



Livelli massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie, di assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e Branca 80, erogate dagli operatori privati accreditati per il Servizio Sanitario Regionale del Molise

Annualità 2023

Proposta

Premessa

La Struttura Commissariale, al fine di definire i livelli massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie, di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, erogate dagli operatori privati accreditati con il Servizio Sanitario Regionale, si è avvalsa anche per il corrente anno del supporto tecnico del Gruppo di Lavoro "Budget" istituito dalla medesima Struttura con atto prot. 74082 del 22 aprile 2022 per la redazione del Programma Operativo 2022 – 2024.

Il Gruppo di Lavoro, in sinergia con le indicazioni fornite dalla Struttura Commissariale ed avvalendosi anche di documentazione fornita alla Struttura Commissariale dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali Agenas, ha provveduto a elaborare i dati regionali e a definire le risorse da destinare all'acquisto di prestazioni da privato per l'anno 2023.

Con Decreto del Commissario ad Acta n.35/2022 sono stati già definiti alcuni principi guida - contenuti nella proposta di Programma Operativo 2022 – 2024 (invii Si.V.E.A.S n. 109 del 10 ottobre 2022 e n. 120 del 4 novembre 2022) - che caratterizzeranno la programmazione dell'intero triennio, tenuto conto del fatto che l'analisi e la programmazione dell'acquisto di prestazioni sanitarie non può prescindere dal temperare le scelte in materia di definizione dei servizi sanitari con le effettive disponibilità finanziarie.

L'attuazione di tali principi, come già accennato, per l'anno 2022 ha tenuto conto della produzione già realizzata dalle strutture accreditate nel corso dell'esercizio, nei limiti di quanto disposto dalle autorizzazioni provvisorie assunte dalla Regione. In tale ottica, al fine di non pregiudicare ulteriormente le liste di attesa, nella determinazione dei budget si è tenuto conto della proiezione al 31 dicembre 2022 della suindicata produzione anche delle strutture per le quali è in corso il contenzioso, essendo tale criterio l'unico utilizzabile a causa del mancato collegamento ad oggi di tutte le strutture accreditate al CUP che avrebbe consentito, per le prestazioni ambulatoriali, di conoscere l'effettivo programmato. In assenza del dato rilevabile dal CUP Unico Regionale, in ogni caso, si è proceduto ad una analisi delle prestazioni sanitarie inviate al MEF – Sistema Tessera Sanitaria dai singoli erogatori.

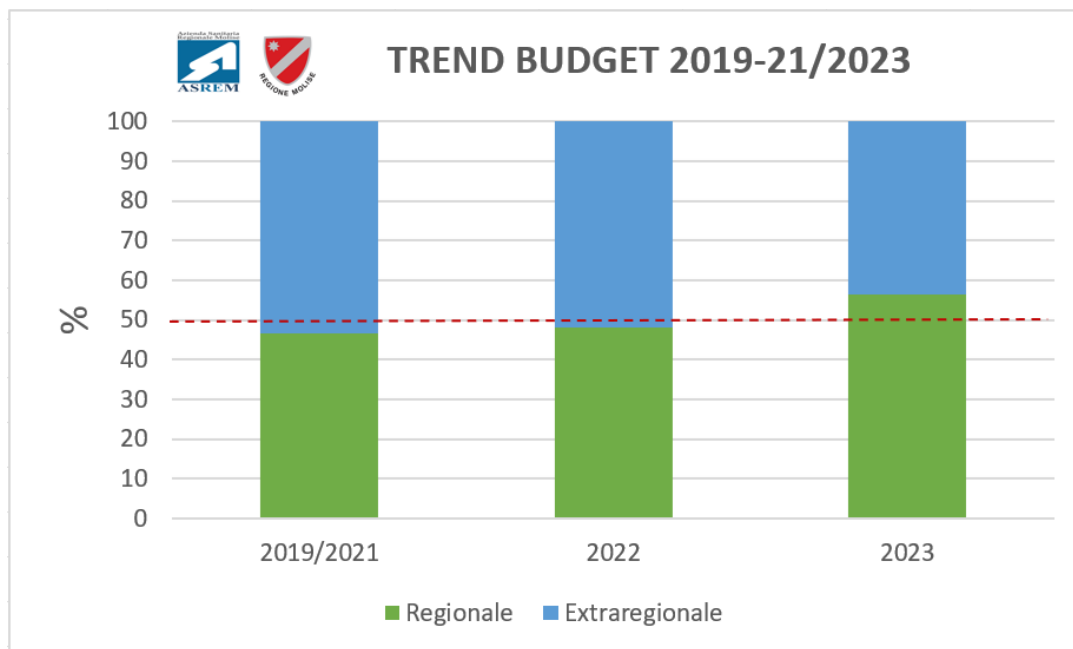
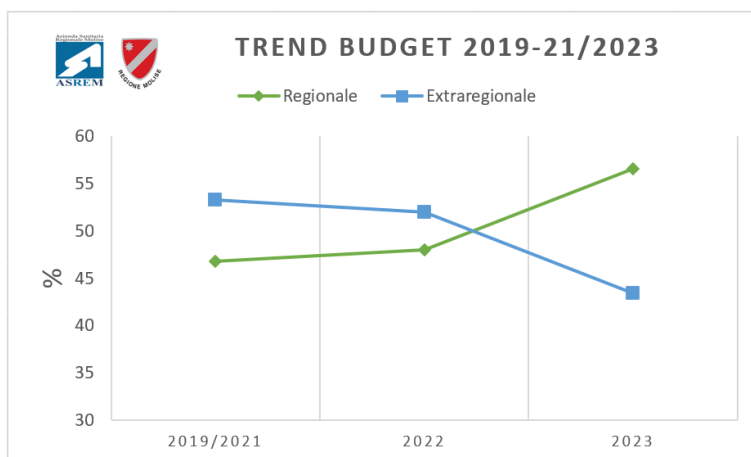
Per il corrente anno, in considerazione dell'obiettivo di definire con celerità i livelli massimi di finanziamento al fine di permettere agli erogatori privati di programmare la propria attività in tempi utili ed al contempo contribuendo a fornire un carattere di stabilità alla offerta, come peraltro richiesto dalle medesime strutture, è possibile attuare le azioni ipotizzate per una riprogrammazione delle prestazioni acquistate da privato sulla base dell'effettivo fabbisogno territoriale con una redistribuzione delle risorse equa e sostenibile in favore della popolazione residente, attraverso il riequilibrio delle risorse a livello territoriale ed il potenziamento delle branche a maggiore liste di attesa.

In particolare, i principi ispiratori della determinazione dei budget per l'anno 2023, secondo gli indirizzi impartiti al Gruppo di Lavoro dalla Struttura Commissariale, sono i seguenti:

- individuazione del fabbisogno regionale di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero sulla base della produzione erogata dalle Strutture pubbliche e private accreditate negli anni 2021/2022, prendendo a riferimento la produzione a favore di pazienti regionali più alta tra le due annualità (cfr. sul principio Consiglio di Stato n. 3796 del 2018);

- redistribuzione delle risorse finanziarie disponibili in modo da ridefinire l'offerta sanitaria regionale potenziando le prestazioni da erogare anche al fine di ridurre la mobilità passiva di "prossimità";
- garantire le prestazioni cd. "*salvavita*" di radioterapia, individuando un budget specifico e differenziato da quello previsto per le altre prestazioni sanitarie, proporzionato al fabbisogno individuato e stimato dall'Agenas (prot. Agenas n. 2022/0011353 del 05/12/2022) per l'anno 2023 nella relazione trasmessa alla Struttura Commissariale;
- definire in un unico provvedimento i budget sia per le strutture contrattualizzate dalla Regione che per quelle contrattualizzate dall'A.S.Re.M;

L'azione che si intende realizzare mira a riequilibrare, tra la dimensione dell'assistenza per i pazienti residenti e quelli extraregionali, una più favorevole disponibilità di risorse per i pazienti molisani a garanzia del soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione residente aumentando, ad invarianza dell'equilibrio economico-finanziario, l'offerta sanitaria regionale.



In questo contesto, il coinvolgimento dei soggetti privati accreditati assume un ruolo preponderante in quanto gli stessi sono chiamati ad orientare la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e agli effettivi bisogni dei cittadini, nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per le diverse classi di priorità delle prestazioni.

I principi costituzionali e comunitari della libera iniziativa economica, unitamente al rispetto dei principi di adeguatezza, sussidiarietà e differenziazione (art. 118 Cost.), conducono ad una visione dinamica che vede pubblico e privato, servizio pubblico e libero mercato, in rapporto di reciproca interazione e costante mutamento in funzione dell'evolversi dei fabbisogni di salute, dei vincoli di natura finanziaria e della costante revisione degli assetti organizzativi, in funzione del massimo godimento possibile di un diritto fondamentale della persona quale è il diritto alla salute. Pertanto, il rapporto tra pubblico e privato accreditato assume una natura necessariamente dinamica tale da adeguarsi costantemente alle esigenze di salute della popolazione e dei vincoli economico-finanziari. L'attività di programmazione, d'altro canto, è tesa a garantire la corretta gestione delle risorse disponibili ed assume valenza imprescindibile in quanto la fissazione dei limiti di spesa rappresenta l'adempimento di un preciso ed ineludibile obbligo che influisce sulla possibilità stessa di attingere le risorse necessarie per la remunerazione delle prestazioni erogate.

In altri termini, l'osservanza del tetto di spesa in materia sanitaria rappresenta un vincolo ineludibile che costituisce la misura delle prestazioni sanitarie che il Servizio sanitario nazionale può erogare e che può permettersi di acquistare da ciascun erogatore privato accreditato, nel rispetto del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione finalizzati al raggiungimento di una situazione di equilibrio finanziario. Tale risultato può avvenire solo attraverso la programmazione e pianificazione autoritativa e vincolante dei limiti di spesa dei vari soggetti operanti nel sistema. Si manifesta, pertanto, l'esigenza di bilanciare interessi diversi e per certi versi contrapposti, ovvero l'interesse pubblico al contenimento della spesa, il diritto degli assistiti alla fruizione di adeguate prestazioni sanitarie, le aspettative degli operatori privati che si muovono secondo una legittima logica imprenditoriale e l'assicurazione della massima efficienza delle strutture pubbliche che garantiscono l'assistenza sanitaria a tutta la popolazione.

Per quanto riguarda la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale erogate dagli erogatori ospedalieri privati accreditati nei confronti di pazienti residenti e non residenti, come da disposizioni nazionali, essa soggiace al limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Per quanto concerne l'applicazione delle disposizioni contenute nell'art.11 del Decreto Legislativo 23 dicembre 2022, n.200, non sussistono, al momento, le condizioni economiche (garanzia dell'equilibrio di bilancio) e normative (assenza di accordi di confine) per l'applicazione della deroga a favore degli IRCCS di cui all'art.1, comma 574, lettera b), della legge 28 dicembre 2015, n.208, ivi ricomprendendo l'ulteriore spesa di cui all'art.1, comma 496, della legge 20 dicembre 2020, n.178, per la parte non coperta da maggiori finanziamenti da parte dello Stato. Pertanto, l'ulteriore budget assegnabile per l'anno 2023, in applicazione dei commi 2 e 3 del medesimo articolo 11, sarà determinato con provvedimenti successivi nelle forme e con le modalità previste dalle relative disposizioni.

