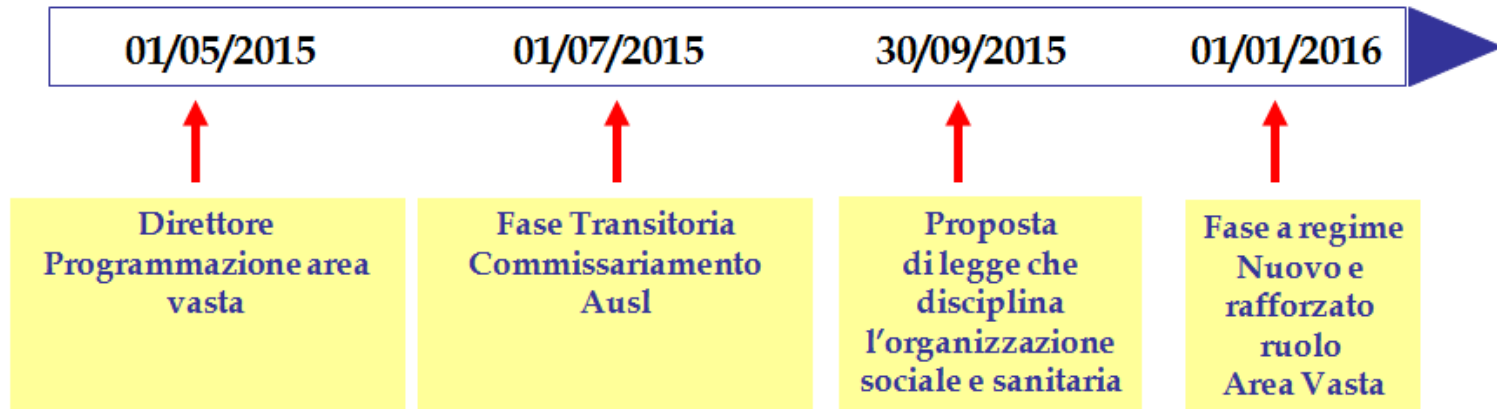
# Riordino assetto organizzativo del SSR Toscana

Legge regionale 16 marzo 2015, n. 28

## Assetto transitorio:

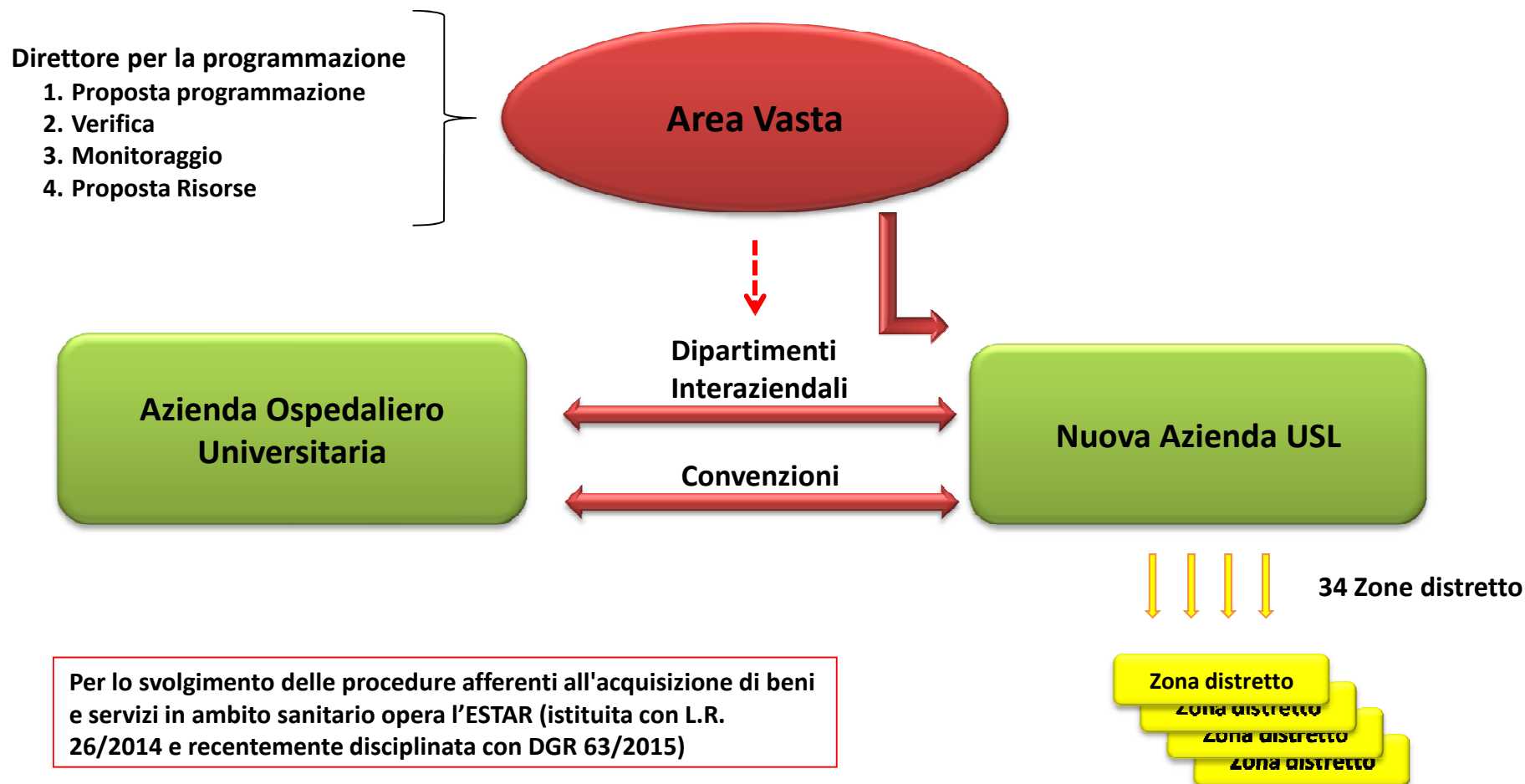
- decadenza dei comitati di area e nomina 3 commissari per la programmazione in ciascuna Area Vasta (maggio 2015)
- 3 commissari delle Aziende USL afferenti alle AV (luglio 2015)
- 12 vicecommissari per ciascuna Azienda USL (luglio 2015)

