

Azienda Sanitaria Regionale Molise



ASREM

ATTO AZIENDALE

APPENDICI

TRIENNIO 2010 – 2012

30 GIUGNO 2010

Delibera ASREM n. 785 1 luglio 2010

INDICE APPENDICI

APPENDICI

- Appendice n 1:
Attività Direzione Generale ASREM;
- Appendice n 2:
Bisogno di Salute;
- Appendice n 3:
Economie di spesa

APPENDICE N.1 Attività poste in essere dalla Direzione Generale ASREM dalla data di effettivo insediamento – settembre 2009 – con riferimento agli obiettivi del piano di rientro – 27/03/2008 – e agli adempimenti contenuti nel decreto del Consiglio dei Ministri del 28/07/2009.

Azioni poste in essere dalla Direzione Aziendale per il raggiungimento degli obiettivi di risanamento, con riguardo alla riorganizzazione della rete ospedaliera, alla incentivazione dei processi di deospedalizzazione con sviluppo della rete territoriale distrettuale, al contenimento della spesa del personale, agli acquisti centralizzati, al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e al corretto monitoraggio dell'offerta pubblica e privata accreditata e della relativa spesa, nella finalità di un equilibrio economico di gestione che assume particolare rilevanza in una situazione di risorse economiche limitate dalla esigenza di rispettare i vincoli di bilancio imposti dal Piano di rientro e dal Patto di stabilità.

Obiettivo 2 - Ridefinizione assetto dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise attraverso l'approvazione dell'atto aziendale redatto dalla ASREM

Avviato il processo di riorganizzazione dell'Azienda Sanitaria in un'unica struttura regionale, nella finalità di eliminare la frammentazione istituzionale ed operativa del precedente assetto:

- **Costituzione di Unità Operative centralizzate con a capo Dirigenti responsabili unici a livello regionale.**
- **Organizzazione del Servizio di Staff dell'ASREM -**
- **Costituzione Nucleo Operativo di Controllo Interno ASREM –**
- **Istituzione Servizio Informativo Aziendale**

Atti:- Avviso prot. 3131 del 07.08.2009, Delibere nn. 1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1329-1330-1331/ 14.10.2009, 1445 del 11.11.2009 – n.541 del 18.05.2010 - n.325 del 29.03.2010

- **Riordino della rete ospedaliera:**

Formulate proposte con note del 12.01.2010, prot. 72 del 16.02.2010, n.77 del 22.02.2010. La definitiva ristrutturazione è stata avviata dopo l'elaborazione e successiva adozione del Piano di ristrutturazione della rete ospedaliera allegata al Decreto del Commissario ad Acta n.19/2010

- **Riqualficazione rete emergenza e delle UU.OO. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Campobasso, Agnone, Isernia, Termoli e Venafro**
- **Programma di ristrutturazione ed omogeneizzazione delle prestazioni cardiologiche erogate dai PP.OO. di Termoli, Larino e Campobasso**
- **Presa d'atto Decreto Commissariale n.19/10: Ristrutturazione rete ospedaliera**
- **Linee di indirizzo per la ricognizione delle strutture complesse e semplici**
- **Completamento Piano Aziendale di attuazione del riordino della rete delle strutture pubbliche e private di diagnostica di laboratorio**
Atti: delibere nn. 1423-1424 del 05.11.2009, 1538 e 1539 del 04.12.2009
- nn. 1317-1318-1319-1320/14.10.2009, 1477 del 20.11.2009 – n.689 del 14.06.2010 – n.690 del 14.06.2010 – n.1442 del 10.11.2009

- **Avvio nuovo impianto organizzativo territoriale e distrettuale con l'avvenuta ridefinizione territoriale per n.7 Distretti sanitari (nomina Direttori dei Distretti, nomina Direttori Amministrativi dei Distretti, ricollocazione e ridistribuzione risorse umane territoriali, costituzione Porta Unica di Accesso in ogni Distretto, nomina UVIM, avvio omogeneizzazione procedure di erogazione prestazioni territoriali, con riguardo in particolare agli adempimenti LEA distrettuali - Tessera Sanitaria, assistenza domiciliare,**

assistenza ambulatoriale ed in accreditamento esterno, assistenza integrativa e protesica, integrazione socio-sanitaria con Ambiti sociali).

- **Realizzazione di un hospice –**
- **Realizzazione della RSA nel Comune di Colletorto –**
- **Progetto ex art. 1 Legge 662/96 “Casa della Salute”**
Atti: deliberenn. 1269-1315-1316-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328/14.10.2010, n.1446 del 11.11.2009 – n. 231 del 11.03.2010- n.466 del 28.04.2010

La proposta dell'atto aziendale, riguardante anche il riordino avviato, è stata sottoposta all'attenzione del Sub Commissario con note del 22.02.2010, del 12.04.2010 e del 24.05.2010.

La redazione definitiva è stata condizionata dalla approvazione del Programma Operativo Regione Molise anno 2010 allegato al Decreto del Commissario ad Acta n. 17 del 10.05.2010.

<u>Obiettivo 3 - Misure di contenimento della spesa del personale, beni e servizi- riduzione lavoro interinale – riduzione consulenze.</u>

- **Rideterminazione della consistenza del personale** dipendente a tempo indeterminato, con rapporto di lavoro a tempo determinato , con contratti di collaborazione coordinata o altre forme di lavoro flessibile:
Varie note per la rilevazione e trasmissione dati aggregati alla Regione
- **Riduzione del lavoro interinale** da n.230 unità alle attuali n.59 unità in scadenza al 30.06.2010 (delibera n.330 del 01.04.2010)
- **Indizione avvisi pubblici** e selezioni pubbliche per il reclutamento del personale a tempo determinato al fine di dare continuità assistenziale stante il perdurare della carenza dell'organico causato dal blocco del turn-over
- **Approvazione regolamento per il conferimento di incarichi professionali di collaborazioni di natura occasionale e coordinata** (delibera n.315 del 26.03.2010)
- **Approvazione regolamento attività libero-professionale** (delibera n.1655 del 31.12.2009)
- **Stabilizzazione personale precario** (delibera n.1657 del 31.12.2009) Richiesta Autorizzazione Regionale
- **Razionalizzazione attività aggiuntiva** (delibera n. 161 del 23.02.2010)
- **Contrazione consulenze sanitarie e non sanitarie** (nota Direzione Generale n.4077 del 26.10.2009)
- **La ridefinizione delle posizioni organizzative e di coordinamento** – fermo restando che trattasi di misura dalla quale non consegue risparmio per l'Azienda essendo finanziato con i fondi contrattuali - , è in fase di riconsiderazione in relazione alla ricollocazione del personale conseguente alla nuova articolazione funzionale
- **Risoluzione unilaterale dei rapporti di lavoro** (delibera n. 76 del 27.01.2010)
- **Risoluzione consensuale rapporto di lavoro della Dirigenza del SSR** (delibera n. 465 del 28.04.2010) – Richiesta autorizzazione regionale
- **Provvedimenti finalizzati al contenimento della spesa per beni e servizi:**
 - n. 1509 del 20/11/2009, Procedura aperta per l'affidamento del servizio di lavanolo dei PP.OO. e delle strutture territoriali;
 - n. 1373 del 26/10/2009, Procedura aperta per la fornitura di prodotti farmaceutici destinati alla “distribuzione per conto” su tutto il territorio regionale;

- n. 1614 del 21/12/2009, Procedura negoziata per l'affidamento del servizio di immagazzinamento, inventariazione e manutenzione di ausili protesici;
- n. 245 del 03/03/09, Procedura aperta per la fornitura a domicilio di prodotti e servizi per la Nutrizione Artificiale Domiciliare;
- n. 493 del 03/04/09 e n. 1465 del 12/11/09, Procedura aperta per l'affidamento del servizio di conduzione, gestione, manutenzione ordinaria e straordinaria delle opere civili e degli impianti tecnologici dell'ASREM, lotti n. 1 e n. 3;
- n. 1467 del 13/11/09, Procedura aperta per l'affidamento della polizza di R.C. dell'ASREM;
- n. 1341 del 14/10/2009, Procedura negoziata per la fornitura di farmaci infusionali agli Ambiti Territoriali dell'ASREM;
- n. 1508 del 20/11/2009, Procedura negoziata per la fornitura di prodotti farmaceutici destinati alla "distribuzione per conto" su tutto il territorio regionale;
- n. 1545 del 04/12/09, Procedura negoziata per la fornitura di prodotti farmaceutici destinati alla "distribuzione per conto" su tutto il territorio regionale.
- n. 225 del 9 marzo 2010 Procedura aperta per la fornitura in service di sistemi diagnostici per i Laboratori Analisi dell'ASREM;
- n. 383 del 13.04.2010 Procedura aperta per la fornitura di sistemi per dialisi peritoneale ospedaliera e domiciliare;
- n. 118 del 17.02.2010 – contratto di assicurazione per la copertura della responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera: nomina commissione per valutazione e liquidazione dei danni da parte della ASREM
- n. 1614 del 21.12.2009 Aggiudicazione procedura negoziata per il servizio di gestione, inventariazione, immagazzinamento degli ausili per disabili nella ASREM a livello aziendale;
- n. 1510 del 23.11.2009: Apertura Centro di Riferimento stomizzati.
- n. 733 del 24.06.2010 Migrazione della rete telefonica aziendale dalle tecnologie attuali alla tecnologia VOIP mediante sistema pubblico di connettività (SPC)

Gare in corso di espletamento

Procedura aperta per l'affidamento del servizio di screening mammografico su mezzo mobile;

Procedura aperta per la fornitura di presidi e materiale sanitario vario per i PP.OO e Strutture Territoriali dell'ASREM.

Obiettivo 4 - Riassetto articolazione organizzativa dei distretti

Illustrazione dell'impianto organizzativo distrettuale avviato in conseguenza del provvedimento del Direttore Generale ASREM n.160 del 18.02.2009:

- **Attivazione n.7 Distretti**
- **Nominati Direttori Distretti**
- **Nominati Direttori Amministrativi dei Distretti**
- **Costituita Porta Unica di Accessa Distretti Boiano-Riccia, Campobasso e Termoli**
e nominata UVIM (delibere nn. 19/19.01.2010, 727 e 729 del 22.06.2010)
- **Affidata responsabilità Sovradistrettuale Assistenza Specialistica (per monitoraggio attività distrettuali ed omogeneizzazione procedure e azioni)**
 - **Affidata responsabilità sovra distrettuale Assistenza Di Base (per monitoraggio attività distrettuali ed omogeneizzazione procedure e azioni)**
 - **Affidata responsabilità sovra distrettuale Assistenza Domiciliare (per monitoraggio attività distrettuali ed omogeneizzazione procedure e azioni)**
 - **Costituzione Comitato Direttori di Distretto**
 - **Implementazione dell'integrazione fra ospedale e territorio sia nell'ottica della domiciliarità del paziente sia attraverso la prossima attivazione dei posti di RSA presso gli Ospedali di Venafrò, Larino e Agnone.**

Sono in fase di definizione linee guida sulla assistenza domiciliare con particolare riguardo all'adozione provvedimento di regolamento PUA, regolamento UVIM, flussi informativi NSIS, protocolli di intesa con Ambiti Sociali, azioni finalizzate al raggiungimento dell'Obiettivo di Servizio S.O6, attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici attraverso la rete costituita dai medici di assistenza primaria , i medici di continuità assistenziale, il distretto, l'ospedale, potenziamento procedure dimissioni programmate e protette dalle strutture pubbliche e private accreditate. .

Obiettivo 5 - Potenziamento e regolazione del sistema delle cure primarie

- **Elaborato progetto di riorganizzazione del servizio presidi di continuità assistenziale con proposte di sperimentazione per i Distretti di Isernia e Venafrò**
- **Interventi finalizzati alla regolamentazione del sistema delle cure primarie:**
 - Certificati di malattia digitali (note n. 1770 dell'11.05.2010 e 1848 del 12.05.2010)
 - Adempimenti LEA – Tessera Sanitaria (note 187 del 24.05.2010 e 243 del 14.06.2010) finalizzate alla omogeneizzazione, su tutto il territorio per la messa a regime della distribuzione corretta dei ricettari – riconciliazione archivi anagrafici per produzione tessera sanitaria (nota n.1902 del 14.05.2010)
 - Mobilità sanitaria cittadini stranieri comunitari e/o di Paesi convenzionati: adempimenti finalizzati alla omogeneizzazione delle procedure per la corretta registrazione delle prestazioni erogate ai fini della compensazione internazionale (nota 2179 del 09.06.2010)
 - Regolamentazione compartecipazione spesa sanitaria cittadini non residenti per prestazioni pronto soccorso o prestazioni di continuità assistenziale (nota 2181 del 09.06.2010)
 - Adempimenti decreto ministeriale 11.12.2009 – esenzioni (nota 2379 del 18.06.2010)
 - Avvio medici di medicina generale per la sperimentazione degli studi di MMG aperti H12 presso ospedali riconvertiti

Obiettivo 6 - Riequilibri e regolazione dell'assistenza riabilitativa

- **Avvio applicazione a regime in ambito distrettuale della riorganizzazione dell'offerta riabilitativa mediante **filtro della domanda da parte della UVIM**, in ottemperanza alla delibera di Giunta Regionale n.284/09, con strumento di valutazione multidimensionale**
- **Contrazione tetto di spesa** soggetti accreditati privati per prestazioni ex art. 26 L.833/78 nell'ambito di Termoli nel quale registrata eccedenza domanda/offerta di prestazioni
- **Negoziare con soggetti privati accreditati altri ambiti per proposte di **riconversione dell'offerta riabilitativa** nelle forme dell'internato e del semi internato.**
- **Definizione accordi contrattuali con i soggetti che erogano prestazioni di terapia fisica e riabilitativa nei limiti dei tetti stabiliti con Decreto del Commissario ad Acta n.15/10**
- **Varie note della Direzione Generale per la **contrazione della mobilità passiva** per prestazioni riabilitative ex art. 26, così come previsto dalla delibera di Giunta Regionale n.284/09**

Obiettivo 7 - Regolamentazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnosi e cura

La qualificazione dell'assistenza specialistica deve necessariamente muovere dalla riorganizzazione della rete ospedaliera regionale cui consegue il passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e da questo al regime ambulatoriale, dopo la predisposizione e adozione da parte della Giunta Regionale delle schede ambulatoriali che specifichino la natura ambulatoriale della prestazione erogata, spostata dal regime ordinario a quello ambulatoriale e quindi il cambiamento del regime di erogazione con una diversa organizzazione delle professionalità coinvolte e la conseguente revisione delle agende CUP-PASS.

La previsione negli ospedali riconvertiti di ambulatori per visite specialistiche che preservino i servizi attualmente erogati dai presidi ospedalieri e il potenziamento delle attività specialistiche già in essere nonché la istituzione di centri multidisciplinari di chirurgia ambulatoriale, potrà essere valutata e realizzata solo ad avvenuta ristrutturazione della rete ospedaliera dopo ricognizione delle professionalità, in possesso della specializzazione, da poter impegnare nelle attività ambulatoriali territoriali.

- **Per il contenimento delle liste di attesa**, risultando quale presupposto l'attuazione del CUP Pass a livello regionale che prevede l'inserimento nell'offerta sanitaria pubblica dei soggetti erogatori privati con conseguente sviluppo e monitoraggio dell'offerta, ogni ulteriore iniziativa potrà essere assunta con la messa a regime da parte del competente Assessorato Regionale del sistema informatico della Molise Dati.
- **Per il miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza specialistica territoriale e ambulatoriale ospedaliera**, è stato costituito il Nucleo di Controllo Strategico dell'Azienda Sanitaria (delibera n.541 del 18.05.2010) cui è demandata anche la promozione di linee guida per i percorsi diagnostico terapeutici e riabilitativi per le patologie di maggiore impatto, riducendo il ricorso a prestazioni inappropriate e spesso di costo elevato
- **Il Tariffario Regionale integrativo** per le prestazioni di specialistica ambulatoriale non è ancora nella disponibilità aziendale

Obiettivo 8 - Potenziamento e regolazione del sistema residenziale per assistenza anziani non autosufficienti

In conseguenza del Decreto Commissariale n.17 del 10.05.2010, nelle strutture ospedaliere di Venafrò, Larino ed Agnone, sono attivati n.40 p.l. di RSA per ciascun presidio riconvertito.

E' in corso di perfezionamento l'accordo contrattuale con la RSA di Castel Del Giudice, con dotazione di n.20 p.l.

Si è in attesa di conoscere da parte della Regione, le tariffe relative al regime residenziale in ragione delle fasce che saranno definite sul livello di intensità assistenziale oltre alle quote previste dal DPCM 2001 a carico dell'assistito o del Comune in caso di impossibilità economica dello stesso.

Obiettivo 9 - Potenziamento del sistema delle Cure domiciliari

L'Azienda ha adottato vari provvedimenti per il potenziamento delle Cure Domiciliari : tra questi, i provvedimenti n.306 del 26.03.2010, 419 del 21.04.2010, 19/19.01.2010,

727 e 729 del 22.06.2010, con i quali è stato avviato il processo di riorganizzazione del sistema delle cure domiciliari in aderenza alle delibere di Giunta Regionale n. 556 del 30.05.2007, 101 del 04.02.2008.

In particolare, in ogni Distretto, risulta attivata la Porta Unica di Accesso e costituita la Unità di Valutazione Multidimensionale, ricollocato il personale ed è in corso di ridefinizione il profilo organizzativo con riguardo all'assistenza domiciliare.

L'attivazione del sistema delle cure domiciliari è in stretta correlazione con il riassetto organizzativo e istituzionale del territorio.

Sono in corso di predisposizione tutti gli atti necessari per la organizzazione e diffusione in maniera omogenea delle prestazioni sia sul piano dell'accesso che su quello del trattamento, attraverso la coniugazione delle esigenze sanitarie con quelle sociali.

In particolare, la strutturazione territoriale dell'offerta verrà riorganizzata a garanzia dei tre livelli di intervento a bassa, media-alta intensità assistenziale.

Obiettivo 10 - Misure di razionalizzazione dell'uso della risorsa farmaco in ambito territoriale .

Per l'anno 2009 risultano rispettati i target fissati .