Il tetto di spesa

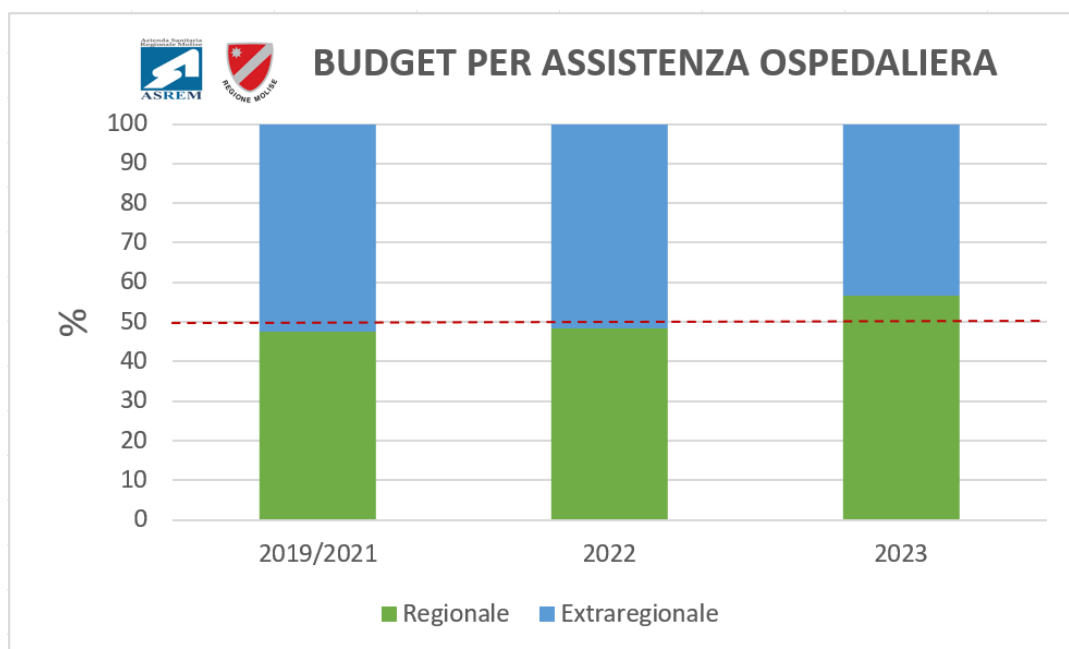
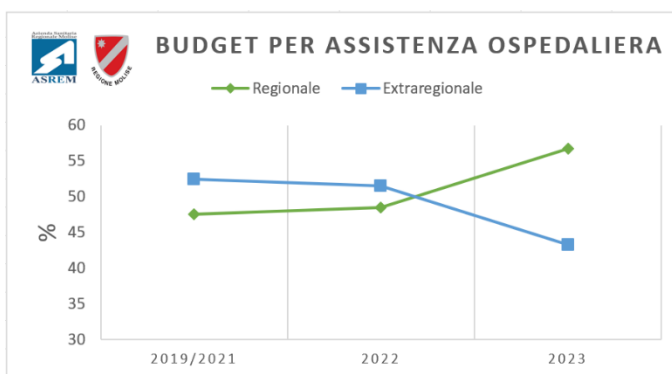
Il tetto di spesa definito per l'anno 2023, così come dettagliato nella tabella allegata alla presente relazione - di cui ne forma parte integrante e sostanziale - è pari ad € 100.190.339, di cui € 56.644.239 per prestazioni regionali e € 43.546.100 per prestazioni extraregionali.

Il tetto di spesa comprende sia prestazioni di ricovero ospedaliero che prestazioni di specialistica ambulatoriale, ivi comprese le prestazioni cosiddette "salvavita", ossia le prestazioni ambulatoriali di radioterapia, nonché i ricoveri d'urgenza disposti dai PP.SS. dei presidi ospedalieri regionali nelle strutture accreditate del Gemelli Molise S.p.A. e dell'IRCCS Neuromed per prestazioni indifferibili non erogabili presso strutture pubbliche regionali.

Così come richiesto dal Tavolo Tecnico, nella definizione dei tetti di spesa si è provveduto a "scorporare" dal tetto di spesa per le prestazioni in regime di ricovero delle strutture a gestione A.S.RE.M. la quota relativa all'acquisto di prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale Branca 80 regionali ed extraregionali riconducendole nei livelli massimi di spesa previsti per la specialistica ambulatoriale.

Tetti di spesa per prestazioni di ricovero ospedaliero

In applicazione dei principi di programmazione enunciati nelle premesse, al fine della definizione dei livelli massimi di spesa per l'acquisto di prestazioni in regime di ricovero a favore dei pazienti regionali si è tenuto conto della produzione effettuata dalle Strutture sia a diretta gestione regionale che a gestione A.S.RE.M. nel biennio 2021/2022, prendendo a riferimento la produzione più alta tra le due annualità.



La rimodulazione, pertanto, degli importi ha tenuto conto della necessità di soddisfare, in via preventiva, il fabbisogno di salute della popolazione residente, coniugando, altresì, la necessità di decongestionamento dei posti letto delle strutture pubbliche per le discipline a maggior saturazione quali, ad es. la Medicina Generale. L'operatività dei trasferimenti sarà rimessa a successivi protocolli operativi tra le Case di Cura e la

A.S.Re.M. nei quali saranno definite le modalità di trasferimento dei pazienti dai Pronto Soccorso presso le suddette Strutture.

Il valore complessivo del tetto di spesa delle prestazioni acquistate da privato per prestazioni rese in regime di ricovero ospedaliero è stato, pertanto, rimodulato, tenendo presente i seguenti principi:

- incremento dei volumi di spesa destinati all'acquisto di prestazioni in favore di pazienti regionali;
- "scorporo" degli importi destinati all'acquisto di prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale Branca 80 delle due Case di Cura a diretta gestione A.S.RE.M. precedentemente ricompresi nei tetti di spesa per ricovero ospedaliero, con riconduzione degli stessi nei volumi definiti per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- individuazione di tetti di spesa distinti per le prestazioni erogate in urgenza tramite trasferimento da Pronto soccorso degli Ospedali regionali per le due Strutture a diretta gestione Regionale – Gemelli spa e IRCCS Neuromed - rispetto a quelli per le altre prestazioni erogate in elezione;
- come già previsto nella definizione dei tetti di spesa per l'anno 2022, in considerazione del coinvolgimento ad oggi delle predette strutture nelle reti tempo dipendenti, si è pertanto proceduto a differenziare le quote attribuite individuando anche l'importo da destinare alla remunerazione di prestazioni erogate in regime di urgenza a pazienti extraregionali provenienti dai pronto soccorso degli ospedali regionali;
- restano confermate, in ogni caso, le scelte di politica sanitaria regionale rivolte a migliorare l'appropriatezza e l'efficienza delle prestazioni che consentono agli erogatori di differenziare, nel rispetto della sicurezza del paziente e degli operatori, le modalità di erogazione delle prestazioni stesse. I nuovi schemi organizzativi, unitamente al progresso scientifico e tecnologico, conducono, infatti, allo sviluppo e all'incremento dell'erogazione delle prestazioni nell'ambito ambulatoriale e a un decremento dell'attività svolta in regime di ricovero da riservare, quest'ultima, ai pazienti c.d. "acuti", cioè con particolari complessità.

L'erogazione delle prestazioni sarà oggetto di monitoraggio attraverso sistemi informatizzati regionali e attività di controllo da parte delle strutture competenti al fine di verificare e nel caso incidere sulla riduzione della percentuale delle prestazioni potenzialmente inappropriate.

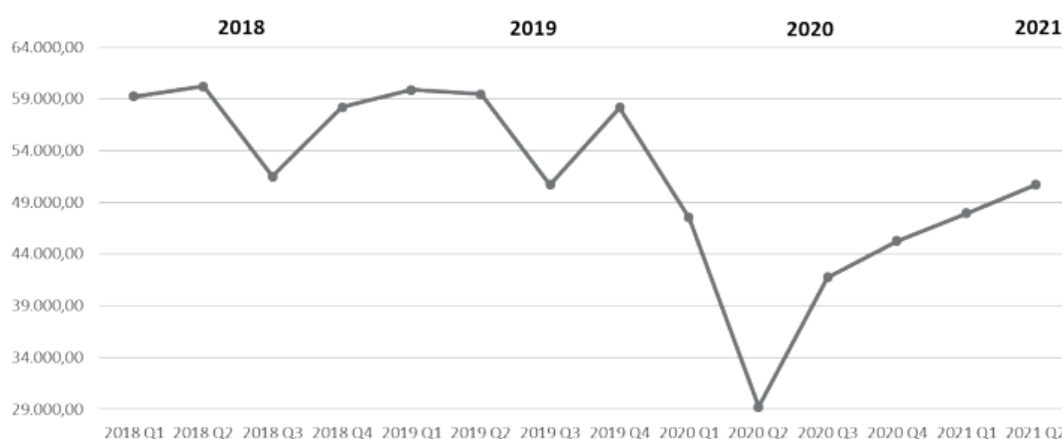
Tetti di spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, le strutture deputate all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in nome e per conto del SSN sono gli ambulatori e i laboratori, pubblici e privati accreditati che erogano tradizionalmente tre principali categorie di attività:

- l'attività clinica, che include le visite specialistiche, le prestazioni riabilitative e terapeutiche, che assolvono alla funzione di consulenza diagnostica o terapeutica;
- le indagini di diagnostica strumentale (RX, TAC, ECG, ecc.), a supporto della formulazione delle diagnosi e delle successive terapie per mezzo di apposite tecniche strumentali;
- le analisi di laboratorio.

Da un'analisi dei servizi sanitari erogati in tempo di pandemia, AGENAS ha pubblicato alcuni dati utili all'interno del Portale Covid-19, nella sezione «Resilienza». Tra i dati disponibili, vi è un approfondimento anche relativo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (escluse analisi di laboratorio) erogate, che ne evidenzia le variazioni percentuali mettendo a confronto i trimestri 2020/2021 (fino al secondo trimestre) con gli stessi periodi pre-pandemia (trimestri 2018). I dati riportati da AGENAS evidenziano, come immaginabile, le maggiori variazioni percentuali nell'anno 2020, con il secondo trimestre che ha fatto registrare una diminuzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale del 51,5%, e riduzioni comprese tra il 18,92% e il 22,2% nei restanti periodi dello stesso anno (Figura 1.3). Il primo trimestre del 2021 (sempre confrontato con il 2018) ha fatto registrare una riduzione del 19,1%, mentre il secondo trimestre del 15,8%. Non sono ancora disponibili invece i dati sulla seconda metà del 2021. Riduzioni ancor più marcate sono state riportate per quanto riguarda le prime visite e le visite di controllo, con picchi rispettivamente di -62,9% e -51,0% nel secondo trimestre 2020 e valori comunque compresi tra -22,7% e -29,7% nei primi sei mesi del 2021.

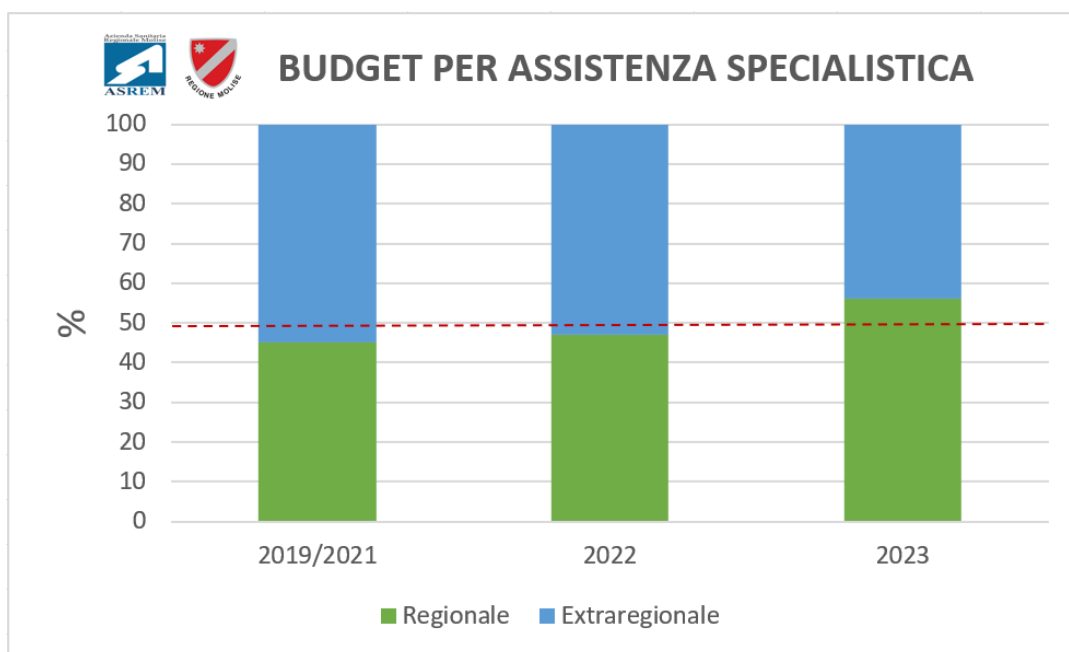
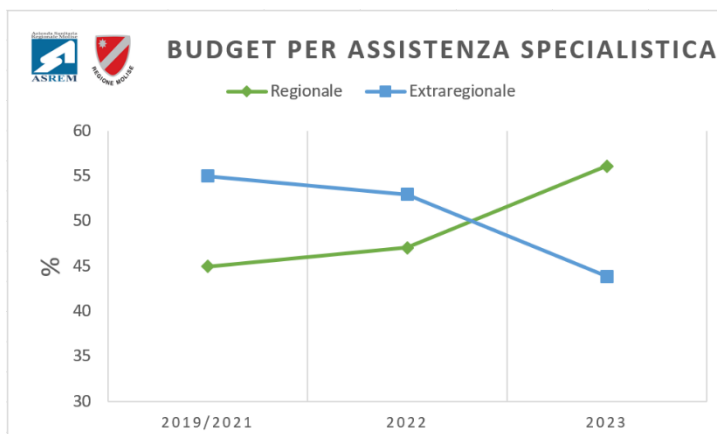
(Figura 1.1) Andamento trimestrale dei volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale (volumi assoluti per 1.000 prestazioni), confronto tra 2018, 2019, 2020, 2021



Fonte: adattamento da AGENAS Portale Covid-19 su dati del Ministero della Salute

Dal quadro rappresentato e dagli approfondimenti regionali consultabili sul sito di Agenas è possibile notare come vi sia stata una riduzione percentuale in tutte le Regioni, con differenze però marcate tra i diversi contesti. Non appare, inoltre, secondo lo studio Agenas, una correlazione tra una maggiore incidenza del Covid-19 e una maggiore riduzione dei volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale nei diversi contesti regionali. Il trend di recupero che si rileva nel grafico soprariportato induce ad una riconsiderazione dell'aumento del fabbisogno di prestazioni specialistiche regionali anche attraverso il supporto del privato accreditato in quelle branche nelle quali il pubblico, per difficoltà legate al reperimento delle risorse specialistiche necessarie, non riesce a soddisfare la domanda.