31 dicembre 2015: decadenza di tali nomine



# Nuovo assetto organizzativo del SSR Toscana

Legge regionale 16 marzo 2015, n. 28

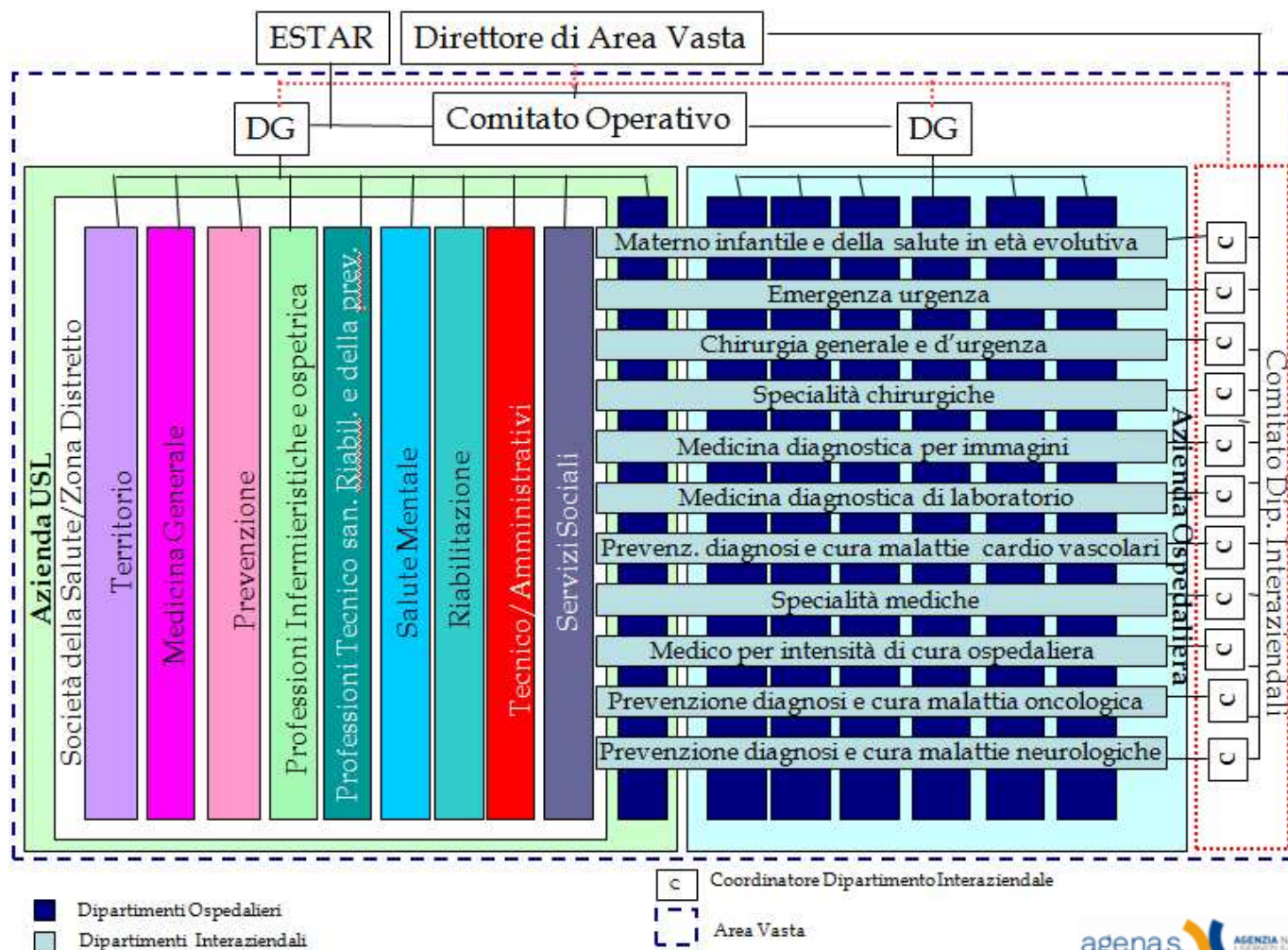


# Nuovo assetto organizzativo del SSR Toscana

Legge regionale 16 marzo 2015, n. 28

Assessore Sociale e Sanitario

3 aree vaste



# Evoluzione del Sistema sociosanitario Lombardo

## Fase 1: riforma sanitaria – L.r. 11 agosto 2015, n. 23

- Da 15 ASL a 8 Agenzia Tutela della Salute (ATS), con funzioni di programmazione
- 27 ASST, con funzioni di erogazione di prestazioni territoriali ed ospedaliere, corrispondenti ai 27 distretti
- Istituzione ARCA centrale unica acquisti per gli appalti
- «Polo del Bambino»: integrazione tra Buzzi, Sacco, Macedonio Melloni e Fatebenefratelli
- Agenzia di Controllo, per vigilare sulla qualità delle cure e la spesa, formata da esperti indipendenti
- Assessorato unico al Welfare
- Risparmio previsto: oltre 300 mil euro