La ASREM ha avviato le seguenti attività:

- **Elaborazione delle proiezioni di spesa 2009 per raggiungimento target ministeriali**
- **Elaborazione dati prescrittivi farmaci con nota e Piano Terapeutico per Decreto Commissariale n.3**
- **Sperimentazione del Sistema di Gestione piani terapeutici on-line**
- **Estrazione dati medici prescrittori statine per monitoraggio "Arianna"**
- **Attivazione nuova gara DPC**
- **Analisi delle criticità nel sistema DPC**
- **Incontro formativo con i MMG "dall'autovalutazione all'auto regolazione"**
- **Analisi dei fabbisogni effettivi per i farmaci di nuova introduzione in DPC**
- **Analisi della provenienza dei ricettari inidentificati**
- **Analisi dei consumi di Losarta per eventuale manovra di incentivazione all'utilizzo della molecola in scadenza del brevetto**
- **Sviluppo progetto di informazione sul farmaco**

Obiettivo 11 - Riassetto della rete ospedaliera

La riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera è attuativa di quanto disposto con Decreto del Commissario ad Acta n.19 del 14.06.2010.

L'Azienda con propria nota n.72 del 16.02.2010 aveva trasmesso prima bozza sulla riorganizzazione ospedaliera con correlato piano economico.

Obiettivo 12 - Riduzione tasso di ospedalizzazione

La rideterminazione dei posti letto, la riconversione di una parte delle risorse attualmente utilizzate in regime di ricovero ordinario e il trasferimento al sistema domiciliare dei pazienti ricoverati per bassa complessità, conseguiranno a regime, la riduzione del tasso di ospedalizzazione.

Obiettivo 13 - Sviluppo di regimi di assistenza alternativi ai ricoveri ordinari

Si rinvia a quanto precisato agli obiettivi nn. 7-8-9 e 10

Obiettivo 14 - Sviluppo sistemi di valutazione e controllo dell'appropriatezza

Istituito con provvedimento del Direttore Generale n. 541 del 18.05.2010 il Nucleo di Controllo Strategico deputato a:

- alla valutazione dell'utilizzo delle risorse impiegate per il trattamento dei pazienti;
- alla valutazione della qualità delle prestazioni erogate in regime di ricovero, ambulatoriale, territoriale e domiciliare;
- alla verifica delle attività di compilazione e codifica degli strumenti informativi, quale la scheda di dimissione ospedaliera e la scheda di prestazioni ambulatoriali che certificano la tipologia delle prestazioni erogate;
- all'utilizzo di linee guida sui controlli elaborate dal Nucleo stesso, in ordine a :
 - aumenti artificiosi delle prestazioni erogate;
 - selezione della casistica trattata;
 - diversa rappresentazione delle prestazioni effettivamente erogate;
 - inesatta compilazione della cartella clinica, della scheda di dimissione ospedaliera e in genere della documentazione attestante l'erogazione delle prestazioni;
 - ingiustificata frequenza, nella casistica trattata, degli episodi di ricovero classificati Inappropriati;
 - verifica dell'appropriatezza delle prestazioni specialistiche erogate;
 - ogni altro comportamento che non corrisponda ad un ritenuto adeguato del sistema di remunerazione a prestazione;
 - recepire ed attuare linee guida regionali per la promozione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie;
 - monitoraggio della qualità percepita in aree assistenziali a più alto rischio di inefficienza ed efficacia;
 - elaborare proposte per la riduzione delle liste di attesa ;
 - collaborare con il Sistema Informativo Aziendale per le attività di verifica e monitoraggio delle prestazioni erogate ;

Obiettivo 15 - Misure di razionalizzazione dell'uso della risorsa farmaco in ambito ospedaliero.

Interventi posti in essere:

- estrazione ed unificazione dati spesa farmaceutica ospedaliera
- analisi dati per pazienti in terapia con bifosfonati
- analisi dati prescritti alla dimissione da ricoveri in strutture Molise per impostazione e distribuzione diretta
- analisi trend di consumo di farmaci biologici in strutture di ricovero ASREM
- analisi di dettaglio dei consumi di farmaci ospedalieri
- valorizzazione scorte farmaci ospedalieri
- analisi principali indicazioni di uso dei farmaci maggiormente significativi utilizzati in ambito ospedaliero
- analisi dei consumi di farmaci ospedalieri in relazione ai volumi di ricovero ed indipendenti da questo

e' in fase di definizione il regolamento di attuazione delle misure per il monitoraggio ed il contenimento della spesa farmaceutica in ambito ospedaliero

Obiettivo 16 - implementazione contabilità dei centri di costo e di responsabilità ed Obiettivo 18 - Rafforzamento della struttura amministrativa ed implementazione dei procedimenti amministrativi

Si è proceduto all'unificazione dei processi amministrativi, eliminando le esistenti Unità Operative Complesse delle ex Zone e individuando uniche strutture complesse aziendali centralizzate di riferimento per le diverse aree di intervento, senza aggravii di spesa in quanto individuati Dirigenti già titolari di Unità Operative Complesse .

Tra le attività portate a compimento si evidenziano:

- **Installazione della nuova procedura informatica unica dell'A.S.Re.M.;**
- **Creazione di una casella di posta certificata dell'A.S.Re.M. finalizzata allo snellimento delle procedure di gestione amministrativa degli atti e al tempestivo scambio di informazioni;**
- **Organizzazione delle procedure amministrative "as – is" utili per gestire, a livello regionale, tutte le informazioni di natura amministrativa dell'A.S.Re.M.;**
- **Predisposizione di una declaratoria delle funzioni dei dirigenti delle unità operative unificate regionali, nelle more dell'approvazione dell'Atto Aziendale.**
- **L'implementazione del sistema per la gestione informatizzata del protocollo aziendale unico e degli atti amministrativi;**
- **Recepimento della direttiva "Brunetta" sulla diffusione dell'impiego delle reti telematiche aziendali, con relativo regolamento;**
- **Adozione regolamento accesso agli atti e alle informazioni nel rispetto della tutela dei dati personali;**
- **Adempimenti Decreto legislativo n.196/03**
- **Implementazione di un sistema contabile unico ASReM, con gestione contemporanea dei sistemi di contabilità generale ed analitica: a decorrere dal 1 gennaio 2010 sono stati unificati i seguenti adempimenti:**
 - a) *registrazione ai fini IVA delle fatture passive anno 2010*
 - b) *emissione fatture attive*
 - c) *registrazioni contabili esercizio 2010*
 - d) *incassi relativi all'anno 2010*
 - e) *pagamenti relativi all'esercizio 2010*
- **Elaborazione del primo cedolino paga unitario a livello ASReM entro il 31 gennaio 2010;**
- **Avvio di un nuovo sistema unitario per la gestione delle attività connesse alla programmazione aziendale ed al budgeting e monitoraggio continuo degli scostamenti.**
- **Unificazione delle procedure per elaborazione cedolino unico per medici convenzionati**
- **Adozione provvedimento per Piano dei Centri di Costo provvisori e relativo regolamento in ottemperanza a quanto previsto con decreto del Commissario ad Acta n. 12 del 28 dicembre 2009; -**
- **Costituzione S.I.A. (Sistema Informativo Aziendale) – delibera n. 325/2010- con il quale si è inteso assicurare le attività di raccolta, trattamento ed elaborazione delle informazioni, nonché le attività di implementazione e manutenzione del sistema informativo aziendale, attraverso un raccordo funzionale di Unità operative Tale S.I.A. garantisce, da un lato, il supporto operativo e l'assistenza tecnica alle UU.OO. coinvolte nel processo di raccolta dati, dall'altro, un coordinamento continuo al fine di applicare standard di raccolta comuni, gestire**

tempi e scadenza, omogeneizzare le informazioni disponibili. I dati forniti dal Servizio potranno essere altresì utilizzati dal costituendo Nucleo Operativo di Controllo al fine di sviluppare strumenti di campionamento dei dati di produzione da sottoporre alla verifica di coerenza tra la cartella clinica e la sua sintesi informatica (SDO).

Le principali funzioni svolte all'interno del costituendo Servizio saranno:

- *Censimento dei flussi dati aziendali*
- *Creazione della banca dati dei flussi aziendali*
- *Creazione del sistema di gestione dello scadenziario integrato con la banca dati anzidetta*
- *Risoluzione dei problemi tecnici relativi ai dati dei flussi*
- *Creazione del repository aziendale dei flussi dati*
- *Sviluppo di un sistema di interrogazione dei database aziendali*
- *Reportistica navigabile per il personale autorizzato alla consultazione*
- *Sviluppo di procedure alla pre-verifica dei dati*
- *Supporto assistenza tecnica apparecchiature informatiche*
- *Creazione e sviluppo del sito web aziendale.*
- *Costituzione Ufficio di Disciplina (delibera n. 1451 del 12.11.2009)*

Altri adempimenti posti in essere :

- ***Negoziante e sottoscrizione accordi contrattuali con soggetti erogatori privati accreditati nel rispetto dei tetti di spesa stabiliti con decreto commissariale n.15/2010. (Manca una sola struttura)***
- ***Definizione protocollo di intesa con università degli Studi del Molise (Sottoscritto da ASREM ed UNIMOL)***
- ***Piano definito di attuazione del piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private di diagnostica di laboratorio***
- ***Ricognizione della entità e natura del contenzioso passivo con sottoscrizione atti di transazione con soggetti accreditati privati e fornitori.***
- ***Adozione procedura unica aziendale monitoraggio budget regionale ed extraregionale soggetti accreditati***
- ***Determinazioni in ordine ai flussi informativi aziendali con individuazione responsabili di primo e secondo livello (delibera n.542 del 18.05.2010)***
- ***Attivazione I° modulo da 20 p.l. per RSA dal 15.07.2010 negli stabilimenti di Larino – Venafrò ed Agnone (Delibere nn.740-741-742 del 25.10.2010)***
- ***Primo accorpamento di UU.OO.CC. Mediche con incarichi ad interim a Direttori titolari – decorrenza 15.07.2010***
- ***Attivazione polo ortopedico unico nello stabilimento di Venafrò con spostamento delle ortopedie di Agnone ed Isernia***
- ***Spostamento della Chirurgia dello stabilimento di Venafrò allo stabilimento di Isernia***
- ***Accorpamento della U.O.C. Pediatria e della U.O.C. Neonatologia TIN in un'unica UOC (DEA di II° Cardarelli di Campobasso) – decorrenza 1/10/2010 per consentire lavori di ristrutturazione***

APPENDICE N.2 Demografia e bisogno espresso

Il Territorio



L'ASReM, coincide con il territorio della regione Molise, una delle regioni dell'Italia Centrale esistente dal 1963 come distaccamento dalla regione Abruzzo.

Il territorio è montuoso per il 55,3% e collinare per la restante parte ad eccezione di una piccolissima zona costiera.

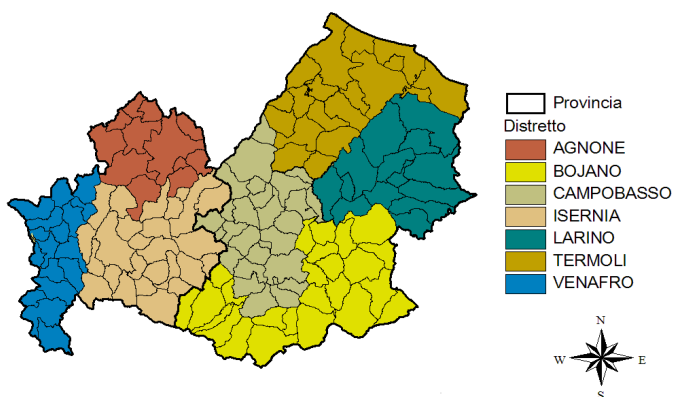
Il Molise con una superficie di 4.425 Km² è la seconda regione più piccola d'Italia e anche la meno abitata (dopo la Valle d'Aosta).

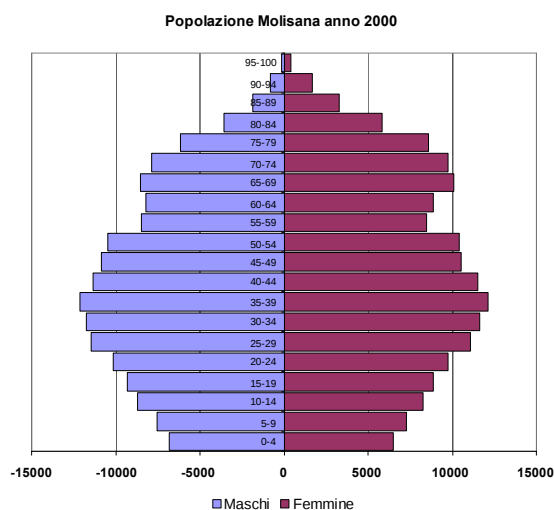
Confina ad est con il Mare Adriatico e la provincia di Foggia, a ovest con la provincia di Frosinone, a nord con le provincie di Chieti e L'Aquila e a sud con le provincie di Benevento e Caserta.

La popolazione

L'ASReM, ha una popolazione (ISTAT 2009) di 320.795 abitanti, pari allo 0,6 per cento della popolazione italiana suddivisa, ai fini dell'assistenza sanitaria e fornitura di servizi in 7 Distretti Sanitari, per complessivi 136 comuni.

ASReM





Popolazione

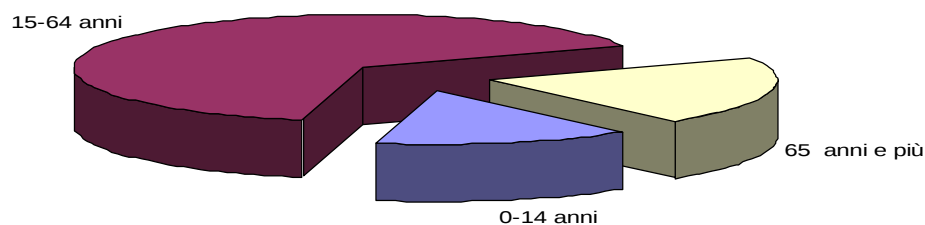
Distretto	Maschi	Femmine	Totale
AGNONE	6287	6701	12988
ISERNIA	22507	23866	46373
VENAFRO	14514	15020	29534
CAMPOBASSO	41120	44328	85448
BOJANO	21273	22267	43540
TERMOLI	35597	36818	72415
LARINO	14738	15759	30497

Fonte dati ISTAT 2009

I dati che descrivono la struttura per età della popolazione hanno forti analogie con il dato nazionale, seppure con una tendenza ad un maggiore invecchiamento: ci sono in Molise il 8,95 per cento di bambini, contro il 14 per cento nazionale, mentre la popolazione con più di 65 anni è pari al 21,86 per cento a fronte del 20,01 per cento del Paese.

La popolazione in età lavorativa con età compresa tra i 15 e i 64 anni è pari al 65,41 per cento del totale a fronte del 65,8 per cento nazionale.

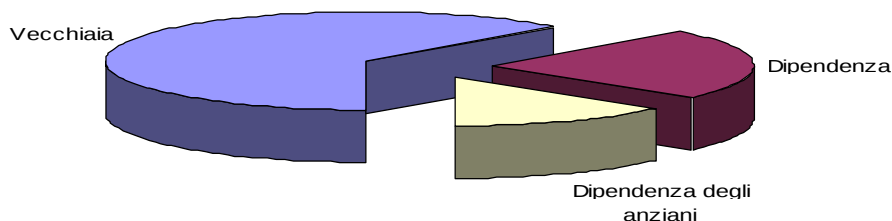
Distribuzione della popolazione ASReM per classi d'età



Legati alla struttura per età della popolazione sono l'indice di vecchiaia che per il Molise nel periodo 2007-2009 è passato dal 168% del 2007 al 172% del 2009 con un valore medio pari al 170% a fronte del 142% nazionale e l'indice di Dipendenza strutturale con un valore medio nel periodo pari al 53 % a fronte del 52 % nazionale, a testimonianza di

un maggiore peso della popolazione in età non produttiva nella Regione Molise rispetto al dato nazionale, con un peso in crescendo soprattutto della popolazione anziana di età superiore o uguale a 65 anni (Indice di Dipendenza degli anziani)

Indicatori strutturali della popolazione ASReM

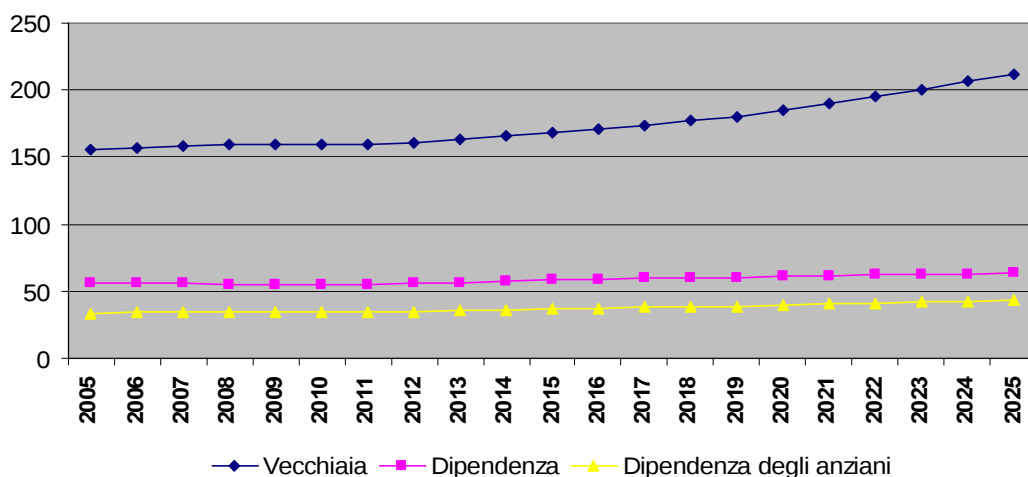


Proiezioni demografiche

Qualora si verificassero le condizioni previste nell'ipotesi media, che ipotizza un lieve aumento della fecondità e della natalità rispetto alle attuali condizioni che vedono il Molise ai più bassi livelli nazionali nel prossimo ventennio, assisteranno ad un ulteriore livellamento della popolazione verso le fasce d'età più anziane che soprattutto nell'ultimo quinquennio saranno rappresentate dall'età superiore ai settantacinque anni, cioè da quella fascia d'età che già oggi è più direttamente oggetto di interventi sia di tipo sanitario che socio sanitario e assistenziale.