La determinazione dei limiti massimi di spesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali a favore dei pazienti regionali ha tenuto conto della produzione effettuata dalle Strutture sia a diretta gestione regionale che a gestione A.S.Re.M. nel biennio 2021/2022, prendendo a riferimento la produzione più alta tra le due annualità.



Si è proceduto ad un'analisi del fabbisogno attraverso i dati messi a disposizione dal MEF – Sistema TS al fine di monitorare gli indici di consumo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali georeferenziate sui tre distretti sanitari e per fasce di età, le cui risultanze sono allegate alla presente relazione.

L'invecchiamento della popolazione molisana, l'incidenza crescente delle patologie croniche, una maggior capacità diagnostica e la disponibilità di cure che non richiedono o posticipano l'ospedalizzazione sono i principali fattori che spiegano un aumento della domanda di prestazioni ambulatoriali, che a fronte di una capacità d'offerta invariata, o ridotta, producono un allungamento delle liste di attesa.

L'incidenza crescente delle patologie croniche si traduce peraltro in un aumento delle visite di controllo e di prestazioni diagnostiche ad intervalli di tempo prestabiliti che necessitano di essere programmate e progettate in anticipo, sia per dare al paziente la miglior risposta assistenziale sia per ridurre gli sprechi e gestire al meglio le agende e gli spazi disponibili nei sistemi di prenotazione CUP. Obiettivo prioritario della Regione Molise per il 2023 è quello di centralizzare la gestione dell'offerta sanitaria regionale attraverso il CUP Unico Regionale, in linea con le disposizioni nazionali di cui al PNGLA 2019-2021. L'integrazione delle agende del privato accreditato nel Sistema Unico Regionale di Prenotazione delle prestazioni specialistiche

ambulatoriali permetterà di aumentare anche le possibilità di scelta per il paziente, sia nella scelta del luogo di trattamento sia della calendarizzazione attraverso agende condivise e trasparenti.

La segmentazione della popolazione e la progettazione di un sistema di offerta che tenga conto delle diverse priorità assegnabili a target distinti di pazienti rappresenta un obiettivo della Regione Molise che potrà essere raggiunto attraverso l'utilizzo del modello RAO – Raggruppamenti di Attesa Omogenei - che verrà adottato e reso operativo nel corrente anno.

L'analisi effettuata ha evidenziato un maggior consumo di prestazioni specialistiche di diagnostica per immagini per le quali l'indice di consumo è differente a seconda del territorio distrettuale preso a riferimento. La distribuzione territoriale dell'offerta regionale di prestazioni diagnostiche è stata rimodulata tenendo conto dei punti di erogazione presenti per ciascuna realtà distrettuale e del bacino di utenza. Si è proceduto, pertanto, ad un riallineamento, sulla base delle risorse disponibili, dell'offerta nel territorio basso molisano lì dove si registra una elevata mobilità passiva verso l'Abruzzo e la Puglia a causa della limitata risposta della Struttura pubblica presente che risente delle note difficoltà di reperimento di dirigenti medici radiologi.

Si è proceduto, analogamente, ad un riallineamento dell'utilizzo delle risorse destinate all'acquisto di prestazioni di diagnostica nel territorio del Distretto di Campobasso traslando le risorse disponibili in favore dei pazienti regionali al fine di un abbattimento delle liste di attesa attualmente presenti a causa della già citata carenza di personale specialistico nelle strutture pubbliche.

La riallocazione delle risorse ha tenuto conto della maggiore produzione effettuata dalle strutture delle branche contrattualizzate rilevata dalla rendicontazione delle prestazioni inviate al Sistema TS prendendo in considerazione anche le maggiori risorse rese disponibili a causa della comunicazione di cessazione delle attività a partire dall'anno 2023 della Struttura privata accreditata "Nephrocare" erogante prestazioni di dialisi.

Prestazioni specialistiche di Radioterapia

L'aumento nella regione Molise, nel corso degli ultimi anni, del numero di pazienti affetti da patologie oncologiche che necessitano di terapie "cd. salvavita" quali la radioterapia, trattandosi di prestazioni indispensabili e incompressibili, richiede, da parte della programmazione regionale, una quantificazione e budgettizzazione ad hoc al fine di evitare il rischio di interruzioni nella erogazione delle stesse a nocimento dei cittadini. Pertanto, posto che ad oggi le strutture pubbliche regionali non erogano le prestazioni di radioterapia, si è inteso salvaguardare l'erogazione delle stesse determinando, sulla base della stima del fabbisogno di prestazioni elaborato da Agenas, trasmesso alla Struttura Commissariale in data 5 dicembre 2022 (prot. Agenas n. 2022/0011353 del 05/12/2022), il valore del budget destinato a coprire l'acquisto di prestazioni di radioterapia in favore dei pazienti residenti e non residenti, in deroga al budget stimato e all'applicazione del tetto finanziario previsto dal D.L. 95/2012 (spending review).

Cautelativamente, in considerazione della peculiarità delle prestazioni, si è ritenuto individuare il budget della Gemelli Molise spa da destinare all'acquisto di prestazioni in favore di pazienti regionali nell'importo complessivamente indicato da Agenas, sebbene la valorizzazione economica indicata da quest'ultima si riferisca al fabbisogno complessivo che include anche i pazienti molisani in cura presso strutture di altre regioni.

In ogni caso, eventuali eccedenze del budget assegnato saranno oggetto di accordi integrativi la cui copertura sarà assicurata nel rispetto della normativa vigente.

Conclusioni

I tetti di spesa, così come dettagliato nell'allegata tabella, rappresentano i tetti finanziari massimi attribuibili e invalicabili sia per le prestazioni per pazienti regionali che per pazienti extraregionali.

La determinazione dei tetti di spesa risulta coerente con quanto disposto dalla legge di stabilità (legge n. 208/2015) che, modificando il comma 14 dell'art 15 del decreto legge n. 95/2012, ha introdotto degli elementi di flessibilità per la definizione degli stessi nei confronti dei soggetti privati accreditati per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza ambulatoriale in quanto si garantisce che all'interno dell'intero sistema dell'acquisto di prestazioni sanitarie da parte dei soggetti privati accreditati, ospedalieri e non, sia mantenuto l'equilibrio economico-finanziario complessivo. In considerazione dei possibili mutamenti del fabbisogno assistenziale di ciascun territorio, gli spostamenti, esclusivamente isorisorse, di quote dei tetti di spesa assegnati tra macroaree del medesimo erogatore privato accreditato dovranno essere disposti dalla Struttura Commissariale.

Al fine di realizzare la completa integrazione pubblico-privato, rendendo il cittadino consapevole della complessiva offerta sanitaria regionale, si conferma l'obbligo da parte dei soggetti erogatori privati all'inserimento delle prestazioni acquistate dal SSR nel sistema CUP Unico Regionale attraverso il conferimento delle proprie agende. Così pure si conferma l'obbligo di integrazione, in capo agli erogatori privati accreditati, con il sistema regionale "Fascicolo Sanitario Elettronico" – anche in funzione di quanto previsto dal PNRR Missione 6 - per quanto concerne i processi di alimentazione dello stesso con la documentazione prodotta in tutti i regimi erogativi.

In analogia con quanto disposto dai precedenti provvedimenti in materia, i tetti di spesa sono comprensivi della quota di compartecipazione alla spesa (c.d. ticket) che deve pertanto intendersi come mero acconto di pagamento da recuperarsi con la prima fatturazione utile.

Si allegano alla presente relazione:

- Allegato A – Tetti di spesa di assistenza ospedaliera, di specialistica ambulatoriale e di branca 80 per l'anno 2023
- Allegato B - Analisi del fabbisogno regionale di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale anno 2023 (nota prot. n. 15796/2023)
- Allegato C - Nota Agenas "Fabbisogno di prestazioni di Radioterapia Regione Molise" prot. n. 2022/0011353 del 5/12/2022

Fonti dati utilizzate
Flusso Schede di dimissione ospedaliera - SDO
Flusso specialistica ambulatoriale – Flusso C
Fatturato storico Strutture private accreditate
Produzione storica Strutture private accreditate
Dati da Sistema Tessera Sanitaria
Decreti del Commissario ad Acta per la Definizione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie, di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate dagli operatori privati accreditati con il SSR
Relazioni e documenti Agenas

Allegato A

Tetti di spesa 2023

Assistenza Ospedaliera	Residenti	Fuori regione	Totale
Privati a diretta gestione regionale	28.335.600	26.085.516	54.421.116
Gemelli Molise Spa - complessivo	21.041.600	8.785.539	29.827.139
Budget per ricoveri d'urgenza	1.700.000	60.000	1.760.000
Budget assistenza ospedaliera	19.341.600	8.725.539	28.067.139
IRCCS Neuromed - complessivo	7.294.000	17.299.977	24.593.977
Budget per ricoveri d'urgenza	555.000	75.000	630.000
Budget assistenza ospedaliera	6.739.000	17.224.977	23.963.977
Privati ASReM	9.284.688	2.587.416	11.872.104
Villa Esther	4.828.863	1.708.227	6.537.090
Villa Maria	2.577.713	731.000	3.308.713
Gea Medica	1.878.112	148.189	2.026.301
A Totale Assistenza Ospedaliera	37.620.288	28.672.931	66.293.219

Assistenza Specialistica	Residenti	Fuori regione	Totale
Privati a diretta gestione regionale	12.741.000	10.780.581	23.521.581
Gemelli Molise Spa - complessivo	5.500.000	800.000	6.300.000
Budget specialistica radioterapia (Branca 24)	2.700.000	300.000	3.000.000
Budget per assistenza specialistica	2.800.000	500.000	3.300.000
IRCCS Neuromed	7.241.000	9.980.581	17.221.581
Privati ASReM	4.569.951	3.442.588	8.012.539
Villa Esther	300.000	17.499	317.499
Villa Esther + Biolab (ATI)	133.296	1.216	134.513
Villa Maria	83.627	2.000	85.627
Laboratorio analisi Aretini De Gregorio Gravina (ATI)	65.840	557	66.397
Laboratorio Diagnostica Fortore	118.780	-	118.780
Laboratorio Analisi Dottoressa Colella Gina, Evelina	100.870	844	101.714
Biomedical Srl Laboratorio Analisi - complessivo	143.516	1.422	144.938
Gamma Snc di Angela Leone e C.	77.665	2.541	80.206
Centro Medico del Molise SAS e Centro di Allergologia del Molise SAS (ATI)	87.000	26.848	113.848
Laboratorio Centro Diagnostico Minerva	52.000	3.125	55.125
Laboratorio Biomedical Center s.r.l.	40.000	175	40.175
Medical Center	500.000	635.000	1.135.000
Domenico e Francesco Potito s.r.l. - complessivo	1.755.553	1.593.000	3.348.553
Istituto di radiologia e fisiokinesiterapia di Cariello	66.000	-	66.000
Gianfranco - complessivo	80.000	95.000	175.000
Centro Clinico del Dott. Forte e C. S.R.L.	80.000	95.000	175.000

	Centro Benessere Sant'Erasmo s.a.s.	110.000	200	110.200
	Medica s.r.l.	26.400	-	26.400
	Oasis - Centro Brenam	29.000	-	29.000
	Ronefor - Centro Brenam	108.000	200	108.200
	Riabilitazione e Fitness Centro Fisioterapico di Gentile Rosalia	20.000	-	20.000
	Ambulatorio di Terapia Fisica Maria SS di Bisaccia	36.555	-	36.555
	CDS S.A.S.	49.000	6.838	55.838
	Mancini s.r.l.	39.000	-	39.000
	Centro di Fisioterapia Dr. M.Zappone S.r.l.	42.400	-	42.400
	Fisioter s.r.l. - Montecilfone	19.000	-	19.000
	Fisioter S.n.c. - Termoli	70.250	-	70.250
	Società Ars Medica S.r.l.	223.000	1.722	224.722
	Centro di Odontoiatria del Dr. F.Reglieri s.a.s.	61.200	4.215	65.415
	Atlas s.r.l.	22.000	-	22.000
	Centro di Chirurgia Oculare Dott. F.Laurelli - oculistica	30.000	580.998	610.998
	Istituto Oftalmico Pentro	60.000	469.185	529.185
	Kinesis	20.000	-	20.000
B	Totale Assistenza Specialistica	17.310.951	14.223.169	31.534.120

	Assistenza Specialistica - Branca 80	Residenti	Fuori regione	Totale
	Privati ASReM - Branca 80	1.713.000	650.000	2.363.000
	Villa Esther - Branca 80	708.000	150.000	858.000
	Villa Maria - Branca 80	665.000	500.000	1.165.000
	Centro di Chirurgia Oculare Dott. F.Laurelli - Branca 80	220.000	-	220.000
	Istituto Oftalmico Pentro - Branca 80	120.000	-	120.000
C	Totale Assistenza Specialistica - Branca 80	1.713.000	650.000	2.363.000

	Budget 2023	Residenti	Fuori regione	Totale
	Assistenza Ospedaliera	37.620.288	28.672.931	66.293.219
	Assistenza Specialistica + Branca 80	19.023.951	14.873.169	33.897.120
A+B+C	Totale	56.644.239	43.546.100	100.190.339

ANALISI DEL FABBISOGNO REGIONALE DI PRESTAZIONI SANITARIE

Assistenza specialistica ambulatoriale
Anni 2021-2022



Sommario

1.	Premessa	3
2.	Analisi del contesto epidemiologico molisano	3
3.	Il fabbisogno assistenziale della Regione Molise	11
4.	Il fabbisogno di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.....	12
4.1	Le principali branche specialistiche.....	14
4.2	Il fabbisogno complessivo	16
5.	Conclusioni	19

1. Premessa

Il presente documento ha quale obiettivo quello di fotografare l'attuale offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali costituendo così un riferimento per la programmazione dell'offerta delle reti assistenziali ed in particolare per la programmazione delle prestazioni sanitarie per l'anno 2023.