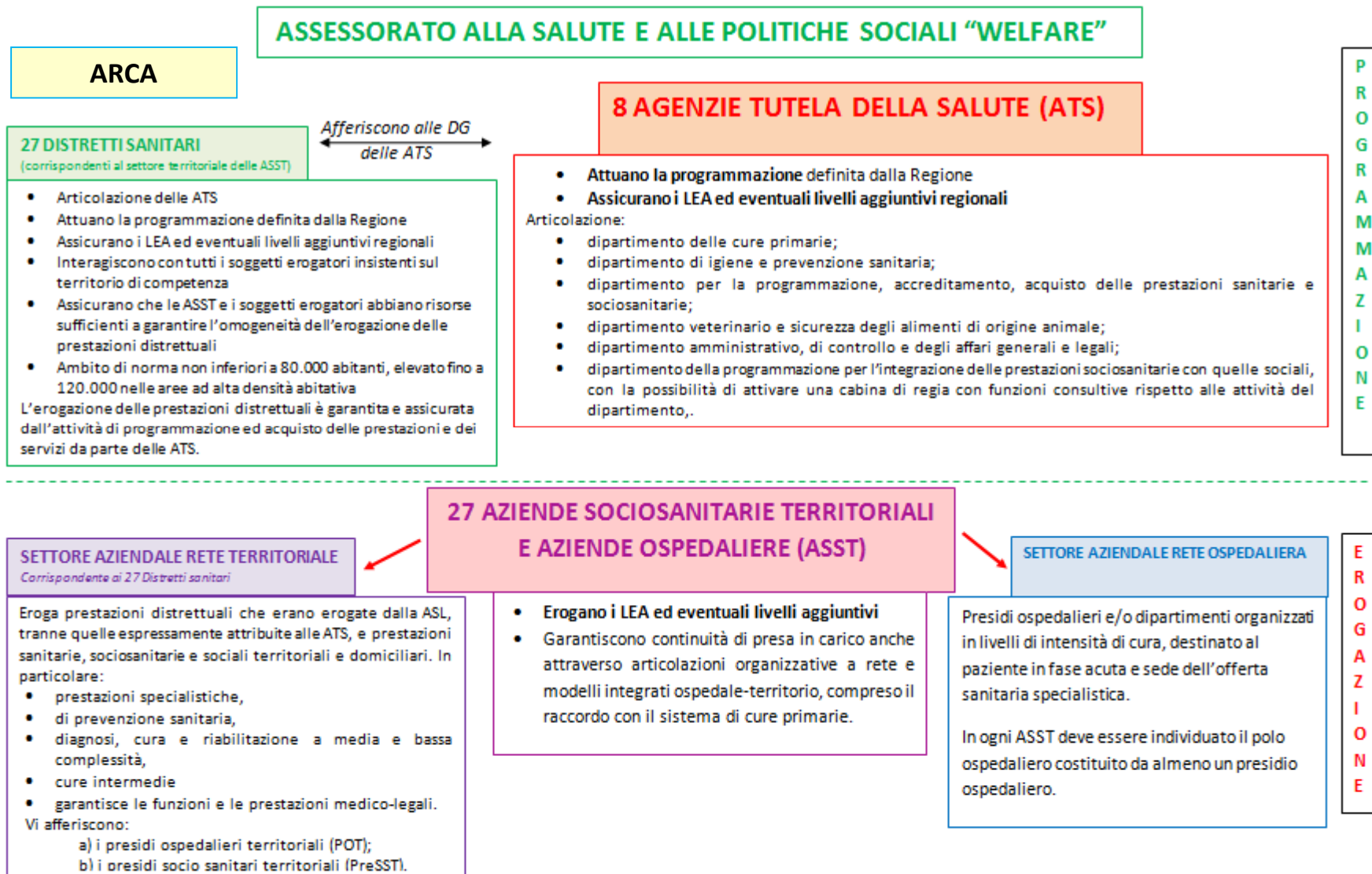
## Fase 2: riforma sociale - entro il 30 settembre 2015

- Previsione reddito di autonomia con stanziamento di 250 milioni di euro



# Evoluzione del Sistema sociosanitario Lombardo

(LR n. 23/2015)





# Riordino del SSR Friuli Venezia Giulia

Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17

**5 Aziende per i Servizi Sanitari** (anche mediante accorpamenti tra ASL e AOU)  
**2 IRCCS**

**1 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi** con funzioni di aggregazione della domanda e centrale committenza per acquisti beni e servizi

ATTUALE	ISTITUITE AL 1° GENNAIO 2015	A REGIME
ASS 1 Triestina	ASS 1 Triestina	ASS 1 Triestina (circa 240.000 abit.)
AOU “Ospedali riuniti di Trieste”	AOU “Ospedali riuniti di Trieste”	
ASS 2 Isontina	ASS 2 Bassa Friulana-Isontina	ASS 2 Bassa Friulana-Isontina (circa 255.000 abit.)
ASS 5 Bassa Friulana		
ASS 3 Alto Friuli	ASS 3 Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli	ASS 3 Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli (circa 175.000 abit.)
ASS 4 Medio Friuli	ASS 4 Friuli Centrale	ASS 4 Friuli Centrale (circa 250.000 abit.)
AOU S. M. della Misericordia di Udine	AOU “S. Maria della Misericordia”	
ASS 6 Friuli Occidentale	ASS 5 Friuli Occidentale	ASS 5 Friuli Occidentale (circa 315.000 abit.)
AO “S. Maria degli Angeli”		
NON ATTIVO	Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi	Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

Secondo l'ACN 29.7.2009 e s.m.i., i MMG partecipano a:

## **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**

Aggregazioni funzionali di professionisti distinte per MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali

**per conseguire obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e aziendale**

- condividono buone pratiche, *peer review*, ricerca etc.
- monitoraggio e verifica obiettivi da parte del Distretto
- operano nei propri studi e sono individuati in ambito infradistrettuale,
- adottano percorsi di integrazione con MCA e ospedale

La Regione, con le OO.SS. individua le AFT tenendo conto, per i MMG, di: pop.  $\leq 30.000$  ab. e almeno 20 medici

## **Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP)**

Medici convenzionati (MMG, PLS, MCA, Specialisti Ambulatoriali, con eventuali altri operatori SSN)

**per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integr. socio-san., passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24**

- erogano prestazioni sanitarie, nell'ambito dei LEA
- sono attivate secondo i bisogni della pop., le caratteristiche geografiche e demografiche
- operano in sede unica o con sede di riferimento, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale

La Regione con le OO.SS. disciplinerà tutti gli aspetti: indennità, incentivi, dotazioni strumentali etc.