Indicatori strutturali ASReM

(stime calcolate su base dati ISTAT anno 2000)



Analisi demografica per Distretto Sanitario

Distretto	Maschi	Femmine	Totali	0-14 anni	15-64 anni	up 65 anni	up 75 anni	Vecchi	Dip.	Dip. Anziani
AGNONE	6287	6701	12988	1328	7903	3757	2231	282,91	64,34	40,70
ISERNIA	22507	23866	46373	5653	30848	9872	5332	174,63	50,33	27,05
VENAFRO	14514	15020	29534	3632	19690	6212	3390	171,04	49,99	26,64
CAMPOBASSO	41120	44328	85448	10843	56309	18296	9504	168,74	51,75	27,25
BOJANO	21273	22267	43540	5591	27664	10285	5760	183,96	57,39	30,93
TERMOLI	35597	36818	72415	9915	47891	14609	7142	147,34	51,21	25,27
LARINO	14738	15759	30497	3882	19516	7099	3843	182,87	56,27	30,34

Analizzando i dati per Distretto Sanitario, il Distretto Sanitario di Agnone, con un indice di vecchiaia di 282.91, e di dipendenza strutturale degli anziani di 40.70, si colloca al vertice, seguita a distanza da Venafro (171,04) e Campobasso (168,74) mentre il distretto con l'indice più favorevole è quello di Termoli (147,34). Il maggior numero di "supervvecchi", cioè di persone con più di settantacinque anni, sono presenti nella zona di Agnone con un tasso di 15.37 contro una media delle altre zone di circa 10.

Le principali cause di morte

La popolazione molisana si caratterizza per una elevata speranza di vita alla nascita (78,8 anni per gli uomini e 84,3 anni per le donne nel dato puntuale del 2009), in linea con quella nazionale; inoltre nell'ultimo decennio, la vita media dei residenti è aumentata di più di 2 anni.

Nel periodo 2006 - 2007 si è osservata una sensibile tendenza alla riduzione della mortalità i cui tassi standardizzati per 10.000 abitanti sono passati 87,84 a 87,11

Tuttavia l'analisi per genere, evidenzia che il contributo maggiore alla riduzione complessiva della mortalità è da attribuire al solo genere maschile il cui tasso standardizzato passa da 113,70 del 2006 a 112,39 del 2007 con una riduzione di 1,31 punti, mentre in quello femminile lo stesso rimane costante attestandosi a 68,6.

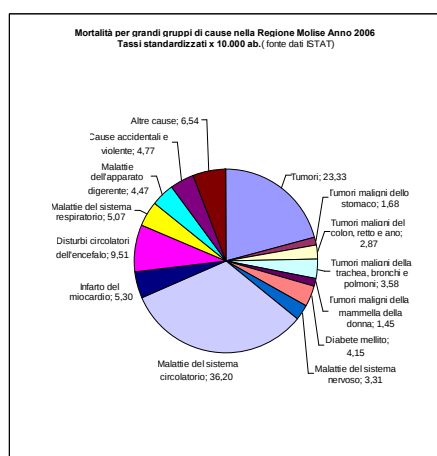
La riduzione è particolarmente sensibile nelle classi di età medie e negli anziani, essendo la mortalità nei giovani (comunque bassa) particolarmente influenzata da alcuni comportamenti, quali ad esempio gli incidenti stradali.

Decessi e tassi standardizzati di mortalità in Molise per grandi gruppi di cause - Anni 2006, 2007

CAUSE DI MORTE		Decessi (numero)		Tassi stand. per 10.000	
		2006	2007	2006	2007
C00-D48	Tumori	851	913	23,33	24,61
C16	Tumori maligni dello stomaco	60	99	1,68	2,63
C18-C21	Tumori maligni del colon, retto e ano	106	73	2,87	1,99
C33-C34	Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni	127	147	3,58	4,06
C50	Tumori maligni della mammella della donna	51	41	1,45	1,15

E10-E14	Diabete mellito	161	145	4,15	3,49
G00-H95	Malattie del sistema nervoso	129	142	3,31	3,46
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	1.477	1.489	36,20	35,74
I21-I22	<i>Infarto del miocardio</i>	208	204	5,30	5,07
I60-I69	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	393	375	9,51	9,04
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	205	208	5,07	4,80
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	170	197	4,47	5,18
V01-Y89	Cause accidentali e violente	179	...	4,77	...
-	Altre cause	263	290	6,54	7,26
Totale		3.435	3.477	87,84	87,11

Fonte dati ISTAT



L'analisi per gruppi di cause, come a livello nazionale, evidenzia che le principali cause di morte sono le malattie cardiovascolari (36,20 dei decessi nel 2006), e i tumori (23,33), seguite a distanza dalle cause accidentali e violente (4,77), le malattie dell'apparato digerente (4,77) e le patologie dell'apparato respiratorio (3,58),.

Decessi e tassi standardizzati di mortalità in Italia per sesso e grandi gruppi di cause - Anni 2006, 2007

		Decessi (numero)		Tassi stand. per 10.000	
		2006	2007	2006	2007
C00-D48	Tumori	168.644	172.825	27,19	27,29
C16	<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	10.620	10.784	1,70	1,70
C18-C21	<i>Tumori maligni del colon, retto e ano</i>	18.067	18.428	2,90	2,89
C33-C34	<i>Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni</i>	32.677	33.227	5,32	5,31
C50	<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	11.476	12.052	1,86	1,91
E10-E14	Diabete mellito	19.297	19.780	3,03	3,03
G00-H95	Malattie del sistema nervoso	19.310	20.685	3,02	3,15
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	220.034	224.577	34,08	33,93
I21-I22	<i>Infarto del miocardio</i>	32.280	32.140	5,10	4,95
I60-I69	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	60.934	61.714	9,40	9,27
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	35.722	37.642	5,51	5,67
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	23.103	23.391	3,66	3,62
V01-Y89	Cause accidentali e violente	24.234	24.308	3,95	3,89
-	Altre cause	46.239	49.785	7,20	7,61
Totale		556.583	572.993	87,64	88,18

Fonte dati ISTAT

Mentre, però, per le malattie del sistema circolatorio, che rispetto al dato nazionale mostrano un dato sensibilmente superiore, nel periodo 2003/2007 si assiste ad un decremento di 7,3 punti, superiore a quello nazionale

Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio per sesso e regione - Anni 2003 e 2006 (per 10.000 abitanti)

	2003			2006			Differenze 2003-2006		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Molise	49,7	36,4	42,4	41,4	30,1	35,1	-8,3	-6,2	-7,3
Italia	48,7	33,9	40,0	40,5	27,7	33,0	-8,2	-6,2	-7,0

Fonte dati ISTAT

per i tumori, che rispetto al dato nazionale mostrano un dato sensibilmente inferiore, nello stesso periodo, si assiste ad un decremento percentualmente nettamente più basso rispetto a quello nazionale, a testimoniare la crescente prevalenza di questo gruppo di cause nella mortalità complessiva della regione.

Tasso standardizzato di mortalità per tumori per sesso e regione - Anni 2003 e 2006 (per 10.000 abitanti)

	2003			2006			Differenze 2003-2006		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Molise	31,4	16,9	23,0	31,2	16,4	22,5	-0,3	-0,5	-0,5
Italia	39,6	20,3	28,0	37,3	19,4	26,6	-2,3	-0,8	-1,4

Fonte dati ISTAT

Il progressivo invecchiamento della popolazione molisana comporta, infatti, un aumento della prevalenza di quasi tutte le malattie cronico degenerative (che sono generalmente età correlate) e condiziona la dinamica di molte patologie.

Analisi del bisogno espresso dai residenti molisani nel 2008

Analizzando l'ospedalizzazione per distretto di residenza, nel corso del 2008, il Distretto di Campobasso con 20025 ricoveri e una percentuale sul totale del 26,13% si colloca al primo posto seguito dal Distretto Sanitario di Termoli con il 22,73%. Seguono a distanza gli altri Distretti

Ricoveri ospedalieri espressi dai residenti Molisani nel 2008

	Agnone	Bojano	Campobasso	Isernia	Larino	Termoli	Venafro
	316	968	2006	1364	814	1912	678
	1435	4663	9802	4990	3405	8560	2904
	1821	4523	8217	4347	3476	6467	2638
Totale	3572	10154	20025	10701	7695	16939	6220

Più di un terzo della domanda complessivamente espressa è riferibile all'età anziana, sopra i 65 anni, circa la metà alla fascia d'età 15-64 anni, poco più del 10% alla fascia 0-14 anni.

Ricoveri ospedalieri espressi dai residenti Molisani nel 2008 x fascia d'età

	Agnone	Bojano	Campobasso	Isernia	Larino	Termoli	Venafro
classe età 0-14	3,92%	12,01%	24,89%	16,93%	10,10%	23,73%	8,41%
classe età 15-64	4,01%	13,04%	27,41%	13,95%	9,52%	23,94%	8,12%
classe età up65	5,78%	14,36%	26,09%	13,80%	11,04%	20,54%	8,38%

L'analisi per Distretto vede, come prevedibile, il distretto di Agnone al primo posto per i ricoveri di ultra sessantacinquenni, quello di Campobasso e Termoli per i ricoveri nella fascia pediatrica adolescenziale, a testimoniare, ancora una volta, l'importanza che la

struttura demografica gioca un ruolo importante, in quanto, da asse scaturisce buona parte della domanda, di cui si deve tenere conto nella fase di programmazione dell'offerta dei servizi ospedalieri.

Fra le richieste di ricovero, al primo posto con 9515 ricoveri ed una percentuale sul totale del 12.63% ritroviamo le "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio", seguono in ordine di frequenza:

MDC	Descrizione	Dimessi	%
8	Malattie e disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	8197	10,88%
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	7052	9,36%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	5487	7,29%
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	5343	7,09%
14	Gravidanza, parto e puerperio	4487	5,96%
2	Malattie e disturbi dell'occhio	4125	5,48%
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	3568	4,74%
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	3464	4,60%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	3433	4,56%
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	3283	4,36%

che insieme rappresentano il 76,96% di tutta la domanda espressa.

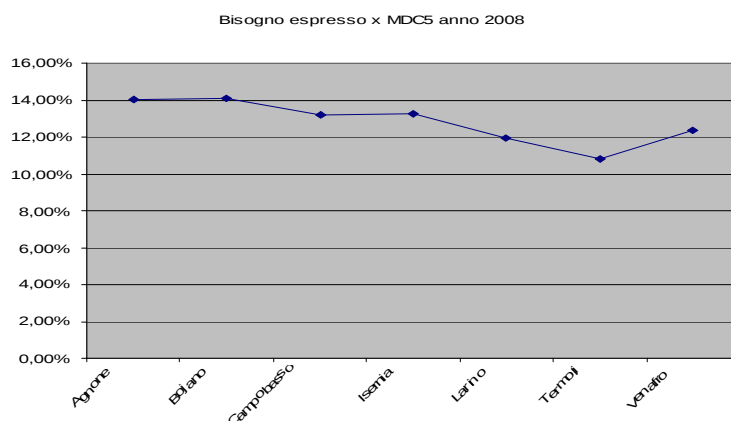
Bisogno espresso dai residenti molisani per gruppi di patologie nell'anno 2008

MDC		TOTALE	Agnone	Bojano	CB	Isernia	Larino	Termoli	Venafro
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	7,09%	7,89%	6,50%	6,46%	8,70%	5,69%	6,45%	10,39%
2	Malattie e disturbi dell'occhio	5,48%	3,16%	5,89%	5,27%	5,73%	6,47%	5,96%	3,84%
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	4,74%	3,42%	5,29%	5,57%	4,46%	4,47%	4,39%	3,70%
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	4,60%	5,77%	4,44%	4,03%	4,88%	5,08%	4,63%	4,87%
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	12,63%	14,05%	14,08%	13,18%	13,27%	11,96%	10,83%	12,36%
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	9,36%	10,67%	9,73%	9,75%	8,50%	9,47%	8,93%	9,29%
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	3,34%	3,36%	3,81%	3,40%	3,33%	3,46%	3,00%	3,22%
8	Malattie e disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	10,88%	14,17%	8,65%	9,28%	11,86%	9,94%	12,23%	13,63%
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	3,99%	3,98%	3,69%	4,33%	3,02%	4,00%	4,40%	3,89%
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	4,36%	4,82%	3,97%	3,98%	4,36%	5,59%	4,53%	3,95%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	4,56%	5,40%	5,30%	4,51%	3,96%	4,56%	4,62%	3,87%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	1,63%	1,57%	1,59%	1,87%	1,23%	1,60%	1,72%	1,41%

13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	3,19%	2,58%	2,74%	3,22%	3,02%	3,27%	3,70%	2,97%
14	Gravidanza, parto e puerperio	5,96%	4,76%	5,44%	5,41%	6,06%	6,17%	7,15%	5,59%
15	Malattie del periodo perinatale	3,11%	2,30%	2,71%	2,77%	3,67%	2,92%	3,57%	3,30%
16	Malattie e disturbi del sangue, organi emopoietici e del sistema immunitario	1,48%	1,71%	1,48%	1,53%	1,24%	1,75%	1,46%	1,29%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	7,29%	4,96%	8,63%	8,97%	7,35%	5,38%	6,00%	6,77%
18	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	0,76%	0,73%	0,88%	0,73%	0,80%	0,95%	0,71%	0,51%
19	Malattie e disturbi mentali	1,86%	2,07%	1,65%	1,89%	1,78%	1,96%	1,90%	1,83%
20	Abuso di alcool / farmaci e disturbi mentali organici indotti	0,21%	0,11%	0,22%	0,25%	0,14%	0,27%	0,22%	0,18%
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	0,79%	0,92%	0,78%	0,89%	0,53%	0,94%	0,74%	0,74%
22	Ustioni	0,03%	0,08%	0,00%	0,01%	0,02%	0,04%	0,06%	0,05%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	1,99%	1,29%	1,81%	2,08%	1,38%	3,29%	2,09%	1,58%
24	Traumatismi multipli rilevanti	0,08%	0,06%	0,12%	0,09%	0,07%	0,09%	0,06%	0,05%
25	Infezioni da H.I.V	0,13%	0,03%	0,13%	0,07%	0,20%	0,10%	0,21%	0,10%
26	DRG non classificati	0,43%	0,17%	0,44%	0,40%	0,42%	0,48%	0,43%	0,56%
27	Trapianto d'organo	0,04%	0,00%	0,05%	0,03%	0,03%	0,08%	0,02%	0,05%

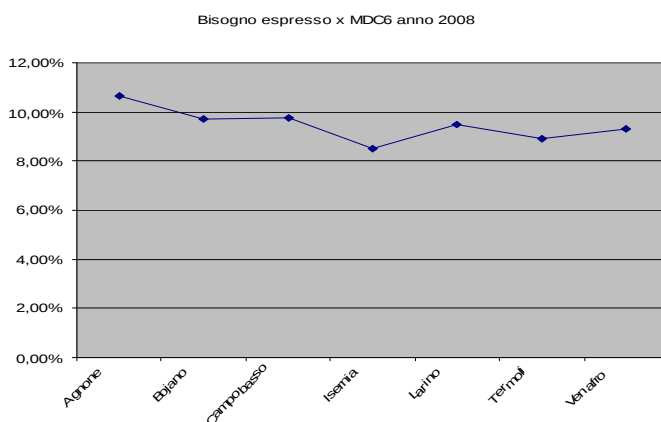
Analizzando i singoli gruppi, le “**Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio**”, che vedono una lieve prevalenza nei distretti di Agnone e Bojano, sono per lo più rappresentate da insufficienza cardiaca e shock, aritmie e altri disturbi della conduzione cardiaca, mentre basso rimane il numero dei ricoveri per infarto miocardio acuto o le richieste di interventi ad alta complessità (interventi sulle valvole o altri interventi maggiori, bypass coronarici, impianto di pacemaker, endocarditi acute e sub acute).

Da segnalare, invece, l'elevato numero di ricoveri per patologie minori quale ipertensione arteriosa, legatura e stripping di vene ed altre patologie il cui DRG ha un peso inferiore a 0,7 e come tale escluso dai Lea, e considerato inappropriato in regime di ricovero ordinario.

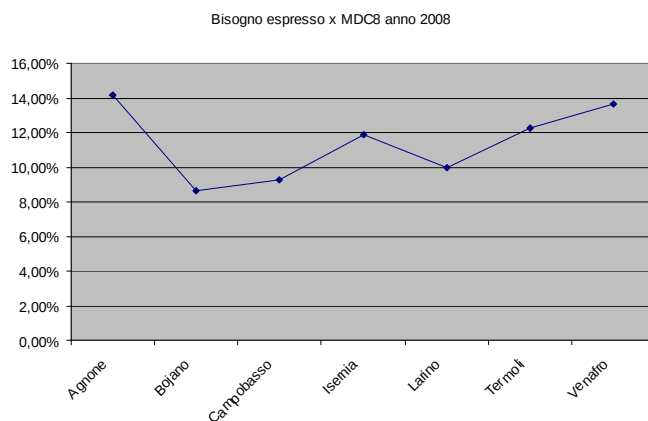


Anche per quanto riguarda le “**Malattie e disturbi dell’apparato digerente**”, si rileva una lieve prevalenza nel distretto di Agnone seguito, dai distretti di Larino e Venafro e quindi da quelli di Isernia, Boiano e Campobasso.

Le patologie qui rilevate, sono per lo più rappresentate da un elevato numero di ricoveri per patologie minori quali “Esofagiti, gastroenteriti e altre malattie dell’apparato gastroenterico con e senza complicanze” che rappresentano circa un terzo delle dimissioni riferibili a questa MDC., la maggior parte dei quali è riconducibile a DRG a basso peso, inferiore a 0,7, come tale escluso dai Lea, e considerato inappropriato in regime di ricovero ordinario. Seguono le dimissioni per “Interventi per ernia inguinale”, e più generiche dimissioni per “Altre diagnosi relative all’apparato digerente”, tutti casi riconducibili a DRG a basso peso ed a rischio di inappropriatazza. Relativamente basso rimane il numero di “Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con e senza cc”.

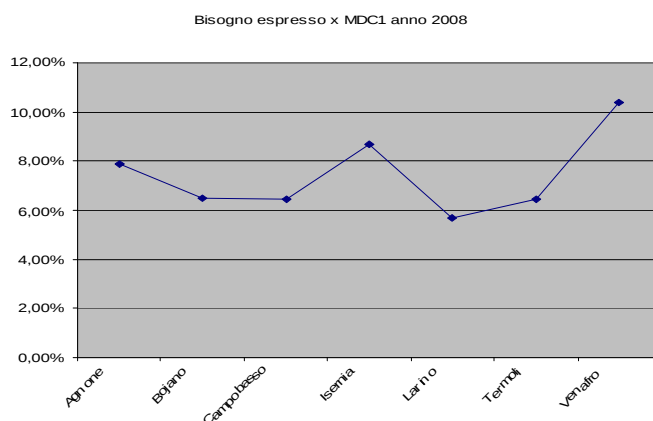


Fatta eccezione per il distretto di Boiano e di Campobasso le “**Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo**”, presentano valori di prevalenza oscillanti dal 10 al 14% nei rimanenti distretti della regione. Anche in questo caso i ricoveri sono per lo più rappresentate da un elevato numero di dimissioni per patologie minori quali “Afezioni mediche del dorso”, “Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico”, “Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo”. Va segnalata, peraltro, una buona percentuale di richieste di ricoveri ad alta complessità quali “Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti”, “Interventi su anca e femore” ed altri interventi sul sistema muscolo-scheletricomplexi che rappresentano oltre il 15% della casistica.