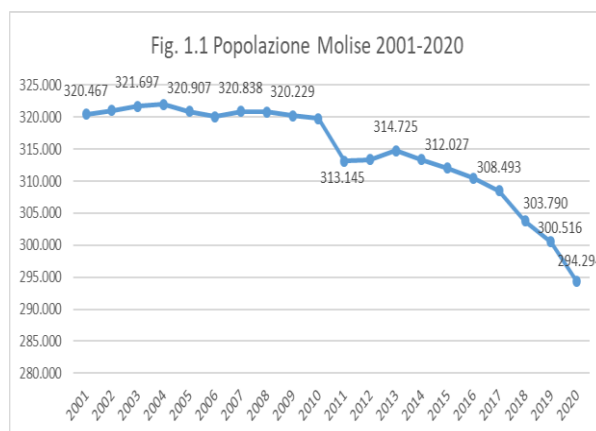
Il fabbisogno assistenziale è costituito dalle prestazioni e dai servizi che il SSR è chiamato a fornire a tutti i cittadini gratuitamente, o dietro pagamento di una quota di compartecipazione, per il tramite delle risorse pubbliche raccolte dalla fiscalità generale. Il fabbisogno di prestazioni deve essere soddisfatto attraverso la programmazione sanitaria regionale declinata nell'articolazione delle diverse strutture sanitarie e nell'erogazione dei volumi di prestazioni da fornire, in primis, tramite le stesse strutture pubbliche e, a complemento dell'offerta da rendersi, grazie all'acquisto di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate nell'interesse degli assistiti. Il tutto, ovviamente, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio Sanitario Regionale.

È da evidenziare che il lavoro ha dovuto necessariamente tener conto della incompletezza dei dati rilevabili dai flussi sanitari regionali e dalla assenza dei dati di mobilità passivi degli anni presi a riferimento.

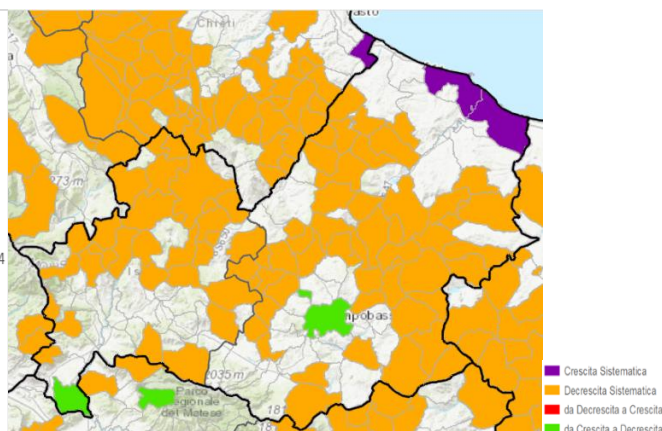
2. Analisi del contesto epidemiologico

La Regione Molise si caratterizza, per un progressivo spopolamento accompagnato da un invecchiamento della popolazione residente riconducibile sia al calo demografico sia alla migrazione delle fasce più giovani della popolazione dove nelle aree interne sono maggiormente presenti comuni dove il processo di decrescita è ormai sistematica, mentre sulla costa nella zona di Termoli si assiste una crescita sistematica della popolazione nell'ultimo ventennio (Cfr. Fig. 2.1 e 2.2).

Figura 2.1 e 2.2 – Andamento della popolazione residente in Molise 2001 e 2020



Fonte: ISTAT, Popolazione e famiglie

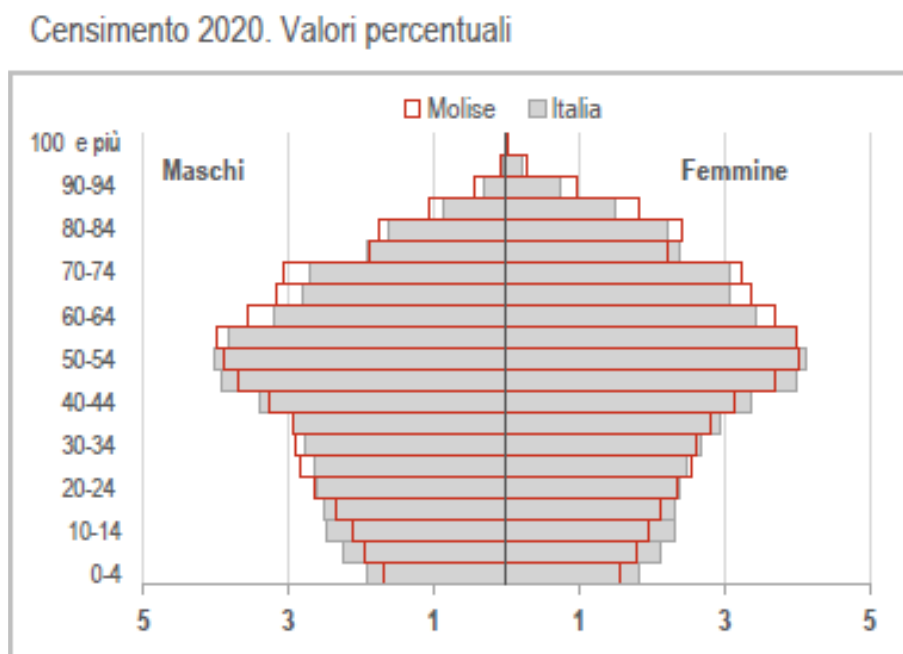


Fonte: ISTAT, Censimenti permanenti: Popolazione e abitazioni

Alla decrescita della popolazione residente, si accompagna un persistente processo di invecchiamento della

popolazione più consistente di quanto sta già avvenendo a livello nazionale (Cfr. Fig. 2.3)

Figura 2.3 - Piramide dell'età della popolazione residente in Molise in Italia nel 2020



Una lettura più granulare del fenomeno è riportata nelle Tabelle 2.1 e 2.2 che riportano i dati sia a livello regionale che provinciale, fornendo anche un confronto con il dato nazionale.

Tabella 2.1 I principali indicatori demografici della popolazione della Regione Molise nel 2020

	Età media	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di struttura della popolazione attiva
Molise	47,1	233,1	58,6	141,3
Campobasso	47,0	231,6	58,3	141,6
Isernia	47,3	237,0	59,5	140,4
Italia	45,4	182,6	57,3	141,9

Fonte: ISTAT

Tabella 2.2 Mortalità e speranza di vita a livello regionale e provinciale della Regione Molise nel 2020

Anno 2020	Tasso di mortalità (per mille abitanti)	Speranza di vita alla nascita	Speranza di vita a 65 anni	Speranza di vita a 85 anni	Età media al decesso	Probabilità di morte a 0 anni (per mille)
Molise	13.6	82.2	20.6	6.5	82.1	1.7
Campobasso	13.2	82.4	20.6	6.6	82.0	1.6
Isernia	14.6	81.8	20.4	6.4	82.5	3.2
Italia	12.5	82.1	20.0	6.2	81.6	2.6

Fonte: ISTAT

Questi andamenti sono confermati per il prossimo triennio (2022 – 2025): in particolare, riportando i valori mediani stimati da ISTAT si prevede un rallentamento del processo di decrescita della popolazione seppure sempre persistente e la crescita dell'1% della popolazione al di sopra dei 65 anni.

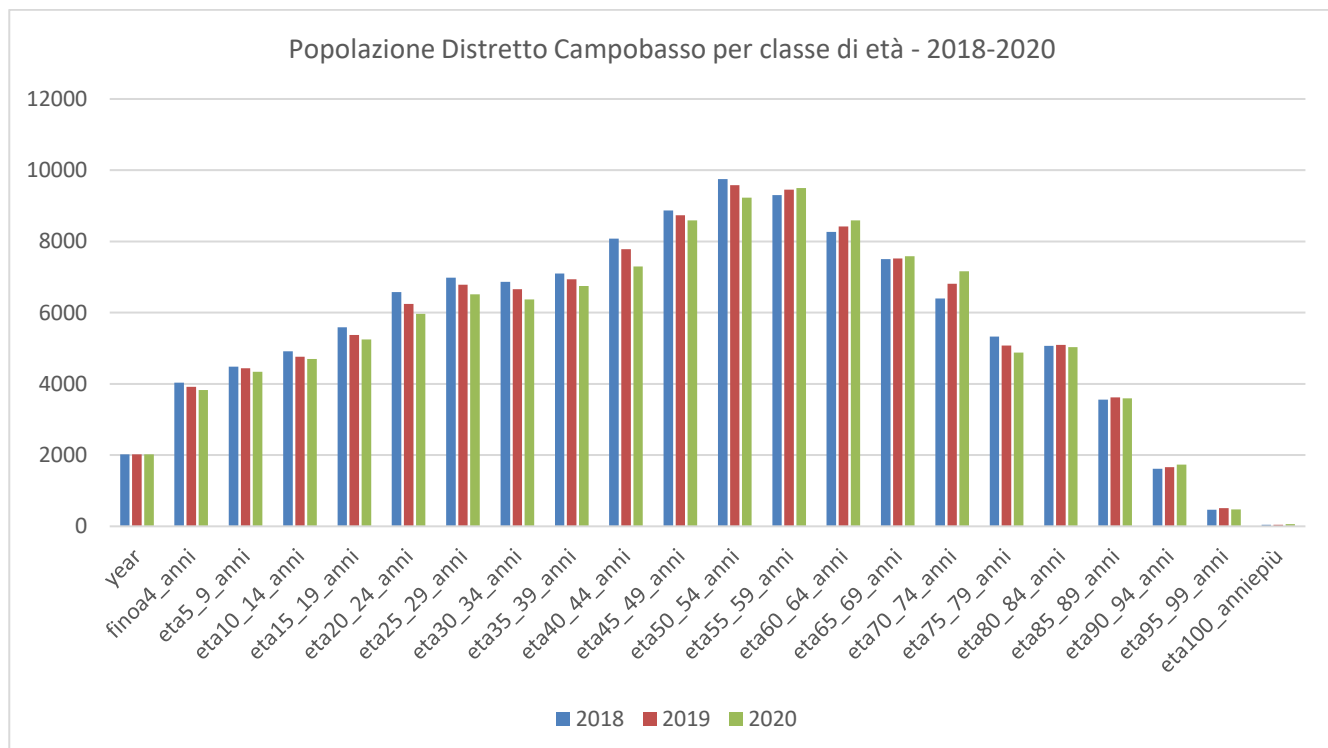
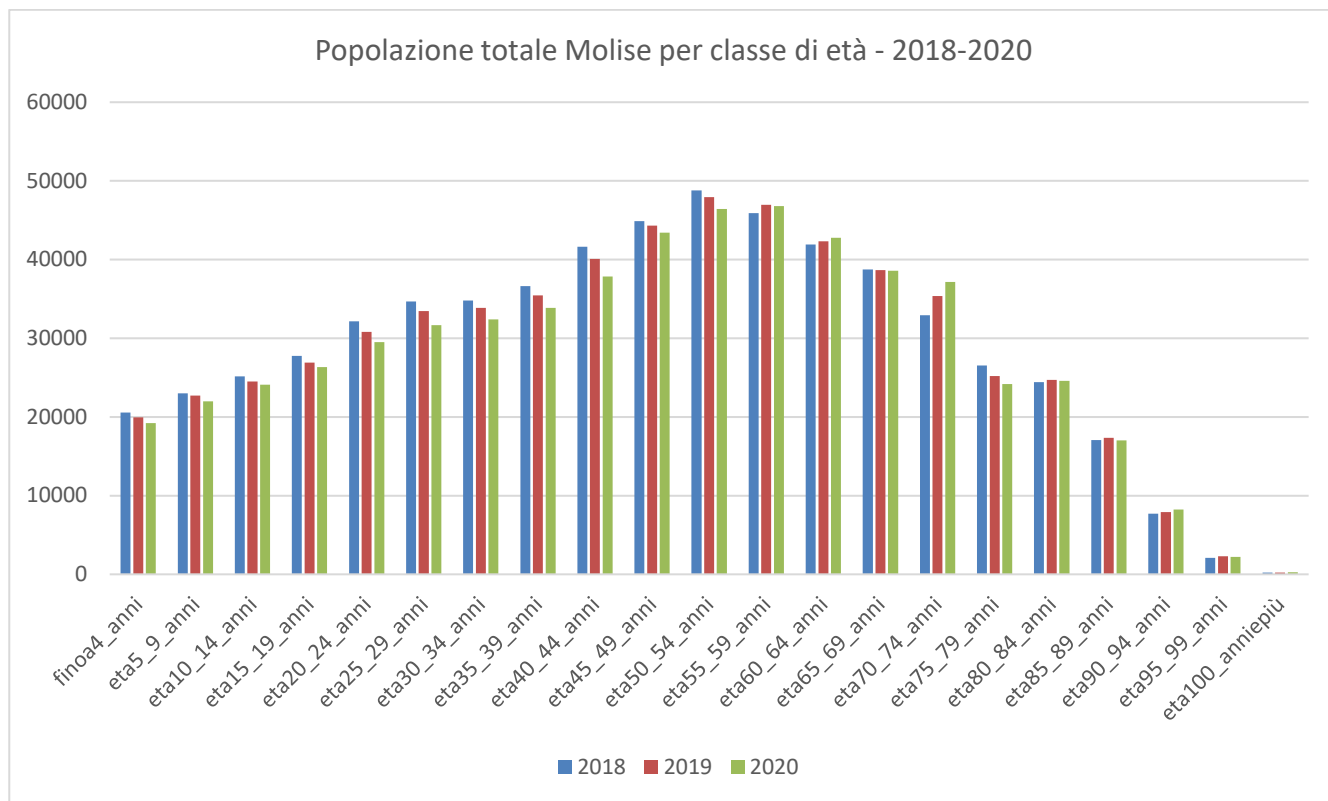
Tabella 2.3 Previsioni per i principali indicatori della popolazione nella Regione Molise nel triennio 2022 – 2025