## D.I. n.158/2012 art. 1 e Patto per la Salute 2014-2016

*Definizione tramite Accordi Stato-Regioni dei **nuovi standard organizzativi del distretto** al fine di assicurare la qualità delle prestazioni erogate dai professionisti convenzionati nell'ambito delle UCCP e AFT (art. 5, co. 8 del Patto per la salute)*

### AFT

Ogni **AFT** della medicina generale e della pediatria è **funzionalmente collegata ad una UCCP**;

- bacino di utenza riferito a non più di 30.000 abitanti
- rappresenta l'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino, il quale esercita la scelta nei confronti del singolo medico.



### UCCP

- Forme organizzative complesse, che operano in strutture o presidi individuati dalle Regioni
- carattere multiprofessionale e integrazione tra medicina generale e specialistica, anche con personale dipendente del SSN;
- **sede unica o sede di riferimento** con altre sedi dislocate sul territorio;
- Concorrono alla presa in carico della comunità di riferimento in continuità con le AFT;
- integrazione nella rete telematica aziendale e/o regionale.

AFT e UCCP uniche forme di aggregazione della medicina generale;  
e parti fondamentali del Distretto in integrazione con la rete dei servizi aziendali

# Nuovo Atto di indirizzo Medicina Convenzionata (aprile 2015)

## AFT

**Unità funzionale fondamentale** per la MG e della PLS che:

- assicura **erogazione** di assistenza primaria;
- si coordina e integra con gli attori territoriali e ospedalieri del SSN, contribuendo ai processi di *governance*;
- a seconda delle specificità del territorio, ***possibile sede unica o distribuzione sul territorio, in ogni caso con sede di riferimento*** per le funzioni di coordinamento, condivisione, audit, ecc.;
- può essere luogo unificato di erogazione di servizi della stessa AFT o della ASL.

## UCCP

**-programmazione** demandata alle **Regioni**

**-realizzazione** demandata alle **Aziende**

-ogni AFT della MG e della PLS ha una UCCP di riferimento

-le modalità di partecipazione sono disciplinate da accordi regionali e aziendali

**Integrazione Spec. Amb con assegnazione e partecipazione formalizzata a AFT e UCCP**

## Finanziamento dei fattori produttivi

Modalità di **finanziamento definite a livello regionale**, nei limiti delle risorse disponibili

Indennità ed incentivi ora erogati per lo sviluppo strumentale ed organizzativo saranno indirizzati al finanziamento dei fattori produttivi con quote rendicontate

Le Regioni potranno inoltre destinare risorse liberate dal procedimento di riorganizzazione del territorio per supportare l'aggregazione dei medici convenzionati, con dotazioni strutturali, strumentali e umane

Nessuna possibilità di incremento delle risorse retributive

## Luogo di promozione della salute e di presa in carico

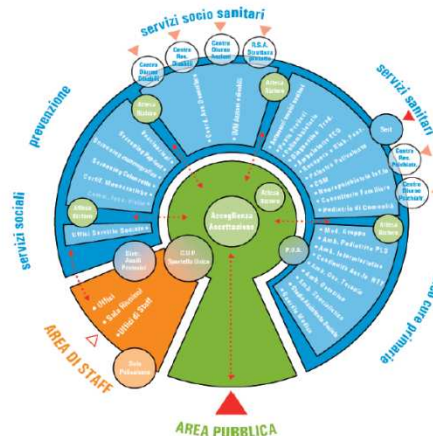
Struttura di erogazione di interventi socio-sanitari, favorendo, con la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei LEA socio-sanitari



RETE SOCIO SANITARIA  
TERRITORIALE  
LA TUA PRIMA CURA



CASA DELLA  
SALUTE



# Regione Abruzzo

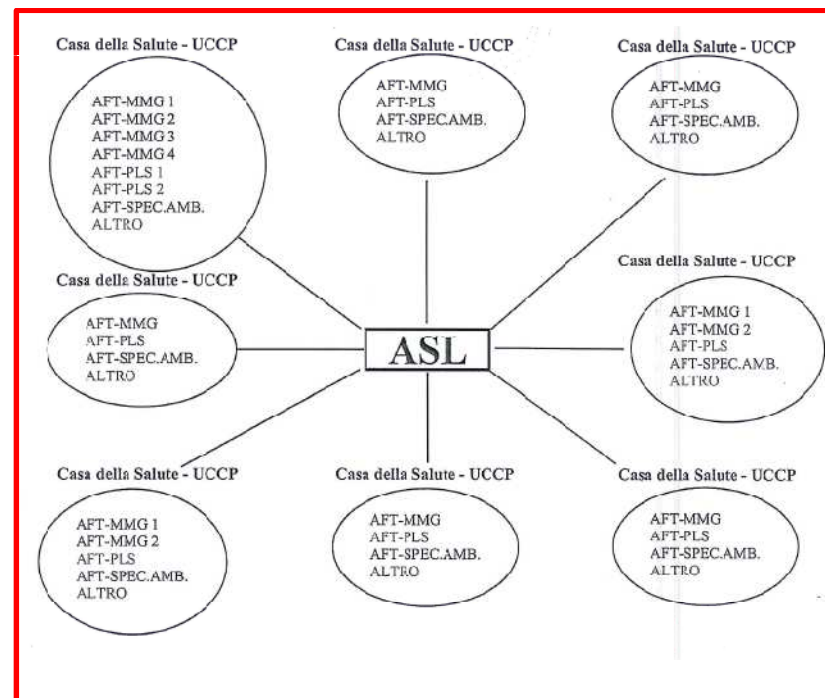
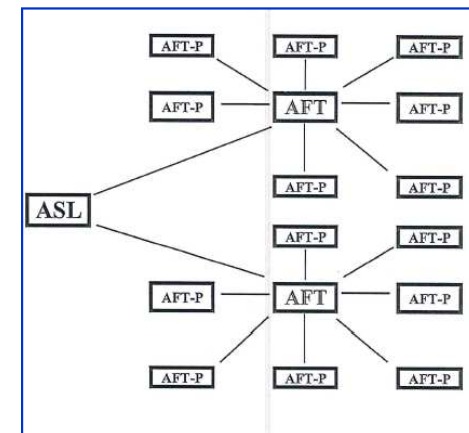
## Modelli innovativi di Assistenza Primaria