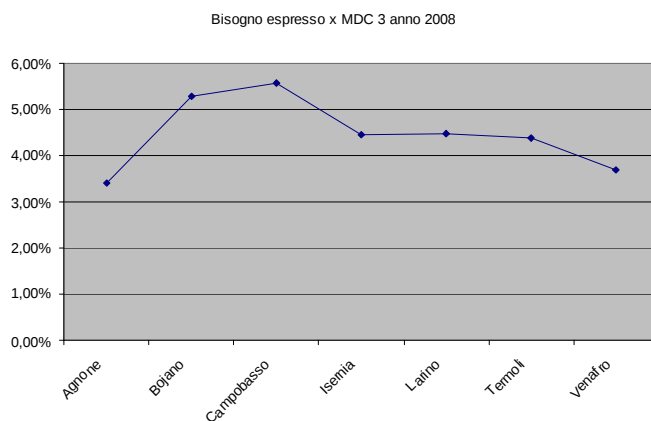


Le “**Malattie e disturbi del sistema nervoso**”, che vedono una lieve prevalenza nei distretti di Venafro e Isernia, sono per lo più rappresentate da disturbi circolatori dell'encefalo. Le richieste di prestazioni ad alta complessità rappresentano oltre l'8% delle dimissioni, oltre il 20% delle dimissioni è riferibile a patologie minori quale “Decompresione del tunnel carpale”, “Convulsioni e cefale” ed altre patologie il cui DRG ha un peso inferiore a 0,7.

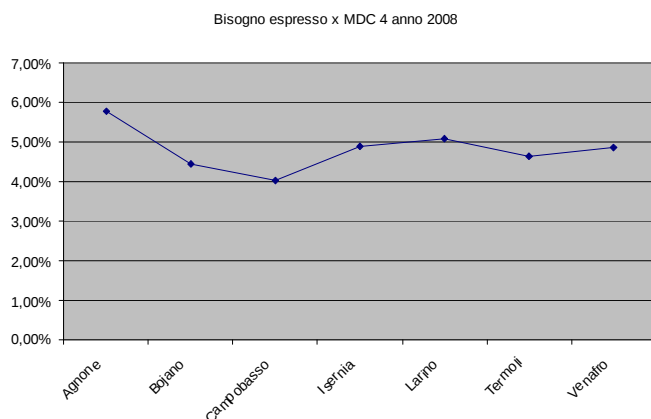
Anche per l'MDC 1 la distribuzione delle dimissioni per distretto di residenza è estremamente variabile sul territorio con un andamento molto irregolare della curva e con oscillazioni anche in questo caso superiori al 4% riscontrato per la MDC 8.



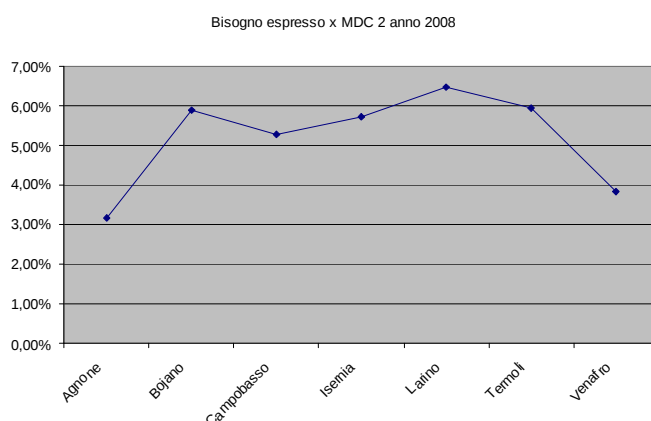
Le “**Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola**”, presentano una maggiore prevalenza nei distretti di Bojano e Campobasso sono per lo più rappresentate da un elevato numero di ricoveri per patologie minori quali “Alterazioni dell'equilibrio, otiti, interventi di adenoidectomie e tonsillectomie” che con oltre 2.000 ricoveri rappresentano circa il 60% delle dimissioni riferibili a questa MDC., patologie, tra l'altro, riconducibili a DRG a basso peso, inferiore a 0,7, come tale escluso dai Lea, e considerato inappropriato in regime di ricovero ordinario. Esiguo rimane il numero di patologie riferibili a DRG con peso superiore all'unità.



Fatta eccezione per il distretto di Agnone le **“Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio”**, presentano valori di prevalenza alquanto sovrapponibili nelle rimanenti zone della regione. Anche in questo caso sono per lo più rappresentate da un elevato numero di ricoveri per patologie minori quali “Malattie croniche ostruttive”, “Polmoniti semplici”, “Bronchiti asmatiche”. Solo una piccola percentuale di dimissioni sono riferibili a patologie neoplastiche a carico dell'apparato respiratorio (7%). Estremamente esiguo è il numero di prestazioni ad alta complessità quali ad esempio gli “Interventi sull'apparato respiratorio” che non superano il 2% della casistica.



Le **“Malattie e disturbi dell'occhio”**, vedono una lieve prevalenza nei distretti di Larino, Termoli e Bojano, e sono riferibili al ben conosciuto DRG 39 “Interventi sul cristallino...” che rappresenta $\frac{3}{4}$ dei dimessi regionali. Va segnalato, peraltro che circa il 70% dei casi è ancora trattato in regime di ricovero ordinario e come tale considerato ricovero inappropriato dalle disposizioni del D.M. 11/2001. A questo DRG si sommano un'altra buona percentuale di ricoveri per patologie minori il cui peso è inferiore a 0,7 e come tale anch'esso considerato inappropriato in regime di ricovero ordinario.



Analisi dell'Offerta Ospedaliera e Mobilità intra ed extra regionale

L'attività di ricovero in Molise è erogata da strutture pubbliche e private accreditate che operano in una rete diffusa di ospedali, e precisamente sei presidi ospedalieri pubblici tre cliniche private un I.R.C.S. e il centro di "Alta specializzazione della Università Cattolica del Sacro Cuore" per un totale (al 31/12/2008) di **1687** posti letto anagrafici (comprensivo dei 4 PL unità carcerario dell'OC "A.Cardarelli"), desumibili dai modelli HSP 12 e HSP13, pari al **5,27** per mille abitanti, di cui **4.51** per acuti **0.76** per riabilitazione e lungo degenza.

Strutture ospedaliere operanti nella regione Molise

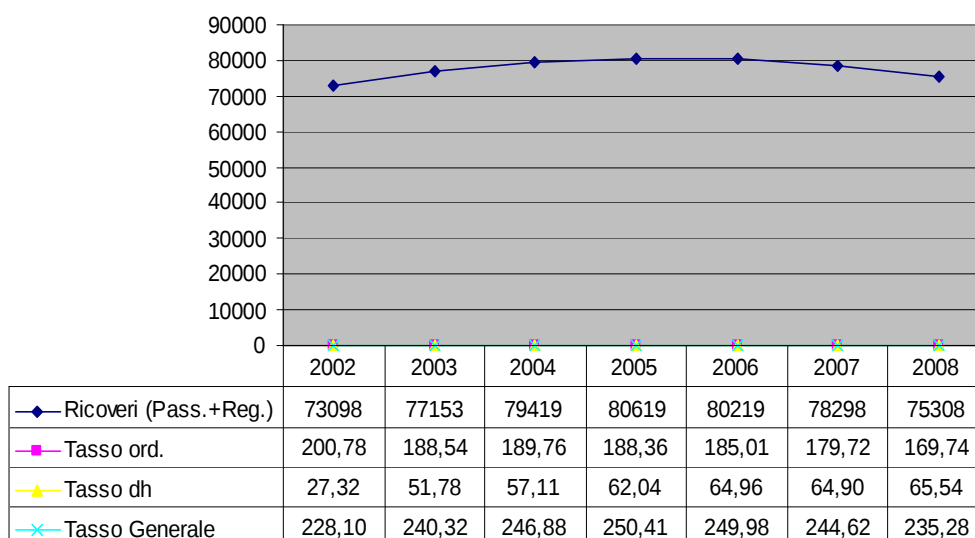
Strutture Pubbliche					
O.C. Agnone	O.C. Veneziale	O.C. SS.Rosario	O.C. Cardarelli	O.C. Viatri	O.C. S.Timoteo
Strutture accreditate					
Cliniche Private			Alta Specializzazione	IRCSS	
Villa Ester	Villa Maria	IGEA	U.C.S.C.G.Cattolica	Neuromed	

Analisi dei ricoveri

Nel periodo 2002-2008, ad un iniziale incremento del numero dei ricoveri che da 73.098 nel 2002 passano a 80.619 nel 2005, dal 2006 si registra una tendenza alla diminuzione degli stessi, che nel 2008, si attestano a 75.308, prossimi a quelli registri ad inizio periodo.

Il tasso regionale di ospedalizzazione è infatti passato da **228,10** per mille abitanti del 2002 e **249,98** nel 2006 a **235,28** del 2008, ben 10 punti in meno rispetto al 2006, anche se ancora oltre i limiti previsti dal Piano Operativo, sottoscritto in data 27/03/2007 con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art.1 comma 180, della Legge n.31 del 30/12/2004, e approvato con delibera di Giunta Regionale n.362 del 30/03/2007, che prevede il raggiungimento, entro il 31/12/2009, di un tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti.

Tasso di Ospedalizzazione (fonte dati archivio SDO Molise Dati)

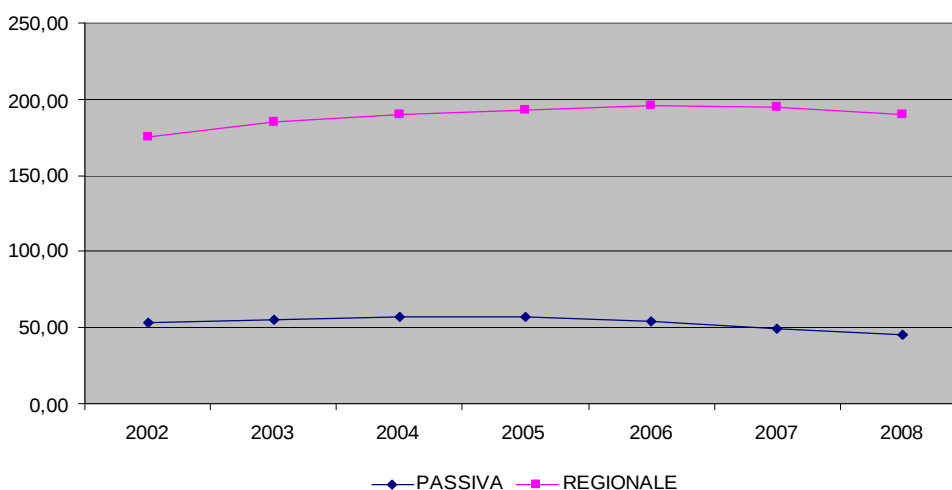


◆ Ricoveri (Pass.+Reg.) ■ Tasso ord. ▲ Tasso dh ✕ Tasso Generale

Analogo andamento si è avuto per ciascun distretto, pur con differenze riconducibili principalmente alla diversa prevalenza di popolazione anziana, alle caratteristiche del territorio e alla diversa struttura della offerta.

Il decremento del tasso di ospedalizzazione, registrato nell'ultimo triennio, ha interessato sia il tasso regionale sia quello derivante dal fenomeno della mobilità verso ospedali extra regionali:

Tasso di Ospedalizzazione ASReM per tipo di mobilità (valori grezzi fonte dati Molise Dati)



◆ PASSIVA ■ REGIONALE

La mobilità passiva rappresenta, infatti, un elemento di criticità nel complesso della Sanità Regionale, nonostante la presenza, fra gli altri, di due istituti ad elevata specializzazione.

L'analisi dei dati di mobilità evidenzia che trattasi prevalentemente di una mobilità di prossimità, diretta cioè, verso regioni limitrofe come confermato dai dati riportati nelle successive tabelle, dove la mobilità passiva viene analizzata sia in relazione alla regione

di destinazione che in termini percentuali, relativamente al distretto sanitario di appartenenza:

Analisi della mobilità intra ed extra regionale anno 2008

	Dimessi	Degenza	Importo	Freq.	Deg.M.
AGNONE	3572	20944	€ 8.341.388,26	4,70%	5,86
ABRUZZO	412	2491	€ 1.162.677,62	11,89%	6,05
CAMPANIA	53	328	€ 155.596,72	1,57%	6,19
EMILIA ROMAGNA	18	73	€ 49.639,42	0,35%	4,06
LAZIO	174	1708	€ 593.930,25	8,16%	9,82
LIGURIA	2	12	€ 399,16	0,06%	6,00
LOMBARDIA	25	145	€ 72.391,91	0,69%	5,80
MARCHE	16	139	€ 59.714,27	0,66%	8,69
MOLISE	2787	15753	€ 6.077.270,91	75,21%	5,65
PIEMONTE	3	27	€ 14.414,56	0,13%	9,00
PROVINCIA AUT. DI BOLZANO	1	2	€ 1.035,77	0,01%	2,00
PROVINCIA AUT. DI TRENTO	1	0	€ 198,51	0,00%	0,00
PUGLIA	16	56	€ 65.151,80	0,27%	3,50
SICILIA	4	25	€ 5.775,66	0,12%	6,25
TOSCANA	13	52	€ 39.153,16	0,25%	4,00
UMBRIA	3	4	€ 3.803,03	0,02%	1,33
VATICANO	38	56	€ 16.443,12	0,27%	1,47
VENETO	6	73	€ 23.792,39	0,35%	12,17
	Dimessi	Degenza	Importo	Freq.	Deg.M.
BOJANO	10154	68128	€ 29.253.391,16	13,50%	6,71
ABRUZZO	194	1332	€ 681.353,85	1,96%	6,87
BASILICATA	1	12	€ 8.335,44	0,02%	12,00
CALABRIA	2	4	€ 1.984,51	0,01%	2,00
CAMPANIA	168	676	€ 378.708,73	0,99%	4,02
EMILIA ROMAGNA	137	614	€ 556.267,22	0,90%	4,48
FRIULI VENEZIA GIULIA	4	43	€ 23.746,52	0,06%	10,75
LAZIO	251	2238	€ 906.395,86	3,28%	8,92
LIGURIA	18	97	€ 49.812,24	0,14%	5,39
LOMBARDIA	69	746	€ 543.413,56	1,09%	10,81
MARCHE	33	556	€ 314.899,77	0,82%	16,85
MOLISE	8867	59354	€ 24.677.514,82	87,12%	6,69
PIEMONTE	10	140	€ 38.795,27	0,21%	14,00
PROVINCIA AUT. DI BOLZANO	1	8	€ 8.129,54	0,01%	8,00
PROVINCIA AUT. DI TRENTO	1	1	€ 1.155,60	0,00%	1,00
PUGLIA	140	1081	€ 574.411,90	1,59%	7,72
SICILIA	1	4	€ 7.627,50	0,01%	4,00
TOSCANA	63	637	€ 255.138,62	0,94%	10,11
UMBRIA	5	32	€ 14.536,60	0,05%	6,40
VALLE D'AOSTA	1	2	€ 3.263,21	0,00%	2,00
VATICANO	162	307	€ 118.703,70	0,45%	1,90
VENETO	26	244	€ 89.196,70	0,36%	9,38
	Dimessi	Degenza	Importo	Freq.	Deg.M.
CAMPOBASSO	20025	124463	€ 53.614.208,03	26,60%	6,22
ABRUZZO	489	3509	€ 1.766.038,89	2,82%	7,18
BASILICATA	7	39	€ 13.771,27	0,03%	5,57
CALABRIA	7	60	€ 23.110,28	0,05%	8,57
CAMPANIA	237	1106	€ 564.193,45	0,89%	4,67
EMILIA ROMAGNA	265	1386	€ 845.939,02	1,11%	5,23

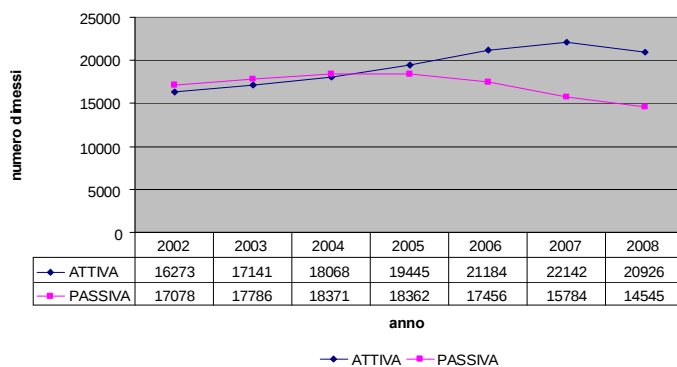
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	31	€ 5.949,95	0,02%	6,20
LAZIO	707	5032	€ 2.245.548,04	4,04%	7,12
LIGURIA	14	48	€ 28.690,49	0,04%	3,43
LOMBARDIA	198	1505	€ 988.237,09	1,21%	7,60
MARCHE	89	998	€ 445.584,19	0,80%	11,21
MOLISE	17241	107585	€ 45.246.832,07	86,44%	6,24
PIEMONTE	18	59	€ 31.173,14	0,05%	3,28
PROVINCIA AUT. DI BOLZANO	6	35	€ 22.014,38	0,03%	5,83
PROVINCIA AUT. DI TRENTO	5	61	€ 18.044,72	0,05%	12,20
PUGLIA	147	657	€ 337.277,17	0,53%	4,47
SARDEGNA	4	5	€ 5.210,11	0,00%	1,25
SICILIA	7	21	€ 8.329,82	0,02%	3,00
TOSCANA	140	781	€ 325.405,92	0,63%	5,58
UMBRIA	41	457	€ 162.211,66	0,37%	11,15
VALLE D'AOSTA	1	12	€ 4.022,78	0,01%	12,00
VATICANO	331	688	€ 320.211,52	0,55%	2,08
VENETO	66	388	€ 206.412,07	0,31%	5,88