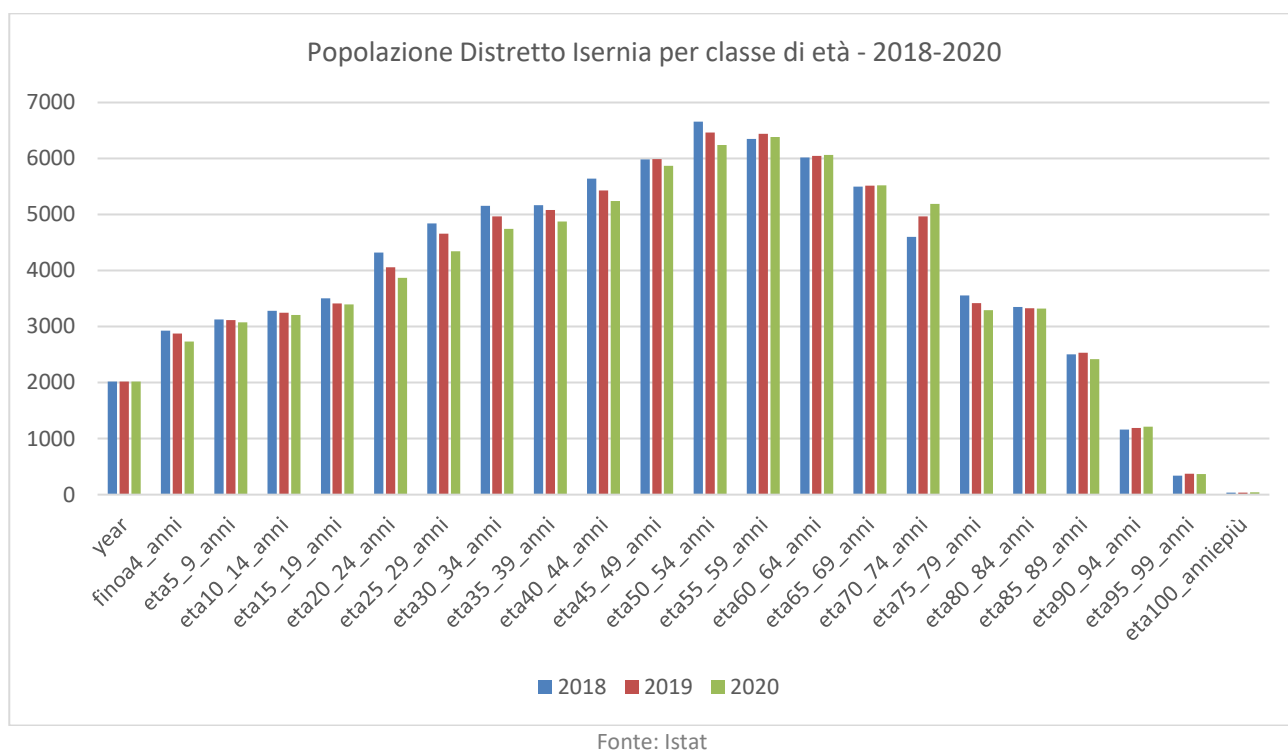
	Anno	Pop residente	Tasso di mortalità (per 1.000 ab.)	Speranza di vita alla nascita (mediana)		Speranza di vita a 65 anni (mediana)		Età media pop.	Tasso di crescita pop.	Quota pop. 0-14 anni (%)	Quota pop. ≥ 65 anni (%)	Quota pop. ≥ 85 anni (%)	
				maschi	femmine	maschi	femmine						
Molise	2022	293.506	14,4	79,0	84,6	18,3	22,0	47,7	-	9,3	10,8	26,0	4,7%
	2023	290.798	14,2	79,3	84,8	18,5	22,2	47,9	-	8,8	10,7	26,3	4,7%
	2024	288.256	14,0	79,6	85,1	18,7	22,4	48,2	-	8,4	10,5	26,7	4,7%
	2025	285.856	13,7	79,9	85,3	18,9	22,6	48,4	-	8,0	10,4	27,2	4,8%
Campobasso	2022		14,3					47,6	-	9,4	10,8	25,8	
	2023		14,0					47,9	-	8,9	10,6	26,2	
	2024		13,8					48,1	-	8,5	10,4	26,5	
	2025		13,7					48,4	-	8,4	10,3	27,0	
Isernia	2022		14,9					47,9	-	9,0	10,9	26,4	
	2023		14,5					48,1	-	8,4	10,8	26,8	
	2024		14,2					48,3	-	7,9	10,7	27,1	
	2025		13,9					48,5	-	7,4	10,6	27,6	

Fonte: ISTAT, Popolazione e famiglie, indicatori demografici in prospettiva

Si considera, infine, la composizione della popolazione per fasce di età quinquennali nei tre distretti sanitari regionali di Campobasso, Termoli e Isernia.

Figura 2.4 Distribuzione della popolazione residente in Molise nel triennio 2018 – 2020 distribuita per distretto sanitario e per fascia di età





Da questi istogrammi, emerge che, nel triennio considerato, la fascia di età in cui si è registrato in tutti tre distretti un incremento è quella compresa tra i 70 e i 74 anni, mentre le diminuzioni più consistenti si rilevano nelle fasce di età tra i 20 e i 54 anni (Cfr. Appendice per i valori assoluti).

Tabella 2.4 Indici vari per distretto – Molise 2018-2020 (elaborazione dati Istat)

Anno	distretto	Indice di vecchiaia ($\geq 65/0-14$)	Indice di dipendenza (0-14 anni + $\geq 64/15-64$ anni)	Indice di dipendenza anziani ($\geq 65/15-64$)	Indice di struttura della popolazione attiva (40-64 anni/15-39 anni)
2018	Campobasso	223,3	56,1	38,8	133,7
2019	Campobasso	231,3	57,2	39,9	137,4
2020	Campobasso	237,1	58,6	41,2	140,1
2018	Isernia	225,5	56,6	39,2	133,4
2019	Isernia	231,3	58,3	40,7	136,9
2020	Isernia	237,0	59,5	41,9	140,4
2018	Termoli	205,5	55,7	37,5	136,1
2019	Termoli	215,6	56,6	38,7	140,1
2020	Termoli	225,0	57,9	40,1	143,6
2018	Molise	217,9	56,1	38,5	134,4
2019	Molise	226,0	57,3	39,7	138,1
2020	Molise	233,1	58,6	41,0	141,3

Fonte: ISTAT

La tendenza alla modifica della piramide demografica ed il mutato scenario epidemiologico impongono di riorganizzare l'assistenza sanitaria, secondo i mutati bisogni assistenziali. Negli ultimi 20 anni l'aumento della popolazione anziana anche in Molise ha determinato un incremento delle malattie croniche e invalidanti, delle poli-patologie e della non autosufficienza; a tale cambiamento del quadro nosologico

generale si è affiancato il continuo progresso in campo tecnologico e terapeutico, il variare del contesto sociale di riferimento ed il crescente assorbimento di risorse in campo sanitario.

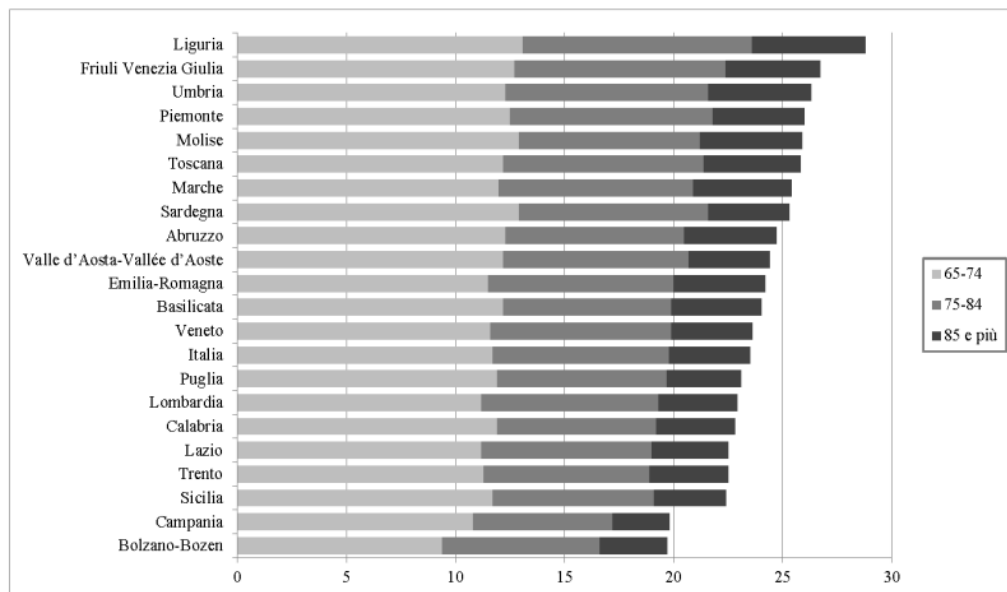
L'insieme di questi fenomeni ha determinato, da un lato, una crescita inarrestabile del consumo di risorse economiche in sanità, senza un corrispettivo incremento del livello di salute dei cittadini molisani; dall'altro la sempre più inderogabile necessità di assicurare livelli di appropriatezza, declinati in contesti di cure e *setting* assistenziali adeguati, finalizzati all'erogazione di un'assistenza di qualità, capace anche di aver riguardo al contenimento della spesa.

Nasce pertanto l'esigenza di contrastare l'invecchiamento della popolazione con l'esigenza di coniugare servizi adeguati con la loro sostenibilità.

Per una programmazione dei servizi socio-sanitari e assistenziali che sia efficace ed efficiente è fondamentale monitorare nel tempo la composizione per età della popolazione. Le condizioni di salute che caratterizzano le varie fasce di età della popolazione fanno sì che l'offerta sanitaria debba essere diversificata a seconda del target di popolazione a cui si rivolge. In questo lavoro viene presentata la percentuale di popolazione di tre distinte fasce di età (65-74, 75-84 e 85 anni ed oltre) sul totale dei residenti per regione.