*La DCA n. 57/2015 prevede l'attivazione di un progetto sperimentale "studi aperti", realizzato alla nascita delle **Case della Salute – UCCP**, in attuazione della L. n. 189/2012.*

La preventiva implementazione delle AFT risulta necessaria per la nascita delle Case della Salute – UCCP, sedi di aggregazione delle diverse AFT della medicina convenzionata, con l'articolazione in *AFT-Periferiche (AFT-P)*.

Il progetto presuppone la realizzazione dei seguenti requisiti:

- Avvio 1 luglio 2015, con prosecuzione nell'anno 2016;
- Apertura degli "studi aperti" sabato mattina 5 ore e possibilmente in altri giorni;
- Presenza contemporanea in sede di uno o più medici;
- L'aggregazione in ogni sede di min. 3- massimo 13 medici;
- Presenza minima di sedi di aggregazione AFT e AFT-P predeterminata in base agli ambiti previsti nella DCA n. 57/2015 -allegato A.



# Federalismo

# **Il primo modello di “Federalismo fiscale” il più ampio decentramento “a costituzione invariata”**

**D.Lgs. 18.2.2000, n. 56**

## **Dal 2001 le Regioni a statuto ordinario hanno una finanza propria**

abolizione dei trasferimenti erariali vincolati alle Regioni

introduzione di una compartecipazione delle Regioni all’IVA, in % rispetto ai due anni prec.

aumento dallo 0,5 allo 0,9 % dell’aliquota sull’addizionale IRPEF

aumento di 8 lire, da 242 a 250 lire (12,9 centesimi di euro al litro) dell’aliquota sull’accisa benzine

## **Nasce un fondo perequativo nazionale (fondo di solidarietà interregionale)**

alimentato da quote di compartecipazione all'IVA che le regioni “ricche” mettono a disposizione delle altre regioni,

per consentire alle regioni con minore capacità fiscale di ridurre (del 90%) le differenze fra il proprio gettito pro capite e quello medio delle regioni a statuto ordinario.

## **Nel 2013 avvio definitivo del federalismo fiscale**

Per l’anno 2001 si garantisce a ciascuna regione entrate invariate rispetto ai precedenti trasferimenti statali;

successivamente si applica uno scostamento via via maggiore rispetto alla spesa storica.

Dal 2013 le regioni potranno contare unicamente su un ammontare di risorse commisurate alle funzioni che devono svolgere (quota di IVA con parametri di perequazione riformati)



# Il federalismo fiscale e il controllo dei LEA

- Le regioni non hanno vincoli di destinazione per singola voce di stanziamento, mentre si prevede un nuovo criterio di riparto interregionale, da attuare gradualmente (13 anni)
- L'avvio del sistema è condizionata alla realizzazione di un sistema di monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata in ogni Regione per garantire il rispetto dei LEA e dei vincoli di bilancio
- L'inadempimento è sanzionato con
  - riduzioni dei trasferimenti perequativi e delle compartecipazioni fino al 3% della quota capitaria pesata
  - loro sostituzione con trasferimenti erariali finalizzati ad attivare il sistema delle garanzie

# Una prima attuazione del Federalismo fiscale

(D.Lgs. 56/2000 e art. 119 Cost.)

La riforma si è rivelata di difficile attuazione ed è stata applicata solo parzialmente; non è riuscita nell'intento di governo “strutturale” della spesa, in luogo del negoziato sui saldi – disavanzi di gestioni finanziarie concluse

**L'Alta Commissione per la definizione dei meccanismi strutturali del Federalismo Fiscale** (istituita con L. 289/02 – Finanziaria 2003) a novembre 2005 concludeva i suoi lavori con una proposta di:

- Revisione del d.lgs. 56/2000 e attuazione del nuovo art. 119 Cost.
- Definizione dei principi generali per coordinare l'autonomia fiscale di Regioni ed Enti Locali con la finanza pubblica e il sistema tributario
- Criteri per attuare il fondo perequativo nazionale, modificando quelli previsti dal D.Lgs. 56/2000: minore capacità fiscale per abitante e non anche “indicatori dei bisogni sanitari”