	<i>Dimessi</i>	<i>Degenza</i>	<i>Importo</i>	<i>Freq.</i>	<i>Deg.M.</i>
ISERNIA	10701	76941	€ 30.932.961,02	14,20%	7,19
ABRUZZO	373	2109	€ 1.159.117,24	2,74%	5,65
BASILICATA	1	4	€ 1.124,75	0,01%	4,00
CALABRIA	4	11	€ 6.033,45	0,01%	2,75
CAMPANIA	377	1691	€ 1.069.572,87	2,20%	4,49
EMILIA ROMAGNA	76	318	€ 195.454,61	0,41%	4,18
FRIULI VENEZIA GIULIA	2	5	€ 2.138,80	0,01%	2,50
LAZIO	701	5269	€ 2.143.050,37	6,85%	7,52
LIGURIA	3	7	€ 1.757,51	0,01%	2,33
LOMBARDIA	113	847	€ 662.450,29	1,10%	7,50
MARCHE	43	296	€ 173.191,29	0,38%	6,88
MOLISE	8428	64310	€ 24.425.727,65	83,58%	7,63
PIEMONTE	4	20	€ 9.185,28	0,03%	5,00
PROVINCIA AUT. DI TRENTO	3	8	€ 5.420,37	0,01%	2,67
PUGLIA	58	469	€ 302.135,52	0,61%	8,09
SARDEGNA	1	1	€ 1.531,28	0,00%	1,00
SICILIA	3	58	€ 11.997,71	0,08%	19,33
TOSCANA	71	325	€ 152.885,68	0,42%	4,58
UMBRIA	23	152	€ 72.873,13	0,20%	6,61
VATICANO	390	781	€ 423.034,36	1,02%	2,00
VENETO	27	260	€ 114.278,86	0,34%	9,63
VENAFRO	6220	45629	€ 18.462.420,04	8,30%	7,34
ABRUZZO	482	2816	€ 1.241.445,14	6,17%	5,84
CALABRIA	1	0	€ 218,15	0,00%	0,00
CAMPANIA	344	1617	€ 927.559,96	3,54%	4,70
EMILIA ROMAGNA	21	90	€ 53.133,92	0,20%	4,29
FRIULI VENEZIA GIULIA	3	31	€ 13.260,56	0,07%	10,33
LAZIO	648	5160	€ 1.746.746,34	11,31%	7,96
LIGURIA	2	13	€ 4.638,92	0,03%	6,50
LOMBARDIA	39	329	€ 212.351,24	0,72%	8,44
MARCHE	12	126	€ 37.353,49	0,28%	10,50
MOLISE	4374	34011	€ 13.409.772,13	74,54%	7,78
PIEMONTE	4	87	€ 26.383,85	0,19%	21,75
PROVINCIA AUT. DI BOLZANO	1	2	€ 1.675,18	0,00%	2,00

PROVINCIA AUT. DI TRENTO	2	18	€ 4.037,29	0,04%	9,00
PUGLIA	25	212	€ 81.959,41	0,46%	8,48
SARDEGNA	1	1	€ 0,00	0,00%	1,00
SICILIA	5	153	€ 167.255,39	0,34%	30,60
TOSCANA	19	45	€ 39.552,34	0,10%	2,37
UMBRIA	23	239	€ 217.684,22	0,52%	10,39
VATICANO	210	664	€ 260.118,34	1,46%	3,16
VENETO	4	15	€ 17.274,17	0,03%	3,75
	<i>Dimessi</i>	<i>Degenza</i>	<i>Importo</i>	<i>Freq.</i>	<i>Deg.M.</i>
TERMOLI	16939	99260	€ 46.542.065,59	22,50%	5,86
ABRUZZO	2315	14255	€ 7.036.768,07	14,36%	6,16
BASILICATA	8	60	€ 18.916,15	0,06%	7,50
CALABRIA	2	17	€ 4.378,98	0,02%	8,50
CAMPANIA	98	417	€ 243.344,77	0,42%	4,26
EMILIA ROMAGNA	263	1785	€ 1.141.125,39	1,80%	6,79
FRIULI VENEZIA GIULIA	12	101	€ 46.975,30	0,10%	8,42
LAZIO	249	1749	€ 844.073,62	1,76%	7,02
LIGURIA	9	144	€ 46.541,88	0,15%	16,00
LOMBARDIA	147	1443	€ 740.173,23	1,45%	9,82
MARCHE	196	996	€ 643.179,79	1,00%	5,08
MOLISE	12713	72781	€ 32.960.898,51	73,32%	5,72
PIEMONTE	25	130	€ 71.907,11	0,13%	5,20
PROVINCIA AUT. DI BOLZANO	1	7	€ 2.787,04	0,01%	7,00
PROVINCIA AUT. DI TRENTO	4	14	€ 5.562,44	0,01%	3,50
PUGLIA	510	3374	€ 1.831.738,86	3,40%	6,62
SICILIA	4	23	€ 14.418,11	0,02%	5,75
TOSCANA	101	833	€ 280.660,09	0,84%	8,25
UMBRIA	102	495	€ 297.191,72	0,50%	4,85
VATICANO	140	332	€ 174.051,12	0,33%	2,37
VENETO	40	304	€ 137.373,41	0,31%	7,60
LARINO	7695	50336	€ 21.145.176,22	10,20%	6,54
ABRUZZO	484	3327	€ 1.605.186,15	6,61%	6,87
CALABRIA	1	574	€ 58.398,26	1,14%	574,00
CAMPANIA	49	218	€ 115.190,53	0,43%	4,45
EMILIA ROMAGNA	156	1158	€ 563.129,98	2,30%	7,42
LAZIO	101	1032	€ 467.953,03	2,05%	10,22
LIGURIA	5	117	€ 189.149,43	0,23%	23,40
LOMBARDIA	63	508	€ 306.804,84	1,01%	8,06
MARCHE	64	462	€ 263.360,51	0,92%	7,22
MOLISE	6353	40422	€ 16.273.944,96	80,30%	6,36
PIEMONTE	9	83	€ 25.788,85	0,16%	9,22
PROVINCIA AUT. DI TRENTO	1	1	€ 1.880,97	0,00%	1,00
PUGLIA	224	1576	€ 690.459,25	3,13%	7,04
SARDEGNA	1	1	€ 169,48	0,00%	1,00
SICILIA	5	10	€ 6.625,78	0,02%	2,00
TOSCANA	47	244	€ 206.563,17	0,48%	5,19
UMBRIA	27	171	€ 192.177,15	0,34%	6,33
VATICANO	87	297	€ 128.175,76	0,59%	3,41
VENETO	18	135	€ 50.218,12	0,27%	7,50

A parziale conforto di questo andamento, e nonostante il decremento assoluto della mobilità sia attiva che passiva registrata nel 2008, l'analisi dei dati evidenzia un costante delta positivo dei ricoveri in mobilità attiva rispetto a quella passiva, di 5751 dimessi.

Andamento della mobilità nella ASReM
(fonte dati archivio SDO - Molise Dati)



APPENDICE N.3: Analisi economica

Premessa

Ai fini del presente lavoro sono stati stimati i possibili risparmi derivanti da una serie di azioni, connesse alla messa a regime della nuova struttura organizzativa dell'ASREM, attraverso l'adozione ufficiale dell'Atto Aziendale di organizzazione interna. Sono state effettuate, in particolare, le seguenti macro analisi:

- a. Valutazione dei risparmi derivanti dalla riorganizzazione delle strutture pubbliche ospedaliere:
 - 1. analisi dei risparmi da riduzione dei posti letto;*
 - 2. analisi dei risparmi da DRG per fasce;**
- b. Valutazione dei risparmi derivanti dalla riorganizzazione delle strutture ASREM;*
- c. Valutazione dei risparmi connessi all'istituzione di una centrale unica acquisti;*
- d. Valutazione dei risparmi connessi all'implementazione di un servizio ingegneria clinica ASREM.*
- e. Risparmi derivanti dalla sottoscrizione di un nuovo contratto per la fornitura di energia elettrica;*
- f. Stabilizzazione del personale del 118;*
- g. Ulteriori risparmi da indicazioni regionali;*
- h. Valorizzazione dei ricavi per ulteriori attività sanitarie da tariffare (Hospice e Camera Iperbarica).*
- i. Reinvestimento delle somme recuperate dalla riorganizzazione delle attività;*
- j. Individuazione del totale dei risparmi lordi e netti;*
- k. Crono programma delle azioni pianificate.*

Per quanto concerne la valutazione della comprimibilità dei costi, connessa alla riorganizzazione delle attività sanitarie ospedaliere, l'analisi realizzata è ispirata alla necessità di valutare, in maniera combinata, il legame esistente tra l'opportunità di contrazione dei costi, il saggio di riduzione dei posti letto (da un lato) ed il saggio di ricollocazione dei ricoveri impropri (dall'altro).

I minori costi generati deriveranno, dunque, dalla necessità di garantire copertura economica ad assetto di posti letto inferiore: il delta non strettamente indispensabile verrà canalizzato nell'alveo dell'assistenza extra ospedaliera, indirizzandone la domanda di prestazioni verso dei set assistenziali maggiormente appropriati.

*A corollario dell'intera analisi, si evidenzia che le stime operate conducono a **valori complementari di risparmio** che, proprio in considerazione di presupposti correlabili, producono benefici, in termini aggregati, sull'intera organizzazione dei servizi sanitari aziendali, indirizzando correttamente la domanda di prestazioni sanitarie.*

In considerazione, infine, di talune attività tuttora da valorizzare all'interno del Sistema Sanitario Regionale, è stata condotta un'analisi inerente le prestazioni di "Hospice" e "Camera Iperbarica" nel corso dell'esercizio 2008, al fine di simulare i possibili maggiori ricavi, attualmente non corrisposti, connessi alla tariffazione delle relative prestazioni erogate ed al conseguente addebito degli importi maturati alle regioni utilizzatrici.

a. 1: Risparmi da riduzione dei posti letto presso le strutture ospedaliere pubbliche. Presupposti ed ipotesi

La possibilità di pervenire ad una stabile riduzione nella dotazione di posti letto presso le strutture ospedaliere pubbliche, si fonda su due assunti determinanti:

- innanzitutto, le prestazioni erogate presso le strutture ospedaliere regionali presentano saggi di inappropriately più o meno elevati, richiedendo, dunque, una dotazione di posti letto spesso ridondante rispetto alle reali necessità di servizio;
- la concreta possibilità di indirizzare tali prestazioni all'interno di "canali territoriali alternativi", a minor "impatto di spesa".

L'analisi svolta lega, dunque, il saggio di riduzione dei posti letto ospedalieri pubblici alla concreta possibilità di generare un minor costo di gestione all'interno dei reparti di erogazione.

In ragione di ciò si è provveduto a calcolare i costi totali per presidio ospedaliero (da modelli CP 2008), considerando nell'analisi "scarsamente comprimibili" il costo del personale ed il costo per ammortamenti (quest'ultimo solo figurativo).

La differenza tra il costo annuo integrale ed il totale dei costi incomprimibili per personale ed ammortamenti rappresenta il costo eliso (netto) annuo per presidio.

Il rapporto tra costo totale annuo per presidio (secco ed eliso) e numero di posti letto totali (ordinari e posti in day hospital) rappresenta **il costo medio annuo per posto letto**.

	Ambito di CB	Ambito di IS		Ambito di TER		Ambito di AG	TOTALE
	Cardarelli	Veneziale	SS Rosario	S. Timoteo	Vietri	Caracciolo	
PL DO	327	127	110	170	137	72	943
PL DH	58	26	14	24	24	18	164
Posti letto totali	385	153	124	194	161	90	1.107
Costo da modello CP	110.638.000	59.416.000		52.869.000	25.150.000	12.627.000	260.700.000
Personale (meno)	53.880.000	41.657.000		28.211.000	9.913.000	7.469.000	141.130.000
Ammortamenti (meno)	907.000	1.000		1.588.000	545.000	109.000	3.150.000
totale da elidere	54.787.000	41.658.000		29.799.000	10.458.000	7.578.000	144.280.000
Costo eliso	55.851.000	17.758.000	-	23.070.000	14.692.000	5.049.000	116.420.000
Costo eliso per PL (totale)	145.068	116.065	-	118.918	91.255	56.100	105.167
Costo eliso per PL (ordinari)	170.798	139.827	-	135.706	107.241	70.125	123.457
Costo secco per PL (totale)	287.371	214.498		272.521	156.211	140.300	235.501
Costo secco per PL (ordinari)	338.343	467.843	-	310.994	183.577	175.375	276.458

Fonte: flussi informativi ministeriali 2008 e modelli CP 2008

Il valore del posto letto giornaliero è stato parametrato rispetto al valore dei posti letto ordinari

Il modello CP dell'Ospedale Veneziale comprende i costi dello stabilimento SS. Rosario di Venafro

La considerazione del costo medio annuo per posto letto (sia secco che depurato da personale e ammortamenti) rapportato ai 365 giorni dell'anno rappresenta il **costo giornaliero per posto letto**.

	Costo secco su totale ASREM	Costo depurato su totale ASREM
Costo PL su totale PL	235.501	105.167
Costo per PL giornaliero su totale PL	645	288

Se si considerano ai fini della nostra analisi economica i soli posti letto ordinari, al fine di realizzare una parametrizzazione più precisa dei costi¹, il saggio di posti letto ordinari presso le strutture ospedaliere pubbliche della Regione è attualmente a circa il 2,94 per mille abitanti. In tal senso, sono stati valutati tre diversi scenari, al fine di valutare l'impatto economico correlato alle ipotesi di riduzione dei posti letto, rispettivamente al:

- 2,50 per mille abitanti;
- 2,37 per mille abitanti;
- 2,24 per mille abitanti.

Si riporta brevemente il relativo calcolo effettuato per la determinazione del differenziale di posti letto, rispetto alla situazione attuale.

Abitanti all'1.1.2009	tasso per mille abitanti	PL ORD
320.795		
Attuale saggio su PL Ordinari	2,94	943
Riduzione al 2,5 per mille (PL Ordinari)	2,50	802
Differenziale PL ordinari	-	141
Riduzione al 2,37 per mille (PL Ordinari)	2,37	761
Differenziale PL ordinari	-	182
Riduzione al 2,24 per mille (PL Ordinari)	2,24	718
Differenziale PL ordinari	-	225

In considerazione del prodotto tra **costo depurato per posto letto** ed il **differenziale dei posti letto** ordinari così determinato, è stato calcolato il costo totale oggetto di economie, limitandolo, per maggior precisione di calcolo, alle sole prestazioni rese in regime ordinario.

A questo valore è stato sottratto il **costo integrativo** che andremo ipoteticamente a sostenere pianificando il trasferimento degli stessi ricoveri ad un regime di tipo extra ospedaliero (ospedale di comunità e/o forme simili).

¹ Visto che l'impiego del posto letto in DH prevede un possibile turn - over del paziente sul posto letto nel corso della stessa giornata.

I risultati, diversi a seconda del saggio di riduzione dei posti letto prescelto, sono riportati nei tre gruppi di tabelle che seguono.

Si evidenzia, poi, che i relativi risparmi stimati sono stati abbattuti del 25%, al fine di considerare:

- i possibili fenomeni di “selezione avversa” che potrebbero portare ad una non completa ed immediata realizzazione delle azioni di riallocazione delle attività sanitarie erogate sui posti letto oggetto di riduzione;*
- che la riallocazione delle attività sanitarie, non potrà essere realizzata in maniera “perfettamente lineare”, ma sarà implementata in maniera progressiva nel corso dei 18 mesi programmati di attività.*

1. Tasso al 2,50 per mille

<i>HP 2,5*1000 ab</i>	
-----------------------	--

<i>Risparmio secco su totale ASREM</i>	
--	--

<i>Costo per PL giornaliero su PL totali</i>	645
--	-----

<i>Differenziale PL ordinari (al 2,5 x 1000)</i>	- 141
--	-------

<i>Delta costo giornaliero per PL</i>	- 90.983
---------------------------------------	----------

<i>Delta costo TEORICO annuo per PL</i>	- 33.208.635
---	--------------

<i>Risparmio depurato su media CP ospedali (*)</i>	
--	--

<i>Costo per PL giornaliero su PL totali</i>	288
--	-----

<i>Differenziale PL ordinari (al 2,5 x 1000)</i>	- 141
--	-------

<i>Delta costo giornaliero per PL</i>	- 40.630
---------------------------------------	----------

<i>Delta costo EFFETTIVO annuo per PL</i>	- 14.829.878
---	--------------

(*) con elisione dei costi per amm.ti e personale

<i>Costo integrativo da assistenza a minor intensità</i>	
--	--

<i>Costo per PL extra ospedaliero su PL totali</i>	110
--	-----

<i>Differenziale PL ordinari (al 2,5 x 1000)</i>	141
--	-----

<i>Costo integrativo giornaliero per PL</i>	15.511
---	--------

<i>Costo integrativo annuo per PL</i>	5.661.652
---------------------------------------	-----------

<i>Confronto (risparmi - costi integrativi)</i>	- 9.168.226
---	-------------

<i>Abbattimento (25%)</i>	- 6.876.170
---------------------------	-------------

Risparmio finale pari a €/000 9.168. Risparmio abbattuto pari ad €/000 6.876.

2. Tasso al 2,37 per mille

<i>HP 2,37*1000 ab</i>

<i>Risparmio secco su totale ASREM</i>
--

Costo per PL giornaliero su PL totali	645
---------------------------------------	-----

Differenziale PL ordinari (al 2,37 x 1000)	- 182
--	-------

Delta costo giornaliero per PL	- 117.683
--------------------------------	-----------

Delta costo TEORICO annuo per PL	- 42.954.283
---	---------------------

<i>Risparmio depurato su media CP ospedali (*)</i>
--

Costo per PL giornaliero su PL totali	288
---------------------------------------	-----

Differenziale PL ordinari (al 2,37 x 1000)	- 182
--	-------

Delta costo giornaliero per PL	- 52.553
--------------------------------	----------

Delta costo EFFETTIVO annuo per PL	- 19.181.962
---	---------------------

(*) con elisione dei costi per amm.ti e personale

<i>Costo integrativo da assistenza a minor intensità</i>
--

Costo per PL extra ospedaliero su PL totali	110
---	-----

Differenziale PL ordinari (al 2,37 x 1000)	182
--	-----

Costo integrativo giornaliero per PL	20.063
--------------------------------------	--------

Costo integrativo annuo per PL	7.323.161
---------------------------------------	------------------

Confronto (risparmi - costi integrativi)	- 11.858.801
---	---------------------

Abbattimento (25%)	- 8.894.101
---------------------------	--------------------

Risparmio finale pari a €/000 11.859. Risparmio abbattuto pari ad €/000 8.894.