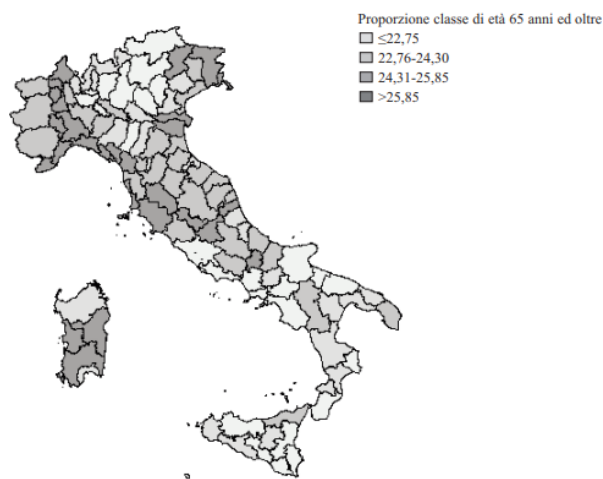
Le fasce di popolazione considerate possono essere definite come "fragili" perché maggiormente esposte al rischio di insorgenza di malattie gravi ed invalidanti che possono portare a condizioni di disabilità e di cronicità che richiedono assistenza ed impegni mirati da parte delle strutture sanitarie. Considerare la popolazione di età 65 anni ed oltre come un unico gruppo di popolazione appare riduttivo in quanto i bisogni sanitari differiscono, significativamente, al suo interno e, in particolare, aumentano al crescere dell'età. Si è, quindi, scelto di distinguere tra i "giovani anziani" (65-74 anni), gli "anziani" (75-84 anni) e i "grandi vecchi" (85 anni ed oltre). Tuttavia, va tenuto presente che i limiti di età utilizzati nel definire tali sottogruppi sono, esclusivamente, di natura anagrafica; anche all'interno di queste classi, infatti, esiste una accentuata variabilità in termini di condizioni di salute fisica e mentale degli individui che le compongono. Ne consegue che la domanda di assistenza socio-sanitaria di individui appartenenti ad una stessa classe di età può essere eterogenea.

Grafico 1 - *Proporzione (valori per 100) della popolazione di età 65 anni ed oltre per classe di età sul totale della popolazione. Graduatoria regionale - Situazione al 1° gennaio 2021*



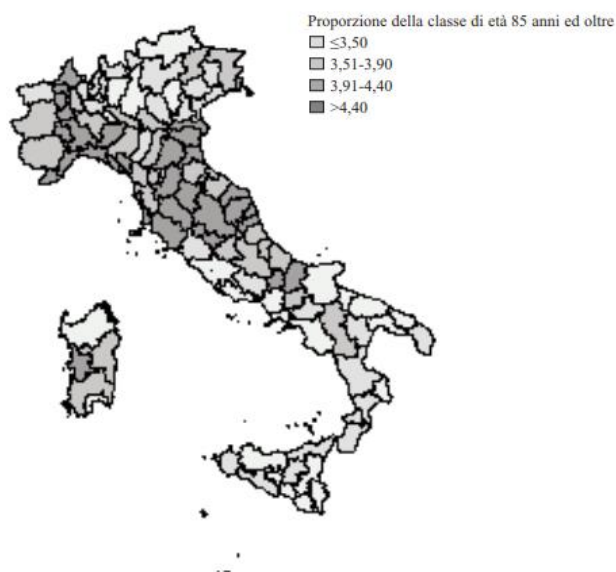
Fonte: Rilevazione "Popolazione residente comunale per sesso anno di nascita e stato civile" dati.istat.it. Anno 2021.

Proporzione (valori per 100) della popolazione residente di età 65 anni ed oltre sul totale della popolazione per provincia. Situazione al 1° gennaio 2021



Proporzione (valori per 100) della popolazione residente di età 85 anni ed oltre sul totale della popolazione per provincia. Situazione al 1° gennaio 2021

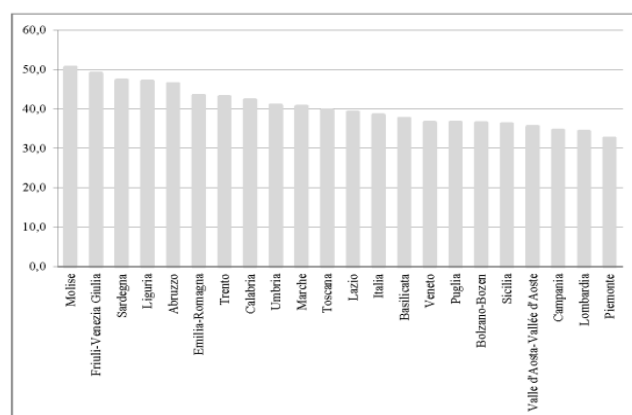
Proporzione (valori per 100) della popolazione residente di età 85 anni ed oltre sul totale della popolazione per provincia. Situazione al 1° gennaio 2021



I cambiamenti nella struttura per età dovuti agli effetti del progressivo invecchiamento della popolazione comportano una domanda sanitaria specifica e crescente rivolta ai servizi socio-sanitari regionali e subregionali. Il processo di invecchiamento è destinato ad accentuarsi nei prossimi anni, quando le coorti del baby boom (1961-1976) passeranno dall'età attiva (39-64 anni) a quella anziana (65 anni ed oltre). Secondo le ultime previsioni demografiche (scenario mediano) la popolazione over 65 potrebbe rappresentare entro il 2050 il 35% del totale della popolazione. I "giovani anziani" e gli "anziani" sono i segmenti di popolazione sui quali si potrebbe agire per limitare gli interventi di assistenza socio-sanitaria più impegnativi ed onerosi da un punto di vista economico che si rendono necessari all'aumentare dell'età.

Di particolare rilevanza assume anche l'analisi della popolazione "ultracentenaria" che, in Molise, assume un carattere decisamente consistente, come può rilevarsi dal grafico sottoriportato

Grafico 4 - Rapporto (valori per 10.000) tra popolazione ultracentenaria e popolazione residente di età 80 anni ed oltre per regione - Situazione al 1° gennaio 2021



Fonte dei dati: Rilevazione "Popolazione residente comunale per sesso anno di nascita e stato civile". Disponibile sul sito: dati.istat.it. Anno 2021.

Come si rileva dal grafico, il Molise è in cima alle regioni con popolazione ultracentenaria. Questo segmento di popolazione è andato crescendo significativamente negli ultimi anni ed è frutto della positiva evoluzione della longevità che riguarda, da diverso tempo, il nostro Paese. Risulta pertanto necessario che la programmazione tenga conto delle più adeguate risposte alle esigenze di un contingente di popolazione così selezionato.

Una delle criticità nella programmazione della offerta sanitaria regionale è data dalla “dispersione” della popolazione sul territorio. L’elevata estensione dei territori e la distanza dai punti di erogazione delle prestazioni del distretto, spesso concentrati nei Comuni a maggiore densità demografica, rappresentano elementi di criticità per l’accesso e per l’organizzazione ottimale dei servizi.

3. Il fabbisogno assistenziale della Regione Molise

Il fabbisogno assistenziale è rappresentato dalle prestazioni e dai servizi che il Servizio sanitario è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Le prestazioni sanitarie che definiscono i Livelli Essenziali di Assistenza devono essere erogate secondo criteri di massima appropriatezza clinica ed organizzativa, sicurezza, efficacia terapeutica ed efficienza economica. Punto cardine della corretta gestione dei servizi sanitari soprattutto nella Regione Molise, sottoposta a commissariamento dal 2009, è l’equilibrio economico e finanziario, come ricordato in numerose sentenze TAR e del Consiglio di Stato e la sostenibilità del debito pubblico, per come il riformato art. 81 Cost. e la legge 24 dicembre 2012 n. 243 hanno meglio declinato in maniera dettagliata.

Pertanto, è imposto alle pubbliche amministrazioni e ai soggetti concessionari di pubbliche funzioni e servizi, se destinatari di risorse finanziarie pubbliche, di operare nei limiti dei budget prestabiliti.

Il fabbisogno assistenziale è declinato quale programmazione regionale della articolazione delle strutture sanitarie e dei volumi dell’offerta di prestazioni sanitarie da rendersi, in primis, tramite le strutture sanitarie pubbliche e, a complemento dell’offerta, da rendersi attraverso l’acquisto di prestazioni sanitarie erogate dalle strutture sanitarie private accreditate nell’interesse degli assistiti. Il tutto, ovviamente, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e dell’equilibrio economico e finanziario del Servizio Sanitario Regionale.

Nel contesto della programmazione dei cd. tetti di spesa, devono, quindi, essere ben definiti sia gli importi che i volumi delle prestazioni sanitarie rientranti nel fabbisogno assistenziale che devono essere erogati dalle strutture sanitarie private accreditate per i differenti setting assistenziali (ricovero, ambulatorio, ecc.) nell’ambito dei budget ad esse assegnati nei contratti e negli accordi ex art. 8-*quinquies* del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

Si ritiene opportuno richiamare la consolidata giurisprudenza amministrativa, secondo la quale il riferimento alla spesa storica nella determinazione dei tetti di spesa costituisce già di per sé una idonea stima del fabbisogno assistenziale. Si richiamano, in proposito, le sentenze del Consiglio di Stato – Sezione

Terza, n. 3247/2013, 203/2018 e 3796/2018. In particolare, quest'ultima sentenza così recita: "... in ordine alla ragionevolezza di un sistema programmatico basato sul riferimento alla produzione dell'anno precedente, questa Sezione si è espressa anche recentemente (16/01/2018, n. 203) richiamando in termini altro precedente della Sezione (sentenza n. 3247 del 12 giugno 2013) in cui è affermato che *"l'esigenza di determinare i tetti di spesa e, quindi, delle prestazioni erogabili con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale costituisce per l'Amministrazione sanitaria un'esigenza prioritaria ed ineludibile, ed è quindi inevitabile che, nella concreta determinazione delle somme spettanti alle diverse branche e poi alle diverse aziende, si faccia riferimento, in assenza di più precisi studi sull'evoluzione delle necessità assistenziali e della relativa spesa, alla spesa storica costituita dalle prestazioni erogate negli anni e nei mesi immediatamente precedenti a quello di riferimento, con la possibile applicazione sugli importi così determinati anche di tagli percentuali e di meccanismi di regressione tariffaria"* ... Ne consegue, secondo la citata sentenza n. 203/2018, che tale *modus procedendi* assolve in sé anche gli oneri istruttori, in quanto *"il volume di spesa raggiunto nell'anno immediatamente precedente"* è *"suscettibile di costituire una adeguata base di riferimento per la determinazione del fabbisogno per l'anno successivo"*.

Le prestazioni rilevate dai flussi informativi nazionali e regionali possono non contenere tutte le prestazioni erogate. Infatti:

- non sono rilevate le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale il cui onere è sostenuto direttamente dall'utente (cd. *"out of pocket"*), spesso perché di importo inferiore o uguale al ticket, e/o per altri motivi legati per lo più a scelte dell'utente; dai dati rilevati dall'Università Cattolica nel Rapporto *OsservaSalute 2021*, si evidenzia che le prestazioni sanitarie acquistate direttamente dal cittadino molisano rappresentano circa il 20% della spesa sanitaria pubblica procapite complessiva: nel 2019 circa euro 551 pro capite;
- i dati estraibili dai flussi informativi sanitari non sono sempre completi e la qualità del dato non sempre è sufficiente a garantire una esaustiva valutazione.

4. Il fabbisogno di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

In assenza di criteri standard fissati a livello nazionale dal Ministero della Salute, si è proceduto ad una analisi della letteratura esistente e ad una ricerca comparativa dei diversi approcci seguiti nelle principali Regioni italiane.

La Regione Molise intende definire e perseguire una metodologia comune a più Regioni, che possa guidare un riequilibrio della produzione complessiva anche nell'ottica di un recupero della mobilità passiva e delle prestazioni erogate in pronto soccorso per pazienti con codici bianchi e verdi.

La stima del fabbisogno è stata effettuata considerando il volume di prestazioni erogate nel biennio 2021/2022.

Con riferimento ai dati utilizzati per le successive elaborazioni si precisa che:

- i dati sono relativi alle prestazioni erogate agli assistiti residenti in Molise;
- i dati delle prestazioni erogate nell'anno 2021 sono stati estrapolati dal sistema TS-MEF;
- i dati delle prestazioni erogate nell'anno 2022 non sono consolidati, quindi potrebbero risultare parziali;
- i dati delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate nell'anno 2022 sono stati estrapolati dal sistema TS-MEF;
- i dati delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche nell'anno 2022 sono stati estrapolati dal sistema CUP Regionale.

Il percorso metodologico ha, quindi, assunto come base di partenza il volume di prestazioni, desunte dal flusso informativo di prestazioni specialistiche ambulatoriali rese per gli anni 2021/2022, ed ha previsto i seguenti step procedurali:

- si è condotta la ricognizione dell'offerta del sistema sanitario regionale;
- il volume della produzione è stato suddiviso per la popolazione residente, per provincia e per branca;
- si è determinato il numero di prestazioni pro-capite e i tassi di consumo delle prestazioni;
- si è determinato un "primo fabbisogno teorico" riportando alla media regionale il numero di prestazioni per residenti, per singolo Distretto di residenza, per i raggruppamenti dei codici.

Per quanto riguarda il consumo ed il costo delle prestazioni ambulatoriali negli anni 2021/2022, sono stati individuati il numero di prestazioni complessive, il numero di prestazioni pro-capite, il relativo costo complessivo, il costo pro-capite e il costo medio della prestazione, sulla base della popolazione residente in Molise.