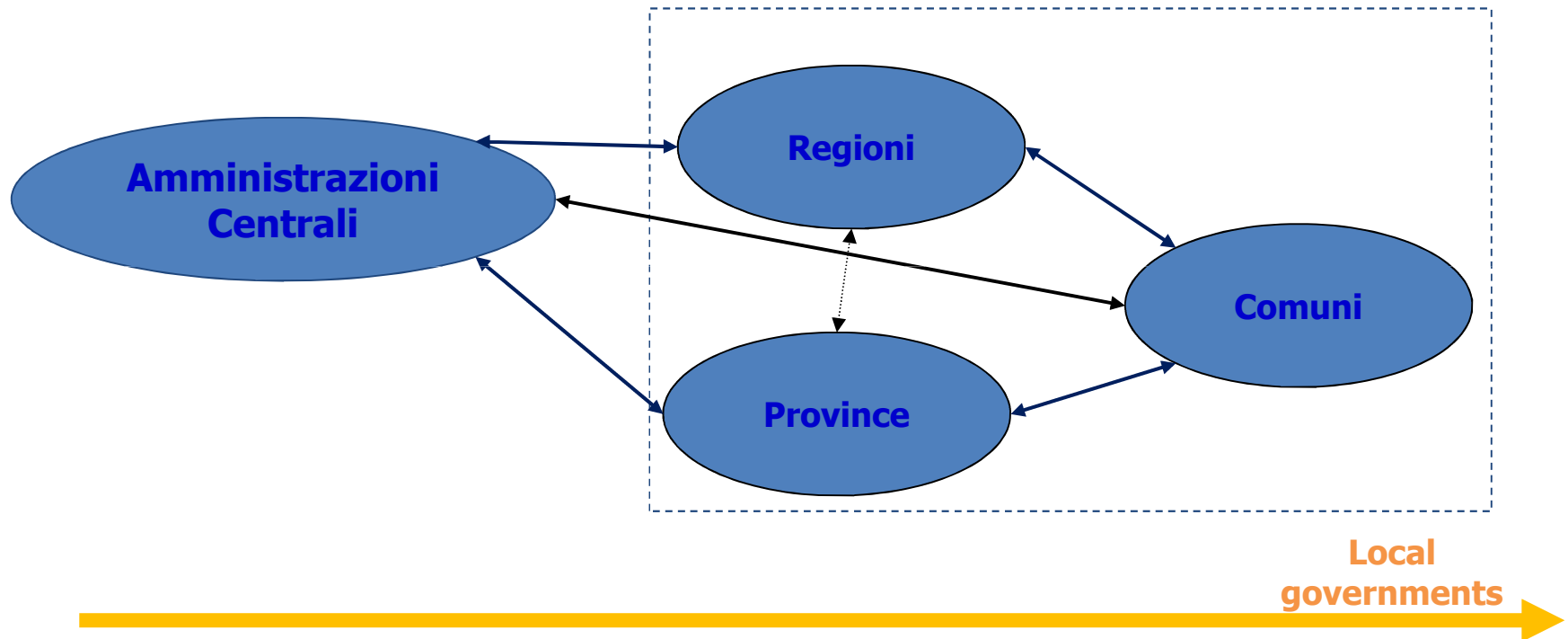
In seguito le Regioni hanno stipulato un accordo per una iniziale applicazione del Federalismo Fiscale (Conferenza Straordinaria di Santa Trada del 21 luglio 2005)

# L'Accordo Stato-Regioni 8 agosto 2001

- Rappresenta il “patto di stabilità” in materia sanitaria
- Fissa diritti e doveri delle parti (impegno del Governo a definire i LEA; attribuzione alle Regioni della potestà di costituire AO di rilievo regionale e di autorizzare sperimentazioni gestionali);
- Rappresenta l'anno zero nei rapporti Stato-Regioni su entità del finanziamento e ripiano disavanzi
- Attribuzione del maggior onere, in caso di superamento del tetto di spesa concordato, al livello istituzionale che lo ha determinato

# La riforma del Titolo V, parte II, della Costituzione

Legge costituzionale 18.10.2001, n. 3



Il cambiamento istituzionale: Trasferimento di competenze e responsabilità –  
*verso un modello di stato federale*

# **La riforma del Titolo V, parte II, della Costituzione**

**Legge costituzionale 18.10.2001, n. 3**

## **Lo Stato ha competenza esclusiva sulla definizione dei LEA**

*più in generale sui “livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere erogati su tutto il territorio”*

## **Ogni altro settore sanitario rimane materia di competenza concorrente**

- Lo Stato ha competenza tassativa: definisce i principi fondamentali con leggi-quadro;
- Le Regioni hanno competenza generale: emanano le leggi specifiche e ogni atto regolamentare

***I LEA come elemento unificante tra equità e federalismo***

# La riforma del Titolo V, parte II, della Costituzione

Legge costituzionale 18.10.2001, n. 3

## *“Regionalismo ad autonomia differenziata”*

- Ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, possono essere attribuite alle Regioni, con legge dello Stato approvata a maggioranza assoluta, nel rispetto dei principi di cui all'art.119 (art. 116 Cost.)

## *“Impugnazione delle leggi”*

- Il Governo, quando ritenga che una legge regionale ecceda la competenza della Regione, può promuovere la questione di legittimità costituzionale dinanzi alla Corte costituzionale entro sessanta giorni dalla sua pubblicazione.
- La Regione, quando ritenga che una legge o un atto avente valore di legge dello Stato o di un'altra Regione leda la sua sfera di competenza, può promuovere la questione di legittimità costituzionale dinanzi alla Corte costituzionale entro sessanta giorni dalla pubblicazione della legge o dell'atto avente valore di legge. (art. 127 Cost.)

# L'esercizio del potere sostitutivo

Art. 120 Cost.

Il Governo può sostituirsi agli organi delle Regioni, Province, Comuni, Città metropolitane, nel caso di:

- Violazione norme internazionali;
- grave pericolo della sicurezza pubblica,
- per la tutela dell'unità giuridica o economica, ed in particolare la tutela dei Livelli essenziali delle prestazioni civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali

L'esercizio del potere sostitutivo avviene nel rispetto dei principi di sussidiarietà e leale collaborazione

*La riforma del Titolo V della Costituzione*

# Principio di leale collaborazione

- Diverso assetto dei rapporti tra «gli enti costitutivi della Repubblica» : Comuni, Città metropolitane, Province, Regioni sono dotati di pari dignità istituzionale e chiamati ad agire non per competenze separate ma interagenti e spesso interdipendenti. (art. 114 Cost.);
- Si esplica in **forme di raccordo** e concertazione tra Stato e Autonomie territoriali e tra Regioni ed enti locali (intese” e forme di partecipazione e di coordinamento).
- Il Regionalismo cooperativo non può considerarsi abbandonato perché non è prevista una Camera delle Regioni e la Conferenza Stato-Regioni non è stata costituzionalizzata.