3. Tasso al 2,24 per mille

<i>HP 2,24*1000 ab</i>

<i>Risparmio secco su totale ASREM</i>
--

Costo per PL giornaliero su PL totali	645
Differenziale PL ordinari (al 2,24 x 1000)	- 225
Delta costo giornaliero per PL	- 145.211
Delta costo TEORICO annuo per PL	- 53.002.121

Risparmio depurato su media CP ospedali (*)

Costo per PL giornaliero su PL totali	288
Differenziale PL ordinari (al 2,24 x 1000)	- 225
Delta costo giornaliero per PL	- 64.847
Delta costo EFFETTIVO annuo per PL	- 23.668.995

(*) con elisione dei costi per amm.ti e personale

Costo integrativo da assistenza a minor intensità

Costo per PL extra ospedaliero su PL totali	110
Differenziale PL ordinari (al 2,24 x 1000)	225
Costo integrativo giornaliero per PL	24.757
Costo integrativo annuo per PL	9.036.191
Confronto (risparmi - costi integrativi)	- 14.632.804
Abbattimento (25%)	- 10.974.603

Risparmio finale pari a €/000 14.633. Risparmio abbattuto pari a €/000 10.975.

I principali limiti dell'analisi effettuata risiedono principalmente nell'impossibilità di poter stimare in maniera analitica i risparmi effettivi connessi alla riduzione dei posti letto: in tal senso, la stima del costo giornaliero per posto letto (basato sul rapporto tra costi da modello CP 2008 e numero dei posti letto per presidio) risente del limite oggettivo di dover considerare esattamente omogenea ed assimilabile la casistica trattata sul posto letto stesso: in tal senso, si è pensato di ricollocare "complessivamente" quelle prestazioni prodotte sui posti letto oggetto di riduzione verso un regime assistenziale di tipo extra ospedaliero, immediatamente alternativo all'ordinario, ispirato al recupero, entro limiti accettabili, del saggio di appropriatezza delle prestazioni erogate presso le strutture ospedaliere pubbliche: tale obiettivo sarà legato, poi, alla contemporanea riduzione del saggio di ospedalizzazione delle strutture pubbliche.

Tale manovra è, dunque, complementare ad una complessiva azione di revisione e potenziamento della dotazione regionale di strutture di assistenza residenziale e

semiresidenziale, attraverso la riconversione di parte dei posti letto recuperati dalla risistemazione organizzativa degli ospedali pubblici.

Il fabbisogno complessivo di posti letto di assistenza residenziale è di circa 140 unità da allocarsi prioritariamente all'interno delle strutture di Venafro, Larino ed Agnone, al fine di abbattere sensibilmente i costi di investimento ed allestimento iniziali.

a. 2: Analisi dei DRG per fasce presso le strutture ospedaliere pubbliche. Presupposti ed ipotesi

Tale analisi si fonda sull'ipotesi di legare il costo medio per posto letto al saggio di riduzione delle prestazioni potenzialmente inappropriate.

In ragione di ciò, si è provveduto ad estrapolare dall'archivio DRG di Molise Dati per l'esercizio 2008 le prestazioni di ricovero, che sono state successivamente suddivise per fasce di appropriatezza.

Fascia Descrizione

- | | |
|---|--|
| 1 | casistica trattata normalmente |
| 2 | casistica da trattarsi in regime ambulatoriale se riferita a ricoveri brevi o entro la soglia di utenti in età compresa tra i 14 e i 74 anni |
| 3 | casistica da trattarsi in regime DH se riferita a ricoveri entro soglia di utenti in età compresa tra i 14 e i 74 anni |
| 4 | casistica da trattarsi in regime Extra Ospedaliero per utenti di età ≥ 75 anni con degenza entro la soglia |
| 5 | casistica da trattarsi in regime Extra Ospedaliero per utenti di età ≥ 75 anni con degenza oltre la soglia |
| 6 | casistica da trattarsi in regime DH |
| 7 | casistica da trattarsi in regime DH |

In base al prodotto tra **costo della giornata di degenza**² e tra **giornate di degenza per le prestazioni sub fasce dalla 2 alla 7**, si è provveduto al calcolo del costo per fascia di inappropriatezza.

Per congruità, vista l'impossibilità di individuare in maniera precisa i diversi valori per i DRG giornalieri e le prestazioni ambulatoriali coinvolte³, si è convenuto che la tariffa del **DGR giornaliero fosse pari all'80% della tariffa ordinaria media** e che la **tariffa ambulatoriale media fosse pari al 60% del ricovero extra ospedaliero medio** (pari, in base alla letteratura sanitaria maggiormente ricorrente, a circa 110€ giornalieri)⁴.

Nel calcolo dei costi per fascia di inappropriatezza:

- si è esclusa la fascia 1, coincidente con l'erogazione di prestazioni potenzialmente appropriate;
- il costo potenzialmente inappropriato della fascia 2 è stato calcolato **considerando inappropriata la totalità delle degenze rilevate sulla fascia stessa**;
- il costo potenzialmente inappropriato delle fasce 3, 6 e 7 è stato calcolato considerando il **mantenimento fisiologico di almeno il 15% delle degenze rilevate sulla fascia stessa**, riservato a pazienti entro determinati limiti di età e/o con particolari complicanze in atto.

² Precedentemente determinato attraverso l'analisi dei Modelli CP ASREM 2008.

³ In base all'allegato 1 del DM 22 luglio 1996 sono riepilogate n°1.715 prestazioni (tra mediche ed ambulatoriali chirurgiche), la cui media semplice dei costi, è pari ad €46,79.

⁴ Ad eccezione di quanto previsto per le fasce 2 e 5. Per quanto concerne la fascia 2, vista l'estrema variabilità dei costi medi per le prestazioni ambulatoriali (mediche e chirurgiche), il costo medio per prestazione è stato incrementato di circa il 5% in considerazione dell'incidenza di DRG chirurgici (ovviamente di costo unitario maggiore) pari al 2,4% sul totale dei DRG prodotti per la fascia stessa nel corso del 2008. Medesime considerazioni per quanto riguarda la fascia 5: in tal caso al fine di pesare l'incidenza dei DRG chirurgici, (pari al 18,8% del totale DRG 2008), la tariffa media extra ospedaliera è stata incrementata del 9% (da 110€ a 120€).

Al costo per fascia di inappropriatezza, così determinato, è stato confrontato il costo della medesima prestazione da trasferire in regime di day hospital, ambulatoriale od extra ospedaliero, a seconda dei parametri caratteristici di ogni fascia, per determinare il risparmio finale:

Risparmio finale = (costo attuale in regime ordinario) – (costo in regime DH, ambulatoriale o extra ospedaliero)

Come precedentemente accennato in merito alla stima dei possibili benefici derivanti dalla riduzione dei posti letto, anche i presenti risparmi sono stati abbattuti del 25%, al fine di considerare:

- i possibili fenomeni di “selezione avversa” che potrebbero portare ad una non completa ed immediata realizzazione delle azioni di riallocazione delle attività sanitarie erogate in maniera inappropriata;
- che la riallocazione delle attività sanitarie, non potrà essere realizzata in maniera “perfettamente lineare”, ma sarà implementata in maniera progressiva nel corso dei 18 mesi programmati di attività.

FASCE	Costo secco da CP per GD	Costo eliso da CP per GD	Degenza per fasce	Costo secco da CP per tot DEG ORD	RISPARMIO = costo eliso da CP per tot DEG ORD
Fascia 2 ordinario	€ 645,21	€ 288,13	11.498	-€ 7.418.615,29	-€ 3.312.908,29
Fascia 2 giornaliero (80% ord.)	€ 516,17	€ 230,50			
Fascia 2 ambulatoriale (65% e.o.)	€ 71,50	€ 71,50		€ 822.107,00	€ 822.107,00
Fascia 2 extra ospedaliero	€ 110,00	€ 110,00			
Fascia 3 ordinario	€ 645,21	€ 288,13	17.290	-€ 10.042.874,63	-€ 4.484.815,75
Fascia 3 giornaliero (80%)	€ 516,17	€ 230,50		€ 8.034.299,71	€ 3.587.852,60
Fascia 3 ambulatoriale (60% e.o.)	€ 66,00	€ 66,00			
Fascia 3 extra ospedaliero	€ 110,00	€ 110,00			
Fascia 4 ordinario	€ 645,21	€ 288,13	14.874	-€ 9.596.841,52	-€ 4.285.632,10
Fascia 4 giornaliero (80%)	€ 516,17	€ 230,50			
Fascia 4 ambulatoriale (60% e.o.)	€ 66,00	€ 66,00			
Fascia 4 extra ospedaliero	€ 110,00	€ 110,00		€ 1.636.140,00	€ 1.636.140,00
Fascia 5 ordinario	€ 645,21	€ 288,13	5.274	-€ 3.402.833,28	-€ 1.519.592,83
Fascia 5 giornaliero (80%)	€ 516,17	€ 230,50			
Fascia 5 ambulatoriale (60% e.o.)	€ 72,00	€ 72,00			
Fascia 5 extra ospedaliero	€ 120,00	€ 120,00		€ 632.880,00	€ 632.880,00
Fascia 6 ordinario	€ 645,21	€ 288,13	12.354	-€ 6.858.122,06	-€ 3.062.610,55
Fascia 6 giornaliero (80%)	€ 516,17	€ 230,50		€ 5.486.497,65	€ 2.450.088,44
Fascia 6 ambulatoriale (60% e.o.)	€ 66,00	€ 66,00			
Fascia 6 extra ospedaliero	€ 110,00	€ 110,00			

Fascia 7 ordinario	€ 645,21	€ 288,13	26.520	-€ 15.998.155,47	-€ 7.144.247,26
Fascia 7 giornaliero (80%)	€ 516,17	€ 230,50		€ 12.798.524,38	€ 5.715.397,81
Fascia 7 ambulatoriale (60% e.o.)	€ 66,00	€ 66,00			
Fascia 7 extra ospedaliero	€ 110,00	€ 110,00			

TOTALE				-€ 23.906.993,52	-€ 8.965.340,94
Abbattimento (25%)					-€ 6.724.005,70

NOTA: le fasce 2 e 5 si trasferiscono per intero. Le fasce 3 e 6 e 7 a meno del 15%
NOTA: In considerazione dei DRG chirurgici presenti, le tariffe ambulatoriali su fascia 2 sono incrementate del 5% del ricovero extra ospedaliero (65%), le tariffe extra ospedaliere su fascia 5 sono incrementate del 9% (120€ anziché 110€)

Il risparmio finale a regime ammonta ad €/000 8.965. Il risparmio abbattuto è pari ad €/000 6.724.

Tale analisi completa la precedente, basata sui risparmi connessi alla riduzione dei posti letto ospedalieri pubblici, in quanto il peso del risparmio sulla giornata di degenza è stato legato, questa volta, anche al valore del DRG prodotto per le diverse classi di in appropriatezza.

Com'è ovvio, i risparmi cumulati derivanti dalle analisi operate (complessivamente pari ad **€/000 15.618**, se si considera un saggio di riduzione del PL ordinali al 2,37 per mille) sono direttamente legati alle possibilità di riduzione dei costi relativi a servizi appaltati, ad acquisto di beni ed alla razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, già indicati in sede di programmazione regionale e quantificati, in maniera assimilabile, come segue:

Farmaceutica ospedaliera	-3.903.000
Servizi non sanitari	-5.303.000
Consulenze	-6.821.000
TOTALE (E)	-16.027.000

1. **Farmaceutica ospedaliera.** Tali manovre derivano dal controllo e contenimento dei consumi ospedalieri, dall'adozione di misure per la razionalizzazione dell'appropriatezza prescrittiva e dal fattivo controllo nell'erogazione di farmaci a dispensazione diretta (H OSP e "per conto"), soprattutto attraverso la verifica ed il controllo sistematico dei c.d. centri "prescrittori";
2. **Servizi non sanitari.** Tali manovre derivano dalla possibilità di considerare, in maniera unitaria, le necessità dei vari ambiti territoriali dell'ASREM, al fine di ottenere minori prezzi unitari di erogazione dei servizi non sanitari. Tali manovre vanno accompagnate, ovviamente, dal contemporaneo e fattivo controllo dei consumi, attraverso i sistemi di contabilità analitica interna⁵;
3. **Consulenze.** La riorganizzazione dei servizi sanitari ed il saggio di sostituzione tra attività ospedaliere ed attività territoriali conduce alla minore necessità nel ricorso a servizi consulenziali esterni in ambito sanitario. La recente unificazione amministrativa consente di estendere tali considerazioni anche all'area "non sanitaria".

⁵ La nuova procedura informatica ASREM prevede, infatti, la possibilità di emissione di ordini e bozze fittizie, per il controllo periodico dei consumi di servizi e l'attribuzione degli stessi ai centri di costo aziendali.

b. Risparmi connessi alla riorganizzazione delle strutture ASREM

La necessità di applicare le indicazioni di cui all'intesa Stato - Regioni del 3 dicembre 2009 (concernente il patto per la salute 2010-2012 di cui al repertorio n°243/CSR) conduce alla revisione della struttura organizzativa dell'ASREM, attraverso:

- La riduzione delle UU.OO.CC. ospedaliere, territoriali ed amministrative;
- La riduzione dei Dipartimenti regionali;
- La riduzione delle posizioni organizzative sanitarie, tecniche ed amministrative.

L'analisi condotta, realizzata in base alle competenze medie liquidate al personale ASREM, conduce ad una stima delle economie di spesa, di cui alla tabella seguente:

Riduzione delle UUOCC ospedaliere				
<i>attuali</i>	<i>a tendere</i>	<i>riduzione (a)</i>	<i>valore economico annuo (b) (*)</i>	<i>valore annuo risparmio (a*b)</i>
93	62	- 31	94.277	- 2.922.586
Riduzione UUOCC territoriali				
<i>attuali</i>	<i>a tendere</i>	<i>riduzione</i>	<i>valore economico annuo (b) (*)</i>	<i>valore annuo risparmio (a*b)</i>
38	22	- 16	93.571	- 1.497.130
Riduzione UUOCC amministrative				
<i>attuali</i>	<i>a tendere</i>	<i>riduzione</i>	<i>valore economico annuo (b) (*)</i>	<i>valore annuo risparmio (a*b)</i>
24	17	- 7	69.579	- 487.055
Riduzione Dipartimenti regionali				
<i>attuali</i>	<i>a tendere</i>	<i>riduzione</i>	<i>valore economico annuo (b) (**)</i>	<i>valore annuo risparmio (a*b)</i>
28	11	- 17	20.658	- 351.191
Riduzione Posizioni Organizzative				
<i>attuali</i>	<i>a tendere</i>	<i>riduzione</i>	<i>valore economico annuo (b)</i>	<i>valore annuo risparmio (a*b)</i>
44	50%	- 22	176.910	- 88.455

TOTALE				- 5.346.417
Abbattimento (25%)				- 4.009.813

(*) Il valore economico annuo delle retribuzioni deriva dalla sommatoria degli importi contrattuali (tabellare, ISM, struttura complessa, esclusività, posizione) per dirigenza medica, territoriale e amministrativa. Per quanto concerne l'indennità di posizione è stata considerata l'indennità minima per ruolo e categoria contrattuale di appartenenza

(**) Si considera il 50% della corrispondente indennità per la dirigenza dipartimentale

Come precedentemente accennato in merito alla stima dei possibili benefici derivanti dalla riduzione dei posti letto, anche i presenti risparmi sono stati abbattuti del 25%, al fine di considerare:

- i possibili fenomeni di “selezione avversa” che potrebbero portare ad una non completa ed immediata realizzazione delle azioni di riallocazione delle attività sanitarie erogate in maniera inappropriata;
- che la riorganizzazione dei processi, dei servizi e delle attività non potrà essere realizzata in maniera “perfettamente lineare”, ma sarà implementata in maniera progressiva nel corso dei 18 mesi programmati di attività.

c. Risparmi connessi all'istituzione di una centrale unica acquisti a livello ASREM

La recente unificazione dei servizi amministrativi (tra le quattro sedi territoriali dell'ASREM) dovrà essere accompagnata e completata dall'analisi e dalla eventuale revisione dei contratti di fornitura esistenti, al fine di:

- Unificare le procedure di acquisto;
- Determinare un fabbisogno unitario, consolidato ed omogeneo, per i quattro ambiti;
- Consolidare una domanda di prodotti per classi uniformi di beni (maggiore delle sommatoria delle domande, spesso sviluppate su prodotti diversi, pur quando assimilabili);
- Incrementare il potere contrattuale dell'Azienda nei confronti del mercato della fornitura esterno;
- Acquisire un vantaggio competitivo in termini di prezzo/quantità sulle forniture richieste.

L'individuazione delle regole di funzionamento di tale particolare “ambiente” consentirà, infatti, la creazione di importanti vantaggi che, benché limitati dai vincoli derivanti dalla necessità di adottare procedure di acquisto di tipo negoziato⁶, possono determinare sostanziali risparmi.

Si valuta che tale azione possa condurre, a regime, ad un risparmio pari a circa il 10%, abbattuto all'85% in considerazione dei fenomeni di eventuale “selezione avversa”, precedentemente richiamati, e delle concrete possibilità di realizzazione degli interventi non “in maniera lineare” ma progressiva nel corso dei 18 mesi programmati di attività.

⁶ Principale differenza tra le aziende pubbliche e quelle private, libere di rifornirsi senza vincoli.

Tale percentuale di risparmio, rapportata ai costi rilevati in sede di bilancio di esercizio 2009 porta ai valori si seguito riportati:

	Costo bilancio 2009	Risparmio al 10%
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	72.766	4.101
B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	29.897	-
B.1.A.2) Ossigeno	726	-
B.1.A.3) Prodotti dietetici	1.108	-
B.1.A.4) Materiali per la profilassi (vaccini)	23	-
B.1.A.5) Materiali diagnostici prodotti chimici	10.278	1.028
B.1.A.6) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	4.178	418
B.1.A.7) Presidi chirurgici e materiali sanitari	15.733	1.573
B.1.A.8) Materiali protesici	3.196	320
B.1.A.9) Materiali per emodialisi	1.753	175
B.1.A.10) Materiali e Prodotti per uso veterinario	144	14
B.1.A.11) Altri beni e prodotti sanitari	5.730	573
B.1.A.12) Beni e prodotti sanitari da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	-	-
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	5.667	567
B.1.B.1) Prodotti alimentari	142	14
B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	197	20
B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	3.867	387
B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	811	81
B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	565	57
B.1.B.6) Altri beni non sanitari	85	9
B.1.B.7) Beni non sanitari da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	-	-
TOTALE	78.433	4.668
Abbattimento al 85%		3.968

Al fine di pesare separatamente gli effetti derivanti dalle economie di gestione dei prodotti farmaceutici, dell'ossigeno, dei prodotti dietetici e dei vaccini, che seguono canali e regole di approvvigionamento alternativi, gli stessi costi non sono stati considerati all'interno dei tale analisi.

