

## **Schema di DPCM**

### **IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI**

**Definizione dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, per la scelta delle regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, in attuazione dell'articolo 27, comma 5, del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68.**

**VISTA** la legge 5 maggio 2009 , n. 42 recante disposizioni per la delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione;

**VISTO** il decreto ipotesi legislativo 6 maggio 2011, n. 68, che in attuazione della citata legge 5 maggio 2009 , n. 42, reca disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, prevedendo, in particolare, all'articolo 27, comma 5, che sono regioni di riferimento, la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, le tre regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, che siano state scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, in quanto migliori cinque regioni che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, comunque non essendo assoggettate a piano di rientro e risultando adempienti, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005, sono individuate in base a criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni, sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'articolo 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, sulla base degli indicatori di cui agli allegati 1, 2 e 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. A tale scopo si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello

nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive. Nella individuazione delle regioni si dovrà tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica al nord, al centro e al sud, con almeno una regione di piccola dimensione geografica;

**SENTITA** la struttura tecnica di supporto di cui all'articolo 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, che ha espresso il proprio parere nella seduta del 9 ottobre 2012 ;

**ACQUISITA** l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del .....

## **DECRETA**

### **Art. 1**

1. Il presente decreto definisce i criteri per la individuazione delle 5 regioni nel cui ambito scegliere le 3 regioni di riferimento ai fini della definizione dei costi e dei fabbisogni standard regionali nel settore sanitario ai sensi dell'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, così come descritti nell'allegato 1 che costituisce parte integrante del presente decreto.
2. Il presente decreto entra in vigore il quindicesimo giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana

Il Presidente  
del Consiglio dei Ministri  
Monti

Il Ministro della salute  
Balduzzi

Il Ministro dell'economia e  
delle finanze  
Monti

## ALLEGATO 1

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

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

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

- a) aver garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza; in base all'apposita griglia valutativa utilizzata dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005, riportando un punteggio pari o superiore al punteggio mediano, con riferimento all'ultimo anno per il quale risulti completato il procedimento di verifica annuale;
- b) aver garantito l'equilibrio economico finanziario del bilancio sanitario regionale, con esclusivo riferimento, per la determinazione dei ricavi, alle risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive, sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento;
- c) non essere assoggettate a piano di rientro;
- d) essere risultate adempienti alla valutazione operata dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005 con riferimento all'ultimo anno per il quale risulti completato il procedimento di verifica annuale, .

1.2. Qualora nella condizione di equilibrio economico, come definito dal criterio b), risultino un numero di regioni inferiore a cinque sono eligibili anche le regioni che abbiano fatto registrare il minor disavanzo nel medesimo anno di esercizio, in modo tale da garantire che le regioni eligibili siano comunque pari almeno a 5.

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

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

- a) punteggio risultante dall'applicazione dell'apposita griglia valutativa per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza utilizzata dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005, con riferimento all'ultimo anno per il quale risulti completato il procedimento di verifica annuale;
- b) incidenza percentuale dell'avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario;
- c) indicatori per la valutazione della qualità dei servizi erogati, l'appropriatezza e l'efficienza desumibili dagli allegati 1,2, e 3 dell'intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009:
  - scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza collettiva sul totale della spesa
  - scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza distrettuale sul totale della spesa

- scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza ospedaliera sul totale della spesa
- degenza media pre-operatoria
- percentuale interventi per frattura di femore operati entro due giorni
- percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
- percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale ricoveri (da calcolarsi considerando esclusivamente i ricoveri in degenza ordinaria, decurtando dal numeratore e dal denominatore i ricoveri relativi ai 108 DRG a rischio di in appropriatezza, di cui all'Allegato B del Patto per la salute 2010-2012)
- percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di in appropriatezza (esclusi DRG 006, 039, 119)
- percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico
- percentuale di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età  $\geq 65$  anni sul totale dei ricoveri medici con età  $\geq 65$  anni
- costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria
- costo medio per ricovero post acuto
- spesa per prestazione per assistenza specialistica - Attività clinica
- spesa per prestazione per assistenza specialistica - Laboratorio
- spesa per prestazione per assistenza specialistica - Diagnostica strumentale
- spesa pro capite per assistenza sanitaria di base
- spesa farmaceutica pro capite;

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

a. Per ogni indicatore  $i$  ( $i = 1, \dots, 19$ ) i valori di ciascuna Regione  $R$  sono stati normalizzati attraverso la formula:

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

b. Per ciascuna Regione sono stati sommati i valori normalizzati relativi a tutti gli indicatori ottenendo il punteggio complessivo attraverso la formula:

$$\text{Punteggio complessivo}_R = \sum_{i=1}^{19} \text{Valore normalizzato}_i$$

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

$$\text{IQE}_R = \frac{\text{Punteggio complessivo}_R - \text{Minimo dei Punteggi complessivi}}{\text{Massimo dei Punteggi complessivi} - \text{Minimo dei Punteggi complessivi}} \times 10$$

2.2.1 Nella formulazione della graduatoria, a parità di punteggio, si adotta quale criterio di precedenza quello relativo all'esigenza di assicurare rappresentatività a ciascuna delle arre

geografiche del nord, del centro e del sud, nonché di prevedere almeno una regione di piccole dimensioni geografiche considerando tali le regioni con popolazione inferiore ad 1 milione di abitanti.