F. Merloni, La leale collaborazione nella Repubblica delle autonomie, in Diritto pubblico, 2002, p.865,

A.Anzon, I poteri delle Regioni dopo la riforma costituzionale. Il nuovo regime e il modello originario a confronto, Giappichelli, Torino, 2002, p. 210 ss.

C.Salerno, Note sul principio di leale collaborazione prima e dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, in [Amministrazioneincammino.it](http://Amministrazioneincammino.it)



# **Il principio di sussidiarietà**

**(art. 118 Cost.)**

**Verticale,  
tra livelli istituzionali**

**la generalità delle funzioni amministrative  
è attribuita all'autorità territorialmente  
più vicina ai cittadini,  
pertanto, ai Comuni, alle Città metropolitane, alle Province  
e, per le funzioni che richiedono un esercizio unitario,  
alle Regioni e, qualora si renda necessario, allo Stato**

**Orizzontale,  
tra istituzioni e comunità**

**favorire l'autonoma iniziativa della comunità e  
dei singoli per lo svolgimento di attività di interesse  
generale; non “monopolio” pubblico**

# Sussidiarietà

- La persona e le formazioni sociali sono titolari di diritti che lo Stato è chiamato a riconoscere
- Non è lecito che gli enti di livello superiore si assumano compiti che possono essere più efficacemente svolti dagli enti inferiori
- Sostegno alle formazioni sociali e libertà di scelta
- Vanno garantite condizioni di trasparenza dei processi decisionali, valorizzata la conoscenza sui bisogni e meglio organizzate le informazioni

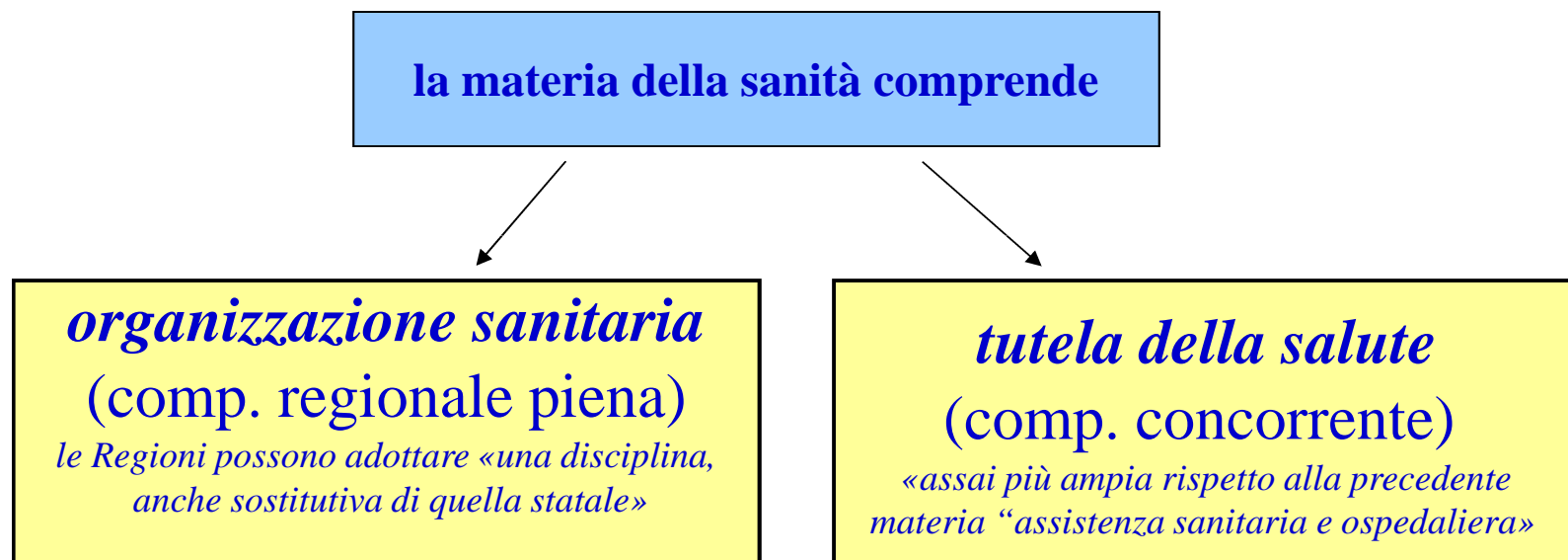
Il principio di sussidiarietà ha diversi “matrici” o “radici” culturali, con una linea riconducibile al pensiero liberale e un'altra a quello della dottrina sociale della Chiesa;

(es. P.Duret *La sussidiarietà orizzontale: le radici e le suggestioni del concetto*, in Jus, 2000, 96 ss.);

Secondo altri il riferimento al pensiero politico o alla dottrina morale rispetto al principio giuridico è fonte di “confusione” (es. S. Cassese *L'aquila e le mosche. Principio di sussidiarietà e diritti amministrativi nell'area europea*, in Foro it., 1995, V, 373)

Per una ricostruzione generale si veda S.Staiano *La sussidiarietà orizzontale: profili teorici*, in Federalismi.it., 9.3.2006)

# Orientamento della Corte costituzionale sulla riforma del Titolo V (sent. 270/05; 181/06; 328/06 e 105/07)



... ma precedentemente forti oscillazioni sul punto:  
sent. 134/2006 e 120/2005

# Il Federalismo fiscale

(L. 5 maggio 2009 n. 42)

dalla spesa storica al fabbisogno standard per il finanziamento di Livelli Essenziali e delle funzioni fondamentali

classificare le spese di Regioni, Province, Città metropolitane e Comuni, distinguendo quelle dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) dalle altre