È in fase di studio avanzato con le Associazioni di Fornitori Sanitari, che rappresenta circa il 75% della totalità dei fornitori dell'ASREM, un piano di riorganizzazione dei servizi che prevede essenzialmente la realizzazione dei seguenti obiettivi:

- **Abolizione dei magazzini interni** dell'ASREM, con abbattimento dei costi diretti di gestione e dei costi figurativi di impiego del personale dipendente;
- **Creazione di un "magazzino virtuale in piattaforma"** ed affidamento all'associazione in parola di tutte le attività di distribuzione del materiale richiesto, con risparmi connessi all'ottimizzazione degli ordini, livellati sull'effettivo fabbisogno, ed all'abbattimento sostanziale delle scorte, con consegna del materiale in base alla logica "just in time";
- **Condivisione e sottoscrizione di un protocollo economico di intesa** finalizzato ad ottenere modalità di pagamento particolari, giustificate dai volumi contrattuali negoziati, che prevedano, in analogia a quanto già concordato con le strutture sanitarie in provvisorio accreditamento, pagamenti in acconto determinati sul fatturato annuo complessivo, salvo le verifiche e le eventuali compensazioni di fine esercizio.

Il risparmio finale ammonta, a regime, ad €/000 4.668. Il risparmio abbattuto ammonta ad €/000 3.968.

d. Risparmi connessi all'implementazione di un servizio ingegneria clinica

La possibilità di conseguire tali risparmi è stata valutata in relazione ai risultati ottenuti da uno studio realizzato in collaborazione scientifica con l'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa, l'Università di Pisa, l'Istituto Scientifico Biomedico Euro Mediterraneo di Brindisi e l'Azienda Sanitaria di Brindisi in Puglia, finalizzato a formalizzare un modello da poter implementare nelle organizzazioni sanitarie, per raggiungere i seguenti obiettivi:

- *Economicità ed Efficienza, migliorando l'intera gestione logistica sanitaria e riducendone conseguentemente la spesa;*
- *Qualità dei processi, attraverso l'introduzione di moderni sistemi di gestione, controllo e tracciabilità;*
- *Informatizzazione per fornire ai business manager la possibilità di monitorare quotidianamente tutte le variabili decisionali che contano, e avere a portata di mano i key performance indicator.*
- *Sicurezza per l'utente, abbattendo il rischio connesso al processo di prestazione e somministrazione del servizio sanitario.*

*In tal senso, il settore delle Tecnologie Biomediche viene indicato come uno dei principali responsabili, oltre che dello sviluppo senza precedenti della scienza medica e delle relative metodiche diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, anche del continuo e incontrollato aumento dei costi sanitari. Peraltro, la sempre più spinta sofisticazione delle apparecchiature a servizio dell'assistenza ha reso evidente la necessità di fare ricorso a competenze specifiche, diverse e complementari rispetto a quelle degli operatori tradizionali, che siano in grado di scegliere ed impiegare correttamente tali prodotti, di garantire la sicurezza di pazienti ed operatori, di migliorare continuamente la qualità del servizio erogato e di ridurre i costi di acquisto e di gestione. Elemento chiave in questo nuovo scenario **sono i Servizi di Ingegneria Clinica**, preposti appunto alla gestione delle tecnologie, il cui ruolo e le cui funzioni specifiche stanno sempre più chiaramente delineandosi.*

Dall'analisi del contesto di riferimento, di cui al citato studio, emerge una forte necessità di gestione sicura ed efficiente della tecnologia e delle applicazioni dell'ingegneria biomedica in ambiente clinico finalizzata al miglioramento della salute: tale necessità è confermata, tra l'altro, anche presso l'ASREM, il cui parco tecnologico manifesta una forte obsolescenza fisica.

La contrazione dei costi, in tal caso, è necessaria conseguenza della possibilità di coordinare e programmare gli interventi di manutenzione necessari, garantendo la possibilità di realizzare un'analisi della vita utile di ciascun bene aziendale, procedendo, al termine della stessa, all'integrale sostituzione, spesso maggiormente conveniente (non solo in termini di efficienza ma altresì in termini di efficacia) rispetto alla prosecuzione di interventi manutentivi, spesso realizzati a costi fortemente crescenti.

*I dati estrapolati sul contesto di riferimento hanno dimostrato che si è assistito a **una diminuzione dei costi tra il 16,8%** (ottenuto a Pisa), a fronte di un incremento dell'attività del 43%, **ed il 25,5%** (ottenuto a presso la ASL BR), a fronte di un incremento dell'attività del 29,8%. Tale ultimo risultato evidenzia un risparmio ulteriore, dovuto all'investimento in risorse umane, per il raggiungimento di competenze che potessero essere spese sia nell'ingegneria clinica sia nell'integrazione informatica.*

Tali valori sono peraltro in linea con le premesse operative contenute all'interno della relazione di accompagnamento al piano di rinnovo delle apparecchiature

biomedicali, elaborato dal coordinatore del servizio di ingegneria clinica, che stima, a regime, risparmi per oltre 1 €/mil.

Rapportando, infatti, un tasso medio di risparmio pari al 21,15% (media tra il 16,8% ed il 25,5% rilevati nello studio esaminato) ai costi di manutenzione ASREM di cui al bilancio di esercizio 2009, si ottiene un risparmio medio, a regime, di circa €/000 2.173.

Medesime considerazioni rispetto a quanto precedentemente riportato circa la necessità di procedere ad un abbattimento dell'ammontare dei risparmi totali calcolati (50%). Risparmio abbattuto pari ad €/000 1.086.

	Costo bilancio 2009	Risparmio al 21,15%	Abbattimento (50%)
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata)	10.274	2.173	1.086
B.3.A) Manutenzione e riparazione agli immobili e loro pertinenze	6.519	1.379	689
B.3.B) Manutenzione e riparazione ai mobili e macchine	272	58	29
B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	3.173	671	336
B.3.D) Manutenzione e riparazione per la manut. di automezzi (sanitari e non)	62	13	7
B.3.E) Altre manutenzioni e riparazioni	248	52	26
B.3.F) Manutenzioni e riparazioni da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	-	-	-

e. Risparmi connessi alla sottoscrizione di un nuovo contratto con Enel Energia S.p.A.

In relazione al fabbisogno energetico consolidato per l'intera Azienda a livello regionale, con contratto per adesione del 23/11/2009, l'ASREM ha concluso accordi con Enel Energia SpA per la fornitura di energia elettrica a costi competitivi, largamente inferiori rispetto ai trend storici.

Ipotizzando un fabbisogno energetico pari a circa **25.947 MWh/anno**, ad un costo di **€ 91,90** per le ore "picco" e **€ 49,40** per le ore "fuori picco", si genera un risparmio quantificabile in circa **€/000 1.000 annui**.

Considerando un abbattimento di circa il 20% di tale percentuale di risparmio, in ragione eventuali di maggiori consumi rispetto a quelli programmati (ad esempio, a causa del potenziamento delle attività sul territorio, dell'aumento dell'attività chirurgica ad elevata complessità, ecc.), si otterrebbe un risparmio netto finale, pari a circa **€/000 800 annui**.

f. Risparmi derivanti dalla stabilizzazione del personale della rete del 118

Manovre importanti sono ipotizzabili all'interno della rete dell'emergenza, al fine di razionalizzare il servizio di assistenza territoriale, potenziando, nel contempo le attività di pronto soccorso ospedaliero.

In tal senso, la stabilizzazione del personale della rete del 118, accompagnata dalla revisione delle postazioni non strettamente utili al servizio di assistenza territoriale, consentirebbe di ottenere vantaggi immediati, derivanti dall'impiego diretto del medesimo personale all'intero delle unità di pronto soccorso ospedaliero, al fine di colmare le necessità di personale, attualmente esistenti.

Se si considera, infatti, che:

- le necessità urgenti di pronto soccorso sono pari a circa 11 unità mediche (fonte dati: rilevazione diretta delle attività e delle necessità delle UU.OO. di pronto soccorso regionali del settembre 2009);

- le necessità organizzative per portare i servizi di accettazione d'urgenza "a regime" sono tuttavia pari a circa 60 unità mediche (fonte dati: rilevazione diretta delle attività e delle necessità delle UU.OO. di pronto soccorso regionali del settembre 2009);
- mediamente il costo "standard"⁷ di un dirigente medico ammonta complessivamente (tabellare ed oneri sociali) a circa € 82.819;
- il costo integrativo complessivo varia, a seconda delle possibilità di copertura delle posizioni tuttora scoperte, tra € 911.009 (assetto minimo) e € 4.969.140 (assetto "a regime"). La mediana di tale spesa è posizionabile sulla cifra di circa € 2.940.074.

Si valuta, parimenti, che le attività di stabilizzazione del personale della rete del 118 comporterebbero un aggravio dei costi per oneri sociali di circa il 26%. Considerato, dunque, che il costo annuo "standard" del personale del 118 regionale (pari a 96 unità) è così dettagliabile:

- tabellare ed accessorio €/000 6.445
- oneri sociali €/000 674
- **totale €/000 7.119**

il delta incrementale per assicurare la stabilizzazione del personale del 118, pari al 26% di €/000 674, sarebbe pari a circa €/000 175.

Tuttavia, tale maggior costo verrebbe integralmente assorbito dalla minore spesa, relativa alla mancata assunzione del personale da impiegare all'interno della rete del pronto soccorso, con un vantaggio finale pari a circa **€/000 736**, se si considera il differenziale rispetto al costo dell'assetto c.d. "minimo" per la copertura urgente delle posizioni necessarie. Il risparmio aumenta ad €/000 2.765 se si considera il valore mediano di €/000 2.940, precedentemente calcolato.

Parimenti, sarebbe necessario procedere ad una complessiva riqualificazione del personale interessato alle procedure di stabilizzazione, attraverso una specifica formazione interna, al fine di diffondere gli standard di lavoro e le procedure di gestione dei protocolli interni.

La stabilizzazione del personale medico del 118 e la riorganizzazione dei servizi sanitari ed amministrativi, si accompagnano alla più generale riorganizzazione delle attività del personale del comparto, attraverso la redistribuzione e razionalizzazione delle posizioni organizzative, di cui si è già detto in precedenza.

Tali azioni condurranno al miglioramento dell'efficacia dei servizi sanitari ed amministrativi, attraverso la ricostituzione di una catena gerarchica ottimale all'interno delle UU.OO. aziendali e l'individuazione di linee di responsabilità ben definite, oltre ad un più generale snellimento delle attività dei diversi uffici.

g. Ulteriori risparmi da indicazioni regionali

Alle diverse ipotesi di risparmio delineate, sono stati aggiunti ulteriori possibili risparmi "di secondo livello", che rappresentano uno "step" complementare della programmazione sanitaria aziendale, da realizzare in un'ottica di continuità del percorso di razionalizzazione organizzativa intrapreso. Parte delle azioni ipotizzate a livello regionale, sono state considerate all'interno dell'analisi relativa alla riduzione della dotazione di posti letto presso le strutture ospedaliere pubbliche, nonché del

⁷ Determinato quale media tra trattamento economico tabellare, accessorio (fondi contrattuali) ed oneri sociali.

saggio di inappropriatezza per le prestazioni erogate⁸. Le restanti ipotesi di risparmio derivano dall'insieme coordinato delle azioni inerenti:

1. *contrattazione dei servizi per assistenza ospedaliera da privato;*
2. *razionalizzazione della struttura dei costi del personale;*
3. *abbattimento delle tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (art.1 comma 797, lettera o) della legge n°296/2006).*

Tali risparmi vengono in parte abbattuti in considerazione dei maggiori costi derivati dagli incrementi contrattuali relativi al personale dipendente e convenzionato.

Si specificano di seguito le azioni sottese a ciascun obiettivo:

1. **Assistenza ospedaliera da privato.** Tale obiettivo è legato alla possibilità di pervenire ad una revisione dei tetti di spesa conferiti ai privati accreditati, in considerazione dei saggi di inappropriatezza delle prestazioni erogate nonché della revisione del numero di posti letto autorizzati ed accreditati. Il presupposto di tale azione è legato, inoltre, alla necessità di acquisire solo ed esclusivamente le prestazioni necessarie al completamento del set assistenziale assicurato dal sistema pubblico, evitando duplicazione dei canali di offerta dei servizi e fenomeni "avversi" di auto induzione della domanda;
2. **Razionalizzazione del costo del personale.** Si è stimato un risparmio in relazione al personale avente diritto al collocamento in quiescenza nel presente triennio (2010 – 2012), corrispondente a circa 73 unità, accompagnato da un mantenimento del 10% del saggio di turn – over, al fine di assicurare entro limiti accettabili il livello di servizio offerto. Contemporanea riduzione del personale a tempo determinato e dei trattamenti accessori "extra fondo";
3. **Tariffe per l'assistenza specialistica ambulatoriale.** La Regione Molise ha disposto, con decreto commissariale che, a decorrere dal 1° gennaio 2010, le strutture private accreditate presso la regione, nel tariffare le prestazioni rese per conto del SSR, applichino uno sconto del 20% per le prestazioni di diagnostica strumentale e del 2% per le restanti prestazioni specialistiche, sugli importi previsti dal DM 22 luglio 1996;
4. **Incrementi contrattuali.** Le ipotesi realizzate sono state abbattute in considerazione dei maggiori costi derivanti dai rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato.

La quantificazione dei relativi risparmi, di seguito riportata, è stata abbattuta al 65% in considerazione dei fenomeni di eventuale "selezione avversa", precedentemente richiamati, e delle concrete possibilità di realizzazione degli interventi non "in maniera lineare" ma progressiva nel corso dei 18 mesi programmati di attività.

Contrattazione su ospedaliera da privati	-6.005.000
Riduzione costo del personale	-2.422.000
Riduzione tariffe specialistica ambulatoriale	-1.048.000

⁸ Gli stessi sono stati assimilati ai risparmi per servizi appaltati, farmaceutica ospedaliera ed acquisto di beni, consulenze, complessivamente pari ad €/000 17.794.

Adeguamenti Medicina di base e Sumai	2.050.000
--------------------------------------	-----------

TOTALE (E)	-7.425.000
-------------------	-------------------

In merito al primo punto, si rileva che gran parte delle manovre per la contrazione dei volumi di prestazioni erogate da parte dei privati accreditati deriva dalla possibilità di ridurre i relativi saggi di inappropriatezza. Si riporta di seguito l'analisi effettuata.

Analisi dei DRG per fasce presso le strutture ospedaliere private

L'analisi realizzata per pesare i risparmi realizzabili sulle strutture private mantiene gli stessi presupposti della precedente e si fonda anch'essa sull'ipotesi di legare il costo medio per giornata di degenza al saggio di riduzione delle prestazioni potenzialmente inappropriate.

In tal caso, a differenza di quanto avviene nel pubblico, **il valore dei DRG prodotti** è quasi completamente assimilabile **al valore fatturato** dai centri stessi, in quanto remunerati a DRG (e non a quota capitarla come avviene, seppur indirettamente, per i presidi ospedalieri a gestione diretta di un'azienda sanitaria).

In tal caso, il costo della giornata di degenza media è stato considerato pari al rapporto tra il valore in euro della classe di inappropriatezza prodotta (o fatturata) ed il numero delle giornate di degenza effettuate.

FASCIA	DESCRIZIONE	Degenza	Importo	Costo gg deg
1	casistica trattata normalmente	76761	€ 49.444.889,78	
	ORDINARIO	72287	€ 47.491.474,84	€ 656,99
	DAY HOSPITAL	4474	€ 1.953.414,94	€ 436,61
	casistica da trattarsi in regime ambulatoriale se riferita a ricoveri brevi o entro la soglia di utenti in età compresa tra i 14 e i 74 anni			
2		636	€ 249.177,50	
	ORDINARIO	333	€ 131.964,16	€ 396,29
	DAY HOSPITAL	303	€ 117.213,34	€ 386,84
	casistica da trattarsi in regime DH se riferita a ricoveri entro soglia di utenti in età compresa tra i 14 e i 74 anni			
3		8738	€ 3.985.799,14	
	ORDINARIO	4918	€ 1.987.290,24	€ 404,09
	DAY HOSPITAL	3820	€ 1.998.508,90	€ 523,17
	casistica da trattarsi in regime Extra Ospedaliero per utenti di età >=75 anni con degenza entro la soglia			
4		3233	€ 2.127.355,82	
	ORDINARIO	1664	€ 521.450,81	€ 313,37
	DAY HOSPITAL	1569	€ 1.605.905,01	€ 1.023,52
	casistica da trattarsi in regime Extra Ospedaliero per utenti di età >=75 anni con degenza oltre la soglia			
5		544	€ 83.072,66	
	ORDINARIO	519	€ 77.159,16	€ 148,67
	DAY HOSPITAL	25	€ 5.913,50	€ 236,54

6	casistica da trattarsi in regime DH	16455	€ 9.091.974,60	
	ORDINARIO	10610	€ 6.802.572,73	€ 641,15
	DAY HOSPITAL	5845	€ 2.289.401,87	€ 391,69
7	casistica da trattarsi in regime DH	9190	€ 4.513.201,94	
	ORDINARIO	6101	€ 2.500.125,37	€ 409,79
	DAY HOSPITAL	3089	€ 2.013.076,57	€ 651,69
		115557	€ 69.495.471,44	

Nel calcolo dei costi per fascia di inappropriatezza:

- si è esclusa la fascia 1, coincidente con l'erogazione di prestazioni potenzialmente appropriate;
- il costo potenzialmente inappropriato della fascia 2 è stato calcolato **considerando inappropriata la totalità delle degenze rilevate sulla fascia stessa**;⁹
- il costo potenzialmente inappropriato delle fasce 3, 6 e 7 è stato calcolato considerando il **mantenimento fisiologico di almeno il 15% delle degenze rilevate sulla fascia stessa**, riservato a pazienti entro determinati limiti di età e/o con particolari complicanze in atto.
- non sono state rilevate degenze per le fasce 4 e 5.

Il costo delle diverse fasce è stato ottenuto operando il prodotto tra le **giornate di degenza per fascia** ed il **costo giornaliero della degenza per fascia**, precedentemente riportato.