DISTRETTO	POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1/1/2022
CAMPOBASSO	116.330
ISERNIA	80.170
TERMOLI	94.269
Totale complessivo	290.769

Nella determinazione delle prestazioni procapite sono state escluse le prestazioni di laboratorio. Ogni cittadino molisano usufruisce di circa 2,6 prestazioni ambulatoriali, al netto delle prestazioni di patologia clinica, ogni anno, per un costo complessivo nel 2022 di circa 103,5 euro (che include sia la quota a carico dello Stato che la compartecipazione). I dati considerati nella seguente analisi sono stati aggregati sia in termini di numero di prestazioni che in termini di costo della prestazione;

La tabella seguente riporta il numero di prestazioni totale e numero di prestazioni pro-capite raggruppate secondo le aggregazioni FA-RE prese a riferimento.

numero di prestazioni	anno erogazione			
	2021		2022	
CLASSIFICAZIONE FA-RE	NUM. PREST.	PREST. PRO-CAPITE	NUM. PREST.	PREST. PRO-CAPITE
DIAGNOSTICA	277.777	1,0	266.981	0,9
RIABILITAZIONE	113.605	0,4	111.238	0,4
TERAPEUTICHE	158.969	0,5	158.974	0,5
VISITE	223.871	0,8	197.648	0,7
TOTALE	774.222	2,7	734.841	2,5

dato pro-capite calcolato sulla popolazione residente ISTAT al 1/1/2022

valore delle prestazioni	anno erogazione			
	2021		2022	
CLASSIFICAZIONE FA-RE	VAL. PREST.	VAL PRO-CAPITE	VAL. PREST.	VAL PRO-CAPITE
DIAGNOSTICA	14.934.328	51,4	14.841.546	51,0
RIABILITAZIONE	944.447	3,2	960.138	3,3
TERAPEUTICHE	9.615.632	33,1	11.044.275	38,0
VISITE	3.697.476	12,7	3.257.369	11,2
TOTALE	29.191.883	100,4	30.103.328	103,5

dato pro-capite calcolato sulla popolazione residente ISTAT al 1/1/2022

Nella tabella seguente sono riportati gli indici di consumo (rapporto tra le prestazioni utilizzate dai cittadini per ciascun Distretto e la popolazione di riferimento) per 1.000 abitanti per singola branca.

Tabella numero prestazioni per classificazione FA-RE e Distretto

numero di prestazioni ANNO 2021	DISTRETTO DI CAMPOBASSO		DISTRETTO DI ISERNIA		DISTRETTO DI TERMOLI		TOTALE REGIONE	
residenti al 1/1/2022	116.330		80.170		94.269		290.769	
CLASSIFICAZIONE FA-RE	PRESTAZIONI	Indice di consumo per 1000 ab	PRESTAZIONI	Indice di consumo per 1000 ab	PRESTAZIONI	Indice di consumo per 1000 ab	PRESTAZIONI	Indice di consumo per 1000 ab
DIAGNOSTICA	108.791	935	97.287	1.214	71.699	761	277.777	955
RIABILITAZIONE	28.214	243	38.715	483	46.676	495	113.605	391
TERAPEUTICHE	67.174	577	38.060	475	53.735	570	158.969	547
VISITE	91.034	783	54.051	674	78.786	836	223.871	770
TOTALE	295.213	2.538	228.113	2.845	250.896	2.661	774.222	2.663

numero di prestazioni ANNO 2022	DISTRETTO DI CAMPOBASSO		DISTRETTO DI ISERNIA		DISTRETTO DI TERMOLI		TOTALE REGIONE	
residenti al 1/1/2022	116.330		80.170		94.269		290.769	
CLASSIFICAZIONE FA-RE	PRESTAZIONI	Indice di consumo per 1000 ab	PRESTAZIONI	Indice di consumo per 1000 ab	PRESTAZIONI	Indice di consumo per 1000 ab	PRESTAZIONI	Indice di consumo per 1000 ab
DIAGNOSTICA	104.238	896	87.493	1.091	75.250	798	266.981	918
RIABILITAZIONE	26.475	228	37.586	469	47.177	500	111.238	383
TERAPEUTICHE	80.539	692	34.689	433	43.746	464	158.974	547
VISITE	82.751	711	47.714	595	67.183	713	197.648	680
TOTALE	294.003	2.527	207.482	2.588	233.356	2.475	734.841	2.527

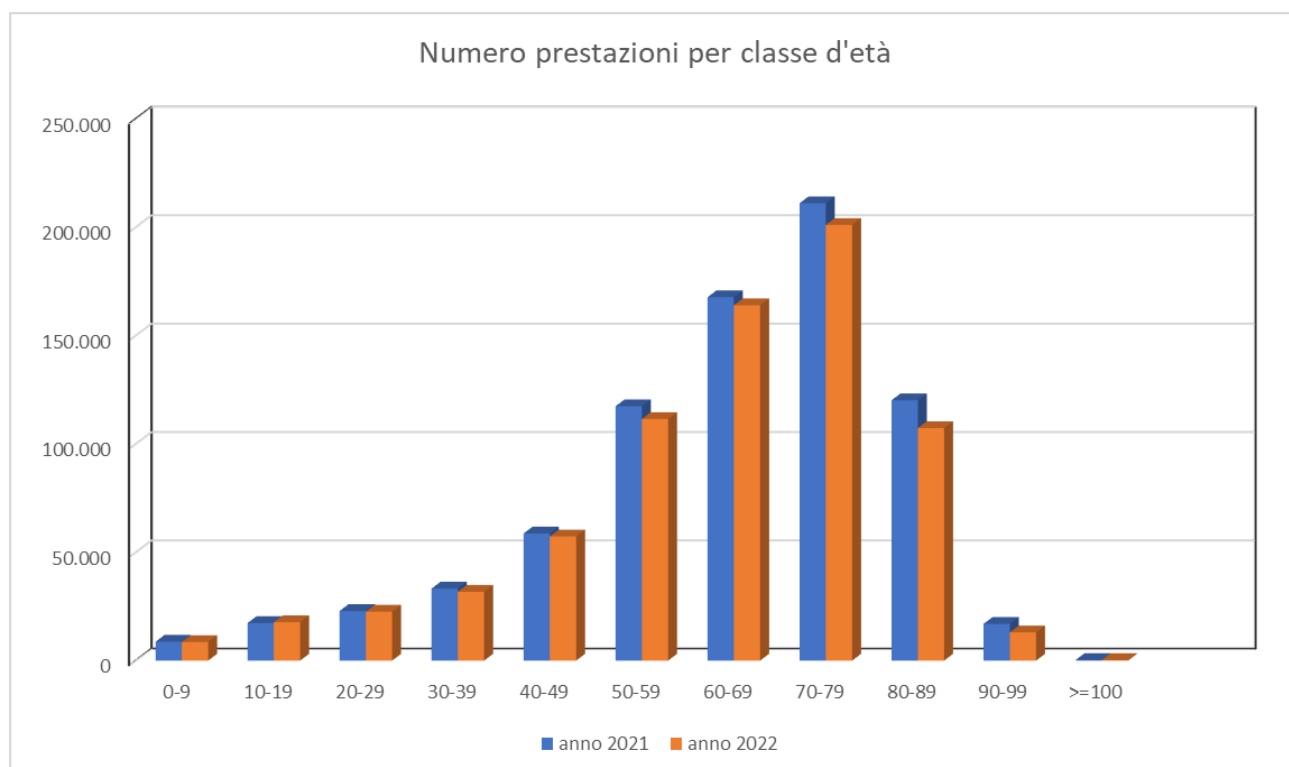
La tabella rappresenta un consumo complessivamente omogeneo fatta eccezione per il Distretto di Isernia che mostra un indice di consumo più elevato per le prestazioni di diagnostica e di riabilitazione ed il Distretto di Termoli per le branche a visita.

Tabella numero prestazioni per classificazione FA-RE e classe di età

ANNO 2021	Distribuzione prestazioni per CLASSE DI ETÀ¹											
CLASSIFICAZIONE FA-RE	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	>=100	Totale
DIAGNOSTICA	3.215	5.787	9.362	13.791	23.747	45.470	61.673	71.179	38.175	5.284	94	277.777
RIABILITAZIONE	248	1.953	1.954	4.889	7.464	17.590	25.168	33.834	19.267	1.238		113.605
TERAPEUTICHE	313	1.845	2.985	4.986	10.711	24.009	37.796	48.849	24.038	3.418	19	158.969
VISITE	4.944	7.750	8.581	9.586	16.727	30.286	43.042	57.155	38.638	7.016	146	223.871
Totale complessivo	8.720	17.335	22.882	33.252	58.649	117.355	167.679	211.017	120.118	16.956	259	774.222

ANNO 2022	Distribuzione prestazioni per CLASSE DI ETÀ¹											
CLASSIFICAZIONE FA-RE	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	>=100	Totale
DIAGNOSTICA	3.193	6.149	9.131	13.533	22.763	45.242	62.469	68.104	32.379	3.963	55	266.981
RIABILITAZIONE	190	2.545	2.339	3.923	6.788	15.900	24.890	36.296	17.539	828		111.238
TERAPEUTICHE	355	2.424	3.499	5.366	12.657	23.401	36.613	46.176	25.675	2.726	82	158.974
VISITE	4.835	6.613	7.607	8.928	15.050	26.924	39.970	50.412	31.681	5.511	117	197.648
Totale complessivo	8.573	17.731	22.576	31.750	57.258	111.467	163.942	200.988	107.274	13.028	254	734.841

La distribuzione delle prestazioni per classi di età mostra come il consumo di prestazioni sia particolarmente elevato nella classe di età 70-79 che conferma che la maggiore spesa sanitaria regionale è rivolta all'assistenza della popolazione più anziana.



Per le classi di prestazioni prese in esame è stata analizzata la ripartizione per tipologia di struttura erogatrice, distinguendo tra le strutture pubbliche e quelle private accreditate. Nelle tabelle che seguono sono riportati i dati relativi.

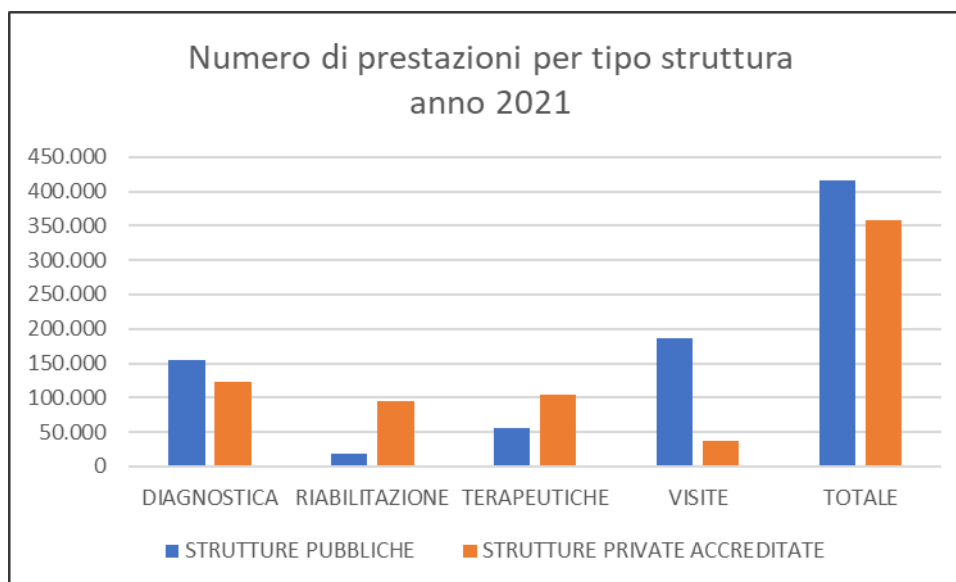
Tabella numero prestazioni per classe FA-RE e tipologia di struttura