**decreti attuativi**

```
graph TD; A[decreti attuativi] --> B[dalla spesa storica al fabbisogno standard per il finanziamento di Livelli Essenziali e delle funzioni fondamentali]; A --> C[classificare le spese di Regioni, Province, Città metropolitane e Comuni, distinguendo quelle dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) dalle altre]; A --> D[Le spese nel rispetto dei costi standard associati ai LEP]; A --> E[tra i LEP: Sanità, Assistenza, Istruzione – Le regioni disporranno, per sostenerli, di...];
```

Le spese nel rispetto dei costi standard associati ai LEP

tra i LEP: Sanità, Assistenza, Istruzione – Le regioni disporranno, per sostenerli, di

- Tributi regionali da individuare in base al principio di correlazione (legame tra tipo di tributo e servizio erogato; tra territorio di produzione e utilizzo del gettito);
- Addizionale regionale all' IRPEF
- Compartecipazione regionale all' IVA
- Quote specifiche del fondo perequativo

# Legge 5 maggio 2009, n. 42

## legge delega sul federalismo fiscale

Nel rispetto dei principi costituzionali di **solidarietà** e di **coesione sociale** (art. 119, comma 5, Cost.) la legge prevede:

- superamento del sistema di finanza derivata e introduzione di un'effettiva autonomia di entrata e di spesa per Regioni e Enti Locali;
- passaggio dal criterio della spesa storica a quello del fabbisogno standard
- definizione dei principi per regolare l'assegnazione delle risorse perequative, con:
  - perequazione integrale dei fabbisogni per i Livelli essenziali delle prestazioni, valutati a costi standard;
  - perequazione con tendenziale, ma non integrale, livellamento delle diverse capacità fiscali dei territori, per le altre funzioni

# Principi innovativi della L. 5 maggio 2009, n. 42

- Premialità degli enti virtuosi e riduzione autonomia di quelli inefficienti fino alla ineleggibilità degli amministratori di enti in dissesto finanziario (*art. 2 lett. e/z art. 17 lett. e*)
- Esercizio del potere sostitutivo per gli enti che non assicurano i LEP;
- Flessibilità fiscale / possibilità per le Regioni e enti locali di sviluppare una propria politica fiscale (*art. 2 lett. bb*);
- Trasparenza ed efficienza nelle decisioni di entrata e di spesa (*art. 2 lett. dd*);
- Territorialità dei tributi regionali locali, come tendenziale corrispondenza tra luogo di produzione del reddito e suo utilizzo (*art. 2 lett. hh*);
- Forme di fiscalità di sviluppo per sostenere nuove attività di impresa nelle aree sottoutilizzate (*art. 2 lett. mm*).

# Attuazione della L. 5 maggio 2009, n. 42

Dall'approvazione della L. n. 42/2009 sono stati emanati decreti legislativi attuativi tra cui il d.lgs. n. 68/2011 il quale disciplina:

- autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province autonome
- **determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario**

Tale percorso disciplinato dal d.lgs. n. 68/2011 ha portato all'individuazione delle Regioni Umbria, Emilia Romagna e Veneto quali *benchmark* per la determinazione dei costi e fabbisogni standard

**PATTO PER LA SALUTE 2014-2016**  
(Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014, Rep. n. 82/CSR)

**Finanziamento SSN (art. 1, co. 1, Patto per la Salute)**

Anni 2014-2016	Finanziamento SSN
2014	109.928 mld euro
2015	112.062 mld euro
2016	115.444 mld euro

**RIMODULAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE STABILITÀ 2015 (L.190/2014)**

Intesa Stato-Regioni 2 luglio 2015 (Rep. Atti 113) di riduzione del FSN per 2,352 mld € per:

- rinegoziazione contratti di acquisto beni e servizi e dispositivi medici
- riduzione prestazioni inappropriate di assistenza specialistica ambulatoriale e ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriatezza.
- riduzione ricoveri effettuati da erogatori privati accreditati <40 p.l. e di incarichi di struttura semplice e complessa
- farmaceutica territoriale ed ospedaliera: prezzi di riferimento, scadenza brevetti, revisione dei prezzi di medicinali soggetti a procedure di rimborsabilità condizionata

**CONFERMA RIDUZIONE DEL FSN PER 2,352 MLD € a partire dal 2015 - Art. 9 septies d.l. 78/2015 conv. in Legge 125/2015**



# D.L. 78/2015 conv. in Legge 125/2015

- **Razionalizzazione ed efficientamento della spesa del SSN**, in attuazione delle intese sancite dalla Conferenza permanente Stato-Regioni il 26 febbraio 2015 sui tagli previsti dalla Legge di Stabilità e il 2 luglio 2015 di riduzione del FSN (Art. 9 bis)
- **Razionalizzazione della spesa per beni e servizi, dispositivi medici e farmaci**: modalità di applicazione della nuova *spending review* per la sanità (Art. 9 ter)
- **Riduzione delle prestazioni inappropriate**: adozione, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, di un DM che dovrà individuare le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (Art. 9 quater)
- **Rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa del personale dipendente SSN**: in presenza di riorganizzazioni finalizzate al rispetto degli standard ospedalieri, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale è permanentemente ridotto di un importo pari ai risparmi di trattamento accessorio derivanti dalla diminuzione delle strutture operata in attuazione di detti processi di riorganizzazione (Art. 9 quinquies)
- **Potenziamento del monitoraggio sull'acquisto di beni e servizi da parte del SSN** (Art. 9 sexies)
- **Rideterminazione del livello di finanziamento del SSN di 2,352 MLD € a partire dal 2015** (Art. 9 septies)

*Grazie per l'attenzione*

*Contact: [bellentani@agenas.it](mailto:bellentani@agenas.it)*