Al costo così determinato è stato confrontato il costo della prestazione da rendere in regime di day hospital, ambulatoriale o extra ospedaliero, a seconda dei parametri caratteristici di ogni fascia, per determinare il risparmio finale:

Risparmio = (costo attuale in regime ordinario) – (costo in regime DH, ambulatoriale o extra ospedaliero)

Si conferma quanto già detto in precedenza circa la necessità di procedere ad un abbattimento dei relativi risparmi (10%), al fine di considerare:

- i possibili fenomeni di “selezione avversa” che potrebbero portare ad una non completa ed immediata realizzazione delle azioni di riallocazione delle attività sanitarie erogate in maniera inappropriata;
- che la riallocazione delle attività sanitarie, non potrà essere realizzata in maniera “perfettamente lineare”, ma sarà implementata in maniera progressiva nel corso dei 18 mesi programmati di attività.

⁹ Valgono, inoltre, le considerazioni precedentemente effettuate in nota 1, circa il peso dei DRG chirurgici sul totale DRG rilevati, al fine di determinare il costo per le tariffe ambulatoriali di fascia 2.

	Costo degenza fascia 2	Costo degenza fascia 3 e 6	Costo degenza fascia 7	TOTALE	Costo DH medio	Costo extra ospedaliero medio	Costo ambulatoriale medio	Costo ambulatoriale fascia 2	Costo DH fascia 3 e 6	Costo DH fascia 7	TOTALE	Confronto
Neuromed	€ 3.170,31	€ 122.605,75	€ 1.729.864,65	€ 1.855.640,71	€ 221,45	€ 110	€ 72	€ 572,00	€ 70.287,93	€ 934.814,00	€ 1.005.673,93	-€ 849.966,78
Villa Maria	€ 19.814,44	€ 47.976,16	€ 409.605,03	€ 477.395,64	€ 221,45	€ 110	€ 66	€ 3.300,00	€ 27.503,97	€ 221.349,41	€ 252.153,38	-€ 225.242,25
Villa Esther	€ 30.910,52	€ 574.381,30	€ 808.739,95	€ 1.414.031,77	€ 221,45	€ 110	€ 66	€ 5.148,00	€ 329.283,68	€ 437.040,80	€ 771.472,48	-€ 642.559,29
UCSC	€ 78.068,89	€ 224.777,21	€ 3.691.055,44	€ 3.993.901,54	€ 221,45	€ 110	€ 66	€ 13.002,00	€ 128.861,21	€ 1.994.635,99	€ 2.136.499,20	-€ 1.857.402,34
TOTALE	€ 131.964,16	€ 969.740,43	€ 6.639.265,07	€ 7.740.969,66				€ 22.022,00	€ 555.936,80	€ 3.587.840,20	€ 4.165.799,00	-€ 3.575.170,66
Abbattimento (10%)												-€ 3.217.653,59

NOTA: costo DH = 50% media costo giornaliero ordinario. Costo ambulatoriale 60% del regime extra ospedaliero

NOTA: In considerazione dei DRG chirurgici presenti, le tariffe ambulatoriali su fascia 2 sono incrementate del 5% del ricovero extra ospedaliero (65%)

Se si considera che, complessivamente, i risparmi quantificati in sede regionale e relativi alla possibile contrazione dei volumi di prestazioni sanitarie acquistate sono pari a circa **€/000 6.005**, ne deriva che circa il **54%**, pari ad **€/000 3.218**, saranno direttamente legati al miglioramento dei saggi di appropriatezza sulle prestazioni erogate.

h. Ricavi per ulteriori attività sanitarie da tariffare

HOSPICE “Madre Teresa di Calcutta” di Larino

Gli “Hospice” (ovvero Centri Residenziali per le Cure Palliative) nel nostro Paese fino a pochi anni fa presentavano una scarsa diffusione, tuttavia grazie alla Legge n. 39/1999 hanno avuto un incremento numerico notevole: questa crescita culturale e organizzativa non può più prescindere dalla considerazione delle importanti attività di solidarietà e di aiuto svolte verso pazienti sofferenti, nonché dalla considerazione delle conoscenze scientifiche e delle professionalità esperte, inserite nel processo di continuità per l’assistenza ai malati e nel supporto al loro nucleo familiare e affettivo.

In tal senso, tali strutture determinano un sostanziale assorbimento di risorse economiche che necessita, come contropartita, di una congrua remunerazione che consenta il mantenimento e l’eventuale potenziamento, laddove possibile, di tale servizio di supporto delicato e particolare.

La valorizzazione delle prestazioni prodotte per l’esercizio 2008 è stata eseguita in base ad una tariffa media¹⁰, il cui calcolo è di seguito riportato:

Regioni interessate all'attivazione di Hospice	Tariffe determinate
Emilia	188,00
Friuli	260,00
Lazio	180,80
Lombardia	163,10
Piemonte	258,20
Puglia	196,20
Sicilia	201,40
Prov. Aut. Trento	190,00
Prov. Aut. Bolzano	410,00
Veneto	232,40
Media valori	228,01

Valorizzando le prestazioni, consuntivate per il 2008 da parte della struttura di Larino, alla tariffa base determinata, si ottengono i ricavi finali di cui alla seguente tabella:

	Prestazioni 2008	Tariffa media (*)	Stima ricavi
Prestazioni Hospice	2.696	228,01	614.714,96

(*) sono state prese a base le tariffe regionali di cui allo studio realizzato nel 2006 dal Ministero della Salute sugli hospice in Italia

CENTRO IPERBARICO di Larino

Il Centro Iperbarico di Larino rappresenta una struttura attrezzata a carattere ospedaliero ed ambulatoriale, con camera di decompressione multiposto, necessaria per prestare soccorso a pazienti sommozzatori in condizioni di “MDD” (malattia da decompressione), a pazienti affetti da embolia gassosa arteriosa ed inoltre offrire prestazioni di ossigeno terapia e terapia iperbarica per sofferenti di varie particolari

¹⁰ In tal caso, sono state prese in considerazione le tariffe medie rilevate per le Regioni interessate all’attivazione di Hospice nel corso dei passati esercizi e contenute all’interno dello studio realizzato dal Ministero della Salute “Hospice in Italia, prima rilevazione ufficiale”, Abstract a cura di Furio Zucco.

patologie, che vanno dalle intossicazioni e danneggiamenti delle vie respiratorie a cancrene della cute e ricalcificazioni ossee e così via.

L'erogazione di tali prestazioni assistenziali, fortemente limitata sul territorio nazionale, fa del Centro Iperbarico di Larino un importante "centro di riferimento" per tutto il centro – sud Italia. Tale considerazione, chiaramente accompagnata dalla valutazione degli ingenti costi di mantenimento della struttura, non può prescindere dalla valorizzazione dei relativi ricavi tariffabili alle regioni utilizzatrici.

Volendo procedere alla quantificazione delle prestazioni prodotte per l'esercizio 2008, consuntivate da parte della struttura di Larino e valorizzate in base ad una tariffa di riferimento¹¹, si ottengono i ricavi finali di cui alla seguente tabella:

	Prestazioni 2008	Tariffa di riferimento (*)	Stima ricavi
OSSIGENAZIONE IPERBARICA - in regime ospedaliero ed ambulatoriale	4.490	82,65	371.098,50
** Altre prestazioni (medicazioni)	2.495	82,65	206.211,75
Totale	6.985		577.310,25

(*) sono state prese a base le tariffe regionali di cui alla DGR Piemonte n°73/13176 del 26.07.2004

i. Reinvestimento delle somme recuperate dalla riorganizzazione della attività

Il reinvestimento dei risparmi connessi alle attività di riorganizzazione sanitaria dei presidi ospedalieri a gestione diretta è corollario delle precedenti analisi e deriva dalla possibilità di recuperare parte delle risorse rese disponibili, impiegandole direttamente all'interno delle strutture sanitarie oggetto di riorganizzazione.

Tali strutture, infatti, per aspetti logistici, strutturali, di professionalità esistenti e di apparecchiature presenti al loro interno presentano l'immediata opportunità di "riversare" quelle prestazioni inappropriate, se erogate nell'alveo dei tradizionali canali ospedalieri, nell'ambito di forme assistenziali a minor intensità che, per loro natura, richiedono un set di risorse (umane, strutturali e tecnologiche) di tipo inferiore.

Ovviamente, affinché possano essere goduti appieno i benefici derivanti dalla possibilità di transitare pazienti su livelli assistenziali meno complessi presuppone:

- una esatta organizzazione dei processi assistenziali;
- l'identificazione del personale necessario;
- la partecipazione della rete dell'emergenza, del 118 e della medicina generale nella selezione della domanda di prestazioni (in termini di casistica) da collocare su tali forme di assistenza;
- il reimpiego di una parte delle risorse economiche recuperate dalla contrazione dell'attività ospedaliera impropria.

Senza considerare, poi, gli ulteriori vantaggi sintetizzabili in:

- sinergie che derivano dalla possibilità di impiegare in maniera combinata (anche dal punto di vista logistico) strutture (ospedaliere e territoriali) che erogano forme di assistenza alternativa e/o complementare (si pensi ad esempio alla riabilitazione a seguito dell'interventistica chirurgica);

¹¹ In tal caso, sono state prese in considerazione le tariffe di cui alla DGR Regione Piemonte n°73/13176 del 26.07.2004.

- risparmi in termini miglior allocazione ed utilizzo di risorse già presenti negli ospedali (ed addirittura ridondanti se immaginate esclusivamente al loro interno).

Se si considera il reinvestimento di almeno il 15% dei risparmi, connessi sia alla riduzione dei posti letto quanto all'abbattimento del saggio di inappropriata, otteniamo:

Quota di reinvestimento "base" = (risparmio per PL secco + risparmio per abbattimento inappropriata) x 15%

Se consideriamo, poi, che il **differenziale tra il costo per posto secco ed il costo per posto depurato**¹² rappresenta la sommatoria tra costi incompressibili per **personale ospedaliero ed ammortamenti** (attrezzature ed immobili), possiamo considerare che tale delta rappresenta una ulteriore quota di reinvestimento, che deriva dalla presenza di una struttura già organizzata ed operante: si perviene, in tal modo, alla quantificazione economica di quelle sinergie precedentemente solo ipotizzate:

Quota di reinvestimento "ulteriore" = (costo per PL secco) – (costo per PL depurato) = Costo personale ed ammortamenti = Sinergia da utilizzo ottimale delle strutture

Sono di seguito realizzate tre ipotesi per stimare l'impatto economico delle diverse alternative prescelte, in considerazione della quota di reinvestimento integrale (quota base ed ulteriore), precisando che alla stessa è stato attribuito un peso del 50%:

- al fine di quantificare in termini economici le eventuali "resistenze al cambiamento" che la struttura dell'ASREM potrebbe manifestare (si pensi alla difficoltà di spostare parte delle risorse umane coinvolte nelle operazioni di "travaso" verso percorsi assistenziali differenti, apparecchiature obsolete o fisicamente non trasferibili e così via);
- **ma soprattutto in funzione dei vincoli esistenti, visto che la riduzione dei posti letto viene operativamente realizzata su strutture ospedaliere logisticamente dislocate sul territorio regionale, e non concentrata su di un'unica struttura.**

QUOTA DI REINVESTIMENTO INTEGRALE			
	risparmio riduzione PL ordinari al 2,24	risparmio riduzione PL ordinari al 2,37	risparmio riduzione PL ordinari al 2,5
Risparmi complessivi (a)	28.298.612	26.218.110	24.200.179
Ipotesi di reinvestimento al 15% (b = 15% x a)	4.244.792	3.932.716	3.630.027
Differenziale PL ordinari (c)	225	182	141
Costo personale ed amm.ti giornaliero per PL (d)	357	357	357
Costo personale ed amm.ti annuo per PL (e = d x 365)	130.334	130.334	130.334

¹² Da ammortamenti e costo del personale.

Quota di reinvestimento ulteriore (HP al 50%) (f = c x e x 50%)	14.666.563	11.886.160	9.189.378
---	------------	------------	-----------

Quota integrale di reinvestimento g = b + f	18.911.355	15.818.877	12.819.405
--	-------------------	-------------------	-------------------

LEGENDA:

(a) I risparmi lordi complessivi derivano dalla sommatoria dei risparmi sulle singole ipotesi di riorganizzazione.

(b) La quota di reinvestimento è stata calcolata pari al 15% del totale dei risparmi lordi realizzati.

(c) Differenziale tra posti letto ordinari attuali e posti letto ordinari a tendere (3 ipotesi).

(d) Costi incomprimibili per personale ed ammortamenti.

(e) Costo per personale ed ammortamenti su 365 giorni.

(f) Calcolo della quota di reinvestimento ulteriore quale prodotto tra differenziale PL, costi incomprimibili su 365 giorni, pesata al 50% in considerazione dei vincoli esistenti.

(g) Quota integrale di reinvestimento pari alla sommatoria tra quota base e quota ulteriore.

j. Totale risparmi

Si provvede alla sintesi delle ipotesi di risparmio, attraverso il consolidamento dei risparmi lordi per ciascun intervento di riorganizzazione precedentemente riportato, presentando tre diverse ipotesi legate al saggio di riduzione dei posti letto prescelto.

TOTALE DEI RISPARMI E DELLE RISORSE DISPONIBILI			
	<i>risparmio riduzione PL ordinari al 2,24</i>	<i>risparmio riduzione PL ordinari al 2,37</i>	<i>risparmio riduzione PL ordinari al 2,5</i>
Risparmi lordi da riduzione posti letto	10.974.603	8.894.101	6.876.170
Risparmi lordi da eliminazione inappropriata	6.724.006	6.724.006	6.724.006
Risparmi da riorganizzazione strutture ASREM	4.009.813	4.009.813	4.009.813
Risparmi lordi per centrale unica acquisti	3.967.715	3.967.715	3.967.715
Risparmi lordi da realizzazione ingegneria clinica ASREM	1.086.476	1.086.476	1.086.476
Risparmi da nuovo contratto con Enel Energia	800.000	800.000	800.000
Risparmi da stabilizzazione personale del 118	736.000	736.000	736.000
Totale risparmio lordo (a)	28.298.612	26.218.110	24.200.179
Reinvestimento 15% (reinvestimento base) (b)	- 4.244.792	- 3.932.716	- 3.630.027
RISPARMIO NETTO (a+b)	24.053.820	22.285.393	20.570.152

Ricavi per prestazioni da tariffare (c)	1.192.025	1.192.025	1.192.025
TOTALE RISORSE DISPONIBILI DI 1° LIVELLO (a+b+c) = (D)	25.245.845	23.477.418	21.762.177
ULTERIORI RISPARMI DI "SECONDO LIVELLO" (E)	7.425.000	7.425.000	7.425.000
RISORSE COMPLESSIVE DISPONIBILI (D + E)	32.670.845	30.902.418	29.187.177

Sul risparmio lordo totale è stata calcolata, come detto precedentemente, la quota di reinvestimento base: dalla differenza tra risparmio lordo e reinvestimento base si ottiene il **risparmio netto**. La sommatoria tra **risparmio netto** e **ricavi per prestazioni da tariffare** conduce al calcolo del totale delle **risorse disponibili** per il Sistema Sanitario Regionale a seguito delle azioni di razionalizzazione ipotizzate.

A tali risparmi, come precedentemente accennato, si aggiungono quelli di "secondo livello", secondo "step" della programmazione sanitaria aziendale, da realizzare nel corso dei 18 mesi programmati di attività, in un'ottica di continuità del percorso di razionalizzazione organizzativa intrapreso.

Stante il saggio di riduzione dei posti letto ordinari prescelto, pari al 2,37 per mille abitanti, il totale delle risorse disponibili è stimabile, dunque, in circa €/000 30.902.

Valutazione economica dell'attività di esercizio

Resta inteso che la valutazione economica delle attività deve essere effettuata **estrapolando dai costi complessivi di gestione le somme fatturate ed anticipate, relative alle prestazioni rese dalle strutture sanitarie a pazienti non residenti all'interno della Regione**: per cui, all'interno della gestione corrente di esercizio, saranno individuate le prestazioni rese a tali pazienti, valorizzate attraverso i relativi costi di erogazione.

La verifica, come pure la valutazione degli effetti indotti sulla gestione di esercizio, dovranno essere effettuate in sede di compensazione interregionale.

k. CRONOPROGRAMMA DELLE AZIONI PIANIFICATE

Si prevede di realizzare le azioni programmate all'interno del piano operativo nell'arco di 18 mesi, ipotizzando che la percentuale di efficacia delle stesse cresca progressivamente nel corso dei tre esercizi in oggetto, in considerazione:

- delle resistenze al cambiamento, inizialmente più forti;
- della progressiva maturazione del sistema, che facilita, in maniera crescente, il raggiungimento dei risultati;
- dei fenomeni di selezione avversa che possono rallentare in avvio l'efficacia marginale dei singoli interventi.

La quantificazione economica per ciascuno dei tre esercizi, corrispondente rispettivamente al 20%, 35% e 45%, è di seguito riportata:

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

	Risparmio totale da riduzione PL ordinari al 2,37 x mille	% realizzazione primo semestre	% realizzazione secondo semestre	% realizzazione terzo semestre
<i>Risparmi lordi da riduzione posti letto</i>	8.894.101	1.778.820	3.112.935	4.002.345
<i>Risparmi lordi da eliminazione inappropriata</i>	6.724.006	1.344.801	2.353.402	3.025.803
<i>Risparmi da riorganizzazione strutture ASREM</i>	4.009.813	801.963	1.403.434	1.804.416
<i>Risparmi lordi per centrale unica acquisti</i>	3.967.715	793.543	1.388.700	1.785.472
<i>Risparmi lordi da realizzazione ingegneria clinica ASREM</i>	1.086.476	217.295	380.266	488.914
<i>Risparmi da nuovo contratto con Enel Energia</i>	800.000	160.000	280.000	360.000
<i>Risparmi da stabilizzazione personale del 118</i>	736.000	147.200	257.600	331.200
<i>Risparmi di secondo livello</i>	7.425.000	1.485.000	2.598.750	3.341.250
<i>Ricavi per prestazioni da tariffare</i>	1.192.025	238.405	417.209	536.411
<i>Reinvestimento 15% (reinvestimento base)</i>	3.932.716	786.543	1.376.451	1.769.722
RISORSE COMPLESSIVE DISPONIBILI (ricavi + risparmi)	30.902.418	6.180.484	10.815.846	13.906.088

Quanto descritto può essere rappresentato graficamente all'interno della tabella che segue:

Cronoprogramma di dettaglio delle singole azioni