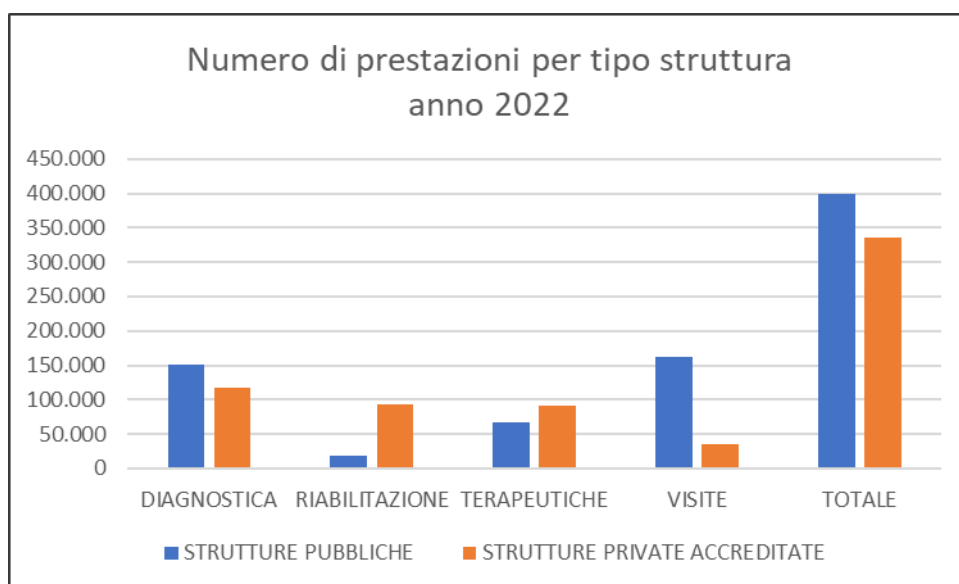
numero di prestazioni	anno erogazione 2021				
CLASSIFICAZIONE FA-RE	STRUTTURE PUBBLICHE	PREST. PRO-CAPITE	STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	PREST. PRO-CAPITE	TOTALE PRESTAZIONI
DIAGNOSTICA	155.053	0,5	122.724	0,4	277.777
RIABILITAZIONE	18.518	0,1	95.087	0,3	113.605
TERAPEUTICHE	55.384	0,2	103.585	0,4	158.969
VISITE	186.251	0,6	37.620	0,1	223.871
TOTALE	415.206	1,4	359.016	1,2	774.222

dato pro-capite calcolato sulla popolazione residente ISTAT al 1/1/2022

numero di prestazioni	anno erogazione 2022				
CLASSIFICAZIONE FA-RE	STRUTTURE PUBBLICHE	PREST. PRO-CAPITE	STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	PREST. PRO-CAPITE	TOTALE PRESTAZIONI
DIAGNOSTICA	150.143	0,5	116.838	0,4	266.981
RIABILITAZIONE	18.528	0,1	92.710	0,3	111.238
TERAPEUTICHE	67.680	0,2	91.294	0,3	158.974
VISITE	161.974	0,6	35.674	0,1	197.648
TOTALE	398.325	1,4	336.516	1,2	734.841

dato pro-capite calcolato sulla popolazione residente ISTAT al 1/1/2022





La tabella evidenzia un numero di prestazioni pro-capite erogate dalle strutture private superiore a quelle erogate dalle strutture pubbliche per le classi riabilitazione e terapeutiche.

Un particolare focus è stato realizzato prendendo a riferimento alcune branche specialistiche ambulatoriali specificando che i dati anno 2022 sono in corso di consolidamento sul Sistema TS. L'analisi è stata realizzata prendendo in considerazione la spesa pro capite suddivisa per distretto, distinguendo la produzione pubblico/privato, per distretto di residenza e per classi di età.

numero di prestazioni	anno erogazione			
	2021		2022	
	NUM. PREST.	PREST. PRO-CAPITE	NUM. PREST.	PREST. PRO-CAPITE
BRANCHE				
Branche a visita	223.871	0,8	197.648	0,7
Cardiologia	45.765	0,2	37.690	0,1
Diagnostica per immagini	131.122	0,5	133.039	0,5
Radioterapia	92.604	0,3	78.438	0,3
TOTALE	493.362	1,7	446.815	1,5

dato pro-capite calcolato sulla popolazione residente ISTAT al 1/1/2022

valore delle prestazioni	anno erogazione			
	2021		2022	
	VAL. PREST.	VAL PRO-CAPITE	VAL. PREST.	VAL PRO-CAPITE
BRANCHE				
Branche a visita	3.697.476	12,7	3.257.369	11,2
Cardiologia	1.410.191	4,8	1.155.346	4,0
Diagnostica per immagini	10.334.119	35,5	10.599.944	36,5
Radioterapia	4.789.766	16,5	4.627.091	15,9
TOTALE	20.231.552	69,6	19.639.750	67,5

dato pro-capite calcolato sulla popolazione residente ISTAT al 1/1/2022

Nella tabella sotto riportata è possibile rilevare la produzione erogata sia dalle strutture pubbliche che private accreditate per gli anni 2021/2022 ed il numero delle prestazioni pro-capite per tipologia di erogazione.

Tabella numero prestazioni per branca e tipologia di struttura

numero di prestazioni	anno erogazione 2021				
BRANCHE	STRUTTURE PUBBLICHE	PREST. PRO-CAPITE	STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	PREST. PRO-CAPITE	TOTALE PRESTAZIONI
Branche a visita	186.251	0,6	37.620	0,1	223.871
Cardiologia	32.735	0,1	13.030	0,0	45.765
Diagnostica per immagini	58.346	0,2	72.776	0,3	131.122
Radioterapia	-	-	92.604	0,3	92.604
TOTALE	277.332	1,0	216.030	0,7	493.362

dato pro-capite calcolato sulla popolazione residente ISTAT al 1/1/2022

numero di prestazioni	anno erogazione 2022				
BRANCHE	STRUTTURE PUBBLICHE	PREST. PRO-CAPITE	STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	PREST. PRO-CAPITE	TOTALE PRESTAZIONI
Branche a visita	161.974	0,6	35.674	0,1	197.648
Cardiologia	26.121	0,1	11.569	0,0	37.690
Diagnostica per immagini	61.431	0,2	71.608	0,2	133.039
Radioterapia	-	-	78.438	0,3	78.438
TOTALE	249.526	0,9	197.289	0,7	446.815

dato pro-capite calcolato sulla popolazione residente ISTAT al 1/1/2022

I dati in tabella evidenziano un maggior numero di prestazioni procapite erogate da Strutture private accreditate per la diagnostica per immagini rispetto a quelle erogata dalle strutture pubbliche.

Tabella indice di consumo branche per Distretto

numero di prestazioni ANNO 2021	DISTRETTO DI CAMPOBASSO		DISTRETTO DI ISERNIA		DISTRETTO DI TERMOLI		TOTALE REGIONE	
residenti al 1/1/2022	116.330		80.170		94.269		290.769	
BRANCHE	PRESTAZIONI	Indice di consumo per 1000 ab	PRESTAZIONI	Indice di consumo per 1000 ab	PRESTAZIONI	Indice di consumo per 1000 ab	PRESTAZIONI	Indice di consumo per 1000 ab
Branche a visita	91.034	783	54.051	674	78.786	836	223.871	770
Cardiologia	18.685	161	17.017	212	10.063	107	45.765	157
Diagnostica per immagini	52.066	448	45.696	570	33.360	354	131.122	451
Radioterapia	41.179	354	25.296	316	26.129	277	92.604	318
TOTALE	202.964	1.745	142.060	1.772	148.338	1.574	493.362	1.697
numero di prestazioni ANNO 2022	DISTRETTO DI CAMPOBASSO		DISTRETTO DI ISERNIA		DISTRETTO DI TERMOLI		TOTALE REGIONE	
residenti al 1/1/2022	116.330		80.170		94.269		290.769	
BRANCHE	PRESTAZIONI	Indice di consumo per 1000 ab	PRESTAZIONI	Indice di consumo per 1000 ab	PRESTAZIONI	Indice di consumo per 1000 ab	PRESTAZIONI	Indice di consumo per 1000 ab
Branche a visita	82.751	711	47.714	595	67.183	713	197.648	680
Cardiologia	15.844	136	11.829	148	10.017	106	37.690	130
Diagnostica per immagini	50.622	435	44.589	556	37.828	401	133.039	458
Radioterapia	37.545	323	19.804	247	21.089	224	78.438	270
TOTALE	186.762	1.605	123.936	1.546	136.117	1.444	446.815	1.537

I dati contenuti nella Tabella confermano la presenza di un indice di consumo più elevato nel Distretto Sanitario di Isernia con particolare riguardo alla diagnostica per immagini.

Tabella numero prestazioni per branche e classi di età

ANNO 2021	classi di ETA'											
BRANCHE	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	>=100	Totale
Branche a visita	4.944	7.750	8.581	9.586	16.727	30.286	43.042	57.155	38.638	7.016	146	223.871
Cardiologia	877	687	918	1.044	2.173	5.604	10.157	13.424	9.126	1.715	40	45.765
Diagnostica per immagini	616	3.019	3.841	5.459	12.517	24.833	31.045	32.360	15.312	2.080	40	131.122
Radioterapia			96	1.798	5.164	14.197	23.863	32.083	13.687	1.716		92.604
Totale complessivo	6.437	11.456	13.436	17.887	36.581	74.920	108.107	135.022	76.763	12.527	226	493.362
ANNO 2022	classi di ETA'											
BRANCHE	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	>=100	Totale
Branche a visita	4.835	6.613	7.607	8.928	15.050	26.924	39.970	50.412	31.681	5.511	117	197.648
Cardiologia	427	723	770	929	1.845	4.600	8.643	10.999	7.313	1.407	34	37.690
Diagnostica per immagini	756	3.147	3.857	5.990	12.473	26.090	33.375	32.535	13.431	1.373	12	133.039
Radioterapia			279	1.667	5.625	9.909	19.273	27.948	12.526	1.148	63	78.438
Totale complessivo	6.018	10.483	12.513	17.514	34.993	67.523	101.261	121.894	64.951	9.439	226	446.815

5. Conclusioni

Il documento elaborato rappresenta l'attuale offerta regionale realizzata analizzando e confrontando i dati disponibili relativi agli anni 2021/2022.

La mancata disponibilità di tutti i dati necessari ad una rilevazione complessiva del fabbisogno teorico stimato di prestazioni sanitarie regionali per la specialistica ambulatoriale, quali la mobilità passiva, i dati degli accessi ai pronto soccorso per i codici bianchi e verdi ed il valore ed il numero delle prestazioni "out of pocket" determinano una sottostima della offerta di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettivamente erogate e non presenti nel flusso informativo di rendicontazione.

Pertanto, il documento potrà essere aggiornato ed integrato a valle del consolidamento dei dati dell'annualità 2022.

Fabbisogno di prestazioni di Radioterapia Regione Molise

Rev. Dicembre 2022

UOC Monitoraggio LEA, Sistemi Sanitari Regionali e Aziende Sanitarie

Stima Fabbisogno di Radioterapia della Regione Molise (Residenti + Mobilità passiva)

La stima del fabbisogno per la Regione Molise è stata ottenuta a partire dai dati di produzione 2021. Si riporta di seguito la metodologia adottata:

- a) Sui dati di produzione 2021 è stato calcolato il numero medio di prestazioni per caso ed il valore medio per prestazione;
- b) Per la stima del fabbisogno, è stato ricalcolato il numero di prestazioni ottenuto moltiplicando il numero medio di prestazioni 2021 al numero di nuovi casi da trattare (758 casi: 644 casi per residenti + 114 casi in mobilità passiva da recuperare);
- c) Alla luce delle risultanze dei controlli effettuati presso la struttura - che hanno evidenziato una probabile difformità applicativa del nomenclatore della specialistica ambulatoriale - con specifico riferimento alle prestazioni la cui prescrizione debba essere riferita all' «intero trattamento» - il fabbisogno è stato ricalcolato utilizzando per le prestazioni «schermatura personalizzata» e «sistema di immobilizzazione personalizzato» il numero medio di prestazioni per caso delle regioni che sembrerebbero applicare correttamente le indicazioni del nomenclatore.
- d) La valorizzazione economica è stata ottenuta moltiplicando il numero di prestazioni da fabbisogno, determinato come riportato al punto c), al valore medio per prestazione 2021 (che risulta in linea con le tariffe previste dal nomenclatore).

Codice prestazione	Descrizione prestazione	PRODUZIONE 2021					FABBISOGNO				
		N. prestazioni	N. casi trattati (residenti + mobilità attiva)	Valore produzione	N. medio di prestazioni per caso	Valore medio per prestazione	N. casi da trattare (residenti + mobilità passiva)	N. prestazioni (ricalcolato su casi da trattare)	N. prestazioni (ricalcolato su produzione nuovi casi da trattare) corretto	Valore	
92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta o per focolaio trattato	81		3.625 €	0,1	45 €		75	75	3.363 €	
92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO Per seduta o per focolaio trattato	21.075		1.362.077 €	25,8	65 €		19.553	19.553	1.263.714 €	
92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH Per seduta o per focolaio trattato	1.996		193.372 €	2,4	97 €		1.852	1.852	179.408 €	
92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE Con TC simulatore o TC in caso di iniezione di mezzo di contrasto	877		107.547 €	1,1	123 €		814	814	99.780 €	
92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO	19.544		583.975 €	23,9	30 €		18.133	18.133	541.803 €	
92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	974		110.062 €	1,2	113 €		904	904	102.114 €	
92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO	23.070		322.980 €	28,2	14 €		21.404	21.404	299.656 €	
92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA	44.317		2.631.543 €	54,2	59 €		41.117	1.055	62.632 €	
92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO	5.804		735.657 €	7,1	127 €		5.385	1.092	138.415 €	
92.29.9	Preparazione di compensatori sagomati	397		43.126 €	0,5	109 €		368	368	40.012 €	
Totale		118.135	817	6.093.964 €	144,6	52 €	758	109.604	65.249	2.730.897 €	

Il fabbisogno regionale stimato per soddisfare i bisogni dei pazienti residenti è pari a **758 casi**.

Il valore della produzione stimato sul numero dei casi da trattare è pari a circa **2,7 €/mln.**